

Aus: Martin R. Textor: *Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung der Konzepte, Hypothesen und Techniken amerikanischer Therapeuten*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1985, S. 147-189

5.2 Ablauf der Familienbehandlung

Wir wollen den Ablauf familientherapeutischer Behandlungen in 3 Phasen aufteilen, wobei wir davon ausgehen, daß sich Therapeuten und Familien in jeder Phase unterschiedlich verhalten. Allerdings treten auch viele Verhaltensweisen in allen Therapiephasen auf – z.B. spielen diagnostische Tätigkeiten nicht nur in der Anfangsphase eine Rolle, sondern auch im weiteren Verlauf der Behandlung: Selbst gegen Therapieende müssen Therapeuten³⁰ noch Probleme identifizieren und deren Ursachen herausfinden. Jedoch sind diagnostische Tätigkeiten in der Anfangsphase von besonderer Bedeutung – uns geht es also um die Darstellung von in bestimmten Zeitabschnitten *vorherrschenden* Verhaltensweisen.

5.2.1 Anfangsphase

In der Anfangsphase einer Familienbehandlung arbeiten amerikanische Therapeuten meist nur mit der Zeugungsfamilie. Dabei konzentrieren sie sich in der Regel auf folgende 6 Aufgaben:

- 1) Der Brennpunkt wird vom IP auf die Familie verschoben. So machen die Therapeuten einerseits auf gestörte Kommunikationsprozesse, Machtkämpfe, pathologische Beziehungen, zugeschriebene Rollen, unzureichend erfüllte Funktionen u.ä. aufmerksam, andererseits zeigen sie auf, daß alle Familienmitglieder unter intrapsychischen Konflikten, negativen Selbstwertgefühlen, unbefriedigten Bedürfnissen usw. leiden.
- 2) Die Familientherapeuten stellen eine therapeutische Beziehung her und etablieren sich als Fachleute und Autoritäten. So bemühen sie sich, das Vertrauen der Familienmitglieder zu gewinnen, deren Probleme zu verstehen, Ängste und Widerstände abzubauen.
- 3) Sie motivieren ihre Klienten, sich einer Familientherapie zu unterziehen, an sich zu arbeiten und gemeinsam interpersonale Konflikte zu bewältigen. Indem sie Streit verhindern, beim Lösen kleinerer Probleme helfen oder andere positive Veränderungen vor-

²⁹ Bei einer Ende der sechziger Jahre von der Group for the Advancement of Psychiatry (1970) durchgeführten Befragung von Familientherapeuten wurden etwas stärker Therapieziele betont, die wir dem sechsten Theorieelement zugeordnet haben. Folgende Ziele wurden genannt: „improved communication“ (85%), „autonomy and individuation“ (56%), „empathy“ (56%), „leadership flexibility“ (34%), „role agreement“ (32%), „reduced conflict“ (23%) und „symptomatic improvement“ (23%) (s. auch Gurman u. Kniskern 1978c).

³⁰ Auch in den folgenden Kapiteln werden wir den Plural („die Therapeuten“) beibehalten. Damit soll aber nicht impliziert werden, daß Familientherapeuten in der Regel zu zweit arbeiten – das Gegenteil ist der Fall.

nehmen, vermitteln sie erste Erfolgserlebnisse, vergrößern so die Therapiemotivation der Familienmitglieder und gewährleisten die Fortsetzung der Behandlung.

- 4) Es wird eine Familiendiagnose durchgeführt, wobei nicht nur pathologische Strukturen und Prozesse, sondern auch die Stärken der Klienten erfaßt werden.
- 5) Die Therapeuten bestimmen die anzustrebenden Veränderungen und stellen gemeinsam mit den Familienmitgliedern die Behandlungsziele auf.
- 6) Sie schließen offen oder verdeckt einen therapeutischen Vertrag mit ihren Klienten.

Wir werden nun diese 6 Aufgaben in den folgenden Abschnitten genauer beschreiben.³¹

Eine Familienbehandlung beginnt in der Regel mit einem Telefonanruf, in dem ein Familienmitglied (zumeist die Mutter) um einen Gesprächstermin bittet. Nimmt eine Sekretärin den Anruf an, so erfragt und notiert sie alle relevanten Informationen, wobei oft ein Formular verwendet wird. Wenn das Telefongespräch zu einem Familientherapeuten durchgestellt wird, so vertritt er in der Regel von Anfang an seinen Therapieansatz – ermittelt z.B. die Zusammensetzung der Familie und lädt alle Mitglieder zur ersten Sitzung ein. Wenn eine andere Institution eine Familie überweisen möchte, so sollte der Therapeut mit ihr Kontakt aufnehmen und sich nach der Familie und den bereits versuchten Interventionen erkundigen. Dabei erhält er oft wertvolle diagnostische Hinweise. Manchmal ist es sinnvoll, einen Vertreter der überweisenden Institution zur ersten Sitzung einzuladen – insbesondere, wenn dieser das Vertrauen der Familie besitzt.³²

Viele amerikanische Familientherapeuten geben detaillierte Anweisungen für die Durchführung von *Erstinterviews*, die oft länger als die folgenden Sitzungen sind und als besonders schwierig gelten. Das Erstinterview beginnt mit der Begrüßung der Familienmitglieder durch die Therapeuten, die sich wie Gastgeber verhalten. Sie machen sich mit den Klienten bekannt und bitten sie, Platz zu nehmen, wobei sie aus der Sitzordnung bereits erste diagnostische Erkenntnisse gewinnen (insbesondere, wenn sich mehr Sitzgelegenheiten als notwendig im Behandlungszimmer befinden). Da Familienmitglieder oft aufgeregt, unsicher oder ängstlich sind, müssen die Therapeuten dafür sorgen, daß sie sich an die ihnen unbekannt Situation gewöhnen und etwas entspannen können. So bieten sie ihnen z.B. Kaffee an oder plaudern mit ihnen, wobei sie alle Familienmitglieder in die Unterhaltung einbeziehen. Vielfach gehen sie auf deren Emotionen ein und sagen beispielsweise, daß sie sich in diesem Augenblick auch unsicher und unbehaglich fühlen. Wenn Familien nicht freiwillig zu der Sitzung kommen, sind die Therapeuten sehr vorsichtig, gehen von großen Widerständen aus und bemühen sich, diese abzubauen und das Vertrauen der Mitglieder zu gewinnen. Oft versuchen sie auch, die Angst und Unsicherheit ihrer Klienten zu vermindern, indem sie das Interview von Anfang an strukturieren und zielbewußt vorgehen. So ermitteln sie alle wichtigen demographischen Daten (evtl. anhand eines Formblattes), erkundigen sich, wer die Familie überwiesen hat, und fragen, ob Mitglieder schon zuvor psychotherapeutisch behandelt wurden. Werden Tonbandgeräte bzw. Videoanlagen eingesetzt oder wird die Sitzung von einem Nebenraum aus beobachtet (durch Einwegspiegel), so müssen sie die Klienten darauf hinweisen und um ihr Einverständnis (schriftliche Erklärung) bitten.

³¹ Vgl. Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Franklin u. Prosky (1973), Glick u. Kessler (1974), Ingram (1974), Zuk (1975, 1979 b), Spark (1977), Bandler et al. (1978), Minuchin (1978), Napier u. Whitaker (1979), Whitaker u. Keith (1981).

³² Siehe hierzu Langsley u. Kaplan (1968), Franklin u. Prosky (1973), Patterson et al. (1975).

Dann ermitteln die Therapeuten die vorherrschenden Konflikte und Störungen. Vielfach fragen sie zuerst das am wenigsten beteiligte Familienmitglied oder ein Kind, unter welchen Problemen es leidet und welche die Familie belasten. Sie hören sich dessen Darstellung an und wenden sich dann mit derselben Frage an ein anderes Individuum. Auf diese Weise kommt jedes Familienmitglied zu Wort, werden Meinungsunterschiede offenbar. Häufig müssen die Therapeuten Anklagen und Drohungen umdefinieren, Wutausbrüche unterbinden, Ängste mildern, Abwehrmechanismen abbauen und verdeutlichen, daß man auch über tabuisierte Gefühle, Konflikte, Mythen usw. offen sprechen kann. Sie lassen sich die Probleme genau beschreiben, ermitteln die sie aufrechterhaltenden Verhaltensweisen, fragen nach gescheiterten Problemlösungsversuchen oder fordern Familienmitglieder auf, bestimmte Konfliktsituationen im Rollenspiel darzustellen.

In den meisten Fällen gehen die Klienten davon aus, daß ein Familienmitglied psychisch krank oder verhaltensgestört ist. Wenn die Diskussion von Familienproblemen sehr angst-erzeugend ist, als beschämend aufgefaßt wird, zu großen Schuldgefühlen führt oder durch starke Abwehrmechanismen verhindert wird, so wird diese Vorstellung häufig von Therapeuten akzeptiert. Sie belassen dann den Brennpunkt auf dem Symptom und benutzen es als Vehikel für die Veränderung der Familien, die auch vielfach eher zur Kooperation bereit sind, wenn es „offiziell“ nur um die Behandlung des Symptomträgers geht. Zumeist versuchen aber die Therapeuten, den Brennpunkt vom IP auf die Familie zu verschieben. So fragen sie nach den Schwierigkeiten und Symptomen der anderen Familienmitglieder, ermitteln interpersonale Konflikte und verändern die Sichtweise bezüglich des Symptomträgers:

In the initial session, the concept of the problem family, as distinct from the problem individual, is discussed. ... We attempt to orient the family to the ideas of working as a whole family on the solution of their problems, accepting responsibility for self and for appropriate family roles, and initiating new, more positive, future-oriented goals for the family (Friedman 1971b, S. 27).

Die Familienmitglieder werden motiviert, gemeinsam pathologische Familienstrukturen und -prozesse zu verändern und ihre Beziehungen zu verbessern. Die Therapeuten fragen jedes Mitglied nach seinen Vorstellungen von einem befriedigenden Zusammenleben und ermitteln seine Wünsche hinsichtlich der eigenen Person und der Familie. Zugleich verdeutlichen sie, daß die Behandlung für jedes Individuum gewinnbringend ist. Auf diese Weise werden alle Familienmitglieder zur Mitarbeit motiviert und für den Therapieerfolg mitverantwortlich gemacht.

Viele Therapeuten lenken und verbessern schon im Erstinterview die Kommunikationsprozesse in der Familie. So übermitteln sie direkt oder indirekt folgende Regeln:

- 1) Es darf immer nur eine Person sprechen.
- 2) Niemand darf ein anderes Familienmitglied unterbrechen, ein Gespräch stören oder es verhindern.
- 3) Flüstern, Schreien und Streiten sind verboten.
- 4) Niemand darf für eine andere Person sprechen.
- 5) Botschaften sollten klar und vollständig sein.
- 6) Fragen sind direkt zu beantworten. Sollte ein Familienmitglied auf eine Frage mit Schweigen reagieren, so wird sein Verhalten als ein Versuch bezeichnet, den Verlauf der Sitzung zu kontrollieren.

Nur wenn diese Regeln befolgt werden, wird jedes Mitglied seine Probleme, Wünsche und Meinungen verbalisieren. Nur dann können die Klienten offen miteinander kommunizie-

ren und Verständnis füreinander aufbringen. Natürlich müssen sich auch die Therapeuten an diese Regeln halten. Sie sollten klare und kongruente Botschaften senden, Feedback geben und um Rückmeldung bitten – ihr kommunikatives Verhalten sollte also vorbildlich sein. (Das ist zudem eine Voraussetzung für den Aufbau der therapeutischen Beziehung.) Zusätzlich müssen Familientherapeuten respektvoll und höflich, verständnisvoll und empathisch, hoffnungsvoll und optimistisch sein. Sie sollten mit gefühlsgeladenen Themen vorsichtig umgehen, jedem Familienmitglied ein Gefühl der Sicherheit geben, es bestätigen, ermutigen und beschützen.

Viele Therapeuten greifen also schon im Erstinterview therapeutisch ein. Beispielsweise helfen sie den Ehepartnern, einander und ihre Kinder besser zu verstehen. Oft stärken sie auch die Autorität der Eltern, kontrollieren das Verhalten der Kinder und verhindern, daß der IP das Gespräch stört. Bei Krisen müssen die Therapeuten sofort intervenieren (die Familien sind dann auch besonders leicht zu verändern) und versuchen, diese zu bewältigen und eine Hospitalisierung bzw. Institutionalisierung des Symptomträgers (mit den bereits beschriebenen negativen Folgen) zu verhindern. Auch sammeln und ordnen Familientherapeuten bereits eine Vielzahl diagnostisch relevanter Informationen – z. B. über demographische Charakteristika, Probleme, Wünsche und Erwartungen ihrer Klienten. Sie registrieren, wie diese gekleidet sind, welches Individuum zuerst spricht, welche Stimmung vorherrscht, wie die Familienmitglieder miteinander umgehen, wie sie sich nonverbal verhalten, welche Beziehung zwischen Eltern und Kindern besteht und wie das Gespräch verläuft – und ziehen daraus Rückschlüsse auf Persönlichkeitscharakteristika, Einstellungen, Motivationen, Kommunikationsstörungen, Beziehungsdefinitionen, Regeln usw. Manchmal haben die Therapeuten genügend Zeit, ihre Eindrücke von den Stärken und Schwächen der Familie und ihrer Mitglieder zu überprüfen. Dann können sie z. B. eine gründliche Verhaltensanalyse durchführen, Eltern und Kinder testen, um eine kurze Charakterisierung der Ursprungsfamilien bitten oder die Entwicklungsgeschichte eines Kindes erfragen.

Gegen Ende des Erstinterviews sollte geklärt sein, ob eine Familienbehandlung indiziert ist und ob Therapeut und Familie zusammenarbeiten können. Die Familientherapeuten überweisen dann ungeeignete Fälle an andere Institutionen, während sie für die geeigneten einen vorläufigen Behandlungsplan aufstellen. Sie informieren die Klienten über ihre Vorgehensweise, den möglichen Therapieverlauf und ergänzende Maßnahmen, wobei sie ihre Rolle und Verantwortlichkeiten klar und eindeutig definieren. Auch vermitteln die Therapeuten den Eindruck, daß sie das Therapieschehen unter Kontrolle haben und ein positives Behandlungsergebnis erwarten. Oft müssen sie jetzt Vorurteile gegenüber der Familientherapie bekämpfen, Mißverständnisse klären und unrealistische Erwartungen abbauen. Schließlich informieren sie die Familien über die Anforderungen und Bedingungen (Dauer, Kosten³³, Häufigkeit der Sitzungen usw.) einer Familienbehandlung – die Klienten sollten also wissen, was sie von den Therapeuten erwarten können und wie sie sich in den kommenden Sitzungen zu verhalten haben.

Oft sind zusätzliche Maßnahmen notwendig, um den *Widerstand* der Klienten gegenüber einer Familienbehandlung zu brechen. So verweisen viele Therapeuten auf die Gefährlichkeit der Symptome des IP, die daraus resultierenden Belastungen, das Versagen anderer Problemlösungsversuche (Therapien) und die Konflikte der übrigen Familienmitglieder. Sie erklären, weshalb die Anwesenheit aller Mitglieder notwendig ist oder setzen ihre Au-

³³ Viele amerikanische Familientherapeuten setzen die Höhe ihres Honorars entsprechend dem Einkommen der Klienten fest.

torität ein, um die ganze Familie zum regelmäßigen Besuch der Sitzungen zu verpflichten. Auch sprechen sie die Liebe der Familienmitglieder zum IP an und versichern ihnen, daß sie sie nicht anklagen oder überfordern werden. Sie laden fehlende Einzelpersonen telefonisch ein oder suchen sie daheim bzw. am Arbeitsplatz auf, falls sie an den Sitzungen nicht teilnehmen wollen. Viele Probleme werden von berufstätigen Familienmitgliedern verursacht. Sie möchten sich nicht für die Sitzungen beurlauben lassen, weil sie nicht auf den Verdienst verzichten und nicht mit dem Arbeitgeber bzw. den Kollegen über die therapeutische Behandlung sprechen wollen. In diesen Fällen wird den berufstätigen Familienmitgliedern erklärt, warum ihre Anwesenheit und Mitarbeit unerlässlich sind. Auch werden sie aufgefordert, ihre Prioritäten und Verpflichtungen zu überdenken, also den Beruf mit der Familie, materielle Bestrebungen mit emotionalen Bindungen und die entstehenden Kosten mit dem möglichen Gewinn abzuwägen. Zudem beeinflussen die Therapeuten sie besonders intensiv, verstärken also z.B. ihre Bemerkungen, fragen sie häufig nach ihren Beobachtungen oder geben ihnen bestimmte Aufträge. Falls Familienmitglieder sich beharrlich weigern, an den Sitzungen teilzunehmen, lehnen manche Therapeuten eine Behandlung ab. Andere nennen den Klienten Anschriften von Individualtherapeuten und übertragen den eine Familienbehandlung boykottierenden Mitgliedern die Verantwortung für die Wahl der Therapieform. Jedoch sollten die Therapeuten auch bereit sein, notfalls die Behandlung am späten Nachmittag oder am Abend durchzuführen. In vielen Fällen müssen sie zudem einzelne Mitglieder des Netzwerkes zu den Sitzungen einladen, die in die Familienprobleme verwickelt sind. Während Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und Lehrer meist leicht in die Behandlung einbezogen werden können, müssen in der Regel große Widerstände und Ängste seitens der Eltern überwunden werden, falls die Großeltern eingeladen werden sollen (die oft sofort zu einer Mitarbeit bereit sind). Framo (1976b) schreibt, daß er und seine Mitarbeiter³⁴ nur bei etwa 60% aller Fälle eine Teilnahme der Großeltern durchsetzen können.

Das Erstinterview endet mit dem offenen oder indirekten Abschluß eines vorläufigen *Therapiekontrakts*. Bevor die Therapeuten den Familienmitgliedern für ihr Kommen danken und sie verabschieden, mögen sie noch einen Termin für einen Hausbesuch vereinbaren oder bestimmte Anweisungen geben. So überreichen sie ihnen oft Bücher oder Broschüren und bitten sie, diese bis zur nächsten Sitzung durchzuarbeiten. (Manchmal kündigen sie sogar an, daß sie Fragen zu den Texten stellen und die Behandlung erst dann beginnen werden, wenn die Klienten sich deren Inhalt angeeignet haben.) Einige fordern auch die Familienmitglieder auf, sich nur noch in ihrer Anwesenheit zu streiten und alle Veränderungsbestrebungen auf die Sitzungen zu konzentrieren.³⁵

³⁴ Diese Familientherapeuten fordern nahezu alle Klienten auf, die Großeltern zu den (einigen) Sitzungen mitzubringen.

³⁵ Hinweise zum Erstinterview finden sich bei MacGregor et al. (1964), Ackerman (1966, 1970b), Bell (1967, 1975), Satir (1967, 1975b), Langsley u. Kaplan (1968), Sager et al. (1968), Sorrells u. Ford (1969), Friedman u. Mitchell (1970), Speck (1970a), Friedman (1971b), Haley (1971b, 1977, 1980), Jackson u. Weakland (1971), Jungreis (1971a), Pittman III et al. (1971), Schaffer et al. (1971), Bowen (1972), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Franklin u. Prosky (1973), Ingram (1974), Zuk (1974, 1975), Framo (1975a, 1976b), L'Abate (1975), Patterson et al. (1975), Christophersen et al. (1976), Mealiea Jr (1976), Anderson (1977), Everstine et al. (1977), Spark (1977), Bandler et al. (1978), Hodas u. Liebman (1978), Minuchin (1978), Minuchin et al. (1978), Rosenberg (1978), Napier u. Whitaker (1979), Stanton u. Todd (1979), Weakland et al. (1980), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983a).

Häufig gelingt es Familientherapeuten nicht, den *Brennpunkt* schon im Erstinterview vom IP auf die Familie zu verlagern,³⁶ und so müssen sie ihre Bemühungen in den nächsten Sitzungen fortsetzen. Wenn der Symptomträger seine Rolle und den damit verbundenen Einfluß nicht aufgeben will, so muß den anderen Familienmitgliedern seine Funktion und Macht bewußt gemacht werden. Auch helfen die Therapeuten ihnen, das Verhalten des IP zu kontrollieren, und verändern auf diese Weise die familialen Machtverhältnisse. Vielfach lenken sie vom Symptomträger ab, indem sie sich bei den anderen Familienmitgliedern erkundigen, welche Folgen sein Verhalten für sie hat und wie das Familienleben wohl ohne ihn verlaufen würde.³⁷ Oft gibt der IP auch freiwillig seine Rolle auf, wenn er erste Therapieerfolge sieht bzw. merkt, daß ein offenes Austragen von Konflikten die Familie nicht zerstört und er immer mehr als autonomes Individuum anerkannt wird. Deshalb betonen viele Therapeuten auch seine positiven Seiten und schreiben den pathologischen Eigenschaften nur geringe Bedeutung zu. Bei einer stabilen Homöostase und bei großem Widerstand gegen Veränderungen besteht die Familie jedoch oft darauf, daß der IP für alle Probleme verantwortlich zu machen sei. In diesem Fall raten Pittman III et al. (1971): „It may be helpful to focus immediately on the least involved member present, the one with least to gain by accepting such a definition, and teasing out his doubts about this way of seeing it“ (S. 264). Auch erkundigen sich viele Therapeuten nach dem ersten Auftreten der Probleme sowie nach vorausgegangenen Familienkrisen und bezeichnen dann die Symptome als Reaktion auf interpersonalen Streß. Wenn die Familienmitglieder nur über den IP sprechen wollen, schließen einige Therapeuten diesen von den nächsten Sitzungen aus oder lassen die Klienten das Thema zu Tode diskutieren.

Zahlreiche amerikanische Familientherapeuten leiten vom IP auf andere Probleme über, indem sie analoge Kommunikationen ermutigen. So beziehen sich Klagen über den Symptomträger oft implizit auf ein anderes Familienmitglied (Ehepartner) – Botschaften, die von den Therapeuten aufgegriffen und direkt oder indirekt bestätigt werden. Zudem machen sie individuelle Probleme sowie pathologische Interaktionsmuster, Beziehungsdefinitionen, Rollenzuschreibungen und Systemprozesse bewußt. Sie zeigen auf, daß interpersonale Konflikte die ganze Familie belasten und jedes Mitglied für die gemeinsamen Probleme mitverantwortlich ist. Auch verdeutlichen sie, daß ein Elternteil das Verhalten eines Kindes häufig erst dann modifizieren kann, wenn er zuvor seine Ehebeziehung verändert. Wenn es sich beim IP um ein Kind oder einen Jugendlichen handelt, können seine Eltern auch folgendermaßen in die Behandlung einbezogen werden: „The therapist should emphasize that the best therapists for the young person are his parents. In this way the problem is defined as a family one rather than one for the experts to solve. The parents know the young person best and if they pull together they can get him back to normal“ (Haley 1980, S. 117).³⁸ Die Klienten können auch zu einer Familienbehandlung motiviert werden, indem die Therapeuten auf die wechselseitige Beeinflussung der Familienmitglie-

³⁶ Da Klienten in der Regel eine Familienkrise als ein gemeinsames Problem definieren, müssen Therapeuten bei Kriseninterventionen nur selten den Brennpunkt vom IP auf die Familie verlagern.

³⁷ Napier u. Whitaker (1979), die zu zweit arbeiten, versuchen auch vom IP abzulenken, indem einer von ihnen von Zeit zu Zeit die Rolle des Sündenbocks übernimmt.

³⁸ Verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapeuten lassen häufig nur die Eltern zu den Sitzungen kommen und behandeln die Kinder indirekt via Modifikation des elterlichen Erziehungsverhaltens.

der hinweisen, die Wirkung der Verhaltensänderung eines Individuums auf das Familiensystem aufzeigen und die Beziehung zwischen subjektiven Erfahrungen und familialen Strukturen bzw. Prozessen verdeutlichen. Sie behandeln die ganze Familie als Patienten³⁹ und stehen immer auf der Seite von allen Mitgliedern. Sie betrachten sie also als gleichberechtigt, geben ihnen das gleiche Gewicht und ergreifen nicht die Partei eines einzelnen Klienten. Einige wenige Therapeuten (z. B. Haley, Anderson) konzentrieren sich wohl auch immer auf die ganze Familie, belassen aber den Brennpunkt auf dem Symptomträger. Sie vertreten die Meinung, daß die Mitglieder eher zu Veränderungen an sich selbst und dem Familiensystem bereit seien, wenn sie nicht für alle Probleme verantwortlich gemacht, angeklagt und als krank bezeichnet werden.⁴⁰ Ansonsten würden Widerstände und Abwehrmechanismen aktiviert, Schuldgefühle, Depressionen und andere negative Emotionen erzeugt und die Ehepartner zu der Annahme verleitet, daß die Therapeuten sie als Versager betrachten und auf seiten des IP stehen. Oft machten dann die Eltern den Symptomträger für die unerfreuliche Situation und die Anschuldigungen verantwortlich (und bestrafte ihn evtl. zu Hause) oder versuchten, den Therapeuten zu zeigen, daß diese die Stärke der Symptome des IP nicht richtig beurteilt haben (Machtkampf um die „richtige“ Diagnose). Diese Therapeuten kritisieren auch, daß die Bezeichnung der Familie als „Patient“ zur Entfremdung von Mitarbeitern (Ärzten, Krankenschwestern u. a.) und Vertretern anderer Institutionen (Gerichte, Versicherungen usw.) führe. So halten sie es für sinnvoll, den Schwerpunkt auf den ihnen dargestellten Problemen zu belassen und sich auf Stärken und Ressourcen der Familie zu konzentrieren.⁴¹

In der Anfangsphase einer Familienbehandlung treffen Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen, Motiven, (religiösen) Werten, Menschenbildern, Rollen und Erwartungen aufeinander, die andersartige Erfahrungen in Familie und Netzwerk gesammelt haben und oft aus verschiedenen Schichten stammen. Die Therapeuten und die Familienmitglieder müssen einander erst kennenlernen und eine *therapeutische Beziehung* aufbauen. Je mehr sie sich hinsichtlich der genannten Charakteristika ähneln, umso leichter und umso schneller läßt sich in der Regel diese wechselseitige Anpassung erreichen. Nur wenn sich Therapeuten und Familienmitglieder auf der Ich-Du-Ebene begegnen, werden letztere

³⁹ Bowen schreibt: „Die Familienpsychotherapie ist auf die Ichmasse der Familie ausgerichtet, ohne besondere Berücksichtigung der einzelnen, zum gegebenen Zeitpunkt in sie einbezogenen Individuen. Der Psychotherapeut verhält sich der Ichmasse der Familie gegenüber genauso, wie er sich gegenüber einem individuellen Ich in der Einzelpsychotherapie verhalten würde“ (1975, S. 250). Oft arbeitet er nur mit dem „gesündesten“ Individuum: „The family psychotherapist who relates to the family ego mass *through* a single family member employs a psychotherapeutic principle similar to the individual therapist who relates himself to the most intact portion of a person's ego, ...“ (1978, S. 108).

⁴⁰ Auch wissen die Familienmitglieder in der Regel, daß sie alle hilfsbedürftig sind, wollen aber diese Tatsache nicht offen diskutieren. So schreibt Haley (1980): „The parents will offer the young person as the problem rather than the family. The therapist should accept that while knowing that the parents are also aware that the family is a problem“ (S. 114).

⁴¹ Zu den beiden letzten Abschnitten s. Speck (1964, 1970a), Satir (1967), Jackson (1968), Langsley u. Kaplan (1968), Ackerman (1970b), Friedman (1970d, 1971b), Laqueur (1970), Bell (1971, 1975), Jungreis (1971b), Pittman III et al. (1971), Sonne (1971), Bloch u. LaPerriere (1973), Haley (1973a, 1977, 1980), Laqueur (1973, 1976), Malouf u. Alexander (1974), Rosenberg (1974), Zuk (1974, 1975), Bowen (1975, 1978), Johnson (1975), Kempler (1975), Patterson et al. (1975), Whitaker (1975a), Feldman (1976b), Mealiea Jr (1976), Anderson (1977), Gurman u. Kniskern (1978c), Napier u. Whitaker (1979).

bereit sein, offen über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen, Interpretationen anzunehmen und Anweisungen zu befolgen. Ackerman (1961a) schreibt: „It is very important at the outset to establish a meaningful emotional contact with all members of the family, to create a climate in which one really touches them and they feel they touch back“ (S. 242). Diese intensive und intime Beziehung ist in der Regel Voraussetzung für einen Therapieerfolg. Haley (1973b, 1976, 1977, 1978b; Jackson u. Haley 1963) bezeichnet sie als „paradox“, da sie innerhalb eines Rahmens der Freiwilligkeit auf Zwang beruht. Die Therapeuten leiten die Sitzungen, setzen die Spielregeln fest und intervenieren offen oder verdeckt in die Familie, übertragen aber zugleich den Klienten die Verantwortung für den Gesundheitsprozeß. Zudem leugnen sie vielfach ihre Macht und ihre Kontrollmaßnahmen, bezeichnen sich als neutral, passiv oder nondirektiv. Haley hält es auch für paradox, daß manche Therapeuten als Experten auftreten, aber z.B. keine Ratschläge geben. Ferner sprechen Familientherapeuten einerseits den einzelnen von der Schuld für Konflikte, psychische Probleme und Verhaltensstörungen frei, indem sie auf pathologische Familienstrukturen und -prozesse verweisen. Andererseits werfen sie ihm aber vor, daß er diese und sich selbst nicht geändert habe. Anstatt auf seine Stärken einzugehen, lassen sie ihn über seine negativen und krankhaften Eigenschaften sprechen. Auch wirken sie oft nicht direkt auf seine Symptome ein. Sie ermutigen Übertragungsprozesse und bewerten sie positiv, bezeichnen sie aber zugleich als irrational und unangepaßt. Haley hält die therapeutische Beziehung auch deshalb für paradox, weil in der Regel nur die Klienten, nicht aber die Therapeuten über Intimes sprechen. Zudem lassen letztere unklar, ob sie den Familien aus humanitären Gründen bzw. aus Freundschaft helfen oder weil sie dafür bezahlt werden.

Die therapeutische Beziehung äußert sich im Gespräch – in einer Form des Gesprächs, in der subtiles Verstehen und größte Gemeinsamkeit erreicht werden. So zeigen die Therapeuten Respekt und Verständnis für die Gedanken, Gefühle und Motive ihrer Klienten, gehen auf ihre Erfahrungen, Erlebnisse und Stimmungen ein, teilen ihren Ärger und ihr Leid. Beispielsweise schreiben Duhl et al. (1973): „The family therapist must develop a basic empathy with the family. We hope his/her transference feelings will include an identification, a feeling of pain and a sense of the family's desperate efforts to self-heal“ (S. 210.). Die Therapeuten sollten Anteil am Leben eines jeden Familienmitgliedes nehmen und es als ein einzigartiges Individuum behandeln. Dabei haben sie seine idiosynkratischen Persönlichkeitscharakteristika, Motive und Verhaltensmuster, seinen Lernstil, seine Weltsicht und seinen verbalen Kode zu berücksichtigen. Jedes Mitglied muß den Eindruck gewinnen, von den Therapeuten verstanden zu werden und diese erreichen zu können. So ist es sehr problematisch, wenn diese sich nicht in ein Individuum einfühlen können, wenn z. B. männliche Therapeuten die Aktivitäten von Hausfrauen nicht ernst nehmen und Frauenprobleme wie Menstruation oder Menopause ausklammern. Eine kritische Situation entsteht auch, wenn sie sich mit einem Familienmitglied identifizieren bzw. verbünden. Dann fühlen sich die anderen oft unverstanden, abgelehnt (insbesondere wenn sie zum Sündenbock gemacht werden) oder ungerecht behandelt, werden eifersüchtig oder sabotieren die Behandlung. So sind die meisten Therapeuten bestrebt, alle Familienmitglieder gleichermaßen zu berücksichtigen und auf alle einzugehen. Dabei zeigen sie ihre Empathie und Anteilnahme auch nonverbal. So erinnert Framo (1975a) an folgende Tatsache: „Vieles von dem, was zwischen Patienten und Therapeuten vor sich geht, wird durch Tonfall, Gesten, sensorische Eindrücke, Gefühle und eine Menge anderes, fast Unmittelbares ausgedrückt. Nur ein kleiner Teil des therapeutischen Umgangs findet mit Worten statt“ (S. 169).

Jedoch sind die Therapeuten auch bestrebt, intensive Begegnungen und verständnisvolle Gespräche zwischen den anwesenden Klienten zu fördern. Dazu müssen sie oft zuerst die Versuche der Familienmitglieder unterbinden, sich gegenseitig zu therapieren. So schreiben Whitaker u. Keith (1981):

One of our standard early techniques is to precipitate in the family a taboo against the bilateral pseudo-therapy which develops in every marriage. We give the parents full credit for what they have accomplished in straightening each other out. We declare the end of that therapy, its failure, and demand they turn that therapeutic function over to us (S. 210).

Dann müssen die Therapeuten eine Situation schaffen, in der die Klienten sich selbst und ihre Beziehungen ruhig, ungestört und relativ objektiv analysieren können. Einerseits bauen sie Ängste ab, stimulieren Gespräche, fordern Stellungnahmen heraus und ermutigen Verhandlungen, während sie andererseits Streit unterbinden, Spannungen mit Humor auflösen, bei Konflikten emotionale Unterstützung bieten und bei der Äußerung starker Gefühle die Aufmerksamkeit auf Fakten lenken. So schreibt Ackerman (1970d):

The therapist must steer a path between Scylla and Charybdis. He must move between the extremes of rigid avoidance of the dangers of closeness, and the uncontrolled explosion of hostile conflict that tends toward panic and disorganization. Often, members of the family fear a loss of control. Through his own calm presence, the therapist offers the needed assurance against this danger (S. 10).

Die meisten Therapeuten lenken also das Gespräch und passen ihren Stil der Situation an.

Jedoch sind die Klienten nur dann bereit, über private und intime Einzelheiten aus ihrem Leben zu sprechen, wenn eine therapeutische Beziehung etabliert ist. Die meisten Therapeuten gewinnen das Vertrauen der Familienmitglieder, indem sie verständnisvoll, sensibel, rücksichtsvoll und hilfsbereit sind. Sie zeigen Wärme, Zuneigung und Respekt, akzeptieren und achten ihre Klienten, bieten ihnen Sicherheit und interessieren sich für ihre Gedanken und Gefühle, ohne diese zu bewerten. Zudem ergreifen sie nicht Besitz von ihnen, sondern lassen ihnen ihre Entscheidungsfreiheit. Die Therapeuten sind zuversichtlich und optimistisch, geben Hoffnung und zeigen Vertrauen in die Fähigkeiten, Bestrebungen und Problemlösungsversuche der Familienmitglieder. So gehen sie davon aus, daß die Klienten über die zu einer positiven Weiterentwicklung notwendigen Kräfte verfügen, sich für den Fortbestand der Familie einsetzen wollen, zu Veränderungen an sich selbst bereit sind und einander lieben. Beispielsweise beobachtete Searles (1975), „wie hungrig die Familienmitglieder nach mehr wirklicher Familienbezogenheit sind, nach mehr wirklicher interpersoneller Nähe, deren Fehlen sie irgendwo durchaus bemerken; die Kraft dieses Bestrebens, eine echte Familie zu werden, ist ... von gleicher Art wie das Bestreben jedes Neurotikers oder Psychotikers, ein gesunder Mensch zu werden“ (S. 248). Die Familienmitglieder suchen im Grunde nach fremder Hilfe, sind für eine Behandlung aufgeschlossen.⁴² Dies wird insbesondere in Krisensituationen deutlich, in denen die Klienten schnell bereit sind, die Familientherapeuten anzunehmen, ihre Interpretationen zu akzeptieren, ihre Anweisungen zu befolgen, die eigenen Ressourcen zu mobilisieren und sich zu verändern. Trotz dieser günstigen Voraussetzungen müssen Therapeuten aber immer noch Widerstände und

⁴² Unterziehen sich Familien gezwungenermaßen einer Behandlung, so finden wir eine etwas andere Situation vor. Hier müssen die Therapeuten erst noch die Klienten motivieren und größere Widerstände abbauen. Vielfach nutzen sie das Hilfsangebot von Richtern, Bewährungshelfern, Hausärzten, Lehrern u. a., die bereits das Vertrauen der Familienmitglieder besitzen bzw. einen Abbruch der Behandlung verhindern können.

Ängste hinsichtlich einer Familienbehandlung abbauen, um die Klienten werben⁴³ und ihr Vertrauen zu gewinnen versuchen. Sie befragen die Familienmitglieder sachlich und nüchtern, gehen auf ihre Antworten ein und zeigen Interesse für ihre Aussagen. Wenn sie sprechen, benutzen sie die von den Familienmitgliedern normalerweise verwendeten Kommunikationskanäle und machen von deren Sprache und Metaphern Gebrauch. Zudem reden sie so, daß sie auch von den jüngsten Klienten verstanden werden. Die Therapeuten kümmern sich vielfach intensiv um die Kinder, die oft gezwungenermaßen kommen, verwirrt sind und von den Eltern eingeschüchtert oder falsch über die Behandlung informiert wurden. Sie nehmen ihnen ihre Ängste, definieren die eigene Rolle und bekämpfen die Vorstellung, daß sie omnipotent und allwissend, Ankläger, Richter, Magier oder Wunderheiler seien. Auch spielen und kämpfen viele Therapeuten mit den Kindern, necken sie oder nehmen sie in den Arm, wobei sie die Eltern symbolisch in die Umarmung einschließen. Auf diese Weise gewinnen sie nicht nur die Zuneigung der Kinder, sondern auch das Vertrauen der Erwachsenen.⁴⁴

Jedoch spielen beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung nicht nur die interpersonellen Fertigkeiten der Therapeuten eine große Rolle, sondern auch deren Persönlichkeit. Viele Familientherapeuten schreiben, daß sie in ihrer Ganzheit an den Sitzungen teilnehmen und ihre Gedanken und Gefühle, ja manchmal sogar ihre Frustrationen, Ängste und Aggressionen offen zeigen. Zudem teilen sie Phantasien, Assoziationen, Werte, Erfahrungen und Einzelheiten aus ihrem Leben mit und bringen persönliche Reaktionen nach eigenem Ermessen in die Sitzungen ein. Diese Therapeuten sind ehrlich, aufrichtig und spontan, authentisch, humorvoll und menschlich. Sie akzeptieren sich selbst, wollen aber auch während der Behandlung mehr über sich selbst lernen und sich weiterentwickeln – sind also in ihrem Handeln, Streben und Kommunizieren vorbildlich und fordern ihre Klienten indirekt zur Nachahmung auf. Zugleich nutzt jeder Familientherapeut seine persönlichen Reaktionen zu therapeutischen Zwecken. „He must be attuned to his own emotional responses to the family's interaction and be able to use these responses as clues to diagnostic questions and the interventions which are needed“ (Sorrells u. Ford 1969, S. 159). Er kann z. B. die in ihm durch das Verhalten eines Klienten hervorgerufenen Gefühle äußern und letzterem auf diese Weise zeigen, welche Reaktionen er in anderen Personen erzeugt. Alle Therapeuten müssen aber fortwährend die Wirkung ihres Verhaltens, ihrer Persönlichkeit und ihrer Interventionen auf die Klienten und die therapeutische Beziehung evaluieren. So dürfen sie beispielsweise die Familienmitglieder nicht verletzen, wenn sie persönliche Mei-

⁴³ Schefflen (1965) beschreibt die Techniken des „quasi-courting“ und „de-courting“, mit deren Hilfe Therapeuten ein optimales Maß an Bezogenheit und Distanziertheit erreichen, die Therapiegruppe zusammenhalten und dem Rückzug eines einzelnen Familienmitgliedes entgegenwirken können. Auch werden mit Hilfe dieser Techniken bessere Arbeitsergebnisse erzielt.

⁴⁴ Zu den vorausgegangenen Abschnitten über die therapeutische Beziehung s. Ackerman (1958, 1960, 1961a, 1970d, 1972), Boszormenyi-Nagy u. Framo (1962), MacGregor et al. (1964), Speck (1964), Schefflen (1965), Whitaker et al. (1965), Curry (1966), Satir (1967), Zuk (1968, 1975, 1979b), Warkentin (1969), Laqueur (1970), Liberman (1970), Spivack (1970), Pittman III et al. (1971), Ritchie (1971), Sonne (1971), Spark (1971, 1977), Bowen (1972, 1978), Wynne (1972b, 1975), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Duhl et al. (1973), Friedrichs (1973), Haley (1973b, 1977, 1978b, 1980), Pittman III (1973), Glick u. Kessler (1974), Framo (1975a, c), Johnson (1975), Kempler (1975), Searles (1975), Whitaker (1975a, 1977a), Feldman (1976b), Bandler et al. (1978), Ellis (1978), Hare-Mustin (1978), Levant (1978), Minuchin (1978), Minuchin et al. (1978), Sander (1978), Napier u. Whitaker (1979), Weakland et al. (1980), Barton u. Alexander (1981), Duhl u. Duhl (1981), Whitaker u. Keith (1981).

nungen und emotionale Reaktionen äußern. Auch sollten sie die eigenen Familienerfahrungen, Werte und Einstellungen nicht idealisieren und den Klienten aufoktroieren.⁴⁵

Durch diese Anschlußmanöver und das Einbringen ihrer eigenen Persönlichkeit werden die Therapeuten zu einem Teil der Familie, zu einem neuen Subsystem. Es bildet sich ein *therapeutisches System* mit spezifischen Interaktionsmustern, Beziehungsdefinitionen, Regeln, Rollen und Funktionen, mit Grenzen und einer bestimmten Struktur heraus.⁴⁶ Die einzelnen Subsysteme beeinflussen und modifizieren einander, wobei die Familientherapeuten versuchen, diese Veränderungsprozesse in bestimmte Bahnen (entsprechend der Therapieziele und der eigenen Wünsche) zu lenken. Die Therapeuten nehmen in diesem System eine höhere Position als die meisten Familienmitglieder ein und werden in der Regel der älteren Generation (die der Eltern bzw. Großeltern) zugeordnet.⁴⁷ Sie pendeln fortwährend zwischen Engagement, Bindung und intimer Nähe auf der einen und der losgelösten Position des Experten, teilnehmenden Beobachters und autonomen Individuums auf der anderen Seite. So schreibt Ackerman (1972) über den Therapeuten: „He moves directly into the stream of family conflict to energize and influence the interactional processes; he withdraws to objectify his experience, to survey and assess significant events, and then moves back in again“ (S. 174, 175). Dabei zeigt er der Familie auf vorbildliche Art und Weise, wie man zwischen Phasen der Vereinigung und der Selbstdifferenzierung wechselt und jedes Stadium sinnvoll (für sich selbst und für andere) nutzt.⁴⁸

Die Stellung des Familientherapeuten im therapeutischen System wird häufig mit „einer gegen viele“ beschrieben. So führt die Verlagerung des Brennpunkts vom IP auf mehrere Systeme und Subsysteme zu einer Abnahme der Macht und des Einflusses der Familientherapeuten im Vergleich zu Individualtherapeuten. Erstere müssen auf Menschen einwirken, die sich vielfach nicht als „krank“ oder „gestört“ erleben (sofern es sich nicht um den IP handelt) und nicht an sich selbst arbeiten wollen. Zudem haben die Familienmitglieder im Verlauf ihres Lebens gelernt, Veränderungsversuche anderer Menschen abzuwehren. Sie wollen sich den Therapeuten nicht unterwerfen und verwickeln sie oft in Machtkämpfe, wobei sie die Behandlung sabotieren bzw. ihr passiven Widerstand entgegensetzen oder sich auf eine offene Schlacht einlassen. So ignorieren sie beispielsweise Ratschläge, lassen diese ein schlechtes Resultat zeitigen oder spielen die Therapeuten gegen andere Personen (Vorgesetzte, Ärzte, Richter, Bewährungshelfer u.a.) aus. Hinzu kommen Systemwider-

⁴⁵ Vgl. Ackerman (1958, 1966, 1970c), Whitaker et al. (1965), Kempler (1968, 1975), Sorrells u. Ford (1969), Whitaker (1973, 1975b, 1976b), Glick u. Kessler (1974), Bandler et al. (1978), Ellis (1978), Hare-Mustin (1978), Keith u. Whitaker (1978), Levant (1978), Napier u. Whitaker (1979), Barton u. Alexander (1981), Whitaker u. Keith (1981).

⁴⁶ So gelten hier auch die meisten der in Kap. 2 unserer Arbeit gemachten Aussagen, die sich auf das Familiensystem bezogen. Zudem lassen sich viele Konzepte und Hypothesen bezüglich pathologischer Familienstrukturen und -prozesse auf therapeutische Systeme anwenden – z.B. kommt es zu unerwünschten Bündnissen und Spaltungen, wenn sich ein Therapeut mit einem einzelnen Klienten übermäßig identifiziert. Es ist offensichtlich, daß therapeutische Systeme neben den Familienmitgliedern und Therapeuten noch andere Subsysteme (Großeltern, Lehrer, Krankenschwestern, Arbeitskollegen u.a.) enthalten können.

⁴⁷ Hier spielen natürlich Übertragungsprozesse und Regressionen eine große Rolle. In vielen Fällen kommt es auch zu symbolischen Generationskonflikten zwischen Therapeuten und Klienten.

⁴⁸ Siehe hierzu Minuchin et al. (1964, 1967), Schefflen (1965), Whitaker et al. (1965), Curry (1966), Ackerman (1970b, 1972), Friedman (1970a), Laqueur (1970, 1976), Aponte (1974a, 1976b), Minuchin (1974, 1978), Bell (1975), Whitaker (1975b), Wynne (1975), Feldman (1976b), Strelnick (1977), Keith u. Whitaker (1978), Whitaker u. Keith (1981), vgl. 2.1 und 3.2.

stände, die z.B. aus starren Interaktionsmustern, festgeschriebenen Beziehungsdefinitionen, Rollenzuschreibungen, Mythen, rigiden Grenzen und einer stabilen Homöostase herühren und Veränderungsbestrebungen entgegenstehen.⁴⁹ Zudem versuchen Familien, sich die Therapeuten einzuverleiben, sie durch Triangulierung in emotionale Prozesse zu verwickeln und sie ihren Regeln zu unterwerfen. In diesem Zusammenhang schreibt Ackerman (1970b): „The challenge to the family is, do they immerse the therapist so as to keep things the same, or do they make a change? The challenge to the therapist is to avoid the trap of being bound and immobilized in the old way of life, and to use his entry to realign family relationships toward the desired change and growth“ (S. 5). So kämpfen Familientherapeuten einerseits dagegen an, in den Sog des Familiensystems zu geraten, mit ihm zu verschmelzen und ohnmächtig zu werden; andererseits versuchen sie, eine Kontrollposition (Metaregler) und genügend *Macht* zu gewinnen, um Widerstände überwinden und Veränderungsprozesse einleiten zu können. Auch müssen sie sich als eigenständige Individuen mit Handlungs- und Entscheidungsfreiheit etablieren.

Meist erkämpfen sich die Therapeuten eine machtvolle Position durch ein aktives und direktives Verhalten, also indem sie Anweisungen geben, Regeln festlegen und häufig intervenieren. Sie lassen nicht zu, daß die Klienten ihnen eine Rolle zuschreiben oder den Verlauf der Sitzung determinieren, sondern bestimmen ihre Rolle und das Therapieschehen selbst. In der Regel kontrollieren sie die Verteilung von Informationen, leiten das Gespräch und legen fest, wer spricht und wie vorgegangen wird. Dabei haben sie nach Haley (1978b) die Wahl zwischen 3 Formen der Gesprächsführung:

- 1) *Einzeltechnik*: Hier sprechen die Therapeuten immer nur mit einem einzelnen Familienmitglied (für längere Zeit), wobei sie die Anwesenheit der anderen als Kontext berücksichtigen.
- 2) *Therapeut-als-Trichter-Technik*: In diesem Fall dürfen sich alle Klienten am Gespräch beteiligen, müssen aber alle Botschaften an den Therapeuten richten.
- 3) *Forciertes Familiengespräch*: Hier werden die Familienmitglieder angewiesen, miteinander zu sprechen, während die Therapeuten die Rolle des teilnehmenden Beobachters übernehmen, das Gespräch kommentieren, in Gang halten und für das Befolgen der Gesprächsregeln (s. S. 160) sorgen.

Einige Therapeuten beschränken sich aber nicht nur auf die Strukturierung der Sitzungen, sondern versuchen auch, das Familienleben außerhalb des Behandlungsraumes (durch Anweisungen, Hausaufgaben usw.) zu beeinflussen. Immer muß das Wohl jedes einzelnen Familienmitglieds berücksichtigt werden, müssen die Therapeuten das ganze System im Auge behalten und relativ neutral sein. So meint Feldman (1976b): „In dealing with a family, the therapist is faced with the dilemma of trying to balance his or her interventions among the various family members so that the formation of disruptive coalitions between the therapist and one or more family members is avoided“ (S. 18, 19). So dürfen Therapeuten einzelne Familienmitglieder nicht bevorzugen oder als Rivalen betrachten, erniedrigen und als Versager hinstellen. Jedoch müssen sie manchmal Bündnisse mit einem Klienten eingehen, um z. B. einen anderen zu Veränderungen zu zwingen, den Einfluß machtvoller Mitglieder zu nutzen und die Autorität der Eltern gegenüber heranwachsenden Kindern zu stärken. Oft

⁴⁹ Ein Vorteil dieser Widerstände ist, daß sie einen gewissen Schutz gegen falsche Interventionen der Therapeuten bieten.

weisen sie auch einzelnen Familienmitgliedern (einschließlich der Symptomträger) die Rolle eines Hilfstherapeuten zu, um ihnen auf diese Weise mehr Selbstbewußtsein zu geben und sie empathischer, verständnisvoller und hilfsbereiter zu machen. Dabei sollten sie aber immer dem Vorbild von Napier u. Whitaker (1979) folgen. Diese schreiben: „Die Koalitionen, die wir mit einzelnen Familienmitgliedern eingehen, wechseln häufig; bald unterstützen oder bedrängen wir einen von ihnen, bald einen anderen. So umgehen wir die Falle, permanenter Advokat einer Person oder Position zu werden“ (S. 105).

Um Macht zu gewinnen, nutzen viele Familientherapeuten auch den Einfluß der überweisenden Einrichtung, der eigenen oder einer anderen Institution (Schule, Gericht usw.). Wenn sie in einem Krankenhaus arbeiten, versuchen sie, die Verantwortung für das gesamte Behandlungsprogramm zu erhalten und eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegeern, Sozialarbeitern u. a. zu erreichen. Manche Therapeuten sind auch bestrebt, (indirekt) die Erlaubnis der erweiterten Familie für die Veränderung der Zeugungsfamilie zu bekommen, und gewinnen auf diese Weise eine Kontrollposition. Anderen gelingt dies, indem sie Übertragungsprozesse ausnutzen. Bei einer starren Homöostase und chronischen Problemen erlangen viele Therapeuten Macht, indem sie beispielsweise Charakteristika des Familiensystems in Frage stellen, Verhaltensweisen der Klienten kritisieren oder deren Angst, Erregung bzw. Unbehagen (z. B. durch langes Schweigen, das Aufdecken von Mythen und verborgenen Konflikten oder die Einbeziehung von Außenstehenden in die Behandlung) vergrößern. Auf diese Weise erzeugen sie ein Disäquilibrium und Krisen – und in diesem Zustand sind Familien viel leichter zu beeinflussen. Einige Therapeuten verwenden auch paradoxe Interventionen (s. 5.2.2) um eine machtvolle Position zu erlangen. So lehnen sie die Verantwortung für die Leitung der Sitzungen ab, fordern nur indirekt zur Veränderung auf, handeln nicht entsprechend den Erwartungen der Familienmitglieder, ermutigen symptomatisches Verhalten oder benutzen Widerstände zu therapeutischen Zwecken.⁵⁰

In der Anfangsphase einer Familienbehandlung ist auch die *Diagnose* von großer Bedeutung. Dazu gehören:

- 1) Ermittlung und Beschreibung der Charakteristika der Familie, ihrer Mitglieder und der sie beeinflussenden Systeme unter Verwendung angemessener Untersuchungsmethoden. Dabei benutzen Familientherapeuten nur selten Typologien (vgl. 4.2) oder Klassifikationssysteme wie I.C.D. 9 – von letzteren machen sie in der Regel nur Gebrauch, um den Bestimmungen von Institutionen wie Krankenhäusern, Gerichten und Krankenversicherungen zu genügen.
- 2) Erklärung und Interpretation der gewonnenen Daten. Dabei werden Hypothesen über Ursachen (Ätiologie), Bedingungen und Prozesse (Entwicklungsgeschichte) gebildet, die zu dem gegebenen Zustand geführt haben.

Eine Diagnose ist nur sinnvoll, wenn alle relevanten Daten erfaßt, Informationen von möglichst vielen Quellen ermittelt und verschiedene Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

⁵⁰ Zu den letzten 3 Abschnitten s. Ackerman (1961 a, 1970b), MacGregor et al. (1964), Whitaker et al. (1965), Arlen (1966), Safer (1966), Barcai (1967), Satir (1967), Langsley u. Kaplan (1968), Haley (1969 a, 1973 a, 1977, 1978 a, b, 1980), Minuchin (1969 a, 1970), Ferber u. Beels (1970), Jungreis (1970 b, 1971 a), MacGregor (1970 a), Spivack (1970), Bell (1971, 1975), Pittman III et al. (1971), Rabiner et al. (1971), Bowen (1972, 1978), Bloch u. LaPerriere (1973), Glick u. Kessler (1974), Zuk (1974, 1975), Whitaker (1975 a, 1976 a, b), Wynne (1975), Feldman (1976 b), Napier u. Whitaker (1979), Stanton u. Todd (1979), Kilpatrick (1980), Barton u. Alexander (1981), Minuchin u. Fishman (1981), Whitaker u. Keith (1981).

Auch sollte sie zu einer Prognose führen, die Entscheidungen über die angemessene Therapieform (z.B. Individual-, Ehe- oder Gruppentherapie) und über zusätzliche Maßnahmen (medikamentöse Behandlung, Sexualtherapie, Nachhilfeunterricht usw.) erlauben sowie die Aufstellung eines Behandlungsplans, die Entwicklung einer geeigneten Strategie und die Auswahl erfolgversprechender Techniken ermöglichen. So sind Diagnose und Therapie, aber auch Diagnose und Therapieauswertung immer miteinander verknüpft. Zudem können diagnostische Erkenntnisse direkt an die Klienten weitergegeben werden und Veränderungen in ihrem Verhalten hervorrufen – so können sie beispielsweise zu einer Modifikation der vorherrschenden Meinung über den Symptomträger⁵¹ und zum Erkennen der positiven Seiten des Familienlebens führen.

Da Familien beim Erstinterview gewöhnlich aufgeregt, ängstlich, formell oder verschlossen sind, müssen die zu diesem Zeitpunkt gewonnenen diagnostischen Erkenntnisse mit Vorsicht betrachtet werden.⁵² So werden meist mehrere Sitzungen für die Diagnose benötigt⁵³ (wobei die Klienten möglichst in verschiedenen Situationen beobachtet werden sollten, da sich ja ihr Verhalten mit dem jeweiligen Kontext ändert) – jedoch sind Therapeuten nicht nur zu Therapiebeginn diagnostisch tätig, sondern auch im weiteren Verlauf der Behandlung. Allerdings spielt dann die Diagnose nur noch eine Nebenrolle. Zudem ändert sie sich fortwährend, da immer wieder neue Beobachtungen gemacht und weitere Hypothesen entwickelt werden. Bei der Diagnose sollten die unterschiedlichen Perspektiven von Familienmitgliedern und Therapeuten berücksichtigt werden. So schreiben Cromwell et al. (1976): „Therapists ... often report that what they see as ‚outsiders‘ of the system is different from what the family members perceive and report as ‚insiders‘ of that system“ (S. 3). Generell können wir 4 Arten von diagnostischen Informationen unterscheiden:

- 1) Die Therapeuten gewinnen *subjektive Daten* durch ihre eigenen Beobachtungen. Dabei müssen sie die Anpassungsvorgänge und Umstrukturierungen in den Familien berücksichtigen, die bei der Bildung des therapeutischen Systems entstehen und besonders groß sind, wenn die Therapeuten eine zentrale Position einnehmen. Sie können auch wichtige diagnostische Informationen gewinnen, wenn sie einerseits die Reaktionen der Familie auf ihre Persönlichkeit und ihre Interventionen beobachten und andererseits die eigenen Empfindungen, emotionalen Reaktionen und Übertragungen auswerten. Zudem erfahren sie viele Eigenschaften des Familiensystems an sich selbst, wenn sie

⁵¹ Deshalb ist es sinnvoll, bei der Diagnose zunächst den Schwerpunkt auf interpersonale und Systemprozesse zu legen und erst später intrapsychische Vorgänge zu untersuchen.

⁵² Zudem müssen die Therapeuten in einigen Fällen zuerst eine Krisenintervention durchführen, bevor sie sich der Diagnose widmen können.

⁵³ Einige amerikanische Familientherapeuten betrachten die Diagnosestellung als separate Therapiephase, während sie für andere während der gesamten Behandlung relevant ist. Eine dritte Gruppe unterscheidet so viele diagnostische Phasen wie zu behandelnde Schwierigkeiten – ihre Vertreter wirken auf ein Problem nach dem anderen ein, nachdem sie die für die Lösung nur dieses Problems notwendigen Informationen gesammelt haben.

Fisher (1976) unterscheidet in seiner Review 4 diagnostische Vorgehensweisen: 1) „single concept notion“: Hier erfolgt die Diagnose anhand einer einzigen Dimension. 2) „theoretical orientation“: Die Grundlage der Diagnose bildet eine Familientheorie, die jedoch oft zu abstrakte und nicht operationalisierbare Konzepte enthält. 3) „clinical lists“: Hier erfolgt die Diagnose anhand einer in der Praxis entwickelten Liste von Kategorien. Allerdings besteht oft kein Zusammenhang zwischen den Dimensionen und der zugrundeliegenden Familientheorie. 4) „empirical methods“: Die Diagnose erfolgt mit Hilfe von Tests, strukturierten Interviews, Verhaltensanalysen usw.

sich einer Familie anschließen. Sie müssen also immer sich selbst *und* die Therapiesituation in die Diagnose einschließen.

- 2) Familientherapeuten gewinnen *objektive Daten* mit Hilfe von Tests⁵⁴, Interaktionsaufgaben, strukturierten Interviews⁵⁵ und Verhaltensanalysen. Jedoch nutzen sie diese Untersuchungsmethoden nur selten, da sie zeitaufwendig und kostspielig sind sowie oft nur wenig relevante Ergebnisse liefern. So schreiben Cromwell et al. (1976): „The present situation ... is one in which there are numerous measures available for application as diagnostic and evaluation tools but they are rarely employed in this context because they are either not well known to the practitioner or simply lack the appropriate validation necessary to assure even a minimum level of confidence“ (S. 8). Zudem sind viele Tests nicht ausreichend standardisiert oder lassen sich nur schwer auswerten. Oft sind die Ergebnisse nicht objektiv genug oder lassen sich aufgrund fehlender Informationen über die Eigenschaften der Tests nur schwer interpretieren.
- 3) Familientherapeuten erhalten *subjektive Daten* von Familienmitgliedern und anderen Personen, wenn diese über ihre Erlebnisse, Erfahrungen, Beobachtungen, Gedanken, Gefühle usw. berichten. Diese Informationen sind jedoch vielfach unzuverlässig, ungenau und widersprüchlich. Zudem sind sich die Klienten vieler Strukturen und Prozesse nicht bewußt, beachten verschiedene Aspekte und benutzen unterschiedliche Wahrnehmungskanäle.
- 4) Die Therapeuten erhalten von Familienmitgliedern *objektive Daten*, wenn sie diese systematische Beobachtungen anhand von Listen und Skalen anstellen lassen.

Generell sollten Familientherapeuten versuchen, alle 4 Arten von Daten zu ermitteln und zu nutzen. Nur auf diese Weise werden sie ein umfassendes Bild von der Familie, ihren Mitgliedern und ihrer Umwelt erhalten.⁵⁶

Die Diagnose gründet sich in der Regel auf der Familientheorie und den Vorstellungen über „gesunde“ und pathologische Familien. So können wir die zu erfassenden Charakteristika von Systemen und Einzelpersonen wieder anhand der 10 Theorieelemente systematisieren. Auf der Ebene des Individuums werden Alter, Schulbildung, Beruf, gesellschaftliche Position und Erscheinungsbild der Familienmitglieder registriert. Die Therapeuten ermitteln deren Entwicklungsstufe und erfassen den Grad an Reife bzw. Unreife. Auch beurteilen sie Gesundheitszustand und Konstitution, fragen nach Erbfehlern, Behinderungen, Krankheiten und zur Zeit benötigten Medikamenten. (Manchmal halten sie auch Rück-

⁵⁴ Dabei werden die Familienmitglieder entweder separat oder gemeinsam getestet. Die eingesetzten Testverfahren werden u.a. von Patterson et al. (1975), Stachowiak (1975b) und L'Abate (1976) aufgezählt.

Cromwell et al. (1976) nennen und klassifizieren eine Vielzahl von intra- und interpersonellen Tests. Sie unterscheiden „non-projective“ und „projective personality tests“, „perceived interaction“, „inferred interaction“, „problem-solving tasks“, „decision-making tasks“, „conflict-resolution tasks“ und „naturalistic tasks“.

⁵⁵ Ein strukturiertes Erstinterview wird ausführlich von Watzlawick (1966) beschrieben.

⁵⁶ Zu den letzten beiden Abschnitten s. Ackerman (1958, 1960), Pollak (1965), Watzlawick (1966), Minuchin et al. (1967), Ackerman et al. (1970), Haley (1971b, c, 1972b, 1977, 1980), Jungreis (1971b), Franklin u. Prosky (1973), Glick u. Kessler (1974), Semrad u. Grunebaum (1974), Kempler (1975), Patterson et al. (1975), Cromwell et al. (1976), Fisher (1976), Fox (1976), Geddes u. Medway (1977), Rittnerman (1977), Gurman u. Kniskern (1978c), Minuchin (1978, 1979a), Duhl u. Duhl (1981), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983a).

sprache mit den behandelnden Ärzten oder lassen Klienten ärztlich untersuchen.) Dann erfassen die Therapeuten Probleme und Symptome jedes einzelnen Familienmitgliedes und erkundigen sich nach deren Entstehung (Situation, Kontext, Entwicklungsprozeß, Einfluß anderer Menschen usw.). Dabei beachten sie vielfach auch von der Gesellschaft akzeptierte Symptome. So schreiben z.B. Whitaker u. Keith (1981): „We look for and underline the culturally invisible pathologies, such as obesity, heavy smoking, pathological innocence, pathological hope, square (nonsubjective) functioning, and overfunctioning“ (S. 198). Zudem werden Wünsche und Erwartungen der Klienten hinsichtlich der Behandlung sowie Therapiemotivation, Abwehrmechanismen und Widerstände ermittelt. Die Diagnose auf der Ebene des Individuums umfaßt ferner:

- 1) *Persönlichkeit*: Selbstbild, Beziehung zwischen Selbst und Rolle, Grad an Selbstdifferenzierung und Selbstkontrolle, Geschlechtsidentität, intrapsychische Konflikte, Einstellungen, Gewissen, Familienkonzept, Verdienstbuchführung, Introjekte.
- 2) *Kognition*: Wahrnehmung, intellektuelle Fähigkeiten, Problemlösungstechniken, Leistungen.
- 3) *Psychische Kräfte*: Triebe, (unbefriedigte) Bedürfnisse, Motive, Interessen, Stimmung, (Minderwertigkeits-, Schuld-) Gefühle, Ängste, Aggressionen.
- 4) *Verhalten*: Funktion, Ergebnis, (interpersonale) Fertigkeiten, Durchsetzungsfähigkeit, Selbstmanifestation.

Die genannten Charakteristika können mit Hilfe von klinischen Beobachtungen, Eigenberichten, Tests oder standardisierten Interviews ermittelt werden. In vielen Fällen ist auch eine Verhaltensanalyse angebracht. Dabei definieren Therapeuten Probleme und unerwünschte Reaktionen genau und zählen, wie oft sie vor, während und nach der Intervention auftreten. Die ermittelten Zahlen werden dann in einer Tabelle zusammengefaßt oder graphisch dargestellt (und bieten so auch einen Überblick über den Verlauf der Behandlung, dienen der Rückmeldung und ermöglichen eine relativ objektive Therapieauswertung). Ferner werden die Funktion der problematischen Verhaltensweisen sowie vorausgehende und nachfolgende (verstärkende) Reaktionen ermittelt. Schließlich werden noch bei der Verhaltensanalyse die Verstärker (erwünschte Aktivitäten, Objekte usw.) erfaßt. Da die unerwünschten Reaktionen nur am Ort ihres Auftretens gezählt werden können, müssen Therapeuten die Wohnung, den Arbeitsplatz oder andere Aufenthaltsorte ihrer Klienten aufsuchen oder ausgebildete Beobachter hinsenden. Sie können aber auch die Familienmitglieder lehren, problematische Reaktionen zu definieren, zu erkennen und zu zählen, wobei dies zunächst in den Sitzungen geübt wird. Oft geben sie ihnen auch Zählgeräte oder rufen sie täglich an, um sie anzuleiten und zu kontrollieren.⁵⁷

Auf der Ebene der Familie ermitteln die Therapeuten die von der jeweiligen Familie bisher nicht oder nur teilweise erfüllten phasenspezifischen Aufgaben (Familienzyklus) und

⁵⁷ Zu den letzten beiden Abschnitten s. Ackerman (1958, 1960, 1965, 1966), Charny (1966), Satir (1967), Ackerman et al. (1970), Friedman u. Mitchell (1970), Liberman (1970), Sonne (1972), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Franklin u. Prosky (1973), Fieldsteel (1974), Glick u. Kessler (1974), Patterson (1974), Rosenberg (1974), Semrad u. Grunebaum (1974), Framo (1975a), Kempler (1975), Krieger u. Bascue (1975), Patterson et al. (1975), Williams (1975), Wynne (1975), Fisher (1976), Fox (1976), Moos u. Moos (1976), Bandler et al. (1978), Gurman u. Kniskern (1978c), Rubinstein u. Timmins (1978, 1979), Barton u. Alexander (1981), Duhl u. Duhl (1981), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983a), Falloon u. Liberman (1984).

die in der nahen Zukunft zu bewältigenden Anforderungen. Sie untersuchen die vorherrschenden interpersonalen Konflikte und fragen nach mißglückten Lösungsversuchen sowie nach erfolglosen Eingriffen von Außenstehenden (Individualtherapeuten, Ärzte, Lehrer, Rechtsanwälte u. a.). Zudem erforschen sie die Beziehung zwischen intrapsychischen und zwischenmenschlichen Konflikten, zwischen Psycho- und Familienpathologie. Sie stellen auch fest, ob mit einem Zerfall der Familie (Scheidung, Trennung, Institutionalisierung eines Elternteils usw.) zu rechnen ist. Ferner werden folgende Charakteristika der Familien erfaßt:

- 1) *Kommunikation*: Gesprächsthemen, Kommunikationskanäle, Gefühlsausdruck, Qualität der Kommunikation (Offenheit, Klarheit, Direktheit, Kongruenz, Feedback), Interaktionsmuster, Beziehungen (Definition, Qualität, Wahrnehmung), gegenseitige Anpassung, Abstand der Mitglieder voneinander (Isolation, Symbiose), Sexualität⁵⁸ (Befriedigung, Dysfunktionen, außerehelicher Geschlechtsverkehr), Intimität (Körperkontakt), Projektionen, Übertragung, Rolle des Symptoms, Regeln (Art, Angemessenheit, Klarheit, Konsistenz, Überwachung, Folgen bei Verstoß), Machtkämpfe, Hierarchie, Verträge, Mythen, Geheimnisse, Familienwerte, Familienidentität, emotionales Klima.
- 2) *Rollen*: Rollendifferenzierung (Wahrnehmung, Komplementarität, Rollenkonflikte), zugeschriebene Rollen (Parentifizierung, Rolle des IP, Etikettierung), Rollenausübung (Flexibilität), Zuordnung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten (Art, Angemessenheit), Aufgabenerfüllung (Überwachung, wechselseitige Unterstützung und Kooperation), Haushaltsführung, Lebensstil, Umgang mit Zeit und Geld, Entscheidungsfindung, Rechte und Pflichten der Kinder, Erziehungsstil (Altersangemessenheit, Ziele, Techniken, Verhaltenskontrolle, Strafen, Hausaufgabenbetreuung), geschlechtsspezifische Erziehung, Erziehungsschwierigkeiten, Umgang mit Individualität, Krisen.
- 3) *Familiensystem*: Stabilität (Homöostase, Rückkoppelungsprozesse, Systemwiderstände), Grenzen (Grad der Offenheit), Beziehung der Subsysteme (Bündnisse, Triaden, Spaltungen).

Zumeist ermitteln Familientherapeuten die Charakteristika von Familien sowie die Ursachen von Konflikten, Problemen und Störungen mit Hilfe klinischer Beobachtungen und anhand der Berichte ihrer Klienten. Viele verwenden auch Interaktionsskalen, Checklisten, Fragebögen, Tests und projektive Methoden (wie „Family TAT“ oder „Consensus Rorschach“). Manchmal stellen sie den Familien (oder Subsystemen) Problemlösungs-, Entscheidungsfindungs- oder Konfliktlösungsaufgaben und beobachten dann die Interaktionsprozesse. Dabei mögen sie sich an der Diskussion beteiligen, die Rolle eines Beobachters übernehmen, sich hinter einen Einwegspiegel (mit den anderen Subsystemen) zurückziehen oder Videoaufzeichnungen machen. Manche Therapeuten führen auch strukturierte Interviews durch oder werten Zeichnungen, Kritzeleien und Tagebücher ihrer Klienten aus. Einige sammeln Informationen, indem sie die Familien täglich anrufen (und Standardfragen stellen), Hausbesuche machen oder in den Wohnungen Tonbandgeräte aufstellen,

⁵⁸ Über das sexuelle Verhältnis der Ehepartner kann – allgemeingehalten – in Anwesenheit der Kinder geredet werden, die zumeist viel über die nichtgenitalen Aspekte dieser Beziehung beitragen und wertvolle Lernerfahrungen machen können. Jedoch sind die Kinder von den Sitzungen auszuschließen, wenn über Geschlechtsverkehr, sexuelle Dysfunktionen oder unbefriedigende Techniken gesprochen werden soll.

die sich zu bestimmten Zeitpunkten oder bei einer festgesetzten Lautstärke von selbst einschalten und Gespräche aufnehmen.⁵⁹

Einige amerikanische Therapeuten untersuchen auch die Systeme, in welche die Familie eingebettet ist. Sie erfassen:

- 1) *Netzwerk*: erweiterte Familie (relevante Daten, frühere und gegenwärtige Beziehung der Großeltern, Rollenmodelle, frühere und gegenwärtige Beziehung zu den Großeltern und Geschwistern, Loyalitätskonflikte, Verwicklung in Familienprobleme), Peer-group, in Problem verwickelte Außenstehende (Nachbarn, Bekannte, Kollegen, geschiedene Partner, Liebhaber).
- 2) *Institutionen*: Schule (Beziehung zu Lehrern und Mitschülern, Konflikte, Kontakte zwischen Familie und Schule), Arbeitsplatz (Beziehung zu Vorgesetzten und Kollegen, Probleme), Zusammenspiel von intra- und extrafamilialen Rollen, in Problem verwickelte Fachleute (Ärzte, Krankenschwestern, Priester, Rechtsanwälte, Richter, Bewährungshelfer, Sozialarbeiter u. a.), Situation in Krankenhaus bzw. Heim (Behandlungsprogramm, Konflikte, Zusammenarbeit mit der Familie).
- 3) *Gesellschaft/Kultur*: Nachbarschaft, Einbettung in Gemeinde, Subkultur (Werte), Schicht, ethnische Zugehörigkeit.⁶⁰

Einige Familientherapeuten legen bei der Diagnose den Schwerpunkt auf die gerade ablaufenden Interaktionen, die gegenwärtigen Probleme, Konflikte, Gedanken und Gefühle. Sie fragen nicht nach der Familien- und Lebensgeschichte, da nach ihrer Meinung die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit vielfach eine reine Verstandesübung ist, nur negative Gefühle weckt, nicht zu Problemlösungen führt und hauptsächlich irrelevante und unzuverlässliche Daten (selektive Erinnerung) liefert. Auch würden die Familienmitglieder die Vergangenheit mit den Augen der Gegenwart betrachten.⁶¹ Eine andere Gruppe von Therapeuten ermittelt relevante vergangene Ereignisse im Lauf der Behandlung, um beispielsweise die Entstehung von Problemen zu klären. Auch werden viele nützliche Informationen gewonnen, wenn Klienten spontan über alte Erfahrungen und Erlebnisse berichten, um z.B. ihr gegenwärtiges Handeln zu begründen. Eine dritte Gruppe von Therapeuten nutzt in der Regel eine oder mehrere Sitzungen zur genauen Untersuchung der *Familienge-*

⁵⁹ Zu den beiden letzten Abschnitten s. Ackerman (1958, 1961c, 1965, 1966), Minuchin et al. (1964, 1967), Charny (1966), Minuchin u. Montalvo (1966), Safer (1966), Watzlawick (1966), Kwiatkowska (1967), Satir (1967, 1971, 1975c), Langsley u. Kaplan (1968), Sorrells u. Ford (1969), Ackerman et al. (1970), Friedman u. Mitchell (1970), Laqueur (1970), Bell (1971), Bowen (1971), Jungreis (1971b), Spark (1971), Haley (1972b, 1980), Sonne (1972), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Friedman (1973b), Fieldsteel (1974), Glick u. Kessler (1974), Semrad u. Grunebaum (1974), Zuk (1974, 1975, 1976), Framo (1975a, 1976a), Patterson et al. (1975, 1976), Williams (1975), Wynne (1975), Anderson u. Meisel (1976), Benassi u. Larson (1976), Fisher (1976), Fox (1976), Moos u. Moos (1976), Whitaker (1977a), Bandler et al. (1978), Gurman u. Kniskern (1978c), Hodas u. Liebman (1978), Rubinstein (1979), Weakland et al. (1980), Barton u. Alexander (1981), Duhl u. Duhl (1981), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983a, b, 1984c), Falloon u. Liberman (1984).

⁶⁰ Vgl. Ackerman (1958), Minuchin et al. (1967), Satir (1967), Bowen (1971), Spark (1971), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Franklin u. Prosky (1973), Williams (1975), Fisher (1976), Haley (1977, 1980), Bell (1978), Minuchin (1978), Duhl u. Duhl (1981), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983a), Falloon u. Liberman (1984).

⁶¹ Zu dieser Position s. Jackson (1967), Kempler (1968, 1971), Pittman III (1973), Wynne (1975), Kaufman (1979); vgl. 5.3.

schichte. Hier wird die Meinung vertreten, daß sich vergangene Ereignisse auf das gegenwärtige Verhalten auswirken, Erfahrungen und Erlebnisse beeinflussen. Nur wenn die Begebenheiten und Vorgänge bekannt sind, die in der Vergangenheit die Entwicklung der Familienmitglieder und ihre Beziehungen bestimmt haben, können gegenwärtige Ereignisse verstanden werden. Zudem erlaubt die Beschäftigung mit der Familiengeschichte, die Leistungen der Klienten, Phasen eines glücklichen Zusammenlebens und erfolgreich gelöste Probleme herauszustellen, gegenwärtige Konflikte als kurzzeitige Krisen darzustellen und viele neue Interventionsmöglichkeiten zu entdecken. Auch fördert diese Vorgehensweise die Ausbildung einer therapeutischen Beziehung, da die Beschäftigung mit der Vergangenheit weniger angsterregend ist und relativ sachlich vonstatten geht.

Bei der Erforschung der Familiengeschichte wird das Familienleben in jeder Phase des Familienzyklus und während der Übergangskrisen untersucht. So fragen die Therapeuten nach Entwicklung und Erfahrungen der Ehepartner in den jeweiligen Herkunftsfamilien, bitten um eine kurze Charakterisierung der Großeltern und deren Ehebeziehung (v. a. während der Kindheit der Klienten) und erforschen die Art und den Grad der Ablösung. Sie lassen sich das erste Zusammentreffen der Ehepartner beschreiben und fragen nach ihren Eheidealen und Erwartungen. Auch untersuchen sie die wechselseitigen Anpassungsprozesse und Beeinflussungsversuche während der Werbung und der ersten Ehejahre. Die Therapeuten ermitteln zudem von außen (Großeltern, anderen Verwandten u. a.) kommende Einflüsse, erste Ehekonflikte und Veränderungen in der Familiendynamik. Sie untersuchen die Situation zur Zeit der Geburt der Kinder, die an sie gestellten Erwartungen, ihre Entwicklung und Sozialisation. Auch fragen sie nach dem beruflichen Werdegang der Ehepartner, nach Umzügen und außerordentlichen Krisen (Krankheiten, Todesfällen, Arbeitslosigkeit usw.). Dabei liefern alle Familienmitglieder Informationen über die Geschichte und das Funktionieren ihrer Familie, validieren oder korrigieren sie, decken Geheimnisse auf und überprüfen ihre Erlebnisse an der Realität. Währenddessen klarifizieren die Therapeuten Unstimmigkeiten, betonen die unterschiedlichen Perspektiven und zeigen Parallelen zwischen vergangenen und gegenwärtigen Ereignissen auf.⁶²

Viele amerikanische Familientherapeuten führen *Hausbesuche* durch, um Familien in ihrer natürlichen Umgebung zu beobachten. Sie gehen davon aus, daß die Klienten zu Hause oft anders als im Behandlungszimmer reagieren und eher typische Verhaltensweisen oder alltägliche Interaktionsmuster zeigen. So beobachten die Therapeuten sie bei der Ausführung normaler Tätigkeiten (Funktionen) – z. B. beim Empfang von Gästen, beim Zubereiten von Mahlzeiten, beim Tischgespräch, bei der Überprüfung von Hausaufgaben oder beim Disziplinieren der Kinder. Dabei erlangen sie wertvolle Erkenntnisse über die Ausübung (Haushaltsführung, Erziehung) und Zuschreibung von Rollen, die Beziehungsdefinitionen und Regeln, die Familienatmosphäre, das Sozialverhalten sowie die Stellung des IP und entdecken oft zuvor verheimlichte Probleme. Manche Therapeuten lassen sich alle Räume der Wohnung zeigen (oft von einem Kind, das dabei häufig interessante Kommentare abgibt) und gewinnen auf diese Weise einen Eindruck von der Lebenssituation der Familie. So empfiehlt Friedman (1970d) Hausbesuche mit den Worten: „You see the life-space of the family, and their non-human environment in all its detail, filled as it is with

⁶² Zu den beiden letzten Abschnitten s. auch Ackerman (1958, 1960, 1961b, c, 1965), Erickson (1967a), Satir (1967), Langsley u. Kaplan (1968), Bowen (1971), Franklin u. Prosky (1973), Glick u. Kessler (1974), Zuk (1975), Whitaker u. Keith (1981).

their possessions, their reading material, etc., symbolizing their interests, identifications, and sublimations“ (S. 249). Zudem werden häufig bedeutsame Unterschiede zwischen dem öffentlichen und dem privaten Bereich der Wohnung erkannt oder Geheimnisse (z.B. Schlafzimeranordnung) aufgedeckt. Interessante Beobachtungen lassen sich aber auch in der Nachbarschaft oder an anderen Orten (Schule, Arbeitsplatz, Wohnung einer Ursprungsfamilie usw.) machen, die von den Familienmitgliedern oft aufgesucht werden und mit dem Auftreten bestimmter individueller bzw. familialer Probleme verknüpft sind. Hausbesuche führen also zu wertvollen diagnostischen Erkenntnissen und erleichtern zugleich den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, da sie von den Klienten als Beweis für das Interesse und die Hilfsbereitschaft der Therapeuten gewertet werden. Sie eignen sich auch, um die Berichte von Familienmitgliedern oder Außenstehenden zu evaluieren, den Fortgang der Behandlung zu überprüfen und Nachuntersuchungen durchzuführen.

Familientherapeuten führen Hausbesuche in der Regel am späten Nachmittag oder frühen Abend durch, wenn die ganze Familie daheim ist. Manchmal halten sie sich 3 Stunden lang in deren Wohnung auf. Viele Therapeuten übernehmen bei Hausbesuchen die Rolle eines Beobachters. Sie nehmen an den Gesprächen und Aktivitäten der Familienmitglieder teil, ermutigen ein spontanes und alltägliches Verhalten, lassen das Treffen unstrukturiert und sprechen in der Regel nicht über die Probleme und Konflikte der Klienten. Manche Therapeuten (z.B. Patterson) lassen sich nicht in Gespräche verwickeln, sondern konzentrieren sich auf die Beobachtung der Interaktionen, die zwischen den Familienmitgliedern ablaufen. Dabei verwenden sie vielfach Strichlisten, Skalen und Kategoriensysteme. Einige Familientherapeuten (z.B. Friedman, Jungreis) führen alle oder den größten Teil der Therapiesitzungen in den Wohnungen der Klienten durch. Sie sind der Auffassung, daß sie so leichter den Brennpunkt vom IP auf die ganze Familie verlagern und dessen Hospitalisierung bzw. Institutionalisierung verhindern können. Ihrer Meinung nach treten dann auch weniger Widerstände auf, wird die Behandlung seltener abgebrochen und ein größerer Therapieerfolg erzielt.⁶³

Im Lauf der Anfangsphase teilen Familientherapeuten häufig den Klienten ihre diagnostischen Befunde mit und definieren gemeinsam mit ihnen die zu lösenden Probleme. Sie fragen jeden einzelnen, wie er sich weiterentwickeln will, welche Veränderung er von den anderen Familienmitgliedern erwartet und was an der Familie geändert werden soll. Dann werden die Klienten angehalten, ihre Wünsche und Erwartungen untereinander und mit den Therapeuten abzustimmen. So einigen sich alle auf gemeinsame *Therapieziele*, die realistisch und dem Fall angemessen sein sollten. Manche Therapeuten operationalisieren diese Ziele, indem sie sie auf konkrete, beobachtbare und meßbare Verhaltensweisen beziehen. So erhalten sie auch explizite Kriterien für die Evaluation des Behandlungsfortgangs und des Therapieerfolgs. Die meisten Familientherapeuten bestimmen Ziele für die ganze Familie und für jedes einzelne Mitglied. Auf diese Weise erreichen sie, daß jedes Individuum intensiv mitarbeitet und zu Veränderungen bereit ist, da es mit einem positiven Behandlungsergebnis für sich selbst rechnet. Zumeist werden nur die allgemeinen Therapieziele vereinbart, während spezielle erst im weiteren Verlauf der Behandlung gesetzt und oft nicht verbalisiert werden. Viele Therapeuten fragen auch die Klienten, wie nach ihrer Mei-

⁶³ Zu den letzten beiden Abschnitten s. Ackerman (1958), Langsley u. Kaplan (1968), Friedman (1970a, d, 1971b), Jungreis (1970b, 1971a), Spivack (1970), Pittman III et al. (1971), Bloch (1973), Rosenberg (1974), Patterson et al. (1975), Haley (1980), Duhl u. Duhl (1981).

nung die Ziele erreicht werden können, motivieren sie so und erhalten wertvolle diagnostische Hinweise. Häufig erleben sie Schwierigkeiten beim Setzen von Zielen, da viele Erwartungen unbewußt sind oder Mißverständnisse aufgrund der idiosynkratischen Bedeutung von Wörtern auftreten. Zudem können Probleme entstehen, wenn Ziele nicht mit der Norm übereinstimmen oder den Richtlinien der Institution widersprechen, für die der Therapeut arbeitet.⁶⁴

Auf der Grundlage der diagnostischen Befunde und der Hypothesen über die menschliche Natur und das Funktionieren von Familien entwickeln Familientherapeuten eine *Behandlungsstrategie*. Dabei handelt es sich um eine Entscheidungsregel, nach der (situationsabhängig) bestimmte Verhaltensweisen, Techniken und Interventionen ausgewählt werden, mit deren Hilfe die Therapieziele erreicht werden sollen. Die Therapeuten entwickeln also einen allgemeinen und globalen Therapieplan, nach dem die Behandlung strukturiert und der durch die bei seiner Realisation gewonnenen Informationen bestätigt oder korrigiert wird. Sie unterscheiden zwischen lang- und kurzfristigen Zielen, setzen Prioritäten und bestimmen die eigenen Aufgaben und Funktionen. Im Verlauf der Behandlung müssen sie ihre Therapieziele im Auge behalten und ihre Strategie immer wieder überprüfen. Einige Therapeuten umreißen den Therapieplan in einer der ersten Sitzungen und diskutieren ihn dann mit den Klienten.⁶⁵

Gegen Ende der Anfangsphase schließen Familientherapeuten offen oder verdeckt einen *Therapievertrag* mit ihren Klienten, wobei sie im erstgenannten Fall manchmal ein Formblatt verwenden. Hier handelt es sich um eine Vereinbarung über ein zweiseitiges (Rechts-)Verhältnis, der sowohl die Familienmitglieder als auch die Therapeuten zustimmen müssen. In diesen Verträgen werden voraussichtliche Zahl, Länge und zeitlicher Abstand der Sitzungen, Teilnehmer, Ort, Therapieziele, Vorgehensweise und Honorar festgelegt. Sie enthalten auch Angaben über die gegenseitigen Erwartungen und wechselseitigen Verpflichtungen sowie Richtlinien, Regeln und Vereinbarungen über Konsequenzen bei einer Verletzung des Kontrakts. Zudem garantieren sie die Vertraulichkeit der Gespräche und verpflichten die Beteiligten, Rechenschaft über ihr Handeln abzulegen.⁶⁶

Nach Abschluß der Therapieverträge sind in der Regel alle Voraussetzungen für die Veränderung der Familie gegeben – die Klienten haben einen Eindruck von der Vorgehensweise der Therapeuten bekommen, haben zu ihnen eine (therapeutische) Beziehung aufgebaut und sind bereit, an sich selbst zu arbeiten. Währenddessen haben die Therapeuten eine Vielzahl diagnostischer Erkenntnisse gesammelt, Therapieziele vereinbart und einen Behandlungsplan entwickelt.

⁶⁴ Vgl. Laqueur (1970), Bell (1971), Glick u. Kessler (1974), Weakland (1976), Anderson (1977), Everstine et al. (1977), Haley (1977, 1978a), Bandler et al. (1978), Ginsberg et al. (1978), Minuchin (1978), Stanton u. Todd (1979), Weakland et al. (1980), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981), Falloon u. Liberman (1984).

⁶⁵ Siehe hierzu Glick u. Kessler (1974), Feldman (1976b), Weakland (1976), Ginsberg et al. (1978), Orten (1978), Epstein u. Bishop (1981), Falloon u. Liberman (1984).

⁶⁶ Vgl. Sorrells u. Ford (1969), Haley (1971b, 1977), Franklin u. Prosky (1973), Glick u. Kessler (1974), Rosenberg (1974), Patterson et al. (1975), Zuk (1975), Whitaker (1977a), Bandler et al. (1978), Ginsberg et al. (1978), Hare-Mustin (1978), Minuchin (1978), Epstein u. Bishop (1981).