

1 **Herkunft, Ursprung und Entwicklung des Verfahrens**

Die psychodynamische bzw. psychoanalytische Paar- und Familientherapie entwickelte sich aus der Psychoanalyse und der zunehmenden Verbindung psychoanalytischer Konzepte mit system- und kommunikationstheoretischen Konzepten. Die Bedeutung familiärer Beziehungen für die Entwicklung seelischer Gesundheit und Krankheit wurde in der Psychoanalyse von Anfang an thematisiert. Auch nach Aufgabe der »Verführungstheorie« und der Hinwendung zur »psychischen Realität« betonten Psychoanalytiker in der Regel die Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und intrapsychischer Entwicklung. Als relevante Umwelt wurde und wird die Familie angesehen, wozu bereits früh auch mehrgenerationale Einflüsse gehörten. Zudem wurde durch die gleichzeitig oder nacheinander erfolgende psychoanalytische Behandlung von Ehepartnern das Ineinandergreifen jeweiliger neurotischer Mechanismen beider Partner deutlich. Mit der Entwicklung der Objektbeziehungstheorien wurde die Bedeutung von Umweltfaktoren und familiären Beziehungen für die psychische Entwicklung von einem Teil der hier maßgeblichen Autoren hervorgehoben (vgl. Massing et al. 2006). Die Entwicklung der Kybernetik sowie der Systemtheorie in den Naturwissenschaften fügten neue Impulse hinzu, die die Interdependenz von intrapsychischer Entwicklung, die Entstehung von Krankheitssymptomen und interpersonale Beziehungen weiter differenzierten (Massing et al. 2006). Systemtheoretische Überlegungen fanden Eingang in den interpersonellen Ansatz der Psychoanalyse von Sullivan (vgl. Beutel et al. 2020). Unter dem programmatischen Titel »Patients have families« verband Richardson bereits 1948 psychodynamische und systemtheoretische Konzepte zum Verständnis von psychosomatischen Erkrankungen. Im weiteren Verlauf wurden international z.B. durch die Arbeiten von Bowen (1960),

Boszormenyi-Nagy und Mitarbeiterinnen (1965, 1981, 1986) und Framo (1965) psychoanalytische und systemtheoretische Konzepte verbunden. Im deutschen Sprachraum entwickelten Eckhard Sperling in Göttingen (Mehrgenerationenperspektive), Horst-Eberhardt Richter in Gießen (psychoanalytische Rollentheorie), Helm Stierlin in Heidelberg (Delegation, bezogene Individuation) und Thea Bauriedl in München (Beziehungsanalyse) psychoanalytische Konzepte familiendynamisch weiter, ebenso Jürg Willi in Zürich (Kollusion, Ko-Evolution) für die Paartherapie. Dabei wurden zunehmend auch Erkenntnisse aus der Kommunikationstheorie (Ruesch und Bateson 1951, 1995; Watzlawick et al. 1971) verwendet.

Im Laufe der Zeit differenzierten sich die verschiedenen familien- und paartherapeutischen »Schulen«, wobei in Deutschland die »Systemische Therapie« am weitesten verbreitet ist, die allerdings auch psychodynamisch geprägte Konzepte wie den Ansatz von Boszormenyi-Nagy und Mitarbeiterinnen, bindungstheoretische und mentalisierungsbasierte Konzepte »eingemeindet«.

Klinisch hat sich die psychoanalytische Paar- und Familientherapie entwickelt aus der Behandlung von

1. Kindern und Jugendlichen,
2. Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen, v.a. von Anorektikerinnen,
3. Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Psychosen und
4. Paaren mit neurotischen und schwereren Störungen.

Aktuell finden sich neben dem klassischen, eher konfliktorientierten mehrgenerationalen Ansatz objektbeziehungstheoretische, bindungsorientierte und mentalisierungsbasierte Ansätze in der psychoanalytischen Paar- und Familientherapie (Lebow 2017). Die aktuelle psychodynamische Paar- und Familientherapie integriert Techniken und Methoden der strukturellen und der systemischen Familientherapie (Asen und Fonagy 2017a,b; Reich et al. 2007).

2 Verwandtschaft und Abgrenzung zu anderen Verfahren

Mit anderen Verfahren der Familien- und Paartherapie verbindet die psychodynamische Familien- und Paartherapie zunächst die »System-Sichtweise«. Das Handeln von Personen steht immer in einem bedeutungsgebenden interpersonellen Kontext und ist insofern interdependent, wobei sich diese Kontexte durchaus sprunghaft verändern können, z. B. durch äußere Einbrüche oder lebenszyklische Veränderungen. Psychische Symptome werden als Lösungsversuch für Konflikte, in diesem Fall interpersonelle Konflikte, angesehen. Um diese Lösungsversuche wiederum organisieren sich Interaktionen, die als »Problemsystem« bezeichnet werden können. Die wesentliche Matrix ist dabei das System der Kommunikation, wobei sich diese nicht auf die verbale Kommunikation beschränkt. Nonverbale, analoge Formen der Kommunikation, Atmosphärisches, spielen eine erhebliche Rolle.

Im Unterschied zu anderen Verfahren sind folgende Aspekte wichtig:

- Intrapsychische Prozesse werden im Unterschied zur systemischen Therapie als bedeutsam angesehen. Die Erkenntnisse der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorien sowie der Bindungs-, Mentalisierungs- und Affektforschung werden berücksichtigt.
- Ebenso werden die Erkenntnisse der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, insbesondere der neueren Säuglings- und Kleinkindforschung sowie der Forschungen zu lebenszyklischen Veränderungen berücksichtigt.
- Besonderes Gewicht wird auf die mehrgenerational tradierten familiären Prozesse gelegt.

- Historischen und sozialen Einflüssen wird auf der Ebene der Familie und auf der Ebene ökonomischer und gesellschaftspolitischer Veränderungen sowie den damit einhergehenden Traumatisierungen, Verlusten und deren Verarbeitung eine große Bedeutung beigemessen. Insofern ist psychodynamisch orientierte Familien- und Paartherapie am »Faktischen« orientiert.
- Dementsprechend werden die Ansichten des radikalen Konstruktivismus aus der systemischen Therapie nicht geteilt. »Wirklichkeiten« sind nicht beliebig konstruierbar. Ebenso sind der Veränderbarkeit von Personen und Beziehungskonstellationen durch frühere Entwicklungen und die äußeren Rahmenbedingungen (z. B. Ökonomie) Grenzen gesetzt. Die Anerkennung von Begrenzungen und die damit einhergehende Trauerarbeit spielen in manchen Fällen eine besondere Rolle.
- Unbewussten Prozessen, die auch mehrgenerational ablaufen, wird eine große Bedeutung beigemessen. Ebenso werden die psychoanalytischen Konzepte der interpersonellen Abwehr, der unbewussten Kommunikation, des Szenischen Verstehens sowie Einschätzungen der strukturellen Möglichkeiten der Beteiligten berücksichtigt.
- Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse und die sich hieraus ergebende Beziehungsgestaltung werden analysiert und die Interventionen bzw. die Therapieplanung insgesamt auch hierauf abgestellt. In der Gegenübertragungsanalyse werden die persönlichen Einflüsse des Therapeuten und seiner Familien- und Lebensgeschichte besonders berücksichtigt.
- Die Indikationsstellung erfolgt adaptiv-prozessorientiert. In der Regel wird vom Gesamt-Beziehungssystem ausgehend mit bedeutsamen Subsystemen (z. B. Elternpaar, Geschwister, Vater-Sohn, Mutter-Tochter) gearbeitet. Familien- und Paargespräche können in diesem Rahmen durchaus mit Einzelbehandlungen kombiniert werden.
- Auch die Interventionstechnik wird adaptiv angepasst und prozessorientiert gestaltet, wobei durchaus systemische und strukturelle Behandlungstechniken einfließen.

3 **Wissenschaftliche Grundlagen des Verfahrens**

Neben Erkenntnissen und Konzepten der Psychoanalyse, z. B. zur interpersonellen Abwehr, zu unbewussten Prozessen und zur Tendenz, neue Beziehungserfahrungen im Lichte früherer Erfahrungen zu interpretieren und diese somit zu wiederholen («Wiederholungszwang», Übertragung), spielen Systemtheorie und Kommunikationstheorie eine bedeutende Rolle. Ganz wesentlich ist zudem, dass familiäre und Paarbeziehungen einen erheblichen Beitrag zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen, aber auch zu somatischen Dysregulationen leisten. Dies gilt z. B. für depressive Störungen (Reich 2003a), Zwangsstörungen (Reich 2008; Reich 2019a; Reich 2020 in Druck), Essstörungen wie Anorexie, Bulimie oder Binge Eating (Cierpka und Reich 2010; Reich 2003b,c; Reich und von Boetticher 2017a), Persönlichkeitsstörungen (Reich 2003d; Reich und von Boetticher 2017b), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Reich und Cierpka 2011), Angststörungen, Psychosen (Reich und Klütsch 2014), Trauma-Erfahrungen (Klütsch und Reich 2012) sowie eine Vielzahl von körperlichen Regulationsstörungen und pathogenen Prozessen (Frisch et al. 2017; Reich 2020 in Druck). Die Verzahnung von physiologischen pathogenen Prozessen mit dysfunktionalen familiären Prozessen wurde auch im behavioralen Familienmodell (Wood et al. 2008, 2015; vgl. auch Reich 2020 in Druck) nachgewiesen.

Die Bedeutung familiärer und paardynamischer Prozesse für psychische Erkrankungen und körperliche Dysregulation belegen empirische Studien zu interpersonellen Prozessen wie dem »Spill-Over«, bei denen gezeigt werden kann, dass sich eheliche Spannungen der Eltern direkt auf Kinder übertragen, und Studien zur Kompensationshypothese. Sie zeigen sich auch zum Konzept der »Meta-Emotion«, in dem gezeigt wer-

den kann, dass die Verbalisierung von unangenehmen Gefühlen durch Eltern es Kindern leichter ermöglicht, die negativen Folgen von elterlichen Konflikten zu bewältigen. Sie zeigen sich zudem in den Forschungen zur Parentifizierung (Chase 1999) sowie den Forschungen zur Bedeutung von Vätern und Geschwistern (vgl. Reich 2020 in Druck). Empirische Studien belegen zudem die mehrgenerationale Weitergabe einer ganzen Reihe von Problemen und problematischen Beziehungsmustern. Während diese Weitergabe in nichtgestörten Familiensystemen eher moderat ausfällt (Reich 2017; Reich et al. 2008), ist sie in gestörten Familiensystemen häufig erheblich und konnte in einer Reihe von Bereichen nachgewiesen werden, z. B. bezüglich der Bindungsmuster, der Erziehungseinstellungen, der Qualität der Ehebeziehungen, der Neigung zu Trennungen und Scheidungen, der Neigung zu Parentifizierungen, der Weitergabe von Traumafolgen und Gewalterfahrungen, bezüglich der Verletzung interpersoneller Grenzen sowie der Fähigkeiten zur Selbstregulierung (Reich et al. 2008; Reich 2020 in Druck). Auch in den Familien- und Paarbeziehungen wirksame Resilienzfaktoren wurden untersucht (Walsh 2016; Reich 2020 in Druck). Hierzu gehören gemeinsame Sinnfindung und Orientierung, Fähigkeiten zur Veränderung der Familienorganisation bei Einbrüchen wie z. B. Erkrankungen, kooperatives Elternverhalten, Respekt für die individuellen Unterschiede, die Fähigkeit zur Mobilisierung außerfamiliärer Ressourcen sowie Klarheit der Kommunikation und das offene Teilen schmerzlicher und freudiger Emotionen. Auch positive Paarinteraktionen wie verbale Unterstützung, Berührung oder Responsivität wirken salutogenetisch. Kinder profitieren zudem von stabilen Elternbeziehungen, klaren Generationsgrenzen, emotionaler Resonanz sowie davon, ob sie elterliches Verhalten, auch hochproblematisches, verstehen können oder nicht (vgl. Reich 2020 in Druck).

Familien- und Paartherapien haben sich zudem bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen als wirksam erwiesen. Dies gilt im Erwachsenenbereich für affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauchsstörungen und Psychosen, im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen für Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Substanzmissbrauch und Essstörungen (von Sydow et al. 2010, 2013) (► Kap. 9).

4 Kernelemente der Diagnostik

4.1 Psychodynamische Paartherapie

Die Initiative für eine Paartherapie geht in der Regel stärker von einem Partner oder einer Partnerin aus. Selten ist die Motivation gleichmäßig verteilt. Dies kann sich hinderlich auswirken, jedoch auch diagnostische und therapeutisch nutzbare Hinweise ergeben. Erstes Kernelement der Paardiagnostik ist in diesem Sinne die Beachtung der Szene, analog zum Konzept des Szenischen Verstehens in der Einzeltherapie (Lorenzer 2006).

4.1.1 Die initiale Paarszene, Übertragung, Gegenübertragung, Arbeitsbündnis und Widerstand

Der Ansatz, den Informationen aus der Anmeldesituation und dem Erstgespräch Beachtung zu schenken, hat sich als äußerst fruchtbar erwiesen. Dabei interessieren uns Fragen wie:

- Wer meldet an, wer ergreift die Initiative?
- Wer beginnt das Gespräch, wer schildert und »definiert« womöglich das Problem?
- Wer hat ein »Problembewusstsein«?
- Stimmen die Schilderungen der Problemstellung einigermaßen überein oder unterscheiden sie sich sehr?
- Spricht das Paar vor allem miteinander oder mehr an die Therapeuten gerichtet?

- Wie erscheint das Paar: eher bedürftig, eher abgegrenzt-autonom?
- Welche Gegenübertragungsgefühle stellen sich ein? Unterscheiden sich diese zwischen weiblicher Therapeutin und männlichem Therapeuten?

Häufig meldet die Person an, die (scheinbar oder im eigenen Erleben) unbelastet von Symptomen im engeren Sinne ist, während die oder der andere als Symptomträger gekennzeichnet wird. Die Motivation zur Paartherapie ist dann nicht selten, die Symptome des oder der Einen zu bekämpfen, um die Belastung des oder der jeweils anderen zu vermindern.

Fallbeispiel

Ein Paar meldet sich drängend an und sagt mehrere Termine kurzfristig ab. Jeweils fielen der Therapeutin der gehetzt wirkende Tonfall sowie eine wenig Widerspruch duldende Art, sich mitzuteilen, auf. Ein weiterer Termin musste aufgrund von Krankheit der Therapeutin verschoben werden. Als das Erstgespräch schließlich stattfindet, schildert das Paar vielfältige Schwierigkeiten, die sich aus den schweren »Kopfschmerzattacken« des Mannes ergeben. Weder seien längerfristige Wochenend- oder Urlaubsplanungen möglich, noch gäbe es ein befriedigendes Sexualleben, weil sie immer mit den »hereinbrechenden« Kopfschmerzen rechnen müssten. Medizinisch sei alles abgeklärt, Schmerzmittel helfen nur bedingt. Hinter dem betonten Mitgefühl der Ehefrau werden schnell Gereiztheit und aggressive Abwertung deutlich. Auch der Ehemann spricht »nebenbei« demütigende, abfällige Bemerkungen über seine Frau aus. Darauf von der Therapeutin angesprochen, wehren beide beschwichtigend ab: Wenn nur die Kopfschmerzen und die damit einhergehenden Einschränkungen verschwänden, gäbe es »wieder nur Harmonie zwischen uns«. Die weitere Exploration ergab, dass beide aus unterschiedlichen Gründen seit einigen Jahren beruflich zu kämpfen hatten und sich insgeheim gegenseitig schwere Vorwürfe machten. Die in den Anfangsjahren der Beziehung antriebsfördernde, eher belebend wirkende, ausgeprägte Konkurrenz zwischen den Eheleuten war nun lähmend geworden.

Die Kopfschmerzen dienten als Externalisierung des Eheproblems. So konnte der »Schmerz« über die vielen Anstrengungen und Überforderungen des Alltags sowie die gegenseitige wütende Enttäuschung des Wunsches nach Entlastung aus der Beziehung herausgehalten und im Symptom »untergebracht« und gleichzeitig das unrealistische Ideal der immerwährenden Harmonie aufrechterhalten werden. Durch die Bearbeitung dieses Mechanismus verschwanden die Kopfschmerzen des Mannes zwar nicht vollständig, das Paar konnte jedoch den Umgang damit positiv verändern. Dazu gehörte ein freieres Aussprechen eigener Bedürfnisse und aggressiver Impulse. Der Widerstand war zu Anfang recht ausgeprägt, ein psychotherapeutisch-psychosomatisches Krankheitsmodell wirkte zunächst befremdlich. Die Reflektion der Szene vor Beginn der eigentlichen Gespräche ermöglichte eine Einführung in die innere Situation des Paares. Das Arbeitsbündnis konnte durch den Rückbezug auf die positiv besetzte Konkurrenz und deren Würdigung zu Beginn der Beziehung entwickelt werden.

Die szenischen Informationen erlauben häufig eine erste Hypothesenbildung über die Psychodynamik des Paares sowie der Widerstände gegen und Befürchtungen bezüglich einer Paartherapie. Hier gilt es auf der Therapeutenseite, die Unsicherheiten ernst zu nehmen, zu einer möglichst klaren Indikationsstellung zu finden und besonderes Augenmerk auf den Aufbau des therapeutischen Bündnisses zu legen, das eben das Paar »als Patienten« versteht. Dies sollte mit einem hohen Maß an Transparenz und Information über die Arbeitsweise einhergehen, wodurch in aller Regel diffuse Befürchtungen hinsichtlich eines paarorientierten Therapieansatzes gemindert werden können.

Die Analyse der initialen Szene einer Paartherapie gibt wertvolle Hinweise für die psychodynamische Hypothesenbildung. Dabei wird das Konzept des Szenischen Verstehens (Lorenzer 2006) auf die Paarsituation modifizierend übertragen.

Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand

Die Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse im paartherapeutischen Setting stellt eine besondere Herausforderung dar. Anders als in der Einzeltherapie, in der die therapeutische Dyade die Projektionsfläche für bisherige Beziehungserfahrungen bzw. -repräsentationen bilden kann, ist die Situation in der Triade Paar-Therapeut/Therapeutin bzw. der Tetrade Paar-Therapeutenpaar komplexer und unübersichtlicher. Besondere Beachtung sollte der Widerstand erfahren, den entweder das Paar oder einer der Partner entwickelt. Die Bedeutung des Widerstands gegen eine Einflussnahme durch therapeutische Maßnahmen im System Paar ist hoch einzuschätzen. Widerstand, der zu einem unbewussten Festhalten an dysfunktionalen Paarinteraktionen wie bspw. kollusiven Mustern (► Kap. 4.1.4) führen kann, ergibt sich aus höchst unterschiedlichen Quellen, z. B.:

- Scham über Paardynamik oder die eigene Rolle in der Partnerschaft
- Übertragungsphänomene wie z. B. Paartherapeut als Richter, strenges Elternteil, moralische Instanz
- Angst vor Veränderung bzw. phantasiertes Unvermögen, etwas zu ändern
- Familien- bzw. Paargeheimnisse mit besonderer Funktion
- Abwehr eigener Unterlegenheitsgefühle, wenn bspw. Paartherapeuten als glückliches, erfolgreiches Paar erlebt bzw. phantasiert werden
- Gefühle des Zorns, der Hilflosigkeit oder des Ausgeliefertseins, z. B. bei Klärung und Realitätsprüfung der Situation oder Konfrontation mit Unzulänglichkeiten
- Mehrgenerational tradierte Symptome/Beziehungsmuster
- Strukturelle Defizite wie etwa Festhalten an der Dyade und/oder einer unsicheren Grenze um das Paar

Übertragungsszenen in der Paartherapie sind vielfältig. Ödipale Übertragungen können zu Gefühlen intensiver Konkurrenz oder Ausgeschlossenenseins (auch des Therapeuten) oder zu Loyalitätsverschiebungen im Therapieraum führen. Diese gilt es zu erkennen und zu begrenzen bzw. für die Arbeit am Problem des Paares zu bearbeiten.