



Bachelorarbeit

Eine Untersuchung zur Wirksamkeit der Interaktional-kognitiven Paartherapie (IKPT)

Sabrina Amgwerd

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Tamara Elmer Manneh

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Anna Sieber-Ratti, lic. phil.

Co-Referent: Aureliano Crameri, lic. phil.

Zürich, Mai 2009

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Inhaltsverzeichnis

I	EINLEITUNG	3
II	THEORETISCHE ABHANDLUNG	6
1.	Paartherapie	6
1.1	Definition Paartherapie	6
1.2	Historische Entwicklung der Paartherapie	7
1.2.1	<i>Psychoanalytische Paartherapie</i>	7
1.2.2	<i>Systemische Paartherapie</i>	9
1.2.3	<i>Verhaltenstherapeutische Paartherapie</i>	10
2.	Interaktional-kognitive Paartherapie (IKPT)	11
2.1	Begriffserklärung	11
2.2	Einbettung und Abgrenzung	11
2.3	Grundlagen.....	12
2.3.1	<i>Erotischer Bereich der Zweierbeziehung</i>	13
2.3.2	<i>Partnerschaftlicher Bereich der Zweierbeziehung</i>	14
2.3.3	<i>Konfliktbereich der Zweierbeziehung</i>	15
2.4	Therapieziel.....	18
2.5	Therapiedauer	18
2.6	Therapiephasen	19
3.	Wirksamkeitsforschung	21
3.1	Definition und Messungsmethoden der Wirksamkeit.....	22
3.1.1	<i>Effizienz- versus Effektivitätsstudien</i>	22
3.1.2	<i>Interne und externe Validität</i>	23
3.1.3	<i>Veränderungsmessung versus Retrospektive Erfolgsbeurteilung</i>	24
3.2	Ergebnisse der Psychotherapieforschung	25
3.2.1	<i>Generelle Wirksamkeit von Psychotherapie</i>	25
3.2.2	<i>Einfluss der Behandlungsdauer und der Behandlungsfrequenz auf das Behandlungsergebnis</i>	26
3.2.3	<i>Einfluss der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis</i>	26
3.2.4	<i>Einfluss von Patientenvariablen auf das Behandlungsergebnis</i>	27
3.3	Ergebnisse der Paartherapieforschung	28
3.3.1	<i>Generelle Wirksamkeit von Paartherapie</i>	28
3.3.2	<i>Partnerschaftszufriedenheit</i>	29
3.3.3	<i>Paartherapie und persönliche Entwicklung</i>	30
3.3.4	<i>Veränderungen im Wohlbefinden</i>	31
3.3.5	<i>Partnerschaftskonflikte</i>	33
3.3.6	<i>Therapiezufriedenheit bei Trennung und Scheidung</i>	35
III	EMPIRISCHER TEIL	37
4.	Methodisches Vorgehen	37
4.1	Fragestellung, Hypothese und Kriterien der Wirksamkeit	37
4.2	Forschungsdesign.....	39
4.3	Untersuchungsinstrument	40
4.3.1	<i>Fragebogen der Replikationsstudie „Consumer Reports Study“ (CR) für Deutschland (Hartmann, 2006)</i>	40
4.3.2	<i>Fragebogen zur Wirksamkeit von Paartherapie (Röskamp, 2001)</i>	40

4.3.3 Problemliste (PL) (Hahlweg, 1996).....	41
4.3.4 Beschreibung und Aufbau des Fragebogens.....	41
4.3.5 Testung des Fragebogens.....	42
4.4 Auswahl der Stichprobe.....	43
4.5 Datenerhebung.....	44
4.6 Datenaufbereitung.....	44
4.7 Datenauswertung.....	45
5. Darstellung der Ergebnisse.....	46
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	46
5.1.1 Rücklauf.....	46
5.1.2 Merkmale der Gesamtstichprobe.....	47
5.2 Darstellung der einzelnen Fragen des Fragebogens.....	50
5.3 Weitere Auswertungen in Bezug auf die Fragestellung.....	66
5.4 Weiterführende Auswertungen.....	80
IV DISKUSSION.....	82
6. Zusammenfassung.....	82
7. Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung.....	83
7.1 Behandlungszufriedenheit.....	83
7.2 Wohlbefinden.....	86
7.3 Problembesserung.....	89
7.4 Globale Beurteilung der Paartherapie.....	92
7.5 Vergleich von Therapieabbrecherinnen/-abbrecher und Therapiebeenderinnen/-beender	92
7.6 Therapeutenbeurteilung.....	93
7.7 Katamnesezeitraum.....	94
7.8 Behandlungsdauer und Behandlungsfrequenz.....	95
8. Methodenkritik.....	96
8.1 Untersuchungsdesign.....	96
8.2 Messinstrument und Datenauswertung.....	97
9. Fazit.....	99
10. Weiterführende Fragen.....	100
V Abstract.....	101
VI Abbildungsverzeichnis.....	102
VII Tabellenverzeichnis.....	102
IIIX Literaturverzeichnis.....	108
IX Anhang.....	117

I EINLEITUNG

Der Partnerschaft wird, wie keiner anderen Sozialform, eine herausragende Bedeutung zugeschrieben. So belegen sämtliche international getätigten Studien, dass eine glückliche Paarbeziehung in der Wert- und Bedürfnishierarchie der Menschen an oberster Stelle steht (Bodenmann, 2000, S. 293). Dabei wird die Beziehung zu einer Partnerin oder einem Partner als bedeutsamer Teil der eigenen Identität gesehen (Schütz & Wiesner, 2000, 193). Umso schwerer ist das Leid für das betroffene Paar, die Kinder und seine Angehörige, wenn es zur Trennung oder Scheidung kommt. Die Fortsetzung einer Paarbeziehungen trotz erheblicher Belastungen kann dabei jedoch ebenso leidvoll sein. Unbefriedigende Partnerschaften gehen unter anderem einher mit einer erhöhten Prävalenz für psychische und physische Beeinträchtigungen und einer höheren Störungsanfälligkeit der Kinder, sowie mit einer sozialen Vererbung des Risikos, gestörte Beziehungen einzugehen. Aus Trennung und Scheidung können zusätzlich jahrelang andauernde Nachscheidungskonflikte hervorgehen, die zum Dauerstress für alle Beteiligten werden (Bodenmann, 2000, S. 293-294). In der Schweiz besteht, laut Bundesamt für Statistik, weiterhin eine steigende Tendenz an Scheidungen, 2007 wurden 49% der Ehen (rund 19'882) geschieden. Im Spannungsfeld zwischen dem ungebrochenen Wunsch nach einer glücklichen Paarbeziehung und der wachsenden Gefahr daran zu scheitern, erhält die Paartherapie ihre zunehmende Bedeutung (Schindler, Hahlweg, Revenstorf, 1998, S. 3). Zum heutigen Zeitpunkt zeigt sich eine Vielfalt von Paartherapien in der Schweiz. In diesem Zusammenhang stellt sich vermehrt die Frage nach deren Effektivität. In der für die Arbeit herangezogenen Literatur wird die Forderung laut, dass jede Methode ihren Effektivitätsnachweis erbringt (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg & Schulte, 1991, zit. nach Heekerens, 2000, S. 405). Es ist das Ziel der vorliegenden Arbeit einen ersten Überblick über die Wirksamkeit der Interaktional-kognitiven Paartherapie (IKPT) zu erbringen.

Die vorliegende empirische, nicht experimentelle Arbeit untersucht die Wirksamkeit der Interaktional-kognitiven Paartherapie (IKPT). Diese Methode wurde von Neuenchwander entwickelt und wird von ihm seit Mitte der 1990er Jahre zur Behandlung von Paaren angewandt. Dabei liegt der vorliegenden Arbeit die Fragestellung zugrunde, inwiefern die IKPT in der Beurteilung der Patientinnen und Patienten eine nachhaltige

Therapiewirkung hat. Gestützt wird die Fragestellung durch folgende Hypothese: Die Patientinnen und Patienten beurteilen die IKPT als für sie nachhaltig wirksames Verfahren. Dabei bilden die Behandlungszufriedenheit, die Verbesserung der Probleme und des Wohlbefindens die Kriterien, über welche die Wirksamkeit der IKPT geprüft wird. Die Untersuchungen von Rös Kamp (2001), Seligman (1996) und Hahlweg (1996) dienen als Grundlagen dieser Kriterien. Zudem wird evaluiert, ob sich eine globale Verbesserung der Lebensumstände durch die IKPT einstellt. Besonders beachtet wird das Behandlungsergebnis bei Trennung und Scheidung, zumal die Auflösung einer Partnerschaft nicht zwingend mit dem Misserfolg einer Paartherapie einhergehen muss.

Zur Beantwortung der Fragestellung wird zunächst der theoretische Bezugsrahmen abgesteckt. Nach der Definition des Begriffs Paartherapie und dessen Abgrenzung gegenüber verwandten Begriffen folgt eine Darstellung der historischen Entwicklung der Paartherapie (Kapitel 1). In Kapitel 2 wird die IKPT als eigenständige paartherapeutische Methode vorgestellt, während sich Kapitel 3 mit der Wirksamkeitsforschung von Psycho- und Paartherapie befasst. Dabei werden Effizienz- und Effektivitätsstudien, Veränderungsmessungen und retrospektive Erfolgsbeurteilungen sowie die Gütekriterien der internen und externen Validität einander gegenübergestellt, sowie deren Vor- und Nachteile dargelegt. Weiter wird auf den Einfluss von Behandlungsdauer, Behandlungsfrequenz, Katamnesezeitraum, Therapeutenvariablen, Patientinnen- und Patientenvariablen auf das Behandlungsergebnis eingegangen. Darauf folgend wird der Begriff der Partnerschaftszufriedenheit erörtert, zudem wird der in der Wirksamkeitsliteratur selten erfasste Aspekt der persönlichen Entwicklung in der Paartherapie hervorgehoben. In einem weiteren Schritt werden Veränderungen im Wohlbefinden im Zusammenhang von Partnerschaft und Paartherapie aufgezeigt. Mittels der Problemliste von Hahlweg (1996) werden typische Konfliktfelder in Paarbeziehungen und deren Veränderung durch Paartherapie aufgeführt. Abschliessend wird auf die Therapiezufriedenheit bei Trennung und Scheidung eingegangen. Im empirischen Teil wird zunächst das methodische Vorgehen aufgezeigt (Kapitel 4). Die Fragestellung und Hypothese werden nochmals aufgegriffen und mittels Unterfragestellungen weiter ausdifferenziert. Im gleichen Zug werden der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Kriterien der Therapiewirksamkeit beschrieben und operationalisiert. Die weiteren Unterkapitel beschreiben das Forschungsdesign, den Fragebogen, die Auswahl der Stichprobe sowie die Vorgehens-

weise bei der Datenerhebung, der Datenaufbereitung und der Datenauswertung. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse mittels deskriptiver Darstellung des Rücklaufs, der Stichprobe und der Fragen des Fragebogens sowie anhand spezifischer Auswertungen in Bezug auf die Fragestellung dargestellt. In der Diskussion werden die Ergebnisse der Arbeit interpretiert und unter Einbezug des theoretischen Erkenntnisgewinns hinsichtlich der zugrunde liegenden Fragestellung und Hypothese kritisch beurteilt.

II THEORETISCHE ABHANDLUNG

1. Paartherapie

In diesem einführenden Kapitel wird zunächst der Begriff Paartherapie definiert und gegenüber anderen Begriffen, welche im Kontext der Paartherapie stehen, abgegrenzt. Anschliessend wird die historische Entwicklung der psychoanalytischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Theoriebildung in der Paartherapie dargestellt. Dabei bilden die psychoanalytischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Modelle die theoretischen Grundlagen für die Interaktional-kognitive Paartherapie nach Neuen-schwander.

1.1 Definition Paartherapie

Paartherapie wird gewöhnlich von zwei Menschen in Anspruch genommen, die in einer längerfristigen Beziehung miteinander leben. Da es sich nicht um eine Ehe(therapie) handeln muss, wird im Allgemeinen der Begriff Paartherapie bevorzugt (Häcker & Stapf, 2004). In der vorliegenden Arbeit werden Ehe- und Paartherapie synonym verwendet. Hahlweg (1977) versteht unter Ehetherapie eine geplante therapeutische Aktivität, die eine Modifikation der „gestörten“ partnerschaftlichen Beziehung zum Ziel hat, wobei die Bewertung der Partnerschaft als „gestört“, „unbefriedigend“, „unglücklich“ oder „schlecht angepasst“ von den beiden Partnern subjektiv vorgenommen wird (zit. nach Vennen, 1992, S. 8). Röskamp (2001, S. 7) beschreibt Paartherapie phänomenologisch über die Anmeldegründe: Es bestehen meist unlösbar erscheinende akute oder chronische Konflikte in der Partnerschaft, welche zu starken Spannungen führen und mit erheblichen psychischen und somatoformen Belastungen oder manifesten Störungen einhergehen können.

Der Begriff Paarberatung ist eng mit der Bezeichnung Paartherapie verbunden. Oft werden Paarberatung und Paartherapie – wie in der vorliegenden Arbeit – synonym verwendet. Versuche, die beiden Begriffe zu unterscheiden, haben sich allgemein nicht durchgesetzt (Auckenthaler, 1983, zit. nach Vennen, 1992, S. 8). Heekerens (2000, S. 418) hält die Unterscheidung in Paarberatung und Paartherapie durch berufs- und sozialrechtliche Bestimmungen eher für erzwungen. Desweiteren verstehen die Autoren

Gurman et al. (1986), Lebow (1981) und Pavel (1978) die Paartherapie als ein Teilgebiet der Familientherapie, da sowohl Familien- wie auch Paartherapie das Ziel haben, die kommunikative Beziehung zwischen zwei oder mehreren Personen zu verändern (zit. nach Vennen, 1992, S. 8). Daher lassen sich einige Überschneidungen aufgrund der Literatur auch in der vorliegenden Arbeit nicht vermeiden.

1.2 Historische Entwicklung der Paartherapie

Im Folgenden werden die wichtigsten theoretischen Ansätze zusammenfassend vorgestellt, in deren Kontext paartherapeutische Konzepte und Modelle entstanden sind und vor deren theoretischem Hintergrund Paartherapie durchgeführt wird. Es handelt sich hierbei allerdings nur um einen kleinen Auszug aus den möglichen darstellbaren Ansätzen und deren Vertreter.

Die Therapie von Partnerschaftsstörungen begann nicht mit der Entwicklung einer neuen Theorie und erwuchs auch nicht aus den Ergebnissen einer experimentellen Grundlagenforschung, wie etwa die Verhaltenstherapie in ihren Anfängen. Vielmehr weitete sie sich rapide, als Antwort auf die Erfordernisse der klinischen Praxis aus (Gurman, 1978; zit. nach Vennen, 1992, S. 2). Die Ursprünge der professionellen Paar- und Familientherapie reichen in den USA und in Grossbritannien bis ins 19. Jahrhundert zurück, wo Sozialarbeitende sowie Psychiaterinnen und Psychiater im Rahmen von karitativen Einrichtungen des „Social Work Movement“ mit Familien arbeiteten (Broderick und Schrader, 1981, zit. nach Kreische, 2000, S. 258-259).

1.2.1 Psychoanalytische Paartherapie

Die Psychoanalytische Paar- und Familientherapie basiert wesentlich auf der Theorie der Psychoanalyse sowie auf systemtheoretischen Konzepten. Es wird davon ausgegangen, dass gestörte zwischenmenschliche Beziehungen in Dyaden, Triaden und der Gesamtfamilie an der Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen Störungen und Symptomen beteiligt oder sogar ursächlich dafür verantwortlich sind. Der Ansatz gründet auf der Annahme, dass das Frühere – insbesondere das unbewusst konfliktbesetzte, unerledigte Frühere – im Heute weiter wirksam ist und die Muster des Erlebens und Verhaltens in den Beziehungen entscheidend mitbestimmt. Psychoanalytisch orien-

tierte Paar- und Familientherapie besteht folglich aus der aufdeckenden und verändernden Arbeit an den unbewussten und vorbewussten interpersonellen Konflikten, Beziehungsmustern und Abwehrstrukturen (Reich, Massing & Cierpka, 2007, S. 11). Die Psychoanalyse hat sich seit Freuds skeptischen Äusserungen von 1912 erheblich weiterentwickelt, in denen er seine „völlige Ratlosigkeit“, was die Behandlung der Angehörigen betrifft eingestand und „auf deren individuelle Behandlung überhaupt wenig Zutrauen“ setzte (Kreische, 2000, S. 257). Freud und die meisten Psychoanalytiker seiner Generation bemühten sich, die Angehörigen aus der Behandlung heraus zu halten. 1934 publizierte Oberndorf eine erste Arbeit zur Verstrickung von Paaren in einer „Folie à deux“ (zit. nach Reich, Massing & Cierpka, 2007, S. 12). Er hat als einer der Ersten Ehepaare psychoanalytisch behandelt, allerdings im problematischen Setting der Einzeltherapie beider Partner bei der selben Therapeutin oder dem selben Therapeut. In diesem Setting kommt es relativ häufig zu paranoiden Übertragungen, weil beide Partner nicht wissen, was in der Therapie des jeweilig anderen besprochen wird (Kreische, 1986, zit. nach Kreische, 2000, S. 257). In den folgenden Jahren wurde beispielsweise von Richardson (1948) die häufig ähnlichen klinischen Beobachtungen in paar- und familientherapeutischen Settings zunehmend systematisiert. In England formulierte der objektbeziehungstheoretisch orientierte Psychoanalytiker Dicks (1967) das Konzept der Kollusion, das später im deutschen Sprachraum von Willi (1975) weiter ausgebaut und popularisiert wurde (zit. nach Reich, Massing & Cierpka, 2007, S. 11). Die Theorie des Kollusionskonzepts geht davon aus, dass Konflikte aus der narzisstischen, der oralen, der analen und ödipalen Kindheitsphase in der Partnerbeziehung neu wiederbelebt und konflikthaft ausgetragen werden (Neraal, 2002, S. 80). 1963 stellt die von Richters erschienene Publikation „Eltern, Kind und Neurose“, in der er die unbewusste Rollenzuschreibung in Familien beschrieb, einen wesentlichen Meilenstein in der Entwicklung der Psychoanalytischen Familien- und Paartherapie dar. Eine neuere Theorie in diesem Zusammenhang ist die Beziehungsanalyse nach Bauriedl (1994), in der das Ineinandergreifen von intrapsychischer und interpersoneller Abwehr im szenischen Verstehen genutzt und bearbeitet wird (zit. nach Reich, Massing & Cierpka, 2007, S. 13-14).

1.2.2 Systemische Paartherapie

Im Fokus Systemischer Paartherapie liegt in erster Linie der Anstoss zur Entfaltung der gemeinsamen Weiterentwicklung der Beziehung. Praktisch bedeutet dies die Konkretisierung des nächstmöglichen Entwicklungsschritts des Paares als Anregung zur Selbstorganisation, damit es zukünftig rascher aus den Sackgassen stagnierender Kompromisslosigkeit herausfindet (Kowalczyk, 2000, S. 350). Entscheidender Vorläufer der Systemischen Therapie war die Familientherapie. Familientherapeutisch arbeitende Psychiaterinnen und Psychiater fingen an, Familien nach Strukturen oder Sequenzen, statt nach bestimmten Störungen zu klassifizieren, woraus sich einzelne familiäre Interaktionstypologien herausbildeten (Kowalczyk, 2000, S. 350). In den 1940er und 1950er Jahren, entstanden familientherapeutische Arbeitsgruppen (zum Beispiel die Palo Alto-Gruppe um Bateson, Jackson, Haley, Satir, Riskin, Weakland und Watzlawick), die von systemtheoretischen und kommunikationstheoretischen Ansätzen ausgingen (Kreische, 2000, S. 258-259). Bis zur Mitte der 1970er Jahre wurde davon ausgegangen das Veränderung planbar ist und die dysfunktionalen sowie Problem aufrechterhaltenden Muster mit Hilfe der richtigen Intervention gesprengt und das als pathologisch erachtete Gleichgewicht gekippt werden können. Aufgabe der Therapeutin oder des Therapeuten war, aus einer exponierten, machtvollen Position heraus, die Prozesse in der Sitzung genau zu steuern (vgl. Boscolo et al., 1987). Die Behandlungseinheit war das (Familien-) System, denn nur dort war die Pathologie zu finden, zumal das System das Problem erzeugt. Foersters Ansichten (1981) über die Selbstorganisation der Regelprozesse von Systemen (Kybernetik der Kybernetik) führten zur Einbeziehung der Funktion der Beobachterin, beziehungsweise des Beobachters eines Systems. Die damit einhergehende Abkehr von Macht und Kontrolle brachte auch den Abschied von der Idee der instruktiven Interaktion mit sich (Anderson et al., 1986). Elemente wie Dialog, Kooperation und Wirklichkeitsbeschreibung haben eine grössere Bedeutung in der Systemischen Therapie bekommen (zit. nach Kowalczyk, 2000, S. 341-343). Ein wichtiges Prinzip der Systemischen Therapie ist die Anregung von balancierenden „Sowohl-als-auch Lösungen“, in denen sich die zwei Wirklichkeitskonstruktionen eines Paares kompromisshaft in einem gemeinsamen Entwurf ihrer Wirklichkeit entfalten, in der Übereinstimmungen und Unterschiede sowie Gleich- und Ungleich-Sein akzeptiert werden können. Daher gilt in der Praxis die Aufmerksamkeit der Therapeutin oder des Thera-

peuten gleich von Anfang an den unterschiedlichen Sichtweisen von Wirklichkeit (Kowalczyk, 2000, S. 350).

1.2.3 Verhaltenstherapeutische Paartherapie

Die Verhaltenstherapeutische Paartherapie beruht auf der Grundannahme, dass eine Beziehung über den Austausch von Verhaltensweisen zwischen Partnern definiert ist. Entsprechend hat sie früh damit begonnen, Verhaltenskontrakte, beziehungsweise Verträge einzuführen, bei denen die Paare trainiert werden, unbefriedigende Verhaltensweisen der jeweiligen Partnerin oder des jeweiligen Partners zu reduzieren und befriedigende Verhaltensweisen zu fördern. In den frühen 1970er Jahren wurden Kommunikations- und Problemlösetrainings ergänzend in das Behandlungsrepertoire einer Verhaltenstherapeutischen Paartherapie einbezogen. Dies ging nicht zuletzt auf Beobachtungsstudien zurück von Hahlweg et al. (1988) und Gottman (1993), welche zeigen, dass konflikthafte Paare eine destruktive Kommunikation aufweisen. Paare wurden bezüglich ihrer Kommunikation und Problemlösung geschult. In den 1980er Jahren wurden in der Verhaltenstherapie die kognitiven Prozesse stärker berücksichtigt. Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung und Bearbeitung destruktiver, automatischer und irrationaler Gedanken und Einstellungen zur Paarbeziehung wurden als weitere Elemente ergänzt. Seit den 1990er Jahren und verstärkt auch nach 2000 spielen integrativ-verhaltenstherapeutische Konzeptionen der Paartherapie eine deutlich grössere Rolle (Jacobson & Christensen, 1996). Dabei werden, neben den klassisch verhaltenstherapeutischen sowie kognitiven Strategien, so genannte Akzeptanzstrategien eingesetzt. Diese Strategien gründen in der Beobachtung, dass einige Paare mit Problemen in die Paartherapie kommen, welche unlösbar erscheinen, die Paare aber dennoch den Wunsch haben, ihre Probleme miteinander auszuhandeln. Der zentrale therapeutische Zugang in einer solchen Situation liegt in der Vertiefung der gegenseitigen Akzeptanz. Zu einer integrativen Konzeption der Paartherapie gehört auch die verstärkte Berücksichtigung unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten beziehungsweise die Integration mehrerer Settings im Rahmen einer Therapie. Beispielsweise werden sowohl einzel-, paar- und familientherapeutischer Sitzungen im Therapieverlauf durchgeführt (Grawe, 1998; Pinsof & Hambright, 2001) (zit nach Lutz, 2006, S. 26-28).

2. Interaktional-kognitive Paartherapie (IKPT)

In diesem Kapitel wird die Interaktional-kognitive Paartherapie (IKPT) nach Neuen-schwander (1999) als eigenständiges Verfahren vorgestellt. Nach einer Begriffsklärung wird die IKPT in ihrer Behandlungsmethode bezüglich der Einbettung und Abgrenzung zu anderen paartherapeutischen Methoden kurz erläutert. Danach werden die Grundla-gen der IKPT insbesondere die theoretischen Annahmen zu Störungen und Konflikte innerhalb des erotischen und partnerschaftlichen Bereichs sowie des Konfliktbereichs der Paarbeziehung beschrieben. Zum Schluss werden die Ziele, Behandlungsdauer und Behandlungsphasen der IKPT aufgezeigt.

2.1 Begriffserklärung

Der Begriff Interaktional umfasst die therapeutische Fokussierung auf die wechselseiti-ge Beeinflussung des Paares. Insbesondere wird die unbewusste Bezogenheit der Per-sönlichkeit berücksichtigt, wobei in der Therapiepraxis nur das bearbeitet wird, was zur Lösung der Schwierigkeiten notwendig ist.

Im Gegensatz zur Kognitiven Verhaltenstherapie, welche in erster Linie falsche kogni-tive Strukturen und das Verhalten auf der Bewusstseinssebene korrigieren will, meint der Begriff Kognitiv in der IKPT, dass alle Aspekte, welche in der Paartherapie bearbeitet werden, letztlich mit dem bewussten Verstand erfasst und begriffen werden sollen. Die IKPT geht davon aus, dass Störungen in der Partnerschaft wegen gegenseitig falscher, affektiv und kognitiv festgeschriebener Vorstellungen übereinander entstehen.

2.2 Einbettung und Abgrenzung

Die IKPT wurde seit 1990 von Neuenchwander entwickelt. Er studierte Medizin und bildete sich zum Psychiater FMH weiter. Die psychotherapeutische Ausbildung erfolgte in Freudscher Psychoanalyse und Katathym Imaginativer Psychotherapie. 1984 schloss er die Ausbildung zum Paar- und Familientherapeuten bei Jürg Willi in Zürich ab.

Die IKPT als Behandlungsmethode entstand aufgrund Neuenchwanders jahrelanger Erfahrung eines Dilemmas in der Paartherapie, welches zum einen darin besteht, dass

die traditionellen tiefenpsychologischen Therapien, welche Antworten auf die Frage nach den Ursachen der Beziehungsstörung geben sollen, meistens zu viel Zeit beanspruchen. Zum anderen kritisiert Neuenschwander, dass die Methoden aus dem verhaltenstherapeutischen und systemischen Umfeld vorwiegend auf die schnelle Veränderung des Verhaltens, der Familienstruktur oder der Kommunikation ausgerichtet sind. Die Fragen nach Sinn, Entwicklung und gemeinsamer Identität bleiben dabei weitgehend unbeantwortet, was wiederum den nachhaltigen Therapieerfolg gefährdet und die Patientinnen und Patienten in ihrem Bedürfnis nach Erkenntnis enttäuscht. Daraus abgeleitet entwickelte Neuenschwander die IKPT als eine eigenständige Form der Paartherapie, welche sich teilweise eklektisch auf Elemente verschiedener bekannter Psychotherapiemethoden stützt. Elemente der Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Systemischen Therapie wurden von Neuenschwander verdichtet, methodenübergreifend strukturiert und durch neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft sowie Erfahrungen aus der Praxis ergänzt.

2.3 Grundlagen

Die IKPT geht davon aus, dass Paare, die sich für eine Paartherapie entscheiden, so stark mit ihren Problemen und Gefühlen beschäftigt sind, dass ihnen der Überblick über das Geschehen abhanden gekommen ist. Es wird zudem davon ausgegangen, dass die Therapeutin und der Therapeut hingegen über ein allgemeines Wissen bezüglich konstruktiver und krankmachender Vorgänge in Zweierbeziehungen verfügen. In der IKPT wird dieses Wissen zum Teil direktiv angewendet.

Grundsätzlich wird in der IKPT eine „organisatorische“ äussere von einer „psychologischen“ inneren Struktur der Zweierbeziehung unterschieden. In der Letzteren finden sich drei Bereiche: der Erotische Bereich, der Partnerschaftliche Bereich sowie der Konfliktbereich. Jeder dieser Bereiche gestaltet und erzeugt gleichzeitig Liebe auf seine eigene Art, mit seinen eigenen Methoden und innerhalb seiner spezifischen Grenzen. Dabei ist der Begriff Lieben für die IKPT gleichbedeutend mit dem Herstellen beziehungsweise Entwickeln und Fördern der idealisierten Beziehungsidentität „Wir-als-Paar“. Die Beziehung bleibt solange gut und zufriedenstellend, als einerseits jeder Bereich in sich funktioniert und andererseits die drei Bereiche untereinander in einem – für jedes Paar individuellen – Gleichgewicht sind. Durch diese Differenzierung können alle

Beziehungsstörungen für jeden Bereich spezifisch diagnostiziert und therapeutisch behandelt werden.

2.3.1 Erotischer Bereich der Zweierbeziehung

Der Erotische Bereich umfasst in der IKPT die Gesamtheit der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, welche im Dienste der leidenschaftlichen Vereinigung zwischen Liebespartnern stehen. Der Begriff Eros meint in diesem Zusammenhang weit mehr als die alltagssprachliche Verwendung. Eros steht nicht bloss für die Sexualität, sondern bezeichnet die umfassende Liebe zwischen zwei Personen.

Neuenschwander betont, dass im Erotischen Bereich die ein- oder gegenseitige Verführung und Eroberung eine ausschlaggebende Rolle spielt. Die Übertreibung der positiven Eigenschaften, welche mit der ein- oder gegenseitigen Idealisierung einhergehen, sind ein wichtiger Bestandteil der sexuellen Anziehung. Die erotische Partnerin und der erotische Partner muss, um anziehend genug zu wirken, dem Gegenüber immer höchstwertig (Qualität der Gene, Sozialstatus usw.) erscheinen. Die höchste erotische Lust entsteht demnach, wenn die Eroberung von möglichst idealen beziehungsweise idealisierten und idealisierbaren Partnerinnen oder Partner gelingt. In der Folge führt die Reduktion von Distanz zur begehrten Person zu intensivem Lusterleben. Sobald das Ziel, die Überwindung von Distanz in der grösstmöglichen Nähe, erreicht wurde, erlischt die erotische Spannung. Diese kann in einer Beziehung grundsätzlich immer wieder spontan entstehen. Am höchsten ist sie in der akuten Verliebtheit. Zwei Verliebte erleben das vollständige Einssein in ihrer Beziehung und fühlen sich unzertrennlich verbündet gegen alles, was ausserhalb ist. Das oft zu beobachtende Phänomen nachlassender erotischer Spannung, auch in nicht besonders konflikthaften, länger dauernden Beziehungen, erklärt die IKPT über die erotische Logik: Einerseits aus dem Schwinden der gegenseitigen Idealisierung und andererseits aus dem Erstarren des Spiels von Nähe und Distanz. Um die erotische Beziehung über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten, ist die gegenseitige Idealisierung beziehungsweise Idealisierbarkeit die wirksamste Art der Verführung. Neuenschwander führt an, dass viele Paare die oben beschriebenen Zusammenhänge nicht genügend realisieren und meinen, die erotische Liebe unterhalte sich von selbst, da sie auch (scheinbar) spontan entstanden ist.

Störungen innerhalb des Erotischen Bereichs

Alles, was vereinigt, wirkt nach IKPT erotisch, alles was abgrenzt oder gar entzweit, wirkt antierotisch. Dabei hebt Neuschwanda hervor, dass erotische Eintracht nicht zu verwechseln ist mit räumlicher Nähe, gegenseitigen Versprechungen oder ethischen Verpflichtungen. Eintracht entsteht ausschliesslich aus dem Gefühl unbedingter gegenseitiger Parteinahme. Es ist ein radikaler psychischer Zustand der bedeutet, dass beide Partner nur einander haben wollen und sich gegenseitig die wichtigsten Menschen auf der Welt sind. Als Symptom der Entzweiung tritt unter anderem häufig der Libidoverlust eines oder beider Partner auf. Der Therapieansatz für den Erotischen Bereich liegt in der Beseitigung der Entzweiung, was auch immer ihre Ursache ist.

2.3.2 Partnerschaftlicher Bereich der Zweierbeziehung

Der Partnerschaftliche Bereich umfasst in der IKPT die Gesamtheit aller gemeinsamen Bemühungen, welche am Aufbau, an der Entwicklung und am Erhalt des gemeinsamen idealisierten Unternehmens beteiligt ist. Der Begriff Partnerschaft impliziert nicht nur das Recht auf Entfaltung, sondern bedeutet auch Teilhaben am Ganzen (Identifikation) und schliesst eine entsprechende Verantwortung mit ein.

Sobald eine Liebesbeziehung stabiler zu werden beginnt, das heisst, wenn sie nach dem Rausch der ersten Verliebtheit anzudauern verspricht, beginnt das Paar in der Regel, den Partnerschaftlichen Bereich bewusster wahrzunehmen und zu gestalten. Wichtige gegenseitige Entsprechungen werden oft schon unbewusst registriert. Es entstehen partnerschaftliche Wünsche. Spätestens mit dem Entschluss, zusammen zu bleiben, bildet sich ein gemeinsamer Lebensentwurf heraus. Der Partnerschaftliche Bereich umfasst grundsätzlich alle möglichen, der Lebensphase angemessenen, kurz- oder längerfristigen Projekte: Zusammen eine Reise machen, gemeinsam alt werden oder eine Familie gründen. Neuschwanda beschreibt den entwickelten Partnerschaftlichen Bereich der Zweierbeziehung als eine weitgehende Übereinstimmung der gemeinsamen Beziehungsziele. Trotz der starken Gewichtung der Gemeinsamkeit, ist die Autonomie des Einzelnen mit seinen eigenständigen Bereichen und Interessen ebenso wichtig wie die gemeinsamen Unternehmungen und Ziele. Eine Konsensfähigkeit bei unterschiedlichen

Meinungen zeichnet einen gut entwickelten Partnerschaftlichen Bereich aus. Gemeinsame Werte wie Fairness, Vertrauen, Wahrhaftigkeit und Gerechtigkeit untermauern die intakte Partnerschaft emotional. Dadurch entsteht eine Atmosphäre effizienter, solidarischer Gemeinschaft.

Störungen innerhalb des Partnerschaftlichen Bereichs

Die IKPT geht davon aus, dass jede grössere Differenz und jeder ungelöste Konflikt hinsichtlich des gemeinsamen Ziels Energie raubt und die Motivation zur Fortsetzung der Partnerschaft verschlechtert. Meinungsverschiedenheiten und Konflikte über Ziele und Problemlösungen werden von vielen Paaren nicht nachhaltig bewältigt und mit unbefriedigenden Kompromissen, nicht selten auch mit Überanpassungen ungünstig beendet, was zu ernsthaften Störungen im Partnerschaftlichen Bereich führen kann. Als nachhaltig bewältigt bezeichnet Neuenchwander in diesem Zusammenhang einen Konflikt dann, wenn die Identifikation mit der gemeinsamen Sache wieder vollständig hergestellt ist. Deshalb werden in der IKPT Win-win-Lösungen für alle partnerschaftlichen Konflikte angestrebt, wobei sich hierfür angepasste Mediationstechniken gut anbieten. Da in der modernen Zweierbeziehung die Qualität des Erotischen Bereichs für den Zusammenhalt ausschlaggebend ist, wirken sich erotische Entzweiungen in der Regel auch auf den partnerschaftlichen Zusammenhalt aus. Ein gegebenenfalls intakter Partnerschaftlicher Bereich allein kann eine entzweite Beziehung kaum retten.

2.3.3 Konfliktbereich der Zweierbeziehung

Die IKPT geht davon aus, dass jeder Mensch in seiner Entwicklung eine ganze Reihe von grundlegenden, zum Teil existentiellen Konflikten im psychoanalytischen Sinn durchläuft, welche ihm sein ganzes Leben lang immer wieder in neuen Konkretisierungen begegnen. Die meisten dieser Herausforderungen hat ein durchschnittlicher Mensch schon beim ersten Auftreten, in der Regel in der Kindheit (vgl. Infantile Konflikte der Psychoanalyse), so gut bewältigt, dass er sie gar nicht mehr bewusst als Konflikt wahrnimmt, wenn sie in irgendeiner Form später wieder hervortreten. Die praktische Ausformung der Konfliktlösungswege kann über den genau gleichen Grundkonflikt bei verschiedenen Individuen sehr unterschiedlich sein. Es scheint im unbewussten Erleben für alle möglichen Konflikte Entwürfe für Ideallösungen zu geben. Aus diesem Grund

bleibt bei ungelösten, aber auch bei bewältigten Konflikten eine starke Sehnsucht nach maximaler Befriedigung bestehen. Wie im körperlichen Erleben (Wundheilung) sehnt sich der Mensch auch nach einer Heilung der Psyche gemäss eines idealen inneren Bildes.

Nach Neuschwander widerspiegelt sich die Sehnsucht nach idealer Konfliktlösung auch in der Partnerwahl, wobei die zwei folgenden Voraussetzungen konstituierend sind: (1) Beide Partner müssen eine Übereinstimmung hinsichtlich des am wenigsten gelösten Grundkonfliktes aufweisen. Das bedeutet, dass beide Partner eine weitgehende Übereinstimmung in der Thematik ihrer unbewussten persönlichen Befriedigungssehnsucht oder der Heilserwartung haben. (2) Der verinnerlichte Lösungsweg muss möglichst gegensätzlich sein. Der fehlende eigene Kompetenz-Anteil wird durch die entsprechend passende Partnerin oder Partner angeeignet. Das bedeutet, dass beide durch das erlebte „Eins-Sein“ als Paar zusammen plötzlich all das können, was sie jahrelang an sich selbst vermissten. Dies bedeutet aber auch, dass beide unbewusst der Illusion erliegen, sie hätten dank der Synergie durch die Beziehungsaufnahme schlagartig wichtige Entwicklungsschritte gemacht.

Störungen innerhalb des Konfliktbereichs

Neuschwander beschreibt den Beginn der negativen Verstrickung über das enttäuschende Verhalten der Partnerin oder des Partners, der sich in den Augen des Anderen bezüglich der idealisierten Fähigkeiten zur Bewältigung des Grundkonflikts enttäuschend verhält. Die enttäuschte Person reagiert daraufhin mit Kritik an dem enttäuschenden Verhalten, um das Gefühl des Heilseins für sich und die Beziehung wieder zu erlangen. Dies führt wiederum zu Enttäuschung und zur Gegenkritik was das Ende der gegenseitigen Idealisierung einläutet. Unbewusst bedeutet die Enttäuschung durch die Partnerin, beziehungsweise den Partner (bezüglich der Thematik des Grundkonflikts) eine dramatische Destruktion von vermeintlich eigenen inneren Entwicklungsschritten, beziehungsweise psychischen Errungenschaften und Kompetenzen und gleichzeitig eine Bedrohung, beziehungsweise Entwertung des gemeinsamen Unternehmens. Das unbewusste Motiv hinter der gegenseitigen Kritik bei beiden Partnern bleibt aber grundsätzlich bestehen: Der Wunsch, die gute Beziehung wieder herzustellen.

Für die IKPT ist es wichtig, die banalen Konflikte des Alltags von den unbewussten verstrickten, die sich zumeist hinter Alltäglichkeiten verbergen, zu unterscheiden. Nur Letztere lösen die charakteristischen Gefühle der Entzweiung aus, wie zum Beispiel Ohnmacht, Wut, Einsamkeit innerhalb der Beziehung, Sich-nicht-verstanden-fühlen und drängendes Korrekturbedürfnis. Die Dynamik dieser Vorgänge zeigt sich als negativer Feedback-Zirkel sich gegenseitig verstärkender Kritik, welcher in sich begründet zur Eskalation der Auseinandersetzung führt. Die hintergründig positiven Motive der Kritik für die gemeinsame Sache kann gegenseitig nicht mehr wahrgenommen werden. Dadurch entsteht nach Neuschwandaer die Situation von sich selbst erfüllenden Vorannahmen. Dieser die Wahrnehmung stark einengender Vorgang kann am besten mit gegenseitiger hypnotischer Induktion verglichen werden, in dem sich beide durch ihr suggestives Verhalten immer aufs Neue in ihrer eindimensionalen gegenseitigen entwertenden Sichtweise bestätigen. Dadurch entstehen immer häufiger Verletzungen, welche wiederum - indem die Partner immer paranoider aufeinander reagieren - die gegenseitigen negativen Vorstellungen untermauern. Neuschwandaer sieht im Verhalten verstrickter Paare während der Eskalation grosse Analogien zu Borderline Symptomen. Diese zeichnen sich aus durch paranoide Vorstellungen, impulsives Handeln, selektive Wahrnehmung bis zur „folie à deux“, sowie Realitätsverleugnung und Aggressivität bis zu Gewalthandlungen. Im Gegensatz zum Kontakt mit der Partnerin beziehungsweise dem Partner können zu Unbeteiligten normale Beziehungen geführt werden. Nur in der verstrickten Zweierbeziehung entsteht die charakteristische Situation, in welcher beide Partner feststellen müssen, nicht mehr miteinander reden zu können.

Neuschwandaer sieht im Erleben und Deuten der Verstrickungen ein praktisch unvermeidliches Stadium der gemeinsamen Entwicklung. Die Kunst, eine Liebesbeziehung über lange Dauer aufrechtzuerhalten, besteht nach IKPT demzufolge darin, sich gegenseitig die unbewusste Illusion des Heils immer wieder zu verheissen und die unvermeidliche Enttäuschung immer wieder zu ertragen. Dies kann aber nur gelingen, wenn die Illusion als solche erkannt wird und Ideal und Realität nicht ständig verwechselt werden. Die Paartherapie muss daher unter anderem das Paar dafür gewinnen können, die unvermeidlichen gegenseitigen Enttäuschungen und Grenzen des gegenseitig Mögli-

chen als Teil der individuellen Entwicklung zu ertragen, ohne die Beziehung dabei zu entwerten.

2.4 Therapieziel

Das Therapieziel der IKPT besteht in der Bewusstmachung, Bearbeitung und Auflösung der unbewussten Verstrickungen (vgl. Kap. 3.3.3), von negativen Bedeutungen, welche man sich als Paar gegenseitig zugeschrieben hat. Die am Anfang der Paartherapie zu beobachtende Kommunikationsstörung wird überwiegend als Symptom dieser Verstrickung aufgefasst. In der Regel verschwindet sie mit der Auflösung der Verstrickung. Wenn das Therapieziel erreicht ist, beschreibt Neuschwander die drei folgenden Ausgangslagen für die Zukunft: (1) Die Liebesgefühle haben durch die Erfahrung der gemeinsamen, tragischerweise gegeneinander gerichteten Kämpfe um eine gute Beziehung, im Vergleich zu früher an Tiefe gewonnen. (2) Die Lebensentwürfe und –bereiche haben sich durch die Paartherapie soweit klären lassen, dass ein friedliches Zusammenleben möglich wird - dies auch, obschon keine starken gegenseitigen erotischen Gefühle wiederbelebbar sind. (3) Durch die Paartherapie konnte sich ausreichend Toleranz entwickeln, welche eine einvernehmliche Trennung oder Scheidung erlaubt. Nicht zuletzt soll es dadurch trotz allem möglich werden, den Kindern gemeinsame Eltern zu sein und zu bleiben.

2.5 Therapiedauer

Die IKPT verläuft in vier gut unterscheidbaren Phasen, welche idealerweise vollständig durchlaufen werden. Die Gesamtdauer der Paartherapie hängt davon ab, wie rasch die einzelnen Phasen durchgearbeitet werden können. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass das Paar vorübergehend in eine frühere Phase zurückfällt. Es kommt eher selten vor, dass die Therapie keinerlei Fortschritte macht und schon in der ersten Therapiephase stagniert. In diesem Fall sollte die Behandlung nach maximal 5 bis 10 Sitzungen als ungeeignet eingestuft und abgebrochen werden. Die Gesamttherapiedauer beträgt normalerweise 10 bis 20 Sitzungen zu je anderthalb Stunden im Abstand von durchschnittlich 2 bis 6 Wochen.

2.6 Therapiephasen

Erste Therapiephase

Diese Therapiephase beginnt bereits mit der Anmeldung, indem das Paar etwas unternehmen möchte. Zu diesem Zeitpunkt steht das Paar meist stark im Bann der Krise. Eine persönliche Auffassung über die Ursache und Lösung der Krise besteht möglicherweise bereits. Lösungsversuche der einen Person sind jedoch oft am Widerstand der anderen gescheitert. Starke Zweifel am Sinn der Beziehung oder Trennungsgedanken kennzeichnen diese Phase.

In der IKPT werden in dieser Phase die Klagen übereinander nur soweit angehört, bis die Therapeutin oder der Therapeut erste Vorstellungen über die tieferen Hintergründe des Paarkonflikts gewonnen hat. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Probleme zu lösen. Aus diesem Grund wird nicht immer Rücksicht auf die momentane Befindlichkeit genommen. Hier setzt der erste, von der IKPT veranlasste Veränderungsschritt an: Als erste provisorische Notlösung muss das Paar mit dem immer gleichen Streit und einer möglicherweise destruktiven Verhaltensweise aufhören und zuerst einmal ruhig und sachlich werden.

Zweite Therapiephase

Sobald sich das Paar von allerhand voreiligen und zum Teil falschen Überzeugungen übereinander etwas distanziert hat, ist der Weg für die Arbeit an den tieferen Schichten geebnet. Das therapeutische Gespräch wird in dieser Phase mit anderen, nicht-verbale Methoden ergänzt: Zusammen ein Bild malen, imaginieren oder ein kurzes Rollenspiel durchführen. Im Rückblick auf die Beziehungs- und Lebensgeschichte wird zunehmend deutlicher, wie man als Individuum und als Paar in seinen tieferen, das heißt, lebensgeschichtlich früheren, längst vergessenen Schichten funktioniert oder funktioniert hat. Dies zu erkennen, ist in der IKPT unverzichtbar, da davon ausgegangen wird, dass unbewusste frühere Prägungen zu stereotypen Einstellungen und Verhaltensweisen führen. Dadurch wird die aktuelle Beziehungsrealität teilweise von Motiven gesteuert, auf welche die Patientin oder der Patient ohne Paartherapie kaum Einfluss nehmen kann (vgl. Kap. 2.3.3). Die Aufarbeitung der verborgenen Hintergründe, deren Klärung und die Umsetzung neuer Einsichten macht den Hauptanteil der IKPT aus.

Zwischen den Sitzungen muss das Paar nach Möglichkeit auf das Streiten verzichten. Es besteht die Möglichkeit, den Therapeuten anzurufen, wenn ein Rückfall in die destruktive Kommunikation unvermeidbar scheint oder sonstige Paarprobleme eskalieren. Die IKPT gibt mittels strukturierter Modelle einen Überblick, so dass es den Patientinnen und Patienten möglich ist, das Erlebte auch kognitiv einzuordnen. Je mehr das Paar in der Paartherapie die Zusammenhänge zu begreifen beginnt, desto stärker werden die Motivation und der Optimismus in die Beziehung wieder spürbar.

Dritte Therapiephase

Die IKPT hat zum Ziel, das Paar zu befähigen, mit zunehmender Einsicht über die Zusammenhänge ihrer Konflikte, ihre Beziehung wieder befriedigender zu gestalten. Die dritte Therapiephase kennzeichnet den Prozess des Bewusstwerdens der alten, unbewussten Wünsche, Bindungen und Bewältigungsstrategien. Dadurch kann sich das Paar mit Versuch und Irrtum aus den alten Bedeutungsmustern emanzipieren. Die Beziehung wird von der Hypothek unrealistisch hoher Erwartungen und Aufgaben befreit, sodass die gegenseitige Zufriedenheit trotz Mängel des Gegenübers oder der Beziehung wachsen kann. Analog zu den Versagungen, welche in der Psychoanalyse von der idealisierten Analytikerin beziehungsweise vom Analytiker ertragen werden müssen, wenn infantile Wünsche sich als unrealisierbar erweisen, müssen sich die Partner gegenseitig zwangsläufig teilweise enttäuschen, wenn sie sich mit Hilfe der reifenden Beziehung weiterentwickeln. Wenn die Grenzen der Beziehung erkannt und ertragen werden, steht der Weg für eine im umfassenden Sinn erotische und dialogische Beziehung offen.

Neuenschwander beschreibt, dass es in der dritten Phase zwischenzeitlich zwar zu kürzeren Regressionen und Eskalationen kommen kann. Die Missverständnisse und Fehlinterpretationen lösen sich aber mit dem inzwischen in der Paartherapie erarbeiteten Wissen oft rasch auf. In anderen Fällen kann mit fortschreitender Erkenntnis aber auch klarer werden, dass die Liebe nicht wieder belebbar ist. Die bisherigen Einsichten ermöglichen es zumeist, sich in einvernehmlicher Weise zu trennen. Es entsteht im positiven Fall Trauer und nicht mehr verzweifelte Wut, weil das Paar verstanden hat was sie ursprünglich entzweit hat.

Vierte Therapiephase

In dieser Phase werden keine festen Therapietermine mehr vereinbart. Die konstruktive Stimmung in der Beziehung ist über die meiste Zeit wieder hergestellt, auch wenn Abstriche an den ursprünglichen Wünschen hingenommen werden müssen. Die anhaltenden Verstimmungen mit ihrem charakteristischen Gefühl von Einsamkeit und Ohnmacht bleiben in der Regel aus, da Meinungsverschiedenheiten meist auf die Umstände beschränkt bleiben, die sie ausgelöst haben. Neuschwanda beschreibt, dass in dieser Phase oft ein Rückgang psychischer und manchmal auch psychosomatischer Symptome zu beobachten sind, ein Phänomen, welches er mit der Abnahme des seelischen Stresses durch die Entspannung der Beziehung erklärt. Hin und wieder können noch Rückfälle in die Verstrickung eintreten. Die Ursache hierfür sieht Neuschwanda darin, dass das Paar auf einen noch unbearbeiteten Konfliktelement gestossen ist. In diesem Fall muss die Paartherapie auf dem Stand der zweiten Phase noch einmal aufgenommen werden. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass das Paar aus einer banalen Stresssituation heraus vorübergehend in alte Reflexe zurückgefallen ist. Dann schafft das Paar die Lösung meist selbst, oder es genügen einige wenige Therapiesitzungen, um rasch aus der Krise wieder heraus zu finden. Bleibt der Zustand über einige Monate stabil, kann die vierte Phase und damit auch die Paartherapie als abgeschlossen betrachtet werden.

3. Wirksamkeitsforschung

Im folgenden Kapitel werden der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Erkenntnisse aus der Wirksamkeitsforschung erörtert. In einem ersten Schritt werden wichtige Begriffe aus der Wirksamkeitsforschung definiert und Messmethoden kritisch beleuchtet. Dabei werden Effizienz- und Effektivitätsstudie einander gegenüber gestellt und der Diskurs um die interne und externe Validität in der Wirksamkeitsforschung kurz beschrieben. Desweiteren werden Überlegungen zum Messzeitpunkt des Therapieerfolgs zusammengefasst. Im Anschluss wird ein Überblick der empirischen Befundlage zur Wirksamkeit der Psychotherapie und Paartherapie gegeben. Dabei werden Einflüsse von Behandlungsdauer, Behandlungsfrequenz, Nachhaltigkeit sowie Patientinnen-, beziehungsweise Patientenvariablen sowie Therapeutinnen- und Therapeutenvariablen auf die Wirksamkeit von Psychotherapie beschrieben. Weiter werden Forschungsergebnisse zur Partnerschaftszufriedenheit, der persönlichen Entwicklung in der Paartherapie

und Veränderungen des Wohlbefindens im Zusammenhang mit Partnerschaft und Paartherapie erörtert. Mittels der Problemliste von Hahlweg (1996) werden typische Konfliktfelder in Paarbeziehungen aufgeführt. Abschliessend wird auf die Therapiezufriedenheit bei Trennung und Scheidung eingegangen.

3.1 Definition und Messungsmethoden der Wirksamkeit

3.1.1 Effizienz- versus Effektivitätsstudien

In der Psychotherapieforschung wird zwischen Effizienz- und Effektivitätsstudien unterschieden. Seligman (1996, S. 264) definiert Effizienz („efficacy“) als die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren, bezogen auf abgegrenzte Symptome. Wiegand-Grefe, Zander und Cierpka (2002, S. 130) führen weiter aus, dass Effizienzstudien die Wirksamkeit von Psychotherapie unter experimentell kontrollierten Bedingungen untersuchen. Dies erfolgt zum Beispiel mit randomisierten Kontroll- oder Vergleichsgruppen von Patientinnen und Patienten mit nur einer diagnostizierten Störung. Weiter wird die Behandlung mittels Therapiemanuale standardisiert und die Therapieziele werden genau operationalisiert, hinzu kommen a priori festgelegte Sitzungszahlen. Unter Effektivität („effectiveness“) versteht Seligman (1996, S. 264) die Gesamtwirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung. Wiegand-Grefe, Zander und Cierpka (2002, S. 130) betonen, dass Effektivitätsstudien ohne „künstliche“ Forschungsbedingungen durchgeführt werden. Sie bilden die Gegebenheiten ab, wie sie im klinischen Alltag „normalerweise“ vorherrschen: Die Patientinnen und Patienten kommen in der Regel mit multiplen Problemen und werden an der Verfahrenswahl sowie Therapeutinnen- beziehungsweise Therapeutenwahl mitbeteiligt. Die Psychotherapie hat unter klinischen Bedingungen keine feste Dauer und wird nicht manualgetreu durchgeführt, wobei gewöhnlich verschiedene Methoden miteinander kombiniert werden. Effektivitätsstudien untersuchen also die „Praxistauglichkeit“ eines Behandlungsverfahrens.

Heekerens (2005, S. 356) weist darauf hin, dass auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung die Erforschung der Effektivität unter Feldbedingungen weitaus geringer ausfällt, als die Erforschung der Wirksamkeit unter Laborbedingungen (Effizienzstudien). In einer Metaanalyse von Shadish et al. (1997, S. 26-29) mit über 163 kontrollierten,

randomisierten paar- und familientherapeutischen Outcomestudien, behandeln gerade mal 7% der Studien die Wirksamkeit klinischer Therapie im üblichen Umfeld. Diesem Umstand zufolge hat das National Institute of Mental Health (NIMH) die klinische Forschung mit der Intention erweitert, das Schwergewicht von der bisherigen Effizienzforschung auf die Effektivitätsforschung zu verlagern. Insbesondere für Psychotherapieformen wie die Familientherapie, die aufgrund ihrer Komplexität nur schwer kontrollierbar ist, scheinen Effektivitätsstudien besonders geeignet (Seligmann, 1996, zit. nach Wiegand-Grefe, Zander & Cierpka, 2002, S. 130-131).

3.1.2 Interne und externe Validität

Da bei den Effektivitätsstudien keine Kontroll- oder Vergleichsgruppe existiert, ist die interne Validität der Untersuchung ungesichert (Wiegand-Grefe, Zander & Cierpka, 2002, S. 143). Dies räumt auch Hartmann (2006, S. 157) ein, und führt aus, dass die untersuchten Behandlungen in der Praxis in einem Bindungsgefüge mit unzähligen Wirkfaktoren stehen, welche nicht wie im Experiment, analytisch zerlegt und von dem nicht abstrahiert werden kann. Auf der anderen Seite weist eine naturalistische Untersuchung eine viel höhere externe Validität auf als eine experimentelle Studie, deren Ergebnisse streng genommen nur auf eine Realität übertragbar sind, die den experimentellen Bedingungen entspricht (Seligman, 1996, zit. nach Hartmann, 2006, S. 158). Bei den Effizienzstudien konzentriert sich die Energie auf die Sicherung der internen Validität und dies faktisch auf Kosten der externen Validität. Von Seiten NIMH wird eben diese einseitige Akzentuierung auf Fragen der internen Validität bei der Effizienzforschung kritisiert und die Notwendigkeit betont, die externe Validität mit gleichem Ernst ins Auge zu fassen (Heekerens, 2005, S. 360-365). Heekerens (2005, S. 361) postuliert, dass die Therapieforschung in zwei Phasen verlaufen sollte: Die formative Phase (Pilotstudien zur Klärung von Effekten, Risiken, Anwendbarkeit) und die summative Phase. Die summative Phase ist die Zeit der kontrollierten Studien. Diese beginnt mit der Prüfung der Wirksamkeit mittels Effizienzstudien, um sich von dort aus zunehmend mehr der Evaluation unter Feldbedingungen zuzuwenden.

3.1.3 Veränderungsmessung versus Retrospektive Erfolgsbeurteilung

Eine grundlegende Unterscheidung von Verfahren zur Messung des Therapieerfolgs betrifft die Frage zu welchen Zeitpunkten die Erfolgsmessung erfolgt (Schulte, 1993). Bei den in den letzten Jahren vielfach als Standard eingesetzten Prä-Post-Effektstärkenmessungen erfolgt eine mehrfache Statusdiagnostik zumeist vor und nach der Intervention. Das Ausmass der Veränderung wird durch Differenzbildung gewonnen, zum Beispiel mittels Symptomfragebögen bei Therapiebeginn und bei Therapieende (Hartmann & Herzog, 1995). Eine Retrospektive Erfolgsbeurteilung erfasst den Therapieerfolg rückblickend am Ende der Therapie mit einer Einpunktmessung, zum Beispiel als subjektives Urteil über die Zufriedenheit. Eine gewichtige Fehlerquelle von Retrospektiven Erfolgsmessungen führen Baumann et al. (1980) aus: Die Patientinnen und Patienten würden vergessen, wie schlecht es ihnen zu Beginn der Behandlung gegangen sei. Dies kann das Antwortverhalten in unkontrollierter Weise verfälschen (zit. nach Michalak et al., 2003, S. 95-102). Hartman (2006, S. 160) wendet ein, dass sich das gleiche Problem auch bei der direkten Veränderungsmessung ergeben kann. Bei der Frage nach der Symptombesserung müssen die Antwortenden ebenso eine Veränderung beurteilen. Implizit gehen die Antwortenden ebenfalls von einem retrospektiv einzuschätzenden Ausgangszustand aus. Bei Studien, in denen retrospektive Zufriedenheitsmasse mit indirekt berechneten Veränderungswerten verglichen wurden, korrelieren beide Arten von Erfolgsmessungen nur gering miteinander (Pekarik & Wolf, 1996, zit. nach Michalak et al., 2003, S. 96). Michalak et al. (2003, S. 101) erklären dies damit, dass die Befragten das Ausmass der Veränderung weniger in Bezug auf die Ausgangslage, sondern auf den mehr oder minder befriedigenden Zustand zu Therapieende einschätzen. Eine Therapie, die Symptomatik im grossen Umfang zu reduzieren vermag, muss nicht unbedingt von den Betroffenen als erfolgreich beurteilt werden. Umfangreiche Symptomreduktion bedeutet nicht notwendigerweise eine zufriedenstellende Lebenssituation, diese kann sich schon nach einer geringen Symptomreduktion einstellen. Diesem Umstand trägt die Retrospektive Erfolgsmessung Rechnung. Vocks et al. (2005, S. 91-92) führen aus, dass die erhaltenen Werte besser mit der subjektiv erlebten Veränderung übereinstimmen als die berechneten Werte durch Veränderungsmessungen. Allerdings ist anzumerken, dass die Gefahr des Auftretens von Antworttendenzen, zum Beispiel in Richtung sozialer Erwünschtheit bei Retrospektiven Erfolgsmessungen grösser ist als bei Statuserhebungen.

3.2 Ergebnisse der Psychotherapieforschung

3.2.1 Generelle Wirksamkeit von Psychotherapie

1952 formulierte Eysenck seine provozierende These, in der sämtliche Formen von Psychotherapie im besten Fall spontane Remission nicht verhindern, auf jeden Fall aber keinen über spontane Remission hinausgehenden Beitrag zur Verbesserung psychischen Leidens leisten (zit. nach Caspar & Jacobi, 2005, S. 396). Seitdem sind zu den unterschiedlichen Therapieverfahren eine grosse Anzahl von Wirksamkeitsstudien durchgeführt worden, die Eysencks These eindeutig widerlegen konnten. In der ersten und wohl umfangreichsten Metaanalyse von 475 Untersuchungen unterschiedlichster Therapie-richtungen und verschiedenartiger Diagnosen ermittelten Smith et al. (1980), dass die behandelten Patientinnen und Patienten in ihren Ergebnissen im Mittel 60% besser waren als die unbehandelte Stichprobe (zit. nach Hartmann, 2006, S. 17). Auch Seligman (1996, S. 269) und Hartmann (2006, S. 44) kommen bei einer grossen Consumer-Report (CR) Studie in den USA (N=2900), beziehungsweise in der Replikationsstudie der CR-Studie in Deutschland (N=1772), über die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zum Schluss, dass es den meisten Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung deutlich besser geht als vorher. Dabei konnte Hartmann (S. 88) nachweisen, dass 85.9% der Befragten eine geringe bis extreme Verbesserung des psychischen Allgemeinbefindens durch die Psychotherapie erfahren. Neben der Frage nach der Symptom- und Problembesserung wurde in der CR-Studien auch nach der Besserung, beziehungsweise Veränderung bestimmter psychischer Allgemeinfunktionen wie die Beziehungsfähigkeit, Arbeitsproduktivität, Stressbewältigung, körperliches Wohlbefinden, Lebensfreude, persönliche Entwicklung, Verständnis für andere, Selbstwertgefühl und Stimmungslage befragt. Überblickt man die Ergebnisse, so wird deutlich, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht nur zu einer Besserung der Zielsymptomatik führt, sondern durchgängig auch zu einer Verbesserung dieser psychischen Allgemeinfunktionen (Hartmann, 2006, S. 81). Aus diesem Grund wurde die Besserung der psychischen Allgemeinfunktionen auch in der vorliegenden Arbeit als ein Wirksamkeitskriterium berücksichtigt.

3.2.2 Einfluss der Behandlungsdauer und der Behandlungsfrequenz auf das Behandlungsergebnis

Es zeigt sich eine lineare Abhängigkeit des Therapieerfolgs von der Therapiedauer. Aus der Untersuchung von Keller et al. (1997) geht hervor, dass die globale Verbesserung der psychischen Situation bei Patientinnen und Patienten mit einer Therapiedauer von 1 bis 3 Jahren doppelt so hoch ist und bei einer Therapiedauer von über 3 Jahren dreimal so hoch wie bei einer Behandlung, welche weniger als 1 Jahr dauert. Als Nebenbefund ergab sich eine relativ hohe Stabilität der Verbesserung über einen Katamnesezeitraum von 6 Jahren. Sandell et al. (2001) ermitteln in ihren Untersuchungen einen komplexen Zusammenhang von Therapiedauer und Behandlungsfrequenz. So haben die Frequenzerhöhungen in Kurztherapien negative Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis, während höhere Behandlungsfrequenzen in längeren Behandlungen einen positiven Effekt aufweisen (zit. nach Hartmann, 2006, S. 21-22). Hartmann (2006, S. 111) kann in der CR-Replikationsstudie den Befund von Sandell et al. bestätigen. Bei einer Behandlungsdauer von 2 Jahren ergaben sich keine Effektivitätsunterschiede für die verschiedenen Therapiefrequenzen, wohl aber bei einer Behandlungsdauer von mehr als 2 Jahren. Hier zeigten die Patientinnen und Patienten, die häufiger als einmal pro Woche behandelt wurden, signifikant bessere Ergebnisse als die Patientinnen und Patienten, welche die Behandlung seltener als einmal pro Woche konsultierten.

3.2.3 Einfluss der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis

Insbesondere die Art der therapeutischen Beziehung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis (Lambert, 1992). Dreh- und Angelpunkt für den Erfolg ist eine empathische, wenig ambivalente, positive Haltung und eine supportive therapeutische Grundstrategie der Behandlerin oder des Behandlers, und zwar unabhängig von der Therapierichtung und von professioneller Therapie, beziehungsweise Laitherapie (Henry & Strupp, 1991; Strupp, 2000). Die schlechtesten Ergebnisse resultieren aus Behandlungen, in denen Seitens der Behandlerin oder des Behandlers eine negative oder ambivalente und kontrolliert-anklagende Haltung den Gesprächsverlauf bestimmte (zit. nach Hartmann, 2006, S. 28-29). Hartmann (2006, S. 175-176) konnte nachweisen, dass die globale Bewertung der Kompetenz der Therapeutin oder des Therapeuten, sowie spezifische Items, welche nach dem Verhalten der Therapeutin oder des Therapeuten fragen, im Zusammenhang mit der Behandlungseffektivität stehen und einen

deutlichen Einfluss auf die Symptombesserung, die Therapiezufriedenheit und die Besserung des psychischen Allgemeinbefindens haben. Die Items zum Verhalten beinhalten vier Merkmale: Die Patientinnen und Patienten erfahren ihre Therapeutin oder ihren Therapeuten als unterstützend und vertrauenswürdig, die Themen der Therapie können durch die Patientinnen und Patienten bestimmt werden und ihre Probleme werden gründlich erörtert. Entsprechend der Faktoranalyse von Hartmann sind die genannten vier Merkmale Faktoren, welche die Einstellung des Therapeuten als positiv, supportiv, empathisch und kompetent beschreiben. Sie bilden dabei eine objektive Qualität der Beurteilung, da sie das beobachtbare Verhalten der Therapeutin oder des Therapeuten erfragen. Hingegen wird die globale Bewertung stark von der gegenwärtigen Lage der Patientin und des Patienten beeinflusst und durch die Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis bestimmt. Beide Kategorien stehen für die therapeutische Beziehung und dienen als Nachweis für die Effektivität einer Behandlung.

3.2.4 Einfluss von Patientenvariablen auf das Behandlungsergebnis

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit möglichen Einflussvariablen von Seiten der Patientin und des Patienten. Bei Untersuchungen bestimmter soziodemografischer Faktoren zeigt sich, dass der sozioökonomische Status der Patientinnen und Patienten zwar einen Einfluss auf die Therapieaufnahme und Therapiedauer hat, nicht aber auf das Behandlungsergebnis (Lorion, 1973; Schmidt & Hancy, 1979). Studien, die den Zusammenhang zwischen Alter der zu Behandelnden und Outcome untersuchen, weisen heterogene Ergebnisse auf: In den von Luborsky et al. (1971) gesichteten 11 Studien deuten 3 Studien auf einen Zusammenhang zwischen Alter und Outcome hin und zwar im Sinne einer Verschlechterung des Therapieergebnisses mit steigendem Alter der Patientin oder des Patienten. Andere Untersuchungen (Frank et al., 1989; Rounsaville et al., 1981) konnten diesen Befund nicht reproduzieren, so dass die Datenlage insgesamt eher gegen einen solchen Zusammenhang spricht. Gleiches gilt laut Garfield (1994) für einen möglichen Einfluss des Patientengeschlechts auf das Therapieergebnis (zit. nach Hartmann, 2006, S. 29-30). Allerdings führt Hartmann (2006, S. 182) aus, dass ein für Frauen als typisch angenommenes Krankheitsverhalten, nämlich Sensibilität gegenüber eigenen Beschwerden, höhere soziale und sprachliche Kompetenz im Umgang mit diesen Beschwerden und die Bereitschaft, rasch fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, günstig, männliche Verhaltensmuster im Umgang mit der Erkrankung ungünstig schei-

nen. Obwohl die Vermutung nahe liegt, dass die Motivation der Patientinnen und Patienten einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis hat, konnte auch dies nicht eindeutig belegt werden (Garfield, 1994; zit. nach Hartmann, 2006, S. 29-30).

3.3 Ergebnisse der Paartherapieforschung

3.3.1 Generelle Wirksamkeit von Paartherapie

Für die Mehrzahl der Autorinnen und Autoren gilt die Wirksamkeit von Paar- und Familientherapie mittlerweile als ausreichend belegt. Diese Schlussfolgerung ist durch die Fachliteratur mindestens so gut belegt wie die Wirksamkeit anderer Formen der Psychotherapie (Wiegand-Grefe, Zander & Cierpka, 2002, S. 130). Die Metaanalyse von Shadish et al. (1997, S. 5-8) mit 163 randomisierten paar- und familientherapeutischen Outcome-Studien (62 Paar- und 101 Familientherapiestudien) kommt zu dem Ergebnis, dass Paar- und Familientherapie eine mittlere statistische und häufig klinische signifikante Wirksamkeit aufweist. Weder zeigt sich dabei eine bestimmte therapeutische Orientierung gegenüber anderen Orientierungen als nachweisbar überlegen, noch ist Paar- und Familientherapie der Einzeltherapie überlegen. Die Ergebnisse zeigen, dass es paar- und familientherapeutisch behandelten Klientinnen und Klienten nach der Behandlung signifikant besser geht als den Personen der unbehandelten Kontrollgruppen. Die Effektstärke liegt bei etwa einer halben Standardabweichung ($d=0.51$). Somit liegt die Wahrscheinlichkeit bei etwa 67%, dass es einer zufällig ausgewählten Person nach einer Behandlung mit Paar- oder Familientherapie besser geht als einer Unbehandelten. Bei einer getrennten Überprüfung von Paar- und Familientherapie ergaben sich sowohl für die Paartherapie ($N=27$ Studien; $d=0.60$) als auch für die Familientherapie ($N=44$ Studien; $d=0.47$) eine signifikante Effektstärken, wobei sich die Effektstärken beider Therapieformen nicht signifikant unterscheiden. Im Rahmen einer prospektiven Feldstudie über die Effektivität von Eheberatung in Deutschland führten Klann und Hahlweg im Jahr 1994 ($N=495$) eine Beratungsbegleitende Forschungsstudie (BF I) durch, die von Klann im Jahr 2002 ($N=657$) wiederholt wurde (BF II) (zit. nach Klann, 2002, S. 53). Im Vergleich zur Eingangsmessung hatten Paare nach Beendigung der Beratung im Durchschnitt weniger Probleme, waren mit ihrer Beziehung generell zufriedener, konnten sich im affektiven Bereich besser austauschen und gaben an, ihre Probleme besser bewältigen zu können. Sie waren zufriedener mit

der gemeinsamen Freizeitgestaltung und im sexuellen Bereich, waren weniger depressiv gestimmt und klagten weniger über körperliche Beschwerden als zum Zeitpunkt vor der Beratung (Klann & Hahlweg, 1994, S. 159). Darüber hinaus blieben die erzielten Behandlungsergebnisse über einen sechsmonatigen Katamnesezeitraum stabil (Klann, 2002, S. 132).

Nur wenige Wirksamkeitsstudien geben Auskunft über Langzeitergebnisse nach der Paartherapie. Die meisten Studien untersuchen lediglich die Ergebnisse am Ende der Behandlung (post-treatment) oder nach kurzen follow-up Zeiträumen von 6 bis 12 Monaten. Nur selten werden Katamnesezeiträume von 2 bis 4 Jahren, oder mehr berücksichtigt. Daher ist bisher nur wenig Gesichertes über Langzeitergebnisse von Paartherapien bekannt (Röskamp, 2001, S. 10). Diesen Befund bestätigen Bray and Jourieles (1995): „Only three studies with strong methodological characteristics were found that examined the long-term effectiveness of marital therapy for distressed couples. The time frame for long-term followup was only 18 months post-therapy. In those studies where longer-term followup was present, the effects of couple therapy deteriorated significantly at followup periods beyond six months.“ (zit. nach Sexton, Alexander & Leigh Mease, 2004, S. 598). Die Dauer des Katamnesezeitraums spielt laut Meier et al. (2002, S. 174) keine wesentliche Rolle für das Therapieergebnis. In ihrer Untersuchung liessen sich bei einem Katamnesezeitraum von 1 bis 8 Jahren, keine oder nur geringe Zusammenhänge finden. Allenfalls geben die Werte für die Zusammenlebenden einen schwachen Hinweis darauf, dass eine positive Einschätzung der Ergebnisqualität einer länger zurückliegenden Paartherapie eher zu verblassen scheint.

3.3.2 Partnerschaftszufriedenheit

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Partnerschaftsqualität- oder Beziehungsqualität synonym zu Partnerschaftszufriedenheit verwendet. Meinungen darüber, ob eine Partnerschaft erfolgreich ist, können unter Individuen sehr unterschiedlich bis völlig konträr sein. Trotz aller Gegensätze besteht eine allgemeine Übereinkunft darin, dass eine Partnerschaft einen Zuwachs an Zufriedenheit und Glück darstellen sollte (Braukhaus, Sassmann & Hahlweg, 2000, S. 173). Weiss und Heyman (1997) betrachten die Partnerschaftszufriedenheit als Hauptkonstrukt im Bereich der Paarforschung. Dabei kann der Grad der Partnerschaftszufriedenheit nur subjektiv definiert und erfasst

werden. Als übliches Mittel der Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit hat sich das sogenannte „Teraman-Item“ durchgesetzt: Eine subjektive Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit auf einer Likert-Skala von 1 (sehr unglücklich) bis 6 (sehr glücklich). Zufriedenheit und Unzufriedenheit stellen in dieser Definition die jeweiligen Pole einer Dimension dar. Dabei ist fraglich, ob die Abwesenheit von Unzufriedenheit gleichbedeutend mit Zufriedenheit ist (zit. nach Braukhaus, Sassmann & Hahlweg, 2000, S. 173). Davon ausgehend, dass erfolgreiche zufriedenstellende Partnerschaften von Stabilität gekennzeichnet sind, stellt die Stabilität in der Partnerschaftsforschung ein objektiver Erfolgsindikator für die Analyse von Beziehungen dar (Karney & Bradbury, 1995; zit. nach Braukhaus, Sassmann & Hahlweg, 2000, S. 174).

Aus der Untersuchung über die Wirksamkeit von Paartherapie (N=157) von Röskamp (2001) geht hervor, dass über die Hälfte der Befragten mit dem Ergebnis der Paartherapie für die Partnerschaft zufrieden sind (zit. nach Meier, Röskamp, Riehl-Emde & Willi, 2002, S. 172). In einer Analyse von Wirksamkeitsstudien der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapie zeigt sich, dass 40 bis 70 % der Paare eine Verbesserung ihrer Partnerschaftszufriedenheit nach beendeter Paartherapie verzeichnen (Jacobson & Christensen, 1996; zit. nach Lutz, 2006, S. 30). Sassmann et al. (2000, S. 368-369) stellen fest, dass Interventionen, die auf die Erhöhung der Partnerschaftsqualität zielen, deutliche Nebeneffekte in der Verbesserung individueller Probleme haben.

3.3.3 Paartherapie und persönliche Entwicklung

In der Literatur hat der Nutzen für die persönliche Entwicklung bei einer Paartherapie bisher nur wenig Beachtung gefunden und kommt als Outcome-Kriterium bei Paartherapie nicht vor (Röskamp, 2001, S. 47-48). Christensen und Heavy (1999) fordern dazu auf, auch Daten der persönlichen Entwicklung in die Wirksamkeitsuntersuchungen von Paartherapie miteinzubeziehen, wie das Wohlbefinden, psychosoziale Funktionsfähigkeit und psychologische Symptome (zit. nach Meier et al., 2002, S. 181-182). Sie halten es für möglich, dass die eine Therapieform vielleicht zu weniger Trennungen führt, dies aber gegebenenfalls auf Kosten des individuellen Glücks erreicht wird (Christensen & Heavy, 1999, zit. nach Röskamp, 2001, S. 47-48). Aus der Untersuchung von Meier et al. (2002, S. 171) geht hervor, dass die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Ergebnis

der Paartherapie für die persönliche Entwicklung eines der positivsten Ergebnisse ist. 67.7% der Befragten in der Gesamtgruppe beurteilen das Ergebnis der Therapie für ihre persönliche Entwicklung als positiv. Bei den weiterhin Zusammenlebenden liegt der individuelle Gewinn (76.6%) aus der Paartherapie dabei tendenziell höher als ihre Zufriedenheit mit dem Gewinn für die Partnerschaft (63.3%). Bei den Getrennten oder Geschiedenen liegt zwar die Einstufung der subjektiven Zufriedenheit signifikant niedriger. Dennoch verbindet auch hier die Mehrheit (54.6%) Paartherapie mit einem persönlichen Gewinn, der, wenn auch nicht signifikant, ebenfalls stärker gewichtet wird als der Paarbezogene (45.3%). Dabei beurteilt der Durchschnitt der Getrennten und Geschiedenen die persönliche und paarbezogene Zufriedenheit in den Antwortstufen „eher zufrieden“ und „weder/noch“. Auch Vansteenwegen (1998) fand ein interessantes Ergebnis in Bezug auf die „individuelle Wirksamkeit“ der Paartherapie: Getrennte oder Geschiedene, wie auch Zusammenlebende sehen einen positiven persönlichen Nutzen der Therapie. Unabhängig vom Schicksal des Paares wird der Paartherapie eine wichtige persönliche Bedeutung zugeschrieben (zit. nach Meier, Röskamp, Riehl-Emde & Willi, 2002, S. 163-171).

3.3.4 Veränderungen im Wohlbefinden

Definition Wohlbefinden

Wohlbefinden ist eng mit Gesundheit verknüpft. So definiert die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) Gesundheit als „Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1946). Diese Definition macht deutlich, dass soziale Beziehungen, zusammen mit körperlichen und psychischen Faktoren das Wohlbefinden konstituieren. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Arbeit das psychische und körperliche Wohlbefinden als ein Kriterium der Therapiewirksamkeit verwendet. Schütz und Wiesner ordnen der Partnerschaft eine Schlüsselposition in den sozialen Beziehungen einer Person zu, welche somit eine grosse Bedeutung für das Wohlbefinden hat. Dabei kann die Partnerschaft als Ressource, aber auch als Quelle von Belastungsepisoden, Konflikten oder Überforderungsgefühlen erlebt werden (Schütz & Wiesner, 2000, S. 193-195).

Wirkung von Paartherapie und Partnerschaft auf das körperliche Wohlbefinden

In einer Untersuchung von Röskamp (2001) von 236 paartherapeutisch behandelten Personen geben mehr als die Hälfte eine Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens zu Protokoll, bei rund einem Drittel bleibt der Gesundheitszustand unverändert (zit. nach Meier, Röskamp, Riehl-Emde & Willi, 2002, S. 176-177). Demnach muss eine Verbesserung der Paarbeziehung einen direkten Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden haben. Peters und Liefbroer (1997) konnten den positiven Einfluss stabiler Partnerschaften auf das Wohlbefinden von Individuen nachweisen. Ihre Studie mit über 3000 Personen im Alter zwischen 55 und 89 Jahren zeigt, dass alleinstehende ältere Menschen weniger glücklich sind als solche, die in einer Partnerschaft leben, unabhängig von Alter, Gesundheit, Bildung, Einkommen und sozialem Netzwerk. Dabei scheinen eheähnliche Lebensgemeinschaften eine vergleichbare, positive Wirkung zu haben wie die Ehe (zit. nach Schütz & Wiesner, 2000, S. 200). Auch negative Wirkungen auf das Wohlbefinden durch die Partnerschaft sind belegt. Gottman und Levenson (1992) weisen nach, dass eine dauerhafte, stressende Interaktion mit der Partnerin oder dem Partner zu psychophysiologischen Auffälligkeiten in der hormonellen Stressreaktion, wie auch zu kardiovaskulären Problemen führt. Dies legt eine direkte Beeinflussung der Gesundheit in der Partnerschaft durch anhaltende Paarkonflikte nahe (zit. nach Rös-kamp, 2001, S. 48-49). Forschungsergebnisse zur Frage der gesundheitlichen Auswirkung von Belastungen in der Partnerschaft fassen Fehm-Wolfsdorf et al. (1998) zusammen. Sie stellen fest, dass unglücklich Verheiratete insgesamt stärker gesundheitlich belastet sind als Unverheiratete. In Bezug auf gesundheitliche Beeinträchtigung rangieren glücklich Verheiratete vor Geschiedenen und diese vor unglücklich Verheirateten (zit. nach Schütz & Wiesner, 2000, S. 211).

Wirkung von Paartherapie und Partnerschaft auf das psychische Wohlbefinden

Es besteht ein nachgewiesener Zusammenhang von psychischen Störungen und Partnerschaftsqualität. Die Untersuchung an einer Stichprobe von über 1000 Personen in den USA ergab, dass der Ehestatus der bedeutsamste Prädiktor für psychische Gesundheit ist (Gove, Hughes, & Style, 1983; zit. nach Schütz & Wiesner, 2000, S. 200). Die Bedeutung von Beziehungsproblemen und verminderter Beziehungszufriedenheit als

Auslösesituationen für psychische Erkrankungen wird breit diskutiert (Barlow, 1988; Craske et al., 1990). Entsprechend stellen Cooper et al. (1999) fest, dass ein Mangel an emotionaler und praktischer Unterstützung und aggressives Partnerverhalten Risikofaktoren für das Auftreten von Depressionen darstellen (zit. nach Joraschky & Petrowski, 2002, S. 332). Untersuchungen von Rief und Hiller (1989) zeigen, dass Personen mit Somatisierungssyndromen häufig unverheiratet, getrennt oder geschieden sind oder erhebliche Eheprobleme haben (zit. nach Scheib & Speck, 2002, S. 357). Doctor (1982) registriert bei einer Untersuchung von 400 an Agoraphobie leidenden Personen, dass die Trennung oder der Verlust eines Partners (31%) und Beziehungsprobleme (30%) die häufigsten Auslöseereignisse von Panik und Agoraphobie sind (zit. nach Joraschky & Petrowski, 2002, S. 328). Röskamp (2001) weist in ihrer Untersuchung nach, dass Paartherapie positive Effekte auf die psychische Gesundheit hat. Von den Personen, welche vor der Paartherapie unter psychischen Problemen litten, geben drei Viertel eine Besserung an, nur 13.0% erleiden eine Verschlechterung (zit. nach Meier, Röskamp, Riehl-Emde & Willi, 2002, S. 176-177). Wohingegen Hartmann (2006, S. 120) konstatiert, dass bei Beziehungsstörungen die Chancen auf eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens eher gering sind.

Schütz und Wiesner (2000, S. 200) fassen in ihrer Abhandlung zu Partnerschaft und Gesundheit zusammen, dass von einer Wechselwirkung zwischen Partnerschaftsqualität und Gesundheitszustand ausgegangen werden kann. Allerdings fügen sie relativierend die Ergebnisse von Stroebe und Stroebe (1991) an, welche darauf hinweisen, dass nur ein geringer Varianzanteil von Wohlbefinden mit der Partnerschaft erklärt werden kann: Nur zwischen 2 bis 4% der Gesamtvarianz des Urteiles über die subjektive Lebenszufriedenheit kann durch die Variable Familienstand erklärt werden (zit. nach Schütz & Wiesner, 2000, S. 200).

3.3.5 Partnerschaftskonflikte

In einer Partnerschaft schliessen sich zwei Personen mit unterschiedlichen Lebensvorstellungen und Beziehungskonzepten zu einer Lebensgemeinschaft zusammen. Es werden sich daher zwangsläufig Diskrepanzen bei Auffassungen, Wünschen und Bedürfnissen ergeben. Konflikte in der Partnerschaft bedeuten, dass unterschiedliche Wünsche, Bedürfnisse oder Gefühlslagen beider Partner aufeinander treffen (Schindler,

Hahlweg & Revenstorf, 1998, S. 37). Hahlweg et al. (1980) entwickelten eine Zusammenstellung von typischen Problembereichen und Konfliktpunkten, über welche Paare mit geringer Beziehungsqualität besonders häufig klagen (zit. nach Klann & Hahlweg, 1994, S. 62). Aus der Untersuchung der Problemliste (PL) von Hahlweg (1996) mit 495 Klientinnen und Klienten von Eheberatung geht hervor, dass besonders solche Probleme als konfliktbeladen bezeichnet werden, die direkt mit der emotionalen Qualität einer Partnerschaft in Beziehung stehen. So werden folgende Angaben von etwa der Hälfte bis fast zwei Drittel aller Klientinnen und Klienten genannt: Zuwendung der Partnerin oder des Partners, Sexualität, Forderungen der Partnerin oder des Partners, Kommunikation/gemeinsame Gespräche, Temperament der Partnerin oder des Partners und fehlende Akzeptanz/Unterstützung. Von rund einem Drittel bis knapp 50% Prozent der Befragten werden persönliche Gewohnheiten der Partnerin oder des Partners, Vorstellungen über Kindererziehung, Freizeitgestaltung, Vertrauen, Gewährung persönlicher Freiheiten und Verwandte als konfliktbehaftet gesehen. Bereiche wie Haushaltsführung/Wohnung, Berufstätigkeit und Einteilung des monatlichen Einkommens werden durchschnittlich von einem Viertel der Klientinnen und Klienten als problematisch empfunden. Nur 17% nennen aussereheliche Beziehungen als Konfliktbereich. Ebenso erscheint die Häufigkeit von Problemen in den Bereichen Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen (15%) und Tötlichkeiten (9%) überraschend niedrig. Bei einem Vergleich von Therapie- und Normalgruppe zeigt sich, dass sich beide Gruppen zwar bedeutsam in quantitativer Hinsicht unterscheiden, indem Personen der Therapiegruppe die Bereiche häufiger als problematisch bezeichnen als Personen der Normalgruppe. In qualitativer Hinsicht ergeben sich jedoch keine bedeutsamen Unterschiede, insofern Personen der Normalgruppe die gleichen Problembereiche als konfliktbeladen bezeichnen wie die Therapiegruppe. Die Untersuchung zu Veränderungen in der Problemliste nach der Eheberatung zeigt, dass der Summenwert der PL bei der Prä-Messung durchschnittlich 7.6 Bereiche mit einer Standardabweichung von 4.6 umfasst. Zum Zeitpunkt der Post-Messung sind für die Klientinnen und Klienten im Mittel nur noch 4.9 Problembereiche mit einer Standardabweichung von 4.9 konfliktbehaftet. Der Unterschied zwischen den Messungen ist hochsignifikant. Für die Bereiche Sexualität, Zuwendung der Partnerin oder des Partners, Forderungen der Partnerin oder des Partners, Kommunikation/gemeinsame Gespräche, Temperament der Partnerin oder des Partners, fehlende Akzeptanz/Unterstützung, Vorstellung über Kindererziehung, Freizeitgestaltung, Gewährung persönli-

cher Freiheit, Berufstätigkeit, Krankheit/Behinderung, psychische Störung und Tätlichkeiten zeigen sich signifikante Veränderungen zwischen der Prä- und der Postmessung (Hahlweg, 1996, S. 33-38).

3.3.6 Therapiezufriedenheit bei Trennung und Scheidung

Der Erfolg einer Paartherapie wird häufig implizit mit dem Beibehalten des Status „zusammenlebendes Paar“ verknüpft. Demgegenüber steht die klinische Praxis, in der die Aufrechterhaltung einer Beziehung nicht immer die anzustrebende oder angestrebte Lösung ist. Vielmehr kann ein geklärtes Auseinandergehen im Einzelfall sinnvoll und angezielt und in diesem Sinn therapeutisch effektiv sein. Trennung infolge einer Paartherapie wird unter anderem wohl auch deshalb vergleichsweise wenig diskutiert, weil in der Forschung zur Wirksamkeit paartherapeutischer Behandlung vorwiegend Post-treatment-Ergebnisse oder Follow-up-Zeiträume von unter einem Jahr berücksichtigt werden. Dass Trennung jedoch durchaus nicht selten ein längerfristiges Ergebnis einer Paartherapie sein kann, zeigt zum Beispiel die Studie von Snyder, Wills und Grady-Fletcher (1991). Sie fanden bei einem Follow-up nach 4 Jahren eine Scheidungsrate von 38%, bei zunächst positiven Ergebnissen nach einer verhaltenstherapeutischen Paartherapie. Kuster (1999, S. 27) verzeichnet in seiner Untersuchung zur Häufigkeit von Trennung und Scheidung nach einer Eheberatung bei einem Katamnesezeitraum von 4 Jahren eine Rate von 53.3%. Eine Follow-up-Untersuchung (N= 53) nach 7 Jahren von Vansteenwegen (1998) hinterfragt die Gleichsetzung von Therapieerfolg mit Zusammenleben, respektive Trennung oder Scheidung mit Therapiemisserfolg. Aus der Untersuchung geht hervor, dass sich die Qualität der Beziehung für die geschiedenen wie auch für die zusammengebliebenen Paare positiv von Anfang bis Ende der Paartherapie veränderte und auch nach 2 Jahren auf höherem Niveau als zu Beginn blieb. Nach 7 Jahren jedoch sanken die Werte bei den Geschiedenen deutlich. Die Bedeutung der Paartherapie für die Beziehung wurde von den Geschiedenen als signifikant geringer eingestuft als von den Nichtgeschiedenen (zit. nach Meier, Röskamp, Riehl-Emde & Willi, 2002, S. 163-164). Diese Befunde konnte Röskamp (2001) zum Teil bestätigen: Zwar bewerten rund ein Viertel (26.9%) der ehemaligen Partnerinnen und Partner ihre heutige Beziehungsqualität eher negativ, hingegen etwas mehr als die Hälfte (53.6%) als positiv. Allerdings konnte Röskamp nachweisen, dass die Beziehungsqualität trotz

der negativen Bewertung nicht ausschlaggebend für die subjektive Ergebnisqualität der Paartherapie ist (zit. nach Meier, Röske, Riehl-Emde & Willi, 2002, S. 179).

III EMPIRISCHER TEIL

4. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit beschrieben. Die Fragestellung und die Hypothese werden nochmals aufgegriffen und mit weiteren Unterfragestellungen ausdifferenziert. Gleichzeitig werden die Kriterien dargestellt, anhand welcher die Wirksamkeit der IKPT überprüft wird. Weiter wird das Forschungsdesign, das Untersuchungsinstrument, die Auswahl der Stichprobe, sowie die Vorgehensweise bei der Datenerhebung, der Datenaufbereitung und der Datenauswertung erläutert.

4.1 Fragestellung, Hypothese und Kriterien der Wirksamkeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die nachhaltige Therapiewirkung der IKPT anhand der Erfahrung und Bewertung der Patientinnen und Patienten zu prüfen. Dabei wird die Arbeit von folgender Fragestellung geleitet: Hat die IKPT in der Beurteilung der Patientinnen und Patienten eine nachhaltige Therapiewirkung? Die zugrunde liegende Hypothese besagt, dass die Patientinnen und Patienten die IKPT als für sie nachhaltig wirksames Verfahren beurteilen.

Ausgehend vom vorgängig beschriebenen theoretischen Hintergrund, wird die Wirksamkeit der IKPT mittels der Kriterien der Problembesserung, der Behandlungszufriedenheit, der Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens sowie anhand einer globalen Beurteilung der Behandlung überprüft. Dabei wird die subjektive Problembesserung ermittelt über die Besserung paarspezifischer Probleme, welche die Anmeldung zur Paartherapie begründeten, über die Besserung weiterer psychischer Probleme sowie über die Besserung der psychischen Allgemeinfunktionen, wie die Arbeitsproduktivität, der Umgang mit Stress und das Selbstwertgefühl. Da in einer Paartherapie nicht nur das Paar, sondern auch die einzelne Person mitbehandelt wird, differenziert sich die Behandlungszufriedenheit in die Zufriedenheit für die Partnerschaft und die Zufriedenheit im Hinblick auf die persönliche Entwicklung. Die Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens wird ermittelt aus dem Vergleich des psychischen und körperlichen Wohlbefindens bei Behandlungsbeginn und

jenem zum Zeitpunkt der Datenerhebung. Schliesslich wird die globale Beurteilung der Paartherapie mit der Frage erfasst, wie die Ratsuchenden mit ihren Lebensumständen ohne die Behandlung zurecht gekommen wären. Die Nachhaltigkeit der Therapiewirkung wird abgeleitet über den Einfluss des Katamnesezeitraums auf das Behandlungsergebnis.

Die Problembesserung, die Behandlungszufriedenheit und die Besserung des Wohlbefindens werden überprüft in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus der Behandelten, vom Verhältnis zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner bei getrennten und geschiedenen Personen, sowie von Therapieabbruch, Dauer und Frequenz der Behandlung. Weiter wird der Einfluss von Therapeutenvariablen wie die Kompetenz und die Haltung des Therapeuten untersucht. Hierbei wird die supportive, wertschätzende und kompetente Grundeinstellung des Therapeuten anhand einzelner Items entsprechend der Faktoranalyse von Hartmann (2006) erfragt (vgl. Kap. 3.2.3). Zudem wird der Einfluss von Patientinnen- und Patienten-Variablen wie das Geschlecht, das Alter, das Bildungsniveau sowie die Therapiemotivation überprüft, wobei die Therapiemotivation über die Initiative zur Anmeldung erhoben wird.

Daraus abgeleitet lassen sich für die vorliegende Arbeit folgende Unterfragestellungen festhalten, welche den explorativen Charakter der Arbeit unterstreichen und die Komplexität der Therapiewirksamkeit abstecken:

1. Wie zufrieden sind die Patientinnen und Patienten mit dem Ergebnis der Paartherapie für die Partnerschaft einerseits und für ihre persönliche Entwicklung andererseits?
 - 1.A Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Paartherapie für die Partnerschaft und der Zufriedenheit für die persönliche Entwicklung?
 - 1.B Wie viele Paare leben noch in der gleichen Partnerschaft, wie viele sind getrennt oder geschieden, wann erfolgte die Trennung oder Scheidung und gibt es Unterschiede bezüglich der Behandlungszufriedenheit bei getrennten oder geschiedenen und immer noch zusammenlebenden Paaren?

- 1.C Hat die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Paartherapie für die Partnerschaft beziehungsweise für die persönliche Entwicklung bei den Getrennten und Geschiedenen einen Zusammenhang mit der Qualität der Beziehung zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner?
2. Bei welchen Problemen wurden die grössten Verbesserungen erzielt?
 - 2.A Deckt die Problembesserung die Problembereiche ab, welche die Patientinnen und Patienten als die für sie wichtigsten Probleme deklarieren?
3. Inwieweit wird das psychische und körperliche Wohlbefinden durch die IKPT verbessert?
4. Wie steht es mit der Zufriedenheit, der Problembesserung und dem Wohlbefinden bei Patientinnen und Patienten, die kürzlich die Paartherapie besuchten im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, bei denen die Paartherapie schon länger zurückliegt?
5. Unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten, welche die Paartherapie abgebrochen haben, von denjenigen, welche die Behandlung regulär beendeten, bezüglich der Behandlungszufriedenheit, der Besserung des Wohlbefindens und der Problembesserung?
6. Welchen Einfluss hat die Behandlungsdauer, die Behandlungsfrequenz, die Anmeldungsinitiative, die Bewertung des Therapeuten sowie Alter, Geschlecht und Bildungsstand der Patientinnen und Patienten auf die Problembesserung, die Besserung des Wohlbefindens und die Therapiezufriedenheit?

4.2 Forschungsdesign

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine erstmalige Untersuchung der IKPT handelt, ist es das Ziel, eine möglichst grosse Anzahl an Patientinnen und Patienten zu erreichen, um möglichst breite Aussagen machen zu können. Zu diesem Zweck wird das Design einer quantitativen, nicht experimentellen, explorativen Studie gewählt. Das Untersuchungsdesign entspricht den Merkmalen von Effektivitätsstudien (vgl. Kap. 3.1.1). Die Daten werden retrospektiv mit einer einmaligen Erhebung anhand eines quantitativen Fragebogens erfasst.

4.3 Untersuchungsinstrument

Das Untersuchungsinstrument soll die subjektive Bewertung der Therapiewirkung der behandelten Personen erfassen. Zu diesem Zweck werden die Daten mit einem quantitativen, schriftlichen Fragebogen erhoben. Ausgangspunkte für die vorliegende Arbeit sind die Replikationsstudie der „Consumer Reports Study“ für Deutschland von Hartmann (2006), die Untersuchung zur paartherapeutischen Wirksamkeit von Röskamp (2001) sowie die Problemliste (PL) von Hahlweg (1996). Der Fragebogen wird aus einzelnen Items der obigen Messinstrumente zusammengestellt und mit eigenen Fragen im Sinne der Fragestellung ergänzt. Im Folgenden werden die einzelnen Fragebogen der Basis-Studien dargestellt, sowie der Fragebogen dieser Arbeit beschrieben.

4.3.1 Fragebogen der Replikationsstudie „Consumer Reports Study“ (CR) für Deutschland (Hartmann, 2006)

In der CR-Replikationsstudie von Hartmann (2006) wird, wie bereits in der Originalstudie von Seligman (1996), die Wirksamkeit von Psychotherapie, von primärärztlicher Versorgung und von Selbsthilfegruppen an einer Gesamtstichprobe von 1'772 Personen mittels einer Effektivitätsstudie untersucht. Der dafür verwendete Fragebogen gliedert sich in drei Teile mit (1) einleitenden Fragen bezüglich der Hilfesuche, (2) Angaben zur Behandlung, zu den psychischen Problemen, zum psychischen Wohlbefinden vor der Behandlung, zum Setting, zur Behandlungsdauer sowie zur Veränderung der psychischen Probleme und (3) Angaben zu soziodemographischen Merkmalen sowie zum derzeitigen körperlichen und psychischen Wohlbefinden der Ratsuchenden. Obwohl die Ergebnisse der CR-Replikationsstudie die Befunde der Originalstudie bestätigen und die klinische Signifikanz von psychotherapeutischen Methoden belegen (vgl. Kap. 3.2.1), weisen Hartmann (2006, S. 158-159) und Seligman (1996, S. 280-282) auf Kritikpunkte bezüglich der Konstruktvalidität und der unzureichenden Standardisierung des eingesetzten Fragebogens hin.

4.3.2 Fragebogen zur Wirksamkeit von Paartherapie (Röskamp, 2001)

Der von Röskamp (2001) entwickelte Fragebogen wurde für die Evaluation von Paartherapie entwickelt. Er dient dazu, die nachhaltige Wirksamkeit von Paartherapie aus der Sicht der Patientinnen und Patienten zu erfassen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf

der Veränderung der körperlichen und psychischen Situation durch die Behandlung, der Veränderung der subjektiven Behandlungszufriedenheit bezüglich der Partnerschaft und bezüglich der persönlichen Entwicklung sowie auf der Bewertung von Trennung und Scheidung während und nach der Paartherapie. Der Fragebogen wurde von Röskamp (2001) für die Befragung von Deutschschweizer Paaren, 1 bis 8 Jahre nach Abschluss der Paartherapie eingesetzt. Trotz guter Ergebnisse weist Röskamp auf die Schwierigkeiten selbst entwickelter Fragebogen hin. Diese betreffen insbesondere die Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) und zeigen sich in der Unklarheit der formulierten Fragen und Instruktionsanweisungen sowie in der Unvollständigkeit der Antwortvorgaben (Röskamp, 2001, S. 43).

4.3.3 Problemliste (PL) (Hahlweg, 1996)

Die PL ist ein Fragebogen zur Erfassung von Partnerschaftskonflikten rund um die Themen der emotionalen Qualität einer Partnerschaft, das Rollenverständnis und die aussereheliche Beziehungen, beziehungsweise das Vertrauen. Insgesamt umfasst die PL 23 Konfliktbereiche, welche diesen übergeordneten Faktoren zugeordnet werden können. Der Fragebogen wird im Rahmen von Paartherapie, Einzeltherapie oder zu Forschungszwecken eingesetzt. In der Paartherapie erleichtert die PL die spezifische Analyse von partnerschaftlichen Konfliktbereichen und die Suche nach konkreten Veränderungswünschen. Sie kann auch prä-post-therapeutisch und katamnestisch zur Veränderungsmessung eingesetzt werden. Bei der Testdurchführung bewerten die Patientinnen und Patienten auf einer Skala von 0 bis 3 in welchem Ausmass die jeweiligen Konflikte vorhanden sind und wie mit den Konflikten umgegangen wird. Aufgrund mehrfacher Prüfung des Messinstrumentes durch Hahlweg, Kraemer, Schindler und Revenstorf (1980) sowie Klann und Hahlweg (1987) weist die PL einen ausreichenden Reliabilitätskoeffizienten zwischen 0.66-0.68 und eine interne Konsistenz der Gesamtskala von $r = 0.83$ auf.

4.3.4 Beschreibung und Aufbau des Fragebogens

Für die Konstruktion des vorliegenden Fragebogens werden insgesamt 11 Fragen von Hartmann (2006) (Fragen 1, 2, 3, 14, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26), 7 Fragen von Röskamp (2001) (Fragen 6, 7, 8, 13, 18, 19, 20) und alle 23 Items der PL (Frage 17) übernom-

men. Ein Grossteil der Fragen wird sprachlich umformuliert, an die Behandlungsform der Paartherapie und an die spezifischen Merkmale der IKPT angepasst, wie beispielsweise die Behandlungsfrequenz und das Setting. Bei einigen Fragen wird die Itemauswahl im Sinne der Fragestellung der Arbeit modifiziert sowie neue Fragen aus einzelnen Elementen der Ausgangs-Fragebogen zusammengesetzt. So ist beispielsweise die Frage 17 (paarspezifische Problembereiche und deren Änderung) zusammengesetzt aus (1) der Antwortskala der Frage 30 von Hartmann (2006); (2) den 23 Items der PL als Antwortmöglichkeiten sowie zwei ergänzenden Antwortmöglichkeiten (Weltanschauung und Trennung) von Röske (2001) und (3) einer eigenen Anweisung in Anlehnung an die PL.

Der Aufbau des Fragebogens lässt sich wie folgt beschreiben: Zu Beginn werden Angaben zur Person erhoben wie Geschlecht, Alter, höchster Bildungsabschluss, momentane Beziehungssituation, Anzahl Kinder (Frage 1 bis 5), um die Gesamtstichprobe soziodemographisch zu erfassen. Die weiteren Fragen beziehen sich auf die Behandlung, die Partnerschaft, das psychische und körperliche Wohlbefinden, die psychischen Probleme, die Partnerschaftsprobleme, die psychischen Alltagsfunktionen sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung. Dabei wird zwecks besserer Verständlichkeit für die Patientinnen und Patienten an Stelle des Begriffs des psychischen Wohlbefindens die Bezeichnung seelisches Wohlbefinden verwendet. Der Grossteil der Fragen richtet sich an alle Befragten, ausgenommen die Fragen 7 und 8, die nur von den getrennten und geschiedenen Personen ausgefüllt werden, sowie Frage 10, die nur von jenen Personen beantwortet wird, welche die Paartherapie abgeschlossen haben. Sämtliche Fragen sind geschlossen formuliert, wobei die Antwortmöglichkeiten auf Nominal- und Ordinalskalen oder metrischen Skalen vorgegeben sind.

4.3.5 Testung des Fragebogens

Die Testung des Fragebogens erfolgte aufgrund knapper Zeitkapazität nicht an einer vergleichbaren Stichprobe sondern an drei Personen aus dem Bekanntenkreis, die einerseits Erfahrungen mit Paartherapie haben und andererseits vertraut sind mit empirischer Sozialforschung und Marktforschung. Die Testpersonen beschrieben den Fragebogen als anspruchsvoll, jedoch genau. Sie wiesen auf einige Verbesserungsvorschläge hin, die in einer letzten Überarbeitung übernommen wurden: Die Anweisung nach der Frage 6 wurde umformuliert, so dass für die Fragen 7 und 8 jene Personen gefiltert werden,

welche getrennt oder geschieden sind. Weiter wurde die Frage 16 um die Antwortmöglichkeit „keine Probleme“ ergänzt und die Frage 17 zwecks besserer Verständlichkeit umformuliert (vgl. Vorabversion im Anhang).

4.4 Auswahl der Stichprobe

In der Arbeit werden alle Personen untersucht, die sich in den letzten 10 Jahren bei Neuenschwanger in Behandlung begaben und bei denen die Methode der IKPT zur Anwendung kam. Dabei werden folgende Einschlusskriterien festgelegt:

- Die Behandlung hat im Zeitraum vom 1.1.1999 bis 30.11.2008 stattgefunden
- Die Personen haben die Paartherapie abgeschlossen oder befinden sich noch in Behandlung
- Die Behandlung erfolgte durch Neuenschwanger nach der Methode der IKPT
- Die Hauptproblematik der Patientinnen und Patienten bildete die Paarbeziehung
- Es erfolgte mindestens eine Therapiesitzung im Einzel- oder Paarsetting

Nicht berücksichtigt werden Personen, die aufgrund einer psychopathologischen Störung behandelt wurden und Personen, bei denen nach Wissen des Therapeuten die Partnerin oder der Partner verstorben ist. Ebenfalls ausgeschlossen werden Paare und Familien, bei denen die Behandlung der Kinder im Vordergrund stand und Personen, die in einer Einzeltherapie mit einer anderen Therapiemethode behandelt wurden. Weiter werden auch gleichgeschlechtliche Paare nicht in die Stichprobe aufgenommen, da dies zu einer Verzerrung in Form einer Über- oder Unterrepräsentation eines Geschlechts führt und die Thematik mit erweitertem theoretischem Hintergrund abgesteckt werden müsste. Angesichts der Komplexität der Thematik würde dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aus ethischen Gründen werden Personen nicht berücksichtigt, die nach Wissen des Therapeuten zwischenzeitlich an einer schweren psychischen oder körperlichen Störung erkrankt sind, wie beispielsweise an einer Demenz oder Psychose. In solchen Fällen wird nur der gesunde Partnerteil angeschrieben.

Von allen behandelten Patientinnen und Patienten entsprechen insgesamt 584 Personen den Kriterien der definierten Stichprobe (n=584). Der Frauen- und Männeranteil beträgt

je 50%. In 5 Fällen (0.86%) wird nur eine Person angeschrieben und bei 579 Personen (99.14%) wird jeweils auch der andere Partnerteil angeschrieben. Dabei ist folgende Grundannahme leitend: Es wird davon ausgegangen, dass jede Person unabhängig von der Partnerin oder vom Partner ihre individuellen Erfahrungen in der Paartherapie macht, was sich in der Beantwortung der Fragen niederschlägt. Eine doppelte Berücksichtigung beider Partnerteile zu ein und derselben Paartherapie sollte demnach keine Verzerrung der Ergebnisse bewirken.

4.5 Datenerhebung

Im Vorfeld der Datenerhebung werden die Adressen der Patientinnen und Patienten auf ihre Richtigkeit überprüft. Aufgrund des Datenschutzes und um die Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten, werden die Adressen und die Daten des Fragebogens getrennt erfasst (Adressdatei bei Neuenschwander und Daten des Fragebogens bei den Verfasserinnen).

Der Fragebogenversand erfolgt schriftlich per Post, wobei die Patientinnen und Patienten einzeln angeschrieben werden. Um die Wahrscheinlichkeit der Beachtung der Briefe zu erhöhen, werden die Couverts von Hand angeschrieben. Der erste Versand erfolgt am 12.1.2009, wobei bei Nichtbeantwortung nach zwei Wochen, am 30.1.2009, und nach vier Wochen, am 16.2.2009, ein Reminder verschickt wird. Dem Fragebogen wird ein Begleitbrief beigelegt, in welchem das Ziel der Untersuchung sowie die Auftragserteilung durch Neuenschwander an das IAP Institut für Angewandte Psychologie erläutert wird. Weiter wird die Anonymität und die vertrauliche Behandlung der Daten zugesichert. In einer kurzen Anleitung werden die Patientinnen und Patienten angewiesen, den Fragebogen unabhängig von der Partnerin oder vom Partner auszufüllen und den ausgefüllten Fragebogen ohne Angabe des Absenders mit dem beigelegten frankierten Antwortcouvert an Frau Sieber-Ratti, ZHAW/IAP, Zentrum Klinische Psychologie und Psychotherapie zurück zu senden.

4.6 Datenaufbereitung

In der Datenaufbereitung und der Datenübertragung werden die Informationen aus den Fragebögen in ein Datenfile übertragen und für die Datenauswertung vorbereitet. Für die Datenübertragung wird ein Kodeplan erstellt, in dem den einzelnen Fragen des

Fragebogens Variablennamen und den Antwortkategorien Wertelabels zugeordnet, sowie das Messniveau bestimmt wird (Diekmann, 2006). Zusammenfassend lassen sich die wichtigsten Schritte der Datenaufbereitung für diese Arbeit wie folgt beschreiben: Den wichtigsten Paarproblemen, die zur Anmeldung führten (Frage 18), werden die Punktwerte 1 bis 3 zugeordnet, wobei das wichtigste Problem den Wert 3 und das drittwichtigste Problem den Wert 1 erhält. Aus den Mittelwerten wird die Rangreihe der wichtigsten Paarprobleme ermittelt. Anschliessend werden den wichtigsten Paarproblemen in zusätzlichen Variablen Wertelabels zugeordnet, welche angeben, inwiefern sich die Bereiche verändert haben. In neuen Variablen werden die Mittelwerte der Gesamtzufriedenheit (Frage 19 und 20), der Besserung paarspezifischer Probleme (Frage 17), der Besserung der psychischen Allgemeinfunktionen (Frage 21), sowie der gesamten Problembesserung (Frage 17 und 19) und des Gesamtwohlbefindens festgehalten. Die Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens wird errechnet aus der Differenz des Wohlbefindens bei Behandlungsbeginn und zum Zeitpunkt der Datenerhebung, wobei diese in einer eins- bis maximal fünfstufigen Verbesserung, beziehungsweise Verschlechterung festgehalten wird. Da die Variablen der Problembesserung, der Zufriedenheit und des Wohlbefindens unterschiedlich skaliert sind, werden sie von einer 5er/6er/9er Skala in eine 100er Skala transformiert, damit die Veränderungen der einzelnen Bereiche miteinander verglichen werden können (vgl. Auswertung Fragestellungen 4 bis 6, Kap. 6.3). Die weitere Datenaufbereitung beinhaltet die Bildung von Summenwerten für sämtliche dichotomen Variablen, die Zusammenfassung in Kategorien, die Bildung von einzelnen Variablen bei Mehrfachantworten, sowie das Filtern von Subgruppen.

4.7 Datenauswertung

Die Datenauswertung wird mit SPSS 16.0 für Macintosh durchgeführt. Die Beschreibung der Stichprobe und der einzelnen Fragen des Fragebogens erfolgt mit einer deskriptiven Auswertung anhand von Häufigkeiten, Mittelwerten, Standardabweichungen, Minima und Maxima. Für die Auswertung der weiteren Fragestellungen kommen analytische Verfahren, wie Korrelationsberechnungen, der T-Test bei abhängigen und unabhängigen Stichproben sowie Varianzanalysen zur Anwendung. Hierbei wird das Signifikanzniveau bei 5% festgelegt. Spezifische fehlende Werte, die aufgrund der Frage-

bogenkonstruktion entstehen, sowie unspezifische fehlende Werte werden nicht in die Berechnungen einbezogen und als Listenweiser Fallausschluss behandelt.

5. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zur Wirksamkeit der IKPT dargestellt. Im ersten Teil werden der Rücklauf der Datenerhebung sowie die soziodemographischen Merkmale der Gesamtstichprobe beschrieben. Anschliessend werden die Auswertungen der einzelnen Fragen des Fragebogens und weitere Auswertungen in Bezug auf die Fragestellungen aufgeführt. Zum Schluss erfolgen ergänzende Berechnungen, die für die Untersuchung im Sinne einer Erweiterung interessant sind. Aus Platzgründen werden bei der Darstellung der Ergebnisse nur die wichtigsten Auswertungen aufgeführt, sowie die Daten gerundet. Die ausführlichen Berechnungen sind dem Anhang beigelegt.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Rücklauf

Rücklauf		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Antwort	197	33.7	33.7	33.7
	Fragebogen zurück nach 1. Brief	99	17.0	17.0	50.7
	Fragebogen zurück nach Reminder 1	145	24.8	24.8	75.5
	Fragebogen zurück nach Reminder 2	80	13.7	13.7	89.2
	unzustellbar	48	8.2	8.2	97.4
	leere Fragebogen	15	2.6	2.6	100.0
	Gesamt	584	100.0	100.0	

Tabelle 1: Rücklauf

Tabelle 1 beschreibt den Rücklauf der schriftlichen Befragung. Von den insgesamt 584 angeschriebenen Patientinnen und Patienten haben 99 Personen (17.0%) auf die erste Anschrift geantwortet, während 145 Personen (24.8%) dem zweiten und 80 Personen (13.7%) dem dritten Aufruf folgten. 48 Fragebogen (8.2%) konnten von der Post nicht zugestellt werden, von 197 Personen (33.7%) erfolgte keine Antwort und 15 Fragebo-

gen (2.6%) wurden leer retourniert. Somit fliessen die Beurteilungen von insgesamt 324 Personen in die Gesamtstichprobe ein (n=324), was einem Rücklauf von 55.5% entspricht. Diese Rücklaufquote ist als sehr hoch zu betrachten, da nach Röska (2001, S. 15) und Seligman (1996, S. 277) im Normalfall mit Quoten von 35-40%, beziehungsweise 13% zu rechnen ist.

5.1.2 Merkmale der Gesamtstichprobe

Geschlecht		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	175	54.0	54.2	54.2
	männlich	148	45.7	45.8	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
Fehlend	System	1	.3		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 2: Frage 1, Geschlecht

Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass das Geschlechterverhältnis der Stichprobe nicht gleich verteilt ist und sich durch eine leichte Überrepräsentation der Frauen auszeichnet. Der Frauenanteil beträgt 54.2%, derjenige der Männer 45.8%.

Alter		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	25-34 Jahre	10	3.1	3.1	3.1
	35-44 Jahre	74	22.8	22.9	26.0
	45-54 Jahre	141	43.5	43.7	69.7
	55-64 Jahre	75	23.1	23.2	92.9
	65-74 Jahre	22	6.8	6.8	99.7
	75-84 Jahre	1	.3	.3	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
Fehlend	System	1	.3		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 3: Frage 2, Alter

Entsprechend Tabelle 3 ist der grösste Teil der Patientinnen und Patienten zwischen 35 und 64 Jahre alt, wobei sich mehr als zwei Fünftel aller Befragten im 45. bis 54. Lebensjahr befinden. Nur eine Minderheit ist jünger als 34, beziehungsweise älter als 65 Jahre.

Bildung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Volksschule	3	.9	.9	.9
	Berufslehre, Fachmittelschule	92	28.4	28.5	29.4
	Gymnasiale Maturität	9	2.8	2.8	32.2
	Höhere Fachschule/ Höhere Berufsbildung	88	27.2	27.2	59.4
	Hochschule	131	40.4	40.6	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
Fehlend	System	1	.3		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 4: Frage 3, Höchster Bildungsabschluss

Tabelle 4 zeigt, dass sich die Stichprobe durch ein eher hohes Bildungsniveau ausweist. Zwei Fünftel der Patientinnen und Patienten (40.6%) verfügen über einen Hochschulabschluss (Universität oder Fachhochschule) und 27.2% über eine höhere Fachschule oder höhere Berufsbildung. 28.5% der Befragten absolvierten eine Berufslehre oder Fachmittelschule, 2.8% eine gymnasiale Maturität und nur 0.9% haben keine Berufsbildung abgeschlossen.

Beziehungssituation		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
In Beziehung	Gültig	nein	228	70.4	71.7
		ja	90	27.8	28.3
		Gesamt	318	98.1	100.0
	Fehlend	System	6	1.9	
	Gesamt		324	100.0	
Verheiratet	Gültig	nein	107	33.0	33.6
		ja	211	65.1	66.4
		Gesamt	318	98.1	100.0
	Fehlend	System	6	1.9	
	Gesamt		324	100.0	
Single	Gültig	nein	281	86.7	88.4
		ja	37	11.4	11.6
		Gesamt	318	98.1	100.0
	Fehlend	System	6	1.9	
	Gesamt		324	100.0	

Tabelle 5: Frage 4, Momentane Beziehungssituation

Dauer der Beziehungssituation	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Anzahl Beziehungsjahre	89	1	35	11.63	9.844
Anzahl Ehejahre	207	1	48	21.15	11.924
Anzahl Singlejahre	36	1	10	3.28	2.636
Gültige Werte (Listenweise)	0				

Tabelle 6: Frage 4, Dauer der Beziehungssituation

Tabelle 5 beschreibt die aktuelle Beziehungssituation der Behandelten. 28.3% der Befragten sind in Beziehung, 66.4% sind verheiratet und 11.6% sind Single. Da es sich bei der Beziehungssituation um eine Frage mit Mehrfachantworten handelt, gaben 6.3% der in Beziehung lebenden Personen an, zusätzlich mit der Partnerin oder dem Partner verheiratet zu sein. Entsprechend Tabelle 6 sind die Patientinnen und Patienten durchschnittlich seit 21 Jahren verheiratet, seit 12 Jahren in Beziehung und seit etwas mehr als 3 Jahren Single.

Kinder	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Anzahl Kinder	318	0	7	1.85	1.215
Gültige Werte (Listenweise)	318				

Tabelle 7: Frage 5, Anzahl Kinder (Häufigkeiten Tabelle 57 im Anhang)

Entsprechend Tabelle 7 haben die befragten Patientinnen und Patienten durchschnittlich 1.85 Kinder, wobei etwa drei Viertel der Befragten (74.5%), angibt, Mutter oder Vater von 1 bis 3 Kindern zu sein. 7.6% der Befragten haben 4 bis maximal 7 Kinder und nur etwas mehr als 57 Personen (17.9%) sind kinderlos.

5.2 Darstellung der einzelnen Fragen des Fragebogens

Hat sich die Beziehungssituation seit der Paartherapie verändert?

Frage 6		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Änderung	186	57.4	58.9	58.9
	Trennung	43	13.3	13.6	72.5
	Scheidung	37	11.4	11.7	84.2
	verheiratet	15	4.6	4.7	88.9
	verwitwet	1	.3	.3	89.2
	andere Änderungen	34	10.5	10.8	100.0
	Gesamt	316	97.5	100.0	
Fehlend	System	8	2.5		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 8: Frage 6, Veränderung der Beziehungssituation

Bei mehr als der Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten (58.9%) hat sich seit der Paartherapie keine Veränderung der Beziehungssituation ergeben. Rund 13.6% der Behandelten sind getrennt, 11.7% sind geschieden und 15 Personen (4.7%) haben nach der Paartherapie sogar geheiratet. Bei 10.8% der Befragten haben sich andere Änderungen ergeben und bei 0.3% ist die Partnerin oder der Partner verstorben. Somit leben insgesamt 63.6% der Patientinnen und Patienten immer noch in der gleichen Partnerschaft und 25.3% haben sich seit der Paartherapie getrennt oder geschieden.

Wann erfolgte die Trennung oder Scheidung?

Frage 7		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	vor der Therapie	5	6.2	6.4	6.4
	während der Therapie	15	18.8	19.2	25.6
	kurz nach der Therapie	21	26.2	26.9	52.6
	1-2 Jahre nach der Therapie	20	25.0	25.6	78.2
	3-5 Jahre nach der Therapie	15	18.8	19.2	97.4
	mehr als 5 Jahre nach der Therapie	2	2.5	2.6	100.0
	Gesamt	78	97.5	100.0	
Fehlend	System	2	2.5		
Gesamt		80	100.0		

Tabelle 9: Frage 7, Zeitpunkt der Trennung/Scheidung

Rund die Hälfte der getrennten und geschiedenen Personen hat sich direkt im Anschluss an die Paartherapie bis 2 Jahre danach trennen, beziehungsweise scheiden lassen (26.9% und 25.6%). Die Mehrheit der Trennungen und Scheidungen erfolgte also unmittelbar nach der Behandlung. Je länger die Paartherapie zurück liegt, desto geringer wird auch die Trennungs- und Scheidungsrate: 19.2% bei 3-5 Jahren und 2.6% bei mehr als 5 Jahren nach der Behandlung. Etwas weniger als ein Fünftel (19.2%) hat sich während der Paartherapie trennen oder scheiden lassen. Hingegen haben 5 Personen (6.4%) die Behandlung aufgesucht, obwohl sie sich bereits vorher getrennt oder geschieden haben.

Wie ist heute die Beziehung zur ehemaligen Partnerin beziehungsweise zum ehemaligen Partner im Vergleich zur Zeit vor der Paartherapie?

Frage 8	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Qualität der Beziehung	72	-2	2	0.00	1.454
Gültige Werte (Listenweise)	72				

Tabelle 10: Frage 8, Verhältnis zur ehemaligen Partnerin/zum ehemaligen Partner
2=deutlich besser, 1=eher besser, 0=unverändert, -1=eher schlechter, -2=deutlich schlechter

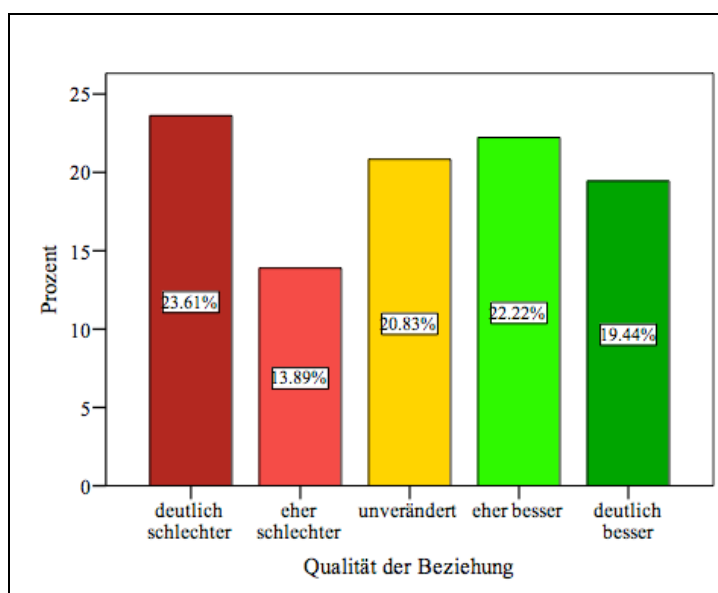


Abbildung 1: Häufigkeiten, Verhältnis zur ehemaligen Partnerin/zum ehemaligen Partner (Tabelle 58 im Anhang)

Tabelle 10 und Abbildung 1 zeigen, dass die Frage nach dem Verhältnis zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner heute im Vergleich zur Zeit vor der Paartherapie relativ heterogen beantwortet wird. Im Mittel bleibt die Beziehung unverändert, bezie-

ungsweise gleich gut oder gleich schlecht (Mittelwert=0.00). Rund 22.2% der getrennten und geschiedenen Personen haben den Eindruck, die Beziehung zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner habe sich etwas gebessert und 19.4% beurteilen die Beziehung als deutlich besser. Demgegenüber empfinden 13.9% der Befragten die Beziehung eher schlechter und 23.6% deutlich schlechter.

Wann erfolgte die Behandlung und wie viele Sitzungen hatten Sie im betreffenden Jahr?

Diese Frage des Fragebogens dient dazu, die Behandlungsdauer in Jahren sowie die durchschnittliche Anzahl Sitzungen pro Jahr (Frequenz) zu erfassen. Entsprechende Resultate sind aus Abbildung 2 sowie Tabelle 11 und 12 zu ersehen.

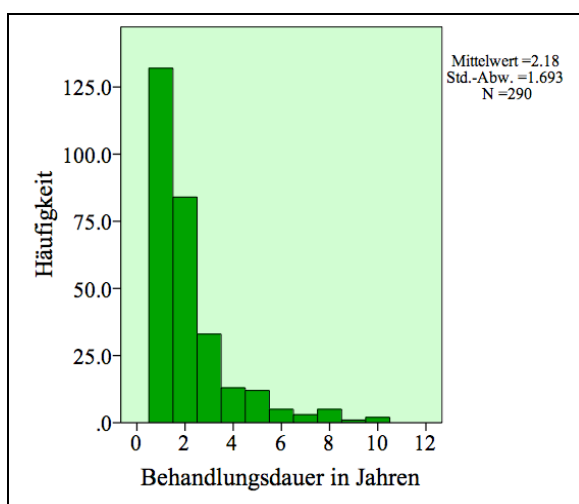


Abbildung 2: Frage 9, Verteilung Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt nach den Einschätzungen der Patientinnen und Patienten 2.18 Jahre. Der grösste Teil der Befragten besuchte die Paartherapie während 1-2 Jahren. Danach nimmt die Behandlungsdauer rapide ab.

Frage 9, Frequenz der Gesamtstichprobe		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mehr als 13 Sitzungen pro Jahr	26	8.0	9.0	9.0
	bis 13 Sitzungen pro Jahr	262	80.9	91.0	100.0
	Gesamt	288	88.9	100.0	
Fehlend	System	36	11.1		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 11: Frage 9, Behandlungsfrequenz der Gesamtstichprobe

Frage 9, Frequenz der Teilstichprobe	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Frequenz pro Jahr	262	1.00	13.00	5.56	2.60
Gültige Werte (Listenweise)	262				

Tabelle 12: Frage 9, Behandlungsfrequenz der Teilstichprobe (gerundet; vgl. Tabelle 59 im Anhang)

Aus Tabelle 11 geht hervor, dass eine Minderheit aller befragten Personen (9%) durchschnittlich mehr als 13 Sitzungen pro Jahr besuchen. Aufgrund der Fragebogenkonstruktion ist die genaue Anzahl Sitzungen allerdings nicht zu ermitteln, weshalb diese Fälle nicht in die weiteren Berechnungen einbezogen werden.

Entsprechend Tabelle 12 beträgt die Frequenz, derjenigen Patientinnen und Patienten, die bis zu 13 Sitzungen pro Jahr konsultieren, 5.56 Sitzungen pro Jahr. Im Minimum wird eine Sitzung besucht, maximal 13 Sitzungen pro Jahr.

Falls Sie die Paartherapie beendet haben, wann erfolgte die letzte Sitzung?

Frage 10, Therapiestatus		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Therapie nicht beendet	74	22.8	22.8	22.8
	Therapie beendet	250	77.2	77.2	100.0
Gesamt		324	100.0	100.0	

Tabelle 13: Frage 10, Therapiestatus

Gemäss Tabelle 13 geben 77.2% der Patientinnen und Patienten an, dass sie die Paartherapie beendet haben. 22.8% befinden sich aktuell noch in Behandlung.

Aus Abbildung 3 ist zu ersehen, dass bei jenen Personen, welche die Paartherapie beendet haben, die letzte Therapiesitzung im Durchschnitt 4.13 Jahre zurück liegt. Die Verteilung der Katamnesedauer weist einen Höhepunkt beim Katamnesezeitraum von

wenigen Monaten bis zu einem Jahr auf und nimmt danach mehr oder weniger kontinuierlich ab, je länger die Paartherapie zurückliegt. Somit nimmt die Anzahl der Beteiligten an der Befragung mit steigendem Katamnesezeitraum ab.

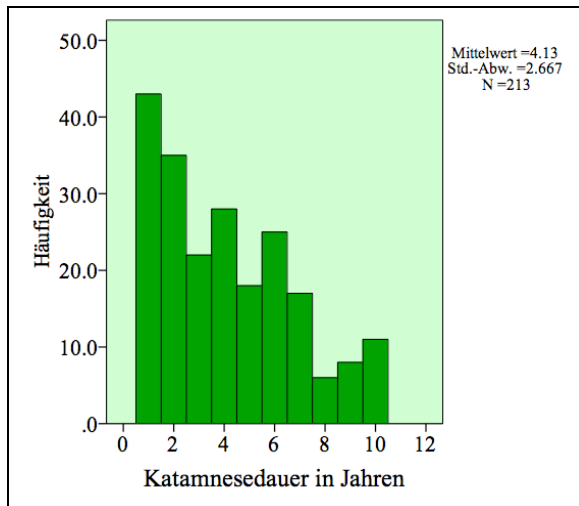


Abbildung 3: Frage 10, Katamnesezeitraum vom Ende der Paartherapie bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung

Haben Sie Ihre Paartherapie vorzeitig beendet, beziehungsweise abgebrochen?

Frage 11		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	163	65.2	66.5	66.5
	ja	82	32.8	33.5	100.0
	Gesamt	245	98.0	100.0	
Fehlend	System	5	2.0		
Gesamt		250	100.0		

Tabelle 14: Frage 11, Therapieabbruch

Von jenen Patientinnen und Patienten, welche die Paartherapie beendet haben, geben rund 33.5% an, die Behandlung abgebrochen zu haben. 66.5% der Personen beendeten die Behandlung regulär in der vierten Phase.

In welcher Form haben Sie die Paartherapie besucht?

Frage 12, Therapiesetting		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Paarsetting	Gültig nein	7	2.2	2.2	2.2
	ja	316	97.5	97.8	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
	Fehlend System	1	.3		
	Gesamt	324	100.0		
Einzel- setting	Gültig nein	257	79.3	79.6	79.6
	ja	66	20.4	20.4	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
	Fehlend System	1	.3		
	Gesamt	324	100.0		
Familien- setting	Gültig nein	317	97.8	98.1	98.1
	ja	6	1.9	1.9	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
	Fehlend System	1	.3		
	Gesamt	324	100.0		

Tabelle 15: Frage 12, Therapiesetting

Frage 12, Settingkombinationen		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Setting-Wechsel	262	80.9	81.1	81.1
	Paar- und Einzelsetting	56	17.3	17.3	98.5
	Paar- und Familiensetting	1	.3	.3	98.8
	Paar-, Einzel- und Familiensetting	4	1.2	1.2	100.0
	Gesamt	323	99.7	100.0	
Fehlend	System	1	.3		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 16: Frage 12, Settingkombinationen

Tabellen 15 und 16 beschreiben das Therapiesetting. 97.8% der Patientinnen und Patienten besuchten die Paartherapie als Paar, 20.4% als Einzelperson und 1.9% wurden als ganze Familie behandelt (Tabelle 15). Der grösste Teil der Befragten (81.1%) behielt das gleiche Setting während der ganzen Behandlung bei, während 18.8% das Setting im Verlauf der Paartherapie veränderten (Tabelle 16). 17.3% der Befragten besuchten die Paartherapie sowohl als Einzelperson als auch mit der Partnerin oder dem Partner und eine Person (0.3%) gibt an, die Behandlung als Paar und als Familie besucht zu haben.

1.2% der Personen nahmen alle 3 Settingvarianten in Anspruch und konsultierten die Sitzungen sowohl als Paar und Einzelperson, als auch mit der ganzen Familie.

Von wem ging die Initiative zur Anmeldung für die Paartherapie aus?

Frage 13		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eindeutig von Mann	27	8.3	8.5	8.5
	eher von Mann	25	7.7	7.9	16.4
	von beiden gleichermassen	80	24.7	25.2	41.5
	eher von Frau	52	16.0	16.4	57.9
	eindeutig von Frau	134	41.4	42.1	100.0
	Gesamt	318	98.1	100.0	
Fehlend	System	6	1.9		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 17: Frage 13, Anmeldungsinitiative

Gemäss Tabelle 17 geht die Initiative zur Anmeldung mit 58.5% mehrheitlich von der Frau aus, davon bei 42.1% eindeutig von der Frau und bei 16.4% eher von der Frau. 25.2% der Personen haben die Entscheidung zur Paartherapie gemeinsam mit ihrer Partnerin, beziehungsweise ihrem Partner initiiert. Die Anmeldung zur Behandlung erfolgt mit 16.4% eher selten alleine von den Männern.

Wie war das allgemein psychische und körperliche Wohlbefinden zu Beginn der Paartherapie?

Frage 14 und 15	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Psychisches Wohlbefinden	320	1	5	2.67	.813
Körperliches Wohlbefinden	321	1	6	3.56	1.120
Gültige Werte (Listenweise)	319				

Tabelle 18: Frage 14 und 15, Psychisches und körperliches Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn
 Psy. Wohlbefinden: 5=sehr gut, 4=ziemlich gut, 3=mittelmässig, 2=ziemlich schlecht, 1=sehr schlecht
 Körp. Wohlbefinden: 6=ausgezeichnet, 5=sehr gut, 4=gut, 3=mittelmässig, 2=schlecht, 1=sehr schlecht

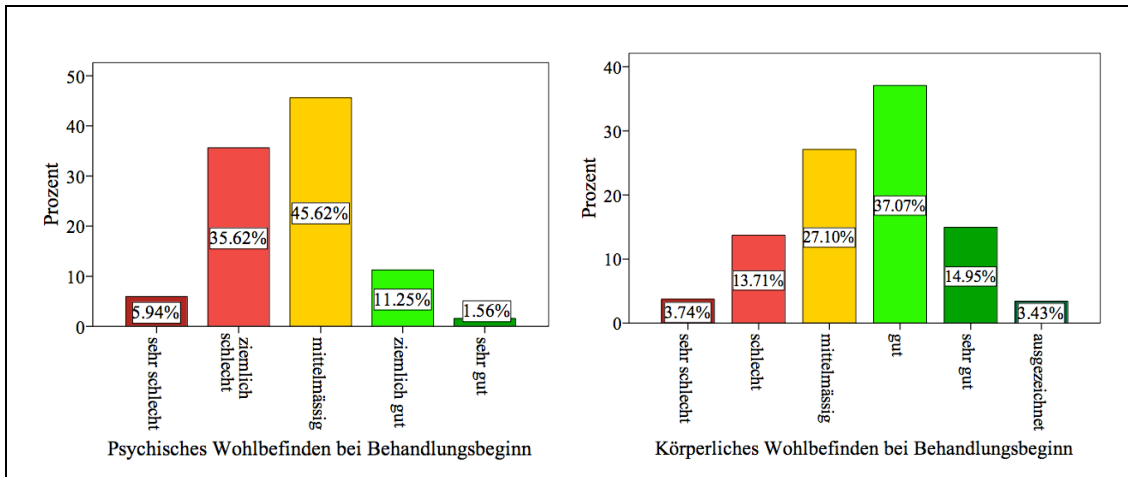


Abbildung 4: Häufigkeiten, Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn (Tabelle 60 und 61 im Anhang)

Tabelle 18 zeigt, dass die befragten Patientinnen und Patienten ihr körperliches Wohlbefinden zu Beginn der Behandlung als mittelmässig bis gut und das psychische Wohlbefinden als ziemlich schlecht bis mittelmässig bezeichnen. Somit ist das körperliche Wohlbefinden bereits vor der Behandlung relativ gut und gegenüber dem psychischen Wohlbefinden tendenziell besser. Entsprechend Abbildung 4 bezeichnen 41.5% der Befragten ihr psychisches Wohlbefinden zu Beginn der Behandlung als schlecht, 45.6% als mittelmässig und nur 12.8% empfinden es als gut. Das körperliche Wohlbefinden wird hingegen nur von 17.4% der Befragten als schlecht charakterisiert, während es von 27.1% als mittelmässig und von 55.5% als gut bis ausgezeichnet eingestuft wird.

Welche sonstigen Probleme lagen bei Ihnen zu Beginn der Paartherapie vor?

Frage 16	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Summe psychischer Probleme	320	0	8	1.70	1.403
Gültige Werte (Listenweise)	320				

Tabelle 19: Frage 16, Anzahl psychischer Probleme bei Behandlungsbeginn

Aus Tabelle 19 ist zu ermitteln, dass die befragten Personen zu Beginn der Behandlung durchschnittlich von 1.7 beziehungsweise von 1 bis 2 psychischen Problemen betroffen sind. Neben den Patientinnen und Patienten, die an keinerlei psychischen Beschwerden leiden (Minimum=0), sind andere Befragte mit mehreren bis maximal 8 psychischen Problemen konfrontiert. Welche einzelnen Beschwerden hierbei im Vordergrund stehen, zeigt Tabelle 20.

Frage 16, Psychische Probleme	N	Prozent
Andauernde schlechte Stimmung (Angst, Kummer, Ärger)	320	36.2
Andere Probleme	320	30.6
Depression	320	25.3
Generelle Ängste	320	18.8
Psychosomatische Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen)	320	17.5
Keine Probleme	320	15.6
Probleme am Arbeitsplatz	320	10.3
Trauer über Verlust einer geliebten Person	320	7.5
Übergewicht	320	7.5
Probleme, mit körperlicher Erkrankung fertig zu werden	320	4.1
Panikattacken oder Phobien	320	3.8
Störungen des Essverhaltens (Anorexie, Bulimie)	320	3.4
Trauma durch Gewalterfahrung in der Beziehung	320	3.1

Tabelle 20: Frage 16, Psychische Probleme bei Behandlungsbeginn
Mehrfachantworten: Prozentangaben ohne Gesamtsumme (Details vgl. Tabelle 62 im Anhang)

Mit 36.2% und 25.3% werden andauernde schlechte Stimmung und Depression als häufigste psychische Beschwerden vor der Behandlung genannt. Weitere Beschwerden zeigen sich in Form von generellen Ängsten (18.8%) und psychosomatischen Problemen (17.5%). Am wenigsten Probleme bereiten mit 3 bis 4% aller Nennungen körperliche Erkrankungen, Panikattacken/Phobien, Essstörungen und Trauma durch Gewalterfahrung in der Beziehung. Von 30.6% der Befragten werden andere psychische Probleme genannt. Obwohl in der Fragebogen-Anweisung nicht vermerkt, wurden diese von 20 Patientinnen und Patienten spezifiziert. Von vier Personen wurden Schlafstörungen und von zwei Personen Beziehungs- und Eheprobleme genannt. Von je einer Person sind die folgenden Merkmale aufgeführt: Grosse Enttäuschung, Vertrauensverlust, Hilflosigkeit, extreme Ambivalenz, eigene Psychose, Sexualität, Wutanfälle, Psychose des Ehepartners, Belastung durch behindertes Kind, Bewältigung Kinderadoption, Kinderlosigkeit, erschwerte Kontakte zu den Kindern, Rollenteilung, Probleme mit Eltern und Schwiegermutter, Lohnausfall, viel Arbeit, Autounfall und Hausverkauf. Diese Probleme können allerdings nicht weiter ausgewertet werden, da diesbezüglich keine systematische Erhebung erfolgte.

Welche Konflikte des Zusammenlebens zeigten sich zu Beginn der Behandlung in der Partnerschaft und in welchem Ausmass half die Paartherapie in diesen Bereichen?

Frage 17, Vorkommen paarspezifischer Probleme zu Beginn	N	Prozent
Kommunikation/gemeinsame Gespräche	316	82.9
Sexualität	316	65.8
Zuwendung des Partners	315	63.5
Vertrauen	316	57.6
Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners	316	54.4
Persönliche Gewohnheiten des Partners	316	51.9
Gewährung persönlicher Freiheiten	316	50.3
Temperament des Partners	316	49.7
Freizeitgestaltung	316	47.5
Forderungen des Partners	316	44.9
Haushaltsführung/Wohnung	316	43.7
Vorstellung über Kindererziehung	315	42.9
Freunde und Bekannte	316	38.3
Eifersucht	316	37.7
Berufstätigkeit	316	35.4
Einteilung des monatlichen Einkommens	316	35.4
Aussereheliche Beziehung	316	34.2
Krankheit/Behinderung/psychische Störungen	316	33.5
Attraktivität	316	33.5
Verwandte	316	32.0
Weltanschauung	316	27.8
Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen	316	26.9
Trennung	316	26.6
Kinderwunsch/Familienplanung	316	22.8
Tätlichkeiten	316	20.6
Andere Probleme	316	13.6

Tabelle 21: Frage 17, Vorkommen paarspezifische Probleme bei Behandlungsbeginn
Mehrfachantworten: Prozentangaben ohne Gesamtsumme (Details vgl. Tabelle 63 im Anhang)

Die häufigsten Partnerschaftskonflikte zu Beginn der Behandlung zeigen sich bei 82.9% bis 57.6% der befragten Patientinnen und Patienten in der gemeinsamen Kommunikation, der Sexualität, der Zuwendung der Partnerin oder des Partners sowie im mangelnden Vertrauen. Mit 27.8% bis 20.6% der Nennungen kommen Konflikte betreffend Weltanschauung, Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen, Trennung, Kinderwunsch/Familienplanung und Tätlichkeiten eher selten in einer Partnerschaft vor.

Frage 17, Verbesserung paarspezifische Probleme	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Gewährung persönlicher Freiheiten	152	1	5	3.67	.968
Kommunikation/gemeinsame Gespräche	260	1	5	3.61	1.112
Haushaltsführung/Wohnung	135	2	5	3.53	.761
Aussereheliche Beziehung	98	1	5	3.52	1.142
Freizeitgestaltung	148	1	5	3.48	.944
Vertrauen	177	1	5	3.47	1.187
Vorstellung über Kindererziehung	133	1	5	3.47	.803
Temperament des Partners	151	1	5	3.38	.992
Zuwendung des Partners	198	1	5	3.38	1.151
Berufstätigkeit	113	1	5	3.38	.900
Krankheit/Behinderung/psychische Störungen	103	1	5	3.37	1.155
Einteilung des monatlichen Einkommens	91	1	5	3.27	.776
Eifersucht	115	1	5	3.26	.965
Kinderwunsch/Familienplanung	69	1	5	3.26	.741
Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners	167	1	5	3.24	1.048
Persönliche Gewohnheiten des Partners	159	1	5	3.23	.980
Freunde und Bekannte	120	1	5	3.22	.921
Forderungen des Partners	142	1	5	3.20	1.049
Andere Probleme	40	1	5	3.20	.853
Attraktivität	102	1	5	3.20	.944
Tätlichkeiten	62	1	5	3.19	.902
Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen	82	1	5	3.09	.984
Verwandte	100	1	5	3.08	.774
Weltanschauung	85	1	5	3.07	.720
Sexualität	205	1	5	3.00	1.043
Trennung	78	1	5	2.97	1.258
Gültige Werte (Listenweise)	16				

Tabelle 22: Frage 17, Verbesserung paarspezifische Probleme
 Es wurde/es blieb: 5=viel besser, 4=etwas besser, 3=unverändert, 2=etwas schlimmer, 1=viel schlimmer

Grundsätzlich zeigt Tabelle 22, dass sich die Paarprobleme im Durchschnitt nicht stark verbessert haben und eine Tendenz zur Mitte (Wert 3=alles blieb unverändert) aufweisen. Zwischen den einzelnen Problembereichen sind kaum Unterschiede festzumachen, da die Ausprägungen lediglich Differenzen von knapp einer Stufe von „alles blieb unverändert“ bis „es wurde etwas besser“ sowie Standardabweichungen von $s=0.720$ bis $s=1.258$ aufweisen. Am ehesten verbessert haben sich die Konflikte im Bereich Gewährung persönlicher Freiheiten, Kommunikation/gemeinsame Gespräche, Haushaltsführung und aussereheliche Beziehungen. Der Vergleich mit Tabelle 21 zeigt, dass der Bereich Kommunikation/gemeinsame Gespräche am häufigsten in einer Partnerschaft auftritt und auch eine der grössten Verbesserungen durch die Behandlung erfährt. Aller-

dings werden sexuelle Probleme im Gegensatz zur Kommunikation signifikant geringer verbessert (vgl. Tabelle 82 bis 84 im Anhang), obwohl diese für zwei Drittel der Befragten zu Konflikten in der Partnerschaft führen. Die geringste, beziehungsweise keine Verbesserung wird neben der Sexualität bei den Themen Trennung, Weltanschauung, Verwandte und Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen erlebt.

Was waren die wichtigsten Konfliktbereiche, die zur Anmeldung führten?

Frage 18, Rangliste der wichtigsten Probleme	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Rang
Kommunikation/gemeinsame Gespräche	305	0	3	.98	1
Aussereheliche Beziehung	305	0	3	.47	2
Vertrauen	305	0	3	.45	3
Zuwendung des Partners	305	0	3	.42	4
Sexualität	305	0	3	.39	5
Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners	305	0	3	.38	6
Vorstellung über Kindererziehung	305	0	3	.30	7
Gewährung persönlicher Freiheiten	305	0	3	.27	8
Persönliche Gewohnheiten des Partners	305	0	3	.24	9
Temperament des Partners	305	0	3	.21	10
Forderungen des Partners	305	0	3	.21	10
Krankheit/Behinderung/psychische Störungen	305	0	3	.21	10
Eifersucht	305	0	3	.12	11
Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen	305	0	3	.12	11
Freizeitgestaltung	305	0	3	.11	12
Berufstätigkeit	305	0	3	.11	12
Haushaltsführung/Wohnung	305	0	3	.11	12
Andere Probleme	305	0	3	.10	13
Trennung	305	0	3	.08	14
Kinderwunsch/Familienplanung	305	0	3	.08	14
Verwandte	305	0	3	.07	15
Einteilung des monatlichen Einkommens	305	0	3	.07	15
Attraktivität	305	0	3	.06	16
Weltanschauung	305	0	3	.05	17
Tätlichkeiten	305	0	3	.03	18
Freunde und Bekannte	305	0	3	.02	19
Gültige Werte (Listenweise)	305				

Tabelle 23: Frage 18, Rangliste der wichtigsten Paarprobleme, die zur Anmeldung führten
Den wichtigsten Problemen wurden die Punktwerte 1 bis 3 zugeordnet, wobei das wichtigste Problem den Wert 3, das zweitwichtigste Problem den Wert 2, das dritt wichtigste Problem den Wert 1 und Probleme ohne Priorität den Wert 0 erhalten. Je höher der Mittelwert ist, desto wichtiger ist das Problem.

Konflikte, welche die befragten Patientinnen und Patienten am stärksten belasten und somit auch zu einer Anmeldung zur Paartherapie führen, betreffen die Kommunikation, aussereheliche Beziehungen, Vertrauen, Zuwendung der Partnerin oder des Partners, die Sexualität sowie die fehlende Akzeptanz und Unterstützung der Partnerin oder des Partners. Der Vergleich mit Tabelle 21 zeigt, dass der Konfliktbereich aussereheliche Beziehungen eher selten als Problem zu Beginn der Behandlung genannt wird, allerdings als sehr wichtig empfunden wird, wenn er in einer Partnerschaft auftritt. Kaum Anlass für eine Paartherapie bieten die Konflikte betreffend Verwandte, Einteilung des monatlichen Einkommens, Attraktivität, Weltanschauung, Tätlichkeiten sowie Freunde und Bekannte.

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Paartherapie für Ihre Partnerschaft und Ihre persönliche Entwicklung?

Frage 19 und 20	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Zufriedenheit für Partnerschaft	316	1	6	4.03	1.261
Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	315	1	6	4.34	1.093
Gültige Werte (Listenweise)	312				

Tabelle 24: Frage 19 und 20, Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung
6=absolut zufrieden, 5=sehr zufrieden, 4=ziemlich zufrieden, 3=etwas unzufrieden, 2=sehr unzufrieden, 1=absolut unzufrieden

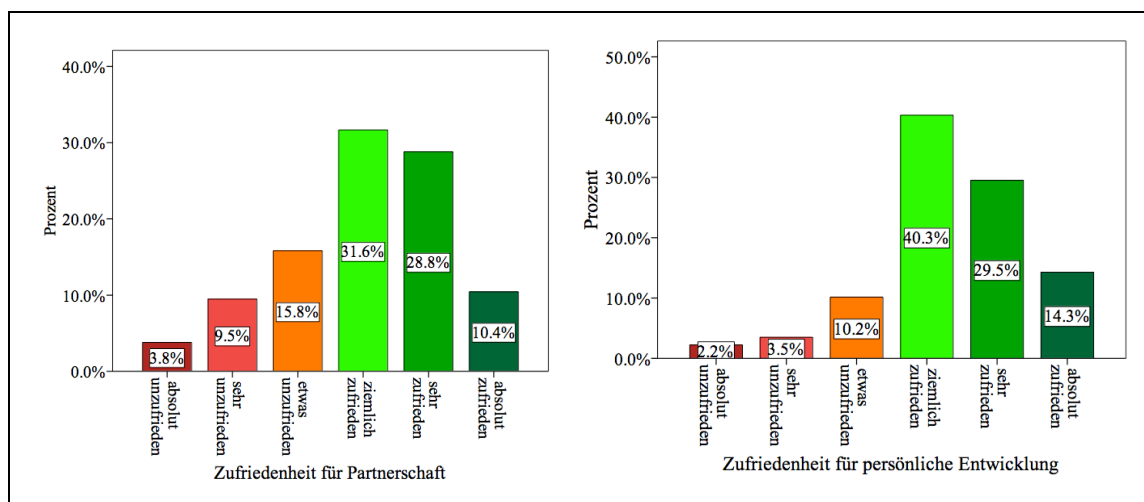


Abbildung 5: Häufigkeiten, Behandlungszufriedenheit (Tabelle 64 und 65 im Anhang)

Entsprechend Tabelle 24 sind die befragten Patientinnen und Patienten ziemlich bis sehr

zufrieden mit dem Ergebnis der Behandlung im Hinblick auf die Partnerschaft und die persönliche Entwicklung. Trotz ähnlicher Mittelwerte, ist die Zufriedenheit hinsichtlich der persönlichen Entwicklung signifikant höher als die Partnerschaftszufriedenheit (vgl. Tabelle 66 bis 68 im Anhang). Von allen Befragten bezeichnen sich 70.8% ziemlich bis absolut zufrieden und 29.1% etwas bis absolut unzufrieden mit dem Ergebnis der Paartherapie für die Partnerschaft. Rund 84.1% der Befragten geben an, ziemlich bis absolut zufrieden zu sein mit der persönlichen Entwicklung, während nur gerade 15.9% keinen Nutzen für sich persönlich aus der Paartherapie ziehen (vgl. Abbildung 5).

In welchem Ausmass hilft die Paartherapie im Bereich der psychischen Allgemenfunktionen und im Bereich der psychischen Probleme?

Frage 21	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Persönliche Entwicklung	275	1	5	3.88	.795
Niedergedrückte Stimmung	265	1	5	3.76	.845
Verständnis für andere Menschen	268	2	5	3.75	.729
Lebensfreude	278	1	5	3.75	.880
Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	278	1	5	3.63	.881
Umgang mit alltäglichem Stress	261	1	5	3.61	.789
Körperliches Wohlbefinden	270	1	5	3.50	.817
Arbeitsproduktivität	249	1	5	3.43	.765
Gültige Werte (Listenweise)	224				

Tabelle 25: Frage 21, Verbesserung der psychischen Allgemenfunktionen
Es wurde/es blieb: 5=viel besser, 4=etwas besser, 3=unverändert, 2=etwas schlimmer, 1=viel schlimmer

Frage 21	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Psychische Probleme	146	1	5	3.83	.842
Gültige Werte (Listenweise)	146				

Tabelle 26: Frage 21, Verbesserung der psychischen Probleme
Es wurde/es blieb: 5=viel besser, 4=etwas besser, 3=unverändert, 2=etwas schlimmer, 1=viel schlimmer

Die Tabelle 25 zeigt, dass bei den psychischen Allgemenfunktionen eine leichte Verbesserung zu verzeichnen ist, deren einzelne Ausprägungen nur geringe Unterschiede aufweisen. Dennoch weist die persönliche Entwicklung gegenüber der niedergedrückten Stimmung, dem Verständnis für andere Menschen, der Lebensfreude, dem körperlichen Wohlbefinden und der Arbeitsproduktivität eine signifikant höhere Verbesserung auf,

während die Arbeitsproduktivität eine signifikant geringere Verbesserung erfährt (vgl. Tabelle 85 bis 87 im Anhang). Somit wird im Bereich der persönlichen Entwicklung die grösste und im Bereich der Arbeitsproduktivität die geringste Besserung erzielt.

Entsprechend Tabelle 26 erfahren die Patientinnen und Patienten im Bereich der psychischen Probleme (Tabelle 20) ebenfalls eine leichte Verbesserung.

Wie wären Sie mit Ihren Lebensumständen ohne Paartherapie zurecht gekommen?

Frage 22		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	schlechter	223	68.8	71.2	71.2
	genauso gut/genauso schlecht	85	26.2	27.2	98.4
	besser	5	1.5	1.6	100.0
	Gesamt	313	96.6	100.0	
Fehlend	System	11	3.4		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 27: Frage 22, Bewältigung der Lebensumstände ohne Paartherapie

71.2% der Befragten sind der Meinung, dass sie ihre Lebensumstände ohne die Behandlung schlechter bewältigen hätten können, während rund ein Viertel der Befragten (27.2%) genauso gut auch ohne Paartherapie hätte leben können. Lediglich 1.6% sind der Meinung, dass ihnen die Behandlung nicht geholfen hat, mit den Belastungen umzugehen.

Wie ist das derzeitige allgemein körperliche und psychische Wohlbefinden?

Frage 23 und 24	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Psychisches Wohlbefinden aktuell	321	1	5	3.86	.903
Körperliches Wohlbefinden aktuell	322	1	6	4.26	.933
Gültige Werte (Listenweise)	319				

Tabelle 28: Frage 23 und 24, Aktuelles körperliches und psychisches Wohlbefinden

Psy. Wohlbefinden: 5=sehr gut, 4=ziemlich gut, 3=mittelmässig, 2=ziemlich schlecht, 1=sehr schlecht
 Körp. Wohlbefinden: 6=ausgezeichnet, 5=sehr gut, 4=gut, 3=mittelmässig, 2=schlecht, 1=sehr schlecht

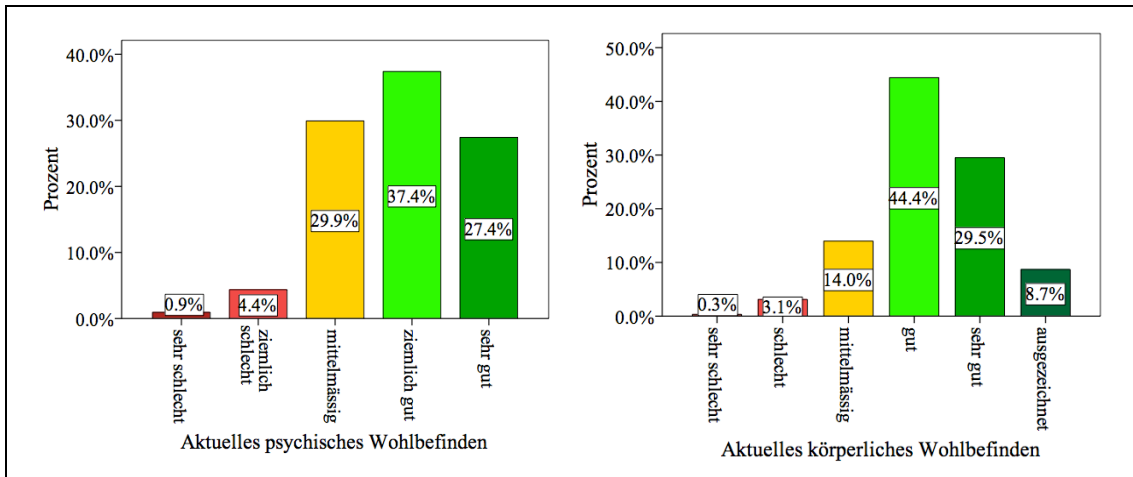


Abbildung 6: Häufigkeiten, Aktuelles Wohlbefinden (Tabelle 69 und 70 im Anhang)

Tabelle 28 zeigt, dass die befragten Patientinnen und Patienten ihr körperliches Wohlbefinden zum Zeitpunkt der Datenerhebung als gut bis sehr gut und das psychische Wohlbefinden als mittelmässig bis ziemlich gut bezeichnen. Das aktuelle körperliche Wohlbefinden ist somit besser als das psychische Wohlbefinden.

82.6% aller Behandelten bezeichnen ihr derzeitiges körperliches Wohlbefinden als gut bis ausgezeichnet. Nur gerade 14% der Befragten klagen über ein mittelmässiges und 3.4% über ein schlechtes bis sehr schlechtes körperliches Wohlbefinden. Bezüglich des psychischen Wohlbefindens geben 64.8% der Befragten an, sich ziemlich gut bis sehr gut zu fühlen, während 29.9% ihr psychisches Wohlbefinden als mittelmässig und 5.3% als schlecht bis sehr schlecht bezeichnen (vgl. Abbildung 6).

Wie schätzen Sie die Kompetenzen des Therapeuten hinsichtlich der Behandlung der partnerschaftlichen Probleme ein?

Frage 25	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Kompetenz des Therapeuten	319	1	6	4.68	1.078
Gültige Werte (Listenweise)	319				

Tabelle 29: Frage 25, Kompetenz des Therapeuten
6=ausgezeichnet, 5=sehr gut, 4=gut, 3=mittelmässig, 2=schlecht, 1=sehr schlecht

Aus Tabelle 29 geht hervor, dass die Patientinnen und Patienten die Kompetenzen ihres Therapeuten hinsichtlich der Behandlung ihrer Partnerschaftsprobleme als gut bis sehr gut beurteilen. 86.8% schätzen die Kompetenzen als gut bis ausgezeichnet ein, während

eine Minderheit von nur 2.8% mit den Kompetenzen unzufrieden ist (vgl. Tabelle 71 im Anhang).

Was ist Ihre generelle Meinung über Ihren Therapeuten?

Frage 26, Therapeutenmerkmale	N	Prozent
Therapeut war beruhigend und unterstützend	308	92.2
Es war leicht, dem Therapeuten zu vertrauen	299	83.9
Ich konnte bestimmen, welche Themen besprochen werden	292	80.8
Therapeut ging den Problemen auf den Grund	297	78.8

Tabelle 30: Frage 26, Merkmale des Therapeuten
Mehrfachantworten: Prozentangaben ohne Gesamtsumme (Details vgl. Tabelle 72 im Anhang)

Entsprechend Tabelle 30 erleben die Patientinnen und Patienten die Haltung des Therapeuten als positiv, supportiv, empathisch und kompetent: 92.2% der Befragten nehmen den Therapeuten als unterstützend und 83.9% als vertrauenswürdig wahr. 80.8% der Befragten haben das Gefühl, dass sie selbst das Geschehen in der Paartherapie bestimmen konnten, während 78.8% glauben, dass der Therapeut den Problemen wirklich auf den Grund geht.

5.3 Weitere Auswertungen in Bezug auf die Fragestellung

Frage 1.A: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Paartherapie für die Partnerschaft und der Zufriedenheit für die persönliche Entwicklung?

		Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	Zufriedenheit für Partnerschaft
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			
Spearman-Rho	Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	Korrelationskoeffizient 1.000	.638**
		Sig. (2-seitig)	.000
Spearman-Rho	Zufriedenheit für Partnerschaft	.638**	1.000
		Sig. (2-seitig)	.000

Tabelle 31: Korrelation zwischen Zufriedenheit mit persönlicher Entwicklung und Zufriedenheit mit Partnerschaft

Auf dem Niveau von $p=0.01$ besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die persönliche Entwicklung

und der Zufriedenheit für die Paarbeziehung (Spearman $r=0.638$). Eine hohe Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die persönliche Entwicklung geht einher mit einer hohen Partnerschaftszufriedenheit.

Frage 1.B: Gibt es Unterschiede bezüglich der Behandlungszufriedenheit bei getrennten oder geschiedenen und immer noch zusammenlebenden Paaren?

	Beziehungsstatus	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Zufriedenheit für Partnerschaft	getrennt/geschieden	75	3.37	1.450	.167
	zusammenlebend	198	4.25	1.074	.076
Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	getrennt/geschieden	77	4.14	1.345	.153
	zusammenlebend	195	4.42	.935	.067

Tabelle 32: Gruppenstatistiken für Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus
6=absolut zufrieden, 5=sehr zufrieden, 4=ziemlich zufrieden, 3=etwas unzufrieden, 2=sehr unzufrieden, 1=absolut unzufrieden

		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Zufriedenheit für Partnerschaft	Varianzen sind gleich	16.641	.000	-5.455	271	.000
	Varianzen sind nicht gleich			-4.778	106.257	.000
Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	Varianzen sind gleich	11.877	.001	-1.935	270	.054
	Varianzen sind nicht gleich			-1.660	106.255	.100

Tabelle 33: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus (Details vgl. Tabelle 73 und 74 im Anhang)

Der Beziehungsstatus hat einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die Partnerschaft, indem sich getrennte und geschiedene Personen signifikant von Personen unterscheiden, die immer noch in der gleichen Partnerschaft leben. Sie sind im Durchschnitt ungefähr eine Stufe unzufriedener als die Zusammenlebenden. Während Letztere mit dem Ergebnis der Behandlung ziemlich bis sehr zufrieden sind, sind getrennte und geschiedene Personen etwas unzufrieden bis etwas zufrieden. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Paartherapie für die persönliche Entwicklung unterscheiden sich getrennte und geschiedene Personen nicht von den Zusammenlebenden, auch wenn die Zufriedenheit bei den Getrennten und Ge-

schiedenen etwas tiefer ist (Mittelwert=4.14) als bei den zusammenlebenden Personen (Mittelwert= 4.42). Beide Gruppen sind bezüglich der persönlichen Entwicklung ziemlich bis sehr zufrieden.

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Trennung oder Scheidung und der Behandlungszufriedenheit?

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1.390	3	.463	.294	.829
Innerhalb der Gruppen	105.504	67	1.575		
Gesamt	106.894	70			

Tabelle 34: ONEWAY ANOVA: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Trennung/Scheidung

Tabelle 34 zeigt, dass der Zeitpunkt der Trennung oder Scheidung in all seinen Ausprägungen keinen signifikanten Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit hat. Personen, die sich bereits während der Paartherapie oder kurze Zeit danach getrennt oder geschieden haben, sind mit dem Behandlungsergebnis in gleichem Masse zufrieden, wie Personen, welche die Beziehung erst mehrere Jahre nach der Behandlung beendeten. Die weiteren Berechnungen der einfaktoriellen Varianzanalyse inklusive Deskriptive Statistik sind in den Tabellen 75 bis 78 des Anhangs aufgeführt.

Frage 1.C: Hat die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Paartherapie bei den Getrennten und Geschiedenen einen Zusammenhang mit der Qualität der Beziehung zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner?

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig). a. Listenweises N= 67			Verhältnis zur Partnerin/ zum Partner
Spearman-Rho	Verhältnis zur Partnerin/ zum Partner	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	1.000 .
	Zufriedenheit für Partnerschaft	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	.425** .000
	Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig)	.333** .006

Tabelle 35: Korrelation zwischen Behandlungszufriedenheit und Qualität der Beziehung bei Getrennten/Geschiedenen

Zwischen dem Verhältnis zur ehemaligen Partnerin, beziehungsweise zum ehemaligen Partner und der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlung besteht auf dem Niveau von $p=0.01$ ein signifikanter positiver Zusammenhang (Spearman $r=0.425$ und $r=0.333$). Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die Partnerschaft und die Behandlungszufriedenheit hinsichtlich der persönlichen Entwicklung gehen einher mit einem besseren Verhältnis zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner. Je besser die Qualität der Beziehung ist, desto grösser ist auch die Behandlungszufriedenheit.

Frage 2: Bei welchen Problemen wurden die grössten Verbesserungen erzielt?

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Paarspezifische Probleme	3.422	138	.791	.067
	Psy. Allgemeinfunktionen	3.664	138	.668	.057
Paaren 2	Paarspezifische Probleme	3.422	138	.791	.067
	Psychische Probleme	3.81	138	.851	.072
Paaren 3	Psy. Allgemeinfunktionen	3.664	138	.668	.057
	Psychische Probleme	3.81	138	.851	.072

Tabelle 36: Deskriptive Statistik bei gepaarten Stichproben: Problembesserung (gerundet)
Es wurde/es blieb: 5=viel besser, 4=etwas besser, 3=unverändert, 2=etwas schlimmer, 1=viel schlimmer

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Paarprobleme - Psy. Allgemeinfunktionen	-.242	.768	.065	-.371	-.113	-3.706	137	.000
Paaren 2	Paarprobleme - Psychische Probleme	-.390	.877	.075	-.537	-.242	-5.218	137	.000
Paaren 3	Psy. Allgemeinfunktionen - Psychische Probleme	-.147	.789	.067	-.280	-.014	-2.192	137	.030

Tabelle 37: T-Test bei abhängigen Stichproben: Paarprobleme, psychische Allgemeinfunktionen und psychische Probleme (gerundet)

Der Übersicht in Tabelle 36 ist zu entnehmen, dass sich alle 3 Problembereiche (Paarprobleme, psychische Probleme und psychische Allgemeinfunktionen) etwas verbessert

haben. Obwohl die Mittelwerte eine ähnliche Ausprägung aufweisen, unterscheiden sich die Verbesserungen der einzelnen Problembereiche signifikant voneinander (Tabelle 37 und Tabelle 79 bis 81 im Anhang). Die geringste Verbesserung weisen die Partnerschaftskonflikte auf, während die grösste Verbesserung bei den psychischen Problemen zu verzeichnen ist. Wie sich die Themen innerhalb der Problembereiche im Einzelnen verändert haben, ist den Tabellen 22 und 25 zu entnehmen.

Frage 2.A: Deckt die Problembesserung die Problembereiche ab, welche die Patientinnen und Patienten als die für sie wichtigsten Probleme deklarierten?

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Besserung aller Paarprobleme	3.474	296	.798	.046
	Besserung der wichtigsten Paarprobleme	3.558	296	1.0081	.059

Tabelle 38: Besserung aller Paarprobleme und der wichtigsten Paarprobleme (gerundet)
Es wurde/es blieb: 5=viel besser, 4=etwas besser, 3=unverändert, 2=etwas schlimmer, 1=viel schlimmer

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Alle Paarprobleme - Wichtigste Paarprobleme	-.084	.502	.029	-.141	-.026	-2.863	295	.004

Tabelle 39: T-Test bei abhängigen Stichproben: Alle Paarprobleme und wichtigste Paarprobleme (gerundet – ausführliche Berechnungen vgl. Tabelle 88 bis 90 im Anhang)

Aus Tabelle 38 geht hervor, dass die Patientinnen und Patienten sowohl bei den wichtigsten als auch bei allen anderen Partnerschaftskonflikten eine leichte Verbesserung erfahren. Entsprechend Tabelle 39 weisen allerdings jene Probleme, die zur Anmeldung in die Behandlung führen, eine signifikant höhere Besserung auf, wenn auch der Unterschied gering ist. Eine Ausnahme zeigt sich bei Problemen im Bereich der Sexualität, welche zwar von den Befragten als sehr wichtig erlebt werden, bei welchen aber keine Veränderungen aufgrund der Behandlung festzustellen ist (Tabelle 22 und 23).

Frage 3: Inwieweit wird das psychische und körperliche Wohlbefinden durch die Behandlung verbessert?

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Aktuelles psychisches Wohlbefinden	3.87	314	.907	.051
	Psychisches Wohlbefinden zu Beginn der Therapie	2.66	314	.812	.046
Paaren 2	Aktuelles körperliches Wohlbefinden	4.27	314	.921	.052
	Körperliches Wohlbefinden zu Beginn der Therapie	3.56	314	1.121	.063

Tabelle 40: Deskriptive Statistik: Wohlbefinden aktuell und bei Behandlungsbeginn

Psy. Wohlbefinden: 5=sehr gut, 4=ziemlich gut, 3=mittelmässig, 2=ziemlich schlecht, 1=sehr schlecht

Körp. Wohlbefinden: 6=ausgezeichnet, 5=sehr gut, 4=gut, 3=mittelmässig, 2=schlecht, 1=sehr schlecht

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Psy. Wohlbefinden aktuell - zu Beginn	1.207	1.087	.061	1.086	1.328	19.684	313	.000
Paaren 2	Körperl. Wohlbefinden aktuell - zu Beginn	.710	1.208	.068	.576	.844	10.419	313	.000

Tabelle 41: T-Test bei abhängigen Stichproben: Besserung des Wohlbefindens

4=extreme Besserung, 3=sehr deutliche Besserung, 2=deutliche Besserung, 1=geringe Besserung,

0=unverändert, -1=Verschlechterung

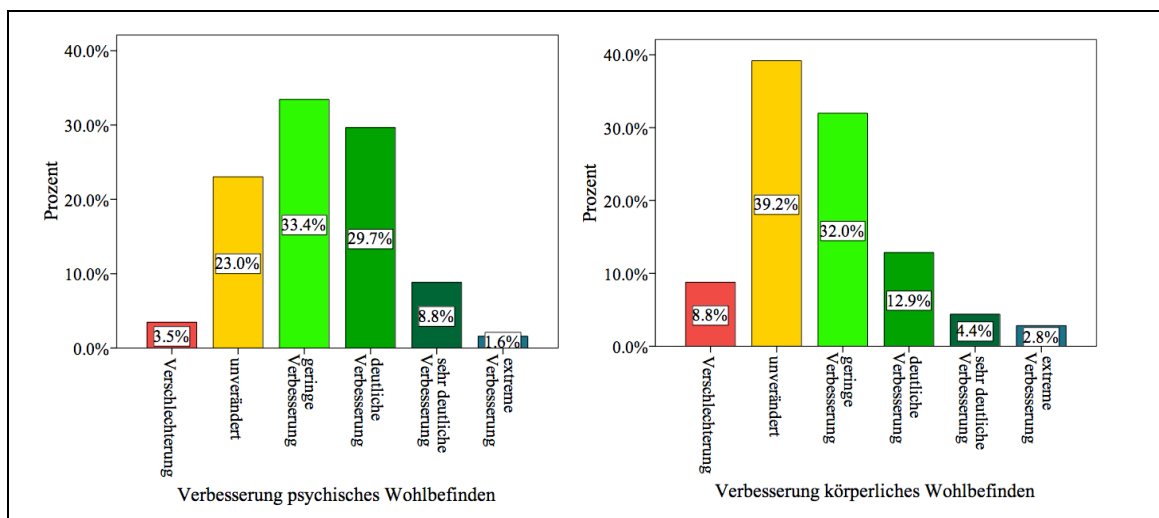


Abbildung 7: Häufigkeiten, Besserung des Wohlbefindens (Tabelle 91 und 92 im Anhang)

Tabelle 40 und 41 zeigen, dass sich das psychische und körperliche Wohlbefinden signifikant verbessert hat (vgl. auch Tabelle 93 bis 95 im Anhang). Bezüglich des psychischen Wohlbefindens erfahren die befragten Patientinnen und Patienten eine geringe bis deutliche, beziehungsweise eine ein- bis zweistufige Verbesserung, während sich das körperliche Wohlbefinden nur um knapp eine Stufe verbessert, indem es unverändert bleibt bis leicht verbessert wird. Im Bereich des körperlichen Wohlbefindens ist somit eine signifikant geringere Verbesserung gegenüber dem psychischen Wohlbefinden zu verzeichnen (vgl. Tabelle 96 bis 98 im Anhang). Entsprechend den Häufigkeitsverteilungen (Abbildung 7) geben mehr als zwei Drittel der Befragten (73.5%) an, dass sich das psychische Wohlbefinden etwas bis extrem verbessert habe. Bei 23% ist das seelische Wohlbefinden gleich geblieben und nur bei 3.5% ist eine Verschlechterung eingetreten. Bezüglich des körperlichen Wohlbefindens geben indessen etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52.1%) an, es habe sich verbessert. Bei 39.2% ist es unverändert geblieben, während sich 8.8% der Befragten in ihrem körperlichen Wohlbefinden beeinträchtigt fühlen.

Frage 4: Wie steht es mit der Zufriedenheit, der Problembesserung und dem Wohlbefinden bei Patientinnen und Patienten, die kürzlich die Paartherapie besuchten im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, bei denen die Paartherapie schon länger zurückliegt?

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).			Katamnesedauer
a. Listenweises N= 207			
Spearman-Rho	Katamnesedauer	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Problembesserung	Korrelationskoeffizient	-.081
		Sig. (2-seitig)	.244
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	-.145*
		Sig. (2-seitig)	.037
	Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	.086
		Sig. (2-seitig)	.218

Tabelle 42: Korrelation zwischen Katamnesedauer und Problembesserung, Behandlungszufriedenheit und Wohlbefinden

Auf dem Niveau von $p=0.05$ besteht ein leichter, signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Katamnesezeitraum und der Behandlungszufriedenheit (Spearman

$r=-0.145$). Je Länger das Therapieende zurückliegt, desto geringer ist bei den Patientinnen und Patienten die Therapiezufriedenheit. Die Problembesserung und das Wohlbefinden stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Katamnesedauer.

Frage 5: Unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten, welche die Paartherapie abgebrochen haben, von denjenigen, welche die Behandlung regulär beendeten, bezüglich der Behandlungszufriedenheit, der Besserung des Wohlbefindens und der Problembesserung?

	Therapieabbruch	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Zufriedenheit	nein	163	70.430	18.638	1.460
	ja	79	47.595	22.827	2.569
Problembesserung	nein	163	70.266	15.291	1.198
	ja	78	58.457	14.445	1.636
Wohlbefinden	nein	161	64.558	12.440	.980
	ja	82	64.726	13.159	1.453

Tabelle 43: Gruppenstatistiken für Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden bei Therapieabbruch (gerundet - ausführliche Berechnungen vgl. Tabelle 99 und 100 im Anhang)

Zufriedenheit: 100=absolut zufrieden, 80=sehr zufrieden, 60=ziemlich zufrieden, 40=etwas unzufrieden, 20=sehr unzufrieden, 0=absolut unzufrieden

Problembesserung: 100=viel besser, 75=etwas besser, 50=unverändert, 25=etwas schlimmer, 0=viel schlimmer

Wohlbefinden: 100=extreme Besserung, 87.5=sehr deutliche Besserung, 75=deutliche Besserung, 67.5=geringe Besserung, 50=unverändert, 37.5=geringe Verschlechterung, 25=deutliche Verschlechterung, 12.5=sehr deutliche Verschlechterung, 0=extreme Verschlechterung

		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Zufriedenheit	Varianzen sind gleich	3.879	.050	8.289	240	.000
	Varianzen sind nicht gleich			7.730	130.008	.000
Problembesserung	Varianzen sind gleich	.173	.678	5.709	239	.000
	Varianzen sind nicht gleich			5.825	159.876	.000
Wohlbefinden	Varianzen sind gleich	.028	.867	-0.098	241	.922
	Varianzen sind nicht gleich			-0.096	155.243	.924

Tabelle 44: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden bei Therapieabbruch

Tabelle 43 und 44 zeigen, dass zwischen den Patientinnen und Patienten, welche die Paartherapie abgebrochen haben, und jenen, welche die Behandlung regulär beendeten, ein signifikanter Unterschied bezüglich Behandlungszufriedenheit und Problembesserung besteht. Bei Therapieabbruch sind die Behandelten etwas unzufrieden bis etwas zufrieden (Wert 47), während sie bei regulärer Beendigung ziemlich zufrieden bis sehr zufrieden (Wert 70) mit dem Ergebnis der Behandlung sind. Personen, welche die Paartherapie nicht abgebrochen haben, erleben zudem eine signifikant höhere Problembesserung als Abbrecherinnen und Abbrecher. Die Unterschiede sind hier allerdings geringer als bei der Behandlungszufriedenheit. Kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen ist hingegen bei der Verbesserung des Wohlbefindens festzustellen.

Frage 6: Welchen Einfluss hat die Behandlungsdauer, die Behandlungsfrequenz, die Anmeldungsinitiative, die Bewertung des Therapeuten sowie Alter, Geschlecht und Bildungsstand der Patientinnen und Patienten auf die Therapiezufriedenheit, die Problembesserung und die Besserung des Wohlbefindens?

Behandlungsdauer und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig). a. Listenweises N= 283			Behandlungsdauer in Jahren
Spearman-Rho	Behandlungsdauer in Jahren	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	.122*
		Sig. (2-seitig)	.040
Problembesserung	Korrelationskoeffizient	.071	
	Sig. (2-seitig)	.232	
Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	.023	
	Sig. (2-seitig)	.705	

Tabelle 45: Korrelation Behandlungsdauer mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden

Tabelle 45 zeigt, dass die Behandlungsdauer auf dem Niveau von $p=0.05$ einen signifikanten, leicht positiven Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit hat (Spearman $r=0.122$). Je länger die Behandlung dauert, desto zufriedener sind die Patientinnen und Patienten mit dem Ergebnis der Paartherapie. Die Behandlungsdauer weist allerdings

keinen signifikanten Zusammenhang mit der Problembesserung und dem Wohlbefinden auf.

Frequenz und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

a. Listenweises N= 255			Frequenz
Spearman-Rho	Frequenz	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	-.010
		Sig. (2-seitig)	.875
	Problembesserung	Korrelationskoeffizient	.037
		Sig. (2-seitig)	.559
	Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	.123
		Sig. (2-seitig)	.050

Tabelle 46: Korrelation Behandlungsfrequenz mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden

Entsprechend Tabelle 46 hat die Frequenz der Behandlung keinen signifikanten Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit, die Problembesserung und die Verbesserung des Wohlbefindens. Patientinnen und Patienten, die eine höhere Behandlungsfrequenz nutzen, bezeichnen sich genauso zufrieden und erfahren eine entsprechende Verbesserung ihrer Probleme und ihres Wohlbefindens wie Personen mit einer geringeren Behandlungsfrequenz.

Anmeldungsinitiative und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

Der Zusammenhang zwischen Anmeldungsinitiative, Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden wird mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse berechnet. Aufgrund des Platzmangels werden hier nur die Signifikanztests der Zwischensubjekteffekte aufgeführt. Sämtliche weitere Berechnungen befinden sich im Anhang (Tabelle 101 bis 115).

Abhängige Variable: Behandlungszufriedenheit a. R-Quadrat = ,010 (korrigiertes R-Quadrat = -,019)					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1533.352 ^a	9	170.372	.354	.955
Konstanter Term	840154.863	1	840154.863	1746.813	.000
GESCHL	1.413	1	1.413	.003	.957
ANMELD	823.887	4	205.972	.428	.788
GESCHL * ANMELD	654.659	4	163.665	.340	.851
Fehler	145251.263	302	480.964		
Gesamt	1418600.000	312			
Korrigierte Gesamtvariation	146784.615	311			

Tabelle 47: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Behandlungszufriedenheit, Geschlecht und Anmeldeinitiative

Abhängige Variable: Problembesserung a. R-Quadrat = ,023 (korrigiertes R-Quadrat = -,006)					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1773.812 ^a	9	197.090	.795	.621
Konstanter Term	891597.274	1	891597.274	3595.946	.000
GESCHL	155.060	1	155.060	.625	.430
ANMELD	956.799	4	239.200	.965	.427
GESCHL * ANMELD	554.450	4	138.612	.559	.693
Fehler	74879.438	302	247.945		
Gesamt	1433748.299	312			
Korrigierte Gesamtvariation	76653.250	311			

Tabelle 48: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Problembesserung, Geschlecht und Anmeldeinitiative

Abhängige Variable: Wohlbefinden a. R-Quadrat = ,072 (korrigiertes R-Quadrat = ,045)					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	3467.689 ^a	9	385.299	2.648	.006
Konstanter Term	822310.255	1	822310.255	5650.935	.000
GESCHL	611.525	1	611.525	4.202	.041
ANMELD	314.953	4	78.738	.541	.706
GESCHL * ANMELD	1089.418	4	272.355	1.872	.115
Fehler	44673.893	307	145.518		
Gesamt	1329287.500	317			
Korrigierte Gesamtvariation	48141.581	316			

Tabelle 49: Zweifaktorielle Varianzanalyse: Wohlbefinden, Geschlecht und Anmeldeinitiative

Den Tabellen 47 bis 49 ist zu entnehmen, dass die Anmeldeinitiative in all ihren

Ausprägungen (Anmeldung zur Paartherapie wird durch die Frau, durch den Mann oder von beiden gleichermaßen initiiert) keinen Einfluss hat auf die Behandlungszufriedenheit, die Problembesserung und die Besserung des Wohlbefindens. Die Wirksamkeit der Behandlung ist demnach nicht abhängig von der Motivation der Behandelten, womit auch Patientinnen und Patienten, welche die Anmeldung der Paartherapie nicht initiierten, von der Behandlung profitieren. Den Tabellen ist weiter zu entnehmen, dass zwischen Anmeldungsinitiative und Geschlecht keine Interaktion besteht, sondern dass die Faktoren additiv wirken, beziehungsweise die Anmeldungsinitiative in den Subgruppen der männlichen und weiblichen Patienten gleich wirkt. Die Ausführungen zum Einfluss des Geschlechts auf das Behandlungsergebnis werden weiter unten erläutert.

Kompetenz des Therapeuten und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig). a. Listenweises N= 312			Kompetenz des Therapeuten
Spearman-Rho	Kompetenz des Therapeuten	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	.733**
		Sig. (2-seitig)	.000
Problembesserung	Korrelationskoeffizient	.478**	
	Sig. (2-seitig)	.000	
Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	.242**	
	Sig. (2-seitig)	.000	

Tabelle 50: Korrelation Kompetenz des Therapeuten mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden

Tabelle 50 zeigt, dass die Einschätzung der Kompetenz des Therapeuten auf dem Niveau von $p=0.01$ in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit, der Problembesserung und der Besserung des Wohlbefindens steht. Je zufriedener die Patientinnen und Patienten mit den Kompetenzen des Therapeuten sind, desto zufriedener sind sie mit der Behandlung und desto höher schätzen sie die Besserung der Probleme und des Wohlbefindens ein.

Therapeutenmerkmale und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			Therapeutenmerkmale
a. Listenweises N= 313			
Spearman-Rho	Anzahl Therapeutenmerkmale	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	.471**
		Sig. (2-seitig)	.000
Problembesserung	Korrelationskoeffizient	.326**	
	Sig. (2-seitig)	.000	
Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	.077	
	Sig. (2-seitig)	.174	

Tabelle 51: Korrelation Anzahl Therapeutenmerkmale mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden

Auf dem Niveau von $p=0.01$ besteht ein leichter bis mittlerer signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl Therapeutenmerkmale (Tabelle 30) und der Problembesserung sowie der Behandlungszufriedenheit. Je mehr Merkmale des Therapeuten positiv erlebt werden, beziehungsweise je supportiver und empathischer die Haltung des Therapeuten eingeschätzt wird, desto positiver erleben die Patientinnen und Patienten die Problembesserung und die Behandlungszufriedenheit. Hinsichtlich des Wohlbefindens ist kein signifikanter Zusammenhang festzuhalten.

Alter der Befragten und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

a. Listenweises N= 314			Alter
Spearman-Rho	Alter	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	-.096
		Sig. (2-seitig)	.089
Problembesserung	Korrelationskoeffizient	-.036	
	Sig. (2-seitig)	.525	
Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	-.037	
	Sig. (2-seitig)	.516	

Tabelle 52: Korrelation Alter mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden

Aus Tabelle 52 ist zu entnehmen, dass das Alter der Patientinnen und Patienten keinen signifikanten Einfluss auf die Problembesserung, das Wohlbefinden und die Behand-

lungszufriedenheit hat. Personen jeden Alters schätzen sich gleich zufrieden ein und beurteilen die Verbesserung ihrer Probleme und ihres Wohlbefindens gleich ein.

Geschlecht der Befragten und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

Der Einfluss des Geschlechts auf die Zufriedenheit, die Problembesserung und das Wohlbefinden ist den Signifikanz-Tabellen der vorgängig aufgeführten Varianzanalyse (Tabellen 47 bis 49) zu entnehmen. Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen lassen sich nur bei der Besserung des Wohlbefindens feststellen, indem Frauen die Besserung ihres Wohlbefindens signifikant höher einschätzen als die Männer (Tabelle 53). Keinen signifikanten Einfluss hat das Geschlecht auf die Verbesserung der Probleme sowie die Behandlungszufriedenheit. Frauen und Männer bezeichnen sich gleich zufrieden mit der Behandlung und schätzen die Problembesserung gleich hoch ein.

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Zufriedenheit	weiblich	172	63.198	22.445	1.711
	männlich	146	64.315	20.642	1.708
Problembesserung	weiblich	173	66.893	15.917	1.210
	männlich	145	64.751	15.293	1.270
Wohlbefinden	weiblich	174	65.812	12.300	.932
	männlich	147	60.952	11.792	.973

Tabelle 53: Deskriptive Statistik: Geschlecht und Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden (gerundet)

Zufriedenheit: 100=absolut zufrieden, 80=sehr zufrieden, 60=ziemlich zufrieden, 40=etwas unzufrieden, 20=sehr unzufrieden, 0=absolut unzufrieden

Problembesserung: 100=viel besser, 75=etwas besser, 50=unverändert, 25=etwas schlimmer, 0=viel schlimmer

Wohlbefinden: 100=extreme Besserung, 87.5=sehr deutliche Besserung, 75=deutliche Besserung, 67.5=geringe Besserung, 50=unverändert, 37.5=geringe Verschlechterung, 25=deutliche Verschlechterung, 12.5=sehr deutliche Verschlechterung, 0=extreme Verschlechterung

Bildung der Befragten und Zufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).			
a. Listenweises N= 314			Bildung
Spearman-Rho	Bildung	Korrelationskoeffizient	1.000
		Sig. (2-seitig)	.
	Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	.042
		Sig. (2-seitig)	.462
	Problembesserung	Korrelationskoeffizient	-.079
		Sig. (2-seitig)	.161
	Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	-.133*
		Sig. (2-seitig)	.019

Tabelle 54: Korrelation Bildung und Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden

Der Bildungsabschluss weist auf dem Niveau von $p=0.05$ nur mit der Verbesserung des Wohlbefindens einen signifikanten, allerdings negativen Zusammenhang auf. Je höher der Bildungsabschluss der Befragten ist, desto geringer ist die Besserung des Wohlbefindens. Keinen Einfluss hat das Bildungsniveau bei den Patientinnen und Patienten auf die Behandlungszufriedenheit und die Verbesserung der Probleme.

5.4 Weiterführende Auswertungen

Erweiterung Frage 1.B: Unterscheiden sich getrennte und geschiedene Personen von Personen, die immer noch in der gleichen Partnerschaft leben hinsichtlich der Problembesserung und des Wohlbefindens?

	Beziehungsstatus	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Problembesserung	getrennt/geschieden	77	58.780	16.845	1.920
	zusammenlebend	200	68.250	14.118	.999
Wohlbefinden	getrennt/geschieden	80	64.594	14.738	1.648
	zusammenlebend	199	62.820	10.834	.768

Tabelle 55: Gruppenstatistiken für Problembesserung, Wohlbefinden und Beziehungsstatus (gerundet)
 Problembesserung: 100=viel besser, 75=etwas besser, 50=unverändert, 25=etwas schlimmer, 0=viel schlimmer

Wohlbefinden: 100=extreme Besserung, 87.5=sehr deutliche Besserung, 75=deutliche Besserung, 67.5=geringe Besserung, 50=unverändert, 37.5=geringe Verschlechterung, 25=deutliche Verschlechterung, 12.5=sehr deutliche Verschlechterung, 0=extreme Verschlechterung

		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Problembesserung	Varianzen sind gleich	2.519	.114	-4.732	275	.000
	Varianzen sind nicht gleich			-4.377	119.329	.000
Wohlbefinden	Varianzen sind gleich	16.568	.000	1.109	277	.268
	Varianzen sind nicht gleich			.976	114.891	.331

Tabelle 56: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Problembesserung, Wohlbefinden und Beziehungsstatus

Tabelle 55 und 56 zeigen, dass hinsichtlich der Problembesserung bei den getrennten und geschiedenen Personen ein signifikanter Unterschied zu jenen Personen besteht, die noch immer in der gleichen Partnerschaft leben. Getrennte und Geschiedene beurteilen ihre Problembesserung schlechter als die Vergleichsgruppe. Bezüglich des Wohlbefindens lassen sich keine signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen ausmachen (vgl. auch Tabelle 116 und 117 im Anhang).

IV DISKUSSION

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob sich die von Neuenschwander entwickelte IKPT als nachhaltig wirksame paartherapeutische Methode erweist. Dabei bildet die subjektive Einschätzung der Patientinnen und Patienten die Grundlage zur Prüfung der Hypothese. Geleitet wird die Arbeit von der Hypothese, dass die Patientinnen und Patienten die Behandlung als nachhaltig wirksam beurteilen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, einen ersten Überblick zur Wirksamkeit der IKPT zu schaffen.

Für die empirische Überprüfung der Hypothese wurden Patientinnen und Patienten befragt, welche im Zeitraum von Januar 1999 bis November 2008 nach der Methode der IKPT behandelt wurden. Als Untersuchungsdesign wurde eine quantitative, nicht experimentelle, explorative Untersuchung gewählt, in der die Daten retrospektiv anhand eines selbst entwickelten Fragebogens erfasst werden. Dieses Forschungsdesign entspricht dem der Effektivitätsstudie. Wodurch die Arbeit dem Ruf nach klinisch relevanten Wirksamkeitsstudien unter Feldbedingungen nachkommt.

Die Hypothese wird einerseits über die Kriterien der Behandlungszufriedenheit, der Verbesserung des Wohlbefindens und der Probleme geprüft. Andererseits wird die Hypothese anhand einer globalen Beurteilung der IKPT hinsichtlich der Bewältigung der Lebensumstände ohne Behandlung beurteilt. Die Behandlungszufriedenheit wird im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung differenziert, da in einer Paartherapie nicht nur die Behandlung des Paares, sondern auch die Behandlung des Individuums zum Zuge kommt. Weiter wird das Wohlbefinden hinsichtlich des psychischen und körperlichen Wohlbefindens ermittelt, während die subjektive Problembesserung über die Kategorien Paarprobleme, psychische Probleme und psychische Allgemeinfunktionen erhoben wird. Die Nachhaltigkeit der IKPT wird über den Katamnesezeitraum in Bezug auf die Verbesserung der Probleme, des Wohlbefindens und der Behandlungszufriedenheit geprüft. Ebenso wird überprüft, ob sich ein Unterschied zwischen Personen zeigt, welche die Paartherapie abgebrochen oder beendet haben, und ob dies Rückschlüsse auf die Wirksamkeit

zulässt. Da der Erfolg der Behandlung oftmals mit dem Zusammenbleiben des Paares verknüpft wird, wird untersucht, ob die IKPT auch bei Trennung oder Scheidung wirksam ist. Als weiteres zu prüfendes Kriterium für den Wirksamkeitsnachweis wird die Beurteilung des Therapeuten zugezogen. Zusätzlich wird der Einfluss der Behandlungsfrequenz und -dauer auf die Verbesserung der Probleme, des Wohlbefindens und der Behandlungszufriedenheit aufgeschlüsselt. Zudem fließen Erkenntnisse aus der Untersuchung bezüglich des Einflusses von Geschlecht und Bildung der Patientinnen und Patienten auf das Wohlbefinden ein.

7. Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

In den folgenden Ausführungen werden die Ergebnisse der Arbeit interpretiert und unter Einbezug des theoretischen Erkenntnisgewinns hinsichtlich der zugrunde liegenden Fragestellung und Hypothese diskutiert.

7.1 Behandlungszufriedenheit

In der theoretischen Abhandlung konnte aufgezeigt werden, dass in Wirksamkeitsstudien von Paartherapie nur selten der Tatsache Rechnung getragen wird, dass die Paartherapie nicht nur das Paar behandelt, sondern auch die einzelne Person mitbehandelt wird (vgl. Kap. 3.3.3). Dieser Sachverhalt wird in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt, indem die Behandlungszufriedenheit in die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung unterschieden wird.

Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die Partnerschaft

Die Untersuchung zeigt, dass etwas mehr als zwei Drittel aller Befragten zufrieden mit dem Behandlungsergebnis bezogen auf ihre Partnerschaft sind. Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen von Jacobson und Christensen (1996) oder Röske (2001), welche Werte zwischen 40 bis 70% angeben, liegen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Rahmen des Erwarteten (vgl. Kap. 3.3.2). Es kann somit festgehalten werden, dass die IKPT zur Steigerung der Partnerschaftszufriedenheit beiträgt.

Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die persönliche Entwicklung

In der theoretischen Abhandlung konnte dargelegt werden (vgl. Kap. 3.3.3), dass die Zufriedenheit mit der Paartherapie bezüglich der persönlichen Entwicklung höher ausfällt als die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis für die Partnerschaft. Diesen überraschenden Befund konnte die vorliegende Arbeit replizieren. Die Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung weist eine signifikant höhere Ausprägung auf als die Partnerschaftszufriedenheit. Rund 84% der Befragten geben an, mit der Behandlung hinsichtlich ihrer eigenen Entwicklung zufrieden zu sein. Dieses Ergebnis übersteigt sogar die von Meier et al. (2002) ermittelten Werte, welche sich auf 68% belaufen. Demzufolge fördert die IKPT im hohen Mass die persönliche Entwicklung. Dies kann damit erklärt werden, dass die IKPT ihre Patientinnen und Patienten darin unterstützt, sich nicht nur als Paar, sondern auch als Individuum besser wahrzunehmen und zu verstehen. Dabei werden die Grundkonflikte (vgl. Kap. 2.3.3) in Verbindung zu den Konflikten in der Partnerschaft gesetzt und verdeutlicht, wie frühe, oftmals unbewusste, beziehungs- und lebensgeschichtliche Erfahrungen das Individuum in seinem Verhalten, Denken und Wahrnehmen beeinflussen. Dennoch bleibt die Frage unbeantwortet, warum die Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung bei einer Paartherapie, unabhängig von der Methode, die Partnerschaftszufriedenheit übersteigt.

Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und der Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung

Die Untersuchung zeigt, dass die hohe Zufriedenheit der Befragten mit dem Ergebnis der IKPT für die persönliche Entwicklung nicht eine Zufriedenheit für die Partnerschaft ausschliesst, sondern dass ein positiver Zusammenhang besteht. Es kann festgehalten werden: Je zufriedener eine Person mit dem Ergebnis der IKPT für die persönliche Entwicklung ist, umso zufriedener ist sie auch mit dem Ergebnis für die Partnerschaft und umgekehrt.

Behandlungszufriedenheit im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung

Trennung und Scheidung kann als Folge von Paartherapie vorkommen. Aus der Literatur geht hervor, dass sich ein Drittel bis gut die Hälfte der Patientinnen und Patienten

bis zu vier Jahre nach abgeschlossener Paartherapie trennen oder scheiden. Trotz dieser Häufigkeit wird in der Literatur Therapieerfolg mit dem Zusammenbleiben des Paares verknüpft (vgl. Kap. 3.3.6). Demgegenüber steht die klinische Praxis, in der die Aufrechterhaltung einer Beziehung nicht immer die angestrebte Lösung ist. Vielmehr kann ein geklärtes Auseinandergehen im Einzelfall sinnvoll und in diesem Sinn therapeutisch effektiv sein. Die Frage, ob sich die IKPT auch bei Trennung oder Scheidung als wirksam erweist, kann wie folgt beantwortet werden: Knapp zwei Drittel der Patientinnen und Patienten der IKPT bleiben nach der Paartherapie weiter ein Paar. Bei einem Viertel kommt es hingegen zu Trennung oder Scheidung. Dabei trennen oder scheiden sich die Hälfte der Patientinnen und Patienten direkt im Anschluss oder in den ersten zwei Jahren nach der Paartherapie. Werden die Werte mit jenen von Snyder, Wills und Grady-Fletcher et al. (1991) sowie Kuster (1999) (vgl. 3.3.6) verglichen, welche eine Scheidungs- und Trennungsrate von etwas mehr als einem Drittel, beziehungsweise der Hälfte verzeichnen, übersteigt die niedrige Trennungs-, beziehungsweise Scheidungsrate der IKPT Patientinnen und Patienten die Erwartungen.

Aus der Untersuchung der Behandlungszufriedenheit von getrennten oder geschiedenen Patientinnen und Patienten der IKPT geht hervor, dass sie sich bezüglich der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der IKPT für die Partnerschaft signifikant von den Zusammenlebenden unterscheiden. Sie sind im Schnitt etwas unzufriedener als die Zusammenlebenden. Die Beziehungsqualität nach der Paartherapie zeigt durchschnittlich keine Verbesserung, wobei 42% der Befragten ihre Beziehung besser und 38% schlechter bewerten als vor der Paartherapie, während 21% ihre Beziehung als unverändert erleben. Diese Befunde unterscheiden sich von denen von Röskamp (2001) (vgl. Kap. 3.3.6), welche bessere Ergebnisse nach der Paartherapie erzielt. Rund ein Viertel der ehemaligen Partnerinnen und Partner der Befragung von Röskamp bewerten ihre Beziehungsqualität nach der Trennung oder Scheidung als verschlechtert. Demgegenüber bewerten etwas mehr als die Hälfte ihre Beziehung als verbessert. Aufgrund dieses Vergleichs muss gefolgert werden, dass sich keine durchschlagend positive Wirkung der IKPT bei den Getrennten oder Geschiedenen auf die partnerschaftliche Zufriedenheit und die Beziehungsqualität festmachen lässt. Allerdings konnte festgestellt werden, dass ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität und der Behandlungszufrie-

denheit: Je besser sich die Beziehung trotz Trennung oder Scheidung gestaltet, desto zufriedener sind die Befragten mit dem Ergebnis der Paartherapie und umgekehrt.

In der theoretischen Abhandlung (vgl. Kap. 3.3.6) konnte auf eine positive Wirkung der Paartherapie bei Trennung oder Scheidung verwiesen werden, jedoch nur für die Post-treatment-Phase von bis zu 2 Jahren. Nach 7 Jahren nahm die positive Wirkung der Therapie ab. Dabei wurde die Bedeutung der Paartherapie für die Beziehung von den Geschiedenen signifikant geringer eingestuft als von den Nichtgeschiedenen. Obwohl in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Trennung beziehungsweise der Scheidung und der Behandlungszufriedenheit festgestellt werden konnte, ist zu vermuten, dass die Tatsache, dass auf die Paartherapie Trennung oder Scheidung folgte, die Beurteilung der Partnerschaftszufriedenheit eher negativ ausfällt.

Die Behandlungszufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung zeigt hingegen ein anderes Bild. Sowohl Geschiedene und Getrennte, wie auch Zusammenlebende verzeichnen eine mittlere bis sehr hohe Zufriedenheit. Diese Ergebnisse übersteigen die von Meier et al. (2002) (vgl. Kap. 3.3.3), welche keine Veränderung bis eine leichte Zufriedenheit bei der persönlichen Entwicklung vorweisen können. Aufgrund der Befundlage kann sich die vorliegende Arbeit der Aussage von Vansteenwegen (1998) (vgl. Kap. 3.3.3) anschließen, welcher betont, dass unabhängig vom Schicksal des Paares der Paartherapie ein wichtiger persönlicher Nutzen zugeschrieben wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Patientinnen und Patienten der IKPT mit dem Behandlungsergebnis sowohl für ihre Partnerschaft wie auch für ihre persönliche Entwicklung zufrieden sind. Zudem bietet die IKPT auch bei Trennung und Scheidung einen persönlichen Nutzen. Allerdings erweist sich die IKPT hinsichtlich der Partnerschaftszufriedenheit und der Besserung der Beziehungsqualität von Getrennten und Geschiedenen wenig einflussreich.

7.2 Wohlbefinden

Positive und negative Einflüsse von Partnerschaften auf das Wohlbefinden von Individuen konnten in der theoretischen Abhandlung (vgl. Kap. 3.3.4) nachgewiesen werden. Dabei wurde aufgezeigt, dass sowohl die körperliche wie auch die psychische Gesund-

heit durch dauerhaft stressende Interaktionen mit der Partnerin oder dem Partner negativ beeinflusst werden. Wird die Qualität einer Partnerschaft durch die Paartherapie verbessert, sollte sich dies in positiver Weise auf die Verbesserung des Wohlbefindens auswirken. Diese Annahme konnte in der vorliegenden Arbeit mit einer signifikanten Verbesserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens bestätigt werden. Allerdings wird im Bereich des körperlichen Wohlbefindens eine signifikant geringere Verbesserung als beim psychischen Wohlbefinden erzielt. Bezüglich des psychischen Wohlbefindens beschreiben etwas weniger als drei Viertel der Befragten eine Verbesserung, während nur etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten angibt, auch beim körperlichen Wohlbefinden eine Verbesserung zu erfahren. Dagegen blieb bei 39% der Befragten das körperliche Wohlbefinden unverändert.

Körperliches Wohlbefinden

Von etwas mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten wurde eine Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens angegeben und bei etwas mehr als einem Drittel blieb das Wohlbefinden unverändert. Wird die Veränderung des körperlichen Wohlbefindens mit den Werten von Meier et al. (2002) verglichen, geht hervor, dass bei Meier et al. ähnliche Verbesserungen erzielt wurden (vgl. Kap. 3.3.4). Die vorliegenden Befunde des körperlichen Wohlbefindens sind allerdings dahingehend zu relativieren, als dass das körperliche Wohlbefinden bereits zu Beginn der Behandlung relativ gut bewertet wurde. Das körperliche Wohlbefinden vor Therapiebeginn wird von etwas mehr als der Hälfte der Befragten als gut bis ausgezeichnet beschrieben. Nur 17% klagen über ein schlechtes bis sehr schlechtes körperliches Wohlbefinden. Somit wird der in der Literatur (vgl. Kap. 3.3.4) häufig erwähnte Zusammenhang zwischen chronischen Paarproblemen und einer starken Belastung der körperlichen Gesundheit in der vorliegenden Arbeit nur teilweise nachgewiesen. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte in der unspezifischen Frage zum körperlichen Wohlbefinden liegen. Eine detaillierte Auflistung körperlicher Beschwerden analog zu den psychischen Problemen hätte allenfalls genauer Aufschluss gegeben. Andererseits werden Beschwerden mit einem körperlichen Korrelat, wie beispielsweise somatoforme Beschwerden, Probleme, mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden und Übergewicht in der detaillierten Auflistung der psychischen Probleme mit 4 bis 17% der Nennungen auch nur selten angegeben.

Psychisches Wohlbefinden

Die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens liegt bei Meier et al. (2002) (vgl. Kap. 3.3.4) und Hartmann (2006) (vgl. Kap. 3.2.1) mit einer Besserungsrate von 75% beziehungsweise 86% gegenüber 73% etwas höher als das der vorliegenden Arbeit. Wird jedoch die Untersuchung von Stroebe und Stroebe (1991) (vgl. Kap. 3.3.4) berücksichtigt, welche darauf hinweisen, dass mit der Qualität der Partnerschaft nur ein geringer Varianzanteil des Wohlbefindens erklärt werden kann, können andere, therapieunabhängige Faktoren zu diesem Befund beigetragen haben. Dagegen konstatiert Hartmann (2006) (vgl. Kap. 3.3.4), dass bei Beziehungsstörungen die Chancen auf eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens eher gering sind. Insofern ist die Besserungsrate der IKPT von 73%, beziehungsweise einem aktuell soliden psychischen Wohlbefinden gegenüber einem mittelmässigen bis schlechten psychischen Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn als sehr gutes Resultat zu betrachten.

Wohlbefinden in Bezug auf Geschlecht, Bildungsabschluss und Beziehungsstatus

Bezüglich des Wohlbefindens lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen, wobei sich das Wohlbefinden bei Frauen signifikant höher verbessert als bei Männern. Der Befund von Hartmann (2006) (vgl. Kap. 3.2.4) kann als eine mögliche Erklärung angeführt werden, wonach Frauen eine bessere Wahrnehmung von gesundheitlichen Störungen aufweisen. Auch weisen Frauen eine bessere Sensibilität gegenüber eigenen Beschwerden nach. Daraus kann gefolgert werden, dass Frauen eine Besserung des körperlichen Wohlbefindens sensibler wahrnehmen und Dementsprechendes angeben. Auffallend ist in den Ergebnissen, dass ein höherer Bildungsabschluss der Befragten mit einer geringeren Verbesserung des Wohlbefindens einhergeht. Worauf dies zurück zu führen ist, bleibt unbeantwortet. Als weiterer Befund lassen sich keine Unterschiede in der Beurteilung der Verbesserung des Wohlbefindens bei Getrennten, Geschiedenen und Zusammenlebenden feststellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die IKPT das körperliche und psychische Wohlbefinden signifikant verbessert. Dabei verzeichnen die Patientinnen und Patienten gegenüber dem körperlichen Wohlbefinden eine signifikant stärkere Verbes-

serung des psychischen Wohlbefindens, wobei das körperliche Wohlbefinden bereits vor der Paartherapie relativ gut und somit besser als das psychische Wohlbefinden bewertet wird.

7.3 Problembesserung

In der vorliegenden Arbeit wurde erwartet, dass die IKPT nicht nur paarspezifische Probleme verbessert, sondern auch positive Seiteneffekte auf psychische Beschwerden und weitere psychische Allgemeinfunktionen hat. In der theoretischen Abhandlung (vgl. Kap. 3.3.4) konnte aufgezeigt werden, dass erhebliche Partnerschaftsprobleme das Auftreten von psychischen Störungen begünstigen. Umgekehrt kann eine zufriedenstellende Partnerschaft als Prädiktor für psychische Gesundheit betrachtet werden. Desweiteren wurde dargelegt, dass Psychotherapie neben der Symptom- und Problembesserung auch psychische Allgemeinfunktionen erheblich verbessert (vgl. Kap. 3.2.1). Die Untersuchung ergab, dass die Problembesserung insgesamt eine eher geringe Ausprägung aufweist. Alle drei Problembereiche haben sich kaum bis wenig verbessert, wobei die signifikant grösste Verbesserung im Bereich der psychischen Probleme erzielt wurde, während bei den paarspezifischen Problemen die signifikant geringste Verbesserung festzustellen ist. Personen, welche sich nach der Paartherapie getrennt oder geschieden haben, weisen allerdings eine signifikant tiefere Problembesserung auf als zusammenlebende Personen.

Verbesserung der psychischen Allgemeinfunktionen

Bei den psychischen Allgemeinfunktionen stellt sich gesamthaft nur eine leichte Verbesserung ein. Dabei wird bei der persönlichen Entwicklung die signifikant grösste Verbesserung verzeichnet, gefolgt von der Besserung der niedergedrückten Stimmung, dem Verständnis für andere Menschen und der Lebensfreude. Hingegen ist bei der Arbeitsproduktivität die signifikant geringste Verbesserung festzuhalten. Diese Ergebnisse überraschen, da Hartmann (2006) (vgl. Kap. 3.2.1) bei Psychotherapien eine durchgehende Verbesserung in allen Bereichen der psychischen Allgemeinfunktionen als Sekundärbefund neben der Symptomverbesserung nachweist. Es stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse, welche von Hartmann spezifisch bei der Psychotherapie erhoben wurden, auch auf die Paartherapie anwendbar sind. Diese Frage kann nur beantwor-

tet werden, wenn die psychischen Allgemeinfunktionen als erweitertes Wirksamkeitskriterium auch bei anderen Paartherapien überprüft werden.

Verbesserung der psychischen Probleme

Die Befunde der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Patientinnen und Patienten neben den Partnerschaftskonflikten durchschnittlich mit eins bis zwei psychischen Beschwerden belastet sind. Ein Drittel der Befragten leidet an einer negativen Stimmungslage und ein Viertel an depressiven Störungen. Weiter äussert ein Fünftel der Befragten Beschwerden in Form von psychosomatischen Symptomen und generellen Ängsten. Diese Befundlage geht mit den aufgeführten Studien aus der theoretischen Abhandlung (vgl. Kap. 3.3.4) konform. Auf der Grundlage, dass eine verminderte Partnerschaftszufriedenheit unter anderem Auslöser für psychische Erkrankungen sein kann, ist die leichte Verbesserung der psychischen Probleme dahingehend zu interpretieren, dass die Patientinnen und Patienten der IKPT auch eine Verbesserung der Beziehungszufriedenheit erfahren.

Verbesserung der paarspezifischen Probleme

In der Befragung wurden die Patientinnen und Patienten nach den wichtigsten Paarproblemen gefragt, welche sie in die Paartherapie geführt hatten. Dabei wurden die Kommunikation und gemeinsame Gespräche als wichtigstes Problem deklariert. Daneben sind auch die Konfliktbereiche aussereheliche Beziehung, Vertrauen, Zuwendung der Partnerin oder des Partners, Sexualität sowie fehlende Akzeptanz und Unterstützung der Partnerin oder des Partners leitend für die Konsultation der IKPT. Gesamthaft geben die Patientinnen und Patienten an, nur eine leichte bis keine Verbesserung aller in der Partnerschaft vorhandenen Probleme wahrzunehmen. Auch jene Probleme, welche die Patientinnen und Patienten als Beweggrund für die Anmeldung zur Paartherapie deklarierten, erfahren durchschnittlich nur eine leichte bis keine Verbesserung. Allerdings ist die Verbesserung der wichtigsten Partnerschaftskonflikte signifikant höher als die der anderen Konfliktbereiche. Somit verzeichnet die IKPT zwar keine durchgehende Verbesserung der Partnerschaftskonflikte, sie kann aber eine Verbesserung jener Konfliktbereiche vorweisen, welche für die Patientinnen und Patienten am dringlichsten sind. Eine Ausnahme in diesem Befund bildet die Sexualität, welche in der retrospektiven

Einschätzung trotz Paartherapie unverändert blieb. Dieses Ergebnis erstaunt, zumal der erotische Bereich von der IKPT als zentrales Element einer Zweierbeziehung betrachtet wird, welchem in der Behandlung besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Mögliche Erklärungen für diesen Befund bleiben offen.

Werden die vorliegenden Ergebnisse der Besserung paarspezifischer Probleme mit den Ergebnissen von Hahlweg (1996) (vgl. Kap. 3.3.5) verglichen, ist das Ergebnis der IKPT, in der nur eine minimale Besserung der Partnerschaftskonflikte erzielt wurde, ernüchternd. Hahlweg weist in seiner Prä-Post-Erhebung bei mehr als der Hälfte der Probleme eine hoch signifikante Veränderung durch die Eheberatung nach. Die Befunde der beiden Studien können allerdings nicht direkt verglichen werden, da in der vorliegenden Untersuchung Prä-Post-Messungen fehlen.

Hahlweg (1996) (vgl. Kap. 3.3.5) stellt bei seiner Untersuchung fest, dass Paare, die eine Paartherapie besuchten, im Vergleich mit Paaren ohne chronische Paarprobleme über weniger erfolgreiche Lösungswege für ihre Probleme verfügen. Daraus abgeleitet, stellt sich die Frage, ob die IKPT bei der Vermittlung von Fähigkeiten im Umgang mit den Partnerschaftskonflikten zuwenig wirksam ist. Eine mögliche Interpretation der Ergebnisse könnte darin liegen, dass die Patientinnen und Patienten der IKPT ihre Fähigkeit, die Paarprobleme zu lösen, als unverändert und im besten Fall als leicht verbessert wahrnehmen. Aus dieser Perspektive müsste die IKPT als zuwenig wirksam bezeichnet werden, da das Vermitteln von Fähigkeiten im Umgang mit Paarproblemen eines der erklärten Ziele der IKPT ist (vgl. Kap. 2.4 und 2.6). Allerdings weist Hahlweg (1996) in seiner Untersuchung auf einen interessanten Befund hin, in dem beide Gruppen ähnliche Problembereiche als konflikthaft beurteilen. Dies meint, dass wenn bei Normalpersonen Konflikte in der Paarbeziehung auftreten, so geschieht dies am häufigsten in Bereichen, die auch für Therapiepersonen am problematischsten sind. Daraus kann gefolgert werden, dass eine inhaltliche Veränderungen der konflikthaften Problembereiche keine Aussage über die Wirksamkeit von Paartherapie zulässt. Daher können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dahingehend interpretiert werden, dass sich zwar die Problembereiche nicht verändert haben, aber dass die Erkenntnis über den Hintergrund und die Dynamik der Verstrickung (vgl. Kap. 2.3.3) den Paaren hilft, sich mit ihnen zu arrangieren. So gesehen leistet die IKPT einen wirksamen Beitrag, die

Paarzufriedenheit wieder herzustellen, was durch den vorliegenden Befund zur Behandlungszufriedenheit bestärkt wird.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die psychischen Probleme, die Partnerschaftskonflikte und die psychischen Allgemeinfunktionen nach der IKPT gesamthaft keine oder nur eine leichte Verbesserung aufweisen. Allerdings weisen Geschiedene oder Getrennte eine signifikant niedrigere Problembesserung als Zusammenlebende auf.

7.4 Globale Beurteilung der Paartherapie

Die vorliegende Arbeit geht unter anderem davon aus, dass die IKPT als wirksames Verfahren betrachtet werden kann, wenn die Patientinnen und Patienten eine Verbesserung ihrer Lebensumstände erfahren. Die Ergebnisse zeigen, dass rund 71% der Befragten der Meinung sind, dass sie ihre Lebensumstände ohne IKPT schlechter bewältigen hätten können. Dies bedeutet, dass die IKPT für die Mehrheit der Patientinnen und Patienten einen essenziellen Beitrag leistet, in schwierigen Paarbeziehungen die Lebensumstände zu verbessern. Nicht ausser Acht gelassen werden sollten jedoch die 27% der Patientinnen und Patienten, welche der Meinung sind, dass sie genauso gut oder genauso schlecht auch ohne Paartherapie hätten weiter leben können. Ein möglicher Hinweis für die Hintergründe zu diesem Ergebnis könnte in der geringen Ausprägung der Problembesserung liegen. Auch könnte dieses Ergebnis stark durch die Therapieabbrecherinnen und -abbrecher beeinflusst sein. Wenn jedoch berücksichtigt wird, dass es sich in der vorliegenden Arbeit um eine retrospektive Wirksamkeitsstudie handelt, welche einen Katamnesezeitraum von 10 Jahren vorweist, ist das Ergebnis, dass 71% der Befragten rückblickend den Einfluss der IKPT auf ihr Leben positiv bewerten, ein erheblicher Hinweis für die nachhaltige Wirksamkeit der IKPT.

7.5 Vergleich von Therapieabbrecherinnen/-abbrecher und Therapiebeenderinnen/-beender

Aus der Untersuchung geht hervor, dass Personen, welche die Paartherapie nicht abgebrochen haben, eine signifikant höhere Problembesserung erleben als die Therapieabbrecherinnen und -abbrecher. Dies lässt den Schluss zu, dass bei denjenigen Personen, welche die IKPT regulär beenden, auch eine Problembesserung zu verzeichnen ist. Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ist hingegen bei der Verbesserung des

Wohlbefindens festzustellen. Das Wohlbefinden scheint unbeeinflusst davon, ob Personen die IKPT abgebrochen oder sie regulär beendet haben. Demnach lässt sich nicht schlüssig nachweisen, dass die Verbesserung des Wohlbefindens, welche die Patientinnen und Patienten erfahren, auf die IKPT zurückzuführen ist. Wie erwartet weisen Therapieabbrecherinnen und -abbrecher eine signifikant niedrigere Behandlungszufriedenheit auf als die Personen, welche die IKPT beendeten. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die IKPT für Therapiebeenderinnen und -beender wirksamer im Bereich der Problembesserung und Behandlungszufriedenheit ist als für Personen, welche die Behandlung frühzeitig abbrechen.

7.6 Therapeutenbeurteilung

Aus der theoretischen Abhandlung (vgl. Kap. 3.2.3) geht hervor, dass nach Lambert (1992) insbesondere die Art der therapeutischen Beziehung in einem engen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis steht. Dabei konnte Henry und Strupp (1991) sowie Strupp (2000) aufzeigen, dass für den Erfolg einer Therapie eine empathische, wenig ambivalente, positive Haltung und eine supportive therapeutische Grundstrategie der Behandlerin und des Behandlers ausschlaggebend sind. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Untersuchung von Hartmann (2006), welcher nachweisen konnte, dass die globale Bewertung der Kompetenz des Therapeuten oder der Therapeutin, sowie spezifische Items, welche nach dem positiven, wertschätzenden und empathischen Verhalten der Therapeutin oder des Therapeuten fragen, in Zusammenhang mit der Behandlungseffektivität stehen. Die Untersuchung der vorliegenden Arbeit ergab, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (86%) die Kompetenzen ihres Paartherapeuten gut bis ausgezeichnet einschätzen. Nur eine Minderheit von 3% beurteilt die Kompetenzen des Therapeuten als schlecht. Es konnte nachgewiesen werden, dass die positive Beurteilung der Kompetenz des Therapeuten in einer wechselseitigen Abhängigkeit mit der Behandlungszufriedenheit, der Verbesserung der Probleme und des Wohlbefindens steht. Auch wird die positive, supportive, empathische und kompetente Einstellung des Therapeuten bestätigt: 92% der Patientinnen und Patienten erleben das Verhalten des Therapeuten als unterstützend und 84% als vertrauenswürdig. 81% der Befragten haben das Gefühl, dass sie selbst das Geschehen in der Therapie bestimmen konnten und 79% der Personen glauben, dass der Therapeut den Problemen wirklich auf den Grund geht. Aus der Untersuchung geht zudem hervor, dass die Problembesserung und die Behand-

lungszufriedenheit umso höher eingeschätzt werden, je supportiver und empathischer die Patientinnen und Patienten den Therapeuten erleben. Hinsichtlich des Wohlbefindens ist kein signifikanter Zusammenhang feststellbar.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Patientinnen und Patienten der IKPT ihrem Therapeuten eine gute bis ausgezeichnete Kompetenz attestieren und eine positive, supportive und empathische therapeutische Beziehung erfahren. Da die Beurteilung der therapeutischen Beziehung in einem engen Zusammenhang mit der Behandlungseffektivität steht, kann gesagt werden, dass die Patientinnen und Patienten durch die positive Gesamtbeurteilung des Therapeuten die IKPT als für sie wirksame Paartherapie beurteilen.

7.7 Katamnesezeitraum

In der theoretischen Abhandlung (vgl. Kap. 3.3.1) konnte aufgezeigt werden, dass nur wenige Wirksamkeitsstudien Auskunft über Langzeitergebnisse nach Paartherapie geben. Die vorliegende Arbeit geht diesem Bedarf nach, da sie einen Katamnesezeitraum von 10 Jahren aufweist. Es wurde im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der IKPT geprüft, inwiefern der Katamnesezeitraum einen Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit, die Verbesserung der Probleme und des Wohlbefindens hat. Bray und Jouriels (1995) ermitteln in ihrer Untersuchung eine signifikante Verschlechterung der Paartherapieeffekte nach nur 6 Monaten. Röske (2001) hingegen findet in ihrer Studie mit einem Katamnesezeitraum von 8 Jahren nur einen schwachen nicht signifikanten Hinweis auf eine Verschlechterung der Ergebnisqualität der Paartherapie. Der Befund der vorliegenden Arbeit stützt die Vermutung von Röske nur zum Teil. Es konnte ein leichter, aber signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen dem Katamnesezeitraum und der Behandlungszufriedenheit nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass je länger die Paartherapie zurückliegt, desto geringer schätzen die Patientinnen und Patienten der IKPT ihre Behandlungszufriedenheit ein. Allerdings stehen die Problembesserung und das Wohlbefinden in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Katamnesezeitdauer. Die durch die IKPT erfahrene Verbesserung des Wohlbefindens und der Probleme, sind demnach unabhängig davon, wieviel Zeit seit der Paartherapie vergangen ist. Damit kann die nachhaltige Wirksamkeit im Hinblick auf die Verbesserung der Probleme und des Wohlbefindens nachgewiesen werden. Allerdings weist die Behand-

lungszufriedenheit keine positive nachhaltige Wirksamkeit auf, sondern verschlechtert sich mit zunehmendem Abstand von der Paartherapie.

7.8 Behandlungsdauer und Behandlungsfrequenz

Die vorliegende Arbeit hat geprüft, ob die Behandlungsdauer und -frequenz im Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit, der Verbesserung der Probleme und des Wohlbefindens steht.

Behandlungsdauer

Die Untersuchung konnte einen leicht signifikanten Zusammenhang von Behandlungszufriedenheit und Behandlungsdauer ermitteln. Dies bedeutet, dass je länger die Behandlung dauert, desto zufriedener sind die Patientinnen und Patienten mit dem Ergebnis der Therapie. Kein signifikanter Zusammenhang konnte hingegen für die Problembesserung und die Verbesserung des Wohlbefindens nachgewiesen werden. Dieser Befund wird von Keller et al. (1997) (vgl. Kap. 3.2.2) nur zum Teil gestützt, da die Autoren eine globale Verbesserung hinsichtlich der Behandlungsdauer feststellen: Bei einer Behandlung von 1 bis 3 Jahren ist die globale Verbesserung doppelt so hoch und bei einer Behandlung von über 3 Jahren ist sie dreimal so hoch als Therapien unter einem Jahr. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der IKPT beträgt 2.18 Jahre. Dabei besucht der grösste Teil der Patientinnen und Patienten die IKPT während 1 bis 2 Jahren. Aufgrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob die IKPT durch eine längere paartherapeutische Begleitung von mehr als 2 Jahren eine höhere Behandlungszufriedenheit erreichen könnte. Allerdings können die besseren Ergebnisse bei längeren Behandlungen auch damit erklärt werden, dass mit der Behandlung zufriedene Patientinnen und Patienten länger von der Behandlung gebrauch machen, wohingegen Patientinnen und Patienten, bei denen die Behandlung nicht so gut anschlägt, die Behandlung früher beenden.

Behandlungsfrequenz

Die Behandlungsfrequenz der IKPT beträgt durchschnittlich 5 bis 6 Sitzungen im Jahr. Sandell et al. (2001) und Hartmann (2006) (vgl. Kap. 3.2.2) verzeichnen keine Effektivitätsunterschiede der Behandlungsfrequenz auf die Therapiewirksamkeit bei einer Be-

handlungsdauer von 2 Jahren. Beide Autoren berichten hingegen, dass sich eine Therapiefrequenzerhöhung bei Behandlungen von mehr als 2 Jahren positiv auf die Therapiewirksamkeit auswirkt. In der vorliegenden Arbeit konnte kein signifikanter Zusammenhang von der Behandlungsfrequenz mit der Behandlungszufriedenheit, der Verbesserung des Wohlbefindens und der Probleme festgestellt werden. Angesichts der durchschnittlichen Behandlungsdauer von 2 Jahren, bestätigt dieses Ergebnis die Befunde von Sandell et al. und Hartmann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Verbesserung des Wohlbefindens und der Probleme unabhängig von Behandlungsdauer und -frequenz ist, beziehungsweise, dass in diesem Bereich kein Handlungsbedarf besteht. Hingegen könnte die Behandlungszufriedenheit durch eine längere Behandlungsdauer erhöht werden.

8. Methodenkritik

Das methodische Vorgehen der retrospektiven Erhebung subjektiver Einschätzungen von Patientinnen und Patienten wird in der verwendeten Literatur (vgl. Kap. 3.1.3) vielfach kritisiert, weshalb im Folgenden zu den wichtigsten Punkten Stellung genommen wird.

8.1 Untersuchungsdesign

Retrospektiv-Studie

Retrospektiv-Untersuchungen erlauben es, Längsschnittdaten zu erfassen, indem nach dem Zustand vor der Behandlung und jenem nach der Behandlung gefragt wird. Da zur IKPT bislang noch keine Wirksamkeitsuntersuchungen getätigt wurden, die Methode in der Praxis jedoch schon jahrelange Anwendung findet, ist eine retrospektive Erhebung das geeignete Instrument, zumal sämtliche bisher behandelte Patientinnen und Patienten befragt werden können und somit breite Aussagen möglich sind. In der verwendeten Literatur (vgl. Kap. 3.1.3) wird allerdings bemängelt, dass Retrospektiv-Untersuchungen aufgrund der verblassenden Erinnerung weniger präzise sind als Prä-Post-Effektstärkenmessungen. Gerade so genannte objektive Daten wie die Behandlungsdauer oder die Sitzungszahl erfordern eine enorme Gedächtnisleistung der Befragten.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass sich die Patientinnen und Patienten mit steigendem Katamnesezeitraum nicht mehr erinnern können, wie schlecht ihr Zustand bei Beginn der Behandlung wirklich war. Dies könnte eine methodische Erklärung sein, warum das körperliche Wohlbefinden zu Beginn der Behandlung schon relativ gut ist, beziehungsweise wahrscheinlich retrospektiv besser beurteilt wird, als dies tatsächlich der Fall war. Ebenso könnte die geringe Problembesserung damit begründet werden, dass die anfängliche Beeinträchtigung retrospektiv von den Patientinnen und Patienten zu gering eingestuft wird. Dazu sind aber keine genauen Aussagen möglich, da Prä-Post-Erhebungen fehlen. Grundsätzlich machen es die Einschränkungen von Retrospektivbefragungen schwierig, die Langzeitwirkung der Therapie valide zu erfassen.

Interne Validität

Effektivitätsstudien wie die vorliegende Arbeit weisen aufgrund des nicht-experimentellen Designs eine ungesicherte interne Validität zugunsten einer hohen externen Validität auf (vgl. Kap. 3.1.2). Somit sind Veränderungen nicht eindeutig auf die Paartherapie zurückzuführen, da auch therapieunabhängige Einflussvariablen wie Reifungsprozesse, Selbstselektion in die Paartherapie und zwischenzeitliches Geschehen, insbesondere bei einem langen Katamnesezeitraum, einen Einfluss auf das Untersuchungsergebnis haben. Allerdings scheint die Vorgehensweise mittels Effektivitätsstudie für die Überprüfung der Wirksamkeit der IKPT besonders geeignet, was von Seligman (1996) (vgl. Kap. 3.1.1) für die Familientherapie bestätigt wird. Nur ein Forschungsdesign unter naturalistischen Bedingungen kann der Erfassung der multiplen Probleme Rechnung tragen wie sie in der IKPT in Form von Beziehungsproblemen des Paares und sonstigen Belastungen des einzelnen Individuums vorkommen. Ebenso können die Behandlungsdauer und die variable Veränderung des Settings zwischen Paar-, Einzel-, Familiensetting, welche bei der IKPT individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt sind, erfasst werden.

8.2 Messinstrument und Datenauswertung

Der vorliegende Fragebogen dient dazu, die subjektive Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten zu erfassen. Probleme dieses verwendeten Messinstruments ergeben sich insbesondere aufgrund der unzureichenden Standardisierung und der mangelnden Kon-

struktvalidität. So wird beispielsweise mit der Anweisung „In welchem Ausmass half Ihnen die Therapie in folgenden Bereichen“ der zeitliche Aspekt nicht konkretisiert. Es liegt im Ermessen der Patientinnen und Patienten zu beurteilen, ob die Verbesserung der Paarprobleme und der psychischen Allgemeinfunktionen bereits während der Behandlung, bei Abschluss oder erst nach Jahren eintraf. Insofern können keine genauen Aussagen über die Problembesserung in der Zeitdimension gemacht werden. In ähnlicher Weise lassen auch die Antwortmöglichkeiten von „das Problem wurde viel besser“ bis „es wurde viel schlimmer“ einen grossen Beurteilungs-Spielraum zu, da nicht erfragt wird, was konkret die Aussage „viel besser“ oder „viel schlimmer“ für die einzelnen Befragten bedeutet.

Probleme mit der Unklarheit von Instruktionsanweisungen könnten bei der Frage nach der Besserung paarspezifischer Probleme aufgetreten sein, womit die Tendenz zur Mitte methodisch zu erklären wäre. Es ist davon auszugehen, dass die Fragestellung zu komplex formuliert ist und von den Befragten nicht verstanden wurde, zumal ein Grossteil der Patientinnen und Patienten alle Items beantwortete, wobei vermutlich jene Items, die kein Problem darstellten, als unverändert beschrieben wurden.

Bezüglich Behandlungsdauer und Behandlungsfrequenz haben unvollständige Antwortvorgaben dazu geführt, dass die Behandlungsdauer jener Fälle, die bereits vor 1999 behandelt wurden, sowie die Behandlungsfrequenz jener Personen, die mehr als 13 Sitzungen pro Jahr besuchten, nicht exakt erfasst werden können. Gleichzeitig kann die Dauer und Frequenz der Behandlung nur pro Jahr erhoben werden, da konkretisierende Fragen mit genauen Datumsangaben fehlen. Diese Ungenauigkeiten könnten in einer weiteren Untersuchung mittels Dokumentenanalyse aufgehoben werden. Im gleichen Zug könnte der Einfluss der Behandlungsdauer auf die Problembesserung, die Behandlungszufriedenheit und das Wohlbefinden differenzierter analysiert werden, indem Patientinnen und Patienten einer Kurzbehandlung (Erstgespräch oder 2 bis 4 Sitzungen) mit jenen Personen verglichen werden, die mehrere Sitzungen konsultieren. Die Annahme liegt nahe, dass aufgrund der Auswertung mittels Behandlungsdauer in Jahren statt über die genaue Sitzungszahl, eine Verzerrung des Behandlungsergebnisses durch Personen einer Kurzbehandlung hervorgerufen wird, da der eigentliche Kern der IKPT erst nach mehreren Sitzungen zum Tragen kommt.

9. Fazit

Zusammenfassend lässt die vorliegende Untersuchung die Hypothese zu, dass die IKPT ein für die Patientinnen und Patienten nachhaltig wirksames Verfahren ist. Aus der Untersuchung geht hervor, dass die Patientinnen und Patienten mit dem Behandlungsergebnis sowohl für ihre Partnerschaft, wie auch für ihre persönliche Entwicklung zufrieden sind. Weiter konnte nachgewiesen werden, dass sich das körperliche und psychische Wohlbefinden signifikant bessert. Die Problembesserung zeigt hingegen ein weniger deutliches Ergebnis. Dabei führt die IKPT bei den psychischen und paarspezifischen Problemen und den psychischen Allgemeinfunktionen zu keiner oder nur einer leichten Verbesserung. Getrennte oder Geschiedene können zwar einen persönlichen Nutzen aus der IKPT ziehen, jedoch weisen sie eine niedrigere Problembesserung und eine geringere Partnerschaftszufriedenheit auf als Zusammengebliebene. Auch trägt die IKPT nicht durchgängig zu einer besseren Beziehungsqualität zur ehemaligen Partnerin oder zum ehemaligen Partner bei. Angesichts der niedrigen Trennungs- und Scheidungsrate scheint die IKPT dennoch zur Wiederherstellung der Beziehungsstabilität beizutragen. Die Personen, welche die IKPT regulär beenden, weisen neben einer höheren Behandlungszufriedenheit auch eine höhere Problembesserung auf als Personen, welche die Paartherapie vorzeitig abbrechen. Allerdings sind bezüglich der Besserung des Wohlbefindens keine Unterschiede zu verzeichnen, wodurch sich Veränderungen des Wohlbefindens nicht primär auf die IKPT zurückführen lassen. Weiter geht aus der Untersuchung hervor, dass die IKPT für die Mehrheit der Patientinnen und Patienten trotz geringer Problembesserung einen essenziellen Beitrag leistet, die Lebensumstände zu bewältigen. Ebenso erfahren die Mehrheit der Behandelten eine positive, supportive und empathische therapeutische Beziehung und attestieren dem Therapeuten eine gute bis ausgezeichnete Kompetenz. Die Nachhaltigkeit der IKPT konnte nur teilweise nachgewiesen werden, indem die Verbesserung der Probleme und des Wohlbefindens auch nach Abschluss der IKPT stabil bleiben, die Wirkung bezüglich der Behandlungszufriedenheit über den Katamnesezeitraum hinweg aber nachlässt. Aus den Befunden der vorliegenden Untersuchung kann gefolgert werden, dass die IKPT für die Patientinnen und Patienten nachhaltig positiv, aber nicht durchgehend wirksam ist und einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung oder Wiederherstellung von befriedigenden Partnerschaften leistet.

10. Weiterführende Fragen

Die vorliegende Arbeit leistet einen ersten Überblick, inwiefern die IKPT von den Patientinnen und Patienten als wirksam beurteilt wird. Insofern stehen neben den bereits erläuterten offenen Fragestellungen bezüglich der Verbesserung des Wohlbefindens, der nicht durchgängigen Verbesserung der psychischen Allgemeinfunktionen und der Behandlungsdauer (vgl. Kap. 7.2; 7.3 und 7.8), vielerlei weiterführende Untersuchungen an, um das Gesamtbild zur Wirksamkeit der IKPT abzurunden. Eine differenzierte Analyse, in welcher der Katamnesezeitraum für jedes Jahr hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit separat ausgewertet wird, könnte Aufschluss darüber geben, ab wann die Wirkung der Behandlungszufriedenheit nachlässt und ob sich diesbezüglich Unterschiede für die Partnerschaftszufriedenheit und für die persönliche Entwicklung zeigen. Im Hinblick auf die Problembesserung, insbesondere der Partnerschaftsprobleme, würde sich die IKPT für eine Prozess-Forschung anbieten. Damit könnte die Veränderung der Probleme von Sitzung zu Sitzung beobachtet und gezielte Interventionen eingesetzt werden. Angesichts des ernüchternden Resultats zur Verbesserung der Sexualität ist diesem Problembereich besondere Aufmerksamkeit zu schenken. In einer zusätzlichen qualitativen Untersuchung könnte untersucht werden, welchen Zugang die Patientinnen und Patienten sowie der Therapeut zu diesem Thema haben. Es stellt sich die Frage, ob das Alter und die soziale Schichtzugehörigkeit sowie Scham oder eine zu distanzierte Therapeut-Patientinnen-Beziehung, beziehungsweise Therapeut-Patient-Beziehung, eine Rolle bei der Thematisierung des Problems spielen. Weiter ist zu untersuchen, warum die Zufriedenheit mit der persönlichen Entwicklung bei der IKPT höher ausfällt als die Partnerschaftszufriedenheit. Da Entwicklung immer auch Veränderung impliziert, drängt sich die Frage auf, ob die individuelle Veränderung leichter zu bewerkstelligen ist als die partnerschaftliche, obwohl davon ausgegangen werden könnte, dass die persönliche Veränderung auch immer eine Veränderung in der Zweierbeziehung hervorbringt.

V Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob die Interaktional-kognitive Paartherapie in der Beurteilung der Patientinnen und Patienten nachhaltig wirksam ist. Zur empirischen Überprüfung wurden Patientinnen und Patienten, welche die Paartherapie zwischen Januar 1999 bis November 2008 konsultierten, retrospektiv mittels einem selbst entwickelten, quantitativen Fragebogen befragt. Es wurde aufgezeigt, dass die Befragten mit dem Behandlungsergebnis sowohl für ihre Partnerschaft als auch für ihre persönliche Entwicklung zufrieden sind. Bezüglich des körperlichen und seelischen Wohlbefindens konnte eine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden. Allerdings wurde festgestellt, dass in allen Problembereichen keine oder nur eine leichte Verbesserung erzielt wurde. Dennoch äusserten die Behandelten, die Paartherapie habe einen essenziellen Beitrag zur Bewältigung ihrer Lebensumstände geleistet. Eine nachlassende Wirkung über den Katamnesezeitraum hinweg wurde bei der Behandlungszufriedenheit verzeichnet, nicht aber im Bereich der Problembesserung und des Wohlbefindens. Daraus wird gefolgert, dass die Interaktional-kognitive Paartherapie eine nachhaltige, positive, aber nicht durchgehende Therapiewirkung hat.

VI Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Häufigkeiten, Verhältnis zur ehemaligen Partnerin/ zum ehemaligen Partner	50
Abbildung 2	Frage 9, Verteilung Behandlungsdauer	51
Abbildung 3	Frage 10, Katamnesezeitraum vom Ende der Paartherapie bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung	53
Abbildung 4	Häufigkeiten, Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn	56
Abbildung 5	Häufigkeiten, Behandlungszufriedenheit	61
Abbildung 6	Häufigkeiten, Aktuelles Wohlbefinden	64
Abbildung 7	Häufigkeiten, Besserung des Wohlbefindens	70

VII Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Rücklauf	45
Tabelle 2	Frage1, Geschlecht	46
Tabelle 3	Frage 2, Alter	46
Tabelle 4	Frage 3, Höchster Bildungsabschluss	47
Tabelle 5	Frage 4, Momentane Beziehungssituation	47
Tabelle 6	Frage 4, Dauer der Beziehungssituation	48
Tabelle 7	Frage 5, Anzahl Kinder	48
Tabelle 8	Frage 6, Veränderung der Beziehungssituation	49
Tabelle 9	Frage 7, Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	49
Tabelle 10	Frage 8, Verhältnis zur ehemaligen Partnerin/ zum ehemaligen Partner	50
Tabelle 11	Frage 9, Behandlungsfrequenz der Gesamtstichprobe	52
Tabelle 12	Frage 9, Behandlungsfrequenz der Teilstichprobe	52
Tabelle 13	Frage 10, Therapiestatus	52
Tabelle 14	Frage 11, Therapieabbruch	53
Tabelle 15	Frage 12, Therapiesetting	54
Tabelle 16	Frage 12, Settingkombinationen	54
Tabelle 17	Frage 13, Anmeldungsinitiative	55
Tabelle 18	Frage 14 und 15, Psychisches und körperliches Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn	55
Tabelle 19	Frage 16, Anzahl psychischer Probleme bei Behandlungsbeginn	56

Tabelle 20	Frage 16, Psychische Probleme bei Behandlungsbeginn	57
Tabelle 21	Frage 17, Vorkommen paarspezifische Probleme bei Behandlungsbeginn	58
Tabelle 22	Frage 17, Verbesserung paarspezifische Probleme	59
Tabelle 23	Frage 18, Rangliste der wichtigsten Paarprobleme, die zur Anmeldung führten	61
Tabelle 24	Frage 19 und 20, Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung	61
Tabelle 25	Frage 21, Verbesserung der psychischen Allgemeinfunktionen	62
Tabelle 26	Frage 21, Verbesserung der psychischen Probleme	62
Tabelle 27	Frage 22, Bewältigung der Lebensumstände ohne Paartherapie	63
Tabelle 28	Frage 23 und 24, Aktuelles körperliches und psychisches Wohlbefinden	63
Tabelle 29	Frage 25, Kompetenz des Therapeuten	64
Tabelle 30	Frage 26, Merkmale des Therapeuten	65
Tabelle 31	Korrelation zwischen Zufriedenheit mit persönlicher Entwicklung und Zufriedenheit mit Partnerschaft	65
Tabelle 32	Gruppenstatistiken für Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus	66
Tabelle 33	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus	66
Tabelle 34	ONEWAY ANOVA: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	67
Tabelle 35	Korrelation zwischen Behandlungszufriedenheit und Qualität der Beziehung bei Getrennten/Geschiedenen	67
Tabelle 36	Deskriptive Statistik bei gepaarten Stichproben: Problembesserung	68
Tabelle 37	T-Test bei abhängigen Stichproben: Paarprobleme, psychische Allgemeinfunktionen und psychische Probleme	68
Tabelle 38	Besserung aller Paarprobleme und der wichtigsten Paarprobleme	69
Tabelle 39	T-Test bei abhängigen Stichproben: Alle Paarprobleme und wichtigste Paarprobleme	69
Tabelle 40	Deskriptive Statistik: Wohlbefinden aktuell und bei Behandlungsbeginn	70
Tabelle 41	T-Test bei abhängigen Stichproben: Besserung des Wohlbefindens	70

Tabelle 42	Korrelation zwischen Katamnesedauer und Problembesserung, Behandlungszufriedenheit und Wohlbefinden	71
Tabelle 43	Gruppenstatistiken für Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden bei Therapieabbruch	72
Tabelle 44	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden bei Therapieabbruch	72
Tabelle 45	Korrelation Behandlungsdauer mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden	73
Tabelle 46	Korrelation Behandlungsfrequenz mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden	74
Tabelle 47	Zweifaktorielle Varianzanalyse: Behandlungszufriedenheit, Geschlecht und Anmeldungsinitiative	75
Tabelle 48	Zweifaktorielle Varianzanalyse: Problembesserung, Geschlecht und Anmeldungsinitiative	75
Tabelle 49	Zweifaktorielle Varianzanalyse: Wohlbefinden, Geschlecht und Anmeldungsinitiative	75
Tabelle 50	Korrelation Kompetenz des Therapeuten mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden	76
Tabelle 51	Korrelation Anzahl Therapeutenmerkmale mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden	77
Tabelle 52	Korrelation Alter mit Behandlungszufriedenheit, Problembesserung und Wohlbefinden	78
Tabelle 53	Deskriptive Statistik: Geschlecht und Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden	78
Tabelle 54	Korrelation Bildung und Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden	79
Tabelle 55	Gruppenstatistiken für Problembesserung, Wohlbefinden und Beziehungsstatus	79
Tabelle 56	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Problembesserung, Wohlbefinden und Beziehungsstatus	80
Tabelle 57	Anzahl Kinder	126
Tabelle 58	Verhältnis zur ehemaligen Partnerin/zum ehemaligen Partner	126
Tabelle 59	Behandlungsfrequenz der Teilstichprobe	126
Tabelle 60	Psychisches Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn	127
Tabelle 61	Körperliches Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn	127

Tabelle 62	Psychische Probleme bei Behandlungsbeginn	127
Tabelle 63	Vorkommen paarspezifische Probleme bei Behandlungsbeginn	129
Tabelle 64	Zufriedenheit für Partnerschaft	132
Tabelle 65	Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	133
Tabelle 66	Deskriptive Statistik: Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung	133
Tabelle 67	Korrelation Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung	133
Tabelle 68	T-Test bei abhängigen Stichproben: Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung	133
Tabelle 69	Aktuelles körperliches Wohlbefinden	134
Tabelle 70	Aktuelles psychisches Wohlbefinden	134
Tabelle 71	Kompetenz des Therapeuten	134
Tabelle 72	Merkmale des Therapeuten	135
Tabelle 73	Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus	136
Tabelle 74	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus	136
Tabelle 75	Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit und Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	137
Tabelle 76	Levene-Test: Behandlungszufriedenheit und Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	137
Tabelle 77	ONEWAY ANOVA: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	137
Tabelle 78	Post-Hoc-Test: Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	138
Tabelle 79	Deskriptive Statistik: Problembesserung	139
Tabelle 80	Korrelation Problembesserung	139
Tabelle 81	T-Test bei abhängigen Stichproben: Paarprobleme, psychische Allgemeinfunktionen und psychische Probleme	139
Tabelle 82	Deskriptive Statistik: Sexualität und Kommunikation	140
Tabelle 83	Korrelation Sexualität und Kommunikation	140
Tabelle 84	T-Test bei abhängigen Stichproben: Sexualität und Kommunikation	140
Tabelle 85	Deskriptive Statistik: Psychische Allgemeinfunktionen	140

Tabelle 86	Korrelation psychische Allgemeinfunktionen	141
Tabelle 87	T-Test bei abhängigen Stichproben: Psychische Allgemeinfunktionen	142
Tabelle 88	Deskriptive Statistik: Besserung aller Paarprobleme und der wichtigsten Paarprobleme	143
Tabelle 89	Korrelation alle Paarprobleme und wichtigste Paarprobleme	143
Tabelle 90	T-Test bei abhängigen Stichproben: Alle Paarprobleme und wichtigste Paarprobleme	143
Tabelle 91	Besserung psychisches Wohlbefinden	143
Tabelle 92	Besserung körperliches Wohlbefinden	144
Tabelle 93	Deskriptive Statistik: Wohlbefinden aktuell und bei Behandlungsbeginn	144
Tabelle 94	Korrelation Wohlbefinden aktuell und bei Behandlungsbeginn	144
Tabelle 95	T-Test bei abhängigen Stichproben: Besserung des Wohlbefindens	145
Tabelle 96	Deskriptive Statistik: Besserung psychisches und körperliches Wohlbefinden	145
Tabelle 97	Korrelation Besserung psychisches und körperliches Wohlbefinden	145
Tabelle 98	T-Test bei abhängigen Stichproben: Besserung psychisches und körperliches Wohlbefinden	145
Tabelle 99	Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden bei Therapieabbruch	146
Tabelle 100	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden bei Therapieabbruch	146
Tabelle 101	Zwischensubjektfaktoren Geschlecht und Anmeldungsinitiative	147
Tabelle 102	Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative	147
Tabelle 103	Levene-Test: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative	147
Tabelle 104	Signifikanztest: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative	148
Tabelle 105	Post-Hoc-Test: Anmeldungsinitiative	148
Tabelle 106	Zwischensubjektfaktoren Geschlecht und Anmeldungsinitiative	149
Tabelle 107	Deskriptive Statistik: Problembesserung in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative	149
Tabelle 108	Levene-Test: Problembesserung in Abhängigkeit	

	von Geschlecht und Anmeldeinitiative	149
Tabelle 109	Signifikanztest: Problembesserung in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldeinitiative	150
Tabelle 110	Post-Hoc-Test: Anmeldeinitiative	150
Tabelle 111	Zwischensubjektfaktoren Geschlecht und Anmeldeinitiative	151
Tabelle 112	Deskriptive Statistik: Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldeinitiative	151
Tabelle 113	Levene-Test: Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldeinitiative	151
Tabelle 114	Signifikanztest: Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldeinitiative	152
Tabelle 115	Post-Hoc-Test: Anmeldeinitiative	152
Tabelle 116	Deskriptive Statistik: Problembesserung und Wohlbefinden in Abhängigkeit von Beziehungsstatus	153
Tabelle 117	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Problembesserung und Wohlbefinden in Abhängigkeit von Beziehungsstatus	153

III Literaturverzeichnis

Anderson, H., Goolishian, H. & Winderman, L. (1986). Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 5, 1-14.

Auckenthaler, A. (1983). *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren*. Stuttgart: Kohlhammer.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.

Baumann, U., Sodemann, U. & Tobien, H. (1980). Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 1, 201-216.

Bauriedl, T. (1994). *Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Bodenmann, G. (2000). Das Freiburger Stresspräventionstraining für Paare. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S.293-304). Göttingen: Hogrefe.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy. Conversation in theory and practice*. New York: Basic Books.

Braukhaus, C., Sassmann, H. & Halhweg, K. (2000). Erfolgsbedingungen von Partnerschaften. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 173-189). Göttingen: Hogrefe.

Bray, J. H. & Jouriles, E. N. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (4), 461-473.

Broderick, C. B. & Schrader, S. S. (1981). The history of professional marriage and family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 5-35). New York: Brunner & Mazel.

Bundesamt für Statistik (2007). *Zusammengefasste Scheidungsziffer* [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/06/03.html>

Caspar, F. & Jacobi, F. (2005). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung* (395-412). München: CIP-Medien.

Christensen, A. & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Reviews of Psychology*, 50, 165-190.

Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L. & Molteno, C. (1999). Postpartum depression and the mother-in-fant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry*, 175, 554-558.

Craske, M. G., Miller, P., Rotinda, R. & Barlow, D. H. (1990). Features of initial panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behavior Research and Therapy*, 28, 395-400.

Dicks, H. V. (1967). *Marital Tensions*. London: Routledge and Kegan Paul.

Diekmann, A. (2006). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (16. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Doctor, R. M. (1982). Major results of a large-scale pretreatment survey of agoraphobics. In R. L. DuPont (Eds.), *Phobia: A comprehensive summary of modern treatments*. New York: Brunner & Mazel.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Fehm-Wolfsdorf, G., Groth, T., Kaiser, A. & Hahlweg, K. (1998). Partnerschaft und Gesundheit. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Prävention von Trennung und Scheidung* (S. 261-279). Stuttgart: Kohlhammer.

Foerster, H. (1981). Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus* (S. 39-60). München: Piper.

Frank, E., Kupfer, D. J. & Perel, J. M. (1989). Early recurrence in unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 379-400.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). New York: Wiley.

Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 6-15.

Gottman, J. M. & Levenson, R. W. (1992). Marital process predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 221-233.

Gove, W. R., Hughes, M. & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 122-131.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Gurman, A. S. (1978). Contemporary marital therapies: A critic and comparative analysis of psychoanalytic, behavioral and systems theory approaches. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives* (pp. 445-566). New York: Brunner & Mazel.

Gurman, A. S., Kniskern, D. P. & Pinsof, W. M. (1986). Research on process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 565-624). New York: Wiley.

Häcker, H. O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Hahlweg, K. (1977). *Konstruktion und Validierung diagnostischer Instrumente zum Einsatz in der Partnerschaftstherapie*. Unveröff. Dissertation, Universität Hamburg.

Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik FPD. Problemliste PL*. Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K., Kraemer, M., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1980). Partnerschaftsprobleme. Eine empirische Analyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 159-169.

Hahlweg, K., Feinstein, E. & Müller, U. (1988). Analyse familiärer und partnerschaftlicher Kommunikation. In M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik* (S. 153-169). Berlin: Springer.

Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkeberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 337-343.

Hartmann, S. (2006). *Die Behandlung psychischer Störungen. Wirksamkeit und Zufriedenheit aus Sicht der Patienten. Die Replikation der „Consumer Reports Study“ für Deutschland*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Heekerens, H.-P. (2000). Wirksamkeit therapeutischer Hilfen für Paare. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 405-421). Göttingen: Hogrefe.

Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.

Heil, F. E. (1991). Ehe und Partnerschaft als Gegenstand psychologischer Forschung. In M. Amelang, H.-J. Ahrens & H. W. Bierhoff (Hrsg.), *Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen* (S. 1-30). Göttingen: Hogrefe.

Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1991). Vanderbilt University: The Vanderbilt Center of Psychotherapy Research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. (pp. 166-174). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York, NY: Norton.

Joraschky, P. & Petrowski, K. (2002). Angst und Depression. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 325-338). Berlin: Springer.

Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of therapy, method and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.

Keller, W. Dilg, R., Westhoff, G. & Rohner, H. H. (1997). Zur Wirksamkeit ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stühr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Er-*

gebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung (S. 432-453). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Klann, N. (2002). *Institutionelle Beratung ein erfolgreiches Angebot. Von Beratungs- und Therapieschulen zur klientenorientierten Intervention. Feldstudie zur Ergebnisqualität in der Partnerschafts- und Eheberatung*. Freiburg: Lambertus.

Klann, N. & Hahlweg, K. (1987). *Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile. Ergebnisse einer empirischen Erhebung*. Freiburg: Lambertus.

Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). Beratungsbegleitende Forschung. Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Referat Öffentlichkeitsarbeit* (Band 48.1). Stuttgart: Kohlhammer.

Kowalczyk, A. (2000). Systemische Paartherapie. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S.257-270). Göttingen: Hogrefe.

Kreische, R. (1986). Zu den Auswirkungen von Charakterstruktur, Übertragung und Gegenübertragung bei der Behandlung neurotischer Paarkonflikte. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 22, 22-35.

Kreische, R. (2000). Psychoanalytische Paartherapie. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S.257-270). Göttingen: Hogrefe.

Kuster, J. (1999). *Wie häufig folgen auf Eheberatung/-therapie Trennung und Scheidung? Untersuchung am Klientel einer ärztlich geleiteten Eheberatungsstelle*. Universität Zürich, Dissertation, Medizinische Fakultät.

Lambert, J. M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for Integrative and Eclectic Therapist. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Book.

Lebow, J. (1981). *Issues in the assessment of outcome in family therapy*. *Family Process*, 20, 167-188.

Lorion, R. P. (1973). Socioeconomic status and traditional treatment approaches reconsidered. *Psychological Bulletin*, 79, 263-270.

Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J. & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.

Lutz, W. (2006). Die Therapie mit Paaren: Theoretische Grundlagen und empirische Basis. In W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch der Paartherapie* (S. 22-28). München: Ernst Reinhardt.

Meier, B., Röskamp, A., Riehl-Emde, A. & Willi, J. (2002). Trennung nach Paartherapie im Urteil der PatientInnen. *Familiendynamik*, 27 (2), 160-185.

Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmasse oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94-103.

Neraal, T. (2002). Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte im deutschsprachigen Raum. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 79-81). Berlin: Springer.

Neuenschwander, M. (1999). *Interaktional-kognitive Paartherapie*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bern.

Oberndorfer, C. P. (1934). Folie à Deux. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 14-24.

Pavel, F. G. (1978). *Die klientenzentrierte Psychotherapie. Entwicklung, gegenwärtiger Stand, Fallbeispiele*. München: Pfeiffer.

Pekarik, G. & Wolf, C. B. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27 (2), 202-208.

Peters, A. & Liefbroer, A. C. (1997). Beyond marital status: Partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 687-699.

- Pinsof, W. M. & Hambright, A. (2001). Toward prevention and clinical relevance: A preventive intervention model for family therapy research and practice. In H. A. Lidle, D. Sanisteban, R. Levant & J. Bray (Eds.), *Family psychology: science based interventions* (pp. 177-196). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Reich, G., Massing, A. & Cierpka, M. (2007). *Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Richardson, H. B. (1948) *Patients have Families*. New York: The Commonwealth Fund.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998) *Somatisierungsstörungen und Hypochondrie*. Bern: Huber.
- Röskamp, A. C. D. (2001). *Wirksamkeit von Paartherapie im Urteil der Patienten. Eine Follow-up Untersuchung von Paartherapie*. Unveröff. Dissertation, Universität Zürich, Medizinische Fakultät.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M. & Prusoff, B. A. (1981). Psychotherapy with depressed outpatients. Patient and process variables as predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 138, 67-74.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2001). Langzeitergebnisse von Psychoanalyse und Langzeitpsychotherapien. *Psyche*, 55, 227-310.
- Sassmann, H., Braukhaus, C. & Hahlweg, K. (2000). Behaviorale Ansätze der Gesundheits- und Entwicklungsförderung für Paare. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 366-382). Göttingen: Hogrefe.
- Scheib, P. & Speck, V. (2002). Somatoforme Störungen: Körperbeschwerden ohne hinreichenden Befund. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 353-374). Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorff, D. (1998). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schmidt, J. P. & Hancey, R. (1979). Social class and psychiatric treatment. Application of a decision-making model to use patterns in a cost-free clinic. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 47, 771-772.

- Schütz, A. & Wiesner, C. (2000). Partnerschaft und Gesundheitszustand. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S.193-218). Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Seligman, E. P. M. (1996). Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2-3, 264-287.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F. & Leigh Mease, A. (2004). Levels of Evidence for the models and mechanism of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646). New York: Wiley.
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., Montgomery, L. M. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik*, 22 (1), 5-33.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Snyder, D. K., Willis, R. M. & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138-141.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1991). Partnerschaft, Familie und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 155-174). Weinheim: Juventa.
- Strupp, H. H. (2000). Ein zeitgemässer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut*, 45, 84-87.
- Vansteenwegen, A. (1998). Divorce after couple therapy: An overlooked perspective of outcome research. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 123-130.
- Vennen, D. (1992). *Behandlungsergebnisse und Wirkfaktoren von Eheberatung. Eine katamnestiche Studie*. Göttingen: Hogrefe.
- Vocks, S., Joormann, J., Michalak, J., Kosfelder, J. & Meyer, F. (2005). Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie – Ein Vorschlag. In J. Kosfelder, J.

Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 89-112). Göttingen: Hogrefe.

WHO [World Health Organization] (1946). *Constitution*. Genf.

Wiegand-Grefe, S., Zander, B. & Cierpka, M. (2002). Paar- und Familientherapie. Ein effektives Behandlungsverfahren? *Familiendynamik*, 27 (2), 129-145.

Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Hamburg: Rowohlt.

IX Anhang

Anhang I Curriculum vitae Matthias Neuenschwander

Anhang II Definitiver Fragebogen

Anhang III Vorabversion des Fragebogens

Anhang IV Begleitbrief 1. Anschrift

Anhang V Begleitbrief Reminder 1

Anhang VI Begleitbrief Reminder 2

Anhang VII Ausführliche Berechnungen

Anhang I Curriculum vitae Matthias Neuenschwander

Dr. med. Matthias Neuenschwander, Landoltstrasse 57, 3007 Bern

23.08.1948 geboren in Signau BE

Grundausbildung

1964 – 1969	Freies Gymnasium Bern, Matura Typ B
1969 – 1975	Medizinstudium Universität Bern
1975 – 1976	Assistenzarzt Psychiatrische Klinik, 3110 Münsingen (Prof. R. Wyss)
1976 – 1980	Arzt Contact-Bern (Jugend-, Eltern- und Drogenberatungsstelle)
1980 – 1981	Assistenzarzt Psychiatrische Universitätspoliklinik Bern (Prof. E. Heim)
1981 – 1982	Assistenzarzt Medizinische Poliklinik Inselspital Bern (Prof. F. Reubi)
1983	Promotion zum Dr. med. (Prof. H.U. Fisch)
1982 – 1984	Oberarzt Psychiatrische Universitätspoliklinik Bern (Prof. E. Heim)
1984	Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung

1975 – 1984	Psychiatrisch-/psychotherapeutische Postgraduate Kurse in verschiedenen Methoden sowie > 200 Stunden Fallsupervision mit Schwerpunkt Freudsche Psychoanalyse (insbesondere prägenitale Störungen und frühe Objektbeziehungen)
1978 – 1983	Freudsche Lehranalyse (Dr.med. Dieter Signer, Bern)
1978 – 1989	Ausbildung zum Therapeuten, Supervisor und Dozenten in Katathym Imaginativer Psychotherapie (Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie SAGKB)
1978 – 1983	Ausbildung zum Balintgruppen-Leiter (Schweiz. Balintgesellschaft, Sils-Maria)
1981 – 1984	Ausbildung in Paar- und Familientherapie an der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich (Prof. J. Willi)

Angebote

- 1982 – 1983 Teilzeittätigkeit in Eheberatung der Stadt Bern
- 1984 b.a.w. Psychiatrische Praxis in Bern
- 1976 b.a.w. Teamsupervisionen und Fallsupervisionen mit Sozialarbeitern (Contact-Bern), Assistenzärzten (Psychiatriezentrum Münsingen), Oberärzten (Psychiatriezentrum Brig), Somatischen Ärzten (Institut für Humanwissenschaftliche Medizin IHM, Zürich), Logopädinnen (Inselspital Bern) sowie Einzel- und Gruppensupervisionen (versch. Methoden) in eigener Praxis
- Ausbildungsseminare i.R. Curriculum SAGKB
- 2008 b.a.w. Ausbildungskurs in Interaktional-kognitiver Paartherapie (IKPT) in eigener Praxis

Anhang II Definitiver Fragebogen

BEFRAGUNG ZUR THERAPIEWIRKSAMKEIT

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie das Feld so an, wie es für Sie zutrifft.

1) Bitte nennen Sie Ihr Geschlecht:

Weiblich
Männlich

2) Wie alt sind Sie?

Unter 25
25-34
35-44
45-54
55-64
65-74
75-84
85 oder älter

3) Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Keiner
Volksschule (Abschluss der 9 obligatorischen Schuljahre)
Berufliche Grundbildung (Berufslehre, Fachmittelschule)
Gymnasiale Maturität
Höhere Fachschule oder höhere Berufsbildung
Hochschulstufen Abschluss

4) Wie ist Ihre momentane Beziehungssituation?

In Beziehung Seit ___ (Jahr)
Verheiratet Seit ___ (Jahr)
Single Seit ___ (Jahr)

5) Sind Sie Vater oder Mutter eines Kindes?

Nein
Ja Wie viele Kinder ___

6) Hat sich Ihre Beziehungssituation seit der Paartherapie verändert?

Keine Änderung
Trennung
Scheidung
Verheiratet
Verwitwet
Andere Änderungen

Wenn Sie bei Frage 6 keine Änderungen, verheiratet, verwitwet oder andere Änderungen angekreuzt haben, fahren Sie bitte mit Frage 9 fort.

7) Wann erfolgte die Trennung/Scheidung?

Vor der Therapie
Während der Therapie
Kurz nach der Therapie
1-2 Jahre nach der Therapie
3-5 Jahre nach der Therapie
Mehr als 5 Jahre nach der Therapie

8) Wie ist heute Ihre Beziehung zu Ihrer/Ihrem ehemaligen Partnerin/Partner im Vergleich zu der Zeit vor der Paartherapie?

Deutlich besser
Eher besser
Unverändert
Eher schlechter
Deutlich Schlechter

9) Wann erfolgte die Behandlung und wie viele Sitzungen hatten Sie im betreffenden Jahr?

(Bitte kreuzen Sie die betreffenden Zahlen an)

Durchschnittliche Anzahl Sitzungen im Jahr:

1999 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2000 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2001 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2002 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2003 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2004 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2005 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2006 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2007 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2008 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x

10) Falls Sie die Therapie beendet haben, wann erfolgte die letzte Therapiesitzung?

___ (Monat) ___ (Jahr)

11) Haben Sie Ihre Therapie vorzeitig beendet/abgebrochen?

Ja Nein

12) In welcher Form haben Sie die Therapie besucht?

(Mehrere Nennungen möglich)

Als Paar
Als Einzelperson
Als Familie

13) Von wem ging die Initiative zur Anmeldung für die Paartherapie aus?

Eindeutig von Frau
Eher von Frau
Von beiden gleichermassen
Eher von Mann
Eindeutig von Mann

14) Wie war Ihr allgemein seelisches Wohlbefinden zu Beginn der Paartherapie?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Angabe an)

Sehr schlecht: Ich kam mit meinem Leben kaum noch zurecht
Ziemlich schlecht: Das Leben war für mich sehr schwer geworden
So-so: Ich hatte meine Höhen und Tiefen
Ziemlich gut: Ich hatte keine ernstlichen Beschwerden, konnte nicht klagen
Sehr gut: Im grossen Ganzen verlief mein Leben so, wie ich es mir wünschte

15) Wie war Ihr allgemein körperliches Wohlbefinden zu Beginn der Paartherapie?

Ausgezeichnet
Sehr gut
Gut
Mittelmässig
Schlecht
Sehr schlecht

16) Welche sonstigen Probleme lagen bei Ihnen zu Beginn der Paartherapie vor?

(Bitte kreuzen Sie alle Angaben an, die für Sie zutreffen)

Generelle Ängste
Panikattacken oder Phobien
Depressionen
Andauernde schlechte Stimmung (z.B. Angst, Kummer, Ärger)
Trauer über Verlust einer geliebten Person
Übergewicht
Störungen des Essverhaltens (z.B. Anorexie, Bulimie)
Probleme am Arbeitsplatz
Psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf-, Bauchschmerzen)
Probleme mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden
Trauma durch Gewalterfahrung in der Beziehung
Andere Probleme
Keine Probleme

17) In dieser Übersicht sind 26 verschiedene Bereiche des Zusammenlebens aufgeführt, in denen Konflikte entstehen können. Bitte kreuzen Sie all jene Bereiche an, in welchen sich aus heutiger Sicht Konflikte in Ihrer Partnerschaft vor der Therapie zeigten und bewerten Sie in welchem Ausmass die Therapie in diesen Bereichen half/hilft.

(Bitte kreuzen Sie für die gewählten Konfliktbereiche entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 = Es wurde viel besser	4 = Es wurde etwas schlimmer
2 = Es wurde etwas besser	5 = Es wurde viel schlimmer
3 = Alles blieb unverändert	6 = Nicht sicher

- | | |
|--|---|
| | 1 2 3 4 5 6 |
| (1) Einteilung des monatlichen Einkommens | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) Berufstätigkeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (3) Haushaltsführung/Wohnung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (4) Vorstellung über Kindererziehung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (5) Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (6) Freunde und Bekannte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (7) Temperament des Partners | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (8) Zuwendung des Partners | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (9) Attraktivität | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (10) Vertrauen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (11) Eifersucht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (12) Gewährung persönlicher Freiheiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (13) Sexualität | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (14) Aussereheliche Beziehung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (15) Verwandte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (16) Persönliche Gewohnheiten des Partners | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (17) Kommunikation/Gemeinsame Gespräche | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (18) Kinderwunsch/Familienplanung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (19) Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (20) Forderungen des Partners | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (21) Krankheiten/Behinderung/psychische Störungen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (22) Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (23) Tätlichkeiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (24) Weltanschauung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (25) Trennung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (26) Anderes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

18) Was waren aus heutiger Sicht die wichtigsten Konfliktbereiche die zur Anmeldung führten?

(Suchen Sie maximal 3 der oben gewählten Konfliktbereiche aus und tragen Sie die Nummer des Konfliktbereichs entsprechend ihrer Wichtigkeit geordnet ein)

1. ---
2. ---
3. ---

19) Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Therapie für Ihre Partnerschaft?

- Absolut zufrieden
- Sehr zufrieden
- Ziemlich zufrieden
- Etwas unzufrieden
- Sehr unzufrieden
- Absolut unzufrieden

20) Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Therapie für Ihre persönliche Entwicklung?

- Absolut zufrieden
- Sehr zufrieden
- Ziemlich zufrieden
- Etwas unzufrieden
- Sehr unzufrieden
- Absolut unzufrieden

21) In welchem Ausmass half/hilft Ihnen die Therapie in folgenden Bereichen?

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 = Es wurde viel besser	4 = Es wurde etwas schlimmer
2 = Es wurde etwas besser	5 = Es wurde viel schlimmer
3 = Alles blieb unverändert	6 = Nicht sicher

- | | |
|---|---|
| | 1 2 3 4 5 6 |
| Meine Arbeitsproduktivität | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mein Umgang mit dem alltäglichen Stress | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Meine Lebensfreude | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mein Verständnis für andere Menschen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mein Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Besserung meiner niedergedrückten Stimmung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mein körperliches Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Meine persönliche Entwicklung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Die sonstigen bestehenden Probleme (Frage Nr. 16) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

22) Wie wären Sie mit Ihren Lebensumständen ohne Paartherapie zurecht gekommen?

- Besser
- Genauso gut bzw. genauso schlecht
- Schlechter

23) Wie ist Ihr derzeitiges allgemein körperliches Wohlbefinden?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmässig
- Schlecht
- Sehr schlecht

24) Wie ist Ihr derzeitiges allgemein seelisches Wohlbefinden?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Angabe an)

- Sehr schlecht: Ich komme mit meinem Leben kaum noch zurecht
- Ziemlich schlecht: Das Leben ist für mich sehr schwer geworden
- So-so: Ich habe meine Höhen und Tiefen
- Ziemlich gut: Ich habe keine ernstlichen Beschwerden, kann nicht klagen
- Sehr gut: Im grossen Ganzen verläuft mein Leben so, wie ich es mir wünsche

25) Wie schätzen Sie die Kompetenz Ihres Therapeuten hinsichtlich der Behandlung Ihrer partnerschaftlichen Probleme ein?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmässig
- Schlecht
- Sehr schlecht

26) Was ist Ihre generelle Meinung über Ihren Therapeuten?

*(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entweder **Ja** oder **Nein** an)*

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| Er war generell beruhigend und unterstützend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er ging den Problemen auf den Grund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es war leicht ihm zu vertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte bestimmen, welche Themen besprochen werden sollten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sie haben uns sehr geholfen; dank Ihren Angaben können das Angebot und die Leistungen überprüft und gegebenenfalls verbessert werden.

Anhang III Vorabversion des Fragebogens

Befragung zur Therapiewirksamkeit

Bitte beantworten sie alle Fragen und kreuzen Sie das Feld so an, wie es für Sie zutrifft.

1) Bitte nennen Sie Ihr Geschlecht:

Weiblich
Männlich

2) Wie alt sind Sie?

Unter 25
25-34
35-44
45-54
55-64
65-74
75-84
85 oder älter

3) Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Keiner
Volksschule (Abschluss der 9 obligatorischen Schuljahre)
Berufliche Grundbildung (Berufslehre, Fachmittelschule)
Gymnasiale Maturität
Höhere Fachschule oder höhere Berufsbildung
Hochschulstufen Abschluss

4) Wie ist Ihre momentane Beziehungssituation?

In Beziehung Seit ____ (Jahr)
Verheiratet Seit ____ (Jahr)
Single Seit ____ (Jahr)

5) Sind Sie Vater oder Mutter eines Kindes?

Nein
Ja Wie viele Kinder ____?

6) Hat sich Ihre Beziehungssituation seit der Paartherapie verändert?

Keine Änderung
Trennung
Scheidung
Verheiratet
Verwitwet
Andere Änderungen

Wenn sich Ihre Beziehungssituation seit der Paartherapie nicht verändert hat, fahren Sie bitte mit Frage 9 fort.

7) Wann erfolgte die Trennung/Scheidung?

Vor der Therapie
Während der Therapie
Kurz nach der Therapie
1-2 Jahre nach der Therapie
3-5 Jahre nach der Therapie
Mehr als 5 Jahre nach der Therapie

8) Wie ist heute Ihre Beziehung zu Ihrer/m ehemaligen Partnerin/Partner im Vergleich zu der Zeit vor der Therapie?

Deutlich besser
Eher besser
Unverändert
Eher schlechter
Deutlich Schlechter

9) Wann erfolgte die Behandlung und wie viele Sitzungen hatten Sie im betreffenden Jahr?

(Bitte kreuzen Sie die betreffenden Zahlen an)

Durchschnittliche Anzahl Sitzungen im Jahr:
1999 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2000 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2001 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2002 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2003 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2004 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2005 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2006 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2007 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x
2008 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x 8x 9x 10x 11x 12x 13x mehr als 13x

10) Falls Sie die Therapie beendet haben, wann erfolgte die letzte Therapiesitzung?

__ (Monat) ____ (Jahr)

11) Haben Sie Ihre Therapie vorzeitig beendet/abgebrochen?

Ja Nein

12) In welcher Form haben Sie die Therapie besucht?

(Mehrere Nennungen möglich)

Als Paar
Als Einzelperson
Als Familie

13) Von wem ging die Initiative zur Anmeldung für die Paartherapie aus?

Eindeutig von Frau
Eher von Frau
Von beiden gleichermassen
Eher von Mann
Eindeutig von Mann

14) Wie war Ihr allgemein seelisches Wohlbefinden, als Sie erstmals Hilfe suchten?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Angabe an)

Sehr schlecht: Ich kam mit meinem Leben kaum noch zurecht
Ziemlich schlecht: Das Leben war für mich sehr schwer geworden
So-so: Ich hatte meine Höhen und Tiefen
Ziemlich gut: Ich hatte keine ernstlichen Beschwerden, konnte nicht klagen
Sehr gut: Im grossen Ganzen verlief mein Leben so, wie ich es mir wünschte

15) Wie war Ihr allgemein körperliches Wohlbefinden, als Sie erstmals Hilfe suchten?

Ausgezeichnet
Sehr gut
Gut
Mittelmässig
Schlecht
Sehr schlecht

16) Welche sonstigen Probleme lagen bei Ihnen zu Beginn der Therapie vor?

(Bitte kreuzen Sie nur die Angaben an, die für Sie zutreffen)

Generelle Ängste
Panikattacken oder Phobien
Depressionen
Andauernde schlechte Stimmung (z.B. Angst, Kummer, Ärger)
Trauer über Verlust einer geliebten Person
Übergewicht
Störungen des Essverhaltens (z.B. Anorexie, Bulimie)
Probleme am Arbeitsplatz
Psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf-, Bauchschmerzen)
Probleme mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden
Trauma durch Gewalterfahrung in der Beziehung
Andere Probleme

17) In dieser Übersicht sind 26 verschiedene Bereiche des Zusammenlebens aufgeführt, in denen Konflikte entstehen können. Bitte kreuzen Sie alle Bereiche an, welche für Sie aus heutiger Sicht Konfliktbereiche in Ihrer Beziehung vor der Therapie waren und in welchem Ausmass Ihnen die Behandlung half/hilft.

(Bitte kreuzen Sie für die gewählten Konfliktbereiche entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 = Es wurde viel besser	4 = Es wurde etwas schlimmer
2 = Es wurde etwas besser	5 = Es wurde viel schlimmer
3 = Alles blieb unverändert	6 = Nicht sicher

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (1) Einteilung des monatlichen Einkommens..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Berufstätigkeit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Haushaltsführung/Wohnung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Vorstellung über Kindererziehung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Freizeitgestaltung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Freunde und Bekannte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Temperament des Partners..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Zuwendung des Partners..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Attraktivität..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Vertrauen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Eifersucht..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Gewährung persönlicher Freiheiten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Sexualität..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Aussereheliche Beziehung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) Verwandte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) Persönliche Gewohnheiten des Partners..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) Kommunikation/Gemeinsame Gespräche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) Kinderwunsch/Familienplanung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (19) Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (20) Forderungen des Partners..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (21) Krankheiten/Behinderung/psychische Störungen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (22) Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (23) Tätlichkeiten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (24) Weltanschauung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (25) Trennung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (26) Anderes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18) Was waren aus heutiger Sicht die wichtigsten Konfliktbereiche die zur Anmeldung führten?

(Suchen Sie maximal 3 der oben gewählten Konfliktbereiche aus und tragen Sie die Nummer des Konfliktbereichs entsprechend ihrer Wichtigkeit geordnet ein)

1. --
2. --
3. --

19) Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Therapie für Ihre Partnerschaft?

- Absolut zufrieden.....
- Sehr zufrieden.....
- Ziemlich zufrieden.....
- Etwas unzufrieden.....
- Sehr unzufrieden.....
- Absolut unzufrieden.....

20) Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Therapie für Ihre persönliche Entwicklung?

- Absolut zufrieden.....
- Sehr zufrieden.....
- Ziemlich zufrieden.....
- Etwas unzufrieden.....
- Sehr unzufrieden.....
- Absolut unzufrieden.....

21) In welchem Ausmass half/hilft Ihnen die Therapie in folgenden Bereichen?

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 = Es wurde viel besser	4 = Es wurde etwas schlimmer
2 = Es wurde etwas besser	5 = Es wurde viel schlimmer
3 = Alles blieb unverändert	6 = Nicht sicher

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Meine Arbeitsproduktivität..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Umgang mit dem alltäglichen Stress..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Lebensfreude..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Verständnis für andere Menschen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besserung meiner niedergedrückten Stimmung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein körperliches Wohlbefinden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine persönliche Entwicklung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die sonstigen bestehenden Probleme (Frage Nr. 16)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22) Wie wären Sie mit Ihren Lebensumständen ohne Paartherapie zurecht gekommen?

- Besser.....
- Genauso gut bzw. genauso schlecht.....
- Schlechter.....

23) Wie ist Ihr derzeitiges allgemein körperliches Wohlbefinden?

- Ausgezeichnet.....
- Sehr gut.....
- Gut.....
- Mittelmässig.....
- Schlecht.....
- Sehr schlecht.....

24) Wie ist Ihr derzeitiges allgemein seelisches Wohlbefinden?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Angabe an)

- Sehr schlecht: Ich komme mit meinem Leben kaum noch zurecht.....
- Ziemlich schlecht: Das Leben ist für mich sehr schwer geworden.....
- So-so: Ich habe meine Höhen und Tiefen.....
- Ziemlich gut: Ich habe keine ernstlichen Beschwerden, kann nicht klagen.....
- Sehr gut: Im grossen Ganzen verläuft mein Leben so, wie ich es mir wünsche.....

25) Wie schätzen Sie die Kompetenz Ihres Therapeuten hinsichtlich der Behandlung Ihrer partnerschaftlichen Probleme ein?

- Ausgezeichnet.....
- Sehr gut.....
- Gut.....
- Mittelmässig.....
- Schlecht.....
- Sehr schlecht.....

26) Was ist Ihre generelle Meinung über Ihren Therapeuten?

*(Bitte kreuzen sie für jede Angabe entweder **Ja** oder **Nein** an)*

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| Er war generell beruhigend und unterstützend..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er ging den Problemen auf den Grund..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es war leicht ihm zu vertrauen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte bestimmen, welche Themen besprochen werden sollten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sie haben uns sehr geholfen, dank Ihren Angaben können das Angebot und die Leistungen überprüft und gegebenenfalls verbessert werden.

Anhang IV Begleitbrief 1. Anschrift

Bern, 12. Januar 2009

Befragung zur Therapiewirksamkeit

Sehr geehrter Herr XY

Sie sind bei mir aktuell in einer Paartherapie oder haben in den letzten Jahren bei mir eine solche besucht, wofür ich Ihnen auch nachträglich noch einmal danken möchte. Es ist mir heute ein grosses Anliegen zu erfahren, wie zufrieden Sie mit der durchgeführten Therapie sind. Aus diesem Grund habe ich zur Prüfung der Wirksamkeit meiner Therapiemethode ein unabhängiges Institut mit der Durchführung einer Befragung und Auswertung beauftragt. Es handelt sich dabei um das IAP Institut für Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.

In der Beilage finden Sie einen Fragebogen. Ein solcher wurde auch der Partnerin, mit welcher Sie die Therapie durchführ(t)en, zugesandt. Ich bitte Sie höflich, den Fragebogen mit Ihrer ganz persönlichen Einschätzung zu beantworten. Es ist dabei für die Zuverlässigkeit der Erhebung sehr wichtig, dass Sie sich nicht mit der Partnerin absprechen. Den vollständig ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte bis spätestens 6. Februar 2009 ohne Angabe des Absenders mit dem beiliegenden frankierten Antwortcouvert an Frau lic. phil. A. Sieber-Ratti (Verantwortliche der Befragung am IAP). Der Fragebogen ist mittels Nummerncode anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Durchführung der Studie und die Auswertung der Daten erfolgt durch Frau T. Elmer und Frau S. Amgwerd im Rahmen ihrer Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Die Resultate dieser Befragung können ab November 2009 in der Bibliothek der Hochschule eingesehen werden (www.psychologie.zhaw.ch). Sie können sich aber auch direkt an mich wenden, damit ich Ihnen einen Auszug aus der Arbeit zukommen lassen kann.

Ihre Rückmeldung hilft mir, mein Therapieangebot zu verbessern; für ihre Mithilfe bedanke ich mich herzlich!

Freundliche Grüsse

N. Welle Schwander

Anhang V Begleitbrief Reminder 1

Bern, 30. Januar 2009

Befragung zur Therapiewirksamkeit

Sehr geehrte Frau XY

Gerne möchte ich Sie nochmals auf den kürzlich versandten Fragebogen aufmerksam machen. Wie Sie dem Schreiben entnommen haben, ist es mir ein grosses Anliegen zu erfahren, wie zufrieden Sie mit der Therapie sind, die Sie bei mir besuchten oder immer noch besuchen. Aus diesem Grund habe ich das IAP Institut für Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW beauftragt, eine Untersuchung zur Wirksamkeit meiner Therapiemethode durchzuführen.

Da Ihre Angaben für die Untersuchung von grosser Bedeutung sind, möchte ich Sie nochmals höflich um Ihre Mithilfe bitten und Sie dazu anhalten, den Fragebogen mit Ihrer ganz persönlichen Einschätzung, unabhängig vom Partner zu beantworten. Den vollständig ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte bis spätestens 6. Februar 2009 ohne Angabe des Absenders mit dem beiliegenden frankierten Antwortcouvert an Frau lic. phil. A. Sieber-Ratti (Verantwortliche der Befragung am IAP). Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und sind mit einem Nummerncode anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Sie können die Ergebnisse dieser Befragung ab November 2009 in der Bibliothek der Schule einsehen (www.psychologie.zhaw.ch) oder einen Auszug der Arbeit direkt bei mir bestellen.

Sollten sich die Postwege Ihrer Fragebogen-Rücksendung mit diesem Schreiben gekreuzt haben, dann ignorieren Sie es bitte.

Für Ihre Rückmeldung bedanke ich mich herzlich!

Freundliche Grüsse

D. Weisschwander

Anhang VI Begleitbrief Reminder 2

Bern, 16. Februar 2009

Befragung zur Therapiewirksamkeit – Letzter Aufruf

Sehr geehrter Herr XY

Selbstverständlich möchte ich Sie lieber nicht weiter „belästigen“, und doch will ich Sie noch einmal auf den kürzlich versandten Fragebogen aufmerksam machen und Sie um Ihre Mithilfe bitten. Ihre Angaben sind für die Untersuchung des IAP Institut für Angewandte Psychologie zur Wirksamkeit meiner Therapiemethode von grosser Bedeutung, weil die Aussagekraft der Studie mit der Anzahl der ausgefüllten Fragebogen in direktem Zusammenhang steht.

Im Bemühen, die therapeutischen Möglichkeiten zu verbessern und weiter zu entwickeln, ist es mir sehr wichtig zu erfahren, wie zufrieden auch Sie mit der Therapie sind, die Sie bei mir besuchten oder immer noch besuchen. Die unbefangene, anonyme Einschätzung durch den „Kunden“ ist immer noch der wertvollste Massstab für die Brauchbarkeit eines „Produkts“. Dies gilt in vieler Hinsicht auch für die Psychotherapie, so dass ich Ihnen sehr dankbar wäre, wenn Sie den Fragebogen mit Ihrer ganz persönlichen Einschätzung nach Möglichkeit doch noch beantworten könnten.

Den vollständig ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte bis **spätestens 28. Februar 2009** ohne Angabe des Absenders mit dem beiliegenden frankierten Antwortcouvert an Frau lic. phil. A. Sieber-Ratti (Verantwortliche der Befragung am IAP). Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Sollten sich die Postwege Ihrer Fragebogen-Rücksendung mit diesem Schreiben gekreuzt haben, dann ignorieren Sie es bitte.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Rückmeldung!

Freundliche Grüsse

D. Weisschwander

Anhang VII Ausführliche Berechnungen

Anzahl Kinder der Patientinnen und Patienten

Frage 5		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 Kinder	57	17.6	17.9	17.9
	1 Kind	49	15.1	15.4	33.3
	2 Kinder	127	39.2	39.9	73.3
	3 Kinder	61	18.8	19.2	92.5
	4 Kinder	19	5.9	6.0	98.4
	5 Kinder	4	1.2	1.3	99.7
	7 Kinder	1	.3	.3	100.0
	Gesamt	318	98.1	100.0	
Fehlend	System	6	1.9		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 57: Anzahl Kinder

Wie ist heute die Beziehung zur ehemaligen Partnerin beziehungsweise zum ehemaligen Partner im Vergleich zur Zeit vor der Paartherapie?

Frage 8		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	deutlich schlechter	17	21.2	23.6	23.6
	eher schlechter	10	12.5	13.9	37.5
	unverändert	15	18.8	20.8	58.3
	eher besser	16	20.0	22.2	80.6
	deutlich besser	14	17.5	19.4	100.0
	Gesamt	72	90.0	100.0	
Fehlend	System	8	10.0		
Gesamt		80	100.0		

Tabelle 58: Verhältnis zur ehemaligen Partnerin/zum ehemaligen Partner

Behandlungsfrequenz

Frage 9, Behandlungsfrequenz	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Frequenz	262	1.00	13.00	5.5606	2.60036
Gültige Werte (Listenweise)	262				

Tabelle 59: Behandlungsfrequenz der Teilstichprobe

Wie war das allgemein psychische und körperliche Wohlbefinden zu Beginn der Paartherapie?

Frage 14		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	19	5.9	5.9	5.9
	ziemlich schlecht	114	35.2	35.6	41.6
	mittelmässig	146	45.1	45.6	87.2
	ziemlich gut	36	11.1	11.2	98.4
	sehr gut	5	1.5	1.6	100.0
	Gesamt	320	98.8	100.0	
Fehlend	System	4	1.2		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 60: Psychisches Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn

Frage 15		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	12	3.7	3.7	3.7
	schlecht	44	13.6	13.7	17.4
	mittelmässig	87	26.9	27.1	44.5
	gut	119	36.7	37.1	81.6
	sehr gut	48	14.8	15.0	96.6
	ausgezeichnet	11	3.4	3.4	100.0
Gesamt		321	99.1	100.0	
Fehlend	System	3	.9		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 61: Körperliches Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn

Welche sonstigen Probleme lagen bei Ihnen zu Beginn der Paartherapie vor?

Frage 16, Psychische Probleme			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Andauernd schlechte Stimmung	Gültig	nicht vorhanden	204	63.0	63.8	63.8
		vorhanden	116	35.8	36.2	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Andere Probleme	Gültig	nicht vorhanden	222	68.5	69.4	69.4
		vorhanden	98	30.2	30.6	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Depression	Gültig	nicht vorhan-	239	73.8	74.7	74.7

		den				
		vorhanden	81	25.0	25.3	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Generelle Ängste	Gültig	nicht vorhanden	260	80.2	81.2	81.2
		vorhanden	60	18.5	18.8	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Psychosomatische Beschwerden	Gültig	nicht vorhanden	264	81.5	82.5	82.5
		vorhanden	56	17.3	17.5	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Keine Probleme	Gültig	nicht vorhanden	270	83.3	84.4	84.4
		vorhanden	50	15.4	15.6	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Probleme am Arbeitsplatz	Gültig	nicht vorhanden	287	88.6	89.7	89.7
		vorhanden	33	10.2	10.3	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Trauer über Verlust einer geliebten Person	Gültig	nicht vorhanden	296	91.4	92.5	92.5
		vorhanden	24	7.4	7.5	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Übergewicht	Gültig	nicht vorhanden	296	91.4	92.5	92.5
		vorhanden	24	7.4	7.5	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Problem mit körperlicher Erkrankung fertig zu werden	Gültig	nicht vorhanden	307	94.8	95.9	95.9
		vorhanden	13	4.0	4.1	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Panikattacken oder Phobien	Gültig	nicht vorhanden	308	95.1	96.2	96.2
		vorhanden	12	3.7	3.8	100.0

	Gesamt		320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
	Gesamt		324	100.0		
Störungen des Essverhaltens (Anorexie, Bulimie)	Gültig	nicht vorhanden	309	95.4	96.6	96.6
		vorhanden	11	3.4	3.4	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
		Gesamt	324	100.0		
Trauma durch Gewalterfahrung in Beziehung	Gültig	nicht vorhanden	310	95.7	96.9	96.9
		vorhanden	10	3.1	3.1	100.0
		Gesamt	320	98.8	100.0	
	Fehlend	System	4	1.2		
		Gesamt	324	100.0		

Tabelle 62: Psychische Probleme bei Behandlungsbeginn

Welche Konflikte des Zusammenlebens zeigten sich zu Beginn der Behandlung in der Partnerschaft?

Frage 17, Vorkommen Paarprobleme zu Beginn			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kommunikation	Gültig	nicht vorhanden	54	16.7	17.1	17.1
		vorhanden	262	80.9	82.9	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Sexualität	Gültig	nicht vorhanden	108	33.3	34.2	34.2
		vorhanden	208	64.2	65.8	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Zuwendung des Partners	Gültig	nicht vorhanden	115	35.5	36.5	36.5
		vorhanden	200	61.7	63.5	100.0
		Gesamt	315	97.2	100.0	
	Fehlend	System	9	2.8		
		Gesamt	324	100.0		
Vertrauen	Gültig	nicht vorhanden	134	41.4	42.4	42.4
		vorhanden	182	56.2	57.6	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners	Gültig	nicht vorhanden	144	44.4	45.6	45.6
		vorhanden	172	53.1	54.4	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	

	Fehlend	System	8	2.5		
	Gesamt		324	100.0		
Persönliche Gewohnheiten des Partners	Gültig	nicht vorhanden	152	46.9	48.1	48.1
		vorhanden	164	50.6	51.9	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Gewährung persönlicher Freiheiten	Gültig	nicht vorhanden	157	48.5	49.7	49.7
		vorhanden	159	49.1	50.3	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Temperament des Partners	Gültig	nicht vorhanden	159	49.1	50.3	50.3
		vorhanden	157	48.5	49.7	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Freizeitgestaltung	Gültig	nicht vorhanden	166	51.2	52.5	52.5
		vorhanden	150	46.3	47.5	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Forderungen des Partners	Gültig	nicht vorhanden	174	53.7	55.1	55.1
		vorhanden	142	43.8	44.9	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Haushaltsführung/Wohnung	Gültig	nicht vorhanden	178	54.9	56.3	56.3
		vorhanden	138	42.6	43.7	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Vorstellung über Kindererziehung	Gültig	nicht vorhanden	180	55.6	57.1	57.1
		vorhanden	135	41.7	42.9	100.0
		Gesamt	315	97.2	100.0	
	Fehlend	System	9	2.8		
		Gesamt	324	100.0		
Freunde und Bekannte	Gültig	nicht vorhanden	195	60.2	61.7	61.7
		vorhanden	121	37.3	38.3	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Eifersucht	Gültig	nicht vorhanden	197	60.8	62.3	62.3
		vorhanden	119	36.7	37.7	100.0

	Gesamt		316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
	Gesamt		324	100.0		
Berufstätigkeit	Gültig	nicht vorhanden	204	63.0	64.6	64.6
		vorhanden	112	34.6	35.4	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Einteilung monatliches Einkommen	Gültig	nicht vorhanden	204	63.0	64.6	64.6
		vorhanden	112	34.6	35.4	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Ausserhehliche Beziehung	Gültig	nicht vorhanden	208	64.2	65.8	65.8
		vorhanden	108	33.3	34.2	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Krankheit/ Behinderung/ psychische Störung	Gültig	nicht vorhanden	210	64.8	66.5	66.5
		vorhanden	106	32.7	33.5	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Attraktivität	Gültig	nicht vorhanden	210	64.8	66.5	66.5
		vorhanden	106	32.7	33.5	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Verwandte	Gültig	nicht vorhanden	215	66.4	68.0	68.0
		vorhanden	101	31.2	32.0	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Weltanschauung	Gültig	nicht vorhanden	228	70.4	72.2	72.2
		vorhanden	88	27.2	27.8	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Umgang mit Alkohol/ Medikamenten/ Drogen	Gültig	nicht vorhanden	231	71.3	73.1	73.1
		vorhanden	85	26.2	26.9	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
		Gesamt	324	100.0		
Trennung	Gültig	nicht vorhanden	232	71.6	73.4	73.4

		vorhanden	84	25.9	26.6	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
	Gesamt		324	100.0		
Kinderwusch/ Familienplanung	Gültig	nicht vorhanden	244	75.3	77.2	77.2
		vorhanden	72	22.2	22.8	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
	Gesamt		324	100.0		
Tätlichkeiten	Gültig	nicht vorhanden	251	77.5	79.4	79.4
		vorhanden	65	20.1	20.6	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
	Gesamt		324	100.0		
Andere Probleme	Gültig	nicht vorhanden	273	84.3	86.4	86.4
		vorhanden	43	13.3	13.6	100.0
		Gesamt	316	97.5	100.0	
	Fehlend	System	8	2.5		
	Gesamt		324	100.0		

Tabelle 63: Vorkommen paarspezifische Probleme bei Behandlungsbeginn

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Paartherapie für Ihre Partnerschaft und Ihre persönliche Entwicklung?

Frage 19		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	absolut unzufrieden	12	3.7	3.8	3.8
	sehr unzufrieden	30	9.3	9.5	13.3
	etwas unzufrieden	50	15.4	15.8	29.1
	ziemlich zufrieden	100	30.9	31.6	60.8
	sehr zufrieden	91	28.1	28.8	89.6
	absolut zufrieden	33	10.2	10.4	100.0
	Gesamt	316	97.5	100.0	
Fehlend	System	8	2.5		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 64: Zufriedenheit für Partnerschaft

Frage 20		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	absolut unzufrieden	7	2.2	2.2	2.2
	sehr unzufrieden	11	3.4	3.5	5.7
	etwas unzufrieden	32	9.9	10.2	15.9
	ziemlich zufrieden	127	39.2	40.3	56.2
	sehr zufrieden	93	28.7	29.5	85.7
	absolut zufrieden	45	13.9	14.3	100.0
	Gesamt	315	97.2	100.0	
Fehlend	System	9	2.8		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 65: Zufriedenheit für persönliche Entwicklung

Unterschied Zufriedenheit für Partnerschaft und Zufriedenheit für persönliche Entwicklung

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Zufriedenheit für Partnerschaft	4.04	312	1.257	.071
	Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	4.35	312	1.098	.062

Tabelle 66: Deskriptive Statistik: Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Zufriedenheit für Partnerschaft & für persönliche Entwicklung	312	.671	.000

Tabelle 67: Korrelation Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung

Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Zufriedenheit für Partnerschaft - Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	-.308	.966	.055	-.415	-.200	-5.624	311	.000

Tabelle 68: T-Test bei abhängigen Stichproben: Zufriedenheit für Partnerschaft und für persönliche Entwicklung

Wie ist das derzeitige allgemein körperliche und psychische Wohlbefinden?

Frage 23		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	1	.3	.3	.3
	schlecht	10	3.1	3.1	3.4
	mittelmässig	45	13.9	14.0	17.4
	gut	143	44.1	44.4	61.8
	sehr gut	95	29.3	29.5	91.3
	ausgezeichnet	28	8.6	8.7	100.0
	Gesamt	322	99.4	100.0	
Fehlend	System	2	.6		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 69: Aktuelles körperliches Wohlbefinden

Frage 24		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	3	.9	.9	.9
	ziemlich schlecht	14	4.3	4.4	5.3
	mittelmässig	96	29.6	29.9	35.2
	ziemlich gut	120	37.0	37.4	72.6
	sehr gut	88	27.2	27.4	100.0
	Gesamt	321	99.1	100.0	
Fehlend	System	3	.9		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 70: Aktuelles psychisches Wohlbefinden

Wie schätzen Sie die Kompetenzen des Therapeuten hinsichtlich der Behandlung der partnerschaftlichen Probleme ein?

Frage 25		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	2	.6	.6	.6
	schlecht	7	2.2	2.2	2.8
	mittelmässig	33	10.2	10.3	13.2
	gut	92	28.4	28.8	42.0
	sehr gut	101	31.2	31.7	73.7
	ausgezeichnet	84	25.9	26.3	100.0
	Gesamt	319	98.5	100.0	
Fehlend	System	5	1.5		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 71: Kompetenz des Therapeuten

Was ist Ihre generelle Meinung über Ihren Therapeuten?

Frage 26		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Beruhigend/ Unterstüt- zend	Gültig	nein	24	7.4	7.8
		ja	284	87.7	92.2
		Gesamt	308	95.1	100.0
	Fehlend	System	16	4.9	
	Gesamt		324	100.0	
Geht Pro- blemen auf den Grund	Gültig	nein	63	19.4	21.2
		ja	234	72.2	78.8
		Gesamt	297	91.7	100.0
	Fehlend	System	27	8.3	
	Gesamt		324	100.0	
Es war eicht zu vertrauen	Gültig	nein	48	14.8	16.1
		ja	251	77.5	83.9
		Gesamt	299	92.3	100.0
	Fehlend	System	25	7.7	
	Gesamt		324	100.0	
Konnte Themen bestimmen	Gültig	nein	56	17.3	19.2
		ja	236	72.8	80.8
		Gesamt	292	90.1	100.0
	Fehlend	System	32	9.9	
	Gesamt		324	100.0	

Tabelle 72: Merkmale des Therapeuten

Frage 1.B: Gibt es Unterschiede bezüglich der Behandlungszufriedenheit bei getrennten oder geschiedenen und immer noch zusammenlebenden Paaren?

Gruppenstatistiken

	Beziehungsstatus	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Zufriedenheit für Partnerschaft	getrennt/geschieden	75	3.37	1.450	.167
	zusammenlebend	198	4.25	1.074	.076
Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	getrennt/geschieden	77	4.14	1.345	.153
	zusammenlebend	195	4.42	.935	.067

Tabelle 73: Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Zufriedenheit für Partnerschaft	Varianzen sind gleich	16.641	.000	-5.455	271	.000	-.879	.161	-1.196	-.562
	Varianzen sind nicht gleich			-4.778	106.257	.000	-.879	.184	-1.244	-.514
Zufriedenheit für persönliche Entwicklung	Varianzen sind gleich	11.877	.001	-1.935	270	.054	-.278	.144	-.560	.005
	Varianzen sind nicht gleich			-1.660	106.255	.100	-.278	.167	-.609	.054

Tabelle 74: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit und Beziehungsstatus

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Trennung oder Scheidung und der Behandlungszufriedenheit?

Deskriptive Statistiken

Behandlungszufriedenheit	N	Mittelwert	Standardabweichung		95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
während der Therapie	15	3.7000	1.01419	.26186	3.1384	4.2616	1.50	5.00
kurz nach der Therapie	21	3.9048	1.33809	.29199	3.2957	4.5139	1.50	6.00
1-2 Jahre nach der Therapie	18	3.5278	1.28878	.30377	2.8869	4.1687	1.00	6.00
mehr als 2 Jahre nach der Therapie	17	3.7353	1.30045	.31541	3.0667	4.4039	1.00	6.00
Gesamt	71	3.7254	1.23574	.14666	3.4329	4.0178	1.00	6.00

Tabelle 75: Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit und Zeitpunkt der Trennung/Scheidung

Test der Homogenität der Varianzen

Behandlungszufriedenheit			
Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
.643	3	67	.590

Tabelle 76: Levene-Test: Behandlungszufriedenheit und Zeitpunkt der Trennung/Scheidung

ONEWAY ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1.390	3	.463	.294	.829
Innerhalb der Gruppen	105.504	67	1.575		
Gesamt	106.894	70			

Tabelle 77: ONEWAY ANOVA: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Trennung/Scheidung

Post-Hoc-Tests: Mehrfachvergleiche

Bonferroni

(I) Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	(J) Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
während der Therapie	kurz nach der Therapie	-.20476	.42422	1.000	-1.3582	.9486
	1-2 Jahre nach der Therapie	.17222	.43871	1.000	-1.0206	1.3650
	mehr als 2 Jahre nach der Therapie	-.03529	.44453	1.000	-1.2439	1.1733
kurz nach der Therapie	während der Therapie	.20476	.42422	1.000	-.9486	1.3582
	1-2 Jahre nach der Therapie	.37698	.40307	1.000	-.7189	1.4729
	mehr als 2 Jahre nach der Therapie	.16947	.40941	1.000	-.9437	1.2826
1-2 Jahre nach der Therapie	während der Therapie	-.17222	.43871	1.000	-1.3650	1.0206
	kurz nach der Therapie	-.37698	.40307	1.000	-1.4729	.7189
	mehr als 2 Jahre nach der Therapie	-.20752	.42440	1.000	-1.3614	.9464
mehr als 2 Jahre nach der Therapie	während der Therapie	.03529	.44453	1.000	-1.1733	1.2439
	kurz nach der Therapie	-.16947	.40941	1.000	-1.2826	.9437
	1-2 Jahre nach der Therapie	.20752	.42440	1.000	-.9464	1.3614

Tabelle 78: Post-Hoc-Test: Zeitpunkt der Trennung/Scheidung

Frage 2: Bei welchen Problemen wurden die grössten Verbesserungen erzielt?

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Paarprobleme	3.4220	138	.79120	.06735
	Psy. Allgemeinfunktionen	3.6643	138	.66774	.05684
Paaren 2	Paarprobleme	3.4220	138	.79120	.06735
	Psychische Probleme	3.81	138	.851	.072
Paaren 3	Psy. Allgemeinfunktionen	3.6643	138	.66774	.05684
	Psychische Probleme	3.81	138	.851	.072

Tabelle 79: Deskriptive Statistik: Problembesserung

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Paarprobleme & Psychische Allgemeinfunktionen	138	.456	.000
Paaren 2	Paarprobleme & Psychische Probleme	138	.431	.000
Paaren 3	Psychische Allgemeinfunktionen & Psychische Probleme	138	.481	.000

Tabelle 80: Korrelation Problembesserung

Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Paarprobleme - Psy. Allgemeinfunktionen	-.24227	.76800	.06538	-.37155	-.11299	-3.706	137	.000
Paaren 2	Paarprobleme - Psychische Probleme	-.38960	.87706	.07466	-.53723	-.24196	-5.218	137	.000
Paaren 3	Psy. Allgemeinfunktionen - Psychische Probleme	-.14733	.78940	.06720	-.28021	-.01445	-2.192	137	.030

Tabelle 81: T-Test bei abhängigen Stichproben: Paarprobleme, psychische Allgemeinfunktionen und psychische Probleme

Unterschied Verbesserung der Kommunikation und Verbesserung der Sexualität

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Sexualität	2.99	176	1.023	.077
	Kommunikation/ gemeinsame Gespräche	3.57	176	1.149	.087

Tabelle 82: Deskriptive Statistik: Sexualität und Kommunikation

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Sexualität & Kommunikation	176	.596	.000

Tabelle 83: Korrelation Sexualität und Kommunikation

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen							
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
				Untere	Obere			
Paaren 1 Sexualität - Kommunikation	-.574	.983	.074	-.720	-.428	-7.746	175	.000

Tabelle 84: T-Test bei abhängigen Stichproben: Sexualität und Kommunikation

Unterschiede einzelner Items der psychischen Allgemeinfunktionen

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Persönliche Entwicklung	3.84	224	.791	.053
	Niedergedrückte Stimmung	3.70	224	.850	.057
Paaren 2	Persönliche Entwicklung	3.84	224	.791	.053
	Verständnis für andere Menschen	3.73	224	.735	.049
Paaren 3	Persönliche Entwicklung	3.84	224	.791	.053
	Lebensfreude	3.71	224	.890	.059
Paaren 4	Persönliche Entwicklung	3.84	224	.791	.053
	Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	3.59	224	.889	.059
Paaren 5	Persönliche Entwicklung	3.84	224	.791	.053
	Körperliches Wohlbefinden	3.46	224	.802	.054
Paaren 6	Arbeitsproduktivität	3.42	224	.771	.052
	Persönliche Entwicklung	3.84	224	.791	.053
Paaren 7	Arbeitsproduktivität	3.42	224	.771	.052
	Niedergedrückte Stimmung	3.70	224	.850	.057

Paaren 8	Arbeitsproduktivität	3.42	224	.771	.052
	Verständnis für andere Menschen	3.73	224	.735	.049
Paaren 9	Arbeitsproduktivität	3.42	224	.771	.052
	Lebensfreude	3.71	224	.890	.059
Paaren 10	Arbeitsproduktivität	3.42	224	.771	.052
	Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	3.59	224	.889	.059

Tabelle 85: Deskriptive Statistik: Psychische Allgemeinfunktionen

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Persönliche Entwicklung & Niedergedrückte Stimmung	224	.504	.000
Paaren 2	Persönliche Entwicklung & Verständnis für andere Menschen	224	.443	.000
Paaren 3	Persönliche Entwicklung & Lebensfreude	224	.571	.000
Paaren 4	Persönliche Entwicklung & Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	224	.616	.000
Paaren 5	Persönliche Entwicklung & Körperliches Wohlbefinden	224	.445	.000
Paaren 6	Arbeitsproduktivität & Persönliche Entwicklung	224	.388	.000
Paaren 7	Arbeitsproduktivität & Niedergedrückte Stimmung	224	.578	.000
Paaren 8	Arbeitsproduktivität & Verständnis für andere Menschen	224	.339	.000
Paaren 9	Arbeitsproduktivität & Lebensfreude	224	.575	.000
Paaren 10	Arbeitsproduktivität & Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	224	.497	.000

Tabelle 86: Korrelation psychische Allgemeinfunktionen

Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Persönliche Entwicklung - Niedergedrückte Stimmung	.143	.819	.055	.035	.251	2.612	223	.010
Paaren 2	Persönliche Entwicklung - Verständnis für andere Men- schen	.116	.806	.054	.010	.222	2.154	223	.032
Paaren 3	Persönliche Entwicklung - Lebensfreude	.138	.783	.052	.035	.241	2.645	223	.009
Paaren 4	Persönliche Entwicklung - Selbstwertgefühl und Selbst- vertrauen	.254	.741	.050	.157	.352	5.139	223	.000
Paaren 5	Persönliche Entwicklung - Körperliches Wohlbefinden	.388	.840	.056	.278	.499	6.923	223	.000
Paaren 6	Arbeitsproduktivität - Persönliche Entwicklung	-.420	.864	.058	-.533	-.306	-7.267	223	.000
Paaren 7	Arbeitsproduktivität - Niedergedrückte Stimmung	-.277	.748	.050	-.375	-.178	-5.537	223	.000
Paaren 8	Arbeitsproduktivität - Ver- ständnis für andere Menschen	-.304	.866	.058	-.418	-.190	-5.245	223	.000
Paaren 9	Arbeitsproduktivität - Lebensfreude	-.281	.773	.052	-.383	-.179	-5.445	223	.000
Paaren 10	Arbeitsproduktivität - Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	-.165	.839	.056	-.276	-.055	-2.947	223	.004

Tabelle 87: T-Test bei abhängigen Stichproben: Psychische Allgemeinfunktionen

Frage 2.A: Deckt die Problembesserung die Problembereiche ab, welche die Patientinnen und Patienten als die, für sie wichtigsten Probleme deklarierten?

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Besserung aller Paarprobleme	3.4744	296	.79771	.04637
	Besserung der wichtigsten Paarprobleme	3.5580	296	1.00831	.05861

Tabelle 88: Deskriptive Statistik: Besserung aller Paarprobleme und der wichtigsten Paarprobleme

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Alle Paarprobleme & Wichtigste Paarprobleme	296	.871	.000

Tabelle 89: Korrelation alle Paarprobleme und wichtigste Paarprobleme

Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	Alle Paarprobleme - Wichtigste Paarprobleme	-.08360	.50232	.02920	-.14106	-.02614	-2.863	295	.004

Tabelle 90: T-Test bei abhängigen Stichproben: Alle Paarprobleme und wichtigste Paarprobleme

Frage 3: Inwieweit wird das psychische und körperliche Wohlbefinden durch die Behandlung verbessert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Verschlechterung	11	3.4	3.5	3.5
	unverändert	73	22.5	23.0	26.5
	geringe Verbesserung	106	32.7	33.4	59.9
	deutliche Verbesserung	94	29.0	29.7	89.6
	sehr deutliche Verbesserung	28	8.6	8.8	98.4
	extreme Verbesserung	5	1.5	1.6	100.0
	Gesamt	317	97.8	100.0	
Fehlend	System	7	2.2		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 91: Besserung psychisches Wohlbefinden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Verschlechterung	28	8.6	8.8	8.8
	unverändert	125	38.6	39.2	48.0
	geringe Verbesserung	102	31.5	32.0	79.9
	deutliche Verbesserung	41	12.7	12.9	92.8
	sehr deutliche Verbesserung	14	4.3	4.4	97.2
	extreme Verbesserung	9	2.8	2.8	100.0
	Gesamt		319	98.5	100.0
Fehlend	System	5	1.5		
Gesamt		324	100.0		

Tabelle 92: Besserung körperliches Wohlbefinden

Unterschied zwischen aktuellem Wohlbefinden und jenem zu Beginn der Behandlung

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Aktuelles psychisches Wohlbefinden	3.87	314	.907	.051
	Psychisches Wohlbefinden zu Beginn der Therapie	2.66	314	.812	.046
Paaren 2	Aktuelles körperliches Wohlbefinden	4.27	314	.921	.052
	Körperliches Wohlbefinden zu Beginn der Therapie	3.56	314	1.121	.063

Tabelle 93: Deskriptive Statistik: Wohlbefinden aktuell und bei Behandlungsbeginn

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Psy. Wohlbefinden aktuell & zu Beginn	314	.205	.000
Paaren 2	Körperl. Wohlbefinden aktuell & zu Beginn	314	.313	.000

Tabelle 94: Korrelation Wohlbefinden aktuell und bei Behandlungsbeginn

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen							
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
				Untere	Obere			
Paaren 1 Psy. Wohlbefinden aktuell - zu Beginn	1.207	1.087	.061	1.086	1.328	19.684	313	.000
Paaren 2 Körperl. Wohlbefinden aktuell - zu Beginn	.710	1.208	.068	.576	.844	10.419	313	.000

Tabelle 95: T-Test bei abhängigen Stichproben: Besserung des Wohlbefindens

Unterschied zwischen der Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens

Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Verbesserung psychisches Wohlbefinden	1.22	314	1.061	.060
	Verbesserung körperliches Wohlbefinden	.74	314	1.117	.063

Tabelle 96: Deskriptive Statistik: Besserung psychisches und körperliches Wohlbefinden

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Verbesserung psychisches Wohlbefinden & körperliches Wohlbefinden	314	.481	.000

Tabelle 97: Korrelation Besserung psychisches und körperliches Wohlbefinden

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen							
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
				Untere	Obere			
Paaren 1 Besserung psy. Wohlbefinden - Besserung körperl. Wohlbefinden	.484	1.111	.063	.361	.607	7.720	313	.000

Tabelle 98: T-Test bei abhängigen Stichproben: Besserung psychisches und körperliches Wohlbefinden

Frage 5: Unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten, welche die Paartherapie abgebrochen haben, zu denjenigen, welche sie regulär beendeten, bezüglich der Behandlungszufriedenheit, der Besserung des Wohlbefindens und der Problembesserung?

Gruppenstatistiken

Therapieabbruch		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Zufriedenheit	nein	163	70.4294	18.63720	1.45978
	ja	79	47.5949	22.82684	2.56822
Problembesserung	nein	163	70.2652	15.29152	1.19772
	ja	78	58.4568	14.44486	1.63556
Wohlbefinden		161	64.5575	12.44002	.98041
		82	64.7256	13.15861	1.45313

Tabelle 99: Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden bei Therapieabbruch

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Zufriedenheit	Varianzen sind gleich	3.879	.050	8.289	240	.000	22.83451	2.75477	17.40789	28.26113
	Varianzen sind nicht gleich			7.730	130.008	.000	22.83451	2.95410	16.99018	28.67884
Problembesserung	Varianzen sind gleich	.173	.678	5.709	239	.000	11.80837	2.06848	7.73358	15.88315
	Varianzen sind nicht gleich			5.825	159.876	.000	11.80837	2.02721	7.80480	15.81194
Wohlbefinden	Varianzen sind gleich	.028	.867	-.098	241	.922	-.16816	1.72112	-3.55851	3.22220
	Varianzen sind nicht gleich			-.096	155.243	.924	-.16816	1.75293	-3.63084	3.29453

Tabelle 100: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Behandlungszufriedenheit, Problembesserung, Wohlbefinden bei Therapieabbruch

Frage 6: Welchen Einfluss hat die Anmeldungsinitiative und das Geschlecht der Patientinnen und Patienten auf die Behandlungszufriedenheit?

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	weiblich	169
	2	männlich	143
Initiative zur Anmeldung	-2	eindeutig von Mann	26
	-1	eher von Mann	25
	0	von beiden gleichermassen	79
	1	eher von Frau	52
	2	eindeutig von Frau	130

Tabelle 101: Zwischensubjektfaktoren Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Behandlungszufriedenheit				
Geschlecht	Initiative zur Anmeldung	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	eindeutig von Mann	70.0000	36.33180	11
	eher von Mann	65.5556	18.78238	9
	von beiden gleichermassen	62.4324	24.76617	37
	eher von Frau	61.6667	18.09796	24
	eindeutig von Frau	63.0682	21.13764	88
	Gesamt		63.3136	22.51248
männlich	eindeutig von Mann	67.3333	19.80861	15
	eher von Mann	60.6250	20.80665	16
	von beiden gleichermassen	66.9048	20.30116	42
	eher von Frau	64.6429	19.90387	28
	eindeutig von Frau	62.3810	22.71880	42
	Gesamt		64.4755	20.81705
Gesamt	eindeutig von Mann	68.4615	27.37770	26
	eher von Mann	62.4000	19.84943	25
	von beiden gleichermassen	64.8101	22.46711	79
	eher von Frau	63.2692	18.96552	52
	eindeutig von Frau	62.8462	21.57499	130
	Gesamt		63.8462	21.72501

Tabelle 102: Deskriptive Statistik: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Behandlungszufriedenheit			
F	df1	df2	Signifikanz
1.303	9	302	.234

Prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + GESCHL + ANMELD + GESCHL * ANMELD

Tabelle 103: Levene-Test: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Behandlungszufriedenheit a. R-Quadrat = ,010 (korrigiertes R-Quadrat = -,019)					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1533.352 ^a	9	170.372	.354	.955
Konstanter Term	840154.863	1	840154.863	1746.813	.000
GESCHL	1.413	1	1.413	.003	.957
ANMELD	823.887	4	205.972	.428	.788
GESCHL * ANMELD	654.659	4	163.665	.340	.851
Fehler	145251.263	302	480.964		
Gesamt	1418600.000	312			
Korrigierte Gesamtvariation	146784.615	311			

Tabelle 104: Signifikanztest: Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmel-
dungsinitiative

Post-Hoc-Tests: Mehrfachvergleiche

Bonferroni

(I) Initiative zur Anmeldung	(J) Initiative zur Anmeldung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifi-kanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
eindeutig von Mann	eher von Mann	6.0615	6.14306	1.000	-11.3099	23.4329
	von beiden gleichermassen	3.6514	4.95851	1.000	-10.3703	17.6731
	eher von Frau	5.1923	5.26763	1.000	-9.7035	20.0882
	eindeutig von Frau	5.6154	4.71151	1.000	-7.7079	18.9386
eher von Mann	eindeutig von Mann	-6.0615	6.14306	1.000	-23.4329	11.3099
	von beiden gleichermassen	-2.4101	5.03257	1.000	-16.6413	11.8210
	eher von Frau	-.8692	5.33741	1.000	-15.9624	14.2239
	eindeutig von Frau	-.4462	4.78939	1.000	-13.9896	13.0973
von beiden gleichermassen	eindeutig von Mann	-3.6514	4.95851	1.000	-17.6731	10.3703
	eher von Mann	2.4101	5.03257	1.000	-11.8210	16.6413
	eher von Frau	1.5409	3.91631	1.000	-9.5337	12.6155
	eindeutig von Frau	1.9640	3.12856	1.000	-6.8830	10.8109
eher von Frau	eindeutig von Mann	-5.1923	5.26763	1.000	-20.0882	9.7035
	eher von Mann	.8692	5.33741	1.000	-14.2239	15.9624
	von beiden gleichermassen	-1.5409	3.91631	1.000	-12.6155	9.5337
	eindeutig von Frau	.4231	3.59848	1.000	-9.7527	10.5989
eindeutig von Frau	eindeutig von Mann	-5.6154	4.71151	1.000	-18.9386	7.7079
	eher von Mann	.4462	4.78939	1.000	-13.0973	13.9896
	von beiden gleichermassen	-1.9640	3.12856	1.000	-10.8109	6.8830
	eher von Frau	-.4231	3.59848	1.000	-10.5989	9.7527

Grundlage: beobachtete Mittelwerte.
Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 480,964

Tabelle 105: Post-Hoc-Test: Anmelungsinitiative

Frage 6: Welchen Einfluss hat die Anmeldungsinitiative und das Geschlecht der Patientinnen und Patienten auf die Problembesserung?

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	weiblich	170
	2	männlich	142
Initiative zur Anmeldung	-2	eindeutig von Mann	26
	-1	eher von Mann	25
	0	von beiden gleichermassen	78
	1	eher von Frau	52
	2	eindeutig von Frau	131

Tabelle 106: Zwischensubjektfaktoren Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Problembesserung				
Geschlecht	Initiative zur Anmeldung	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	eindeutig von Mann	65.5685	23.78103	11
	eher von Mann	69.2010	15.53089	9
	von beiden gleichermassen	67.3024	16.09025	36
	eher von Frau	68.1528	14.64929	24
	eindeutig von Frau	66.5462	15.56551	90
	Gesamt		67.0105	16.00027
männlich	eindeutig von Mann	68.2703	15.54450	15
	eher von Mann	67.0102	13.28401	16
	von beiden gleichermassen	64.7777	16.92024	42
	eher von Frau	67.4944	11.43485	28
	eindeutig von Frau	60.4516	16.15203	41
	Gesamt		64.6848	15.29133
Gesamt	eindeutig von Mann	67.1272	19.06257	26
	eher von Mann	67.7989	13.85083	25
	von beiden gleichermassen	65.9430	16.48415	78
	eher von Frau	67.7983	12.88855	52
	eindeutig von Frau	64.6387	15.94346	131
	Gesamt		65.9520	15.69947

Tabelle 107: Deskriptive Statistik: Problembesserung in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Problembesserung			
F	df1	df2	Signifikanz
1.545	9	302	.131
Prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.			
a. Design: Konstanter Term + GESCHL + ANMELD + GESCHL * ANMELD			

Tabelle 108: Levene-Test: Problembesserung in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Problembesserung a. R-Quadrat = ,023 (korrigiertes R-Quadrat = -,006)					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1773.812 ^a	9	197.090	.795	.621
Konstanter Term	891597.274	1	891597.274	3595.946	.000
GESCHL	155.060	1	155.060	.625	.430
ANMELD	956.799	4	239.200	.965	.427
GESCHL * ANMELD	554.450	4	138.612	.559	.693
Fehler	74879.438	302	247.945		
Gesamt	1433748.299	312			
Korrigierte Gesamtvariation	76653.250	311			

Tabelle 109: Signifikanztest: Problembesserung in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldeinitiative

Post-Hoc-Tests: Mehrfachvergleiche

Bonferroni

(I) Initiative zur Anmeldung	(J) Initiative zur Anmeldung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
eindeutig von Mann	eher von Mann	-.6717	4.41069	1.000	-13.1443	11.8009
	von beiden gleichermassen	1.1842	3.56583	1.000	-8.8993	11.2677
	eher von Frau	-.6711	3.78213	1.000	-11.3662	10.0241
	eindeutig von Frau	2.4885	3.38069	1.000	-7.0715	12.0484
eher von Mann	eindeutig von Mann	.6717	4.41069	1.000	-11.8009	13.1443
	von beiden gleichermassen	1.8559	3.61892	1.000	-8.3777	12.0895
	eher von Frau	.0006	3.83223	1.000	-10.8362	10.8374
	eindeutig von Frau	3.1601	3.43664	1.000	-6.5580	12.8783
von beiden gleichermassen	eindeutig von Mann	-1.1842	3.56583	1.000	-11.2677	8.8993
	eher von Mann	-1.8559	3.61892	1.000	-12.0895	8.3777
	eher von Frau	-1.8553	2.81904	1.000	-9.8270	6.1164
	eindeutig von Frau	1.3042	2.25200	1.000	-5.0640	7.6725
eher von Frau	eindeutig von Mann	.6711	3.78213	1.000	-10.0241	11.3662
	eher von Mann	-.0006	3.83223	1.000	-10.8374	10.8362
	von beiden gleichermassen	1.8553	2.81904	1.000	-6.1164	9.8270
	eindeutig von Frau	3.1595	2.58087	1.000	-4.1387	10.4577
eindeutig von Frau	eindeutig von Mann	-2.4885	3.38069	1.000	-12.0484	7.0715
	eher von Mann	-3.1601	3.43664	1.000	-12.8783	6.5580
	von beiden gleichermassen	-1.3042	2.25200	1.000	-7.6725	5.0640
	eher von Frau	-3.1595	2.58087	1.000	-10.4577	4.1387

Grundlage: beobachtete Mittelwerte.
Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 247,945

Tabelle 110: Post-Hoc-Test: Anmeldeinitiative

Frage 6: Welchen Einfluss hat die Anmeldungsinitiative und das Geschlecht der Patientinnen und Patienten auf die Besserung des Wohlbefindens?

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	weiblich	172
	2	männlich	145
Initiative zur Anmeldung	-2	eindeutig von Mann	27
	-1	eher von Mann	25
	0	von beiden gleichermassen	80
	1	eher von Frau	52
	2	eindeutig von Frau	133

Tabelle 111: Zwischensubjektfaktoren Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Wohlbefinden				
Geschlecht	Initiative zur Anmeldung	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	eindeutig von Mann	61.7045	18.30533	11
	eher von Mann	64.1667	10.80726	9
	von beiden gleichermassen	67.0946	11.10264	37
	eher von Frau	67.1875	14.15294	24
	eindeutig von Frau	65.7143	11.71144	91
	Gesamt		65.8794	12.32846
männlich	eindeutig von Mann	65.8594	13.20289	16
	eher von Mann	64.6094	8.58437	16
	von beiden gleichermassen	61.7733	12.53042	43
	eher von Frau	57.7232	11.14433	28
	eindeutig von Frau	58.6012	11.40377	42
	Gesamt		60.8362	11.82928
Gesamt	eindeutig von Mann	64.1667	15.28967	27
	eher von Mann	64.4500	9.22152	25
	von beiden gleichermassen	64.2344	12.11511	80
	eher von Frau	62.0913	13.37094	52
	eindeutig von Frau	63.4680	12.03846	133
	Gesamt		63.5726	12.34288

Tabelle 112: Deskriptive Statistik: Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Wohlbefinden			
F	df1	df2	Signifikanz
1.110	9	307	.355
Prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.			
a. Design: Konstanter Term + GESCHL + ANMELD + GESCHL * ANMELD			

Tabelle 113: Levene-Test: Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Wohlbefinden a. R-Quadrat = ,072 (korrigiertes R-Quadrat = ,045)					
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	3467.689 ^a	9	385.299	2.648	.006
Konstanter Term	822310.255	1	822310.255	5650.935	.000
GESCHL	611.525	1	611.525	4.202	.041
ANMELD	314.953	4	78.738	.541	.706
GESCHL * ANMELD	1089.418	4	272.355	1.872	.115
Fehler	44673.893	307	145.518		
Gesamt	1329287.500	317			
Korrigierte Gesamtvariation	48141.581	316			

Tabelle 114: Signifikanztest: Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Anmeldungsinitiative

Post-Hoc-Tests: Mehrfachvergleiche

Bonferroni

(I) Initiative zur Anmeldung	(J) Initiative zur Anmeldung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
eindeutig von Mann	eher von Mann	-.2833	3.34817	1.000	-9.7502	9.1835
	von beiden gleichermassen	-.0677	2.68487	1.000	-7.6591	7.5237
	eher von Frau	2.0753	2.86146	1.000	-6.0154	10.1660
	eindeutig von Frau	.6986	2.54630	1.000	-6.5010	7.8982
eher von Mann	eindeutig von Mann	.2833	3.34817	1.000	-9.1835	9.7502
	von beiden gleichermassen	.2156	2.76400	1.000	-7.5995	8.0307
	eher von Frau	2.3587	2.93583	1.000	-5.9423	10.6596
	eindeutig von Frau	.9820	2.62960	1.000	-6.4532	8.4171
von beiden gleichermassen	eindeutig von Mann	.0677	2.68487	1.000	-7.5237	7.6591
	eher von Mann	-.2156	2.76400	1.000	-8.0307	7.5995
	eher von Frau	2.1430	2.14881	1.000	-3.9327	8.2187
	eindeutig von Frau	.7663	1.70678	1.000	-4.0595	5.5922
eher von Frau	eindeutig von Mann	-2.0753	2.86146	1.000	-10.1660	6.0154
	eher von Mann	-2.3587	2.93583	1.000	-10.6596	5.9423
	von beiden gleichermassen	-2.1430	2.14881	1.000	-8.2187	3.9327
	eindeutig von Frau	-1.3767	1.97295	1.000	-6.9552	4.2018
eindeutig von Frau	eindeutig von Mann	-.6986	2.54630	1.000	-7.8982	6.5010
	eher von Mann	-.9820	2.62960	1.000	-8.4171	6.4532
	von beiden gleichermassen	-.7663	1.70678	1.000	-5.5922	4.0595
	eher von Frau	1.3767	1.97295	1.000	-4.2018	6.9552

Grundlage: beobachtete Mittelwerte.
Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 145,518

Tabelle 115: Post-Hoc-Test: Anmeldungsinitiative

Erweiterung Frage 1.B: Unterscheiden sich getrennte und geschiedene Personen von Personen, die immer noch in der gleichen Partnerschaft leben hinsichtlich der Problembesserung und des Wohlbefindens?

Gruppenstatistiken

	Beziehungsstatus	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Problembesserung	getrennt/geschieden	77	58.7798	16.84524	1.91969
	zusammenlebend	200	68.2504	14.11783	.99828
Wohlbefinden	getrennt/geschieden	80	64.5938	14.73765	1.64772
	zusammenlebend	199	62.8204	10.83404	.76800

Tabelle 116: Deskriptive Statistik: Problembesserung und Wohlbefinden in Abhängigkeit von Beziehungsstatus

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Problembesserung	Varianzen sind gleich	2.519	.114	-4.732	275	.000	-9.47064	2.00121	-13.41027	-5.53100
	Varianzen sind nicht gleich			-4.377	119.329	.000	-9.47064	2.16374	-13.75494	-5.18633
Wohlbefinden	Varianzen sind gleich	16.568	.000	1.109	277	.268	1.77340	1.59874	-1.37382	4.92062
	Varianzen sind nicht gleich			.976	114.891	.331	1.77340	1.81791	-1.82758	5.37437

Tabelle 117: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Problembesserung und Wohlbefinden in Abhängigkeit von Beziehungsstatus