

Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung
Jahrgang 17, Heft 1/2016

Inhalt

| | |
|---|----------|
| Editorial | 2 |
| Jennifer A. Apolinário-Hagen: Perspektiven der Gesundheitsberatung für Patienten mit Multipler Sklerose im Handlungsfeld „Behandlungadhärenz“ | 4 |
| Joachim Engl & Franz Thurmaier: KOMKOM – ein hochwirksames Kommunikationstraining in der Eheberatung | 29 |
| Hilarion G. Petzold: Bemerkungen zu kritischen Diskursen in der paartherapeutischen Theorieentwicklung | 54 |
| <i>Buchbesprechungen</i> | 68 |
| <i>Impressum</i> | 75 |

Editorial

In allen Beratungsprozessen geht es im weitesten Sinne immer um Gesundheit, um physische und psychische. Auf der Grundlage des Modells der Salutogenese, die fördert was gesund macht, könnte eine solche Beratung darauf abzielen, bei einer Person stabile und vielfältige Gesundheitsressourcen aufzubauen, um ihre Bewältigungskompetenzen im Umgang mit Belastungen zu stärken und insgesamt zu einem höheren Kohärenzgefühl beizutragen. Jennifer A. Apolinário-Hagen zeigt in ihrem Artikel: *Perspektiven der Gesundheitsberatung für Patienten mit Multipler Sklerose im Handlungsfeld „Behandlungssadhärenz“*, wie es möglich ist, Empowerment und partizipative Entscheidungsfindung zu stärken. Ihre Überlegungen lassen sich sehr gut auch auf andere Bereiche der Beratung generalisieren, wenn es z.B. darum geht, Klienten zu motivieren, ihre Hausaufgaben und Übungen tatsächlich zu machen.

Dank eines Aufsatzes von Roesler (Familiendynamik 4/2015, S. 336–345) „Die begrenzte Wirksamkeit bisheriger Paartherapien verlangt neue Methoden – Paarinteraktions- und Wirkungsforschung und die Konsequenzen für die Praxis“ und seine kritische Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit Institutioneller Beratung ist ein wichtiges Thema wieder in den Fokus geraten: Bekommen Ratsuchende, was sie wirklich brauchen? Diejenigen, die ein KOMKOM-Training absolvieren, können davon ausgehen. Aus diesem Grunde veröffentlichen wir aus der Schatztruhe (BA 1-2005) noch einmal aktualisiert den Aufsatz von Joachim Engl & Franz Thurmaier *KOMKOM – ein hochwirksames Kommunikationstraining in der Eheberatung*.

Die Masterarbeit von Renate Lissy-Honegger (BA 4-2015): „Paare in Bewegung – Körperarbeit in der Partnerschule“, hat Hilarion G. Petzold, einer der Gründerväter Integrativer Therapie, zum Anlass genommen, grundsätzlich *Bemerkungen zu kritischen Diskursen in der paartherapeutischen Theorieentwicklung* zu machen. Er greift den Wunsch der Herausgeber dieser Zeitschrift auf, zu einem Diskurs über Paarberatung zu kommen. In diesem Kontext weist er darauf hin, dass das Problem eines übergreifenden Rahmens zur konzeptuellen Bonität der Paartherapie bislang nicht hinreichend aufgegriffen wurde, obwohl es doch evident sein dürfte, dass ein solcher notwendig wird, will man miteinander fruchtbar diskutieren. Ein theoretischer Rahmen müsste u.a. auch über ein „Spektrum an Normalität“ in Paarrelationen erarbeitet werden, ein schwieriges Kapitel, ohne das aber keine Positionen zu pathologischen Paarprozessen zu gewinnen und empirisch zu untersuchen sind und man damit keine konsistenten, forschungsbasierten Hilfen, eine befriedigende Normalität gewinnen kann. Viel-

leicht ist ja möglich, Hilarion G. Petzold für diesen dringenden wissenschaftlichen Diskurs zu gewinnen. „Denn wo er fehlt, muss man daran arbeiten!“ – so sein Credo.

Dr. Rudolf Sanders

Jennifer A. Apolinário-Hagen

Perspektiven der Gesundheitsberatung für Patienten mit Multipler Sklerose im Handlungsfeld „Behandlungssadhärenz“¹

Einleitung

Wozu Gesundheitsberatung? Angesichts stetiger Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen und der daraus resultierenden Zunahme an Komplexität und der zu lösenden Probleme, steigt auch der Bedarf an Beratung (Lippitt & Lippitt, 2015). Dies gilt im Besonderen für die Beratung zu Fragen der Gesundheit, einem der seit Menschengedenken wichtigsten Güter (Domsch & Lohaus, 2009). Im Gesundheitswesen spiegeln sich das gestiegene Bildungsniveau der Bevölkerung und das damit einhergehende, stärkere Selbstbestimmungsbedürfnis, bei zugleich erweiterten Informationsmöglichkeiten, in der Forderung nach mehr Patientenrechten und Autonomie bei gesundheitlichen Belangen wieder (Behnke, Demmler & Unterhuber, 2001, S. 52). Im Einklang mit diesen Bedürfnissen rücken Ansätze wie Empowerment und partizipative Entscheidungsfindung zunehmend in den Fokus von Initiativen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Horch, Ryl, Hintzpeter & Dierks, 2011). Im Gegenzug wird von Patienten als „Koproduzenten“ eine aktive Mitwirkung an ihrer Gesundheit und an der Behandlung erwartet (Behnke et al., 2001). Dies wiederum erfordert eine gute Arzt-Patient-Beziehung, die sich nicht nur positiv auf die Zufriedenheit, sondern auch auf die Compliance, den Gesundheitszustand sowie das Behalten und Verstehen der besprochenen Informationen auf Seiten der Patienten auswirken kann (Mehnert, Lehmann & Koch, 2012). Bezüglich der dafür erforderlichen Beratungskompetenzen besteht jedoch vor allem bei chronischen Erkrankungen, die in etwa zu Dreiviertel das Krankheits- und Sterbegerisiko dominieren (Rosenbrock & Kümpers, 2006), ein deutlicher Handlungsbedarf. Zwar wurden die steigenden Prävalenzen von chronisch-degenerativen Erkrankungen und die bestehende, soziale Ungleichheit bei der Verteilung von Gesundheitschancen als zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen bestimmt (ebd.). Allerdings werden als geeignet identifizierte Gegenmaßnahmen durch gegenwärtige, defizitäre Versorgungsstrukturen (Brinkmann-Göbel, 2001),

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Manuskript vornehmlich das generische Maskulinum verwendet.

die letztlich zum Ausrufen einer „Chronic Care Crisis“ (vgl. SVR Gesundheit, 2009) geführt haben, maßgeblich erschwert.

Zu den vom Gesundheitssystem unzureichend erfüllten Aufgaben zählen vor allem die Förderung von Selbstmanagement und die beständige Behandlungsadhärenz bei chronischen Erkrankungen. Der Begriff Adhärenz bezeichnet wie sein „Vorgänger“ Compliance das Ausmaß der Therapietreue, im Sinne des „Gehorsams beim Befolgen von ärztlichen Empfehlungen“ (Heesen, Berger, Hamann & Kasper, 2006, S. 234). Obgleich mit der Neu-etikettierung der Wechsel zum partnerschaftlichen Modell der Arzt-Patient-Beziehung, inklusive der Stärkung von Empowerment markiert werden sollte, hat sich der intendierte Paradigmenwechsel bislang nicht umfassend in der Praxis durchgesetzt (Anderson & Funell, 2010; Koch-Gromus & Kreß, 2012). Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit des Empowerment-Ansatzes lässt sich exemplarisch an dem unzureichend gedeckten Informationsbedürfnis von Menschen mit Multipler Sklerose (MS), der „Krankheit mit den tausend Gesichtern“ (DSMG, 2013a), skizzieren. Bei der MS handelt es sich um die häufigste chronische neurodegenerative Erkrankung im jungen Erwachsenenalter (Hoffmann et al., 2009). Eine besondere Problematik stellen die mit beanspruchenden Immuntherapien verbundenen hohen Non-Adhärenz-Raten dar, die wiederum mit negativen Effekten auf den Krankheitsverlauf der MS assoziiert sind. So waren laut einem Review (vgl. Hansen et al., 2015) lediglich 30 bis 40 % der MS-Patienten innerhalb von zwei Jahren nach Therapiebeginn compliant. Interessanterweise scheint die Non-Adhärenz bei MS nicht zwangsläufig im Widerspruch zum förderungswürdigen aktiven Streben nach Selbstbestimmung und Autonomie auf Seiten der MS-Patienten zu stehen. So können die Motive zum Therapieabbruch zwar rational nachvollziehbar erscheinen, auch wenn sie häufig auf einem zu geringen Risikowissen basieren (Heesen et al., 2006). Hier könnte eine auf MS-spezialisierte Gesundheitsberatung als „Hilfe zur Selbsthilfe“ ansetzen, indem sie eine umfassende Grundlage für informierte Entscheidungen ermöglicht und evidenzbasierte Strategien für den dauerhaften Umgang mit der unheilbaren Krankheit vermittelt.

Ziel dieses Beitrags ist es daher, zu klären, inwiefern eine Gesundheitsberatung für MS-Patienten einen über bestehende Angebote hinausgehenden Nutzen im Handlungsfeld „Adhärenz“ erbringen kann. Basierend auf dem ermittelten Unterstützungsbedarf soll untersucht werden, ob der Einsatz von patientenzentrierten und handlungsorientierten Konzepten in der Gesundheitsberatung zur nachhaltigen Verbesserung der Adhärenz bei MS beitragen kann. Hierzu wird ein Überblick zum Gegenstand der Gesundheitsberatung gegeben, um eine Übertragung auf die Versorgung von chronischen Erkrankungen und ihren Beratungsbedarf vorzunehmen. Darauf aufbauend werden die zentralen, mit der Diagnose MS einhergehenden Anforderun-

gen vorgestellt und der entsprechende Unterstützungsbedarf abgeleitet. Basierend auf der vorangegangenen Bedarfsermittlung werden ausgewählte Beratungskonzepte für das Handlungsfeld der Behandlungssadhärenz bei MS skizziert. Neben den Perspektiven der Gesundheitsberatung sollen ebenso deren Grenzen reflektiert werden. Abschließend werden die Potenziale der Gesundheitsberatung für MS-Patienten im Kontext der Regelversorgung zusammengefasst.

1. Grundlagen der Gesundheitsberatung

Da es für den Begriff „Gesundheitsberatung“ keine allgemein gültige Definition gibt, kann ihr Gegenstandsbereich recht breit aufgefasst werden: Gesundheitsberatung im weitesten Sinne bezeichnet jegliche Beratung, die gesundheitliche Belange betrifft. Unter diese Definition fallen beispielsweise auch gesundheitliche Ratschläge in der Nachbarschaft, Ratgeberliteratur und Beratung in Lebensfragen (Domsch & Lohaus, 2009, S. 154).

Damit Gesundheitsberatung nicht als beliebige Bindestrich-Beratung ihr Potenzial für die Versorgung einbüßt, erscheint eine Konkretisierung des Gegenstands erforderlich.

1.1 *Definition und Beratungsverständnis*

Die Bezeichnung „Gesundheitsberatung“ beinhaltet neben „Beratung“ mit „Gesundheit“ zwei an sich auslegungs- bzw. erklärungsbedürftige Begriffe, deren Unschärfen sich zu potenzieren scheinen (Faltermaier, 2004). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1946/2015) bezeichnet Gesundheit einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens, der sich nicht lediglich durch die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen auszeichnet. Um diesem holistischen Verständnis von Gesundheit gerecht zu werden, sollte der Anspruch der Gesundheitsberatung darin bestehen, nicht bloß psychisches und körperliches Wohlbefinden zu fördern, sondern auch die soziale Situation des Individuums einzubeziehen (Domsch & Lohaus, 2009).

Im Einklang damit bietet sich die folgende Arbeitsdefinition als erste Annäherung an:

„Der Begriff der Gesundheitsberatung (...) als eine professionelle Beratung verstanden werden, die sich auf Gesundheitsthemen und -probleme bezieht und das Ziel hat, über psychologische und soziale Veränderungsmethoden Krankheiten zu verhindern, Gesundheit zu fördern und die Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen. Insofern lässt sich Gesundheitsberatung vor allem in die Praxisfelder der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation einordnen.“ (Faltermaier, 2004., S. 1064).

Daran schließt die Frage an, was professionelle Beratung von alltäglichen Interaktionen abgegrenzt. Hierzu differenziert Nestmann (2004, S. 548 f.) drei Formalisierungsgrade der Beratung: (1.) die informelle, alltägliche Beratung, z.B. im Rahmen der spontanen Nachbarschaftshilfe, (2.) die halbformalisierte Beratung zu Fachfragen durch „beratungsnahe“ Professionen im Bildungs-, Gesundheits- oder

Sozialwesen und (3.) die formalisierte, professionelle Beratung. Bei der halbformalisierten Beratung, deren Grenzen zur informellen Beratung fließend sind, steht die Fachkompetenz und nicht die Beratungskompetenz im Vordergrund. Daraus folgt, dass eine professionelle Gesundheitsberatung eine Verbindung von Fachexpertise und Beratungskompetenzen erfordert, die noch zu konkretisieren ist.

So sehen Lück, Rehtien und Sewz (2011) in der definitorischen Unschärfe des Begriffs „Beratung“ auch Gestaltungsmöglichkeiten für die Professionalisierung:

Beratung – ein unscharf konturierter Begriff und ein schwer zu umreißendes Tätigkeitsfeld: Was zunächst als Nachteil erscheint bietet jedoch auch Vorteile, nämlich die Möglichkeit und die Herausforderung zur Fundierung differenter Beratungsansätze und zur Einbindung solcher Verfahren in unterschiedlicher Tätigkeitsfelder (ebd., S. 1).

Allerdings sollte bei der Erschließung neuer Tätigkeitsbereiche eine Abgrenzung zur Psychotherapie vorgenommen werden. Während Psychotherapie auf Heilung abzielt, lässt sich Beratung dem Helfen zuordnen. Jedoch sei es in der Praxis nach Berking (2012) nicht leicht, Psychotherapie und Beratung voneinander abzugrenzen, da beide auf dieselben Methoden zurückgreifen. Der entscheidende Unterschied besteht darin, dass Psychotherapie der Behandlung psychischer Störungen dient, während sich Beratung „mit der Bearbeitung schwieriger Lebenslagen, Krisen oder Konflikte ohne Krankheitswert“ (ebd., S. 3) befasst. Darüber hinaus erfordert die Vermittlung sachkundiger Informationen sowie das Erteilen von Ratschlägen und Tipps bei der Beratung ein höheres Maß an Einsichts- und Handlungsfähigkeit vom Ratsuchenden. Ferner gestaltet sich Beratung zeitlich kompakter und leichter zugänglich als Psychotherapie (ebd.). Somit ergibt sich nach Engel, Nestmann und Siekendiek (2004, S. 37) „eine Definition als Beratung oder Therapie (...) lediglich aus der jeweiligen professionellen oder institutionellen Verortung und Hilfeinteraktion“. Gleichsam lässt sich Gesundheitsberatung von der psychologischen Beratung weniger durch ihre Methoden, sondern vielmehr durch ihre Ziele und Inhalte abgrenzen (Faltermaier, 2004).

1.2 Ziele und Aufgaben

Prinzipiell zielt Gesundheitsberatung darauf ab, Selbstbestimmung und Partizipationsmöglichkeiten von Patienten sowie Bürgern zu stärken und die soziale Ungleichheit bei den Gesundheitsrisiken zu reduzieren (Brinkmann-Göbel, 2001). Aus ökonomischer Perspektive betrachtet stellt Gesundheitsberatung ein Instrument zur Erhöhung der „*Markttransparenz für den Verbraucher am Gesundheitsmarkt*“ (Behnke et al., 2001, S. 54) dar, das effektive und effiziente Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung fördern soll. Dafür benötigen Ratsuchende ausgewogene Informationen zu verschiedenen Gesundheitsdienstleistungen und Leistungserbringern sowie Orientierungshilfen bei der Qualitätsbeurteilung der Angebote (ebd.).

Da die konkreten Beratungsziele je nach Zielgruppe stark variieren können, sollte eine Bedürfnis- und Bedarfsermittlung der Beratung vorausgehen. So kommen als Zielgruppen einer Gesundheitsberatung sowohl gesunde als auch erkrankte Menschen und Multiplikatoren der Gesundheitsförderung infrage. Folglich sollte eine Beratung für gesunde Ratsuchende mit Gesundheitsmotivation andere Schwerpunkte setzen als eine Beratung für Gesunde, deren Bedarf sich aus einer spezifischen Lebensphase, akuten Gesundheitsproblemen, Beschwerden oder Risikofaktoren und -verhalten ergibt. Ebenso können sich die Anliegen von akut Erkrankten in der Rehabilitationsphase von den Fragen chronisch Kranker erheblich unterscheiden (Faltermaier, 2004).

Insofern kann das Aufgabenspektrum von Gesundheitsberatung für kranke Menschen neben Information und Aufklärung, Koordination, Unterstützung und persönlicher Beratung auch die Stärkung der Patient-Therapeut-Beziehung umfassen (Brinkmann-Göbel, 2001). Deshalb besteht eine wesentliche Aufgabe von Gesundheitsberatung darin, die Asymmetrie in der Kommunikationsstruktur zwischen Experten und Laien indirekt zu verringern. Dies kann durch Informationsvermittlung, Aufklärung über Patientenrechte, Orientierungshilfen oder durch Stärkung der personalen und sozialen Kompetenzen gelingen. Zur Erleichterung des partnerschaftlichen Dialogs und einer aktiven Krankheitsbewältigung können z.B. die Erhöhung der Selbstachtung, die Verminderung von Angst oder eine Motivationsförderung in der Beratung anvisiert werden (ebd., S. 30).

1.3 Theoretische Ansätze und Orientierungen

Eine professionelle Beratung sollte sich auf verschiedene Gesundheitstheorien stützen, die sich anlassbezogen an Gesundheitsrisiken, Ressourcen, dem Gesundheitsverhalten, der Lebensweise, dem Subjekt, der Lebenswelt oder der Biographie ausrichten (Faltermaier, 2004). Grundsätzlich orientieren sich die Gesundheitspsychologie wie auch die Gesundheitswissenschaften an der biopsychosozialen Sichtweise, die die „klassische“ biomedizinische Modellvorstellung der Krankheitsätiologie abgelöst hat (vgl. Schleider & Huse, 2011a, S. 15). Damit verbunden ist der Salutogenese-Ansatz (vgl. Antonovsky, 1979), der die Bedeutung von protektiven Faktoren bzw. Ressourcen, der Resilienz, des Kohärenzgefühls und von Selbstwirksamkeit betont. Im Gegensatz zum biomedizinischen Modell, befasst sich Salutogenese nicht damit, was Menschen krank werden lässt, sondern was sie trotz Belastungen gesund bzw. resilient machen kann. Auch stellen Gesundheit und Krankheit kein Gegensatzpaar, sondern ein Kontinuum dar (vgl. Schön, 2007, S. 100 f.). Auch die Berücksichtigung von subjektiven Krankheitstheorien des Klienten hat sich bei der Gesundheitsberatung insofern als bedeutsam erwiesen, als dass Vorannahmen die Verarbeitung und Interpretation des Infor-

mationsaustauschs beeinflussen können (Domsch & Lohaus, 2009). So stehen verschiedene theoretische Erklärungsmodelle für das Gesundheitsverhalten, wenn auch mit inhaltlichen Überschneidungen, zur Verfügung (z.B.: Health-Belief-Modell, Modell der Selbstwirksamkeit, Modell des geplanten Verhaltens oder Modell der sozialen Vergleichsprozesse; vgl. Schön, 2007, S. 101). Insofern kann bei der theoriegeleiteten Umsetzung von Interventionen zur Verhaltensänderung oder zur Verbesserung des Selbstmanagements gezielt auf unterschiedliche, empirisch bewährte Konzepte wie auf das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM; vgl. Prochaska & Di Clemente, 1982) oder das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach; HAPA-Modell; vgl. Schwarzer, 2008) zurückgegriffen werden. Beispielsweise spielen beim TTM die Selbstwirksamkeitserwartungen des Klienten eine entscheidende Rolle für die langfristige Stabilität einer Verhaltensänderung (vgl. Rau & Petermann, 2008, S. 211). Daher kann z.B. die Verbesserung der erlebten Selbstwirksamkeit ein Ansatzpunkt für die Gesundheitsberatung darstellen.

Im Einklang mit aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Modellen und Strategien eignen sich für die Gesundheitsberatung vor allem Ansätze, die sich in der psychologischen und psychosozialen Beratung bewährt haben. Darunter fallen klientenzentrierte, systemische, biographische, verhaltensorientierte, lebensweltorientierte wie auch ressourcenorientierte Beratungskonzepte (Faltermajer, 2004, S. 1075). Im Besonderen eignet sich, sowohl für Gesunde als auch chronisch Erkrankte, eine an Gesundheitsressourcen orientierte Beratung (vgl. Domsch & Lohaus, 2009, S. 161), welche die folgenden Ziele verfolgt:

„Die Gesundheitsberatung könnte (...) auf der Grundlage des Modells der Salutogenese darauf abzielen, bei einer Person stabile und vielfältige Gesundheitsressourcen aufzubauen, damit ihre Bewältigungskompetenzen im Umgang mit Belastungen und zu stärken und insgesamt zu einem höheren Kohärenzgefühl beizutragen (Faltermajer, 2004, S. 1069).“

Mit diesem Ansatz vereinbaren lässt sich auch der lebensweltliche bzw. Setting-Ansatz gemäß der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (vgl. WHO, 1986), der neben der Verbesserung von Gesundheit über die Vermittlung sowie Stärkung von Gesundheitskompetenzen zugleich eine Veränderung von gesundheitsrelevanten Lebensverhältnissen und den Abbau von sozialen Ungleichheiten bei Gesundheitsrisiken anstrebt (vgl. Schön, 2007, S. 103). Insofern könnte Gesundheitsberatung dazu beitragen, die Voraussetzungen für Empowerment zu schaffen. Da sich Empowerment auf eine Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung bezieht, bedeutet eine Übertragung dieser Sichtweise auf die Gesundheitsberatung vor allem eine „Hilfe zur Selbsthilfe“, die nicht nur eine Anerkennung der Mündigkeit des Ratsuchenden, sondern mehr noch ihre Stärkung impliziert (vgl. Domsch & Lohaus, 2009, S. 161). Passend dazu erscheint das Ideal

des mündigen informierten Patienten, der eine autonome Rolle bei Gesundheitsentscheidungen einnimmt (Heesen et al., 2006). So sollen Patienten, etwa bei chronischen Erkrankungen, dazu befähigt werden, selbstständig informierte Entscheidungen treffen zu können, indem Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement gefördert werden (vgl. Anderson & Funnell, 2010, S. 277). Allerdings existieren diverse Ansätze zur praktischen Umsetzung des Empowerment-Konzepts, aber kein Konsens bezüglich grundlegender Methoden (Domsch & Lohaus, 2009, S. 161). Außerdem herrschen trotz der weitreichenden Akzeptanz von Empowerment-Ansätzen zumeist noch traditionelle Auffassungen zur Arzt-Patient-Beziehung in der Praxis vor (Anderson & Funnell, 2010). Zur Verbesserung des Selbstmanagements könnte daher eine klienten- bzw. personenzentrierte Beratung den Ansatz der Wahl darstellen (Lück et al., 2011). Entsprechend nimmt die non-direktive, klientenzentrierte Beratung nach Carl Rogers (1951), die sich durch eine humanistische Grundhaltung mit den Merkmalen Kongruenz, Empathie sowie Akzeptanz und Techniken der Gesprächsführung auszeichnet, einen besonderen Stellenwert in der professionellen Gesundheitsberatung ein (vgl. Domsch & Lohaus, 2009, S. 161). Dabei soll der Klient als „Experte seines eigenen Lebens“ mithilfe professioneller Unterstützung sozusagen selbst auf die Lösung seines Problems kommen (vgl. Lundahl & Burke, 2009, S. 1233). Nichtsdestotrotz sollte, gerade bei der Beratung chronisch kranken Menschen, in Betracht gezogen werden, dass das Zugestehen von mehr Eigenverantwortung im Sinne einer aktiven Beteiligung auch mit dem Aufbürden von mehr Pflichten verbunden sein kann, weshalb hinterfragt werden sollte, ob diese „neue Rolle“ von Patienten überhaupt gewünscht wird (vgl. Domsch & Lohaus, 2009, S. 155). So konnte der Patient im traditionellen Modell auch Entlastungseffekte durch die paternalistische Rolle des Arztes erfahren (vgl. Koch-Gromus & Kreß, 2012, S. 1081).

2. Beratungsbedarf bei chronisch kranken Menschen

Chronische Krankheiten sind dadurch gekennzeichnet, dass eine vollständige Heilung ausgeschlossen und mit ihnen eine andauernde bzw. wiederkehrende erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen verbunden ist (Robert-Koch-Institut; RKI, 2014). Somit stellt die zunehmende Prävalenz von chronischen Erkrankungen nicht nur Betroffene und ihr direktes Umfeld, sondern auch das Gesundheitswesen insgesamt vor große Herausforderungen (vgl. Rosenbrock & Kümpers, 2006, S. 412).

Zu den Anforderungen des Lebens mit einer chronischen Erkrankung gehören das Akzeptieren von unvermeidlichen Einschränkungen, die Bewältigung von damit verbundenen psychischen Belastungen, die Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit den Auswirkungen der Krankheit und Behandlungsmaßnahmen sowie die An-

passung des Selbstbildes, Lebensstils, der sozialen Netzwerke sowie der Lebensperspektiven an die Situation. Aufgrund eingeschränkter Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung benötigen chronisch Erkrankte häufig eine Unterstützung, die über die Wissensvermittlung in Patientenschulungen hinausgeht (vgl. Faltermaier, 2004, S. 1074).

Zudem sehen sich Ratsuchende angesichts der stetig zunehmenden Komplexität im Medizinbetrieb mit stetigen Erweiterungen, therapeutischen sowie diagnostischen Entwicklungen und Spezialisierungen- mit einem kaum überschaubaren Angebotsspektrum im Gesundheitssystem konfrontiert. Zugleich intensivieren Veränderungen des Körperbewusstseins, Gesundheitsverhaltens und Umgangs mit Krankheit sowie Gesundheit das Informationsbedürfnis in der Bevölkerung (vgl. Behnke et al., 2001, S. 51 f.). Dabei können gerade im Zuge der Diagnostik und des Krankheitsverlaufs verschiedene Stimmungs- und Emotionswechsel bei den Betroffenen und ihren Angehörigen, vor allem im Rahmen einer guten Arzt-Patient-Kommunikation, aufgefangen werden (Mehnert et al., 2012). Darüber hinaus bestätigt der Gesundheitsmonitor 2007 die Bereitschaft von Patienten, eine aktivere Rolle bei ihrer Krankheitsbewältigung zu übernehmen. Allerdings ging dieses Bemühen mit dem Erleben einer begrenzten Beeinflussbarkeit ihrer Gesundheit und eingeschränkter Selbstkompetenz einher (van Bussche, Eisele, Schäfer, Bachmann & Kaduskiewicz, 2007, S. 73). Zugleich ergab die Befragung, dass chronisch kranke Patienten häufiger Gesundheitsinformationen als Nicht-Betroffene suchten; jedoch war die Beschaffung und Interpretation der Informationen bei einem Drittel bis zur Hälfte aller Patienten von Verunsicherung und Ängsten begleitet (ebd.).

Ferner stehen dem Informationsbedürfnis von chronisch erkrankten Menschen strukturell bedingte Barrieren im Gesundheitssystem, wie die sogenannte „Chronic Care Crisis“, entgegen:

1. Die Versorgungseinrichtungen sind zu wenig auf die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen vorbereitet.
2. Evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen finden noch zu wenig Eingang in die klinische Versorgung.
3. Patienten sind noch mehrheitlich passive Objekte im Behandlungsgeschehen. Ihre Bedürfnisse und Präferenzen werden zu wenig aufgenommen, es findet wenig Patientenaktivierung und Unterstützung von Selbstmanagement statt.
4. Die Versorgung ist durch Fragmentierung und mangelhafte Koordination gekennzeichnet.
5. Die Versorgung ist zu wenig durch Kontinuität (...) geprägt (SVR Gesundheit, 2009, S. 139).

Zusammengefasst zählt Brinkmann-Göbel (2001, S. 13 ff.) zu den aktuellen gesundheitspolitischen Problemfeldern die zunehmende

Prävalenz chronisch-degenerativer Erkrankungen, die „einseitige Arztzentrierung“, eine ausgeprägte Segmentierung des Gesundheitswesens und Defizite des Versorgungssystems bei der Anpassung an die komplexen Bedürfnisse von chronisch kranken und multimorbiden Patienten. Darüber hinaus werden Unter- und Überversorgung, verschiedene Ansätze zur Budgetierung, rationale Kosteneinsparungen und die soziale Ungleichheit bezogen auf Gesundheitsrisiken, Bewältigungsmöglichkeiten sowie der Lebenserwartung als Mängel ausgewiesen (ebd.). Dementsprechend kann die Primärversorgung von chronisch Erkrankten durchaus als „verbesserungswürdig“ (Gensichen et al. 2006, S. 306) klassifiziert werden. Als ein Baustein zur Problemlösung könnte Gesundheitsberatung nicht nur den Zugang zu Informationen verbessern, sondern auch Ratsuchende dabei unterstützen, ihre Bedürfnisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stärker einzubringen (vgl. Behnke et al., 2001, S. 50 f.).

2.1 Handlungsfelder in der Patientenberatung

Bei der Gesundheitsberatung für chronische Kranke steht die Krankheitssituation im Fokus (Behnke et al., 2001). Die zentralen Ziele der Beratung von chronisch kranken Menschen beschränken sich jedoch nicht bloß auf die Sicherstellung von Compliance oder auf die Anpassung an die Patientenrolle. Vielmehr umfasst sie die Unterstützung des Patienten bei der Reflexion seiner aktuellen gesundheitlichen wie auch psychosozialen Situation, Hilfe bei der Bewältigung der krankheitsbezogenen Belastungen und die Entwicklung sowie Umsetzung von positiven Gesundheitszielen wie einer „Lebensqualität trotz Krankheit“ (Faltermaier, 2004, S. 1074).

Daher nimmt die Förderung von Aktivität und Selbstkompetenz von Patienten mit chronischen Krankheiten eine Schlüsselrolle für das Coping ein (vgl. van Bussche et al., 2007, S. 73). Insofern kann Gesundheitsberatung Patienten dabei unterstützen, neue Lebensperspektiven zu entwickeln, Selbsthilfefähigkeiten zu fördern, soziale Aspekte des alltäglichen Umgangs mit der Krankheit professionell zu begleiten und bei Bedarf auch Angehörige oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen (Faltermaier, 2004). Gerade in der Rehabilitationsphase eignet sich die Angehörigenberatung als Unterstützungsmöglichkeit; allerdings wird diese Aufgabe seltener von Fachkräften wie Ärzten und Psychologen, sondern am ehesten von Selbsthilfegruppen übernommen (vgl. Domsch & Lohaus, 2009, S. 157). Zudem erfolgt eine Gesundheitsberatung bei chronischen Erkrankungen zumeist nicht präventiv, sondern üblicherweise punktuell und anlassbezogen, z.B. infolge einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. Behnke et al., 2001, S. 54 f.). Für die Durchführung effektiver Kurzinterventionen sind daher spezielle Kompetenzprofile erforderlich.

2.2 Professionelle Kompetenzen

Gesundheitsberater sollten sowohl über handlungsfeldspezifisches Wissen als auch über feldunabhängige Beratungskompetenzen verfügen. Aufgrund der „Doppelverortung“ (Engel et al., 2004, S. 35) in handlungsfeldspezifische und feldunspezifische Kompetenzen ist Beratung in zwei Diskurse zugleich eingebunden, nämlich erstens in den Bereich des Beratungs- und Interaktionswissens, zu dem z.B. Kommunikations-, Handlungs-, Veränderungs-, Kontext- und Prozessmodellen, Beratungsmethodologie oder Beratungsmethoden gehören, und zweitens in das Gebiet des handlungsfeldspezifischem Wissens, das z.B. Faktenwissen zur jeweiligen Problemlage, Kausalmodelle, Interventionsformen und gesetzliche Grundlagen umfasst (ebd.).

Da sich Gesundheitsberatung am komplexen biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell orientiert, sind vom Profil her weniger fachliche „Spezialisten“, sondern eher „Universalisten“ für die Beratungsarbeit geeignet, da sie das Wissen aus unterschiedlichen Gesundheitsbereichen in der Regel besser integrieren und für die Umsetzung von Interventionen verbinden können. Neben Kenntnissen der Theoriebasis, des aktuellen empirischen Forschungsstandes und einem fundierten Veränderungswissen bei Präventionsmaßnahmen, haben sich Praxiskompetenzen aus mindestens einem Spezialfachgebiet der Gesundheitsförderung als nützlich erwiesen. Darüber hinaus sollten Gesundheitsberater passende Methoden der psychosozialen Beratung anwenden und sich situationsangemessen an verschiedenen Beratungskonzepten orientieren können (vgl. Faltermaier, 2004, S. 1076 ff.).

In der Gesundheitsförderung haben sich nach Schleider und Huse (2011b) unter anderem die folgenden Basiskompetenzen der Beratung und Gesprächsführung bewährt: neben professionellem Zuhören, einfühelndem Verstehen, Akzeptanz sowie Selbstkongruenz sind Kompetenzen der Verhaltensanalyse und -änderung, der systemischen Analyse, der ressourcen- und lösungsorientierten Beratung, Kenntnisse aus der Diagnostik und Evaluation und die Fähigkeit zur Vermittlung von Wissen und praktischen Fertigkeiten von Vorteil (ebd., S. 67). Von den Berufsgruppen eignen sich somit für die Gesundheitsberatung vor allem Fachkräfte aus den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, die fundierte Beratungskompetenzen qua Berufsausbildung aufweisen bzw. eine Zusatzqualifikation aus der Beratung erworben haben (Faltermaier, 2004). Demgemäß kommen Fachkräfte aus verschiedenen Settings in Bereichen des Gesundheitswesens für die Gesundheitsberatung infrage. Neben Hausärzten kann Gesundheitsberatung durch Fachberater vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern, Patientenschutzorganisationen, Verbraucherberatungen, kommunale Einrichtungen, Patientenfürspre-

cher in Krankenhäusern, Selbsthilfeorganisationen, private medizinische Behandlungszentren und durch Fallmanagern aus Einrichtungen im Gesundheitswesen und den Kommunen erfolgen (vgl. Behnke et al., 2001, S. 57 f.). Darüber hinaus besteht neben der Face-to-Face-Beratung auch die Möglichkeit, eine Vielzahl an professionellen Online-Beratungsangeboten durch gemeinnützige Organisationen in Anspruch zu nehmen (für eine Übersicht: Eichenberg & Ott, 2012). Allerdings geht der Vorteil der Niedrigschwelligkeit von solchen „E-Health“-Angeboten auch mit Risiken, wie z.B. eine Überforderung durch die ungefilterte Flut an Informationen und Gesundheitsangeboten im Internet, einher (vgl. Domsch & Lohaus, 2009, S. 163). Dieser Aspekt der Selbsthilfe via Internet ist gerade bei chronischen Erkrankungen zu berücksichtigen, wie nachfolgend anhand des Unterstützungsbedarfs bei MS demonstriert werden soll.

3. Unterstützungsbedarf bei Patienten mit Multipler Sklerose

Unter den chronischen Erkrankungen betrifft vor allem MS hauptsächlich Menschen inmitten des erwerbsfähigen Alters, weshalb sie für Arbeitsmediziner ein bedeutendes Problem darstellt (Hoffmann et al., 2009, S. 12). Die Problematik bei der Diagnose und Therapie ergibt sich aus den Besonderheiten von MS.

3.1 Grundlagen der Multiplen Sklerose (MS)

MS bzw. Encephalomyelitis disseminata ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS), die sich durch ihren, individuell betrachtet, sehr heterogenen Verlauf auszeichnet (vgl. DGN, 2014, S. 2 ff., Heesen et al., 2006, S. 235). MS ist die häufigste neurologische Erkrankung im jungen Erwachsenenalter, die zu einer andauernden Behinderung führen kann (Hoffmann et al., 2009). Zwar wurde MS bislang den Autoimmunerkrankungen zugeordnet, allerdings wird diskutiert, ob es sich „möglicherweise nicht um eine einzelne Erkrankung, sondern um verschiedene Entitäten ähnlicher klinischer Manifestation handelt“ (ebd., S. 14).

3.1.1 Epidemiologie, Symptomatik und Verlaufsformen

Epidemiologie: MS gehört zu den häufigen chronischen Erkrankungen in Industrienationen oberhalb des Äquators (Oveisgharan et al., 2014, S. 53). Weltweit sind schätzungsweise 2.5 Millionen Menschen betroffen (DSMG, 2015a). Die Prävalenz von MS schwankt weltweit erheblich, auch weil es sich um keine meldepflichtige Erkrankung handelt (Hoffmann et al., 2009). Schätzungen zufolge beträgt die Anzahl der an MS Erkrankten in Deutschland, von denen ca. 70 % weiblichen Geschlechts sind, zwischen 120.000 und 140.000 Perso-

nen. Allerdings legen Krankenkassendaten aus Deutschland eine noch höhere Betroffenenzahl von bis zu 200.000 Personen nahe (DSMG, 2013b).

Symptomatik: Die Variabilität der MS-Symptomatik ergibt sich daraus, dass Läsionen in jeglichen Bereichen des ZNS auftreten können, die jeweils unterschiedliche neurologische Symptome hervorrufen. Auslöser sind Entmarkungsherde in der weißen Substanz im ZNS. Zu den am häufigsten betroffenen Regionen gehören die Sehnerven, das periventrikuläre Marklager, das Kleinhirn und das Zervikalmark. Entsprechend umfassen die Erstsymptome der MS zumeist Empfindungs- bzw. Gefühlsstörungen, Sehstörungen, Schwäche der Extremitäten und Gleichgewichtsstörungen, die bei Krankheitsbeginn üblicherweise als isolierte Symptome auftreten (vgl. Hoffmann et al., 2009, S. 14 f.). Was das Auftreten von psychiatrischen Komorbidität angeht, stellen Depressionen und Angststörungen die häufigsten Begleitstörungen beim Fortschreiten der MS dar (vgl. Marrie et al., 2015a, b).

Verlaufsformen: Diagnostisch grob unterschieden werden der schubförmige, der schub-förmig-progrediente, der primär progrediente und der sekundär progrediente Verlauf (Hoffmann et al., 2009, S. 15). Schübe sind episodisch auftretende Exazerbationen neurologischer Symptome bei der schubförmig-remittierenden MS (relapsing-remitting MS; RRMS), dem häufigsten MS-Phänotypen. Das Auftreten von Schüben korreliert relativ hoch mit dem Risiko einer unvollständigen Remission und bleibender Behinderung (Kalincik, 2015, S. 199). In etwa 85 % der Betroffenen leiden unter der RRMS und 10 bis 15 % unter der primär progredienten MS (primary progressive MS, PPMS). PPMS unterscheidet sich von RRMS u.a. durch einen späteren Krankheitsbeginn und der relativ schnellen Krankheitsprogression (McKay, Kwan, Duggan & Tremlett, 2015). Die Überlebensrate von MS-Patienten nähert sich, dank der Fortschritte in der Diagnostik und Therapie, in Westlichen Ländern dem Bevölkerungsdurchschnitt an (vgl. Hoffmann et al., 2009, S. 12).

3.1.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

Die Ursachen der MS gelten als weitestgehend ungeklärt, obgleich eine Kombination von Anlage- und Umweltfaktoren als sehr wahrscheinlich gilt (McKay et al., 2015). Für eine Anlage-Umwelt-Interaktion spricht z.B., dass MS zwar am häufigsten in der aus Nord-europa stammenden Bevölkerung auftritt, sich das Erkrankungsrisiko bei Migration vor dem 15. Lebensjahr jedoch an die Prävalenz des Einwanderungslandes anpasst (vgl. Hoffmann et al., 2009, S. 13). Zudem zeigt sich eine familiäre Häufung bei der MS, auch wenn ein erhöhtes Krankheitsrisiko erst bei einer zusätzlich geteilten Umwelt angenommen wird. Als risikoe erhöhende Umweltfaktoren werden z.B. Virusinfektionen im Kindesalter diskutiert (ebd.). Wie ein Review (vgl.

McKay et al., 2015) zu den Risikofaktoren für den Krankheitsverlauf von MS ergab, war die Exposition mit dem Epstein-Barr-Virus mit einem höheren Risiko für RRMS assoziiert. Als weitere Umweltfaktoren werden u.a. Vitamin-D-Mangel, Toxine und Stress erwogen (vgl. Hoffmann et al., 2009, S. 13). Selbst lange bestehende Annahmen des pathophysiologischen Modells wurden inzwischen revidiert. So wurde die MS zunächst als rein demyelinisierende Erkrankung mit entzündlichen Veränderungen im ZNS (sog. Plaques) angenommen. Nun wurde aber das Auftreten akuter axonaler Schädigungen, die mit dem Grad der klinischen Behinderung korrelieren, bereits in frühen Krankheitsstadien bestätigt. Während die Demyelinisierung die saltatorische Erregungsleitung verhindert und so die kontinuierliche Erregungsausbreitung verlangsamt, führen axonale Schädigungen zu einer dauerhaften Leitungsunterbrechung im ZNS und den entsprechenden funktionalen Ausfallerscheinungen (ebd.). Insofern ist es schwierig vorherzusagen, welche Faktoren zur Krankheit führen und wie sie verlaufen wird.

3.1.3 Diagnostik und Therapie

Diagnostik: Aufgrund der starken Variabilität der Symptomatik sowie des Verlaufs der MS und Ähnlichkeiten zu anderen ZNS-Erkrankungen, ist eine klinisch-neurologische Diagnosestellung mit Hindernissen verbunden. Da unspezifische und vorübergehende Symptome die Erstdiagnostik erschweren können, vergehen in der Regel ca. zwei Jahre zwischen dem Erstauftreten von neurologischen Symptomen und der definitiven Diagnose. Zur Diagnosestellung wie auch zur Verlaufskontrolle werden, im Einklang mit den McDonald-Kriterien, neben klinischen Anzeichen, verschiedene labormedizinische, bildgebende und elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen genutzt (Hoffmann et al., 2009, S. 16 f.). Betroffene werden also bereits im Zuge der Diagnostik mit Unsicherheiten konfrontiert.

Therapie: Abgrenzen lässt sich die Behandlung des akuten Schubs, bei dem zumeist entzündungshemmende Glukokortikoide verabreicht werden, von immunmodulierenden Therapien bei RRMS, immunsuppressiven Therapien bei schweren Krankheitsverläufen und der symptomatischen Behandlung von Begleitsymptomen (ebd., S. 17 f.). Am häufigsten werden krankheitsmodifizierende bzw. immunmodulierende Therapien (disease-modifying therapies; DMTs) bei RRMS eingesetzt, mit dem Ziel, die Schubrate zu reduzieren und das Vorschreiten der Behinderung zu verlangsamen. Zu den DMTs gehören Interferon-beta (beta-1a und beta-1b) und Glatirameracetat, die je nach Präparat in bestimmten zeitlichen Zyklen (z. B. wöchentlich) intramuskulär oder subcutan injiziert werden (Hansen et al. 2015, S. 2). Gerade bei den DMTs hat sich jedoch die langfristige Behandlungssadhärenz als gravierendes Problem herausgestellt. Laut einem Review von Menzin et al. (2013, S. 24 ff.) lag die Adhärenzrate bei

DMTs bei den 24 einbezogenen Studien zwischen 41 und 88 %. Ferner ergab eine Auswertung von Daten aus einem deutschen Register (vgl. Hansen et al., 2015), dass eine Behandlungadhärenz lediglich bei 30 bis 40 % der 50.057 Patienten, deren Daten vorlagen, festzustellen war. Zu den Folgen der Non-Adhärenz bei DMTs zählen häufigere Schübe, eine schnellere Krankheitsprogression und die erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Menzin et al., 2013, S. 24). Als häufigste Gründe für Non-Adhärenz werden bei Patientenbefragungen das Vergessen der Injektion, eine empfundene Unwirksamkeit, die Angst vor (Selbst-)Injektionen, unerwünschte Nebenwirkungen wie Reaktionen an der Injektionsstelle, Grippe-ähnliche Symptome und Fatigue infolge der Injektion berichtet (Menzin et al., 2013).

Als Alternative zur „first-line“-Medikation mit DMTs, gerade bei Patienten die wegen der Nebenwirkungen der permanenten Injektionen mit der Zeit non-compliant werden, wurde das oral einnehmbare Dimethylfumarat zugelassen, nachdem es sich in klinischen Studien als wirksame und sichere Therapie für RMMS erwiesen hat (Kawalec, Mikrut, Wisniewska & Pilc, 2014). Allerdings wurden Einzelfälle von lebensbedrohlichen Nebenwirkungen gemeldet, weshalb der Gemeinsame Bundesausschuss eine erneute Risikobeurteilung initiiert hat (DMSG, 2015). Insofern bestehen nicht bei der Diagnostik, sondern vor allem während der Behandlung Unsicherheitsfaktoren zur und Belastungen durch die Therapie.

3.2 Zielgruppenspezifische Handlungsfelder

Da die Diagnose MS mit einer immensen Unsicherheit einhergeht, sollten Patienten und ihre Angehörigen, idealerweise durch ein multidisziplinäres Team, von Beginn an umfassend und verständlich über MS informiert werden. Aufgrund des häufigen Auftretens von depressiven Episoden unter MS-Patienten, sollte bei Bedarf ein Psychologe hinzugezogen werden (Hoffmann et al., 2009). Allgemein geht eine psychiatrische Komorbidität bei MS-Patienten u.a. mit einer geringen Lebensqualität, mehr Fatigue und einer reduzierten Adhärenz bei DMTs verglichen mit nicht-depressiven Patienten einher (Marrie et al., 2015a).

Im Bereich der Selbsthilfe bestehen unterschiedliche, niedrigschwellige Unterstützungsangebote, wie z.B. die „Beratung-Hotline für schwer an MS erkrankte Menschen“ der DMSG. Zusätzlich können MS-bedingte Belastungen durch psychologische Stressmanagement-Interventionen reduziert werden (Pagnini, Bosma, Phillips & Langer, 2014). Allerdings liegt zur Effektivität von Programmen zur Verbesserung des Stressmanagements (vgl. Reynard, Sullivan & Rae-Grant, 2014) und des Selbstmanagements (vgl. Rae-Grant et al., 2011) eine noch zu geringe Evidenzbasis für MS vor. In der Primärprävention stehen vor allem standardisierte Gruppenangebote zur Verfügung (vgl. GKV-Spitzenverband, 2014). Diese können zwar Ge-

sundheitsberatung beinhalten, jedoch liegt ihr Fokus auf Informationsvermittlung über Krankheiten und Behandlungseinrichtungen (vgl. Faltermaier, 2004, S. 1079). Ferner existieren zwar vereinzelte Programme der Integrierten Versorgung für MS, jedoch wurden Disease Management Programme (DMP) für MS-Patienten im DMP-Bericht 2013 (vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung DMP, 2014) nicht berücksichtigt – ein Umstand, der angesichts der skizzierten Probleme bei MS wie der Non-Adhärenz und den damit verbundenen Kosten bemerkenswert erscheint.

Indes können die Erfahrungen mit anderen chronischen Krankheiten und dem Empowerment-Ansatz auf Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz bei MS-Immuntherapien übertragen werden. Trotz einer Zunahme der Non-Adhärenz seit Einführung der DMTs, sprechen Studien für rationale und verantwortliche Entscheidungen bei vielen MS-Patienten. Jedoch kann der Wunsch nach Entscheidungsautonomie mit einem unzureichenden Wissen über die Folgen eines Therapieabbruchs einhergehen (Heesen et al., 2006). Die Auflösung der (vermeintlichen) Diskrepanz zwischen der erwünschten Selbstbestimmung bzw. Empowerment und der unerwünschten Non-Adhärenz infolge von Informationsdefiziten bzw. unzureichender Health Literacy, stellt wie der Umgang mit den Krankheitsbelastungen einen Ansatzpunkt für die Gesundheitsberatung bei MS-Patienten dar.

4. Gesundheitsberatung für MS-Patienten im Handlungsfeld „Adhärenz“

Empowerment von MS-Patienten kann gerade angesichts der limitierten Ressourcen im Gesundheitswesen durch den verbesserten Wissensstand dazu beitragen, dass medizinische Konsultationen effizienter und zeitsparender ablaufen (vgl. Heesen et al., 2006, S. 237). Allerdings ergeben sich aus der Betrachtung aktueller Studienbefunde zur Verbesserung der Behandlungsadhärenz bei chronischen Erkrankungen inkonsistente Ergebnisse (Nieuwlaat et al., 2014). So ergaben Studien, so z.B. zu telemedizinischen Interventionen im Bereich Adhärenz (vgl. Hamine, Gerth-Guyette, Faulx, Green & Ginsburg, 2015), Hinweise darauf, dass eine umfassendere persönliche Unterstützung bei MS erforderlich sein könnte. Trotz ihrer limitierten zeitlichen Ressourcen im Praxisalltag wird im Gesundheitswesen gerade von Hausärzten erwartet, dass sie das Selbstmanagement ihrer chronisch kranken Patienten unterstützen, indem sie Basiskenntnisse zur Erkrankung und deren Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche vermitteln. Außerdem sollen sie Patienten im Sinne des Empowerment-Konzepts dazu befähigen, die Rolle eines aktiven „Krankheitsmanagers“ (Küver, Becker & Ludt, 2008, S. 471) zu übernehmen und informierte Entscheidungen zu treffen (ebd.). Als Praxishilfe dient das evidenzbasierte Rahmenkonzept Chronic Care Modell (vgl. Gensichen et al., 2006, S. 366). Das darin integrierte 5-A-Konzept könnte

aufgrund der zugrunde liegenden gesundheitspsychologischen Orientierung auch jenseits von Hausarztpraxen im Rahmen einer MS-spezifischen Gesundheitsberatung im Handlungsfeld „Adhärenz“ zur Anwendung kommen.

4.1 *Das 5-A-Konzept*

Die patientenzentrierte und handlungsorientierte Beratung nach der 5-A-Strategie (d.h. As-sess, Advise, Agree, Assist, Arrange) hat sich in der hausärztlichen Praxis als Instrument zur Selbstmanagement-Förderung bei chronisch kranken Patienten bewährt (Küver et al., 2008, S. 472 ff.). Das Konzept basiert auf dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM; vgl. Prochaska & Di Clemente, 1982), das die Stadien Absichtslosigkeit, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung beinhaltet (vgl. Rau & Petermann, 2008, S. 210). Darüber hinaus verwendet das Konzept als Methode die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; MI; vgl. Miller & Rollnick, 2013). Zwar wurde MI auf Basis des TTM entwickelt, hat sich aber längst als eigenständige Beratungsmethode in verschiedenen Settings etabliert, so auch bei der hausärztlichen Gesundheitsberatung. Zusammengefasst lässt sich das 5-A-Konzept in die folgenden fünf Phasen untergliedern, die jeweils ein Beratungsstadium mit speziellen Kurzinterventionen umfassen (Küver et al., 2008, S. 472 f.):

1. Assess – Ziel: „Erfassung des (Problem-)verhaltens und der Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung (Motivation, Einstellungen, Barrieren)“
2. Advise – Ziel: „Klare, individualisierte Verhaltensberatung“
3. Agree – Ziel: „Festlegung von gemeinsamen Zielen in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft des Patienten“
4. Assist – Ziel: „Unterstützung auf dem Weg zur Verhaltensänderung bzw. zur Beibehaltung des Wunschverhaltens“
5. Arrange – Ziel: „Kontinuierliche Langzeit-Betreuung“ (vgl. ebd.)

Dabei sollte das Veränderungsstadium nicht nur zu Beginn der Beratung, sondern bei jedem Beratungsgespräch erneut ermittelt werden. Zur Förderung der Selbstmanagementfähigkeit sollte der Beratung eine Patientenschulung vorausgehen. So können mithilfe der verhaltenorientierten Beratung die durch eine Patientenschulung angeregten Selbstmanagementprozesse langfristig besser aufrechterhalten werden (ebd., S. 475). Als Setting eignen sich neben Hausarztpraxen vor allem MS-Behandlungszentren. Da klientenzentrierte Techniken wie MI einen Wandel vom vorschreibenden hin zum supportiven Vorgehen auf Seiten des Behandlers implizieren, liegt es nahe, MI standardmäßig z.B. in die medizinische Aus- und Weiterbildung von Neurologen und Psychiatern zu implementieren (vgl. Mechtcheriakov & Rettenbacher, 2012, S. 187). Neben Ärzten eignen sich z.B. auch Krankenschwestern und Krankenpfleger mit einer Spezialisierung auf

MS und einer Qualifizierung klientenzentrierter Beratung für die Gesundheitsberatung nach dem 5-A-Konzept. Nichtsdestotrotz könnten eine Auslagerung der Beratung aus dem Behandlungssetting sowie der flexible, selektive Einsatz einzelner Elemente des 5-A-Konzepts, wie z.B. MI, angesichts der stark schwankenden Belastbarkeit und einer negativen Besetzung des Medizin-betriebs mit der Krankheit für die Gesundheitsberatung von MS-Patienten sinnvoll sein.

4.2 *Motivational Interviewing*

Bei MI nach Miller und Rollnick (2013) handelt es sich um eine klientenzentrierte Kurzinterventionsmethode zur Förderung der intrinsischen Motivation bei der Änderung eines schädlichen Verhaltens (vgl. Demmel, 2011; Mechtcheriakov & Rettenbacher, 2012). Dabei sollen Klienten mithilfe spezieller Gesprächstechniken unterstützt werden, nicht nur ihr Problemverhalten selbst zu erkennen, sondern auch neue, alternative Kognitionen zur Problembewältigung zu entwickeln (vgl. Küver et al., 2008, S. 473). Hierfür werden Klienten vom Berater nicht als per se unmotiviert, sondern als ambivalent bezüglich der intendierten Verhaltensänderung angesehen (vgl. Mechtcheriakov & Rettenbacher, 2012, S. 188). Daneben stellt der Aufbau einer guten therapeutischen Arbeitsallianz, in der ein Klient als Experte seines eigenen Lebens betrachtet wird, ein wichtiges Merkmal von MI beim Umgang mit psychischen Belastungen und Problemen dar. Durch das Einräumen von Eigenverantwortung sollen Veränderungswiderstände beim Klienten vermindert und so die Motivation zur Verhaltensänderung erhöht werden (vgl. Lundahl & Burke, 2009, S. 1233). Die Basis der Interventionen bilden das Ausdrücken von Empathie durch aktives Zuhören, die Vermeidung von Konfrontationen, das Bestärken von Selbstwirksamkeit, das Aufzeigen von Dissonanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und Lebenszielen sowie das Erarbeiten von Bewältigungsstrategien in Bezug auf die intendierte Verhaltensänderung (vgl. Küver et al., 2008, S. 473).

Zunächst in der sozialtherapeutischen Behandlung des Alkoholismus etabliert (vgl. Demmel, 2011; Miller & Rollnick, 2013; Vasilaki, Hosier & Cox, 2006, S. 381), hat sich das Anwendungsspektrum von MI stark ausgeweitet. So hat sich MI in der Behandlung von diversen, auf den Lebensstil bezogenen Beschwerden in 75 % der Studien in einer Übersichtsarbeit als wirksame Intervention erwiesen (vgl. Rubak et al., 2005, S. 305). So wurde MI zur Förderung der Behandlungsdhärenz bei chronischen Erkrankungen (vgl. Demmel, 2011), z.B. bei Schmerzstörungen (vgl. Rau & Petermann, 2008), oder zur Erhöhung der Bereitschaft zur Aufnahme einer neuropsychologischen Rehabilitation (vgl. Medley & Powell, 2010) eingesetzt. Ferner ergaben klinische Studien zum Einsatz von MI in der Primärversorgung, dass bereits ab einer MI-Sitzung, die 15 bis 20 Minuten umfasste, zumindest kurzzeitige Verbesserungen in lebensstilbezogenen Problemberei-

chen erzielt werden konnten (VanBuskirk & Loebach Wetherell, 2014, S. 768). Daher wird MI das Potenzial zugesprochen, als kostengünstige und effektive Methode zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen zu können (Lundahl & Burke, 2009, S. 1243).

Zum Erlernen von MI auf Seiten des Beraters steht ein Manual zur Verfügung, das auf einem achtstufigen Modell basiert (vgl. Miller & Moyers, 2006, S. 4 ff.). Jedoch wiesen in Studien Anwender des Manuals schlechtere Behandlungsergebnisse auf als Behandler, die MI ohne Nutzung des Manuals eingesetzt haben (vgl. Lundahl et al., 2010, S. 150 ff.). Dies könnte daran liegen, dass sich Manual-Anwender zu stark auf Veränderungen konzentrieren und damit mehr Widerstände bzw. Reaktanz bei Klienten auslösen (vgl. Lundahl & Burke, 2009). Daher sei nach Miller und Rollnick (2013, S. 285) das Anwenden des MI-Manuals nur bedingt zu empfehlen, da Flexibilität erforderlich sei, um prompt auf die Signale von Klienten reagieren und so MI effektiv umsetzen zu können.

Als Kontraindikation für den Einsatz von MI in der Gesundheitsberatung bei MS könnte sich erweisen, dass MI für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen je nach Krankheitsverlauf und –phase ungeeignet ist, da die Methode relativ hohe Anforderungen an die Klienten stellt (vgl. Lundahl & Burke, 2009, S. 1241). Da MS einen sehr heterogenen Verlauf aufweist (vgl. Heesen et al., 2006, S. 235), sollte die Entscheidung für MI-Interventionen stets von der aktuellen Situation des Klienten bzw. Patienten abhängig gemacht werden. So kann auch eine kurzfristige oder endgültige Unterbrechung einer Intervention aufgrund des Krankheitsgeschehens nicht ausgeschlossen werden.

Ein höheres Maß an Flexibilität und mehr Möglichkeiten für die Integration in den Alltag werden medienvermittelten MI-Interventionen zugeschrieben. Daher wurden insbesondere telefonbasierte MI-Formate zur Verbesserung der Behandlungssadhärenz bei verschiedenen chronischen Erkrankungen erprobt (vgl. Teeter & Kavookjian, 2014, S. 372 ff.). So konnte eine telefonbasierte MI-Intervention in einer Studie von Berger, Liang & Hudmon (2005) die Adhärenz bei MS-Patienten im Rahmen der DMT-Behandlung signifikant verbessern. Darüber hinaus konnte eine telemedizinische MI-Intervention für die Rehabilitationsphase bei körperlich eingeschränkten MS-Patienten zur Verbesserung funktionaler Aktivitäten, zu weniger an Fatigue und mehr an subjektiver Lebensqualität beitragen (vgl. Khan, Amatya, Kesselring & Galea, 2015). Trotz der ermutigenden Befunde muss jedoch festgehalten werden, dass zum Einsatz von MI bei MS, erst recht bezogen auf medienvermittelte Formate, eine noch zu geringe Evidenzbasis zum Nutzen, zu Wirkung und Nebenwirkungen vorliegt. Daher sollte über den Einsatz von MI oder anderer Verfahren in der Gesundheitsberatung nicht allein die Studienlage oder Praxiserfah-

rungen, sondern der Ratsuchende als Experte „seiner“ MS-Erkrankung in erster Linie (mit-)bestimmen.

5. Fazit und Ausblick

Ziel des vorliegenden Beitrags war es zu klären, inwiefern eine professionelle Gesundheitsberatung zu einer bedarfsgerechten Versorgung von MS-Patienten, insbesondere im Hinblick auf Probleme der Langzeitbehandlung, beitragen kann. Der Beratungsbedarf konnte neben Spezifika von MS-Erkrankungen auch aus den aktuellen Problemfeldern der Gesundheitspolitik und Versorgungssituation bei chronischen Krankheiten (vgl. Brinkmann-Göbel, 2001; SVG Gesundheit, 2009) hergeleitet werden. So erschweren die Verhältnisse im Gesundheitssystem u.a. den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, die den jeweiligen Betroffenen und seine Angehörigen maßgeblich entlasten könnte (vgl. Mehnert et al., 2012, S. 1134 ff.). Die Notwendigkeit einer angemessenen Informationsvermittlung und professionellen Begleitung während der langfristigen, beanspruchenden Therapie schlägt sich bei MS vor allem in den relativ hohen Non-Adhärenz-Raten bei den invasiven Immuntherapien nieder (vgl. Menzin et al., 2013, S. 24). Zur Kompensation der bestehenden Defizite könnte eine auf die Besonderheiten von MS ausgerichtete Gesundheitsberatung neue Perspektiven in der Versorgung eröffnen. So gehören neben Information, Begleitung, Schnittstellenmanagement, Vermittlung, Koordination- und Steuerung und der Anwaltsfunktion ebenso die Stärkung von Empowerment und Motivationsförderung zu den Funktionen der Gesundheitsberatung (vgl. Behnke et al., 2001, S. 55 f.). Somit könnte eine auf die Bedürfnisse von MS-Patienten zugeschnittene Beratung, insbesondere unter Berücksichtigung des Empowerment-Ansatzes, dabei helfen, das Selbstmanagement und somit die Behandlungsadhärenz nachhaltig zu verbessern (vgl. Heesen et al., 2006, S. 237). Als Methoden zur Verbesserung des Selbstmanagements sowie der Adhärenz im Speziellen eignen sich hierfür vor allem patientenzentrierte und handlungsorientierte Konzepte wie das 5-A-Konzept (vgl. Klüver et al., 2008) und darin integrierte MI-Techniken nach Miller und Rollnick (2013). Ein Vorteil des selektiven Einsatzes von MI gegenüber dem kompletten 5-A-Konzept besteht darin, dass es außerhalb des hausärztlichen Settings flexibel und störungsunspezifisch durch unterschiedliche Professionen angewandt wird und als leicht erlernbar gilt (vgl. Lundahl & Burke, 2009, S. 1232 ff). So lässt sich MI als einzelne Kurzintervention leichter an die Situation des Patienten und den Krankheitsverlauf von MS anpassen. Um eine Integration in den Alltag zu erleichtern, lässt sich das MI-Konzept im Rahmen von medienvermittelten Interventionen umsetzen (Khan et al., 2015). Allerdings kann die Studienlage zur Verbesserung des Selbstmanagements und der Adhärenz bei MS mithilfe verschiedener Programme, sei mit oder

ohne Medieneinsatz, als unzureichend klassifiziert werden (vgl. Nieuwlaat et al., 2014). Darüber hinaus sollte die Auswahl und der Einsatz einer motivierenden Interventionsstrategie stets von den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten abhängen (vgl. Hoyer & Lang, 2011, S. 504). Zudem ist im Falle der Non-Adhärenz bei MS-Patienten nicht auszuschließen, dass diese „auf einer verantwortungsvollen und rational nachvollziehbaren Entscheidung basieren, bzw. Ausdruck von Entscheidungsautonomie“ (Heesen et al., 2006, S. 234) sind. Mit der angemessenen Bearbeitung von solchen komplexen Problemstellungen bei MS kann eine professionelle Gesundheitsberatung nicht nur dem Patienten, sondern auch der Versorgung einen Dienst erweisen. Insofern hat die vorliegende Illustration einer Gesundheitsberatung für MS-Patienten im Handlungsfeld „Adhärenz“ einen kleinen Ausschnitt dessen beleuchten können, was im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung von chronisch kranken Menschen mithilfe von Gesundheitsberatung bereits möglich ist, was angewandt wird, was noch erforscht wird und was zukünftig möglich gemacht werden sollte.

Zusammenfassung

Angesichts der aktuellen Problemfelder im Gesundheitswesen und mit der Forderung nach Umsetzung salutogenetischer Ansätze wie auch der Stärkung von Empowerment und partizipativer Entscheidungsfindung besteht gerade bei der Begleitung von Menschen mit chronischen-degenerativen Erkrankungen ein deutlicher Handlungsbedarf für die professionelle Gesundheitsberatung. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit des Empowerment-Ansatzes lässt sich exemplarisch an dem unzureichend gedeckten Informationsbedürfnis von Menschen mit Multipler Sklerose (MS), der „Krankheit mit den tausend Gesichtern“, skizzieren. Die MS stellt die häufigste chronische neurodegenerative Erkrankung im jungen Erwachsenenalter dar, die mit hohen Non-Adhärenz-Raten bei Immuntherapien einhergeht, die wiederum mit negativen Effekten auf den Krankheitsverlauf assoziiert sind. Im Gegensatz zu anderen chronischen Erkrankungen scheint die Non-Adhärenz bei MS-Patienten nicht zwangsläufig im Widerspruch zum aktiven Streben nach Selbstbestimmung und Autonomie zu stehen. Hier könnte eine auf MS-spezialisierte Gesundheitsberatung als „Hilfe zur Selbsthilfe“ ansetzen, indem sie Patienten eine umfassende Grundlage für informierte Entscheidungen ermöglicht und empirisch fundierte Strategien für den dauerhaften Umgang mit der Krankheit vermittelt. Ziel dieses Beitrags ist es daher, zu klären, inwiefern eine Gesundheitsberatung für MS-Patienten einen über bestehende Angebote hinausgehenden Nutzen im Handlungsfeld „Adhärenz“ erbringen kann. Hierfür werden unterschiedliche Möglichkeiten von ressourcenorientierten und klientenzentrierten Beratungsansätzen wie die 5-A-Strategie vorgestellt. Als besonders vielsprechend im Hinblick auf die Anforderungen einer MS-Erkrankung erscheinen Kurzinterventionen wie Motivierende Gesprächsführung, die auch als E-Mental-Health-Variante bzw. im Rahmen der Online-Beratung als orts- und zeitunabhängige Form der Selbsthilfe eingesetzt werden kann. Zwar ist die Evidenzbasis für klientenzentrierte Kurzinterventionen zur Förderung der Behandlungsadhärenz bei MS noch lückenhaft, allerdings deuten erste positive Studienbefunde auf das Potenzial für die Gesundheitsberatung hin. Insofern eröffnet eine auf MS zugeschnittene personenzentrierte, theoriegeleitete und evidenzbasierte Gesundheitsberatung für MS-Patienten Perspektiven und Möglichkeiten, die es noch elaborieren gilt.

Schlüsselwörter: Gesundheitsberatung, Multiple Sklerose, Adhärenz, klientenzentrierter Ansatz, 5-A-Strategie, Motivierende Gesprächsführung, E-Mental-Health, Online-Beratung, Empowerment, partizipative Entscheidungsfindung.

Abstract

Concerning current problem areas in health care, as well as the demand for implementation of salutogenetic approaches and strengthening shared decision-making, there is a special need to support people with chronic-degenerative diseases via professional health counselling. The discrepancy between the desired and actual state of empowerment-approaches can be outlined through considering unmet information needs of persons with Multiple Sclerosis (MS), the so-called 'disease with thousand faces'. MS is the most common chronic neurodegenerative illness among young adults that is associated with high non-adherence rates to immune modulating therapies, and thus negative outcomes for the disease course. In contrast to other chronic diseases, non-adherence in MS-patients is not necessarily contradicting an active seeking for self-determination or autonomy. Here, health counselling as special form of "help for self-help" for MS could be used in order to provide patients with a comprehensive base for informed decision and empirically grounded strategies for long-term coping with the disease. Hence, the aim of this article is to clarify how health counselling for MS-patients is able to provide an added value to existing services in terms of adherence as field of action. Therefore, different options of resource-orientated and client-centered counselling approaches, such as the 5-A-strategy, will be presented. Regarding the demands due to MS-disease, short-term interventions like motivational interviewing that is also available as e-mental health-option and can provided within online counselling appear to be an especially promising form of self-help without barriers due to place and time. However, the evidence base for client-centered short-term intervention for the promotion of adherence to treatment in MS is yet fragmentary, but first positive findings from trials indicate the potential for health counselling. Thus, person-centered, theory-guided and evidence-based health counselling specialised for MS-patients is able to open up new vistas and possibilities that have to be elaborated in the future.

Keywords: Health counselling, Multiple Sclerosis, Adherence, Client-centered Approach, 5-A-strategy, Motivational Interviewing, E-Mental Health, Online Counselling, Empowerment, Shared Decision-Making.

Literatur

- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Education & Counseling*, 79(3), 277-282.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Behnke, K., Demmler, G. & Unterhuber, H. (2001). Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.): *Handbuch für Gesundheitsberater*, 1. Aufl. Bern: Hans Huber, S. 50-62.
- Berger, B.A., Liang, H. & Hudmon, K.S. (2005). Evaluation of software-based telephone counseling to enhance medication persistency among patients with multiple sclerosis. *Journal of the American Pharmacists Association* (2003), 45(4), 466-472. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*, Bd. I. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1-8.
- Brinkmann-Göbel, R. (2001). Gesundheitsberatung – zur Relevanz eines „neuen“ Elements im Gesundheitswesen. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.): *Handbuch für Gesundheitsberater*, 1. Aufl. Bern: Hans Huber, S. 13-32.
- Demmel, R. (2011). Motivational Interviewing, In: M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*, Kap. 44, S. 233-237. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 153-170.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2014). Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose (zuletzt abgerufen am 25.10.2015 unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-050l_S2e_Multiple_Sklerose_Diagnostik_Therapie_2014-08_verlaengert.pdf).

- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) (2013a). Was ist Multiple Sklerose? Stand: 15.04.2013 (zuletzt abgerufen 23.10.2015 am unter: <http://dmsg.de/multiple-sklerose-infos/index.php?w3pid=ms>).
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) (2013b). Muss die Zahl der Multiple Sklerose-Erkrankten in Deutschland deutlich nach oben korrigiert werden? Stand: 16.04.2013 (zuletzt abgerufen am 23.10.2015 unter: <http://dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.php?w3pid=news&kategorie=forschung&anr=4776>).
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) (2015). Dimethylfumarat in der Multiple Sklerose-Therapie: G-BA startet weiteres Stellungnahmeverfahren. Stand: 30.06.2015 (zuletzt abgerufen am 23.10.2015 unter: <http://dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.php?w3pid=news&kategorie=therapien&anr=5658>).
- Domsch, H. & Lohaus, A. (2009). Gesundheitsberatung. In: Warschburger, P. (Hrsg.): Beratungspsychologie, 1. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin, S. 153-170.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2012). Klinisch-psychologische Intervention im Internet - Ein Review zu empirischen Befunden störungsspezifischer Angebote. *Psychotherapeut*, 1, 58– 69.
- Engel, F., Nestmann, F. & Siekendiek, U. (2004). „Beratung“ – Ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Nestmann, F., Engel, F., Siekendiek, U. (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung*, Bd. 2. Tübingen: dgvt, S. 33-43.
- Faltermaier, T. (2004). Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F., Engel, F., Siekendiek, U. (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung*, Bd. 2. Tübingen: dgvt, S. 1063-1082.
- GKV-Spitzenverband (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. (http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf; zuletzt abgerufen am 17.10.2015).
- Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., Müller de Cornejo, G. et al. (2006). Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 100, 365–374.
- Hamine, S., Gerth-Guyette, E., Faulx, D. Green, B. & Ginsburg, A.S. (2015). Impact of Health Chronic Disease Management on Treatment Adherence and Patient Outcomes: A Systematic Re-view. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2): e52. doi: 10.2196/jmir.3951.
- Hansen, K., Schüssel, K., Kieble, M., Werning, J., Schulz, M., Friis, R. et al. (2015). Adherence to Disease Modifying Drugs among Patients with Multiple Sclerosis in Germany: A Retrospective Cohort Study. *PLoS One*, 10(7):e0133279. doi: 10.1371/journal.pone.0133279.
- Heesen, C., Berger, B., Hamann, J. & Kasper, J. (2006). Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MS – Schlagworte oder Wegweiser? *Neurologie & Rehabilitation*, 12(4), 232-238.
- Heckman, C.J., Egleston, B.L. & Hofmann, M.T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19(5), 410-416.
- Hoffmann, S., Vitzthum, K., Mache, S., Spallek, M., Quarcoo, D., Groneberg, D.A. et al. (2009). Multiple Sklerose: Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Praktische Arbeitsmedizin*, 17, 12-18.
- Horch, K., Ryl, L., Hintzpeter, B. & Dierks, M.L. (2011). Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 2(2) (zuletzt eingesehen am 07.10.2015 unter www.rki.de/gbe-kompakt).
- Hoyer, J. & Lang, Th. (2011). Motivierende Interventionsstrategien. In: H.-U. Wittchen, Jürgen Hoyer et al., *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 503-510.
- Kalincik, T. (2015). Multiple sclerosis relapses: epidemiology, outcomes and management: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 44, 199-214.
- Kawalec, P., Mikrut, A., Wisniewska, N. & Pilc, A. (2014). The effectiveness of Dimethyl Fumarate monotherapy in the treatment of relapsing-remitting Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Current Neuropharmacology*, 12, 256-268.

- Khan, F., Amatya, B., Kesselring, J. & Galea, M.P. (2015). Telerehabilitation for persons with multi-ple sclerosis: A Cochrane review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(3), 311-325.
- Koch-Gromus, U. & Kreß, H. (2012). Arzt-Patient-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 1081-1084.
- Küver, C., Becker, A. & Ludt, S. (2008). Beratung und Schulung von Menschen mit chronischen Krankheiten. DEGAM-Serie: Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 84, 471-476.
- Lippitt, G. & Lippitt, R. (2015). Beratung: Ein Bedürfnis nach Kompetenz. In: Lippitt, G. & Lippitt, R. (Hrsg.). *Beratung als Prozess*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 67-86.
- Lück, H.E., Rechten, W. & Sewz, G. (2011). Personzentrierte Beratung – Möglichkeiten in neuen Tätigkeitsfeldern. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* *Gruppendynamik Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie*, 42:1-3. DOI 10.1007/s11612-011-0137-8.
- Lundahl, B. & Burke, B.L. (2009). The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65(11), 1232-1245.
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B.L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20: 137-160.
- Marrie, R.A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen P. et al. (2015a). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3), 305-317. doi: 10.1177/1352458514564487.
- Marrie, R.A., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sørensen, P.S., Reingold, S. et al. (2015b). A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: overview. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3), 263-281. doi: 10.1177/1352458514564491.
- McKay, K.A., Kwan, V., Duggan, T. & Tremlett, H. (2015). Risk factors associated with the onset of relapsing-remitting and primary progressive multiple sclerosis: a systematic review. *BioMed Research International*, 2015: 817238. doi: 10.1155/2015/817238.
- Mechtcheriakov, S. & Rettenbacher, M. (2012). Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie*, 26, 187-191.
- Medley, A.R. & Powell T. (2010). Motivational Interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury: A conceptual review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), 481-508.
- Mehnert, A., Lehmann, U. & Koch, U. (2012). Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 1134-1143.
- Menzin, J., Caon, C., Nichols, C., White, L.A., Friedman, M. & Pill, M.W. (2013). Narrative review of the literature on adherence to disease-modifying therapies among patients with multiple sclerosis. *JMCP Academy of Managed Care Pharmacy*, 19(1 Suppl A), S. 24-40.
- Miller, W.R. & Moyers, T.B. (2006). Eight Stages in Learning Motivational Interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), 3-17.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*, 3rd ed. New York, London: Guilford Press, pp. 371-386.
- Nestmann, F. (2004). Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung*, Bd. 2. Tübingen: dgvt, S. 547-558.
- Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., Agoritsas, T. et al. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 Nov 20;11:CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4. (zuletzt abgerufen am 27.10.2015 unter http://www.researchgate.net/publication/268513077_Interventions_for_enhancing_medication_adherence_%28Review%29).
- Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme (Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung DMP) (2014). *Qualitätssicherungsbericht 2013. Disease-Management-Programme in Nordrhein*. Düsseldorf, Dezember 2014 (zuletzt eingesehen am 26.10.2015 unter: https://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp13.pdf).
- Oveisgharan, S., Hosseini, S.S., Arbabi, M. & Nafissi, S. (2014). Stress differentially predicts multiple sclerosis relapses. *Neurology Asia*, 19(1), 53-58.

- Pagnini, F., Bosma, C.M., Phillips, D. & Langer, E. (2014). Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. *BMC Neurology*, 14:222 (zuletzt abgerufen am 20.10.2015 unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/14/222>).
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276-288.
- Rae-Grant, A.D., Turner, A.P., Sloan, A., Miller, D., Hunziker, J. & Haselkorn, J.K. (2011). Self-management in neurological disorders: systematic review of the literature and potential interventions in multiple sclerosis care. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 48(9), 1087-1100.
- Reynard, A.K., Sullivan, A.B. & Rae-Grant, A. (2014). A Systematic Review of Stress-Management Interventions for Multiple Sclerosis Patients. *International Journal of MS Care*, 16(3): 140–144. doi: 10.7224/1537-2073.2013-034.
- Rau, J. & Petermann, F. (2008). Motivationsförderung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz*, 22, 209-219.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2014) Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin. www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014).
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2006). Zur Entwicklung von Konzepten und Methoden der Prävention. *Psychotherapeut*, 51(6), 412-420. doi: 10.1007/s00278-006-0511-0.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2009). *Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009 Kurzfassung (zuletzt eingesehen am 25.10.2015 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf).
- Schleider, K. & Huse, E. (2011a). Theoretische Grundlagen. In: Schleider, K. & Huse, E. (Hrsg.). *Problemfelder und Methoden in der Beratung in der Gesundheitspädagogik*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 15-66.
- Schleider, K. & Huse, E. (2011b). Basiskompetenzen in der gesundheitsbezogenen Beratungsarbeit. In: Schleider, K. & Huse, E. (Hrsg.). *Problemfelder und Methoden in der Beratung in der Gesundheitspädagogik*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 67-86.
- Schön, M. (2007). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Heidelberg: Springer.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29.
- Teeter, B.S. & Kavookjian J. (2014). Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review. *Translational Behavioral Medicine*, 4(4), 372-381.
- VanBuskirk K.A. & Loebach Wetherell, J. (2014). Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 768–780.
- Van den Bussche, H., Eisele, M., Schäfer, I., Bachmann, C. & Kaduszkiewicz, H. (2007). Die chronisch Kranken und ihre speziellen Versorgungsprobleme. In: Böcken, J., Braun, B. & Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2007 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 54-75 (zuletzt abgerufen am 7.10.2015 unter http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200703-Beitrag.pdf).
- Vasilaki, E.I., Hosier, S.G., Cox, W.M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328-335.
- World Health Organization (WHO) (1946/2015). *Health* (zuletzt abgerufen am 07.10.2015 unter <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>).
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, 1986 (zuletzt abgerufen am 07.10.2015 unter

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1).

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|---|
| DGN | Deutsche Gesellschaft für Neurologie |
| DMP | Disease-Management-Programm |
| DMSG | Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft |
| DMTs | Disease modifying therapies |
| GEDA | Gesundheit in Deutschland aktuell |
| ICD | International Classification of Diseases |
| MI | Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) |
| MS | Multiple Sklerose |
| RKI | Robert-Koch-Institut |
| SVR | Sachverständigenrat |
| TTM | Transtheoretisches Modell (der Verhaltensänderung) |
| WHO | World Health Organization |
| ZNS | Zentrales Nervensystem respektive Zentralnervensystem |

Jennifer A. Apolinário-Hagen, Dr. rer. medic. Dipl.-Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FernUniversität in Hagen. Institut für Psychologie, LG Gesundheitspsychologie. **FernUniversität in Hagen. Universitätsstr. 33. D-58084 Hagen** 02331 987 2272, Jennifer.Apolinario-Hagen@fernuni-hagen.de

Engl, J. & Thurmaier, F. (2005). KOMKOM – ein hochwirksames Kommunikationstraining in der Eheberatung. *Beratung Aktuell*, 1: 22-40.
2016 ergänzt um Kapitel 7 (Erfahrungen 10 Jahre nach Einführung von KOMKOM) mit zusätzlicher Literatur

Joachim Engl & Franz Thurmaier

KOMKOM – ein hochwirksames Kommunikationstraining in der Eheberatung

1. Überblick

KOMKOM (KOMmunikationsKOMpetenz – Training in der Paarberatung) ist ein Angebot der Eheberatung in Form eines intensiven Paarkommunikationstrainings von 8 x 2½ Stunden mit 3-4 Paaren und 2 Trainern. KOMKOM wurde am Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie, einer Einrichtung des erzbischöflichen Ordinariats München, von uns entwickelt (Engl & Thurmaier 2003b), damit Beziehungskrisen seltener in Trennung und Scheidung enden. Das Projekt wurde im Auftrag der Erzdiözese München und Freising und des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen durchgeführt.

Mit der 3-jährigen wissenschaftlichen Begleitung einer Münchner Pairstichprobe wurde die erste Langzeitstudie innerhalb der deutschen Eheberatung abgeschlossen. Die kurz- und langfristigen Ergebnisse sind ausgesprochen ermutigend. Die anfangs noch hoch belasteten Paare waren nach dem KOMKOM-Training in allen erhobenen Bereichen deutlich und dauerhaft zufriedener.

Die lang anhaltenden Verbesserungen erstrecken sich auf die Kommunikationsqualität, die körperlichen und seelischen Allgemeinesbeschwerden, die Problembelastung und ebenso auf verschiedene Bereiche der Beziehungsqualität wie die jeweilige Zufriedenheit mit Gemeinsamkeit, mit der Freizeitgestaltung, mit Sexualität. Auch die Zufriedenheit mit der Kindererziehung erhöht sich nach dem Kurs deutlich. Männer und Frauen profitieren gleichermaßen. Die Teilnehmer selbst sind hochzufrieden mit dem Programm, das die bislang besten Ergebnisse deutscher Eheberatungsstudien vorlegen konnte.

KOMKOM ist sehr übungintensiv. Jedes Paar trainiert für sich in einem eigenen Raum und wird von den Trainern abwechselnd nach einer speziellen Interventionsmethode begleitet.

KOMKOM ist eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der bekannten Programme EPL und KEK² und stellt einen neuen Ansatz in der Ehe- und Partnerschaftsberatung dar. Das Programm gründet auf den Befunden der umfangreichen Langzeitstudien über EPL und KEK und wurde zusätzlich an einer kleineren Stichprobe von 36 Beratungsparen auf seine kurz- und längerfristige Effektivität hin evaluiert.

Die Fortbildung in KOMKOM (bislang über 100 Eheberater und Paartherapeuten) wird nach einem Curriculum der Programmautoren durchgeführt. Die Kursorganisation und Supervision erfolgt über die jeweiligen Ehe-, Familien und Lebensberatungsstellen. KOMKOM kann auch im Einzelsetting mit einem Paar durchgeführt werden.

2. Interaktionsqualität als Prädiktor des Eheverlaufs

Die Vergleichbarkeit der häufigsten Problemthemen bei zufriedenen wie unzufriedenen Paaren stützt die verhaltenstheoretische Annahme, dass die Interaktion der Partner für das Eheglück entscheidend sein muss, da langfristig zufriedene Paare vorhandene Probleme offensichtlich besser bewältigen, quasi ihnen die Spitze nehmen können. Und mit diesem Faktor „Interaktion“ hängt die Ehezufriedenheit langfristig auch am engsten zusammen. Wie die meisten Eheverlaufsstudien zeigen (Übersicht s. Engl, 1997), korreliert mangelhafte Kommunikation bzw. die Schwierigkeit, befriedigende und konstruktive Lösungen für familiäre Konflikte zu finden, mit zahlreichen Proble-

² KEK (KONSTRUKTIVE EHE UND KOMMUNIKATION - Ein Kurs zur Weiterentwicklung von Partnerschaft) wurde von Dr. Joachim Engl und Dr. Franz Thurmaier vom Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie e.V. in München, entwickelt (Engl & Thurmaier, 1998). Es stellt eine zielgruppenspezifische Erweiterung des bekannten Ehevorbereitungsprogramms EPL (EIN PARTNERSCHAFTLICHES LERNPROGRAMM) dar.

EPL wurde erarbeitet von Dr. Franz Thurmaier und Dr. Joachim Engl vom Münchner Institut sowie von Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Technische Universität Braunschweig (Thurmaier, Engl & Hahlweg, 1995).

Sowohl EPL als auch KEK wurden in groß angelegten Langzeitstudien überprüft. Hier ergaben sich kurz- und längerfristig überaus günstige Effekte auf das Gesprächsverhalten, die Beziehungsqualität und die Ehestabilität der trainierten Paare. Diese Erfolge führten zu einer wachsenden Verbreitung von EPL und KEK im gesamten deutschsprachigen Raum. Das Angebot wird im Wesentlichen von Einrichtungen der katholischen Kirche organisiert.

men (Unzufriedenheit mit der Partnerschaft, Trennung, Scheidung, negative Kindesentwicklung, Gewaltanwendung gegenüber Partner und Kind). Nach einer Metaanalyse von 115 Langzeitstudien aus dem Bereich der Partnerschaftsforschung fanden Karney und Bradbury (1995) heraus, dass sowohl die Qualität als auch die Stabilität von Partnerschaften am stärksten durch das Kommunikations- und Interaktionsverhalten der Partner beeinflusst werden.

Wir sind uns durchaus bewusst, dass über die Paarinteraktion hinausgehende Faktoren einen teils sehr starken Einfluss auf den Beziehungsverlauf haben (vgl. Braukhaus, 2002). Hier sind vor allem zu nennen: Persönlichkeitsfaktoren, individuelle Lerngeschichte und dyadische Aspekte wie z.B. gegenseitige Attraktion, gemeinsame Werte sowie sozioökonomische Rahmenbedingungen.

Neben der geringeren statistischen Aussagekraft von untersuchten Variablen aus diesen Bereichen in zahlreichen Studien sind persönliche und sozioökonomische Faktoren, wenn überhaupt, nur deutlich schwerer und langwieriger einer Veränderung zugänglich.

Kommunikative Fertigkeiten sehen wir dagegen als leichter veränderbar an. Sie dienen zum einen als Hilfe zur besseren Verständigung, darüber hinaus allerdings auch als Mittel zur besseren Selbsterkenntnis und zur Veränderung von ungünstigen Einstellungen.

Hier verweisen wir auch auf ein Ergebnis der breit angelegten Studie zur „Beratungsbegleitenden Forschung (BF)“. Problementlastung und Verbesserung der partnerschaftlichen Zufriedenheit korrelierten am höchsten mit der subjektiv wahrgenommenen Verbesserung der Paarkommunikation. „Dies macht die herausragende Stellung von Verbesserungen im Kommunikationsverhalten für den Beratungserfolg deutlich.“ (Klann & Hahlweg, 1994, S. 144.)

Vieles spricht daher dafür, den Blick bewusst auf die Paarinteraktion und geeignete Interventionen zu deren Verbesserung zu richten, eine Aufgabe, der wir mit den von uns entwickelten Paarprogrammen gezielt nachgehen. Einen Überblick über diese Programme geben Engl & Thurmaier (2001a, 2001b, 2002).

3. Beschreibung des KOMKOM

Mit KOMKOM können Paare, die über Kommunikationsschwierigkeiten klagen,

1. auf Fehler im Gespräch aufmerksam werden und konstruktive Alternativen nutzen,
2. Konflikte klären,
3. neue Problemlösestrategien verinnerlichen,
4. die angenehmen Seiten des Partners wahrnehmen und ansprechen,
5. eine gemeinsame Gesprächskultur entwickeln,
6. Notfallstrategien für Stresssituationen aufbauen,
7. sich über längerfristige Veränderungen austauschen und neue Ziele für die Partnerschaft angehen,
8. sich der Stärken der Beziehung bewusst werden.

Um den Teilnehmern ausreichend Zeit für ihre Paargesprächsübungen zu geben und flexibler auf ihre jeweiligen Schwierigkeiten mit den Rahmenthemen eingehen zu können, besteht das Programm entsprechend den o.g. Zielen aus 8 Kurseinheiten á 2½ Stunden. Diese werden in unterschiedlicher zeitlicher „Verpackung“ angeboten – z.B. wöchentlich 2 Einheiten oder 2 Wochenenden mit je 4 Einheiten. Der detaillierte Ablauf aller 8 Einheiten inkl. der Impulsreferate und Übungsanleitungen findet sich im Kursleiterhandbuch (Engl & Thurmaier, 2003b). Während der gesamten Kursspanne sollen die Paare nach Möglichkeit ausreichend Gelegenheit haben, mit dem Gelernten Erfahrungen im Alltag zu machen. In Gruppenform angeboten, wird KOMKOM für jeweils 3-4 Beratungspaare von 2 ausgebildeten und supervidierten Trainern pro Kurs (nach Möglichkeit eine Frau, ein Mann) durchgeführt. Jedes Paar bespricht persönliche Themen im Zweiergespräch, räumlich getrennt von den anderen Paaren, und wird dabei abwechselnd von beiden Beratern unterstützt. Der Kreis der Kursleiter rekrutiert sich dabei ausschließlich aus Ehe-, Familien- und Lebensberatern mit einer speziellen KOMKOM-Fortbildung. Diesen steht zur Kursdurchführung ein ausführliches Manual (Engl &

Thurmaier 2003b) zur Verfügung, die Paare erhalten eigene Begleithefte.

In den einzelnen Einheiten werden grundlegende Fertigkeiten der konstruktiven Paarkommunikation, des Problemlösens, des Krisenmanagements und der Entwicklung einer beziehungsförderlichen Gesprächskultur erarbeitet und im begleiteten Paargespräch eingeübt. Durch die Betonung der noch vorhandenen Stärken der Beziehung (Ressourcenarbeit) werden die vorhandenen Problembereiche in eine realistische Relation gesetzt und positive Reziprozitätsprozesse gefördert. Mit Hilfe von Impulsreferaten wird den Paaren Hintergrundwissen über funktionale Zusammenhänge ihrer Beziehung vermittelt. Hierbei werden ihnen allgemeinverständliche Erklärungsmodelle, sog. Plausibilitätsmodelle (z.B. über Teufelskreise, Zwangsprozesse etc.) angeboten, die ihnen helfen, die eigene Paarsituation auf der konkreten Verhaltensebene zu analysieren und gezielt zu verbessern. Dazu kommen Übungen zur Selbstreflexion (z.B. Reflexion über eigenes Streitverhalten oder eigene Anteile an einem Problemthema), zur Wahrnehmung (z.B. nonverbale Stresszeichen am Partner richtig wahrnehmen und interpretieren lernen) und zum internen Stresscoping (z.B. in Form von Veränderung des inneren Dialoges bei der Vorbereitung und Durchführung eines konflikthaften Gespräches). Diese Übungen dienen der Einstellungsveränderung, weg von einer unreflektierten Beschuldigung des Partners, hin zu einer differenzierten Sichtweise auch der eigenen Anteile. Zusammen mit den positiven Erfahrungen, die die Partner während der Arbeitseinheiten mit der verbesserten Paarkommunikation machen können, unterstützen diese Einstellungsveränderungen eine andauernde Verbesserung der Beziehung.

Die im Kurs vermittelten Gesprächsregeln sind auf dem Papier leicht einzusehen, aber im Gespräch oft schwer umzusetzen. Die Fehlermöglichkeiten sind nur allzu zahlreich. Hier helfen die Trainer mit einem spezifischen Methodeninventar (Engl & Thurmaier, 2002¹¹, 2003b; Thurmaier, 1997), das wir in unseren Aus- und Fortbildungen vermitteln. Damit lassen sich die kommunikativen Verhaltensgewohnheiten der Klienten modellieren.

4. Design und Stichprobe der KOMKOM-Studie

4.1 Stichprobe und Messzeitpunkte

Aufgrund der bereits vorliegenden Befunde zum EPL (Hahlweg, Thurmaier, Engl, Eckert, & Markman, 1998; Thurmaier, 1997; Thurmaier, Engl & Hahlweg, 1999) und zum KEK (Engl & Thurmaier, 2001b; Engl, Thurmaier & Black, 1998, 1999) und auch aus organisatorischen und finanziellen Gründen wurde die KOMKOM-Studie weniger umfangreich geplant und auf ein Kontrollgruppendesign verzichtet. Die Daten sollten mit den Ergebnissen aus anderen Erhebungen, vor allem mit der BF-Studie (Beratungsbegleitende Forschung; Klann & Hahlweg, 1994), der deutschen Referenzstudie zur Wirksamkeit von Eheberatung, verglichen werden, wie es bisher erst Kröger und Sanders (2002) mit der von Sanders (2000) entwickelten „Partnerschule“ getan haben. Die Paare wurden über das Klientel der Ehe-, Partnerschafts- und Familienberatung München rekrutiert. Insgesamt 26 Kolleginnen und Kollegen der Eheberatung wurden dafür von uns mit dem Procedere des Projekts vertraut gemacht. Paare, die nach einer Indikationsliste³ für die Teilnahme am KOMKOM geeignet erschienen, konnten nach dem Erstgespräch zum Kurs überwiesen werden.

Zur Überprüfung der Effektivität wurden an vier Messzeitpunkten, nämlich bis 14 Tage vor und nach dem jeweiligen Kurs, 1½ und 3 Jahre nach dem Kurs zahlreiche Daten in Bezug auf Beziehungsverlauf und -zufriedenheit, Problembelastung, Allgemeinbeschwerden und kommunikative Fertigkeiten erhoben. Die wenigen bisherigen deutschen Prospektivstudien erfassten lediglich einen Zeitraum bis zu 6 Monaten nach der Beratung und wiesen dabei hohe Ausfallraten auf. Wir legten deshalb sehr viel Wert auf eine möglichst geringe Ausfallrate (z.B. geringe Aufwandsentschädigungen für die Teilnahme an den Erhebungen), um auch längerfristige Ergebnisse zu gewinnen. Erst damit lässt sich die Dauerhaftigkeit von Effekten und auch die Trennungshäufigkeit genauer abschätzen.

³ Z.B. müssen sich beide Partner zur vollständigen Kursteilnahme bereit erklären, kein Partner hat eine etablierte Außenbeziehung (s. Engl & Thurmaier, 2003b).

Subjektive Daten wurden anhand eines Fragebogeninventars⁴ erfasst und objektive Daten mittels Verhaltensbeobachtung in Form von Videoaufnahmen gewonnen, die nach dem „Kategoriensystem für partnerschaftliche Kommunikation“ (KPI; Hahlweg, Feinstein & Müller, 1987) auf wichtige Kommunikationsmerkmale von geschulten „Ratern“ hin ausgewertet wurden.

In die Studie wurden 36 Paare, die sich in München und angrenzenden Landkreisen zur Ehe- und Partnerschaftsberatung angemeldet hatten, aufgenommen⁵. Die Paare wurden von über das Programm und die Studie informierten Kollegen zum Kurs überwiesen, wenn die Indikationskriterien zutrafen und beide Partner die Kurstermine wahrnehmen konnten. Die Überweisung sollte gleich nach dem Erstgespräch, spätestens nach zwei Terminen erfolgen, da die Effektivität des KOMKOM-Programms ohne einen vorangegangenen Beratungsprozess gemessen werden sollte. Zwei Wochen vor Kursbeginn erfolgte dann die Ersterhebung. Die 8 Einheiten der Kurse (s. Engl & Thurmaier 2003b) wurden entweder in Wochenend- oder in Abendform durchgeführt⁶. Nur ein Paar (welches im Nachhinein betrachtet auch nicht den Indikationskriterien entsprach) beendete das Kursprogramm vorzeitig. Eine geringe Abbrecherrate (hier unter 3%) hatten wir aufgrund der Erfahrungen mit EPL und KEK zwar erhofft, aber wegen der sehr hohen Eingangsbelastung der Paare nicht unbedingt erwarten dürfen.

⁴ U.a. Marital Adjustment-Test (MAT; Locke & Wallace, 1959; deutsche Fassung in: Scholz, 1978, 1987), Partnerschaftsfragebogen (PFB; Hahlweg, 1979, 1996), Problemliste zum Umgang mit Konfliktbereichen im Zusammenleben (PL; Hahlweg, 1996), Beschwerdenliste zur Belastung mit körperlichen und psychischen Allgemeinbeschwerden (BL, v. Zerssen, 1976), Fragebogen "Einschätzung von Partnerschaft und Familie" (EPF; Klann, Hahlweg & Hank, 1992) = deutsche Übersetzung des von Snyder (1981) entwickelten "Marital Satisfaction Inventory" (MSI).

⁵ Von insgesamt 42 für die Studie rekrutierten und überwiesenen Paaren erschienen zum Kursbeginn 4 Paare kurzfristig nicht, 2 weitere Paare hatten zwischenzeitlich schon ihre Trennung beschlossen, nahmen aber dennoch am Kurs teil (eines dieser beiden Paare brach nach der ersten Einheit ab). Alle anderen Paare absolvierten das Programm vollständig. Insgesamt beendeten 37 Paare das KOMKOM, nur eines dieser Paare ging nicht in die erste Nacherhebung ein, da es u.a. aufgrund der schon vor Kursbeginn beschlossenen Trennung nicht den Indikationskriterien entsprach.

⁶ 2 Wochenenden im Abstand von 2-4 Wochen oder jeweils 2 Abendtermine über 4 Wochen)

Die durchführenden Trainer (je Kurs eine Frau und ein Mann) sind Ehe-, Familien und Lebensberater und/oder approbierte Psychotherapeuten und in unseren Programmen ausgebildet.

Zu den Erhebungen wurden die Paare ins Institut gebeten, die Instruktionen zum Ausfüllen der Fragebögen und zum Ablauf der Problemgespräche vor der Kamera wurden nach einem standardisierten Vorgehen gegeben.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmsystem SPSS 10.0 und den jeweils üblichen statistischen Verfahren wie t-Tests und Varianzanalysen.

Um die Wirksamkeit des KOMKOM vergleichbar zu machen, wurden zusätzlich zu den Signifikanztests (s. Engl & Thurmaier 2004) die Intragruppeneffektstärken (ES) ermittelt⁷. Nach Cohen (1988) gelten Effektstärken $\leq .40$ als niedrig, von $.41$ bis $.79$ als mittel und von $\geq .80$ als hoch. Die Angabe von Effektstärken als vergleichbare und standardisierte Maße ermöglicht den direkten Wirksamkeitsvergleich mit anderen Studien, hier v.a. mit der BF-Studie.

4.2. Soziodemografische Daten

Die Partner waren zu Beginn der Erhebungen im Mittel knapp 40 Jahre alt (BF-Studie 38 Jahre), Frauen durchschnittlich 40 (Spannweite 24-69) und Männer 41 Jahre (Spannweite 25-71). Es handelte sich überwiegend um Personen aus der Mittel- bzw. Oberschicht, wenn man die Schulabschlüsse berücksichtigt: fast 42% hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss (BF-Studie 34%). 69% waren berufstätig (BF-Studie 69%), davon ca. die Hälfte in mittleren oder gehobenen Angestelltenpositionen. 58% wohnten in einem großstädtisch oder städtisch geprägten Umfeld, 42% kamen von Vororten oder vom Land. 59% waren Katholiken, 24% evangelisch und 17% hatten keine oder eine andere Konfession (BF-Studie 51%, 29%, 20%). Die Partner kannten sich durchschnittlich 14 Jahre. Die Dauer variierte sehr stark und reichte von 3 bis zu 41 Jahren. Im Mittel lebten die Partner seit knapp 12 Jahren zusammen. Ein Paar lebte zur Eingangserhebung getrennt. 86% waren mit dem Partner verheiratet (BF-Studie 92%), die durchschnittliche Ehedauer lag bei 12 Jahren und

⁷ Intragruppeneffektstärken werden bestimmt, indem die Vorher-nachher-Mittelwertsdifferenz geteilt wird durch die gemittelte Vorher-nachher-Streuung (Formel: $ES = (X_{PRAE} - X_{POST}) / ((SD_{PRAE} + SD_{POST}) / 2)$).

schwankte zwischen 2 und 38 Jahren. 15% der Teilnehmer waren schon einmal mit einem anderen Partner verheiratet (BF-Studie 15%). Mit dem Partner Kinder (im Mittel 2) hatten 78% (BF-Studie 77%). Das erste Kind war im Durchschnitt 11 Jahre alt (Schwankungsbreite von 0 – 35 Jahre).

Bezogen auf die sozioökonomischen Daten erscheinen die KOMKOM-Teilnehmer vergleichbar mit der Stichprobe der BF-Studie, auch wenn die KOMKOM-Paare durchschnittlich 2 Jahre älter sind und eine im Mittel noch höhere Schulbildung aufweisen.

4.3 Abbruch-, Ausfall- und Trennungsraten

Im Bereich der deutschen beratungsbegleitenden Forschung gelang es mit der KOMKOM-Studie erstmals, Abbruch-, Ausfall- und Trennungsraten zu differenzieren.

Die Kursabbruchrate liegt im KOMKOM unter 3%. Man kann davon ausgehen, dass Paare, die zum Kursbeginn erscheinen, alle 8 Einheiten absolvieren. Bei allen 72 KOMKOM-Teilnehmern, die in die Stichprobe aufgenommen wurden, konnten in den ersten beiden Wochen nach Kursende die Daten der ersten Nacherhebung (POST) gesammelt werden. Nach eineinhalb Jahren folgte eine weitere Nacherhebung (FU1). Hierzu fanden sich durch geduldiges Nachhaken immerhin noch 50 Teilnehmer, also 25 Paare ein. Von den fehlenden 11 Paaren hatten sich zwischenzeitlich 6 getrennt (17%), die verbleibenden 5 Paare waren noch zusammen, wollten aber aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr an den umfangreichen Erhebungen teilnehmen (schwere Erkrankung, Umzug in anderes Bundesland). Die Ausfallrate bis 18 Monate nach dem KOMKOM beträgt mit den Getrennten 28%, ohne Getrennte 11%. Zur 3-Jahreskatamnese fanden sich noch immerhin 22 Paare ein. Insgesamt 9 von den ursprünglich 36 Paaren hatten sich bis zu diesem Zeitpunkt getrennt (25%), die Daten von 5 weiteren Paaren konnten auch zum letzten Messzeitpunkt aus den o.g. Gründen nicht mehr erfasst werden. So beträgt die Ausfallrate bis 36 Monate nach dem KOMKOM mit den Getrennten 39%, ohne Getrennte nur 14%, was wir in Anbetracht des Zeitraums und des Erhebungsaufwands als sehr zufriedenstellend ansehen.

Verglichen mit der BF-Studie ($n = 495$) ist die Ausgangsstichprobe im KOMKOM-Projekt deutlich kleiner ($n = 72$) - allerdings trifft dies auch auf die Ausfallraten zu. Diese sind in der BF-Studie ausgespro-

chen hoch: bis zur Postmessung 51%, bis zur Katamnese (FU), die hier bereits 6 Monate nach der Postmessung erfolgte, sogar 75%. Leider konnte in der BF-Studie nicht eruiert werden, wie viele von den zahlreichen „Drop-Outs“ auch die Beratung abgebrochen oder sich getrennt haben.

So gesehen kann unsere Ausfallrate als sehr gering bezeichnet werden. Was die Trennungsrate betrifft, hatten wir mit einem deutlich höheren Prozentsatz als 17% nach 1½ Jahren gerechnet, zumal 68% der Teilnehmer sich vor dem KOMKOM mit Trennungsgedanken trugen, das bedeutet, bei fast jedem Paar mindestens ein Partner. Leider liegen keine Vergleichsdaten aus jüngerer Zeit vor, wie viele Paare sich nach einer Eheberatung trennen. Schätzungen im Berater-Kollegenkreis gehen von etwa 50% aus.

Die Trennungspaare der KOMKOM-Studie wurden zu Trennungsgründen befragt, die im Wesentlichen den am häufigsten angegebenen Problemthemen aller KOMKOM-Paare entsprachen (s. 5.2). Bei unseren Trennungspaaren lagen im Mittel noch höhere Eingangsbelastungen, eine geringere Beziehungsdauer und häufiger das Merkmal „keine Konfessionszugehörigkeit“ vor. Allerdings ist die Stichprobe hier zu gering, um daraus zuverlässige Schlüsse abzuleiten.

5. Eingangsbefunde

Auffällig war die im Mittel besonders hohe Belastung, die die KOMKOM-Paare in fast allen erhobenen Bereichen der Eingangserhebung aufwiesen:

5.1. *Kommunikationsqualität*

Die mit der Kamera festgehaltenen 10-minütigen Problemlösegespräche verliefen ausgesprochen ungünstig und waren mit vielen Vorwürfen und wenig Akzeptanz versehen. Der Anteil an allen negativen Verbalkategorien betrug 25%, bei den unzufriedenen Paaren der KEK-Studie waren es zum Vergleich nur 17%. Aus der BF-Studie liegen hier leider keine Daten vor. Im Unterschied zu Männern kritisierten Frauen signifikant mehr und rechtfertigten sich dafür weniger.

5.2. Problembelastung

In der Problemliste mit insgesamt 23 Items hatten die Partner durchschnittlich 8,3 Problembereiche als ungelöst angekreuzt, bei zufriedenen Referenzpaaren sind es 3 oder weniger Bereiche. Die Tabelle gibt die Rangreihe der angegebenen Probleme wieder:

| Rangreihe ungelöster Probleme (von 23) zu Prä, | | |
|---|--|----------|
| n Gesamt = 72 | | % |
| 1. | Kommunikation / gemeinsame Gespräche | 73,6 |
| 2. | Forderungen des Partners | 63,9 |
| 3. | Sexualität | 61,1 |
| 4. | Zuwendung des Partners | 59,7 |
| 5. | Fehlende Akzeptanz / Unterstützung des Partners | 55,6 |
| 6. | Temperament des Partners | 54,2 |
| 7. | Haushaltsführung / Wohnung | 45,8 |
| 8. | Persönliche Gewohnheiten des Partners | 41,7 |
| 9. | Vorstellungen über Kindererziehung | 36,1 |
| 10. | Attraktivität | 34,7 |
| 11. | Gewährung persönlicher Freiheiten | 34,7 |
| 11. | Vertrauen | 34,7 |
| 13. | Freizeitgestaltung | 33,3 |
| 13. | Verwandte | 33,3 |
| 15. | Freunde und Bekannte | 30,6 |
| 16. | Berufstätigkeit | 23,6 |
| 17. | Krankheiten / Behinderungen / psychische Störungen | 22,2 |
| 18. | Eifersucht | 20,8 |
| 19. | Einteilung des monatlichen Einkommens | 19,4 |
| 20. | Kinderwunsch / Familienplanung | 16,7 |
| 21. | Außereheliche Beziehungen | 11,1 |
| 21. | Tätlichkeiten | 11,1 |
| 21. | Umgang mit Alkohol / Medikamenten / Drogen | 11,1 |

Das Ausmaß der Problembelastung wie auch die Rangreihe der Bereiche sind vergleichbar mit den Eingangsbefunden der BF-Studie.

5.3. Beziehungsqualität

In den Maßen der Ehezufriedenheit wiesen die KOMKOM-Paare vor dem Kurs deutlich schlechtere Werte auf als die unzufriedenen Paare der KEK-Studie. Sowohl in den Skalen des Partnerschaftsfragebogens (PFB) Streitverhalten, Zärtlichkeit/Sexualität, Gemeinsam-

keit/Kommunikation als auch im Marital Adjustment Test (MAT) lagen die Mittelwerte quasi im Keller. Für den PFB gilt eine Gesamtzahl von 54 als Grenzwert der Ehezufriedenheit, für den MAT gilt der Wert 100. Die KOMKOM-Paare wiesen hier eingangs durchschnittlich nur 41, bzw. 68 Punkte auf (unzufriedene KEK-Paare 48/83). In der BF-Studie wurden diese Messinstrumente nicht verwendet, dafür der Fragebogen "Einschätzung von Partnerschaft und Familie" (EPF), den auch wir aus Vergleichsgründen einsetzten.

Der EPF besteht aus insgesamt 10 Skalen (mit je 12 Items): Globale Zufriedenheit mit der Partnerschaft, Affektive Kommunikation, Effektivität der Problemlösung, Gemeinsame Freizeitgestaltung, Finanzplanung, Sexuelle Zufriedenheit, Rollenorientierung, Ehezufriedenheit der Eltern, Zufriedenheit mit den Kindern, Kindererziehung.

Im Vergleich zu einer Normstichprobe zufriedener Paare (Klann, Hahlweg & Hank 1992) waren die KOMKOM-Paare in folgenden Skalen signifikant stärker belastet: Globale Zufriedenheit mit der Partnerschaft, Affektive Kommunikation, Effektivität der Problemlösung und Gemeinsame Freizeitgestaltung. In den Skalen Sexuelle Zufriedenheit und Kindererziehung waren die KOMKOM-Paare zumindest vom Trend her überdurchschnittlich belastet, bei Männern war die sexuelle Unzufriedenheit signifikant höher, bei Frauen die Unzufriedenheit mit der Kindererziehung. Nicht gravierend unterschieden sich die Werte der KOMKOM-Stichprobe in den Bereichen Finanzplanung, Rollenorientierung, Ehezufriedenheit der Eltern und Zufriedenheit mit den Kindern von denen der Normstichprobe. Die EPF-Eingangswerte waren insgesamt mit denen der BF-Stichprobe vergleichbar.

5.4. Allgemeinbeschwerden

In der Beschwerdenliste gaben die Teilnehmer physische und psychische Belastungen an – im Mittel eingangs mit 20 Punkten. Frauen waren wie in der BF-Studie im Durchschnitt signifikant stärker belastet als Männer (23/17). Gesamtwerte von mehr als 19 bei Männern und mehr als 22 bei Frauen gelten als klinisch auffällig. Immerhin 40% (33% der Männer und 47% der Frauen) wiesen vor dem KOMKOM klinisch signifikante Belastungen auf (BF-Studie 43% [36%/53%]) – wiederum ein Beleg, wie sehr Beziehungsstress mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden ist.

Die folgende Tabelle zeigt die Rangreihe der Beschwerden:

| <i>Rangreihe der 10 häufigsten Allgemeinbeschwerden (von 24) zu Prä, n Gesamt = 72</i> | | <i>%</i> |
|--|---------------------------------|----------|
| 1. | Reizbarkeit | 94,4 |
| 2. | Grübeleien | 86,1 |
| 3. | Innere Unruhe | 86,1 |
| 4. | Kreuz- oder Rückenschmerzen | 83,3 |
| 5. | Mattigkeit | 81,9 |
| 6. | Nacken- oder Schulterschmerzen | 68,1 |
| 7. | Schwächegefühl | 52,8 |
| 8. | Druck- oder Völlegefühl im Leib | 52,8 |
| 9. | Übermäßiges Schlafbedürfnis | 51,4 |
| 10. | Schlaflosigkeit | 51,4 |

6. Wesentliche Effekte des KOMKOM-Programms

Ausführlichere Ergebnisse als hier darstellbar sowie detaillierte Angaben zu den statistischen Kennwerten finden sich im Projektbericht (Engl & Thurmaier 2004).

6.1. Subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer

Bei den Beratungspaaren unserer Stichprobe kam KOMKOM hervorragend an. Der durchschnittliche Zufriedenheitswert mit dem gesamten Kurs betrug 93% (Skala 0-100%).

95,7% der KOMKOM-Teilnehmer waren zu 80 oder mehr Prozent mit dem Kurs zufrieden – in der BF-Studie waren dies mit der Beratung 81% der Teilnehmer.

Der nach dem KOMKOM eingesetzte Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit mit dem Programm (s. Engl & Thurmaier, 2004) wird auch noch nach Abschluss der Studie den Paaren vorgelegt.

6.2. Entwicklung der Kommunikationsqualität

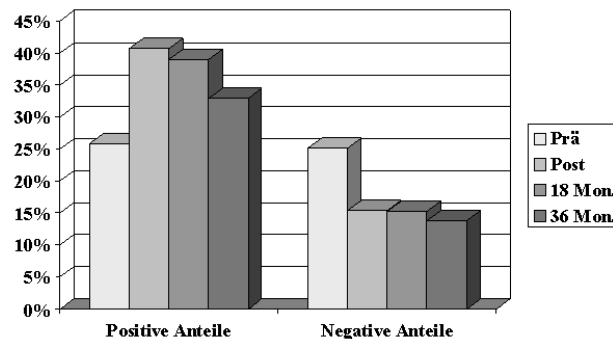
Sowohl in den positiven als auch in den negativen Verbalkategorien des KPI zeigten sich die Partner nach dem KOMKOM insgesamt jeweils hochsignifikant⁸ verbessert (s. Grafik). Vor allem Akzeptanz

⁸ hochsignifikant = $p \leq .01$, signifikant = $p \leq .05$, Trend = $p \leq .10$

(z.B. durch interessiertes Zuhören) und Zustimmung (z.B. durch Übernahme von Verantwortung) wuchsen – Kritik (z.B. durch Abwertung), Nichtübereinstimmung (z.B. durch Abblocken) und Rechtfertigungen nahmen ab. Die Effekte blieben erfreulicherweise über die nächsten 1½ Jahre stabil. Lediglich in der Kategorie Akzeptanz kam es ab der Post-Messung zu einer hochsignifikanten Verschlechterung, mit Werten, die allerdings immer noch doppelt so gut wie eingangs waren. Auch im Vergleich der Prä- zu den 1½-Jahresdaten waren die Verbesserungen über die Gesamtkategorien des KPI betrachtet hochsignifikant. So erhöhte sich der Anteil an positiven Verbalkategorien von 26% auf 39%, während sich der Anteil an negativen Verbalkategorien von 26% auf 15% verringerte.

Viele Lerneffekte hatten selbst nach 3 Jahren noch Bestand, zu signifikanten Verschlechterungen gegenüber den 1½-Jahresdaten kam es lediglich in der Kategorie Zustimmung. Hier fielen die Paare im Mittel auf die Eingangswerte zurück.

Entwicklung der Kommunikationsqualität (KPI)



Die Intragruppeneffektstärken (ES) betragen für die negativen Verbalkategorien von Prä nach Post insgesamt .62 und von Prä nach FU1 (1½ Jahre) .68 und von Prä nach FU2 (3 Jahre) sogar .89. Für die Verbesserung der positiven Verbalkategorien wurden anfangs noch höhere Werte erzielt: von Prä nach Post .96, von Prä nach FU1(1½ Jahre) .80 und von Prä nach FU2 (3 Jahre) .53. Es wurden hier also durchwegs mittlere und hohe Effektstärken erreicht.

6.3. Entwicklung der Problembelastung

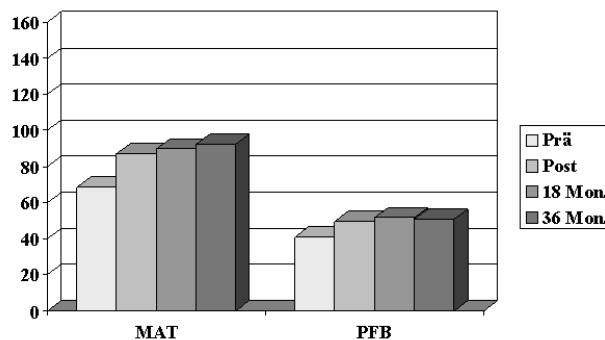
Die hohe Problembelastung der KOMKOM-Paare reduzierte sich hochsignifikant von im Mittel 8 ungelösten Problembereichen zu Prä auf nur noch 5 Bereiche zu Post (ES = .63), bzw. 4 Bereiche zur 1½- und zur 3-Jahreserhebung (ES = .80/.77). Die durchschnittliche Problembelastung konnte damit langfristig halbiert werden.

In der BF-Studie wurden in diesem Bereich folgende Ergebnisse erzielt: $ES_{\text{Prä-Post}} = .56$, $ES_{\text{Prä-6 Monate}} = .64$.

6.4. Entwicklung der Beziehungsqualität

Im Marital Adjustment Test (MAT) und im Partnerschaftsfragebogen (PFB) konnten die Gesamtwerte von Prä nach Post und auch von Prä nach FU1 (1½ Jahre) und nach FU2 (3 Jahre) hochsignifikant verbessert werden (s. Grafik).

Ehequalität: MAT- u. PFB- Gesamtwerte



Dies gilt auch für die drei Subskalen des PFB (Streitverhalten, Zärtlichkeit/Sexualität, Gemeinsamkeit/ Kommunikation) mit einer Ausnahme: In der Skala Zärtlichkeit/Sexualität konnte von Prä nach FU1 keine hochsignifikante, sondern nur eine signifikante Verbesserung festgestellt werden, welche sich zur 3-Jahreserhebung wieder auf die Eingangswerte reduzierte.

Die Mittelwerte verbesserten sich von Prä nach Post/nach FU1/und nach FU2 folgendermaßen: MAT 68-87/90/93 Punkte (Grenzwert für Zufriedenheit =100), PFB 41-50/52/51 Punkte (Grenzwert für Zufriedenheit =54). Das heißt, die Unzufriedenheit mit der Beziehung hat deutlich nachgelassen, aber von Zufriedenheit kann man im Mittel noch nicht sprechen.

Die ES betrogen von Prä jeweils nach Post/FU1/und FU2 für den MAT .68/.76/.70, für den PFB-Gesamtwert .62/.75/.50 und für die PFB-Skalen .61/.88/.75 (Streitverhalten), .37/.21/.03 (Zärtlichkeit/Sexualität) und .62/.70/.53 (Gemeinsamkeit/Kommunikation).

Bis auf ~~den~~ die PFB-Skala Sexualität sind mittlere und hohe Effekte zu verzeichnen. Trotz anfänglich signifikanter Verbesserungen ist die langfristige Wirksamkeit des KOMKOM hier eher gering. In der Skala Sexuelle Zufriedenheit des EPF (s.u.) sind hingegen auch noch nach 3 Jahren signifikante Verbesserungen festzustellen.

Im Fragebogen "Einschätzung von Partnerschaft und Familie" (EPF), der auch in der BF-Studie zum Einsatz kam, zogen wir 4 der insgesamt 10 Skalen nicht zur Veränderungsmessung heran, weil sich die KOMKOM-Paare zur Eingangserhebung nicht bedeutsam von der deutschen Normstichprobe zufriedener Paare unterschieden (sowohl bei Männern als auch bei Frauen) und weil zusätzlich nicht davon auszugehen war, dass sich die Einschätzung in bestimmten Skalen durch das KOMKOM überhaupt verändern kann, wie z.B. die Einschätzung der Ehezufriedenheit der eigenen Eltern. Aus den Wirksamkeitsanalysen ausgeschlossen wurden die Skalen Finanzplanung, Rollenorientierung, Ehezufriedenheit der Eltern, Zufriedenheit mit Kindern.

In den verbleibenden 6 EPF-Skalen Globale Zufriedenheit mit der Partnerschaft, Affektive Kommunikation, Effektivität der Problemlösung, Gemeinsame Freizeitgestaltung, Sexuelle Zufriedenheit und Kindererziehung wurden durchwegs hochsignifikante Verbesserungen erzielt, sowohl im Prä-Post- als auch im Prä-1½- und im Prä-3-Jahresvergleich. In allen o.g. Skalen lagen die Ausgangswerte schlechter als die der Normstichprobe⁹.

In den Skalen Affektive Kommunikation, Gemeinsame Freizeitgestaltung, Sexuelle Zufriedenheit und Kindererziehung waren nach

⁹ In der Skala Sexuelle Zufriedenheit nur bei Männern und in der Skala Kindererziehung nur bei Frauen unterhalb der Norm (T-Werte > 60)

dem KOMKOM die Post- und auch die 1½-Jahreswerte wieder im Normbereich ($T \leq 60$), die Werte der Skalen Globale Zufriedenheit mit der Partnerschaft und Effektivität der Problemlösung blieben im unzufriedenen Bereich, wenn auch deutlich gebessert. Zur 3-Jahreskatamnese waren sogar alle diesbezüglichen Skalenwerte wieder im Normbereich.

Die EPF-Eingangswerte waren insgesamt mit denen der BF-Stichprobe vergleichbar. Im KOMKOM wurden aber durchwegs höhere Effektstärken in den Prä-Post/FU-Vergleichen für die o.g. EPF-Skalen erzielt (s. Tabelle, S. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Textmarke nicht definiert.**).

6.4. Entwicklung der Allgemeinbeschwerden

Die in der Beschwerdenliste erfassten physischen und psychischen Belastungen reduzierten sich nach dem KOMKOM hochsignifikant¹⁰, im Mittel um ca. 20%. Die zur Prä-Messung noch klinisch auffälligen Mittelwerte bei Frauen waren dies zu Post und nach 1½ und 3 Jahren nicht mehr. Die eingangs stärker belasteten Frauen profitierten noch etwas mehr als die Männer. Die Belastungsmittelwerte reduzierten sich von Prä nach Post in der Gesamtgruppe von 20 auf 16 (ES = .40), bei Männern von 17 auf 14 und bei Frauen von 23 auf 18 Punkte. In der kleineren Prä-1½-Jahresstichprobe verbesserten sich die Werte wie folgt: in der Gesamtgruppe von 21 auf 17 (ES = .38), bei Männern von 18 auf 15 und bei Frauen von 25 auf 20 Punkte. Diese angenehmen Effekte blieben auch über 3 Jahre stabil (Gesamtgruppenmittelwert = 16, ES = .65 im Vergleich zu Prä).

In der BF-Studie konnten zumindest über 6 Monate hinweg vergleichbar gute Symptomverbesserungen erzielt werden (ES = .30 zu Post, .47 nach ½ Jahr).

6.5. Die KOMKOM-Effekte im Vergleich

Die gemittelten Effektstärken als standardisierte Maße für die Wirksamkeit der Interventionen sind in der folgenden Tabelle abgebildet.

¹⁰ bei den Männern von Prä nach FU 1½-Jahre nur signifikant

Tabelle Effektstärken (ES) in der KOMKOM und in der BF-Studie:

| | <i>ES KOMKOM</i> | <i>ES BF</i> | <i>ES KOMKOM</i> | <i>ES BF</i> | <i>ES KOMKOM</i> |
|--|----------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | <i>Prä-Post</i> | <i>Prä-Post</i> | <i>Prä-18 Monate</i> | <i>Prä-6 Monate</i> | <i>Prä-36 Monate</i> |
| Gemittelte ES für KOMKOM-Maße: KPI, MAT, PFB-Skalen, Problemliste, Beschwerdenliste und alle veränderungsrelevanten EPF-Skalen (GZ, AK, PL, FZ, SZ, KE) | 0,57 | | 0,65 | | 0,60 |
| Gemittelte ES für sowohl in der KOMKOM- als auch in der BF-Studie erhobene Maße: Problemliste, Beschwerdenliste und alle veränderungsrelevanten EPF-Skalen (GZ, AK, PL, FZ, SZ, KE) | 0,52 | 0,32 | 0,66 | 0,49 | 0,63 |

Wie in der Tabelle zusammengefasst, konnten im KOMKOM in allen veränderungsrelevanten Bereichen Effektstärken von 0,2 bis 1,0 (im Mittel 0,57) von Prä nach Post und von 0,2 bis 1,1 (im Mittel 0,65) von Prä bis nach 1½ Jahren erreicht werden. Dies sind insgesamt ausgesprochen erfreuliche Ergebnisse. Niedrige, wenn auch signifikante Verbesserungseffekte, traten im Wesentlichen nur im Bereich der sexuellen Zufriedenheit auf, hohe Effektstärken vor allem im Kommunikationsverhalten und in der Entlastung von Beziehungsproblemen. Und auch die 3-Jahresnacherhebung, für die es im deutschen Beratungsbereich bislang keine Vergleichsdaten gibt, zeigt die Nachhaltigkeit der erreichten Verbesserungen (ES im Mittel 0,60).

Vergleicht man die Maße, die sowohl in der KOMKOM-Studie als auch in der BF-Studie erhoben wurden, so sind die mittleren Effektstärken in der KOMKOM-Studie bezogen auf die kurzfristige Wirksamkeit deutlich höher ($ES_{\text{Prä-Post}} = 0,52$) als in der BF-Studie ($ES_{\text{Prä-Post}} = 0,32$).

Die auf die Katamnese hin ermittelten entsprechenden Effektstärken betragen für KOMKOM: $ES_{\text{Prä-18 Monate}} = 0,65$ - und für die BF-Studie: $ES_{\text{Prä-6 Monate}} = 0,49$. In der längerfristigen Wirksamkeit fällt der Vergleich schwer. Zum einen schränkt die hohe Ausfallrate in der BF-Studie (s. S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) von der Postmessung zur Katamnese die Repräsentativität der noch verbleibenden Stichprobe ein, zum anderen sind die Katamnesezeitpunkte kaum

vergleichbar (6 Monate nach Beratungsende im BF, 18 Monate nach Kursende im KOMKOM).

Im KOMKOM wurden die Verbesserungen mit einem im Mittel pro Paar geringeren Zeitaufwand¹¹ erzielt als bei den Paaren der BF-Studie¹² mit einer durchschnittlichen Sitzungszahl von 13 und einer durchschnittlichen Beratungsdauer von 75 Minuten. Zeitaufwand pro Berater pro Paar: im KOMKOM genau 800 Minuten, in der BF-Studie im Mittel 975 Minuten.

In der umfassendsten Metaanalyse von William R. Shadish und Kollegen (1993, 1997) wurde für Paartherapie bezogen auf Veränderungen im Marital Adjustment Test (MAT) oder in der Dyadic Adjustment Scale (DAS) eine Effektstärke von .60 ermittelt ($n = 27$ Studien). In der KOMKOM-Studie wurden für den MAT-Wert Effektstärken von .68 von Prä nach Post und von .76 von Prä bis zur 1½-Jahreserhebung erzielt. KOMKOM braucht also auch den internationalen Vergleich nicht zu scheuen.

Die KOMKOM-Studie zeigt, welche wertvolle Hilfe ein spezielles Beratungsangebot für belastete Paare darstellen kann¹³. Gleichzeitig wurden mit dieser Studie viele Vorschläge realisiert, die wir für eine effektive Beratungsforschung für dringlich halten (s. Engl, Keil-Ochser & Thurmaier, 2004). KOMKOM ist neben der Partnerschule (Sanders 2000) das einzige Paarberatungsverfahren, das im Rahmen der beratungsbegleitenden Forschung sowohl dokumentiert als auch evaluiert wurde. Darüber hinaus verfügt es über ein detailliertes und bewährtes Curriculum zur Fortbildung der Kollegenschaft.

7. Erfahrungen – 10 Jahre nach Einführung von KOMKOM

Was lässt sich gut 10 Jahre später zu KOMKOM berichten? Die erfreulichen Langzeitergebnisse von KOMKOM und die vielen positiven Erfahrungen von Paaren und Fachleuten lösten kontinuierlich

¹¹ Berechnungsgrundlage: 3 Paare und 2 Trainer pro Kurs

¹² In der BF-Studie liegen leider nur von 103 der 252 Partner zu Post Angaben über die Anzahl und Dauer der Sitzungen vor.

¹³ Mittlere Entlastung (Prä - 3 Jahre) von negativen Kommunikationsanteilen (KPI) um 50%, von ungelösten Problemen (PL) um 47%, von Allgemeinbeschwerden (BL) um 28%.

weitere Nachfragen aus. Bis Ende 2015 wurden 521 Eheberater und Paar- und Psychotherapeuten (darunter auch Kolleginnen und Kollegen aus 5 anderen Staaten) sowie Teilnehmer von Ehe-, Familien und Lebensberaterausbildungen in KOMKOM nach einem Curriculum der Programmautoren fortgebildet. Von einem bundesweit flächendeckenden Angebot kann dabei noch längst nicht die Rede sein, aber einige Diözesen bieten KOMKOM seit Jahren regelmäßig an (z.B. München, Münster, Würzburg). In unserer Diözese (München) konnten in den letzten 10 Jahren jährlich zwischen 35 und 60 Paaren an dem Programm teilnehmen.

Die Kursorganisation und Supervision erfolgt über die jeweiligen Ehe-, Familien und Lebensberatungsstellen. Die Paare werden über das Klientel der Eheberatungsstellen rekrutiert. Anders als noch bei den Teilnehmern der Studie, bei denen nur die Wirkung von KOMKOM gemessen werden sollte, können vor oder nach dem KOMKOM Beratungsstunden erfolgen. Paare, die nach unserer Indikationsliste für die Teilnahme am KOMKOM geeignet erscheinen, können nach dem Erstgespräch oder auch zu einem späteren Zeitpunkt zum Kurs überwiesen werden. Viele Kolleginnen und Kollegen wenden das Programm oder Teile daraus auch im Einzelpaarsetting an. Für die KOMKOM-Paare wird von der Katholischen Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung begleitend zum Kurs ein Leitfa-den herausgegeben (Engl & Thurmaier, 2013).

Seit 2007 wurde die KOMKOM-Fortbildung erstmals in den Münchner EFL-Weiterbildungskurs integriert. Die Besonderheiten unserer Methoden machen auch ein darauf zugeschnittenes Supervisionsangebot erforderlich. Jährlich werden z.B. in München 3 KOMKOM-Supervisionen durchgeführt.

Von den teilnehmenden Paaren und den durchführenden Trainern werden uns auch unabhängig von der abgeschlossenen wissenschaftlichen Begleitung immer wieder sehr erfreuliche Rückmeldungen zugeschickt. Auch wenn KOMKOM ein verhaltenstherapeutisch konzipiertes Programm ist, lässt es sich – nach entsprechender Fortbildung – auch in die Arbeit von fachlich anderweitig orientierten Kollegen integrieren. Einen entsprechend Mut machenden Erfahrungsbericht mit detaillierten Einblicken in den Kursablauf haben die beiden überwiegend tiefenpsychologisch orientierten Kolleginnen Cordula

von Ammon und Karin Walker verfasst (v. Ammon & Hawickhorst-Walker, 2005).

Zwischenzeitlich wurden auch verschiedene Aufbau- oder Kombiprogramme mit detaillierten Manualen entwickelt. Am häufigsten kommen dabei für KOMKOM-Paare zur Anwendung: Das Aufbauprogramm SPL – Stressbewältigung mit Partnerschaftlichem Lernprogramm (Engl, Ochsner-Trissl & Thurmaier, 2007) und als Grundprogrammvariante das KOMKOM-SBS (Kommunikationskompetenztraining mit Stressbewältigungsstrategien, Engl, Ochsner-Trissl & Thurmaier, im Druck).

Flankierend zu unseren Programmen wurden für verschiedene Paarzielgruppen zwischenzeitlich auch interaktive DVDs mit renommierten Schauspielern entwickelt, damit sich Paare mit wesentlichen Inhalten unserer Trainings auch zuhause vertraut machen können. Die DVD-Reihe „Ein Kick mehr Partnerschaft - Gelungene Kommunikation ... damit die Liebe bleibt 1-3“ (Engl & Thurmaier 2007, 2010, 2012a) wurde mit Fördermitteln des bayerischen Sozialministeriums erstellt und mit Begleitbroschüren oder innerhalb eines Buches (Engl & Thurmaier, 2012b) veröffentlicht. Eine DVD-für junge Paare wird seit 2008 innerhalb der Broschüre „Wir heiraten“ in großer Auflage an allen bayerischen Standesämtern an Hochzeitspaare verteilt (Engl & Thurmaier, 2008).

Ein aktueller Überblick über den Verbreitungs- und Forschungsstand zu unseren Programmen findet sich in Job, Engl, Thurmaier & Hahlweg (2014) sowie in Job, Thurmaier, Engl, & Hahlweg (2016).

Zusammenfassung

KOMKOM (KOMmunikationsKOMpetenz – Training in der Paarberatung) ist ein Angebot der Eheberatung in Form eines intensiven Paarkommunikationstrainings. KOMKOM ist eine zielgruppenspezifische Erweiterung der bekannten präventiven Programme EPL und KEK. Mit der 3-jährigen wissenschaftlichen Begleitung einer Münchner Paarschichtprobe wurde die erste Langzeitstudie innerhalb der deutschen Eheberatung abgeschlossen. Die anfangs noch hoch belasteten Paare waren nach dem KOMKOM-Training deutlich und dauerhaft zufriedener, gingen besser miteinander um und hatten weniger Allgemeinbeschwerden. Die gemittelten Effektstärken betragen von Prä nach Post 0,57, von Prä bis nach 18 Monaten 0,65 und von Prä bis nach 36 Monaten 0,60. Damit wurden noch deutlich bessere Ergebnisse erzielt als in der deutschen BF-Referenzstudie.

Stichworte: KOMKOM, Paarkommunikationstraining, Eheberatung, Beratungsbegleitende Forschung

Summary

KOMKOM, an intensive couple communication training, is a supply of the marriage guidance counselling in Germany. KOMKOM is a specific expansion of the well known prevention programs EPL and KEK for couples in distress. This article presents important results of the first long-term study within the German marriage guidance counselling. The distressed couples of the Munich sample became considerably more satisfied with their relationship, handled each other better and had less physical und psychological sufferings after the training. Most of the effects remained stable for 3 years. The effect sizes were 0.57 (pre-post), 0.65 (pre-18 months) and 0.60 (pre-36 months). The achieved results were even better than in the German reference study (BF).

Keywords: KOMKOM, EPL, couple communication training, marriage guidance counselling, evaluation and quality management in marriage guidance counselling

Literatur

- Braukhaus, C. (2002). Zum Einfluss von Persönlichkeitszügen auf Partnerschaftsqualität und Erfolg des Kommunikationstrainings EPL. *Beratung Aktuell*, 3: 157-163.
- Cohen, J., (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Engl, J. (1997). Determinanten der Ehequalität und Ehestabilität. Eine fünfjährige Längsschnittstudie an heiratswilligen und jungverheirateten Paaren. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J., Keil-Ochsner, A. & Thurmaier, F. (2004). Ehe-, Familien- und Lebensberatung und empirische Erfolgskontrolle – ein ausbaubares Verhältnis. *Beratung Aktuell*, im Druck.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2002¹¹). *Wie redest du mit mir? Fehler und Möglichkeiten in der Paarkommunikation*. Freiburg: Herder.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (1998). *Konstruktive Ehe und Kommunikation (KEK) - Ein Programm zur Weiterentwicklung von Partnerschaft*. Handbuch für ausgebildete Kursleiter. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2001a). *Kommunikationstraining für Paare. Effektive Hilfen zum gegenseitigen Verstehen und einer höheren Zufriedenheit mit der Partnerschaft*. In W. E. Fthenakis & M. R. Textor (Hrsg.), *Online Familienhandbuch* www.familienhandbuch.de.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2001b). *Sich besser verstehen – die präventiven Programme EPL und KEK als neue Wege der Ehevorbereitung und Ehebegleitung*. In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung: Perspektiven der Familienpsychologie*, 364-384. Göttingen, Hogrefe.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2002). *Kommunikationskompetenz in Partnerschaft und Familie*. In B. Rollett & H. Werneck, (Hrsg.) *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, 326-350. Göttingen, Hogrefe.

- Engl, J. & Thurmaier, F. (2003a). KOMKOM – Kommunikationskompetenz - Training in der Paarberatung. Konzeption und erste Erfahrungen. In R. Oetker-Funk, M. Dietzfelbinger, E. Struck & I. Volger (Hrsg.) *Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis* (S. 177-196). Freiburg im Breisgau, Lambertus.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2003b). *KOMKOM – Kommunikationskompetenz - Training in der Paarberatung. Handbuch für ausgebildete Kursleiter*. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2004). KOMKOM – Kommunikationskompetenz - Training in der Paarberatung. Kurz- und langfristige Effekte. Projektbericht. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J., Thurmaier, F. & Black, C. (1998). Konstruktive Ehe und Kommunikation (KEK). Ein Kurs zur Weiterentwicklung von Partnerschaft. Vorher-nachher-Ergebnisse: Entwicklung von Kommunikationsqualität, Ehequalität und individuellen Allgemeinbeschwerden. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J., Thurmaier, F. & Black, C. (1999). Konstruktive Ehe und Kommunikation (KEK). Ein Kurs zur Weiterentwicklung von Partnerschaft. 1½-Jahres-Ergebnisse: Entwicklung von Kommunikationsqualität, Ehequalität und individuellen Allgemeinbeschwerden. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Hahlweg, K. (1979). Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 17-40.
- Hahlweg, K. (1996). Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. FPD. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Feinstein, E. & Müller, U. (1987). Analyse familiärer und partnerschaftlicher Kommunikation. In M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik*. (S. 153-169). Heidelberg: Springer.
- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin* 118, 3-34.
- Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). Beratungsbegleitende Forschung – Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen. Band 48,1 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klann, N., Hahlweg, K. & Hank, G. (1992). Deutsche Validierung des „Marital Satisfaction Inventory“ (MSI) von Snyder (1981). *System Familie*, 5, 10-21.
- Kröger, C. & Sanders, R. (2002). Klärung und Bewältigung von Partnerschaftsstörungen in und mit Gruppen. Effektivität und Effizienz des paartherapeutischen Verfahrens Partnerschule. *Beratung Aktuell, Heft 4/02*, S. 176-195.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short-term marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Sanders, R. (2000): Partnerschule...damit Beziehungen gelingen! Grundlagen-Handlungsmodelle-Bausteine-Übungen. Erprobte Wege in Eheberatung und Paartherapie. Paderborn: Junfermann.

- Scholz, O. B. (1978). *Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Scholz, O. B. (1987). *Ehe- und Partnerschaftsstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I. & Okumabua, T. (1993). The effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 992-1002.
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R. & Montgomery, L. M. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie. Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik*, 22, 5-33.
- Snyder, D. K. (1981). *Marital Satisfaction Inventory (MSI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Thurmaier, F. (1997). Ehevorbereitung - ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL). Methodik, Inhalte und Effektivität eines präventiven Paarkommunikationstrainings. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Thurmaier, F., Engl, J. & Hahlweg, K. (1995). *Ehevorbereitung - Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL). Handbuch für ausgebildete Kursleiter*. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Thurmaier, F., Engl, J. & Hahlweg, K. (1999). Eheglück auf Dauer? Methodik, Inhalte und Effektivität eines präventiven Paarkommunikationstrainings - Ergebnisse nach fünf Jahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1: 54-62.
- Zerssen, v. D. (1976). Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die Beschwerdenliste. Parallelförmige B-L, B-L' und Ergänzungsbogen B-L°. Manual. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

Aus dem neuen Kapitel 7 ergänzte Literatur

- v. Ammon, C. & Hawickhorst-Walker, K. (2005). Von „ausgesprochen unerhört!“ zu ausgesprochen und gehört. Über die Kunst des Mitteilens und des Hörens. Ein Erfahrungsbericht aus EFL-Perspektive über die Wirkung des KOMmuni-kation-KOMpetenz-Trainings auf Paare. *Blickpunkt Beratung, April*: 62-67.
- Engl, J., Ochsner-Trissl, A. & Thurmaier, F. (2008). *SPL – Stressbewältigung mit Partnerschaftlichem Lernprogramm. Handbuch für ausgebildete Kursleiter*. München, Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J., Ochsner-Trissl, A. & Thurmaier, F. (im Druck). *KOMKOM-SBS - Kommunikationskompetenztraining mit Stressbewältigungsstrategien. Handbuch für ausgebildete Kursleiter*. München, Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2007). *Ein Kick mehr Partnerschaft. Gelungene Kommunikation ...damit die Liebe bleibt*. Eine interaktive DVD zum Gelingen von Beziehungen für junge Paare mit Begleitbroschüre (74S.). München, Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2008). Ein Kick mehr Partnerschaft. Gelungene Kommunikation ... damit die Liebe bleibt. Eine interaktive DVD für junge Paare. In: *Wir Heiraten*. S. 61-87. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2010). *Gelungene Kommunikation ...damit die Liebe bleibt 2*. Eine interaktive DVD für Paare in mehrjähriger Beziehung mit Begleitbroschü-

- re (79S.). München, Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2012a). *Gelungene Kommunikation ...damit die Liebe bleibt 3*. Eine interaktive DVD für Paare im (Un-)Ruhestand mit Begleitbroschüre (86S.). München, Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2012b). *Damit die Liebe bleibt. Richtig kommunizieren in mehrjährigen Partnerschaften*. Bern, Huber.
- Engl, J. & Thurmaier, F. (2013) *KOMKOM KOMmunikationsKOMpetenz Training in der Paarberatung – Leitfaden für teilnehmende Paare*. Bonn, Katholische Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Telefonseelsorge und Offene Tür e.V.
- Job, A-K., Engl, J., Thurmaier, F. & Hahlweg, K. (2014) Das Kommunikationstraining „Ein Partnerschaftliches Lernprogramm EPL“ für Paare – Überblick über den Praxis- und Forschungsstand. *Report Psychologie*, 2: 58-69.
- Job, A-K., Thurmaier, F., Engl, J. & Hahlweg, K. (2016). EPL and its adaptations: Research and implementation findings in Germany and beyond. In J. J. Ponzetti, Jr. (Ed.), *Evidence based approaches to relationship and marriage education* (pp. 197-216). New York, London: Routledge.

Joachim Engl, Dr. rer. nat., Diplom-Psychologe; Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor (BDP, BAG); Ehe-, Familien- und Lebensberater (BAG). Mentor in der Aus- und Fortbildung von Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen. Mitentwickler der öffentlich geförderten Paarkommunikationstrainings *EPL*, *KEK* und *KOMKOM*. Leiter der angewandten Forschung im Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.

Franz Thurmaier, Dr. rer. nat., Diplom-Psychologe Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor (BDP, BAG); Ehe-, Familien- und Lebensberater (BAG). Mentor in der Aus- und Fortbildung von Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen. Mitentwickler der öffentlich geförderten Paarkommunikationstrainings *EPL*, *KEK* und *KOMKOM*. Leiter des Instituts für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.

Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie e.V.
 Rückertstraße 9, D - 80336 München, Telefon 089/ 544311-0,
 Internet: www.institutkom.de, e-mail: info@institutkom.de

Hilarion G. Petzold

Bemerkungen zu kritischen Diskursen in der paartherapeutischen Theorieentwicklung

Die Beiträge in „Beratung Aktuell“ 4/2015 haben kritische Fragen aufgeworfen, die seit langem anstehen und einen längeren Diskurs im Feld der Paartherapie und Polyloge mit angrenzenden Disziplinen notwendig machen. Hier nur einige kurze Bemerkungen, wo eigentlich ein Grundsatzartikel notwendig wäre, denn es ist ein sehr ideologiegesättigter Bereich, in den man hineingerät in der Paartherapie. In diesem Feld gibt es nämlich noch keine Versuche, Metatheorie, Theorie, Praxeologie und Praxis entlang der Lineatur eines „Tree of Science“ (Petzold 1992a, 2003a, Bd. II) zu entfalten, wie es z. B. alle Psychotherapierichtungen, die in der Schweizer „Therapie Charta“ zusammengeschlossen sind, in einem kollektiven Evaluationsprozess unternommen hatten (Petzold, Sieper 2001d). Da liegt noch viel Arbeit vor dem Feld, indem sich meistens Ansätze finden, die über den Status von „Praxeologien“ nicht hinaus gekommen sind.

Ja, die Kritik muss man ansehen und selbst wieder kritisieren. Wo evidenzbasierte Modelle vorliegen und die Untersuchungen sind gut (was nicht immer der Fall ist), muss man natürlich untersuchte Methoden den nicht-untersuchten vorziehen, oder in eigenen Untersuchungen die eigene Position als evidenzbasiert dokumentieren. Evidenzbasierung ist unverzichtbar, aber sie ist nicht alles. Ich kann auch bei der Anwendung totalitärer Konzepte Evidenzen von Wirksamkeit nachweisen. Es geht also immer um rational begründbare, legitimierbare anthropologische, epistemologische und ethische Positionen, die an moderne Wissenschaftsdiskurse anschlussfähig sein müssen. Gerade in der Paartherapie ist das wichtig. In der Tat sind die Mehrzahl der paartherapeutischen Konzepte (z. B. von Coellen, Jellouschek u. a.) Paarideologien (mehr nicht) mit kulturspezifischen und ideengeschichtlichen Hintergründen (oft kryptoreligiösen), die z. T. sehr diskutabel sind und bezweifelt werden müssen mit konstruktivem weiterführenden Zweifel. Diskurse im paartherapeutischen Feld müssten sich vorab ihrer Regeln versichern. Die Schweizer Charta hat das vorgemacht (Petzold, Sieper 2001d).

Petzold, H. G. (2014e): Zweifel I - Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. POLYLOGE 2014

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Petzold, H. G. (2014f): Zweifel II – Impulse zum Thema Zweifel und Zweifeln. POLYLOGE 2014

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2014-petzold-h-g-2014f-zweifel-ii-impulse-zum-thema-zweifel-und-zweifeln.html>

Zweifel ist notwendig, denn wer gibt uns das Recht zu sagen, die Paarideologie unserer Kultur oder unserer weltanschaulichen Orientierung oder die des Michael Coellen oder der Judith Brown sei eine Art leitkultureller Linie, ein non plus ultra? Eine metaethische Position zum Paarverhältnis, Geschlechterverhältnis, zur Genderkonzeption in der Paartherapie, die hinlänglich konsistent ist, gibt es bislang nicht als ausgearbeitetes Modell. Sie müsste eine Aufgabe des gesamten paartherapeutischen Feldes sein. Man müsste sich nach meiner Auffassung dabei an den Menschenrechten der ersten, zweiten und dritten Generation (Gleichheitsgrundsatz, Frauen- und Kinderrechte) orientieren. Im Kontext dieses Kurzbeitrags können hier nur Schlaglichter gesetzt werden. Dabei gebe ich bewusst, um nicht in konkurrierende Territorien zu geraten, exemplarisch eine kritische Stellungnahme zu einem Beitrag, der im Kontext der Integrativen Therapie geschrieben wurde, also nicht zu den Lukas Moellerschen oder den Coellenschen usw. Positionen – die sehr diskussionsbedürftig sind (welche nicht), nämlich zur Arbeit von Lissy-Honeger. Diese Masterthese, eignet sich gut, weil sie im Feld noch keine „Schulenposition“ darstellt, sondern explorativen Charakter hat. Damit ist sie per se problemfällig und darf es auch sein. Sie greift in innovativer Weise ein Kernkonzept des Hintergrundverfahrens, der Integrativen Therapie auf: die „Leiblichkeit“ (Petzold 1974j, 1985g, 2009c). Die Begründer der IT (Petzold, Sieper, Orth, Heint) haben ihr Verfahren auf diesem Fundament aufgebaut, das sie auch schon in den 1970er Jahren, d.h. seit den Anfängen der IT in ihrer Arbeit mit Paaren und Familien eingesetzt haben. Nonverbalität und Körperübungen gehören dazu – ohne die geht's nicht in der IT, da sie immer in Netzwerken – realen und virtuellen – arbeitet, selbst in der „dyadischen Therapie“ (Einzeltherapie gibt's ja nicht). Auch in der Arbeit mit Paaren (Lebenspartnerschaften, Ehen, Geschwistern, Freundschaften) geht es um Therapie „im zwischenleiblichen Raum“ und dazu ist ein reiches Praxiswissen vorhanden und wurden von uns zentrale Techniken entwickelt wie das „Paar-Panorama“ oder die „relationalen Körperbilder“ von jedem der Beteiligten gestaltet und dann vergleichend ausgewertet oder auch – sehr interessant – interaktiv in Begegnung und Auseinandersetzung ko-respondierend. Konflikt-Chart, Ressourcen-Chart, Potential-Bild, sind andere Instrumente, die wir kreierte und in der

Paararbeit (PartnerInnen, Freundinnen, Geschwister etc.) eingesetzt haben. Hildegund Heintz, Ilse Orth und ich haben mit vielen, vielen Paaren gearbeitet, die letztgenannten bis heute. Geschrieben haben wir dazu wenig, wir hatten andere Publikationsschwerpunkte. Auch zur reichlich betriebenen Arbeit mit Familien, wurde wenig geschrieben, wenn aber, dann Wichtiges (Petzold 2009h, 2010g). In bestimmten Bereichen haben wir für die Paarthematik auch theoretisch wichtige Vorarbeiten geleistet, etwa in unserem Beitrag zur „Genderintegrität“, da in der paartherapeutischen Szene die Gendertheorie kaum zur Kenntnis genommen wurde.

Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299.

<http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html> und <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/139284/1a13e1be241ccadc33b5974071dc6504.pdf?sequence=1>

Ohne Auseinandersetzung mit Gender-Issues geht aber heute auch im Paarkontext keine Theorienbildung mehr, das ist unsere Position.

Ich erwähne das an dieser Stelle exemplarisch, um zu zeigen, dass Lissy-Honegger (und das gilt nicht nur für ihren Text), ohne eine kritische Bestandsaufnahme der epistemologischen, anthropologischen etc. aber auch der entwicklungs- und identitäts- und störungstheoretischen Probleme des „Feldes der Paartherapie“ an die Arbeit gegangen ist. Sie hat sich auch nicht der eigenen Positionen eines „Tree of Science“ (und das ist bei der Integrativen Therapie ja relativ einfach, weil da so viel vorliegt) versichert. Das hatte Konsequenzen, nämlich, dass die Konsistenz und Kohärenz ihrer Arbeit schwächer ist, als sie sein könnte. Dennoch ist es eine sehr verdienstvolle Arbeit, anhand derer man zeigen kann, wie man vielleicht noch fundiertere Konzepte gewinnen könnte und wie vielleicht auch eine Betreuung solcher methodenspezifischen Arbeiten aussehen müsste (hier kommen natürlich meine Erfahrungen aus hunderten betreuter Arbeiten zum Tragen, vgl. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>). Aus diesen Arbeiten kann man als exemplarisch für die epistemologische Bestandsaufnahme eines Feldes zu einem Thema die Masterthese von Annemarie Moser (2016) „SELBSTSTEUERUNG - DER WILLE ZUM SOUVERÄNEN SELBST!“

beziehen, die auch für die Paartherapie hohe Relevanz hat, weil sie sich auf eine Idee der "Paarsouveränität" übertragen lässt, der natürlich die "persönliche Souveränität" beider Partner zugrunde liegen muss.

Petzold, H. G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In:

[www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoelicher-souveraenitaet.html>

Das Problem eines übergreifenden Rahmens wurde auch von den Diskutierenden zur konzeptuellen Bonität der Paartherapie bislang nicht hinreichend aufgegriffen, obwohl doch evident sein dürfte, dass ein solcher notwendig wird, will man miteinander fruchtbar diskutieren. Und wo er fehlt, muss man daran arbeiten. Ein theoretischer Rahmen müsste u.a. auch über ein "Spektrum an Normalität" in Paarmodelle erarbeitet werden, ein schwieriges Kapitel, ohne das aber keine Positionen zu pathologischen Paarprozessen zu gewinnen und empirisch zu untersuchen sind und man damit keine konsistenten, forschungsbasierten Hilfen, eine befriedigende Normalität gewinnen kann. Hinlängliche Normalität (good enough, Winnicott) ist in vieler Hinsicht wichtig. Genannt sei die Situation, wo Kinder mit im System sind, denn das elterliche Paarverhalten liefert wesentliche normative Modellsituation von Partnerschaft, mit denen Kinder gut aufwachsen können und gedeihen. Kinder bilden ihre "working models" für Partnerschaft stärker am Vorbild der elterlichen Paarbeziehung (aber auch anderer erlebter Paarbeziehungen von bedeutsamen Anderen aus, event. Freunde, Nachbarn) als an der erlebten Beziehung Mutter-Sohn bzw. Vater-Tochter bzw. Vater-Sohn, Mutter-Tochter auf den unterschiedlichen Altersniveaus (sehr wichtig! In der Paartherapie ist das Eltern-Modell eine relativ vernachlässigte Thematik. Die Eltern-Kind-Beziehungen, können Modelle für spätere eigene Elternschaft hergeben, aber keine Modell für adulte erotische und genitale Beziehungen auf der Erwachsenen-Ebene. Das Erbe psychoanalytischer Triangulationsmythen und Parentalideologien wiegt hier schwer. Viel ist zu erarbeiten, deshalb sind Modelle, die Innovationen suchen, zu begrüßen, aber sie müssen natürlich durch den DISKURS und in die POLYLOGE intermethodisch (humanistische, systemische, behaviorale etc. Paartherapie) und intramethodisch (Diskurse im integrativen Feld). Die Arbeit von Lissy-Honeger, die nach ihrer Aussage in der Integrativen Orientierung und im Bezug auf

Rogers geschrieben wurde, muss also im Sinne weiterführender Konzeptenwicklung diskutiert werden. Das kann schon mit Blick auf die Amalgamierung mit Rogers beginnen. Ist die notwendig, sinnvoll? Rogers hat keine ausgearbeitete Beziehungsethik, vertritt ein menschenfreundliches Beziehungskonzept, das aber beziehungstheoretisch schwach ausgearbeitet ist (vgl. aber Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit in der differentiellen Integrative Beziehungs- und Affiliationstheorie. Die bringt hier mehr, genau wie die an Levinas' Idee der "Andersheit des Anderen" ausgerichtete Beziehungsethik der IT (Petzold 1996k).

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.

<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>

Rogers ist historisch wichtig, liegt aber relationalitätstheoretisch schon etwas zurück. Wenn man sein eigenes Paradigma, die IT, wirklich kennt, würde man dieses auch konsistent nutzen. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Masterthese von Lissy-Honegger, die diese aufwendige und wichtige Arbeit im Gesamt angemessen würdigt, kann hier nicht geschehen. Mir sind im Moment nicht mehr als Schlaglichter möglich und diese sollen exemplarisch Probleme im Sinne einer "weiterführenden Kritik" aufzeigen, weil solche Probleme in jeder thematischen Arbeit im Feld der Paartherapie, ganz gleich welcher Orientierung, auftreten. Damit ist eine Einseitigkeit gegeben, zweifelsohne, aber Schwachstellen sind Schwachstellen, neben vielem Gewinnbringendem. Vorab: die Masterthese ist ein nützlicher Versuch, aber noch kein hinlänglich konsistentes Modell. Wir brauchen solche Versuche und sie sind nicht einfach, gerade auch für eine Studentin. Die Autorin geht theoretisch "unsystematisch eklektisch" vor, also offenbar ohne eine assimilierte Integrationstheorie im Gepäck, aber die gibt es natürlich Petzold 2003a, Einleitungskapitel und ist unverzichtbar – wenn man etwa Laban und IT (d.h. damit auch ihre Referenztheoretiker Merleau-Ponty, Ricoeur sowie Lurija, Vygotskij usw. Petzold 2002p/2011j) konnektivieren will:

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie – Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. Integrative Therapie, 3-4, 393-467 und erg. in: Sieper, J., Orth, I.,

Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 393-467. In: POLYLOGE 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>

Die Autorin müsste sich des eigenen Paradigmas metaperspektivisch bewusst sein:

In der IT handelt es sich um einen "bio-psycho-sozial-ökologischen" (Petzold 1965), leib-phänomenologischen und metahermeneutischen Ansatz (2005p), der kulturtheoretisch und neurowissenschaftlich unterfangen ist (Hüther, Petzold 2012; Petzold, Michailowa 2008; Petzold, Sieper 2008), an einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne ausgerichtet (1992e, Sieper 2007b). Da finden sich Kriterien für Kompatibilität, und die braucht man für „multtheoretisches Arbeiten“ (1994a, 2007a).

Stattdessen findet man bei der Autorin oft eine parallelgeschaltete Verwendung von heterogenen Positionen, z. T. aus schlecht kompatibler Literatur (z. B. ist der tiefenpsychologisch ausgerichtete Begriff von Intersubjektivität bei Geissler nicht gleichzusetzen mit dem integrativen an Bachtin, Marcel, Merleau-Ponty und Ricoeur orientierten phänomenologisch-hermeneutischen Intersubjektivitätskonzept und dem höchst elaborierten Ko-respondenzmodell (Petzold 1978c, 1991e), das Grundlage integrativer Paartherapie sein müsste, aber völlig fehlt. Das Konzept scheint theoretisch nicht präsent, wäre aber eines der ersten, auf das man bei einer Ausarbeitung von Paartherapie zugreifen müsste:

Ko-existenz > Ko-respondenz > Konsens-/Dissensprozesse > Konsens > Konzepte > Ko-operation > Ko-kreativität > Konvivialität.

So der Prozess der Ko-respondenz (Petzold 1991e). Das braucht man in der Paararbeit, bei der es um das "Aushandeln von Grenzen und Positionen geht" – ko-respondierend und permanentes Herstellen von "Zonen der nächsten Entwicklung" (Vygotskij), die in der Paararbeit so wichtig sind.

Die in ihrer Arbeit verwendeten Ansätze werden von der Autorin nicht auf ihre epistemologische und anthropologische Kompatibilität befragt. So konnte es dazu kommen, dass ohne kritische Diskussion das Labansystem zur einer wichtigen Grundlage einer Paartherapiekonzeption genommen wurde.

Es hätte sie verwundern sollen, dass in der breiten Literatur zur Integrativen Leib- und Bewegungstherapie von uns nie auf Laban Bezug genommen wurde, obwohl ich ein Buch zu Laban herausgegeben und zu Bewegungspraxeologien etliches geschrieben habe:

Petzold, H.G.(1989): Nachwort. Drei Pioniere der Bewegungsarbeit: Laban, Alexander und Feldenkrais und ihre Metakonzepte. In: Friedmann, E. D., Laban, Alexander, Feldenkrais, Pioniere bewußter Wahrnehmung durch Bewegungserfahrung, Paderborn: Junfermann, S. 119-127.

Petzold, H.G. (2001c): Überlegungen zu Praxeologien körper- und bewegungsorientierter Arbeit mit Menschen aus integrativer Perspektive. In: W.Steinmüller et al.: Gesundheit – Lernen – Kreativität. Methoden zur Gestaltung somatopsychischer Lernprozesse. Bern: Huber. 225-243.

Das hat natürlich Gründe. Labans System erklärt letztlich nur, wie man sich ad modum Laban im Raum orientiert, was in der Sicht heutiger empirischer mikroökologischer Betrachtung und Forschung etwa mit dem "affordance" Konzept von J. und E. Gibson anders gesehen werden muss: Welche Affordane-Qualitäten sind da, mit welchem Aufforderungscharakter sind welche Handlungsmöglichkeiten (effectivities) verbunden? Leibphänomenologische Beobachtungen mit ökologischespsychologischem Bezug ohne Labans Strukturraster wäre für uns der Ansatz der Wahl, auch weil er in unserer empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung die Grundlage ist.

Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1. Paderborn: Junfermann. S. 169-280. In Textarchiv 1995:

<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1995a-weggeleit-schutzschild-und-kokreative-gestaltung-von-lebenswelt.html>

Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646.

<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-02-2016-h-g-petzold-y-van-beek-a-m-van-der-hoek.html>

Man geht nicht in ein anderes, empirisch unüberprüftes Paradigma, wenn man im eigenen elaborierte Konzepte und Forschung hat.

Positionen wie: „Ich versuchte Menschen dort zu erreichen, wie der liebe Gott sie gemeint hat.“ klingen zwar schön, aber haben keine empirische Substanz. Die von der Autorin herausgestellte „zweite wichtige Erkenntnis Labans: Durch die Bewegungen unseres Körpers können wir lernen, unser Inneres [was ist das??] in Beziehung zur Außenwelt zu setzen [das geschieht doch ständig un- und unbewußt]. „Wir empfangen Eindrücke von außen, auf die wir [zu 95% unbewusst] reagieren, und wir projizieren umgekehrt auch unsere spontanen inneren Impulse nach außen und bringen so die in uns lebendige Energie [was ist das?] zum Ausdruck.“

Das ist überholte Theorie. Da ist nichts von Merleau-Pontys Position (Waldenfels, B. (1976): Die Verschränkung von innen und außen im Verhalten, Phänomenologische Forschungen II. Freiburg: Alber oder von J. Gibsons verschränkten „perception-action-cycles“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994/2016).

Labans Konzept gibt auch für die Erklärung von Störungsgeschehen kaum etwas her, weil es keine Aussagen über die Persönlichkeit von Menschen bietet. Laban fehlt eine Persönlichkeitstheorie, die braucht man aber in Therapie (Petzold 2003a, 2012q) auch unter den Perspektiven von Gesundheit und Störung/Krankheit in einer empirischen life span developmental psychology, zu der Laban keinen Anschluss hat. Seine Verdienste liegen auf anderer Ebene z. B. im Bereich der Tanzchoreographie, Tanzpädagogik und Tanzästhetik. Auch das implizite Modell Labans vom „body mind problem“ oder von „body environment“ ist problematisch bzw. wird von der Autorin nicht diskutiert. Das alles kann hier nicht näher ausgeführt werden. Das Statement soll genügen: Jede Therapieinnovation muss sich erst mit der Konsistenz und Kohärenzfrage beschäftigen, dann kann sie auch Bisheriges ggf. fundiert überschreiten und dabei Inkonsistenzen und event. Kategorienfehler vermeiden.

Probleme entstehen dadurch, dass der Rezeptionsstand der Autorin mit Blick auf die Integrative Therapie doch veraltet ist bzw. sie wesentliche Weiterentwicklungen nicht aufgenommen hat. Aber die IT ist ein dynamisches, forschungsorientiertes Verfahren in der „Dritten Welle“, Entwicklungen, die man zur Kenntnis nehmen muss.

Sieper, J. (2000): Ein neuer „POLYLOG“ und eine „Dritte Welle“ im „herakliteschen Fluß“ der INTEGRATIVEN THERAPIE - Transgressionen III. Polyloge 03/2000.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2000-sieper-j-ein-neuer-polylog-und-eine-dritte-welle-im-herakliteschen-fluss.html>

Petzold, H. G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2015-hilarion-g-petzold.html>

So fehlt so manches und als gravierend sei genannt: Neben dem Ko-responzenzmodell das zentrale Konzept des „Informierten Leibes“ und des „komplexen Lernens“ (kognitiv, emotional, volitiv, sensumotorisch, sozial-kommunikativ), weiterhin der „Zwischenleiblichkeit“ oder der „Entwicklung in der Lebensspanne“. Sie sind nicht rezipiert und das fehlt in einem Paartherapiekonzept, das nicht nur Praxeologie sein will:

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviordrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und

<http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In:

Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321.

<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf>

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezo-genheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, Gestalt & Integration, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in:

www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011

<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Daran hängen weitere wichtige Konzepte wie die einer modernen Empathietheorie, d.h. wechselseitiger, zwischenleiblicher, kontextualisierter Empathie und Mutualität (Ferenczi). Fast nichts über Empathie in dieser Masterarbeit, nichts über Affiliation - und das bei Paartherapie.

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>

Die Idee, dass Paare in permanenten, bewußten und unbewußten Prozessen wechselseitigen „intimen Informationsaustauschs“, in „dialogues toniques“ stehen, führt dazu, dass sie nicht nur über eine theory of mind (wir sagen the other's body-mind) und eine theory of my body-mind (wir differenzieren das in der IT) verfügen müssen, sondern auch über eine „theory of our body-mind“, ein gemeinsames „zwischenleibliches Wissen und Fühlen“ - wichtig weil dieses funktional oder dysfunktional, konkordant und discordant sein kann. Das folgt aus dem Faktum, dass der Leib permanent Informationen

aus dem Aussenfeld und dem eigenen Binnenraum jeweils differentiell und in dieser Verschränkung aufnimmt (so mit Merleau-Ponty, Gallagher, Lurija), das alles interiorisiert (Vygotskij) und dadurch "informierter Leib" wird mit intimmem Wissen um die Leiblichkeit, das leibliche Befinden der nächsten Menschen. Und da sind nicht nur die Spiegelneuronen im Spiel (Rizzolatti, Gallese u.a. 1996, vgl. dazu schon Petzold 2002j), die aber nicht überschätzt werden dürfen (Hickok, G. (2015): Warum wir verstehen, was andere fühlen: Der Mythos der Spiegelneuronen. München: Carl Hanser Verlag).

Es sind noch andere wichtige Faktoren im Spiel, Duftbotenstoffe, die Riechzellen in der Nase und in Haut und Schleimhäuten ansprechen, wie Pheromonforscher zeigen konnten (H. Hatt, 2009: Niemand riecht so gut wie du. München: Piper). Die neurobiologische und biochemische Forschung hat auch vor der Frage der Paare nicht Halt gemacht und wird von uns im Bereich Paartherapie, aber auch der Eltern-Kind-Therapie genutzt.

Young, L.J., Alexander, B. (2012): The Chemistry Between Us: Love, Sex, and the Science of Attraction, 2014 Taschenbuchausg. New York: Penguin Books.

Das alles ist in unseren Integrativen Konzepten des "Informierten Leibes" und der "Zwischenleiblichkeit" eingeschlossen. Und was bedeutet das für Paartherapie? – Fast alles!

Leiblichkeit in der Paartherapie zu berücksichtigen ist sicherlich ein wichtiger erster Schritt. Aber "Zwischenleiblichkeit", dieser Begriff Merleau-Pontys und Petzolds fehlt in der Masterarbeit und natürliche eine konsistente entwicklungspsychobiologische Herleitung aus polyadischen menschlichen Netzwerkbeziehungen. (Paartherapie muss Paare ohnehin immer mit ihren Paarfreundschaften, den Paarnetzwerken betrachten)

Hass, W., Petzold, H.G. (1999/2011): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>

Wir werden in der Sozialisation durch die Interiorisierung von significant others ein Selbst (Mead 1934), wird also "viele". Stattdessen

wird ein ominöses "Kernselbst", von mir schon 1992e bei D. Stern kritisiert, als Theorem von der Autorin eingebracht. Wo bitte ist das on the brain level zu verorten? Wo in der Integrativen Therapie, denn da steht in der Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie anderes (2003°, 2012a. Vgl. Lurija und von neurophilosophischer Seite Metzingers "Ego Tunnel" gegen eine solche Idee, sieh auch Moser 2016).

Wenn Theorien von der Autorin oft zusammengewürfelt, werden, oft auf Kompabilität unüberprüft, dann könnte man das vielleicht in einem Beratungs-Master als Pragmatik oder Heuristik nachsehen. Sollte man aber nicht, denn hier werden ja Modelle für "Menschenarbeit" generiert, und da ist ein kritischer Zugang wichtig. Theorieplurale Arbeit ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, wie schon Luhmann, N. (1992: Beobachtungen der Moderne. Opladen: Westdeutscher Verlag) betonte. Für eine Masterarbeit gilt das zumal, und da wären wohl auch mehr Hilfen von der Betreuung zu geben.

Man muss solche Probleme sehen und im Sinne wohlwollender, "weiterführender Kritik" benennen (Petzold, Sieper 2001), weil damit Prämissen für die von Lissy-Honeger gewählte Methode der "Gruppendiskussion" geschaffen werden, die die Reliabilität der dort gewonnen Aussagen beeinträchtigen können (Objektivität ist ohnehin bei diesem Forschungsansatz nicht gegeben, aber solch qualitative Erhebungen können doch nützliche Tendenzen zeigen, die auf dem Weg zu künftiger Evidenzbasierung wichtig sind).

Primär ist es gut, von einem Paradigma auszugehen, denn dann kann man es auch konsistent erweitern, ggf. überschreiten oder auch, wo notwendig, revidieren.

Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a/2016): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2: Paderborn: Junfermann, 491-646.
<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-02-2016-h-g-petzold-y-van-beek-a-m-van-der-hoek.html>

Hätte man diese Studie rezipiert und verstanden und mit der Affiliations-Beziehungs-Bindungstheorie der IT (Petzold, Müller op. cit 2005/2007) und der Theorie der therapeutischen Beziehung (fehlt in der Arbeit) verbunden, der Idee der Konvivialität und der "persönlichen Souveränität" aus Ko-respondenz (Petzold, Orth 2014, siehe oben)– alles integrative Kernkonzepte mit höchster paartherapeutischer Relevanz – wäre man noch weitergekommen und hätte zumindest auf der Theorieebene eine interne Validität.

Petzold, H. G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahrungbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, Integrative Therapie 1, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbueundnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und.html>

Ich möchte hier betonen: Die Autorin hat eine aufwendige und kreative Arbeit geleistet, das sei nicht in Abrede gestellt. Die empirische Seite gibt vielfältige Hinweise, denen man weiter nachgehen sollte, bietet aber auch viele nur aphoristische Momente. Bei konsistenter theoretischer Überarbeitung ließe sich aus diesem Ansatz etliches gewinnen, was aber eine Sicherheit in der eigenen integrativen Theorie voraussetzt.

In 50 Jahren Integrativer Therapie als bio-psycho-sozial-ökologisches Modell (Petzold 1965, 2015k) wurden systematisch die relevanten Theoriebereiche – relevant auch für die Paartherapie - erarbeitet in beständiger Modernisierung: ein Leib-Zwischenleiblichkeits-Konzept Petzold, Sieper 2012, ein höchst aktuelles Identitätskonzept 2012a, ein Sinn-Konsens-Konzept Petzold, Orth 2005a, eine Meditationspraxis/Green Meditation 1983e 2011m, 2015b, eine moderne Willenstheorie und -therapie, Petzold, Sieper 2008, natürlich eine Lerntheorie, dieselben 2002/2001; eine life span developmental Theorie Sieper 2007b, eine Theorie der Integration Sieper 2006, eine Theorie der Sprache und des Erzählens (2003g, 2010f) - und Paare sprechen miteinander –, eine gendertheoretische Position Petzold, Orth 2011, eine Machttheorie, bei Paaren wichtig (2009d), eine ökologietheoretische Position, denn Therapien finden immer in Kontexten, Ökologien statt (2006p, Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013), eine Kulturtheorie (Petzold, Orth, Sieper 2014) und eine Theorie der Ethik, des Gewissens und des menschlichen Engagements (Petzold, Orth, Sieper 2010), das Kulturtheoretische Manifest (Petzold, Orth, Sieper 2013), die „Therapeutische Grundregel der IT“ (2000a), die für die Paartherapie adaptiert werden müsste – das alles immer auf einem aktuellen Stand der entwicklungspsychobiologischen und neurowissenschaftlichen Diskussion (Hüther, Petzold 2012) und im Embodiment/embeddednes-Diskurs.

Wenn man die Integrative Therapie auf dem aktuellen Stand ihrer „dritten Welle“ rezipiert und verstanden hat, dann kann man ein konsistentes Modell erarbeiten und mit anderen Theorien und Modellen abgleichen und in „weiterführender Kritik“ auch kritisieren, denn es handelt sich ja nicht um die „beste“ oder „richtigste“ Theorie und Praxis (die es nie geben wird). Sie bedarf auch der Entwicklung,

des Zweifels, aber zuvor muss man seine Positionen klar haben, dann kann es weiter gehen. Ich hoffe, das dieser Diskussionsbeitrag sensibilisiert für die Wichtigkeit konsistenter Theorie- und Methodikarbeit und da sehr die jeweiligen Paartherapieansätze ermutigt mehr und mehr aus dem Bereich privatistischer Ideologien in Bereiche diskursiv durch eine professional community abgesicherte Theorienbildung zu kommen, die Forschungsevidenz in empirisch guten Studien ermöglicht.

Literatur beim Verfasser bzw. in:

Petzold, H. G. (2014a): Wissenschaftliche Gesamtbibliographie Hilarion G. Petzold 1958 - 2013. POLYLOGE 1/2014.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2014-petzold-h-g-2014-wissenschaftliche-gesamtbibliographie-1958-2014.html>

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold – 2014, EAG Beversee

Buchbesprechungen

Angelika Rohwetter

Den inneren Kritiker zähmen

Strategien und Übungen für ein gutes Selbstwertgefühl

Klett-Cotta, Stuttgart 2015, 16,95€

Ratgeberbücher sind nur dann hilfreich, wenn sie auch wirklich konkret ins Tun überführen und dazu motivieren können. Genau das macht dieses Bändchen. In einer gut verständlichen Sprache hilft es der Leserin und dem Leser, zunächst einmal innere Instanzen kennenzulernen. Denn verschiedene Seelen wohnen in der Brust. Da gibt es zum Beispiel den inneren Kritiker, innere Kinder, ein ICH, das alles steuern sollte oder ungeschickte Verteidiger. Hintergrund dieses Ansatzes ist die Ego-State-Theorie, die das Ich und seine inneren Gestalten miteinander in Kontakt bringt. Mit vielen Übungen hilft die Autorin, sich diesem Konstrukt zu nähern und dadurch in einen selbstreflexiven Prozess zu kommen. Hilfreich ist ein Test, in welchem man sich der Frage nähern kann, wer über das eigene Leben bestimmt. In dieser Übung konnte ich mich recht gut wiedererkennen. Der philosophische Hintergrund der Autorin ist der tibetische Buddhismus. Dieser geht davon aus, dass es in jedem Menschen einen Anteil gibt, der gütig ist, geduldig, selbstbewusst, humorvoll und zufrieden. Diesem immer mehr Raum zu geben, ist ein wichtiger Ansatzpunkt, um den inneren Kritiker zu zähmen.

Dr. Rudolf Sanders

Märle Poser

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Therapie Konzeptionen und Falldarstellungen

Schattauer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage 2015, 36,99 €

Treffe ich in der Erziehungsberatung tätige Kolleginnen und Kollegen, höre ich nicht selten großes Bedauern darüber, dass sie seitens des Trägers oft angehalten werden, Beratungen innerhalb von 5, maximal 10 Beratungsstunden zu beenden. Für manche Fälle mag das ein gangbarer Weg sein, aber für die meisten Situationen ist es eher sehr unbefriedigend, wie es mir die Kolleginnen berichten. Da ist

es gut, in diesem Buch die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen hautnah beschrieben zu bekommen. Langfristig könnte das eine Änderung in den Anweisungen für die Dauer von Beratungsprozessen in den betreffenden Erziehungsberatungsstellen zur Folge haben, wenn nämlich nachvollzogen wird, wie eine Beratung beziehungsweise Therapie mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen sich gestalten könnte.

Die Etablierung des Verfahrens der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Zusammenhang mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes ist im Ergebnis vor allem ein Produkt berufspolitischer Interessensauseinandersetzungen. Mit dieser Einführung etablierte sich auch der Berufsstand der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Die Autorin spricht sich dafür aus, dass die erreichte Unabhängigkeit vor allem dafür benutzt werden sollte, um eine wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung über theoretische Behandlungsgrundlagen der verschiedensten psychischen Krankheitsbilder im Kinder und Jugendalter sowie darauf bezogene adäquater Behandlungstechniken eigenständig voranzutreiben. Hier geht es insbesondere darum, die tiefenpsychologische Therapie als ein Verfahren anzuerkennen, das seine Ursprünge neben der Psychoanalyse auch in verschiedenen anderen humanistischen Therapieverfahren hat.

In dem Buch werden fünf tiefenpsychologisch fundierte Langzeitbehandlungen mit Kindern unterschiedlicher Altersgruppen und mit unterschiedlichen Symptomen und Entwicklungsdefiziten vorgestellt. Die Autorin vermittelt einen hervorragenden Eindruck, wie mit einer inhaltlichen Fokussierung und begrenzten therapeutischen Zielsetzungen die Be- und Erarbeitung von Zusammenhängen zwischen der Symptomatik und der auslösenden Situation erfolgen und wie Veränderungen im Verhalten ermöglicht werden. Diese Beschreibungen sind so konkret und nachvollziehbar, dass sie allen Kolleginnen und Kollegen nutzbringend sind, die mit Kindern arbeiten. Darüber hinaus wäre es auch ein Ziel, Lobbyarbeit dafür zu betreiben, dass ihnen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen weit mehr Raum zur Verfügung gestellt wird als eine Begrenzung auf lediglich fünf bis zehn Stunden. Dieses mag in wenigen Fällen genügen. Wenn allerdings Eltern so weit sind, dass sie ihr Kind in einer Beratungsstelle vorstellen, können wir davon ausgehen, dass ersteres schon ziemlich tief in den Brunnen gefallen ist.

Dr. Rudolf Sanders

Anthony W. Bateman & Peter Fonagy (Hrsg.)

Handbuch Mentalisieren

Psychosozial-Verlag, Gießen 2015, 99,90 €

Mentalisieren wird als die Basis sämtlicher psychotherapeutischer Behandlungsmethoden verstanden, weil es im Kern um die grundlegende menschliche Fähigkeit geht, die eigene wie auch die fremde Psyche als Psyche zu begreifen. Denn dysfunktionales, zu Störungen des Selbsterlebens führendes Mentalisieren ist nicht selten die Ursache, sich in nahen Beziehungen, in einer Partnerschaft, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz in den Interaktionen gekränkt oder verletzt zu fühlen. Dieses führt dann häufig zu unangemessenen Reaktionen. Deshalb bietet dieser Ansatz für Beratungsprozesse und darüber hinaus für alle psychotherapeutischen Begegnungen einen wichtigen Schlüssel dafür, zu befriedigenden Beziehungen zu gelangen. Denn nach Ansicht der Autoren macht die Aktivität des Mentalisierens unsere Menschlichkeit aus. Sie ermöglicht, eigene und fremde mentale Zustände zu beachten, zu beobachten und zu berücksichtigen. Das führt dazu, eigene Handlungsweisen ebenso wie das Verhalten anderer Menschen mit Blick auf zugrundeliegende intentionale innere Zustände zu verstehen. Deshalb kann es ohne das Mentalisieren kein stabiles Selbstwertgefühl geben, keine konstruktive soziale Interaktion, keine Wechselseitigkeit und Gemeinsamkeit in Beziehungen und kein Gefühl der persönlichen Sicherheit.

Das vorliegende Sammelwerk bietet den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Thema. Es gliedert sich in einen ersten Teil mit der klinischen Praxis zu Themen wie dem Grundmodell in der Einzelpsychotherapie, Kurzzeittherapie oder auch der mentalisierungsbasierten Familientherapie. In einem zweiten Teil werden spezifische Anwendungen, wie etwa bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei Essstörungen oder die Bedeutung des Mentalisierens für Risikomütter mit Babys und Kleinkindern vorgestellt.

Dr. Rudolf Sanders

Bernhard Schwarz & John Flowers

Was Therapeuten falsch machen

50 Wege, Ihre Klienten zu vergraulen

Klett-Cotta, Stuttgart 2015, 24,95 €

Schaut man sich aktuelle Statistiken institutioneller katholischer Ehe-, Familien-, Lebensberatung an, so fragt man sich, wie es sein kann, dass angesichts der Ausgangslage, dass die meisten mit schweren Partnerschaftsstörungen kommen, zwei Drittel der Beratungen nicht mehr als maximal fünf Stunden in Anspruch nehmen. Im Rahmen psychologischer Psychotherapie dienen die ersten fünf Stunden als probatorische Sitzung dazu, ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufzubauen! Zweimal hat bereits Notker Klann in dieser Zeitschrift (zuletzt noch in 4-2015) auf dieses Phänomen hingewiesen und er fragt sich: Bekommen Ratsuchende das, was Sie brauchen? Leider ist diesem Phänomen bisher sowohl auf kollegialer Seite als auch bei den Verantwortlichen kaum Beachtung geschenkt worden. Woran mag es liegen, da doch sicherlich bei allen Kolleginnen und Kollegen der gute Wille vorhanden ist, Ratsuchenden angemessen zu helfen? Dieses Phänomen, keine Fehleranalyse zu machen, scheint in der Beratungs- und Therapielandschaft noch weit verbreitet zu sein, wie die Autoren an Studien zu Therapieabbrüchen belegen können.

Ausgehend von 50 typischen Fehlern in Beratung und Therapie bietet das Buch eine Menge an Hinweisen, wie diese Prozesse erfolgreich gestaltet werden können. So zeigen die Autoren anhand einer Fehleranalyse Fallstricke im Umgang mit Klienten und Ratsuchenden auf. Dann weisen die empirisch fundiert darauf hin, was stattdessen möglich ist.

Wenn man es sich in Beratung und Therapie leichter und auch vielleicht erfolgreicher machen will, sollte man dieses Buch unbedingt lesen!

Dr. Rudolf Sanders

Mirosława Britzkow & Susanne Jermies

Familiencoaching

Ein Praxishandbuch

Hogrefe, Bern und Göttingen 2015, 29,95 €

Schaut man sich die Jahresstatistik katholischer Ehe-, Familien und Lebensberatungsstellen an, so stößt man auf ein interessantes Phänomen: Einzelberatung ist etwa mit 50 Prozent angegeben, Paarberatung mit ca. 44 Prozent, die Beratung in und mit Gruppen und die Familienberatung werden mit ca. 2 Prozent angegeben.

Wo mögen Ursachen liegen? Vielleicht darin, dass es keine stringenten Konzepte für eine Familienberatung gibt? Vielleicht machen manche sich es auch viel zu schwer damit. Abhilfe bietet dieses Praxishandbuch, das wirklich aus der Praxis für die Praxis geschrieben worden ist. Selbst wenn vom Coaching die Rede ist und die Autoren sich deutlich von Familientherapie abgrenzen, so kann die empfohlene Vorgehensweise in bedeutendem Maße Familien helfen, aus einer unzufriedenen Situation in eine zufriedene sich zu verändern.

Hilfreich für das Verständnis ist der Blick auf den Begriff *Coach* in seiner Ursprungsform, die aus dem aus der ungarischen Sprache kommt. In dem ungarischen Ort Cox wurden im 17. Jahrhundert Wagen produziert, die im Laufe der Zeit mit dem Namen dieses Ortes bezeichnet worden. Die deutsche Übersetzung für das Wort Cox bedeutet Kutsche, der englischen Coach. Vor diesem Hintergrund der Begriffsgeschichte betrachten die Autoren Coaching als eine Fahrt, als Prozess hin zu einem Ziel. Der Coach ist demnach ein Kutscher, mit dessen Hilfe eine Familie den Zielort erreicht. Er hilft ihnen, Ziele zu formulieren und begleitet sie dabei, diese bestmöglich zu erreichen. Dabei werden meistens kreative und Selbsterkenntnis erzeugende Vorgehensweisen erlebniszentriert eingesetzt.

Dieser Prozess orientiert sich an einer Grundhaltung des Beraters ganz im Sinne von Carl Rogers, dem Begründer der Klienten orientieren Gesprächspsychotherapie. Das heißt Akzeptanz, Achtung des Ratsuchenden ohne Bedingungen, Empathie, emotionale Wärme einfühlendes Verstehen und Kongruenz des Beraters, das heißt Authentizität in seinem Verhalten.

Mit diesem Praxishandbuch bekommen Kolleginnen und Kollegen einen sehr gut thematisch strukturierten Leitfaden zur Arbeit mit Familien. Sie gehen mit einer Familie auf eine gemeinsame Reise – in 10 Schritten vom Problem zum Ziel. Zu jedem Schritt werden im Ein-

leitungstext in verständlicher Form die notwendigen theoretischen Informationen geliefert. Sehr bereichernd ist, dass die grafische Gestaltung dieses Buches durch Veranschaulichung, durch Arbeitsblätter und Anleitungen die Kreativität des Lesers und der Leserin bereits anspricht und so Ideen für die eigene Umsetzung ermöglicht.

Ein Buch, dringend zu empfehlen für alle Kolleginnen und Kollegen, die mit Familien arbeiten, ob in der Erziehungsberatung oder Familientherapie.

Dr. Rudolf Sanders

Martin Fischer

Dienst an der Liebe

Die katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung in der DDR

Echter Verlag, Würzburg 2014, 24,00 €

Ein spannendes Buch für all diejenigen, die etwas über die besonderen Bedingungen katholischer Missionierungsarbeit unter den Bedingungen eines totalitären Systems, wie das in der DDR, erfahren wollen. Eingeordnet wird die Entstehungsgeschichte deutscher Ehe- und Familienberatung von dem Beginn in der Weimarer Republik bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg und dem Aufbau einer katholischen Eheberatung in der DDR. Aber was bedeutete es, eine Eheberatung katholischerseits aufzubauen, im real existierenden Sozialismus der DDR, der ganz bestimmte der Erwartungen an Ehe und Familie hatte? Genau diesen Fragen wird ausführlich Raum geboten. Dann beschreibt der Autor den Verlauf von sechs Ausbildungskursen aus den Jahren 1969 bis 1989 (von denen der letzte 1993 endete). Da es sich um eine Dissertation handelt, finden wir eine gut recherchierte und dokumentierte Arbeit zur Geschichte der katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung in der DDR. Spannend ist auch eine schwerwiegende Kontroverse im vierten Ausbildungskurs, die detailliert beschrieben wird. Dieser führte zu einer innerkirchlichen Auseinandersetzung mit der Frage: Ist das, was Psychologie bietet, mit den Lehren der katholischen Kirche eigentlich vereinbar?

Interessant für alle Kolleginnen und Kollegen mit katholischer Sozialisation, die in der DDR groß geworden sind und auch für all diejenigen, die daran interessiert sind, wie theologische und psycho-

logische Wissenschaft im Sinne des Menschen und im Dienst an der
Liebe miteinander gerungen haben.

Dr. Rudolf Sanders

Impressum

Eine Vielzahl gesellschaftlicher Umbruch-Situationen kennzeichnet die Gegenwart. Die daraus entstehenden Verunsicherungen werden u.a. deutlich in steigenden Scheidungszahlen, dem Leid der Scheidungswaisen, beim Bewältigen persönlicher Krisen sowie in vermehrten Schwierigkeiten im mitmenschlichen Umgang (Mobbing etc.). Die Frage, wie unter diesen Umständen der Einzelne sein Leben gestalten soll, führt viele Menschen in die Beratung.

Beratung Aktuell will Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie und Pädagogik in einer verständlichen Form als Hilfe für den Praxisalltag zur Verfügung stellen. Gleichzeitig sollen Erfahrungen der Praktiker die wissenschaftliche Theoriebildung fruchtbar beeinflussen. Die Darstellung gesellschaftlicher Tendenzen, die sich in der Beratung seismografisch abzeichnen, wie etwa die Folgen von Arbeitslosigkeit, finden in der Zeitschrift Platz, um so gesellschaftspolitisches Handeln mit zu beeinflussen.

Zielgruppe:

Die Zeitschrift richtet sich an Beraterinnen und Berater, an Fachleute, die mit Zuhören, Rat, Anleitung, Supervision, Therapie zur Seite stehen und begleiten in den Bereichen:

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Erziehungsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Schuldnerberatung
- Psychotherapie
- Ärztliche Praxis
- Erwachsenenbildung
- Schule
- Seelsorge
- Prophylaxe und Gesundheitsförderung

Herausgeber:

Rudolf Sanders, Dr. phil., Dipl.-Päd., Leiter der Kath. Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle Hagen & Iserlohn, Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich Eheberatung, Paartherapie, Begründer des Verfahrens Partnerschule.

Beratungsstelle, Hohle Straße 19 a, 58091 Hagen, Tel.: 02331-788582, Fax: 02331-788583, E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de, Web:

www.partnerschule.de

Notker Klann, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Ehe-, Familien- und Lebensberater; Forschungsschwerpunkte: Partnerschaft, Prozess- und Ergebnisqualitätssicherung in der Eheberatung.

Am Eichweg 14, 53572 Bruchhausen, Tel.: 02224-3468, E-Mail: klann.beratung@t-online.de

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. **Friedrich K. Barabas**, Jurist, Prof. für Recht FB Sozialpädagogik, FH Frankfurt/ M.; Dr. **Günther Bitzer-Gavornik**, Leiter der Akademie SteiGLS in Graz; Prof. Dr. **Peter Fiedler**, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg; Prof. Dr. **Kurt Hahlweg**, Psychologisches Institut der Universität Braunschweig; Prof. Dr. Dipl.-Psych. **Tanja Hoff**, Professur für Psychosoziale

Prävention, Intervention & Beratung Studiengangsleitung Master Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Projektleitung am Deutschen Institut für Sucht- u. Präventionsforschung, Katholische Hochschule NRW;

Prof. Dr. **Peter Kaiser**, Arbeitsbereich Psychologie, Hochschule Vechta; Prof. **Nitza Katz-Bernstein**, Erziehungswissenschaftliches Institut der Universität Dortmund; Prof. Dr. **Andrea Kerres**, Dipl.-Psych., FH München; Prof. Dr. **Andreas Kerres**, Stiftungsfachhochschule München; Prof. Dr. **Christine Kröger**, FH-Coburg; Prof. Dr. **Michael Märtens**, FH Dresden, EAG Düsseldorf; Prof. Dr. **Frank Nestmann**, TU Dresden FB Beratung und Rehabilitation; Dr. phil. **Agostino Mazziotta**, Diplom-Psychologe, FernUniversität in Hagen Institut für Psychologie, LG Community Psychology Dr. **Dorothea Rahm**, Dipl.-Psych., Braunschweig; Prof. Dr. **Bernd Roehrl**, Universität Marburg; Dr. **Dieter Schmelzer**, Dipl.-Psych., Nürnberg; Dr. **Elmar Struck**, Dipl.-Psych., Ehe-, Familien- und Lebensberater Bonn; Prof. Dr. Dr. **Paul Michael Zulehner**, Institut für Pastoraltheologie, Wien.

Redaktion:

Dr. Rudolf Sanders, Sauerlandstr. 4, 58706 Menden, Tel.: 02331-788582
E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de, Web: www.partnerschule.de
Dr. Notker Klann, Am Eichweg 14, 53572 Bruchhausen, Tel.: 02224-3468, E-Mail: klann.beratung@t-online.de

Projektleitung:

Heike Carstensen, Junfermann Verlag GmbH, Postfach 18 40, D-33048 Paderborn, Andreasstraße 1a, D-33098 Paderborn,
Tel.: 05251-13 44 18, Fax: 13 44 44, E-Mail: carstensen@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf: www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de:

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de

Zitierhinweis:

Nach den Vorgaben der „Deutsche Gesellschaft für Psychologie – Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“ kann wie folgt aus der Zeitschrift zitiert werden bzw. sind entsprechende Angaben in der Literaturliste zu machen:

1.) beim Zitat: Es kann die übliche Form angewendet werden, weil alle nötigen Angaben der jeweiligen Ausgabe entnommen werden können.

2.) Literaturliste: Autor, A.A., Autor, B.B. & Autor, C.C. (2009). Titel des Artikels. *Beratung Aktuell*, XX (Ausgabe des aktuellen Jahres), XXX-XXX (Seitenzahl: von-bis). Zugriff am Tag. Monat. Jahr, Verfügbar unter <http://www.active-books.de/beratung-aktuell.html>

(Alle verwendeten Satzzeichen und die Schreibweise (kursiv) entsprechen den Vorgaben).