



Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Paartherapiegruppe „Wege zueinander“

Therapiekonzept



THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Paartherapiegruppe „Wege zueinander“

IMPRESSUM

IMPRESSUM UND ALLGEMEINE ANGABEN

ZUM UNTERNEHMEN NACH § 5 TMG:

RHÖN-KLINIKUM AG

Vorstand: Stephan Holzinger (Vors.), Prof. Dr. Bernd Griewing, Dr. Gunther K. Weiß

Registergericht: Amtsgericht Schweinfurt, HRB 1670

Zuständige Aufsichtsbehörde nach § 30 GewO: Landratsamt Rhön-Grabfeld, Spörleinstr. 11, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

USt-ID: DE167834823

Geschäftsleitung und verantwortlich i. S. d. PresseG:

Jochen Bocklet, Burkhard Bingel, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale, Tel. 09771 66 0

Kontakt: Tel.: 09771 66 0; **Mail:** geschaeftsleitung@campus-nes.de

Unsere Angebote finden Sie ausführlich unter www.campus-nes.de

Gestaltung und Satz: MainKonzept, Berner Str. 2, 97084 Würzburg, www.mainkonzept.de

Bildnachweis: RHÖN-KLINIKUM AG

Druck: kraus print u. media, Am Angertor 11, 97618 Wülfershausen

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

Erstellt von:

Guido Loy, Leitender Oberarzt und Leiter der Tagesklinik der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Sozialmedizin, Paar- und Sexualtherapeut, Lehrbeauftragter der Gesellschaft für Integrative Paartherapie und Paarsynthese e. V.

Petra Loy, Fachtherapeutin für Psychotherapie (HPG), Gestalttherapeutin, Paar- und Sexualtherapeutin in eigener Praxis, Lehrbeauftragte der Gesellschaft für Integrative Paartherapie und Paarsynthese e. V.

INHALTSVERZEICHNIS

5 EINLEITUNG

WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE

- 6 Wechselwirkung von psychischen Störungen und Partnerschaft
 - 7 Depression und Partnerschaft
 - 7 Essstörung und Partnerschaft
 - 7 Angststörung und Partnerschaft
 - 8 Paartherapie bei psychischen Störungen
-

THERAPIE

- 9 Therapieansatz
 - 9 Interventionen
 - 9 Ziele
 - 9 Zielgruppe
 - 10 Theoretischer Hintergrund
 - 11 Ablauf
-

12 STIMMEN AUS DER THERAPIEGRUPPE

13 LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Eine psychosomatische Erkrankung eines Partners stellt eine besondere psychische Belastung und seelische Herausforderung für die Partnerschaft dar.

Je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung führt diese Belastung immer mehr in eine krisenhafte Partnerschaft, in der die Partner auf ihnen bekannte Konfliktbewältigungsmuster zurückgreifen. Häufig auftretende Konfliktbewältigungsmuster, die meist bereits in der Kindheit erlernt werden, sind: schweigsamer Rückzug, ständiges Nörgeln, trotziges Erstarren, sinnlose Schuldzuweisungen, heftige Anklagen und Gegenanklage. Je mehr sich ein Partner schweigsam zurückzieht, umso mehr neigt der andere zu häufiger Kritik und Anklage und je häufiger der eine sich kritisiert und angeklagt fühlt, umso mehr zieht er sich zurück. Ein Teufelskreis beginnt, in dem sich meist beide Partner äußerst hilflos fühlen. Aus Rechtfertigung wird Schuldzuweisung, aus Wertung wird Entwertung, statt Ermutigung folgt Demütigung, statt Austausch folgt Verweigerung, statt Veränderung folgt Erstarrung, statt Aufbau folgt Zerstörung und statt Selbstachtung folgt Selbstaufgabe. Dieser Krisendynamik gilt es entgegen zu wirken als ein unterstützender Heilfaktor für die Partnerschaft, als auch für den psychosomatisch erkrankten Menschen. Gerade in der Erkrankung braucht es eine stabile, unterstützende und fördernde Partnerschaft, die den erkrankten Partner nicht noch mehr in die Destruktivität der Erkrankung treibt oder ihn in der Erkrankung hält. Ein sinnerfüllender Austausch, als auch eine auf gegenseitiger Achtung basierende Konfrontation sind nötig, um den Weg für positive Veränderung zu öffnen. Als ersten Schritt dahin ist unsere paartherapeutische Intensivgruppe gedacht. Für dieses therapeutische Angebot können Patienten/innen der Psychosomatischen Klinik ihre Partner/in einladen.



**„Liebe ist der Sinn
Dialog der Weg
Würde das Prinzip“
(M. Cöllen)**

**„Nicht ist die Liebe gelernt“
(R.-M. Rilke)**

WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE

Wechselwirkung von psychischen Störungen und Partnerschaft

Eine im Rahmen der WHO in 15 Ländern durchgeführte Studie (Scott et al., 2010) zeigt, dass eine enge bzw. intime Partnerschaft oder Ehe bei Frauen und Männern mit einem niedrigeren Risiko zur Entwicklung jeglicher psychischen Störung einhergeht.

Eine kürzlich zurückliegende Scheidung erhöht bei beiden Geschlechtern das Störungsrisiko. Bei Männern stärker für Suchtstörungen, bei Frauen für Depressionen.

Die gesundheitsschützende Wirkung einer festen, stabilen Partnerschaft erklärt sich unter anderem durch ein sich gegenseitiges Bedingen bzw. Unterstützen in positiven Gesundheitsverhalten (Falba & Sindelar, 2008). Darü-

ber hinaus erfüllt eine stabile Partnerschaft oder Ehe aber auch ganz allgemein das Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Nähe, gibt das Gefühl der Zugehörigkeit, wirkt damit Einsamkeit und Isolation entgegen und erlaubt den Aufbau einer gemeinsamen Identität und das Gefühl gemeinsamen Erfolgs (Diener et al., 2000). Das Bindungsbedürfnis gehört zu den elementaren Grundbedürfnissen. Die Möglichkeit der wechselseitigen Beantwortung und Unterstützung in der Stress- und Krisenbewältigung, von Bodenmann (2000, 2013) als dyadisches Coping bezeichnet, ist eine wichtige Ressource des Paares. Gleichzeitig zeigen Personen in nicht zufriedenstellenden Beziehungen ein schlechteres Befinden, eine niedrigere Lebenszufriedenheit und einen geringeren Selbstwert als Geschiedene oder Ledige (Hawkins & Booth, 2005). Und schließlich erhöhen chronische Partnerschaftskonflikte das Risiko von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Herzinsuffizienz sowie einer Schwächung des Immunsystems (Matthews & Gump, 2002; Gruenewald et al., 2006; Kriegbaum et al., 2008).

Partnerschaftsprobleme und Trennung erwiesen sich in einer großen Studie über einen Zeitraum von 40 Jahren als meistgenannte Ursachen für akute emotionale Probleme (Swindle, Heller, Pescosolido & Kikuzawa, 2000), wobei sich vor allem starke Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsproblemen und Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch zeigten (Whisman, 2007).

Depression und Partnerschaft

Gerade bei der klinischen Depression findet sich ein starker Zusammenhang mit Partnerschaftsproblemen (Whisman, 2001; Bodenmann et al., 2008). Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, ist bei schwerwiegenden Partnerschaftsproblemen um das achtfache erhöht (Kendler et al., 1998). Ebenso erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen nach erfolgreicher Behandlung bzw. Remission einer Depression (Hooley, 2007), während ein günstiges Partnerschaftsklima mit einer rascheren Besserung der depressiven Störung einhergeht (Moya et al., 2010).

Ursachen für die ungünstige gegenseitige Beeinflussung bei Paaren mit einem depressiven Partner liegen, wie Untersuchungen zeigen (Cano & O`Leary, 2000), unter anderem in einer negativen Interaktion und mangelhafter Unterstützung. Diese wiederum hängen sowohl mit kritischen, feindseligen oder überbemutternden Einstellungen des Partners gegenüber dem Erkrankten als auch mit dessen depressiven Denkmustern und dysfunktionalen Einstellungen zusammen, welche wesentliche Bedeutung in der Auslösung und Aufrechterhaltung der Depression erlangen (Meuwly, Bodenmann & Coyne, 2012).

Angststörungen und Partnerschaft

Angststörungen und niedrige Partnerschaftsqualität stehen in einer deutlichen Wechselbeziehung. Diese ist bei der Agoraphobie und

der generalisierten Angststörung (GAS) am stärksten ausgeprägt (Emmelkamp & Gerlsma, 1994; Whisman et al., 2000). Da zum Beispiel 88 Prozent der Patienten mit einer generalisierten Angststörung in einer Partnerschaft leben und eine GAS das Scheidungsrisiko fast verdoppelt, wird die Relevanz dieses Zusammenhangs noch deutlicher (Kessler et al., 1998; Yoon & Zinbarg, 2007).

Esstörungen und Partnerschaft

Esstörungen gehen mit einer geringeren Beziehungszufriedenheit, Geborgenheit und Nähe in der Partnerschaft einher. So fanden sich bei jungen magersüchtigen oder bulimischen Frauen in bestehender Partnerschaft stärkere Symptomausprägungen als bei Frauen ohne Partner, aber auch eine höhere Veränderungsmotivation (Busolotti et al., 2002).

Auch Patientinnen mit Binge Eating (BED) weisen laut einer Studie (Whisman et al., 2012) im Vergleich zu psychisch gesunden Frauen und Frauen mit anderen psychischen Erkrankungen eine negativere partnerschaftliche Interaktion sowie eine geringere Partnerschaftszufriedenheit auf.

Eine Tagebuchuntersuchung bei Paaren (Butler et al., 2010) belegt wiederum, dass übergewichtige Frauen, um dem Partner zu gefallen, negative Gefühle stärker unterdrücken und mittels Nahrungsaufnahme und Überessen Stress bewältigen.





Paartherapie bei psychischen Störungen

Paartherapie spielt bei psychischen wie somatischen Störungen eine wichtige Rolle, da immer beide Partner von der Störung betroffen sind.

Nach dem systemisch-transaktionalen Stressmodell von Bodenmann (2000) und dem Konzept der „we-disease“ nach Kayser et al. (2007) sollte eine Erkrankung als gemeinsames Problem und Aufgabe des Paares gesehen werden. Beide leiden darunter auf ihre Weise. Beide können aber auch zur Bewältigung beitragen. Paartherapie oder regelmäßiger Einbezug des Partners in die Therapie kann durch Verbesserung der Partnerschaftsqualität die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in die Depression senken und ist bei zusätzlichen Partnerschaftsproblemen einer Einzeltherapie überlegen. Da zudem häufig der Partner bei der Aufrechterhaltung einer Depression eine wichtige Rolle spielt, kann Paartherapie für die besondere Situation sensibilisieren und mit den Partnern an einer unterstützenden und heilungsfördernden Beziehungsgestaltung arbeiten.

Eine Studie von Bodenmann et al. (2008) konnte bei 60 Paaren mit einem Partner mit mittelschwerer bis schwerer Depression nachweisen, dass nur Paartherapie, nicht jedoch die kognitive Verhaltenstherapie oder die Interpersonelle Therapie, eine Besserung der für Rückfälle relevanten negativen Einstellungen („expressed emotion“) des Partners gegenüber dem Patienten bewirken konnte.

THERAPIE

Therapieansatz

Paarsynthese (Integratives paartherapeutisches Verfahren)

Interventionen

- Gruppengesprächstherapie
- Therapeutisch geleitete Paardialoge vor der Gruppe
- Körpertherapeutische Angebote
- Übungen der Selbstreflexion in der Klein- und Großgruppe
- Psychoedukation

Ziele

- Dialogfähigkeit des Paares vertiefen
- Ressourcen der Paarbeziehung herausarbeiten
- Konflikthafes in der Beziehung benennen und Klärungsansätze erarbeiten
- Beziehungskompetenz weiterentwickeln

Zielgruppe

- Paare, die durch die psychosomatische Erkrankung des Einen belastet sind
- Paare in Beziehungskrisen
- Paare, die die Heilkraft der Beziehung fördern und ihre Dialogfähigkeit stärken möchten

Theoretischer Hintergrund

Der Arbeit mit den Paaren liegt das Verfahren der Paarsynthese zugrunde. Die Paarsynthese ist ein integratives Therapiekonzept, das 1975 von Michael Cöllen begründet und seit 1992 mit Ulla Holm zusammen weiter entwickelt und ausdifferenziert wurde. Dieser schulen- und methodenübergreifende Ansatz basiert auf drei Dimensionen:

- Tiefenpsychologische Dimension (Biographische Arbeit)
- Dialogische Dimension
- Spirituelle Dimension (Frage nach dem Sinn der Liebe zu dir und dem Lernen durch dich)

Dialogische Dimension

Der Schwerpunkt in der paartherapeutischen Gruppe liegt auf der dialogischen Dimension. Eine zentrale Erkenntnis der Forschung zu Paarbeziehung ist die, dass die Untersuchung des wechselseitigen aufeinander Einwirkens von Paaren (Paarinteraktion) das aussagekräftigste Instrument für Qualität und Verlauf der Paarbeziehung darstellt. In der Vorhersage von Trennung und Scheidung erweist sich das Interaktionsverhalten des Paares als die aussagekräftigste veränderliche Größe (Gottman, 1994). Die eheliche Kommunikation ist die entscheidende Größe für die Unterscheidung stabiler und instabiler Ehen. Auch steht das Interaktionsverhalten des Paares in deutlichem Zusammenhang mit der Beziehungszufriedenheit (Karney & Bradbury, 1995).

Meist klagen Patienten/innen und Partner/innen, dass sie sich einander nicht mehr verständlich machen könnten, ihre Kommunikation sich auf Absprachen, kurze Gespräche oder Streitigkeiten und Schweigen reduziert habe. Dieser Krisendynamik gilt es entgegen zu wirken und als ein unterstützender Heilfaktor

tor die Dialogkompetenz des Paares zu fördern. Michael Cölln nennt fünf Hauptdialoge, die alle zusammen den vertieften und verdichteten Dialog des Paares ausmachen. Der Körperdialog beginnt schon mit dem Blickkontakt und vollzieht sich im Ergreifen, Begreifen, Berühren und Anrühren. Die Sexualität ist nur ein Teil des Körperdialoges. Jung Verliebte nehmen häufig Blickkontakt miteinander auf, schenken einander im Alltag immer wieder liebevolle Gesten und Berührungen. Dies tritt bei langfristigen Beziehungen und hohem Belastungsgrad meist mehr und mehr in den Hintergrund oder geht gar ganz verloren. Der Gefühlsdialog beginnt mit dem achtsamen Empfinden der eigenen Gefühle und dem Zulassen von Schwäche, Trauer, Angst, Zorn, Verzweiflung und Einsamkeit bis hin zu Leidenschaft, Begierde, Zärtlichkeit und Hingabe. Bei Paaren mit einem psychisch erkrankten Partner ist häufig zu beobachten, dass der nicht erkrankte Partner eigene sogenannte schwierige Gefühle wie Hilflosigkeit, Wut, Enttäuschung, Trauer und Erschöpfung nicht in den Paardialog bringt. Die Meinung, den erkrankten Partner schonen zu müssen und ihn nicht noch mehr belasten zu wollen, verhindert einen ebenbürtigen Gefühlsdialog. Jedoch gerade ein Zuviel an Rücksichtnahme und Verantwortungsübernahme kann beim Erkrankten das Gefühl von Unterlegenheit und Minderwertigkeit eher noch verstärken. Deshalb legen wir in unserer Paartherapiegruppe viel Wert darauf, den Gefühlsdialog des Paares wieder neu anzustoßen, Worte und Gesten hierfür zu finden. Die Gefühlssprache ist wiederum nur ein Teil des Sprachdialoges. Es braucht auch die Alltagssprache, um das gemeinsame Leben zu regeln, Gedanken auszutauschen, Probleme zu lösen und sich über den Sinn der gemeinsamen Beziehung und des Lebens auszutauschen. Den Sinn im eigenen Leben zu suchen, ist uns Menschen eigen. Darüber hinaus gilt es einen gemeinsa-

men Sinn des Paares zu finden, der über die reine Lebensbewältigung hinausgeht. Der Austausch über gemeinsame Ziele und Werte, kann dem Paar Orientierung geben auf dem Weg zu einer sinnvollen Gestaltung der Beziehung. Die Zeit als letzte der fünf Dialogsäulen umspannt alle anderen Dialogformen. Zur Entwicklung der Gefühle, des Vertrauens und zur Stärkung der Liebe bedarf es Zeit. Wie die Zeit miteinander verbracht wird, ist entscheidend.

Ablauf

Die Therapiegruppe findet als Blockangebot an zwei aufeinanderfolgenden Tagen mit insgesamt sechs Zeitstunden statt. Die Gruppengröße ist auf sechs Paare ausgelegt. Sie wird idealerweise von einem „Therapeutenpaar“, einer Therapeutin und einem Therapeuten, geleitet.

Das „Therapeutenpaar“ bietet, neben der Modellfunktion, vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Übertragungsarbeit und wird zum bedeutsamen Gegenstand und Instrument der Dialogarbeit.

Während des ersten Drittels stehen das Kennenlernen des therapeutischen Settings, das gegenseitige Kennenlernen der Teilnehmer/innen, die Gruppenfindung und die paartherapeutische Diagnostik, das heißt die „Paargestalt“ (Cölln, 2013), im Vordergrund. Nach einer Vorstellungsrunde der Paare, in der häufig schon erste Konflikthafte Aspekte benannt werden und meist eher dem/der Partner/in direkt oder indirekt die Schuld für die Schwierigkeiten in der Beziehung zugeschoben wird, im Sinne eines „Problemtransfers“ (Cölln, 2005), werden die Teilnehmer/innen nun zur Selbstreflexion angeleitet. Die Aufmerksamkeit richtet sich nicht mehr auf das Konflikthaf-

te des Partners, der Partnerin, sondern auf sich selbst. Es gilt, mit Hilfe unterstützender, zielgerichteter Fragen der Therapeuten das eigene Partnersein, die eigenen positiven als auch negativen Anteile zu erfassen und zu benennen. Hier wird deutlich, nicht nur aufgrund der Erkrankung des einen und den damit einhergehenden Einschränkungen ist die Beziehung belastet, sondern die negativen Verhaltensmuster beider Partner, wie Perfektionismus, Rückzug, Konfliktvermeidung, Abwertung, Ungeduld, unkontrollierte Wutausbrüche und andere, tragen zur schwierigen Paarsituation bei. Diese Erkenntnis bringt häufig eine erste Entlastung und Selbstwertstärkung gerade des erkrankten Partners mit sich und bahnt den Weg für eine gemeinsame Lösungsfindung auf Augenhöhe.

Der nächste Schritt im Rahmen der Selbstreflexion dient dem Erfassen der Auswirkungen, die die eigenen negativen, meist destruktiven Verhaltensmuster auf den Partner haben. Dies erfolgt im therapeutisch geleiteten Paardialog unter Einbeziehung der fünf Dialogsäulen Körper, Gefühl, Sprache, Sinn und Zeit (Cölln, 2009). Dieser dialogische Austausch des Paares lebt von den Ausdrucksmitteln des Impulses, der Gesten und der Sprache. Diese Dreierheit von Impuls, Sprache und Geste hilft, den Fluss der Gedanken und Gefühle in einen lebendigen Austausch zu bringen (Loy & Loy, 2012). Mit der Verantwortungsübernahme für die eigenen „Fehler“ und dem Herausarbeiten der Bedürftigkeit, die hinter dem Abwehr- und Widerstandsverhalten steht, findet eine wesentliche Entflechtung der konflikthafte Verwobenheit in der Paarbeziehung statt. Tiefenpsychologische Aspekte, wie das heutige destruktive Verhalten im Zusammenhang mit den in der Kindheit begründeten Abwehr- und Widerstandsmechanismen steht, fließen in den Paardialog mit ein. Die Gefühls- und Erlebniswelt der Partner, die im Alltag meist

hinter dem Streitgebahren verborgen bleibt, tritt in den Vordergrund und schafft die für Heilung notwendige Nähe.

Diese Form des offenen Dialoges und vertieften Verstehens lässt Offenheit und gleichzeitig emotionale Verbindung zwischen den Partnern entstehen und erhöht die Bereitschaft erste Schritte des Verzeihens zu gehen. Dadurch eröffnet sich eine neue Sicht auf Konfliktlösungsmöglichkeiten.

Auf der Grundlage der (neu) gewonnenen Bewusstheit/Sensibilität gegenüber der eigenen Bedürftigkeit und des Wissens darum, wie diese Bedürftigkeit im Alltag durch Rückzug, Nörgeln, Anklagen, Schweigen, trotziges Erstarren etc. vor sich selbst und dem/der Partner/in verborgen wird, werden im Verlauf der Paartherapiegruppe erste individuelle Ideen entwickelt, wie diese negativen Mechanismen und Interaktionen im Alltag durchbrochen werden können.

Ein wesentlicher unterstützender Faktor für das Gelingen der oben beschriebenen therapeutischen Schritte, Prozesse und Interventionen stellt das gruppentherapeutische Setting dar. Hier kommen neben den allgemeinen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie (Yalom, 2012) die Ermutigung durch das Modell anderer Paare zum Tragen. Bestärkt durch die Solidarität einzelner Teilnehmer/innen wagen sich Partner in den Paargruppen eher an die eigenen Konflikte (Arentewicz & Schmidt, 1993).

STIMMEN AUS DER PAARTHERAPIEGRUPPE

„Die Paartherapie hat bei uns sehr viel bewirkt und angestoßen. Wir möchten in Zukunft noch offener über unsere Gefühle reden und sind uns durch die Therapie noch näher gekommen. Vielen Dank an das Therapeutenpaar.“

„Die Paartherapie hat mich vorangebracht. Die zwei Tage mit Herrn und Frau L. waren sehr gut für mich, auch dass Sie alles mit- und vorgemacht haben und somit mir meine Angst nehmen konnten. Vielen Dank.“



LITERATURVERZEICHNIS

Arentewicz, G. & Schmidt, G. (1993). Sexuelle gestörte Beziehungen. 3. Auflage. Enke.

Bodenmann, G. (2000). Stress und Coping bei Paaren. Hogrefe.

Bodenmann, G. (2008). Prävention von Partnerschaftsstörungen und Paarberatungen. In F. Petermann & W. Schneider (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie (Band 7: Angewandte Entwicklungspsychologie) (S. 751–776). Hogrefe.

Bodenmann, G. (2013). Klinische Paar- und Familienpsychologie. Huber.

Bussolotti, D., Fernandez-Aranda, F., Solano, R., Jimenez-Murcia, Turon, V. & Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1139–1145.

Butler, E. A., Young, V. J., & Randall, A. K. (2010). Suppressing to please, eating to cope: The effect of overweight women's emotion suppression on romantic relationships and eating. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 599–623.

Cano, A. & O'Leary, K. D. (2000). Extramarital affairs precipitate major depressive episodes and symptoms of non-specific depression and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 774–781.

Cöllen, M. (2005). Liebe deinen Partner wie dich selbst. Wege für Paare aus narzisstischen Krisen. Gütersloher Verlagshaus.

Cöllen, M. (2009). Das Verzeihen in der Liebe. Wie Paare neue Nähe finden. Kreuz.

Cöllen, M. (2013). Integrative Paartherapie. *Handwerk der Psychotherapie*, Band 3. Psychotherapie-Verlag.

Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 419–436.

Emmelkamp, P. M. G. & Gerlsma, C. (1994). Marital functioning and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 25, 407–429.

Falba, T. A. & Sindelar, J. L. (2008). Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research*, 43, 96–118.

Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Gruenewald, T. L., Seeman, T. E., Ryff, C. D., Karlamangla, A. S. & Singer, B. H. (2006). Combinations of biomarkers predictive of later life mortality. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 103, 14158–14163.

Hawkins, D. A. & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on wellbeing. *Social Forces*, 84, 452–470.

Hooley, J. M., Hirpi, E., Pope, H. G. Jr. & Kessler, R. C. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329–352.

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.

Kessler, R. C., Walters, E. E. & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders. III. Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092–1096.

Kayser, K., Watson, L. E. & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a „we-disease“: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems and Health*, 25 (4), 404–418.

Kriegbaum, M., Christensen, U., Lund, R., Prescott, E. & Osler, M. (2008). Job loss and broken partnerships: do the number of stressful life events influence the risk of ischemic heart disease in men? *Annals of Epidemiology*, 18, 743–745.

Loy, G. & Loy, P. (2012). Der Weg des Verzeihens in der Liebe und in der Paartherapie. In B. und U. Röser (Hrsg.). *Die Kraft des Verzeihens. Liebe als Lernmodell in der Paarsynthese* (S. 57–67). MV-Wissenschaft.

Matthews, K. A. & Gump, B. B. (2002). Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine*, 162, 309–315.

Meuwly, N., Bodenmann, G. & Coyne, J. C. (2012). The association between partners' expressed emotion and depression: Mediated by patients' dysfunctional attitudes? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 690–706.

Moya, J., Prous, A. C., Fernandez, A. S. & Alonso, A. (2010). The impact a first episode of major depression has on marital dissatisfaction: Is remission associated with improvement in dissatisfaction? *European Journal of Psychiatry*, 24, 46–58.

Swindle, R. Jr., Heller, K., Pescosolido, B. & Kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period. Mental health policy implications. *American Psychologist*, 55(7), 740-749.

Whisman, M. A., Sheldon, C. T. & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803–808.

Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638–643.

Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H. & Bulik, C. M. (2012). Marital functioning and Binge Eating Disorder in married women. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 385–389.

Yalom, I. D. (2012). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. 11. Auflage. Klett-Cotta.

Yoon, K. L. & Zinbarg, R. E. (2007). Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 955–965.



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik
der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70
Fax 09771 67 79 001
psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatik.campus-nes.de

02.2019 / 250



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT