

John Carroll Universität
Carroll Gesammelt

Fakultätsbibliographie 2017
Homepage

Fakultätsbibliographien Gemeinschaftliche

7-2017

Randomisierte, kontrollierte Studie zur Imago- Beziehungstherapie: Untersuchung der statistischen und klinischen Signifikanz

Nathan C. Gehlert

John Carroll Universität, ngehlert@jcu.edu

Verfolgen Sie diese und weitere Arbeiten unter:

 https://collected.jcu.edu/fac_bib_2017 Teil der [Counseling Commons](#)

Empfohlenes Zitat

Gehlert, Nathan C., "Randomized Controlled Trial of Imago Relationship Therapy: Exploring Statistical and Clinical Significance" (2017). *2017 Fakultät Bibliographie*. 12.

https://collected.jcu.edu/fac_bib_2017/12

Dieser Artikel wird Ihnen von der Homepage der Fakultätsbibliographien-Community bei Carroll Collected kostenlos und frei zugänglich zur Verfügung gestellt. Er wurde von einem autorisierten Administrator von Carroll Collected zur Aufnahme in die Fakultätsbibliographie 2017 angenommen. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an connell@jcu.edu.

Randomisierte, kontrollierte Studie zur Imago-Beziehungstherapie: Untersuchung der statistischen und klinischen Signifikanz

Nathan C. Gehlert^a, Christopher D. Schmidt^b, Victoria Giegerich^c und Wade Luquet^d

^aDepartment of Counseling, John Carroll University, University Heights, Ohio, USA; ^b Counseling and Education Department, Villanova University, Villanova, Pennsylvania, USA; ^c Counselor Education and Supervision Program, Kent State University, Kent, Ohio, USA; ^d Behavioral and Social Sciences Division, Gwynedd Mercy University, Gwynedd Valley, Pennsylvania, USA

ABSTRACT

Seit Jahrzehnten nutzen Paare auf der ganzen Welt die Imago-Beziehungstherapie (IRT), um ihre Beziehungen zu verbessern. Obwohl es viele anekdotische Erfolgsgeschichten gibt, wurde bis jetzt keine randomisierte kontrollierte Studie über die Wirkung der IRT durchgeführt. Die Autoren untersuchen die Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie mit verzweifelten, behandlungsbedürftigen Paaren, die 12 IRT-Sitzungen absolvierten, und die Auswirkungen ihrer Teilnahme auf ihre eheliche Zufriedenheit. Die Ergebnisse zeigen, dass (a) Einzelpersonen in der Behandlungsbedingung eine statistisch signifikante Steigerung der Ehezufriedenheit erfuhren, während dies bei Paaren in der Kontrollgruppe nicht der Fall war; (b) das Niveau der ehelichen Zufriedenheit nahm von der Zeit nach der Behandlung bis zur Nachuntersuchung signifikant ab, blieb aber signifikant höher als vor der Behandlung; (c) obwohl statistisch signifikant, waren die Verbesserungen, die die Behandlungsgruppe erfuhr, keine klinisch bedeutsamen Verbesserungen; und (d) während etwa ein Drittel der Teilnehmer während der Behandlung eine Heilung erreichte, erreichte auf der Ebene der Paare nur ein Paar eine Heilung. Weitere Analysen und Empfehlungen für zukünftige Forschung werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER

Imago-Beziehungstherapie; Paarberatung; klinische Signifikanz; randomisierte kontrollierte Studie

Engagierte romantische Beziehungen haben einen bedeutenden Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden einer Person, und es ist allgemein anerkannt, dass das persönliche Glück in hohem Maße mit der Art der Beziehung, die man zu seinem Intimpartner hat, verbunden ist (Dyrdal, Roysamb, Nes, & Vitterso, 2011; Headey, Veenhoven, & Wearing, 1991). Eine positive Liebesbeziehung kann als Puffer gegen psychische Probleme dienen (Seikkula, Aaltonen, Kalla, Saarinen, & Tolvanen, 2013), und zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten haben gezeigt, dass Paartherapie eine wirksame Methode ist, um sowohl Beziehungsstress als auch individuelle psychologische Symptome zu reduzieren (Beach, Dreifuss, Franklin, Klamen, & Gabriel, 2008; Snyder, Castellani, & Whisman, 2006; Snyder & Halford, 2012).



Es gibt eine Reihe von Ansätzen für die Paarberatung, die derzeit von Therapeuten angewandt werden. Zwei dieser Ansätze, die verhaltenstherapeutische Paartherapie und die emotionsfokussierte Paartherapie, haben in der Forschungsliteratur die größte Aufmerksamkeit erhalten. Sie wurden in mehreren klinischen Studien evaluiert und haben sich als wirksam erwiesen, da sie eine klinisch und statistisch signifikante Verringerung von Beziehungsproblemen bewirken (Lebow, Chambers, Christensen, & Johnson, 2012; Snyder et al., 2006). Andere Ansätze der Paartherapie, wie z. B. interpersonelle, kognitiv-systemische und kommunikationsfokussierte Therapien, bauen derzeit eine Forschungsbasis auf (Snyder & Halford, 2012). Einige Ansätze, die im In- und Ausland weit verbreitet sind, müssen jedoch noch gründlich untersucht werden.

Die vorliegende randomisierte kontrollierte Studie zielt darauf ab, der Imago-Beziehungstherapie (IRT; Hendrix, 2008), einem integrativen Ansatz der Paartherapie, der seit mehr als 30 Jahren intensiv praktiziert wird, umfassende empirische Aufmerksamkeit zu schenken. Die IRT ist eine theoretische und angewandte Methodik für die Arbeit mit Paaren in festen Beziehungen. Es wurden zwar erste Forschungsarbeiten zur IRT durchgeführt, aber bisher wurde noch keine randomisierte kontrollierte Studie abgeschlossen. Für Paare und für den Bereich der psychischen Gesundheit besteht ein entscheidender Bedarf und ein großer Nutzen in der Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen, die bereits weit verbreitet sind (Stratton, 2011). In Anbetracht der weit verbreiteten Aufmerksamkeit und Verwendung der IRT betonte Lazarus (2000) die Notwendigkeit, die Grundlage der IRT, nämlich "Charisma, Vermutungen, Anekdoten und unüberprüfbare Theorien" (S. 224), zu überwinden. Darüber hinaus forderte Berger (1997) die Imago-Gemeinschaft auf, solide Forschungsarbeiten durchzuführen, die Kontrollgruppen, Randomisierung, objektive Messungen und eine Nachbeobachtung nach der Behandlung beinhalten sollten.

Ehepaar Not

Wie bereits erwähnt, wirken sich Liebesbeziehungen auf das individuelle Wohlbefinden aus, sowohl psychologisch als auch physisch (Snyder & Halford, 2012). Positive Paarbeziehungen können eine Quelle der Unterstützung bei der Stressbewältigung sein und sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden auswirken (Hilpert, Bodenmann, Nussbeck, & Bradbury, 2012). Die große Mehrheit der Menschen auf der Welt entscheidet sich weiterhin für die Ehe (United Nations Social Affairs Population Division, 2003), obwohl die Heiratsraten in den letzten Jahrzehnten gesunken sind und 39 % der Amerikaner glauben, dass die Ehe überholt ist (Pew Research Center, 2010). Der vielleicht wichtigste Indikator für Beziehungsstress ist die Scheidungsrate von 40 bis 50 % (Snyder & Halford, 2012; Stanley, 2007).

Stress in romantischen Beziehungen steht selbst in engem Zusammenhang mit psychischen Problemen wie Depressionen, Angstzuständen und Drogenmissbrauch (Whisman, 2007). Ein solcher Leidensdruck wird auch mit einer schlechten körperlichen Gesundheit in Verbindung gebracht (Kiecolt-

Glaser & Newton, 2001). Darüber hinaus ist es wahrscheinlicher, dass Eltern in belasteten Beziehungen negative Erziehungsmethoden gegenüber ihren Kindern anwenden, was zu einer Reihe potenzieller Probleme führt, wie z. B. einem höheren Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit und geringere schulische Leistungen (Afifi, Boman, Fleisher, & Sareen, 2009; Krishnakumar & Buehler, 2000; Potter, 2010).

Paartherapie

Der Kommunikationsstil eines Paares steht in direktem Zusammenhang mit der Zufriedenheit in der Ehe (Heyman, 2001; Walitzer, Dermen, Shyhalla, & Kubiak, 2013), und negative Kommunikationsmuster sind ein starker Prädiktor für eheliche Unzufriedenheit und Eheauflösung (Kiecolt-Glaser, Bane, Glaser, & Malarkey, 2003). Daher konzentrieren sich die meisten Ansätze der Paartherapie auf die Verbesserung der Kommunikation und die Kultivierung der emotionalen Bindung des Paares (Reibstein & Burbach, 2013).

Die Belege für die Wirksamkeit der Paarberatung werden immer zahlreicher. In den Vereinigten Staaten umfasst das National Registry of Evidence-based Programs and Practices, das zur US Substance Abuse and Mental Health Services Administration gehört, mehrere Formen der Paartherapie und Programme zur Bereicherung der Ehe (NREPP, 2015). Die Verbreitung der evidenzbasierten Paarberatung unterstreicht die Notwendigkeit, dass therapeutische Modalitäten ihre klinische Wirksamkeit nachweisen müssen, und dient als Rechtfertigung für die vorliegende Studie.

Imago-Beziehungstherapie

Harville Hendrix und Helen LaKelly Hunt entwickelten die IRT 1980 als theoretische und angewandte Methodik für die Arbeit mit Paaren in festen Beziehungen (Martin & Bielawski, 2011). Heute gibt es mehr als 1000 zertifizierte Imago-Therapeuten in mehr als 30 Ländern (Imago Relationships International [IRI], n.d.). Die IRT integriert psychodynamische Ansätze (z. B. Ich-Psychologie, Bindungstheorie und Objektbeziehungspsychologie), Transaktionsanalyse und kognitiv-behaviorale Ansätze und stellt die Hypothese auf, dass unbewusste Faktoren eine bedeutende Rolle bei der Partnerwahl und der Entwicklung von Konflikten in romantischen Beziehungen spielen (Zielinski, 1999). Die unbewusste Partnerwahl bietet die Möglichkeit, eine in der Kindheit verlorene Verbindung zu heilen, indem man sein Einfühlungsvermögen, sein Verständnis und seine Kommunikation mit dem erwachsenen Liebespartner verbessert (Love & Shulkin, 2001). Bei der Heilung von Wunden in der Kindheit betont die IRT das Wachstum innerhalb eines relationalen Paradigmas, indem sie sich auf das Selbst in der Beziehung und nicht auf das Selbst als unabhängiges Wesen konzentriert. Wachstum wird durch Beziehungen gesehen, im Gegensatz zu Individuation und Unabhängigkeit, die oft als Höhepunkt der Persönlichkeitsentwicklung angepriesen werden (Banks, 2011).

Die Beziehung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson findet erstmals im Säuglingsalter statt. Innerhalb dieser ersten intimen Beziehung lernt das Kind, sein Selbst durch Handlungen und Worte zu definieren, die von den frühen Bezugspersonen entweder bestätigt oder vernachlässigt werden. Diese Interaktionen erleichtern wiederum einen Wachstumsprozess, der entweder zu Verbundenheit und Einfühlungsvermögen führt oder eine defensive Abgrenzung fördert (Jordan, 1995). Erfährt ein Individuum ständige Verletzungen in engen Beziehungen, so wird Selbstschutz erlernt und umgesetzt (Jordan, 1995). Die IRT versucht, Entwicklungsblockaden und Kindheitswunden zu korrigieren, indem

sie die Verbindung zwischen den Partnern wiederherstellt.

IRT-Interventionen

Imago-Therapeuten helfen Paaren aktiv beim Erlernen und Anwenden von Fähigkeiten zum Aufbau von Beziehungen durch eine Reihe spezifischer Interventionen, wie den Paardialog, den Eltern-Kind-Dialog, den Dialog mit der Bitte um Verhaltensänderung und die Imago-Aufarbeitung. Die folgenden Absätze fassen diese Interventionen zusammen und stammen aus dem *Imago-Trainingshandbuch* (IRI, 2014), das Teil des Ausbildungsmaterials ist, das von den Therapeuten in der vorliegenden Studie während ihrer Ausbildung verwendet wurde.

Der Paardialog

Die Imago-Therapie ist vielleicht am besten an der Verwendung des Paardialogs zu erkennen. Das Paar lernt, effektiv zu kommunizieren, indem es abwechselnd der "Sender" oder der "Empfänger" ist. Durch einen dreistufigen Prozess des Spiegelns, der Validierung von Anliegen und des Ausdrucks von Empathie üben die Paare das Paraphrasieren, das Interpretieren von Inhalt und Bedeutung und das Bitten um Klärung. Die Paare lernen, echte Fürsorge füreinander zum Ausdruck zu bringen und sind neugierig auf die Ansichten des anderen, was ein Gefühl der Sicherheit schafft, selbst in Zeiten der Uneinigkeit.

Der Dialog zwischen Eltern und Kindern

Dieser Dialog führt den Sender zurück zu seinen Erfahrungen in der Kindheit und ermöglicht es ihm, seine Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit einer Bezugsperson in der Kindheit zu erkennen und sie dann auf seinen derzeitigen romantischen Partner zu richten. Der Dialog soll den Empfänger in die Lage versetzen, Empathie für die unerfüllten Kindheitsbedürfnisse des Senders zu empfinden und zu verstehen, wie diese mit den gegenwärtigen Bedürfnissen in der Beziehung zusammenhängen.

Der Dialog über den Antrag auf Verhaltensänderung

Dieser Prozess ist eine formale Äußerung des Senders, die es dem Empfänger ermöglicht, eine gegenwärtige Frustration in der Beziehung zu hören und nachzuempfinden, wie sie mit einem unerfüllten Bedürfnis aus der Kindheit zusammenhängt. Am Ende des Dialogs bittet der Sender um drei spezifische, kleine Verhaltensänderungen, die sich auf die Frustration beziehen (z. B. "Ich bitte dich, in der nächsten Woche einmal für mich zu kochen"). Der Empfänger entscheidet sich dann, eine der geforderten Verhaltensänderungen auszuprobieren. Dem Paar werden spezifische Zielsetzungstechniken beigebracht, um die geäußerten Bedürfnisse zu erfüllen, und es wird ermutigt, Dankbarkeit für die verletzliche Äußerung der persönlichen Bedürfnisse zu zeigen.

Das Imago-Workup

Das Imago-Workup ist eine psychoedukative Übung, die den Einzelnen dazu anregt, positive und negative Eigenschaften seines Partners zu identifizieren, die

denen eines Betreuers aus der frühen Kindheit ähneln (z. B. verfügbar, energisch, jähzornig oder übermütig). Dies hilft dem Paar, die Ähnlichkeiten zwischen dem romantischen Partner und den Betreuungspersonen in der Kindheit zu verstehen und wie diese Ähnlichkeiten zu Beziehungsfrustrationen beitragen können.

Imago Forschung

Es wurden mehrere nicht-randomisierte, nicht-kontrollierte vorläufige Forschungsstudien durchgeführt, die der Wirksamkeit der IRT eine gewisse Gültigkeit verleihen (Hannah, Luquet, & McCormick, 1997; Hannah et al., 1997b; Luquet & Hannah, 1996). Die IRT wird in der Regel entweder durch eine herkömmliche Therapie in der Praxis oder durch den Getting the Love You Want Workshop (GTLYW-Workshop), einen manualisierten, zweitägigen psychoedukativen Workshop, der von zertifizierten Referenten durchgeführt wird, vermittelt. Studien wurden in beiden Settings durchgeführt (Pitner & Bailey, 1998; Weigle, 2006). Wir geben hier einen Überblick über die Forschung zum Einsatz der IRT im klinischen Umfeld. Für einen Überblick über Vorstudien zum GTLYW-Workshop siehe Hogan, Hunt, Emerson, Hayes und Ketterer (1996) und Schmidt, Luquet und Gehlert (2015).

Luquet und Hannah (1996) stellten die Hypothese auf, dass sich der IRT positiv auf die Kommunikationsfähigkeiten auswirken würde und insbesondere, dass der IRT das Einfühlungsvermögen, die Intimität und die Konfliktlösung in Paarbeziehungen fördern würde. Die Forscher setzten das Marital Satisfaction Inventory (Snyder, Wills, & Keiser, 1981) ein, um die Fortschritte der Paare zu analysieren. Nach Abschluss eines manuellen IRT-Kurses mit sechs Sitzungen zeigten die neun Paare eine signifikante Verbesserung auf den Unterskalen Globaler Stress, Affektive Kommunikation und Problemlösende Kommunikation. In einer weiteren Untersuchung der von Luquet und Hannah (1996) analysierten Daten untersuchten Hannah et al. (1997b) die Funktionsfähigkeit der Teilnehmer in den Lebensbereichen Familie, Gesundheit, Intimität, Sozialleben und Arbeit. In der gleichen Stichprobe gab es signifikante Veränderungen in den Subskalen Wohlbefinden, Symptome und Lebensfunktionalität.

Beide Studien waren durch ihren extrem geringen Stichprobenumfang, die Verwendung einer überwiegend kaukasischen Stichprobe aus der Mittelschicht und mittleren Alters sowie durch die ausschließliche Verwendung von Korrelationsanalysen bei der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den Ergebnismessungen eingeschränkt. Die Studie von Hannah et al. (1997b) war dadurch eingeschränkt, dass sie sich auf Daten stützte, die mit dem COMPASS erhoben wurden, der in der Forschungsliteratur nur nominell untersucht worden ist.

Hannah et al. (1997a) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Kurzzeit-IRT und den Ergebnissen der Gesundheit und des psychosozialen Wohlbefindens, des Narzissmus, der Beziehungsreife, der didaktischen Anpassung und des Einsatzes von Imago-Fähigkeiten. Bei 21 Paaren ergaben sich statistisch signifikante Veränderungen von der Vorbehandlung bis zur Nachbehandlung bei den Indizes für dyadische Anpassung, Bindung, Beziehungsreife und Einsatz von Imago-Fähigkeiten. Es gab auch einen statistisch signifikanten Anstieg der Werte der Teilnehmer auf der COMPASS-Skala "Wohlbefinden"; die Werte für "Life Functioning" waren nach der Behandlung nicht signifikant höher.

Wie in den oben genannten Studien war auch die Untersuchung von Hannah et al. (1997b) durch die Verwendung einer ähnlich wenig diversifizierten

Stichprobe und die Verwendung des COMPASS begrenzt. Darüber hinaus fehlten in der Studie *a priori* Hypothesen und es wurde versäumt, die Beziehungen zwischen den verschiedenen Ergebnismessungen zu untersuchen. Alle diese Studien waren durch das Fehlen von Kontrollgruppendaten eingeschränkt. Das Fehlen von Kontroll- und Randomisierungsdaten macht es für Forscher schwierig, wenn nicht gar unmöglich, festzustellen, ob eine Intervention für eine Veränderung verantwortlich ist (Schulz, Chalmers, Hayes, & Altman, 1995). Wie Hannah et al. (1997b) feststellen, können die für diese Studien gesammelten Daten "am besten als Pilotdaten beschrieben werden" (S. 87).

Die vorliegende Studie

Da es nur vorläufige Forschungsergebnisse über die Wirksamkeit der IRT gibt und Imago unter Klinikern weltweit relativ weit verbreitet ist, sollte in der vorliegenden ~~randomisierten~~ kontrollierten Studie die Wirksamkeit einer IRT-Behandlung in 12 Sitzungen bei Paaren mit Beziehungsproblemen untersucht werden. Die unabhängigen Variablen waren die Behandlungsbedingungen (d.h. Behandlungs- oder Kontrollgruppe) und die Dauer der Behandlung. Die abhängige Variable war die Beziehungszufriedenheit. Wir stellten folgende Hypothese auf:

- H1: Im Anschluss an die Behandlung würde es einen Haupteffekt für die Dauer der Behandlung geben; gemittelt über die Behandlungsbedingungen würde der Mittelwert der Beziehungszufriedenheit der Teilnehmer im Laufe der Zeit steigen.
- H2: Im Anschluss an die Behandlung würde es einen ~~Zusammenhang~~ Zusammenhang zwischen den Behandlungsbedingungen und der Zeit geben. Wir erwarteten, dass wir im Laufe der Zeit Unterschiede im mittleren Niveau der Beziehungszufriedenheit zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe feststellen würden.
- H3: Nur die Behandlungsgruppe würde im Laufe der Zeit einen statistisch signifikanten Anstieg der Werte für die eheliche Zufriedenheit erfahren.
- H4: Bei der 12-wöchigen Nachuntersuchung würde die Behandlungsgruppe keinen Rückgang der Beziehungszufriedenheit aufweisen.
- H5: Der Grad der Beziehungszufriedenheit würde in der Behandlungsgruppe klinisch signifikant ansteigen.

Die letzte Hypothese über klinisch signifikante Veränderungen war ein Schwerpunkt der vorliegenden Studie. Im Gegensatz zur statistischen Signifikanz bezieht sich die klinische Signifikanz auf die Bedeutung der Feststellung, ob eine Veränderung einen echten Unterschied im Leben des Einzelnen bewirkt (Kazdin, 2003). Für unsere Zwecke wollten wir nicht nur wissen, ob die Teilnehmer eine statistisch signifikante Zunahme der Beziehungszufriedenheit erfahren würden, sondern, was noch wichtiger ist, ob die Verbesserungen die Teilnehmer von Beziehungsstörungen zu Zufriedenheit (d. h. Erholung) führen würden. Diese Studie war die erste IRT-Studie, die klinisch signifikante Veränderungen untersuchte.

In unserer Analyse der klinisch signifikanten Veränderung würden wir die Methode von Jacobson und Truax (JT; 1991) zur Berechnung der klinischen Signifikanz verwenden. Nach dem JT-Ansatz liegt eine klinisch signifikante Veränderung vor, wenn das Funktionsniveau bei einer Beurteilung nach der Behandlung die Person näher an den Mittelwert der gut angepassten Population heranführt als an den Mittelwert der schlecht angepassten Population. Jacobson und Truax stellen zwei weitere Maße für die klinische Signifikanz vor, plädieren jedoch für die Verwendung dieses am wenigsten willkürlichen Maßes, wenn Bevölkerungsnormen verfügbar sind. Darüber hinaus unterstützen Bauer, Lambert und Nielsen (2004) in einer vergleichenden ~~Analys~~ Analyse verschiedener Ansätze zur Messung der klinischen Signifikanz die JT-Methode, weil sie weit verbreitet

ist und die Vor- und Nachteile anderer Methoden ausgleicht.

Unsere Analyse signifikanter Veränderungen würde auch eine Post-hoc-Analyse umfassen, um die Verbesserungs- und Erholungsrate der Teilnehmer in der Behandlungsgruppe zu ermitteln.

Wir verwendeten einen zuverlässigen Veränderungsindex (RC), der von Jacobson, Follette und Revenstorf (1984) entwickelt und später von Christensen und Mendoza (1986) abgeändert wurde:

$$RC = \frac{X_2 - X_1}{S_{diff}}$$

Dabei steht X_1 für den Wert des Teilnehmers vor der Behandlung, X_2 für den Wert nach der Behandlung und S_{diff} für den Standardfehler der Differenz zwischen den beiden Werten. Ein RC-Wert nach der Behandlung von mehr als 1,96 ist nur dann wahrscheinlich, wenn der Teilnehmer eine echte Veränderung erfahren hat.

Methode

Die Probe

Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip und durch Schneeballsysteme rekrutiert. Die Rekrutierung wurde von den Forschern in einer Stadt durchgeführt, die nicht zu den Städten gehörte, in denen die Teilnehmer rekrutiert wurden. Auf diese Weise konnten wir die Rekrutierung an allen geografischen Standorten so gut wie möglich standardisieren. Mithilfe des Internets haben wir in den von uns anvisierten geografischen Gebieten zivilgesellschaftliche Organisationen, Graduiertenprogramme für psychische Gesundheit, religiöse Einrichtungen und Fachorganisationen für psychische Gesundheit ausfindig gemacht und sie per E-Mail kontaktiert, um sie zu bitten, unsere Aufforderung zur Teilnahme an ihre Mitglieder und Kontakte weiterzuleiten. Wir haben außerdem Aufrufe in Online-Listen und Foren für Fachleute und Gemeinden veröffentlicht. Die Aufrufe enthielten einen Link zur Website der Studie, auf der die Teilnehmer mehr über die Studie erfahren und den Screening-Prozess einleiten konnten. Als Hauptnutzen wurde den Teilnehmern die Möglichkeit genannt, die Qualität ihrer Beziehung zu verbessern. Als primäres Risiko wurde die Möglichkeit einer Verringerung der Beziehungszufriedenheit genannt, die durch die Teilnahme an der Kontrollgruppe wahrscheinlicher würde. Bei allen Teilnehmern handelte es sich um Erwachsene in heterosexuellen Beziehungen, die in acht Großstädten in den Vereinigten Staaten sowie in einer Stadt in Kanada wohnten. Zu den Einschlusskriterien gehörten: eine mindestens einjährige Lebensgemeinschaft, keine unmittelbare Absicht, die Beziehung zu beenden, keine psychiatrische Behandlung innerhalb der letzten zwei Jahre, keine Alkohol- oder Drogenprobleme und keine primären sexuellen Funktionsstörungen, keine Anzeichen von aktivem Partnermissbrauch, keine derzeitige Teilnahme an einer anderen psychologisch orientierten Behandlung, keine Inhaftierung und eine Beziehungsstörung. Die Belastung wurde mit dem Marital Adjustment Test (MAT; Locke & Wallace, 1959) ermittelt, und mindestens ein Partner musste bei der Bewertung einen Wert von unter 100 erreichen; es gab Ausschlusskriterien für außergewöhnlich niedrige MAT-Werte. Wenn die Paare für die Teilnahme in Frage kamen, wurden sie mit Hilfe eines Online-Zufallsgenerators nach dem Zufallsprinzip

entweder der Behandlungs- oder der Kontrollgruppe zugeteilt.

Dreihundertvierzig Personen füllten das erste Online-Screening aus. Davon waren 62 Personen, deren Partner das Screening nicht ausfüllten, so dass sie von der Teilnahme ausgeschlossen wurden. Von den verbleibenden 278 Personen (139 Paare) wurden 104 Paare nicht aufgenommen, weil einer oder beide die folgenden Bedingungen nicht erfüllten

Einschlusskriterien: 33 erfüllten die Stresskriterien nicht; 17 qualifizierten sich, reagierten aber nicht auf unsere Mitteilungen über die nächsten Schritte für die Aufnahme; 17 waren während der Stunden, in denen die Behandlung in der Interventionsbedingung stattfinden würde, nicht verfügbar; 11 waren geografisch zu weit von den behandelnden Therapeuten entfernt; 2 hatten schon vorher mit der IRT-Behandlung oder -Literatur zu tun; und 24 hatten verschiedene Gründe (z. B. Medikamente, laufende Behandlung, Missbrauch usw.).

Neunzehn Paare wurden zunächst in die Kontrollgruppe aufgenommen. Eines dieser Paare zog sich nach der ersten Bewertung aus der Studie zurück, zwei weitere Paare schlossen die abschließende Bewertung nicht ab. In die Behandlungsgruppe wurden 16 Paare aufgenommen, von denen zwei Paare die Studie abbrachen. Eines der Paare brach die Behandlung ab und das andere beendete die Untersuchungen zu den letzten beiden Zeitpunkten der Datenerhebung nicht. Ein Mann-Whitney-U-Test zum Vergleich der Mittelwerte für MAT ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Teilnehmern, die die Studie abschlossen und denen, die sie nicht abschlossen. Die Stichprobe für die vorliegende Studie setzte sich somit aus 32 Teilnehmern (16 Paare) in der Kontrollgruppe und 28 Teilnehmern (14 Paare) in der Behandlungsgruppe zusammen.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 45 Jahren, die Altersspanne reichte von 25 bis 70 Jahren, wobei die Mehrheit der Teilnehmer in den 30er (32 %) oder 40er Jahren (32 %) war. Die Dauer der Partnerschaften reichte von 2 bis 45 Jahren, wobei die meisten Paare seit 5 bis 10 Jahren zusammen waren (30 %). Fünfundneunzig Prozent der befragten Paare hatten zumindest einen Hochschulabschluss, davon 35 % einen Bachelor-Abschluss und 37 % ein zusätzliches Hochschul- oder Berufsstudium. Siebenundvierzig Prozent der Befragten gaben an, ein gemeinsames Haushaltseinkommen von bis zu 100.000 Dollar zu haben, und 42 Prozent gaben an, zwischen 100.000 und 200.000 Dollar zu verdienen. Fünfzig Prozent der Paare verdienten zwischen 60.000 \$ und 140.000 \$. Die Teilnehmer waren zu 81 % weiß, zu 17 % schwarz und zu 2 % asiatischer Abstammung. Dreißig Prozent der Teilnehmer hatten in den letzten 5 Jahren eine Paartherapie in Anspruch genommen und 22 Prozent entweder eine Einzel- oder Gruppentherapie.

Der Mittelwert des MAT (Locke & Wallace, 1959) lag vor der Behandlung bei 73,45 ($SD = 23,85$), was darauf hindeutet, dass die Stichprobe tatsächlich unter Eheproblemen litt. Mit dem MAT wird die Uneinigkeit in verschiedenen Bereichen romantischer Beziehungen auf einer 6-stufigen Likert-Skala erfasst, die von "stimme immer zu" bis "stimme immer nicht zu" reicht. Ein hohes Maß an Uneinigkeit bedeutet, dass man entweder häufig nicht zustimmt, fast immer nicht zustimmt oder immer nicht zustimmt. Ein hohes Maß an Uneinigkeit wurde in unserer Stichprobe in den folgenden Bereichen festgestellt: 52 % sexuelle Beziehungen, 44 % Demonstration von Zuneigung, 40 % Umgang mit Finanzen, 36 % Fragen der Freizeitgestaltung, 26 % Konventionalität (richtiges, gutes Verhalten), 23 % Umgang mit Schwiegereltern und 20 % Freunde. Auf der Grundlage einer Häufigkeitsanalyse der im Screening erfassten Probleme gab es keine erkennbaren Unterschiede zwischen der ~~Behandlung~~ ~~Gruppe~~ und der Kontrollgruppe in Bezug auf die auftretenden Probleme. Außerdem gaben 55 % der Teilnehmer an, dass sie mit

ihrer Beziehung nicht zufrieden waren, und 60 % berichteten, dass sie sich zumindest gelegentlich wünschten, nicht in der Beziehung zu sein. Hinsichtlich der MAT-Werte gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungs- und den Kontrollgruppen. Es

Es gab auch keine signifikanten Gruppenunterschiede bei Merkmalen wie Alter, Dauer der Beziehung oder Bildungsstand.

Verfahren und Maßnahmen

Die Daten für diese Studie wurden online mit PsychData erhoben. Die anfängliche Überprüfung der Teilnehmer erfolgte online, um festzustellen, ob die potenziellen Teilnehmer die Zulassungsvoraussetzungen erfüllten. Die Teilnehmer füllten eine Einverständniserklärung und die ~~String~~ ~~Form~~ getrennt von ihrem Partner zu einem Zeitpunkt ihrer Wahl aus. Die Einverständniserklärung enthielt Informationen über die Geldgeber der Studie. Die Teilnehmer wurden für die Teilnahme an der Studie nicht bezahlt.

Die teilnehmenden Paare in der Behandlungsgruppe verpflichteten sich, 12 Behandlungssitzungen von jeweils 90 Minuten Dauer kostenlos zu absolvieren. Die 12 Sitzungen mussten innerhalb eines Zeitrahmens von 18 Wochen stattfinden, und der Abstand zwischen den Sitzungen durfte 2 Wochen nicht überschreiten. Außerdem verpflichteten sie sich, während des Nachbeobachtungszeitraums keine Behandlung in Anspruch zu nehmen. In Anbetracht des Mangels an klinischen Belegen für die IRT wurde die Dauer der Behandlung für die Studie etwas willkürlich festgelegt. Eine Durchsicht der ~~Formular~~ ~~Formular~~ zur Paartherapie ergab, dass 12 Sitzungen die übliche Anzahl von Sitzungen für Paare sind (Fals- Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1996; Greenberg, Warwar, & Malcolm, 2010; Schade et al., 2014; Tilden, Gude, Sexton, Finset, & Hoffart, 2009; Trudel et al., 2008). Diese Zahl wurde auch häufig von IRT-Therapeuten vorgeschlagen, mit denen wir uns beraten haben, und passte in unser Forschungsbudget.

Wir untersuchten die Paare vor der Behandlung, in der Mitte der Behandlung und nach der Behandlung, was auch in der von uns gesichteten Literatur gängige Praxis war. Wir fanden keine eindeutige Best Practice für die Dauer der Nachbeobachtung nach der Behandlung, daher wählten wir eine 12-wöchige Nachbeobachtung, die in etwa der Dauer der Behandlung entspricht. Die Behandlungsgruppe wurde vor der ersten Beratungssitzung (T_1), nach der sechsten Sitzung (T_2), nach der zwölften (d. h. letzten) Sitzung (T_3) und 12 Wochen nach der letzten Sitzung (T_4) untersucht. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden nach demselben Zeitplan untersucht wie die Teilnehmer der Behandlungsgruppe: bei Studienbeginn (T_1), sechs Wochen später (T_2) und erneut zwölf Wochen nach Studienbeginn (T_3). Den Teilnehmern der Kontrollgruppe wurde in allen Städten der kostenlose Besuch eines GTLYW-Workshops angeboten, nachdem sie die 12-wöchige Bewertung abgeschlossen hatten. Der Workshop sollte als Anreiz für die Teilnahme an der Kontrollgruppe dienen. Da die Teilnehmer der Kontrollgruppe die Möglichkeit hatten, unmittelbar nach der Behandlung an dem Workshop teilzunehmen, wurden sie bei der 12-wöchigen Nachuntersuchung nicht untersucht. Wir waren nicht in der Lage, das Angebot des Workshops so zu manipulieren, dass es nach einer 12-Wochen-Periode fiel. Im Laufe von 12 Wochen lasen die Teilnehmer der Kontrollgruppe *You Just Don't Understand: Women and Men in Conversation* (Tannen, 2007). Sie erhielten keine weiteren ~~Interv~~ ~~Interv~~ und die Einhaltung der

Leseübung wurde nicht bewertet.

Die Kliniker, die die Behandlung durchführten, waren zertifizierte Imago-Beziehungstherapeuten, die gleichzeitig entweder Imago-Fakultät oder Imago-Berater waren (d. h. die höchstmögliche Ausbildungsstufe als Imago-Kliniker). Sie wurden rekrutiert, indem sie sich per E-Mail an die Imago-Fakultät und -Berater wandten und um ihre Teilnahme baten. Einige wurden durch persönliche oder telefonische Anfragen rekrutiert. Die Therapeuten hatten alle eine Zulassung in ihrem jeweiligen

(z. B. Beratung, Sozialarbeit und Psychologie) in dem Staat, in dem sie derzeit praktizieren. Sie erklärten sich freiwillig zur Teilnahme an der Studie bereit, nachdem sie von IRI zur Teilnahme aufgefordert worden waren. Allen Therapeuten wurde eine Vergütung von 100 Dollar pro Sitzung angeboten. Mehrere Therapeuten stellten ihre Zeit freiwillig zur Verfügung und verzichteten auf eine Bezahlung. In jeder der acht Städte, in denen wir Daten sammelten, gab es einen oder zwei Therapeuten, und jeder Therapeut erklärte sich bereit, ein oder zwei Paare zu behandeln. Keiner der Therapeuten war Autor dieser Studie.

Um die Behandlungstreue zu gewährleisten, wurden alle Sitzungen auf Video aufgezeichnet und durch reaktive Beobachtung ausgewertet (Bernard, 2012). Die Teilnehmer wurden darauf aufmerksam gemacht und stimmten der Aufzeichnung ihrer Sitzung zu, als sie ihre informierte Zustimmung ausfüllten. Es gab kein Forschungsinstrument zur Bewertung der Therapietreue der IRT-Behandlung. Daher basierten die beobachteten Variablen und Verhaltensindikatoren auf dem Scoring System for Imago Therapy Certification (SSITC; IRI, 2014), dem standardisierten Bewertungsinstrument für Therapeuten, die sich in der IRT zertifizieren lassen. Das SSITC wurde für Forschungszwecke angepasst (mehrere schriftliche Feedback-Items wurden entfernt) und in SSITC-R umbenannt. Der SSITC-R enthält 14 Likert-Items, die die Anwendung von IRT-Techniken, die Fähigkeit des Therapeuten, das Paar in eine tiefe verhaltens- und gefühlorientierte Konversation zu führen, und die Einbeziehung von psychoedukativen Inhalten in Bezug auf die IRT-Prinzipien bewerten. Die Bewertungsskala sah wie folgt aus: 1 = im Video vorhanden; 2 = im Video nicht vorhanden, aber nicht

notwendig angesichts des Inhalts des Segments; 3 = nicht im Video vorhanden, aber notwendig

erforderlich. Der SSITC-R besteht aus drei separaten Abschnitten: Abschnitt A umfasst den Aufbau und die Aufrechterhaltung der Struktur des IRT-Dialogs; Abschnitt B umfasst die Erleichterung der "Vertiefungstechniken" durch den Therapeuten; Abschnitt C bewertet die Einbeziehung der Imago-Psychoedukation. Die Gesamtpunktzahl des SSITC-R reicht von 14 bis 42. Ein perfekter Wert von 14 bedeutet die Anwendung aller wichtigen Imago-Prinzipien und -Techniken, während ein Wert von 42 das völlige Fehlen von Imago-Prinzipien und -Techniken anzeigt. Werte unter 23 zeigen an, dass die IRT-Best Practices eingehalten werden.

Die vier Bewerter, die an den Videobewertungen teilnahmen, wurden nach demselben Verfahren rekrutiert, das auch für die Rekrutierung der Kliniker für die Studie verwendet wurde. Sie waren alle zertifizierte IRT-Dozenten oder Berater, die nicht als Klienten an der Studie teilnahmen; sie stellten ihre Zeit freiwillig zur Verfügung und wurden nicht entlohnt. Bevor sie mit dem Ratingprozess für die Forschungsstudie begannen, nahmen alle Bewerter an Praxisüberprüfungen mit dem SSITC-R und Videosegmenten von Paaren teil, die IRT erhielten (diese Videos waren von Paaren außerhalb der Forschungsstudie). Nach Abschluss der ersten Praxisüberprüfung besprachen die Bewerter und die Forscher Bereiche, in denen Unstimmigkeiten oder Unklarheiten bei der Anwendung der SSITC-R auftraten, und sie wurde nach Bedarf angepasst. Die endgültige Version der SSITC-R wurde erstellt und drei weitere Videos wurden bewertet, um die

Zuverlässigkeit sicherzustellen, bevor der Bewertungsprozess mit den Videos der Studienteilnehmer begann.

Zwanzigminütige Videoclips wurden aus der Mitte der fünften und neunten Sitzung jedes Therapeuten mit einem Paar ausgewählt und von den Gutachtern anhand der SSITC-R bewertet. Die Segmente wurden von mehr als einem Bewerter bewertet. Der Mittelwert der bewerteten Videos betrug 20,8, was darauf hindeutet, dass die Therapeuten in der Studie eine Behandlung auf oder über dem Niveau durchführten, das für die Zertifizierung als IRT-Kliniker erforderlich ist.

Tabelle . Mittlere MAT-Werte im Zeitverlauf.

	T ₁		T ₂		T ₃		T ₄ ^a	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Kontrollgruppe								
Rohe Punktzahlen								
Angepasste Punktzahlen ^b								
Behandlungsgruppe								
Rohe Punktzahlen								
Angepasste Punktzahlen								

Anmerkung. MAT steht für Marital Adjustment Test (Locke & Wallace,). T₁ ist die Aufnahme in die Studie, T₂ ist die Woche, T₃ ist die Woche (Nachbehandlung für die Behandlungsgruppe) und T₄ ist die Nachbeobachtungswoche. ^aNur die Daten der Teilnehmer (Paare), die das T₄ ausgefüllt haben, werden hier dargestellt.

^bDie MAT-Rohwerte zu jedem Zeitpunkt wurden unter Verwendung des T₁ Mittelwerts und der Standardabweichung für jede Gruppe in z-Scores umgewandelt.

Eheanpassungstest

Der MAT (Locke & Wallace, 1959) ist ein 15 Items umfassender Selbstauskunftfragebogen, der zu den am häufigsten verwendeten Messinstrumenten für Beziehungszufriedenheit gehört. Kazak, Jarmas und Snitzer (1988) bezeichneten ihn als den "Großvater" der Ehezufriedenheitsmessung. Die Skala konzentriert sich auf Themen wie die Beteiligung an gemeinsamen Aktivitäten, das Zeigen von Zuneigung, die Häufigkeit von Ehebeschwerden, den Grad der Einsamkeit und des Wohlbefindens sowie die Übereinstimmung der Partner in wichtigen Fragen. Die Punkte auf der Skala werden durch Addition der numerischen Gewichte berechnet, die den einzelnen Items entsprechen. Höhere MAT-Werte weisen auf eine höhere Gesamtzufriedenheit in der Ehe hin. Chronbachs α in den Daten der vorliegenden Studie betrug .72 für T₁, .79 für T₂, .77 für T₃ und .67 für T₄. Die Test-Retest-Reliabilität, gemessen an den Daten der Kontrollgruppe zwischen T₁ und T₃, betrug .84.

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden mit IBM SPSS Statistics Version 20 berechnet. **Tabelle 1** zeigt die mittleren MAT-Werte in den Behandlungs- und Kontrollgruppen im Längsschnitt der Studie. Die Kontrollgruppe wies leicht abnehmende MAT-Werte auf, während die Behandlungsgruppe steigende Werte bis T₃ und dann einen Rückgang des endgültigen MAT-Wertes bei T₄ zeigte. Trotz der zufälligen Zuordnung zur Behandlungsbedingung gab es Unterschiede zwischen den MAT-Werten bei T₁ (Kontrollgruppe $M = 75,22$, Behandlungsgruppe $M = 71,43$). Um dieser Variabilität in der abhängigen Variable und der potenziellen Variabilität im Zeitverlauf Rechnung zu tragen, wurde die in Hamilton et al. (1954) beschriebene z-Score-Methode von Robert zur Anpassung verwendet. Getrennt für jede Gruppe (d.h. Kontroll- und Behandlungsgruppe) wurden die MAT-Rohwerte zu jedem Zeitpunkt unter Verwendung des Mittelwerts und der Standardabweichung für diese Gruppe in z-Scores umgewandelt (T₁). Mit anderen Worten: Die z-Scores wurden auf T₁ skaliert. Die angepassten Werte sind ebenfalls in **Tabelle 1** aufgeführt. **Abbildung 1** veranschaulicht die Veränderung der bereinigten MAT-Werte beider Gruppen im Zeitverlauf. Die MAT-Werte für die Kontrollgruppe sind leicht gesunken, während die MAT-Werte für die

Behandlungsgruppe deutlich gestiegen sind.

Auswirkungen der Behandlung

Anhand der bereinigten z-Scores führten wir eine MANOVA mit wiederholten Messungen durch, um auf Haupteffekte und Wechselwirkungen für Zeit und Behandlungsbedingungen zu testen (d. h. Behandlung

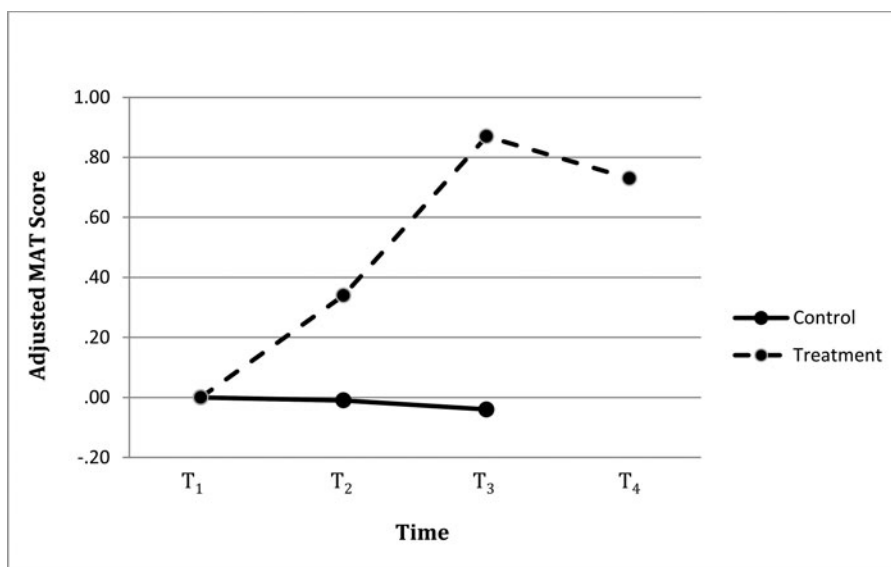


Abbildung. Mittlere bereinigte Ergebnisse des Eheanpassungstests (MAT; Locke & Wallace,) im Zeitverlauf.

oder Kontrolle). Diese Analyse ergab einen signifikanten multivariaten Haupteffekt für die Zeit, $F(2,116) = 11.91$, $p < .001$, $d = .45$. Ein signifikanter Haupteffekt für die Zeit bedeutet, dass bei Vernachlässigung des Effekts der Behandlungsbedingung der Durchschnitt der Punktwerte aller Teilnehmer im MAT im Laufe der Zeit anstieg. Die mit G*Power berechnete Power zum Nachweis des Effekts betrug 1,00. Es gab keinen signifikanten Haupteffekt für die Behandlung $F(1, 58) = 2.79$, $p = .100$, was bedeutet, dass, wenn wir den Zeiteffekt außer Acht lassen, die Behandlungsbedingung allein Unterschiede im Niveau der Ehezufriedenheit der Teilnehmer bewirkt. Außerdem wurde eine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Behandlungsbedingung festgestellt, $F(2, 116) = 14.48$, $p < .001$. Die signifikante Interaktion bedeutet, dass bei der Beschreibung des Haupteffekts für die Zeit (d. h., dass die Zeit einen Effekt auf MAT hat) der Haupteffekt durch die Aussage eingeschränkt werden muss, dass der Effekt von der Behandlungsbedingung abhängt. Mit anderen Worten: Der Effekt der Zeit auf MAT hängt von der Bedingung ab. Wir können die kausale Schlussfolgerung ziehen, dass sich die MAT-Werte der Behandlungsgruppe verbessert haben, weil sie sich in der Behandlungsbedingung befanden. Folglich wurden die Hypothesen H1 und H2 bestätigt.

Steigerungen der MAT-Werte

Anschließend führten wir *t-Tests mit* gepaarten Stichproben durch, um festzustellen, ob die Veränderungen der MAT-Werte im Zeitverlauf signifikant waren. Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, veränderte sich der mittlere MAT-Wert in der Kontrollgruppe zwischen den einzelnen Zeitpunkten nicht signifikant. Im Gegensatz dazu stiegen die mittleren MAT-Werte in der Behandlungsgruppe im Verlauf der Behandlung von T₁ bis T₃ signifikant an. Darüber hinaus gab es in der Behandlungsgruppe keine signifikante Veränderung zwischen T₁ und T₂, aber eine signifikante

Verbesserung von T_2 bis T_3 . Somit wies nur die Behandlungsgruppe einen statistisch signifikanten Anstieg der mittleren MAT-Werte während des Behandlungszeitraums auf. H3 wurde bestätigt.

Tabelle . *T-Tests für gepaarte Stichproben der mittleren MAT-Werte im Zeitverlauf.*

Behandlung Bedingung	Mittlerer Vergleich	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Cohens <i>d</i>
Kontrolle	T ₁ und T ₂	.	.	.	.
	T ₂ und T ₃	.	.	.	.
	T ₁ und T ₃	.	.	.	.
Behandlung	T ₁ und T ₂	..	.	.	..
	T ₂ und T ₃	..	.	*	..
	T ₁ und T ₃	..	.	**	..
	T ₃ und T ₄	.	.	**	.
	T ₁ und T ₄	..	.	*	..

Anmerkung. MAT steht für Marital Adjustment Test (Locke & Wallace,). T₁ ist die Aufnahme in die Studie, T₂ ist die Woche, T₃ ist die Woche (Nachbehandlung für die Behandlungsgruppe) und T₄ ist die Nachbeobachtungswoche.
^aNur die Daten der Teilnehmer (Paare), die die Bewertung T₄ ausgefüllt haben, wurden in den *t-Tests* mit T₄ Daten.

**p* < ., ** *p* < ..

Unser abschließender *t-Test für gepaarte Stichproben* untersuchte die Veränderung der mittleren MAT-Werte für die 20 Teilnehmer, die die Bewertung bei der 12-wöchigen Nachuntersuchung abgeschlossen hatten. Wie in [Tabelle 2](#) zu sehen ist, gab es einen signifikanten Rückgang von T₃ zu T₄. Die Behandlungsgruppe wies eine statistisch signifikante Veränderung der mittleren MAT-Werte nach der Behandlung auf. Hypothese H₄ wurde abgelehnt. Allerdings blieb der Mittelwert von T₄ für diese Personen signifikant höher (*SD* = .90) als bei T₁.

Aufklärung über die praktische Bedeutung und das Ausmaß der Veränderungen zwischen den Zeiten

[Tabelle 2](#) zeigt auch die Effektgrößen. Was die statistisch signifikanten Unterschiede in der Behandlungsgruppe betrifft, so reichen die Unterschiede von mittelgroß (T₂ bis T₃; *d* = -.46) bis groß (T₁ bis T₃; *d* = -.84) (Cohen, 1988).

Klinisch bedeutsame Veränderung

[Abbildung 2](#) veranschaulicht den JT-Ansatz zur Berechnung der klinisch signifikanten Veränderung anhand der Daten der vorliegenden Studie. In den normativen Daten von Locke und Wallace (1959) lag der mittlere MAT-Wert für gut eingestellte Paare bei 135,90. In der vorliegenden Studie lag der mittlere MAT-Wert bei T₁ für alle Teilnehmer unserer Stichprobe bei 73,45. Dies sind die beiden Mittelwerte, mit denen der MAT-Wert eines Teilnehmers nach der Behandlung verglichen wurde. Der Mittelwert zwischen diesen beiden Werten beträgt 104,68, ein Wert, der als Grenzwert dient, über den sich der MAT-Wert eines Teilnehmers verbessern muss, um eine klinisch signifikante Veränderung anzuzeigen. Mit anderen Worten: Ein MAT-Wert unter 104,68 würde darauf hindeuten, dass eine Person zur Gruppe der Personen gehört, die in ihrer romantischen Beziehung gestört sind. Ein Wert über 104,68 würde diese Person wahrscheinlich in die Gruppe der gut angepassten Personen einordnen. Wie [Abbildung 2](#) zeigt, liegt der mittlere MAT-Wert der Behandlungsgruppe (T₃) von 91,32 unter diesem Grenzwert, was darauf hindeutet, dass die Behandlungsgruppe keine klinisch signifikante Verbesserung der ehelichen Anpassung erfahren hat. Folglich wurde H₅ nicht unterstützt.

Verbesserungs- und Erholungsraten

Unsere abschließende Analyse diente der Bestimmung der Verbesserungs- und Heilungsrate der Teilnehmer in der Behandlungsgruppe. [Tabelle 3](#) zeigt die Vorbehandlungs- und

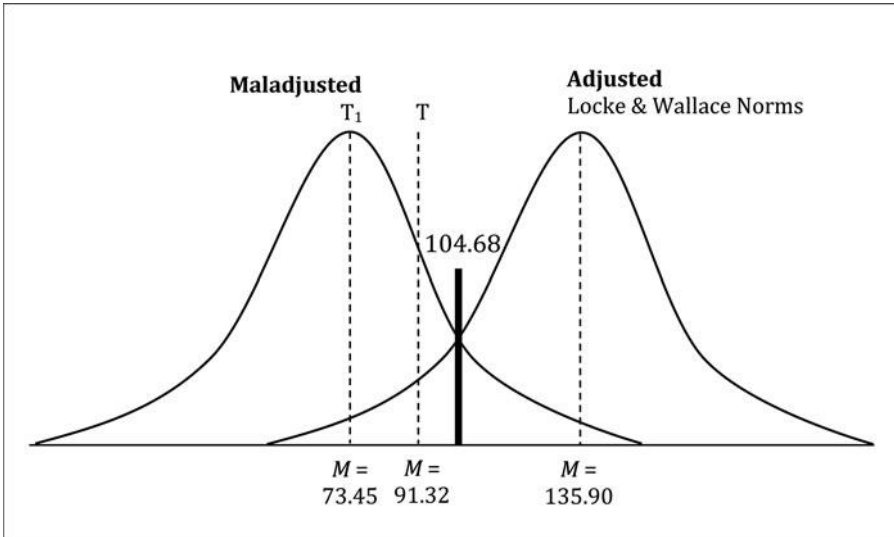


Abbildung. Mittelwerte des Eheanpassungstests (MAT) vor der Behandlung (T_1) im Vergleich zu den Mittelwerten der angepassten Personen aus den normativen Daten von Locke & Wallace (); T ist der **Cutoff**-Punkt zwischen den beiden Mittelwerten. T_3 ist die mittlere Punktzahl der Behandlungsgruppe nach der Behandlung.

Tabelle. Individuelle MAT-Werte, Verbesserung und Erholung.

Teilnehmer	Ehepartner	T_1 MAT	T_3 MAT ^a	RC ^b	Verbessert, aber nicht erholt	Wiederhergestellt
	A		115	.	N	Y
	A			.	N	N
	B		109	.	N	Y
	B			.	N	N
	C			.	N	N
	C			.	N	N
	D	130		4.49	N	Y
	D	105		2.09	N	Y
	E			3.88	Y	N
	E			.	N	N
	F			.	N	N
	F		106	.	N	Y
	G			.	N	N
	G	116		.	N	Y
	H			.	N	N
			12	.48YN		
			12	.21YN		
						J.NN
		J1132	.79NY			
		K1216	.58NY			
						K.NN
L2.17YN						
		L120			.NY	
				-		M.NN
						M.NN
						N.NN
						N.NN

Anmerkung. MAT steht für Marital Adjustment Test (Locke & Wallace,). T_1 ist die Aufnahme in die Studie und T_3 ist die Nachbehandlung in der Woche . RC, Reliable Change Index; J, ja; N, nein.
^aFetter Text bedeutet Erholung. ^bFett gedruckter Text bedeutet Verbesserung (RC > .).

Nachbehandlungswerte für jeden Teilnehmer sowie die entsprechenden RC. Die Teilnehmer werden auch als verbessert ($RC > 1,96$) oder erholt (auf der Grundlage des Grenzwerts von 104,68 aus der klinischen Signifikanzanalyse) eingestuft. Vierzehn Prozent der Stichprobe erfuhren eine gewisse Verbesserung, während 32 % Verbesserungen auf dem Niveau der Erholung erfuhren. [Tabelle 3](#) zeigt auch die Paare, wobei die Partner in jedem Paar durch denselben Buchstaben in der Spalte "Paar" dargestellt werden. Es ist auch wichtig, die Genesung auf der Ebene der Paare zu betrachten, die wir als beide Partner mit Genesung definieren. Nach dieser Definition erholte sich nur ein Paar, das Paar D, während die Paare A, G, J und L alle nahe an der Genesung waren.

Diskussion

Das Hauptziel dieser Studie war es, die Ergebnisse der Ehezufriedenheit nach einer 12-wöchigen IRT-Behandlung zu bewerten. Die Ergebnisse zeigten, dass (a) Einzelpersonen in der Behandlungsbedingung eine statistisch signifikante Zunahme der ehelichen Zufriedenheit erfuhren, während dies bei Paaren in der Kontrollgruppe nicht der Fall war; (b) die eheliche Zufriedenheit nach der Behandlung zwar signifikant abnahm, aber signifikant höher blieb als vor der Behandlung;

(c) obwohl statistisch signifikant, waren die Verbesserungen in der Behandlungsgruppe keine klinisch signifikanten Verbesserungen; und (d) während etwa ein Drittel der Teilnehmer während der Behandlung eine Besserung erreichte, erreichte auf der Ebene der Paare nur ein Paar eine Besserung.

Der Bedarf an einer solideren empirischen Untersuchung der IRT ist groß, insbesondere angesichts der weit verbreiteten weltweiten Anwendung der IRT und des Zeitraums von fast zwei Jahrzehnten seit der letzten Studie der IRT in einem klinischen Umfeld. Unsere Ergebnisse, die erstmals auf Behandlungs- und Kontrolldaten beruhen, unterstützen die mögliche Wirksamkeit der IRT als eine Behandlungsmethode, die Paaren mit Beziehungsproblemen zugute kommt. Da randomisierte kontrollierte Studien den Forschern die Möglichkeit geben, zufällige Schlussfolgerungen zu ziehen, können sie den stärksten Beweis für die Wirksamkeit einer Behandlung liefern. Dieser Nachweis ist wichtig, da es für Psychotherapeuten unerlässlich ist, Behandlungsformen zu verwenden, die nachweislich die größte Chance auf klinische Verbesserung bieten (Hunsley, Dobson, Johnston, & Mikail, 1999). Wir haben zwar Teilnehmer mit einigen schwerwiegenden Problemen ausgeschlossen, aber Untersuchungen von Miller, Yorgason, Sandberg und White (2003) und Whisman, Dixon und Johnson (1997) zeigen, dass unsere Kriterien die Mehrheit der Probleme, die Paare in die Behandlung mitbringen, nicht ausschließen. Unser Forschungsdesign wurde auch dadurch gestärkt, dass wir mehrere Therapeuten in verschiedenen Städten Nordamerikas eingesetzt haben. Unsere Ergebnisse stellen einen ersten Schritt zur Schaffung einer Evidenzbasis dar, auf der IRT-Kliniker Entscheidungen über die Betreuung ihrer Klienten treffen können. In dem Maße, in dem kommunale Anbieter und Geldgeber mehr Rechenschaftspflicht von Klinikern fordern, werden sie noch mehr Nachweise benötigen, die auf unseren Ergebnissen aufbauen.

Wichtig ist, dass bei dieser Stichprobe von Paaren in Not keine signifikante Veränderung in der Mitte der Behandlung nachweisbar war und erst nach 12 Behandlungssitzungen zum Ausdruck kam. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Luquet und

Hannah (1996) und Hannah et al. (1997a, 1997b). Diese Autoren fanden heraus, dass eine 6-wöchige IRT-Behandlung mit einer Verbesserung der ehelichen Funktionsfähigkeit verbunden war. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Ergebnisse könnte das Ergebnis der in den verschiedenen Studien verwendeten Tests sein. Das Narcissistic Personality Inventory, der COMPASS und der Relationship Maturity Index messen verschiedene Aspekte der individuellen und relationalen Funktionsfähigkeit und nicht die Zufriedenheit in der Beziehung. Außerdem wurde der COMPASS entwickelt, um den Fortschritt in der Einzeltherapie zu messen (Lueger, 2012). Luquet und Hannah (1996) verwendeten zwar das robuste Marital Satisfaction Inventory, bewerteten aber nur das Funktionieren auf drei von elf Subskalen, was es schwierig macht, ein wahres Bild des Beziehungswohlbefindens zu erfassen. Die einzige frühere IRT-Studie, die eine robuste, gut validierte Bewertung verwendete, war die Arbeit von Hannah et al. (1997b), die die Dyadic Adjustment Scale einsetzten. Allerdings war der Mittelwert vor der Behandlung auf die DAS ($M = 103,00$, $SD = 22$) in ihrer Stichprobe so nahe am Mittelwert von gut angepassten Personen ($M = 114,80$, $SD = 17,80$; Spanier, 1976) lag, dass sie wahrscheinlich aus der Population gut angepasster Erwachsener stammten. Die Verwendung eines robusten Maßes für Beziehungszufriedenheit und einer Stichprobe aus der Population notleidender Paare haben wir herausgefunden, dass 12 Behandlungssitzungen notwendig waren, um eine Verbesserung der dyadischen Anpassung zu erreichen.

Statistische Angaben zu einem Behandlungsergebnis sind zwar wichtig, haben aber wenig mit dem Ausmaß, der Qualität oder der klinischen Bedeutung der Veränderung zu tun. Statistische Analysen geben wenig Aufschluss über die tatsächliche Wirksamkeit der Behandlung. Die Prüfung der klinischen Signifikanz ist ein entscheidender Fortschritt bei der Bewertung von Interventionen (Kazdin, 2003). Nach Kazdin,

Die klinische Signifikanz bezieht sich auf den praktischen oder angewandten Wert oder die Bedeutung der Wirkung einer Intervention, d. h. ob die Intervention einen realen (z. B. echten, spürbaren, praktischen, wahrnehmbaren) Unterschied im Alltagsleben der Klienten oder anderer Personen, mit denen der Klient interagiert, bewirkt. (2003, p. 691)

Die Berechnung von Effektgrößen wie Cohen's d gibt einen gewissen Aufschluss über das Ausmaß der Behandlungseffekte, ist jedoch insofern begrenzt, als das Ergebnis immer noch eine Statistik ist, die nicht auf Wirksamkeitsstandards basiert, die von Verbrauchern, Klinikern und Forschern festgelegt werden (Jacobson & Truax, 1991).

Was bedeutet dies in Bezug auf unsere Ergebnisse? Die Verbesserung der Beziehungszufriedenheit in der Behandlungsgruppe war durch unsere statistischen Analysen nachweisbar. Das Ausmaß der Veränderung zwischen T_1 und T_3 , angegeben durch Cohens d , könnte sogar als groß eingestuft werden. Aber ähnlich wie das Schrumpfen eines Tumors während einer Chemotherapie ist eine Veränderung, selbst eine große Veränderung, nicht unbedingt mit einer Heilung gleichzusetzen. Um die Sinnhaftigkeit der Behandlung zu bestimmen, verwendeten wir ein Maß für die klinische Signifikanz, das auf den Normen gut angepasster Personen basiert, und stellten fest, dass die Behandlungsgruppe keine Verbesserungen erfuhr, die sie zu der gut angepassten **Bedeutung** zählen würden. Mit

anderen Worten: Ihre Verbesserungen in der Beziehungszufriedenheit hätten wahrscheinlich keine praktischen Auswirkungen auf ihr Alltagsleben gehabt. Wichtig ist, dass sich diese Verbesserungen während der 12-wöchigen Nachbeobachtungszeit deutlich verschlechterten. Dies ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass bei so vielen Menschen keine Besserung eingetreten ist.

Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass 12 Sitzungen für die meisten Paare nicht ausreichen, um sinnvolle Veränderungen herbeizuführen, obwohl sie für ein Drittel der Teilnehmer ausreichend waren. Auf der Ebene der Paare reichten sie jedoch nur für ein Paar aus. Die Tatsache, dass vier weitere Paare, d. h. 29 % der Behandlungsgruppe, so kurz vor der Genesung standen, lässt die Vermutung zu, dass für einen großen Teil der Stichprobe nur ein paar Sitzungen mehr erforderlich waren. Ohne zusätzliche Daten können wir jedoch nur zu dem Schluss kommen, dass die IRT-Intervention bei den meisten Paaren keine bedeutsamen Veränderungen bewirkt hat.

Unsere Ergebnisse verdeutlichen auch, dass die Untersuchung der statistischen Signifikanz und der Effektgrößen begrenzt ist. Betrachtet man nur diese Statistiken, sehen unsere Ergebnisse recht positiv aus. Die Untersuchung der klinischen Signifikanz und des praktischen Werts der Veränderungen ermöglicht jedoch eine nuanciertere und präzisere Interpretation dieser Daten. Wir geben auch zu, dass die Ergebnisse bei Betrachtung der klinischen Signifikanz weniger optimistisch sind.

Einschränkungen und Empfehlungen für zukünftige Forschung

Es gibt mehrere wichtige Einschränkungen dieser Studie. Erstens war unsere Stichprobengröße zwar typisch für die Forschung zur Paarberatung, aber nach statistischen Maßstäben immer noch klein. Da wir keine "intent-to-treat"-Analyse durchgeführt haben, könnten die wenigen Dropouts in unserer kleinen Stichprobe die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers vom Typ 1 erhöht haben.

Zweitens werden die Paare in der IRT oft ermutigt, den GTLYW-Workshop als Ergänzung zur Behandlung zu besuchen. Hypothetisch gesehen bietet dies eine erste, große Dosis an Behandlung und unterstützt die Genesung. Wir haben den Workshop nicht in unser Protokoll aufgenommen, vor allem wegen der begrenzten Mittel. Mehrere der Kliniker in unserer Studie berichteten, dass die Teilnehmer, die sie behandelten, sehr von der Teilnahme an dem Workshop profitiert hätten. Künftige randomisierte, kontrollierte Studien zur IRT könnten eine dritte Behandlungsbedingung einschließen, bei der die Teilnehmer sowohl an der Behandlung in der Praxis als auch an dem Workshop teilnehmen würden. Angesichts der Häufigkeit, mit der Paare an den Workshop verwiesen werden, sollte die Beziehung zwischen dem Workshop und der Therapie untersucht werden.

In Anbetracht des Anstiegs der MAT-Werte bei den Teilnehmern der Behandlungsgruppe, der Anzahl der Paare, die kurz vor der Genesung standen, und des Rückgangs während des Nachbeobachtungszeitraums könnten wir die Hypothese aufstellen, dass die Behandlung zwar wirksam war, aber die Dosis für die Genesung nicht ausreichte. Daher war die Dauer der Behandlung in der vorliegenden Studie möglicherweise ein dritter einschränkender Faktor. In Anbetracht der Tatsache, dass die Genesung das Ziel der Behandlung ist, könnten künftige Forschungsarbeiten längere Behandlungszeiträume untersuchen. Dies würde Licht auf diesen potenziell begrenzenden Faktor und die konkurrierende Möglichkeit werfen, dass die IRT eine unwirksame Behandlung ist.

Viertens geben unsere Ergebnisse Aufschluss über die mögliche Wirksamkeit

einer IRT-Behandlung, aber nicht über die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen innerhalb der Therapie. Zukünftige Forschung könnte untersuchen, wie spezifische Interventionen zu den Ergebnissen beitragen. Fünftens: Es ist zu erwarten, dass unsere Einschlusskriterien unsere Ergebnisse beeinflussen. Wir hatten restriktive Einschlusskriterien für die Teilnehmer an dieser Studie. Sicherlich kommen viele Paare mit Plänen zur Beendigung der Beziehung oder mit gleichzeitigen psychiatrischen Problemen, Drogenmissbrauch und sexuellen Funktionsstörungen zur Behandlung. Außerdem hat unsere

Die Stichprobe war demografisch homogen. Alle Teilnehmer waren heterosexuell, die meisten waren weiß, hatten eine Hochschulausbildung und verfügten über ein hohes Einkommen. Die Online-Rekrutierung und das Computer-Screening erforderten einen Computerzugang und Lese- und Schreibkenntnisse; diese Anforderungen könnten dazu geführt haben, dass Teilnehmer mit niedrigerem sozioökonomischen Status ausgeschlossen wurden. Unsere Ergebnisse sollten nur vorläufig auf andere Bevölkerungsgruppen verallgemeinert werden; weitere Untersuchungen mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen sind gerechtfertigt. Unsere Einschlusskriterien erlaubten die Teilnahme von Personen, die in den letzten 5 Jahren eine Beratung in Anspruch genommen hatten, eine potenziell verwirrende Variable. Daher könnte die vorliegende Behandlung für einige Teilnehmer eher eine Auffrischung als eine unabhängige klinische Erfahrung gewesen sein. Darüber hinaus lagen die T_1 MAT-Werte einiger unserer Teilnehmer in der Nähe des Ausschlusspunktes von 100. Es ist fraglich, ob diese Paare wirklich verzweifelt waren oder nicht.

Sechstens stützte sich die vorliegende Studie, wie viele andere Studien zur Ehezufriedenheit auch, ausschließlich auf Selbstauskünfte. Unsere Daten sind potenziell verzerrt, da die Genauigkeit der Selbsteinschätzungen nicht überprüft wurde. Idealerweise würden die Teilnehmer von einem Bewerter befragt oder beobachtet werden, der gegenüber der Behandlungsbedingung blind ist.

Siebtens haben wir uns trotz des Alters der Studie auf eine Statistik über ausgeglichene Paare gestützt, die Locke und Wallace (1959) erstellt haben, indem sie Teilnehmer identifizierten, die "von Freunden, die sie gut kannten, als außergewöhnlich ausgeglichen in der Ehe eingeschätzt wurden" (S. 254). Die Ehe hat sich im letzten halben Jahrzehnt sicherlich verändert. Andere, aktuellere Forscher haben Stichproben von gut angepassten Paaren aus der Allgemeinbevölkerung gezogen, wobei sie davon ausgingen, dass nicht behandlungsbedürftige Paare gut angepasst sind. Diese Stichproben weisen ein mittleres Niveau der ehelichen Anpassung auf, das niedriger ist als die Statistik von Locke und Wallace (1959). Da wir uns bei unserer Untersuchung auf klinisch signifikante Veränderungen konzentrierten, entschieden wir uns für einen strengeren Grenzwert, der eine größere Wahrscheinlichkeit dafür bietet, dass Teilnehmer, die diesen Grenzwert in der Behandlung überschreiten, sich tatsächlich erholen (d. h. gut angepasst sind) und nicht einfach aus der klinischen Population herausfallen.

Schließlich sollte die Gemeinschaft der IRT-Therapeuten und -Pädagogen alle Anstrengungen unternehmen, um Wissenschaftler in ihren Reihen zu rekrutieren und zu unterstützen. Der Mangel an Forschung und die gleichzeitige Konzentration auf Interventionen und Programmentwicklung in den letzten Jahrzehnten widersprechen der Bewegung hin zu einer evidenzbasierten Praxis. Idealerweise sollten theoretische Forschung und Programmentwicklung auf systematischer Forschung beruhen, damit Kliniker ihr klinisches Fachwissen mit den besten externen Erkenntnissen verbinden können (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

Trotz der hier erörterten Einschränkungen leistet diese Studie einen wichtigen Beitrag zum Bereich der Paartherapie. Es besteht Konsens darüber, dass die Paartherapie positive Auswirkungen auf die psychische und körperliche

Gesundheit hat. Dennoch hat sich kein Ansatz als wirksamer erwiesen als andere (Snyder & Halford, 2012; Snyder et al., 2006). Daher ist es von entscheidender Bedeutung, alle weit verbreiteten Ansätze zu untersuchen. Obwohl die IRT in der Praxis weit verbreitet ist, hat sie sich trotz mangelnder empirischer Validierung gehalten. Unsere Ergebnisse unterstreichen die mögliche Gültigkeit der IRT-Behandlung und bieten eine Grundlage für Forscher, die Wirksamkeit der IRT weiterhin zu bewerten.

Finanzierung

Die Studie wurde durch die Finanzierung von Imago Relationships International und The Sister Fund ermöglicht.

Referenzen

- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). Die Beziehung zwischen Kindesmissbrauch, elterlicher Scheidung und lebenslangen psychischen Störungen und Suizidalität in einer landesweit repräsentativen Erwachsenenstichprobe. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, *33*, 139-147.
- Banks, A. (2011). Die mythische Realität des autonomen Individuums: Die Entwicklung der Fähigkeit, zu verbinden. *Zygon*, *46*, 168-182.
- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Klinische Signifikanzmethoden: Ein Vergleich von statistischen Techniken. *Journal of Personality Assessment*, *82*(2), 60-70.
- Strand, S. R. H., Dreifuss, J. A., Franklin, K. J., Klamen, C., & Gabriel, B. (2008). Paartherapie und die Behandlung von Depressionen. In A. S. Gurman (Hrsg.), *Klinisches Handbuch der Paartherapie* (4. Aufl., S. 545-566). New York, NY: Guilford Press.
- Berger, R. (1997). Was können Kliniker aus der Forschung lernen? *The Journal of Imago Relationship Therapy*, *2*(1), 71-80.
- Bernard, H. R. (2012). *Methoden der Sozialforschung: Qualitative und quantitative Ansätze*. New York, NY: Sage.
- Christensen, L., & Mendoza, J. L. (1986). Eine Methode zur Bewertung von Veränderungen bei einer einzelnen Person: Eine Änderung des RC-Indexes. *Behavior Therapy*, *17*, 305-308.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dyrdal, G. M., Roysamb, E., Nes, R. B., & Vittersø, J. (2011). Kann eine glückliche Beziehung ein glückliches Leben voraussetzen? Eine bevölkerungsbasierte Studie zum Wohlbefinden von Müttern in den Lebensabschnitten Schwangerschaft, Säuglings- und Kleinkindalter. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 947-962. doi:10.1007/s10902-010-9238-2
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'farrell, T. J. (1996). Behavioristische Paartherapie für männliche Patienten mit Drogenkonsum: Auswirkungen auf die Beziehungsanpassung und das Drogenkonsumverhalten. *Zeitschrift für Beratungs- und klinische Psychologie*, *64*(5), 959-972. doi:10.1037//0022-006x.64.5.959
- Fradenburg, L. A., Harrison, R. I., & Baer, D. M. (1995). Der Einfluss einiger Umweltfaktoren auf die Übereinstimmung zwischen den Beobachtern. *Research in Developmental Disabilities*, *16*(6), 425-437.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotionsfokussierte Paartherapie und die Erleichterung von Vergebung. *Journal of Marital and Family Therapy*, *36*(1), 28-42. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00185.x
- Hamilton, M., Pickering, G. W., Roberts, J. A. F., & Sowry, G. S. C. (1954). Die Ätiologie der essentiellen Hypertonie: Der arterielle Druck in der Allgemeinbevölkerung. *Clinical Science*, *13*(1), 11-35.
- Hannah, M. T., Luquet, W., & McCormick, J. (1997a). COMPASS als Maß für die Wirksamkeit der Paartherapie. *Amerikanische Zeitschrift für Familientherapie*, *25*, 76-91.
- Hannah, M. T., Luquet, W., McCormick, J., Galvin, K., Ketterer, K., May, K., ... Kot, L. A. (1997b). Kurzzeit-Imago-Therapie und veränderte persönliche Notlagen. *Die Zeitschrift für Imago-Beziehungstherapie*, *2*(2), 55-65.
- Haynes, S. N., Follingstad, D. R., & Sullivan, J. C. (1979). Bewertung der ehelichen Zufriedenheit und Interaktion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 789-791. doi:10.1037//0022-006X.47.4.789
- Headley, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (1991). Top-down- versus Bottom-up-Theorien des subjektiven Wohlbefindens. *Social Indicator Research*, *24*, 81-100.

- Hendrix, H. (2008). *Die Liebe bekommen, die man will: Ein Leitfaden für Paare*. New York, NY: Owl Books.
- Heyman, R. E. (2001). Beobachtung von Paarkonflikten: Klinische Bewertungsanwendungen, hartnäckige Wahrheiten und wackelige Grundlagen. *Psychological Assessment, 13*(1), 5.
- Hilpert, P., Bodenmann, G., Nussbeck, F., & Bradbury, T. N. (2012). Predicting relationship satisfaction: A matter of conflict, positivity, or support? *Family Science, 4*, 110-120. doi:10.1080/19424620.2013.830633
- Hogan, T., Hunt, R., Emmerson, D., Hays, R., & Ketterer, K. (1996). Eine Bewertung der Zufriedenheit mit dem Wochenend-Workshop "Getting the Love You Want". *Zeitschrift für Imago-Beziehungstherapie, 1*, 67-75.
- Hunsley, J., Dobson, K. S., Johnston, C., & Mikhail, S. F. (1999). Wissenschaft und Praxis der empirisch gestützten Behandlungen. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 40*(4), 316-319. doi:10.1037/h0086849
- Imago Relationships International. (2014). *Klinische Ausbildung in Imago-Beziehungstherapie: Training manual text*. Lexington, KY: Autor.
- Imago Relationships International. (n.d.). Imago auf der ganzen Welt. Abrufbar unter <http://pro.imagorelationships.org/ABOUT/ImagoWorldwide.aspx>
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapie-Ergebnisforschung: Methoden zur Erfassung der Variabilität und Bewertung der klinischen Bedeutung. *Behavior Therapy, 15*, 336- 352.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Klinische Signifikanz: Ein statistischer Ansatz zur Definition mittlerer Veränderungen in der Psychotherapieforschung. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Jordan, J. V. (1995). *Beziehungsorientiertes Bewusstsein: Umwandlung von Trennungen*. Arbeit in Arbeit, Nr. 76.
Stone Center for Developmental Services and Studies, Wellesley, MA.
- Kazak, A. E., Jarmas, A., & Snitzer, L. (1988). Die Bewertung der ehelichen Zufriedenheit: Eine Auswertung der Dyadic Adjustment Scale. *Zeitschrift für Familienpsychologie, 2*(1), 82-91. doi:10.1037/h0080475
- Kazdin, A. E. (2003). Klinische Bedeutung: Messen, ob Interventionen einen Unterschied machen. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 691-710). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Bane, C., Glaser, R., & Malarkey, W. B. (2003). Liebe, Ehe und Scheidung: Stresshormone von Jungvermählten lassen Veränderungen in der Beziehung voraussehen. *Journal of Consulting and Klinische Psychologie, 71*, 176-188.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Heirat und Gesundheit: Seine und ihre. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: Eine meta-analytische Überprüfung. *Family Relations, 49*, 25-44.
- Lazarus, A. (2000). Effektiv und effizient mit Paaren arbeiten. *The Family Journal, 8*, 222- 228.
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Forschung über die Behandlung von Paaren in Not. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, 145-168.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Kurze Tests zur ehelichen Anpassung und Vorhersage: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255. doi:10.2307/348022
- Losada, J. L., & Manolov, R. (2015). Der Prozess der Grundausbildung, der angewandten Ausbildung, der Aufrechterhaltung die Leistung eines Beobachters. *Quality & Quantity, 49*(1), 339-347.
- Love, P., & Shulkin, S. (2001). Die Imago-Theorie und die Psychologie der Anziehung. *The Family Journal, 9*, 246-249. doi:10.1177/1066480701093002
- Lueger, R. J. (2012). Das Integra/COMPASS Tracking Assessment System. *Integra Wissenschaft und Praxis, 2*, 20-30.
- Luquet, W., & Hannah, M. T. (1996). Die Wirksamkeit der kurzen Imago-Therapie: Vorläufige Ergebnisse.

- Martin, T. L., & Bielawski, D. M. (2011). Welche Erfahrungen machen Afroamerikaner nach einer Imago-Erziehung? *Journal of Humanistic Psychology, 51*, 216-228. doi:10.1177/0022167809352379
- Miller, R. B. M., Yorgason, J. B., Sandberg, J. G., & White, M. B. (2003). Probleme, die Paare in die Therapie mitbringen: A view across the family life cycle. *The American Journal of Family Therapy, 31*, 395-407.
- Nationales Register für evidenzbasierte Programme und Praktiken (NREPP). (2015). Abgerufen von <http://www.nrepp.samhsa.gov/SearchResultsNew.aspx?s=b&q=marriage>
- Pershing, J. (Hrsg.). (2006). *Handbuch der menschlichen Leistungstechnologie: Principles, Practices, and potential* (3. Aufl.). San Francisco, CA: Pfeiffer.
- Pew Research Center. (2010). *Der Rückgang der Eheschließungen und der Anstieg der neuen Familien*. Abrufbar unter <http://pewresearch.org/pubs/1802/decline-marriage-rise-new-families>
- Pitner, G. D., & Bailey, W. R. (1998). Der Workshop "Getting the love you want", eheliche Zufriedenheit und Beziehungsqualität. *The Journal of Imago Relationship Therapy, 3*(1), 35-48.
- Töpfer, D. (2010). Psychosoziales Wohlbefinden und die Beziehung zwischen Scheidung und den schulischen Leistungen der Kinder. *Journal of Marriage and Family, 72*, 933-946.
- Reibstein, J., & Burbach, F. (2013). Ein zunehmend überzeugendes Argument für die Paartherapie. *Zeitschrift of Family Therapy, 35*, 225-228. doi:10.1111/1467-6427.12019
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidenzbasierte Medizin: Was sie ist und was sie nicht ist; es geht um die Integration von individuellem klinischem Fachwissen und den besten externen Erkenntnissen. *British Medical Journal, 312*, 71-72.
- Schade, L. C., Sandberg, J. G., Bradford, A., Harper, J. M., Holt-Lunstad, J., & Miller, R. B. (2014). Eine Längsschnittbetrachtung des Zusammenhangs zwischen der Wärme des Therapeuten und dem Sitzungsverlauf von Paaren: Eine beobachtende Pilotstudie zur emotional fokussierten Paartherapie. *Journal of Marital and Family Therapy, 41*(3), 292-307. doi:10.1111/jmft.12076
- Schmidt, C. D., Luquet, W., & Gehlert, N. C. (2015). Evaluierung der Auswirkungen des Imago-Paarworkshops auf Beziehungsanpassung und Kommunikationsmuster. *Journal of Couple and Relationship Therapy*. doi:10.1080/15332691.2014.978061
- Schulz, K. F., Chalmers, I., Hayes, R. J., & Altman, D. G. (1995). Empirische Belege für Verzerrungen: Dimensionen der methodischen Qualität im Zusammenhang mit Schätzungen von Behandlungseffekten in kontrollierten Studien. *Journal of the American Medical Association, 273*, 408-412.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P., & Tolvanen, A. (2013). Paartherapie für Depressionen in einem naturalistischen Setting in Finnland: A 2-source randomized trial. *Journal of Family Therapy, 35*, 281-302. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00592.x
- Snyder, D. K., & Halford, W. K. (2012). Evidenzbasierte Paartherapie. *Journal of Family Therapy, 34*, 229-249. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00599.x
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Aktueller Stand und zukünftige Richtungen in der Paartherapie. *Annual Review of Psychology, 57*, 317-344.
- Snyder, D. K., Wills, R. M., & Keiser, T. W. (1981). Empirische Validierung des Marital Satisfaction Inventory: Ein versicherungsmathematischer Ansatz. *Zeitschrift für Beratungs- und klinische Psychologie, 49*(2), 262.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*, 15-28.
- Stanley, S. M. (2007). Wie hoch ist die Scheidungsrate wirklich? Abgerufen von https://www.prepinc.com/docs/content/articles/what_is_divorce_rate_8-3-2007.pdf
- Stratton, P. (2011). *The evidence base of systemic family and couples therapies*. Warrington, UK: Verband für Familientherapie.
- Tannen, D. (2007). *Du verstehst es einfach nicht: Frauen und Männer im Gespräch*. NY: William Morrow Paperbacks.
- Tilden, T., Gude, T., Sexton, H., Finset, A., & Hoffart, A. (2009). Der Zusammenhang

zwischen intensiver stationärer Paartherapie und Veränderungen in einem Drei-Quellen-Follow-up-Zeitraum. *Contemporary Family Therapy*, 32(1), 69-85. doi:[10.1007/s10591-009-9104-8](https://doi.org/10.1007/s10591-009-9104-8)

- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G., & Bounader, J. (2008). Das Programm "Eheleben und gutes Altern": Auswirkungen einer präventiven Gruppenintervention auf das eheliche und sexuelle Funktionieren von Paaren im Ruhestand. *Sexual and Relationship Therapy, 23*(1), 5-23. doi:[10.1080/14681990701635061](https://doi.org/10.1080/14681990701635061)
- Abteilung für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen, Abteilung Bevölkerung. (2003). *Weltfruchtbarkeitsbericht*. New York, NY: Vereinte Nationen.
- Walitzer, K., Dermen, K., Shyhalla, K., & Kubiak, A. (2013). Paarkommunikation zwischen problematischen männlichen Trinkern und ihren Ehepartnern: A randomized controlled trial. *Journal of Family Therapy, 35*, 229-251. doi:[10.1111/j.1467-6427.2013.00615](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2013.00615)
- Weigle, J. B. (2006). *Die Auswirkung der Teilnahme an einem Imago-Therapie-Workshop auf die eheliche Zufriedenheit*. (Unveröffentlichte Dissertation). Walden University, Minnesota.
- Whisman, M. A. (2007). Ehestörungen und psychiatrische DSM-IV-Störungen in einer bevölkerungsbezogenen nationalen Erhebung. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638-643.
- Whisman, M. A., Dixon, A. E., & Johnson, B. (1997). Therapeutenperspektiven zu Paarproblemen und Behandlungsfragen in der Paartherapie. *Journal of Family Psychology, 11*, 361-366. doi:[10.1037/0893-3200.11.3.361](https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.3.361)
- Zielinski, J. J. (1999). Die Entdeckung der Imago-Beziehungstherapie. *Psychotherapie, 36*(1), 91-101.