

Familientherapie: Therapietechniken

Martin R. Textor

Eine Gruppe von amerikanischen Familientherapeuten (z. B. Patterson, Liberman, Watzlawick, Haley) betont, daß Therapietechniken eine große Rolle in ihrer Arbeit spielen. Da jede Person und jede Familie einzigartig ist, entwickeln ihre Vertreter fallspezifische Strategien und setzen unterschiedliche Techniken ein. Wenn eine Intervention erfolglos bleibt, verwenden sie eine andere Methode. Immer wieder entwickeln sie neue Techniken und erproben ihre Anwendbarkeit. Andere Therapeuten (z. B. Whitaker, Kempler) halten Therapietechniken für weniger wichtig. So schreiben beispielsweise Whitaker u. Keith (1981): „Techniques are important for the inexperienced therapist and for the early stages of all family therapy. Techniques, once developed, however, become mechanical and then should be discarded“ (S. 218). Es wird befürchtet, daß Offenheit und Echtheit der Therapeuten unter der Verwendung von (insbesondere paradoxen) Techniken leidet bzw. die Familienmitglieder manipuliert werden. Die Vertreter dieser Meinung wollen in ihrer Ganzheit an der existenziellen Begegnung mit dem Klienten teilhaben. Sie betonen v. a. die Rolle ihrer Persönlichkeit, ihrer Gedanken, Gefühle, Erfahrungen, Einsichten, unbewußten Prozesse usw. im therapeutischen Prozeß. Sie benutzen in erster Linie sich selbst, um die Klienten zu verändern und die Therapieziele zu erreichen, und betonen dementsprechend ihre interpersonellen Fertigkeiten, ihren persönlichen Stil und ihre Spontaneität sowie ihre Offenheit über die eigenen Werte, Überzeugungen, Gefühle und Bedürfnisse. Einige Familientherapeuten zeigen auch von Fall zu Fall andere Aspekte ihrer Persönlichkeit. So nennen Friedman u. Mitchell (1970) folgendes Beispiel:

Finally, the therapist makes constructive use of his own personality, his feelings and his creativity. To the chaotic destructive family he presents himself as a definite integrated personality and a factor to be reckoned with; to the stereotyped, repressed or „dead“ family he presents the vibrant, involved, challenging and exploring aspects of his personality (S. 28).⁷⁷

Wir sind dagegen der Meinung (die wohl von den meisten amerikanischen Familientherapeuten geteilt wird), daß sowohl die eingesetzten Techniken als auch die Persönlichkeit des Therapeuten von großer Bedeutung für den Prozeß und das Ergebnis der Behandlung sind. Auch gehen wir davon aus, daß Therapeuten um so erfolgreicher sein werden, je reifer und mündiger sie sind, je mehr Techniken sie beherrschen und je mehr Rollen sie ausüben können. Ackerman (1970b) schreibt: „The responsibilities of the therapist are multiple and complex. They call for a confident, open, flexible, undefensive use of self in many roles, as activator, challenger, supporter, nourisher, interpreter, and reintegrator“ (S. 5). Amerikanische Therapeuten übernehmen folgende *Rollen* im Verlauf der Behandlung: Experte (z. B. Zuk, Rubinstein), Berater (Bowen, Rubinstein), Erzieher (Ackerman, Liberman), Lehrer (Bowen, Satir, Liberman), Trainer (Bowen, Whitaker, Friedman), Forscher (Bowen), Vorbild (Arlen, Friedman, Glick, Ackerman), Autoritätsfigur (Zuk, Arlen), Führer (Friedman), Mitarbeiter (Pattison), Gastdirigent (Rubinstein), Regisseur (Sherman), Zelebrant (Zuk), Vermittler (Rubinstein, Zuk, Ferber), Schiedsrichter (Ackerman, Arlen), Parteiergreifender (Ackerman, Zuk), Übersetzer (Bandler), Koordinator (Pattison, Rubin-

⁷⁷ Vgl. Ackerman (1965, 1970b), Haley (1967d, 1977, 1978b), Warkentin (1969), Friedman u. Mitchell (1970), Kempler (1971, 1975), Bowen (1972), Friedman (1974b), Patterson et al. (1975), Talmadge (1975), Weakland (1976), Barton u. Alexander (1981), Green (1981)

stein), Katalysator (Bowen, Ackerman, Arlen), Zuschauer (White), teilnehmender Beobachter (Glick, Ackerman, Bowen), Elternteil (Whitaker, Friedman, Ackerman), Großvater (Ackerman, Whitaker), älterer Verwandter (Ackerman).⁷⁸ Wir halten alle diese Rollen für wichtig⁷⁹, jedoch sollten sich Therapeuten nicht nur mit einer oder mit zweien identifizieren, sondern möglichst immer die dem jeweiligen Fall und der Situation am besten entsprechende Rolle übernehmen.

Einige Familientherapeuten (z. B. Bowen, Bell, Ferber) bleiben in den Therapiesitzungen neutral, sind emotional unbeteiligt und halten Abstand von den Klienten. Sie sind inaktiv, geben nur selten Ratschläge und weigern sich, für die Familienmitglieder Entscheidungen zu fällen. Die Vertreter eines anderen Therapiestils (z. B. Haley, Watzlawick, Jackson, Zuk) zeigen sich häufig in verschiedenen Rollen, streben nach einer Machtposition gegenüber den Familienmitgliedern und lenken sie heimlich, indem sie von indirekten, paradoxen oder sehr komplexen Techniken Gebrauch machen. Demgegenüber sind wieder andere (Ackerman, Patterson, Liberman, Glick, Minuchin, Satir) dominant und aktiv, kontrollieren das Verhalten ihrer Klienten und lenken es direkt, indem sie ihnen z. B. detaillierte Anweisungen geben oder bestimmte Aufgaben stellen. Wir halten es nicht für sinnvoll, eine dieser Vorgehensweisen zu verabsolutieren, da sich u. E. hier v. a. Persönlichkeitsunterschiede äußern. Die Therapeuten sollten immer versuchen, ihr Verhalten dem Fall und der jeweiligen Situation anzupassen.⁸⁰

Da die *Persönlichkeit* des Therapeuten eine so große Rolle im Therapieprozeß spielt, ist dessen Wirksamkeit teilweise von dem von ihm erreichten Grad an Reife und psychischer Gesundheit abhängig. So meinen Whitaker u. Keith (1981): „Where the therapist is in his own personal development (personal adequacy and place in the life-cycle) intermeshes with the kind of helpfulness he can provide to the family“ (S. 217). Familientherapeuten sollten sich selbst kennen, Zugang zu den eigenen Primärvorgängen, Phantasien und verbewußten Prozessen haben und Selbstvertrauen besitzen. Auch sollten sie verantwortungsbewußt, objektiv, verständnisvoll und sensibel sein, kreativ, flexibel und diszipliniert handeln sowie eine Aura von Menschlichkeit, Wärme, Toleranz und Optimismus verbreiten. Ferner wird erwartet, daß Familientherapeuten von allen Wahrnehmungskanälen Gebrauch machen, klar, deutlich und kongruent kommunizieren können und gute Lehrer sind. Sie sollten ihren Klienten nicht (indirekt) eigene oder vorherrschende Werte, Meinungen und Geschlechtsrollenstereotypen aufdrängen, sondern für untypische Einstellungen, unkonventionelle Lebensweisen und neue Wege der Arbeitsteilung offen sein und eine kritische

⁷⁸ Hier zeigt sich wieder die Beschränktheit der einzelnen Therapieansätze: Ihre Vertreter übernehmen immer nur einige wenige Rollen.

⁷⁹ Friedman (1981) ordnet die Rollen, Therapietechniken und wichtigsten Konzepte amerikanischer Familientherapeuten in 9 Kategorien (z. B. aus dem wirtschaftlichen, politischen, philosophischen, sozialen oder spirituellen Bereich stammend) ein. Er nennt noch weitere Rollen, die von Therapeuten übernommen werden: Schauspieler, Verhandlungsführer, Verstärker, Richter, Anwalt, Direktor, Angreifer, Stammesführer, Überredungskünstler, Guru, Priester, Zenlehrer, Programmierer, Systemanalytiker, Nährender, Kraftquelle, Umformer.

⁸⁰ Zu den letzten Abschnitten s. Ackerman (1961a, c, 1965, 1970b), Arlen (1966), Zuk (1968, 1975, 1979b), Rubinstein u. Weiner (1969), Ferber u. Beels (1970), Liberman (1970), Sherman et al. (1970), Bell (1971), Bowen (1971, 1972, 1975, 1978), Beels u. Ferber (1972), Rubinstein (1972, 1979), Friedman (1974b), Glick u. Kessler (1974), Garrison u. Bambrick (1975), Satir (1975b), Pattison (1976), Bandler et al. (1978), Gurman u. Kniskern (1978b), Minuchin (1978), White (1978), Napier u. Whitaker (1979), Kilpatrick (1980), Whitaker u. Keith (1981), Falloon u. Liberman (1984).

Position gegenüber dem soziokulturellen System einnehmen. Auch sollten sie die eigenen Rollen variieren können, ein hohes Maß an Selbstdifferenzierung (Individuation, Ablösung von der Ursprungsfamilie) erreicht haben und ein zufriedenstellendes Familienleben führen. Schließlich sollten Familientherapeuten ihre Wirkung auf andere Menschen kennen (Videoaufnahmen) und sich im Team oder in einer professionellen „Kuschelgruppe“ regenerieren können.⁸¹

Insbesondere sollten sie fähig sein, Gegenübertragungsvorgänge zu erkennen und abzubauen. Als *Gegenübertragung* bezeichnen wir irrationale Reaktionen des Therapeuten gegenüber einem Klienten oder einer Familie. Sie treten beispielsweise dann auf, wenn er sich mit einem Familienmitglied zu stark identifiziert, unter vergleichbaren Problemen leidet bzw. gelitten hat, unbewusste Konflikte projiziert oder ihm gegenüber bestimmte Gefühle und Bedürfnisse (z.B. Zuneigung, sexuelle Bestrebungen, Antipathie) ausagiert. Oft kommt es auch zur Gegenübertragung, wenn gewisse psychodynamische Vorgänge, Ängste und Vorurteile im Therapeuten aktiviert werden, wenn dieser entsprechend unerkannter Übertragungsvorgänge (s.S. 198–199) reagiert, oder wenn seine Situation (bzw. Teilaspekte derselben) in der Ursprungs- oder Zeugungsfamilie der seiner Klienten ähnelt. Die Gegenübertragung verfälscht die Wahrnehmung des Therapeuten, beeinflusst seine kognitiven Prozesse auf negative Weise und führt zu unangemessenen Reaktionen – so mag er z.B. versuchen, aus den Klienten bessere Eltern und Ehepartner zu machen, als er selbst gehabt bzw. gefunden hat. Familientherapeuten sollten sich der Gegenübertragungsvorgänge bewußt werden und sie durcharbeiten. Oft lassen sich diese vermeiden, wenn die Therapeuten die eigenen Familienbeziehungen klären und persönliche Probleme lösen, indem sie sich während der Aus- oder Fortbildung einer Familien- oder Individualtherapie unterziehen. Auch treten Gegenübertragungsprozesse seltener auf und sind weniger stark ausgeprägt, wenn die Therapeuten reif und erfahren sind, eine fest gegründete Identität (als Kind, Partner und Elternteil) besitzen, ihre wunden Punkte genau kennen und eine gute Supervision erhalten.⁸²

Aufgrund der hohen Anforderungen arbeiten viele amerikanische Familientherapeuten (z.B. Boszormenyi-Nagy, Friedman, Whitaker, Rubinstein) mit einem *Kotherapeuten* zusammen. Sie glauben als Team erfolgreicher zu sein, da sie mehr wahrnehmen, einander unterstützen können und stärker als das Familiensystem sind. Auch kann sich ein Therapeut für kurze Zeit zurückziehen, die Klienten beobachten und über ihr Verhalten bzw. sinnvolle Interventionen nachdenken. Zudem kann er sich intensiver engagieren, da ihn sein Kollege vor einer möglichen Verwicklung schützt. Kotherapeuten nehmen in der Regel verschiedene Rollen ein und wechseln sie häufig. Oft konfrontiert der eine ein Familienmitglied, während der andere es unterstützt. Zudem können sie dem Individuum zu zweit mehr Aufmerksamkeit widmen (auch indem sie es getrennt von den anderen befragen). Die Beziehung zwischen den Kotherapeuten dient den Familienmitgliedern in der Regel als Vorbild. Beispielsweise diskutieren erstere Meinungsunterschiede offen und zei-

⁸¹ Vgl. Jackson (1961a), Pollak (1965), Whitaker et al. (1965), Landes u. Winter (1966), Haley (1967d), Friedman (1970), Jungreis (1970b, 1971a), Paul (1972), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Glick u. Kessler (1974), Searles (1975), Duhl (1976), Whitaker (1976b), Bandler et al. (1978), Bowen (1978), Minuchin (1978), Rubinstein (1978, 1979), Napier u. Whitaker (1979), Barton u. Alexander (1981), Whitaker u. Keith (1981).

⁸² Siehe hierzu Whitaker et al. (1965), Ackerman (1966), Curry (1966), Kempler (1968), Boszormenyi-Nagy (1970b, 1971a), Spark (1971, 1974), Anthony (1972), Framo (1975a, c, 1976b), Bandler et al. (1978), L'Abate et al. (1978).

gen auf diese Weise, wie man Konflikte löst. Wenn sie zu keiner Übereinstimmung gelangen, akzeptieren sie diese Situation. So symbolisieren sie Verschiedenheit und Einzigartigkeit des Menschen sowie die Notwendigkeit, dem andern einen Freiraum zuzugestehen.

Einige dieser Familientherapeuten arbeiten am liebsten mit einem gegengeschlechtlichen Kollegen zusammen. Hierzu meint Sonne (1972):

This helps us to see more, since men and women often see things differently and see different things. It also helps each therapist hold on to his own sense of sexuality which is helpful to the family members in their struggle for sexual identity. The nascent sense of romance, mutual respect, and enjoyment in the cotherapy relationship can also serve as a marriage model for the family (S. 297).

So ergänzen die Kotherapeuten einander, da der einzelne mehr Empathie und Verständnis für gleichgeschlechtliche Familienmitglieder aufbringt und ihnen ein besseres Vorbild sein kann. Auch können sie väterliche und mütterliche Verhaltensweisen und Einstellungen repräsentieren sowie die Verschiedenheit von Ehepartnern verdeutlichen. Zudem wird die Entstehung von Übertragungsprozessen erleichtert, da zwei heterosexuelle Therapeuten schneller als Elternsubstitute angenommen werden und die Therapiesituation eher den Gegebenheiten in der Ursprungsfamilie ähnelt. Meist wird die Beziehung zwischen den Kotherapeuten als symbolische Ehe definiert. Sie müssen einander verstehen und vertrauen, sich anpassen, bestimmte Bedürfnisse des anderen befriedigen und Rollendefinitionen, Arbeitsmethoden, Einstellungen und Gefühle klären. Auch lernen sie voneinander, entwickeln sich gemeinsam weiter und helfen einander bei persönlichen und interpersonellen Problemen. Generell sollten sich die Kotherapeuten hinsichtlich Lebensgeschichte, Erfahrungen, Kenntnissen, beruflichen Fähigkeiten usw. ergänzen. Sie können die Schwächen des anderen ausgleichen und seine Fehler korrigieren, einander in verwirrenden und angstzeugenden Situationen beistehen, fortwährend ihre Erfahrungen austauschen und gemeinsam den Fortgang der Behandlung planen.

Bei einigen Familientherapeuten (z.B. Minuchin, Haley, Weakland) fungiert der Kotherapeut bzw. der Supervisor als Beobachter. In der Regel nimmt er im Nachbarraum hinter einem Einwegspiegel Platz und kann so von der Familie nicht manipuliert werden. Er greift persönlich oder per Telefon in die Behandlung ein, um unbewusste Vorgänge und Strukturen aufzuzeigen, Empfehlungen auszusprechen, der Sitzung einen anderen Verlauf zu geben, Botschaften zu verstärken oder seinem Kollegen in einer kritischen Situation beizuspringen. Auch kann der Beobachter einen abgelehnten Vorschlag in einer neuen Version einbringen. Bei Auseinandersetzungen zwischen einem Familienmitglied und dem Therapeuten ergreift er manchmal die Partei des Klienten, der dann einem der beiden Therapeuten zustimmen muß und auf diese Weise indirekt gezwungen wird, nach dessen Vorschlägen zu handeln.⁸³

Manche Familientherapeuten (z.B. Langsley, MacGregor) und nahezu alle Netzwerkinterventen (z.B. Speck, Rueveni) arbeiten im *Team*. Sie glauben, daß sie auf diese Weise schneller alle relevanten Daten für die Diagnose sammeln, einen besseren Behandlungsplan entwickeln, intensiver auf die Familienmitglieder einwirken und mehr Zeit für einzel-

⁸³ Siehe zu den letzten 3 Abschnitten Minuchin et al. (1964), Whitaker et al. (1965), Langsley u. Kaplan (1968), Sonne u. Lincoln (1970a), Friedman (1971c), Ritchie (1971), Anthony (1972), Kadis (1972), Rubinstein (1972, 1973, 1979), Sonne (1972), Minuchin (1974), Ritchie u. Serrano (1974), Boszormenyi-Nagy (1975b), Framo (1975a, c), Wynne (1975), Keith u. Whitaker (1978), Napier u. Whitaker (1979), Haley (1980), Weakland et al. (1980), Whitaker u. Keith (1981).

ne Klienten (Einzelgespräche) bzw. Subsysteme aufbringen können. Sie respektieren, unterstützen, konsultieren und korrigieren einander und dienen so den Familienmitgliedern als Vorbild. Gewöhnlich besteht ein Team aus Personen mit unterschiedlichen und einander ergänzenden Rechten (z.B. kann nur ein Arzt Medikamente verschreiben), Fähigkeiten (ein Psychologe beherrscht den Umgang mit Tests) und Kenntnissen (ein Sozialarbeiter ist über Behörden und Verbände umfassend informiert). In Einzelfällen werden Fachleute wie Priester, Bewährungshelfer, Lehrer oder Sachbearbeiter hinzugezogen. Meist tauschen die Teammitglieder immer wieder ihre Rollen – so fungiert eine Person z.B. für kurze Zeit als Leiter, als Beobachter (von Therapieprozessen) oder als Ratgeber (bei Teambesprechungen).⁸⁴

Häufig wird der Einwand geäußert, daß eine Kotherapeutendyade bzw. ein Team ein komplexes System bilden, das sich nicht so schnell wie ein einzelner Therapeut an eine Familie angliedern kann und oft wie ein Fremdkörper wirkt. So nehmen manchmal die Diagnose und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung mehr Zeit in Anspruch, da sich die Klienten nicht so schnell öffnen. Zudem gelingt es den Familienmitgliedern gelegentlich, die Therapeuten im Verlauf der Behandlung gegeneinander auszuspielen und Konflikte zwischen ihnen hervorzurufen. Vielfach kommt es auch zu Problemen, wenn die Therapeuten einander aufgrund unterschiedlicher Denkweisen, Strategien, Interventionen usw. behindern, sich beobachtet und eingeschränkt fühlen, sich gegenseitig zu Sündenböcken machen oder als Konkurrenten betrachten. Manchmal erleben die Therapeuten Machtkämpfe, Rollenkonflikte und Schwierigkeiten aufgrund von Hierarchieunterschieden, finden nicht das rechte Maß zwischen Vereinigung und Selbstdifferenzierung. Kotherapie und Teamarbeit sind zumeist kostspieliger als die Behandlung durch einen Therapeuten – bessere Behandlungsergebnisse wurden aber nicht nachgewiesen.⁸⁵

In den vorausgegangenen Abschnitten haben wir uns mit der Rolle des Therapeuten und seiner Persönlichkeit befaßt. Wir wollen uns nun den *Therapietechniken* zuwenden, d.h. den Verhaltensweisen, Verfahren, Methoden und Mitteln, die der Realisation des Behandlungsplans (der Strategie) bzw. dem Erreichen von spezifischen Feinzielen dienen. Ihre Anwendung führt zu bestimmten Veränderungen in der Familie, in größeren Systemen sowie in der Psyche und im Verhalten des einzelnen Klienten. Auf der Grundlage der von Wissenschaftlern gewonnenen Erkenntnisse über den Menschen und seinen Lebenskontext sowie auf der Grundlage von Erfahrungen über die Beeinflussung und Modifikation menschlicher Systeme wurde eine Vielzahl von Techniken entwickelt, und immer wieder werden neue entdeckt. So müssen Familientherapeuten zwischen vielen verschiedenen Techniken wählen, wobei sie entweder vorausplanend oder intuitiv vorgehen. Die Auswahl ist immer abhängig von Faktoren wie Persönlichkeit, Stil und Bedürfnissen der Therapeuten, von dem Familientyp, der Strategie, den Therapiezielen, der Art des zu lösenden Problems, der Behandlungsphase, der Situation und der Erfolgswahrscheinlichkeit möglicher Maßnahmen. Auch ist zu beachten, daß die ausgewählten Techniken sich wechselseitig in ihrer Wirkung verstärken oder schwächen können. Eine Gruppe amerikanischer Familientherapeuten (z.B. Whitaker, Stachowiak, Bowen, Kempler, Bandler) verwendet v.a. Techniken, die

⁸⁴ Vgl. Ackerman (1958), MacGregor et al. (1964), Langsley u. Kaplan (1968), Sager (1968), Speck u. Rueveni (1969), MacGregor (1970b), Speck u. Attneave (1971, 1976), Shaw et al. (1977), Rueveni (1979a, b).

⁸⁵ Siehe hierzu Sager (1968), Jungreis (1970b), Rubinstein (1972, 1979), Haley (1980), Whitaker u. Keith (1981).

der Veränderung von Prozessen (Interaktions- und Systemprozessen, Erfahrungen usw.) dienen. Eine andere (z. B. Epstein, Patterson, Liberman) konzentriert sich dagegen auf Inhalte (spezifische Probleme, Konflikte, Symptome usw.), benutzt also andere Techniken. Wir sind jedoch der Meinung, daß beide Arten von Therapietechniken gleichermaßen wichtig sind.⁸⁶

Familietherapeuten initiieren Veränderungen auf den Ebenen des Individuums, der Familie und größerer Systeme, indem sie Therapietechniken einsetzen. Manchmal konzentrieren sie sich zunächst auf den IP und weiten dann ihre Interventionen auf die ganze Familie aus. In anderen Fällen arbeiten sie mit dem System oder Subsystem, das zu einem bestimmten Zeitpunkt am leichtesten zu verändern ist oder von dem die stärksten pathogenen Einflüsse ausgehen. Schließlich können sie auf alle Systeme mehr oder minder gleichzeitig einwirken. Immer aber werden sowohl intra- als auch interpersonale Strukturen und Prozesse beachtet: „There is a definite attempt to link the intrapsychic with the transactional, going back and forth between the two to achieve maximum leverage and maximum capacity to change“ (Jungreis 1971b, S. 177). Oft genügt es schon, kleine Veränderungen in einem System hervorzurufen, die dann durch Rückkoppelungsprozesse zu größeren führen und sich gegenseitig verstärken können. Auch werden sie in der Regel aufgrund der Systemeigenschaften beibehalten (s. 2.2). Eine mit Hilfe von Therapietechniken erzielte Modifikation in einem Subsystem (z. B. Körper, Familienmitglied, Ehedade, Psyche) führt meist auch zu Veränderungen in den anderen Subsystemen (Psyche, anderes Familienmitglied, Eltern-Kind-Triade, Familie) und im Gesamtsystem. Diese beeinflussen dann wieder im Rahmen von Rückkoppelungsprozessen das erstgenannte Subsystem. Jedoch wirken sich Veränderungen in einem größeren System (z. B. Familie) kaum auf andere Systeme (Schule, Peer-group) aus, da diese nur wenig miteinander interagieren. Beispielsweise mag es einem Familietherapeuten gelingen, das Verhalten des IP in der Familie zu verbessern; jedoch ändert es sich nicht in anderen Systemen, da die problematischen Verhaltensweisen dort eine bestimmte Funktion erfüllen oder durch pathologische Strukturen und Prozesse aufrechterhalten werden. So sollten Familietherapeuten in alle Systeme intervenieren, die einen negativen Einfluß auf ihre Klienten ausüben. Auch sollten sie nicht die Einzelperson zugunsten des Familiensystems vernachlässigen, sondern immer bedenken, daß nur das Individuum reflektiert, fühlt, handelt – und Systeme verändert. Wir wollen nun beschreiben, welche Therapietechniken von amerikanischen Familietherapeuten zur Veränderung von Individuen, Familien oder größeren Systemen eingesetzt werden.⁸⁷

5.3.1 Techniken zur Veränderung des Individuums

1. Theorieelement: Persönlichkeit. Familietherapeuten klären das Selbstbild ihrer Klienten, fördern ihr Selbstbewußtsein und stärken ihre Selbstwertgefühle. So bestätigen sie jedes Familienmitglied, behandeln es als ein gleichberechtigtes Individuum, betonen seine

⁸⁶ Vgl. Haley (1967d), Kempler (1968, 1975), Patterson et al. (1975), Feldman (1976b), Bandler et al. (1978), Bowen (1978), Orten (1978), Duhl u. Duhl (1981), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981), Falloon u. Liberman (1984).

⁸⁷ Vgl. Haley (1967d, 1978a), Ackerman (1970d), Jungreis (1971b), Anthony (1972), Woodbury (1972), Laqueur (1973), Fieldsteel (1974), Framo (1975a), Feldman (1976a), Duhl u. Duhl (1981), Textor (1983a).

Stärken und verweisen auf seine guten Absichten. In manchen Fällen verändern sie auch sein Körperschema, indem sie negative Einstellungen, Gedanken und Gefühle gegenüber Körper- und Geschlechtssteilen abbauen. Zudem zeigen sie attraktive Charakteristika auf und halten jeden einzelnen an, den eigenen Körper (einschließlich zu schmaler Schultern, zu breiter Hüften usw.) zu akzeptieren. Manchmal wirken sie auch auf zu stark ausgeprägte Schamgefühle ein, machen dem Klienten den eigenen Körper bewußt und ermutigen ihn, diesen zu erforschen. (Einige Frauen wissen nur sehr wenig über die weiblichen Genitalien.) In anderen Fällen helfen Therapeuten einem Familienmitglied, sich mit seinem Geschlecht zu identifizieren, die große Bandbreite möglicher geschlechtskonformer Verhaltensweisen zu erkennen und dementsprechend zu handeln. Auch bestätigen sie die Männlichkeit bzw. Weiblichkeit eines jeden Klienten. Vielfach stellen Familientherapeuten extreme Grundsätze moralischer, ethischer oder sozialer Art in Frage und kritisieren die zu hohen Erwartungen eines Individuums an sich selbst. Wenn sein Gewissen nur schwach ausgeprägt ist, müssen sie dagegen ihm gegenüber Werte und Normen vertreten, Autorität zeigen und als Über-Ich-Objekte fungieren. Zudem klären sie „die Natur und Struktur der beanspruchten, gefürchteten, wirklichen und idealen Identitäten der einzelnen Teilnehmer“ (Wallace u. Fogelson 1975, S. 168).

Viele Therapeuten respektieren auf vorbildliche Weise die Individualität von Kindern, indem sie diese einzeln begrüßen, mit Namen anreden, das von ihnen Gesagte wiederholen (und so verdeutlichen, daß sie zuhören und daß die Kinder Wichtiges zu sagen haben) und ihre Fragen beantworten. Auch verhelfen sie allen Familienmitgliedern zu der Erkenntnis ihrer Einzigartigkeit, indem sie Unterschiede im Wahrnehmen, Erleben, Denken, Handeln usw. aufzeigen. Die Therapeuten stärken die Ich-Grenzen ihrer Klienten und lassen sie Verantwortung für die eigenen Worte, Gedanken, Gefühle und Taten übernehmen. Luber u. Wells (1977) erklären den Familienmitgliedern in diesem Zusammenhang folgendes: „We defined change as ‚one person taking a stand and sticking to it.‘ We stated, further, that change can take place only when we know what we want to change and are able to look objectively at a situation in order to alter our position in that situation; and, finally, that the most effective way of bringing about change is to change yourself rather than the ‚other guy‘“ (S. 50).

So fördern Familientherapeuten die Selbstdifferenzierung ihrer Klienten und lassen sie Verantwortung für ihr eigenes Glück übernehmen. Sie verdeutlichen, daß jeder die Fähigkeit zur Selbstkontrolle besitzt und mehr oder minder selbst bestimmen kann, wie er auf eine andere Person (intrapyschisch bzw. handelnd) reagiert. Auch helfen sie bei der Selbstverwirklichung, indem sie den einzelnen anhalten, seine Rollen selbst zu definieren, seine Rechte durchzusetzen und um ein angemessenes Maß an Autonomie zu kämpfen. Zugleich fordern die Therapeuten ihre Klienten auf, nach mehr Vereinigung und Intimität zu streben sowie Gleichheit und Verschiedenheit der anderen Familienmitglieder für die eigene Weiterentwicklung zu nutzen. Hierzu meinen Napier u. Whitaker (1979): „Zwei Arten der Erfahrung scheinen besonders wichtig zu sein: Der Augenblick, in dem die Mitglieder der Familie es wagen, eigenständiger, uneiniger, vielleicht sogar wütender zu sein als üblich, und der Augenblick, wo sie es wagen, einander näher zu kommen als sie es sonst im täglichen Leben sind“ (S. 105). Dem Vorbild der Therapeuten entsprechend sollten sie fortwährend zwischen Phasen der Individuation und der Vereinigung wechseln. In anderen Fällen fordern die Therapeuten auch die physische Trennung (Auszug, Institutionalisierung usw.) einer Person von ihrer Familie – z. B. wenn ihr Wohl sehr gefährdet ist (Mordgefahr, hochgradige Drogenabhängigkeit usw.) oder wenn sich ein junger Erwachsener noch

nicht von seinen Eltern abgelöst hat. Zudem weisen sie den IP auf die psychodynamische Bedeutung seiner Symptome sowie auf den primären und sekundären Krankheitsgewinn hin.⁸⁸

Häufig sind Familientherapeuten bestrebt, ihren Klienten zu mehr Selbsterkenntnis zu verhelfen, indem sie ihnen ein Bewußtsein von ihrer Erscheinung und ihrer Wirkung auf andere geben, ihr Verhalten widerspiegeln, Videoaufnahmen besprechen oder bestimmte Spiele einsetzen. Auch fördern sie die innere Begegnung, den Dialog mit sich selbst bzw. mit einem Teil der eigenen Persönlichkeit (einem Introjekt, einer Erinnerung, einem Gefühl usw.). So lassen sie beispielsweise einen Klienten die Augen schließen und eine bestimmte Situation heraufbeschwören, in der er ein bestimmtes Gefühl erlebt oder eine prägende Erfahrung mit einem Elternteil gemacht hat. Die Therapeuten besprechen intrapsychische Konflikte, Einstellungen und Phantasien, machen unbewußte Motive, Bedürfnisse und Abwehrmechanismen bewußt und decken verleugnete bzw. verdrängte Erlebnisse, Gefühle, Gedanken und Wünsche auf. Auf diese Weise fördern sie die Introspektion, ändern die Sichtweise des Familienmitglieds von sich selbst und integrieren verneinte, verdrängte oder dissoziierte Persönlichkeitselemente. Auch zeigen sie auf, daß ein Klient nicht nur aufgrund seiner interpersonalen Situation unzufrieden ist, sondern daß viele Ursachen in der eigenen Person liegen. Um diese Erkenntnisse herbeizuführen, werden *Interpretationen* eingesetzt, d.h. verbale Stellungnahmen, mit deren Hilfe den Familienmitgliedern das ihnen Unbewußte bewußt und das ihnen Unverständliche verständlich gemacht werden soll. „Dynamische“ Interpretationen dienen der Deutung der im Individuum wirkenden und sein Handeln bestimmenden (psychischen) Kräfte, während mit Hilfe „genetischer“ Interpretationen Beziehungen zwischen vergangenen Erfahrungen und dem gegenwärtigen Erleben bzw. Verhalten deutlich gemacht werden (s. unten). Manche Therapeuten machen auch von der Traumdeutung Gebrauch. Zudem bedienen sich viele der *Konfrontation*, d.h. sie stellen Diskrepanzen in den Botschaften und im Verhalten einer Person heraus, betonen die Widersprüche zwischen Ideal und Wirklichkeit, Erkenntnis und Handeln, Illusion und Realität. Mit Hilfe von Interpretation und Konfrontation lassen sich „Einsicht“ (das Erfassen von Bedeutungen und Sinnzusammenhängen) und „Katharsis“ (die Abreaktion unterdrückter Emotionen und Spannungen) erreichen. Wenn die Klienten ihr Verhalten und Erleben verstehen, besitzen sie mehr Auswahlmöglichkeiten. Beispielsweise können sie sich neue Ziele setzen, ein größeres Maß an Selbstkontrolle anstreben oder versuchen, auf andere Art und Weise zu reagieren. Einige Familientherapeuten (z.B. Haley, Watzlawick, Bell, Beels) sind der Meinung, daß man Einsichten nicht überbewerten sollte, da sie häufig ohne beobachtbare Folgen bleiben. Zudem werden sehr oft Verhaltensänderungen registriert, die ohne eine vorausgegangene Einsicht auftreten oder die gar erst zu einer solchen führen. Jedoch sollte man Interpretation und Konfrontation auch nicht unterbewerten, da sie den meisten Therapeuten gute Dienste leisten. Allerdings sollte man z.B. extrem

⁸⁸ Siehe zu den letzten 3 Abschnitten MacGregor et al. (1964), Schefflen (1965), Satir (1967, 1975a, c), Sorrells u. Ford (1969), Jungreis (1970a, 1971b), Mitchell (1970b), Bowen (1972), Rubinstein (1973, 1979), Glick u. Kessler (1974), Kempler (1975), Wallace u. Fogelson (1975), Duhl (1976), Luber u. Wells (1977), Bandler et al. (1978), Ellis (1978), Haley (1978a, 1980), Rubinstein u. Timmins (1978, 1979), Napier u. Whitaker (1979), Duhl u. Duhl (1981), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983b).

negative Gefühle und sehr destruktive Motive nicht aufdecken, da der Schaden vielfach größer als der Gewinn ist.⁸⁹

Oft machen Therapeuten auch den Versuch, den Ursprung von Problemen, Ängsten und negativen Einstellungen zu klären, indem sie mit den Familienmitgliedern über Kindheits-erfahrungen, internalisierte Bilder und Traumata sprechen. Sie suchen nach pathogenen Strukturen und Prozessen (z.B. nach Störungen in der Beziehung zwischen den Ehepartnern sowie zwischen Eltern und Kindern) in den Ursprungsfamilien und erklären den Klienten, welche Rollen sie dort eingenommen haben. Dabei versuchen sie, mit Hilfe von Interpretationen und Konfrontationen die Familienmitglieder zu Einsicht und Katharsis zu führen und die von ihnen verdrängten Konflikte zu lösen – wobei sie aber eine unglückliche Kindheit nicht als Entschuldigung für das gegenwärtige unbefriedigende Verhalten oder für den Mangel an Veränderungsbereitschaft akzeptieren. Gleichzeitig verweisen sie auf Parallelen zwischen vergangenem und gegenwärtigen Eltern-Kind-Problemen:

Frequently, a parent's disturbed reaction to a child's behavior is evoked by parent's associating a problem or a feeling which he had in childhood toward his or her own parent over a similar issue. The affective release and insight which that parent experiences when encouraged by the therapist to recollect and relive the feelings associated with that early parent-child problem seem often to enable these parents to respond in a new way to their children's current behavior (Friedman 1971b, S. 33).

Zudem machen Familientherapeuten ihren Klienten bewußt, daß sie ihre Partner und Kinder entsprechend dem oft negativen Vorbild von Mitgliedern der Ursprungsfamilie behandeln und daß sie von diesen unerwünschte Verhaltensweisen, extreme Einstellungen, Mythen, falsche Erziehungstechniken usw. übernommen haben. Oft fördern sie das Verstehen und Durcharbeiten alter Beziehungen und Introjekte, indem sie Tagebücher, Familienphotos und Genealogien besprechen, Reisen zu älteren Verwandten vorschlagen, Familienskulpturen (s.S. 212–214) anregen oder Rollenspiele durchführen. Sollen z.B. pathologische Trauerprozesse beendet werden, so kann sich ein Therapeut auf den Boden legen und das gestorbene Familienmitglied spielen; die Klienten müssen dann niederknien und ihn betrauern. Viele Therapeuten klären auch die Verdienstkonten der Familienmitglieder und helfen ihnen, diese auszubalancieren. Dabei zeigen sie zu starke Loyalitätsbindungen, Vermächtnisse und Verpflichtungen auf, die sich negativ auf Selbstdifferenzierung, Individuation und Weiterentwicklung auswirken.⁹⁰

In diesem Zusammenhang spielt die *Übertragung* eine besondere Rolle. Damit bezeichnen wir diejenigen Reaktionen eines Klienten gegenüber dem Therapeuten, die seinem Verhalten gegenüber signifikanten Anderen in früheren sozialen Beziehungen entsprechen. Meist überträgt er die Gefühle, Ängste, Einstellungen, verdrängten Konflikte und

⁸⁹ Vgl. Sorrells u. Ford (1969), Friedman u. Mitchell (1970), Haley (1971b), Kempler (1971, 1975), Schaffer et al. (1971), Sonne (1971, 1972), Beels u. Ferber (1972), Fieldsteel (1974), Glick u. Kessler (1974), Beck et al. (1975), Bell (1975), Boszormenyi-Nagy (1975b), Satir (1975b), Wynne (1975), Feldman (1976a, b); Framo (1976b), Ellis (1978), Hatcher (1978), Napier u. Whitaker (1979), Watzlawick et al. (1980), Whitaker u. Keith (1981).

⁹⁰ Siehe hierzu MacGregor et al. (1964), Bell (1967), Satir (1967, 1975c), Ackerman (1970b), Spark u. Brody (1970), Friedman (1971b), Beels u. Ferber (1972), Kadis (1972), Bloch u. LaPerriere (1973), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Boszormenyi-Nagy (1974, 1975b), Papp et al. (1974), Spark (1974, 1977), Beck et al. (1975), Anderson u. Malloy (1976), Framo (1976b), Kaslow u. Friedman (1977), Haley (1978a), Kaufman (1979), Napier u. Whitaker (1979), Rueni (1979a), Boszormenyi-Nagy u. Ulrich (1981).

ungelösten Probleme, die in der Vergangenheit seine Beziehung zu einem Elternteil oder einem anderen Mitglied der Herkunftsfamilie bestimmten. Er versucht also unbewußt, den Therapeuten zu einem Elternsubstitut zu machen. Allgemein wird unterschieden zwischen 1) *positiver* Übertragung, bei der ein Klient den Therapeuten mit guten Introjekten identifiziert, intensiv mitarbeitet und oft eine gewisse Disloyalität gegenüber den eigenen Eltern (Schuldgefühle) empfindet, und 2) *negativer* Übertragung, bei der er Gefühle wie Haß, Angst, Wut usw. (die er den Eltern gegenüber empfand) auf den Therapeuten projiziert, ihm eine Sündenbockrolle zuweist und oft an eine vorzeitige Beendigung der Behandlung denkt. Aufgrund der Anwesenheit der andern Familienmitglieder, die ja auch als Übertragungsobjekte fungieren, sind Übertragungsvorgänge in der Familientherapie zumeist weniger stark ausgeprägt als in der Individualtherapie. Sie werden mit Hilfe von Interpretationen aufgedeckt, wobei die Therapeuten ihre intrapsychischen Quellen aufzeigen, die von ihnen hervorgerufenen Wahrnehmungsverzerrungen analysieren und die begleitenden Gefühle freisetzen. Auf diese Weise klären sie frühkindliche Beziehungen, befreien die Klienten von Introjekten und fördern deren Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Zugleich bringen sie sich in ihrer Wirklichkeit ein.⁹¹

2. Theorieelement: Kognition. Ein großer Teil der Arbeit von Familientherapeuten besteht im Erklären, Lehren und Unterrichten. So informieren sie z.B. Jugendliche über Sexualorgane, Geschlechtsverkehr und Methoden der Empfängnisverhütung. Immer wieder decken Therapeuten irrationale Überzeugungen auf, klären sie und ersetzen sie durch bessere. Auch verdeutlichen sie die Absurdität paranoider Verdächtigungen und die Unerreichbarkeit utopischer Ziele bzw. übertriebener Wünsche. Oft bekämpfen sie diese auch, indem sie ihnen prinzipiell zustimmen, sie aber nicht für stark genug halten. Wenn Klienten unter fixen Ideen leiden oder viel grübeln, rufen die Therapeuten z.B. „Halt“, lassen den Atem anhalten oder ein Gummiband um das Handgelenk wickeln, sobald die unerwünschten Gedanken kommen. Häufig verändern sie auch Wahrnehmungsprozesse sowie die Art und Weise der Informationsverarbeitung: „Wie alle Therapeuten ist auch der Familientherapeut skeptisch gegenüber der Realitätswahrnehmung der Menschen. Er läßt ein Mitglied der Familie wissen, daß seine Erfahrungen zweifelhaft sind, weil der Therapeut weiß, daß die Realität komplexer ist. Er rüttelt an der Überzeugung der einzelnen Familienmitglieder von der Gültigkeit ihrer Erfahrungen“ (Minuchin 1978, S. 148, 149). So zeigen Familientherapeuten Wahrnehmungsstörungen auf, bieten alternative Sichtweisen an, klarifizieren Unstimmigkeiten oder verändern den Wahrnehmungsrahmen. „To reframe ... means to change the conceptual and/or emotional setting or viewpoint in relation to which a situation is experienced and to place it in another frame which fits the 'facts' of the same concrete situation equally well or even better, and thereby changes its entire meaning“ (Watzlawick et al. 1974, S. 95). Die Therapeuten stellen also z.B. positive Aspekte von Verhaltensweisen und Einstellungen heraus, die der Klient sehr negativ sieht. Auch lehren sie die Familienmitglieder, Informationen vollständig aufzunehmen (erkundigen sich, was sie gesehen, gehört und empfunden haben) und unter Ausschaltung von Vermutungen

⁹¹ Vgl. MacGregor et al. (1964), Kempler (1971), Bloch u. LaPerriere (1973), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Glick u. Kessler (1974), Semrad u. Grunebaum (1974), Ellis (1978), Whitaker u. Keith (1981).

sinnvoll zu verarbeiten. Zudem erläutern sie ihnen den unter 2.1 beschriebenen Problemlösungsprozeß und helfen ihnen, das Lernen zu erlernen.⁹²

Einige Therapeuten helfen den Klienten auch, ihr Innenleben zu erforschen und ihr Bewußtsein zu erweitern, indem sie sie immer wieder fragen, was sie in ihrem Inneren hören, sehen und empfinden. So schließen sie Erlebnislücken, vervollständigen Erfahrungen und machen alle Aspekte des Kontaktes mit der Umwelt (Objekte, Personen usw.) bewußt, wobei sie Dingen eine ganzheitliche Gestalt verleihen. Durch absurdes Handeln, freie Assoziationen oder die Förderung von Identifikationen stellen sie vorgefaßte Meinungen, überholte Vorstellungen und alte Denkmuster in Frage, vergrößern die Komplexität der jeweiligen Situation und öffnen den Zugang zu unbewußten Prozessen. Zudem verfälschen sie Phantasien und führen dadurch Verhaltensänderungen herbei – so fragen sie z. B. einen Klienten mit Selbstmordgedanken, wie sein Partner wohl die Beerdigung gestalten werde, ob er lange trauern werde, wen er später heiraten werde usw.⁹³

3. Theorieelement: Psychische Kräfte. Viele Familientherapeuten halten alle Arten von Emotionen für akzeptabel. Sie machen Gefühle und Motive bewußt, decken verdrängte Affekte und Bedürfnisse auf, bauen Abwehrmechanismen und Hemmungen ab und fördern den Ausdruck von Emotionen und Wünschen (Selbstoffenbarung). Auch lenken sie Bestrebungen ihrer Klienten, zeigen die Vereinbarkeit divergierender Antriebe auf und weisen auf Möglichkeiten zur Befriedigung spezifischer Bedürfnisse hin. Häufig bekämpfen Therapeuten eine extrem rationale Haltung, wollen ihre Klienten (insbesondere Männer) sensibler machen, wieder mit ihren Gefühlen in Kontakt bringen und deren Bandbreite erweitern. Manchmal steigern sie die Stärke von Emotionen und machen sie bewußt, indem sie z. B. schweigen oder provokativ reagieren. Die Therapeuten akzeptieren und bestätigen die Gefühle ihrer Klienten und zeigen Verständnis. Auch reflektieren und interpretieren sie deren Empfindungen und verhelfen so den Familienmitgliedern zu einem besseren Verständnis ihrer selbst. Zugleich verdeutlichen sie ihnen, daß jeder für die eigenen Gefühle verantwortlich ist und sie auch kontrollieren kann.

In der Regel bauen Familientherapeuten sich negativ auswirkende psychische Kräfte wie Ängste, Schuldgefühle oder Bedürfnisse nach Symbiose und Abhängigkeit ab. Beispielsweise steigern sie unerwünschte Emotionen, bis diese eine so extreme Stärke erreicht haben, daß sie aufgegeben werden müssen. Oder sie übertreiben die vorherrschenden Gefühle (sind z. B. polemisch in streitsüchtigen Familien) und rufen auf diese Weise ein entgegengesetztes Verhalten hervor. Die Therapeuten schwächen Aggressionen, indem sie sie umlenken, aufsplintern oder erfolglos verlaufen lassen oder indem sie mit Humor bzw. mit einem Gegenangriff reagieren. Sie geben ängstlichen Familienmitgliedern Sicherheit, Wärme und bedingungslose Zuneigung, während sie bei psychogenen Schmerzen versuchen, eine zeitliche Verschiebung und bewußte Kontrolle derselben zu erreichen. Familientherapeuten fördern auch positive Gefühle und injizieren neue Emotionen in das Familienleben, wobei sie oft Rollenspiele und Übungen (oder ihren Humor) einsetzen. Gehemmten Klienten geben sie die explizite Erlaubnis, Spaß zu haben, zu spielen, zu phantasieren und ihre Sexualität zu genießen. Manchmal rufen sie ein regressives Verhalten hervor, indem sie Fa-

⁹² Siehe hierzu Haley (1967 d), Sorrells u. Ford (1969), Sonne u. Lincoln (1970b), Kempter (1971), Watzlawick et al. (1974), Patterson et al. (1975), Duhl (1976), Ellis (1978), Minuchin (1978).

⁹³ Vgl. Whitaker (1973), Satir (1975c), Bandler et al. (1978), Hatcher (1978), Kaslow u. Cooper (1978), Whitaker u. Keith (1981).

milienmitglieder verwirren oder necken, irrationale Bemerkungen machen oder eigene Phantasien offenlegen. Sie können aber auch absurd handeln, um Spontaneität, Kreativität und Flexibilität ihrer Klienten zu vergrößern oder um ihnen das Ertragen von Angst und Chaos zu erleichtern.⁹⁴

4. Theorieelement: Verhalten. Amerikanische Familientherapeuten zeigen pathologische bzw. gestörte Verhaltensweisen eines Klienten auf und reduzieren so die Häufigkeit ihres Auftretens. Dazu genügt es manchmal schon, sie von anderen Familienmitgliedern registrieren zu lassen. Ansonsten müssen die sie verstärkenden bzw. aufrechterhaltenden Mechanismen abgebaut werden. Oft ersetzen die Therapeuten pathologische Verhaltensweisen durch solche, die sich besser zum Erreichen der angestrebten Ziele eignen, mit deren Hilfe die erwünschten Ergebnisse auf sozial akzeptable Weise erreicht werden können und die eine angemessene Befriedigung der zugrundeliegenden Bedürfnisse ermöglichen. Sie verändern also Verhaltensweisen, nicht aber deren Funktion. Ferner lehren sie neue Reaktionen, indem sie diese beispielsweise genau beschreiben oder vormachen und üben lassen. Vielfach bedienen sie sich auch der operanten Konditionierung, der Verhaltensaushöpfung oder des Rollenspiels. Neue Verhaltensweisen lassen sich außerdem durch Geschichten, Beispielen, Parabeln und Analogien lehren. Da die Klienten aber auch viele Reaktionen von den Therapeuten selbst übernehmen, indem sie sie genau beobachten, als Modell begreifen oder sich mit ihnen identifizieren, sollten letztere immer vorbildlich handeln. Zudem aktualisieren Therapeuten positive Verhaltensweisen, die bereits im Repertoire der Familienmitglieder vorhanden sind, aber nur selten gezeigt werden. Auch veranlassen sie, daß die Klienten erwünschte Reaktionen, die sie bisher nur in größeren Systemen gezeigt haben, auf die Familiensituation transferieren. Schließlich lehren sie ihre Klienten (Erwachsene *und* Kinder), die von einem Familienmitglied gezeigten positiven Verhaltensweisen zu verstärken und unerwünschte zu ignorieren. Auch schulen sie ihre Fertigkeiten, verbessern ihre Selbstkontrolle, stärken ihre Durchsetzungskraft und vergrößern ihre Anpassungsfähigkeit. Zudem schreiben Familientherapeuten häufig bestimmte Verhaltensweisen vor, geben klar und präzise formulierte Anweisungen, kontrollieren deren Ausführung und verhindern Ausweichmanöver. Oft führen sie Verhaltensänderungen auch durch Auflehnung herbei. So sagen sie den Klienten, was sie tun sollen – ohne aber zu wollen, daß sie es tun. Das durch den hervorgerufenen Widerstand bedingte Verhalten ist dann das eigentlich gewünschte.⁹⁵

Viel Aufmerksamkeit widmen Familientherapeuten der Veränderung des Verhaltens des IP. In Einzelfällen wirken sie mit Hilfe von *Medikamenten* auf ihn ein, um z.B. seine Symptome zu mildern, eine Hospitalisierung zu vermeiden oder Spannungen abzubauen. Dabei ist es empfehlenswert, die Medikamente als Mittel zur Verhaltenskontrolle und ihre Ver-

⁹⁴ Zu den letzten beiden Abschnitten s. Ackerman (1960, 1970d), Erickson (1967a), Minuchin et al. (1967), Sonne u. Lincoln (1970b), Speck (1971), Laqueur (1973), Semrad u. Grunebaum (1974), Kempler (1975), Satir (1975a, b, c), Whitaker (1975b), Bowen (1978), Ellis (1978), Haley (1978a), Hare-Mustin (1978), Kaslow u. Cooper (1978), Keith u. Whitaker (1978), Minuchin (1978), Napier u. Whitaker (1979), L'Abate u. Frey III (1981), Whitaker u. Keith (1981), Textor (1983b), Falloon u. Liberman (1984).

⁹⁵ Vgl. Patterson et al. (1967), Jungreis (1970a, 1971a), Liberman (1970), Sonne (1972), Friedman (1974a), Malouf u. Alexander (1974), Benassi u. Larson (1976), Feldman (1976a, b), Laqueur (1976), Weakland (1976), Haley (1977, 1978a), Ellis (1978), Ginsberg et al. (1978), Stanton u. Todd (1979), Barton u. Alexander (1981), Minuchin u. Fishman (1981), Falloon u. Liberman (1984).

wendung als kurzzeitig zu definieren. Oft müssen ärztliche Maßnahmen erklärt, falsche Vorstellungen diskutiert und die Familie zur Zusammenarbeit mit dem Arzt motiviert werden.⁹⁶

Manche Therapeuten schaffen Situationen, in denen sich der IP anders verhalten und neue Erfahrungen machen muß. So meint Haley (1980): „When one accepts the idea that behavior is *adaptive* to a situation, then one must arrange a normal situation to achieve normal behavior“ (S. 69). Einem schizoiden Klienten wird z. B. der Auftrag gegeben, jeden Tag auf dem Weg zur Arbeit eine ihm unbekannte Person anzusprechen und in ein kurzes Gespräch zu verwickeln. Oft muß er Tanzstunden besuchen oder in eine Discothek gehen, damit er dort bestimmte Beobachtungen anstellt. Wenn eine Person unter Minderwertigkeitsgefühlen leidet, bewundern und umwerben sie die Therapeuten und überzeugen sie auf diese Weise von ihrer Anziehungskraft. Oft beschreiben sie ihr auch, wie man sein Äußeres attraktiv gestalten kann, wie man mit Unbekannten Kontakt aufnimmt oder um eine andere Person wirbt. Zudem lehren Therapeuten junge Erwachsene altersgemäße Verhaltensweisen und helfen ihnen, sich von den Eltern abzulösen. So erklären sie ihnen, wie man einen Arbeitsplatz findet, eine Wohnung einrichtet oder sich an der Universität zurechtfindet. Zaudernde, ängstliche oder übervorsichtige Klienten werden oft mit Hilfe eines „Teufelspakts“ zum Handeln gezwungen. Die Therapeuten erklären ihnen, daß es für ihr Problem wohl eine Lösung gäbe, daß sie aber dem Plan im voraus zustimmen und ihn ausführen müßten. Wenn die Klienten mit dieser Regelung nicht einverstanden sind, wird ihnen vorgeworfen, daß sie ihre Probleme übertreiben und daß ihnen eine Lösung nicht wichtig sei.⁹⁷

Viele Therapeuten konzentrieren sich auf die Veränderung des Symptoms, da es im Leben der Klienten eine große Rolle spielt. So kann es in der Regel nicht beibehalten werden, wenn ihm eine andere Bedeutung zugeschrieben wird – wenn es beispielsweise als Hilferuf, als Waffe in interpersonalen Konflikten oder als mißglückter Versuch der Weiterentwicklung *undefiniert* wird. Häufig zeigen die Therapeuten positive Aspekte im Verhalten des IP auf, unterstellen eine gutartige Motivation oder schreiben dem Symptom eine sinnvolle Funktion zu. Oder sie erklären, daß das Symptom kein Anzeichen für eine Krankheit sei, sondern daß es sich vielmehr um eine Verhaltensstörung handle, die der IP selbst kontrollieren kann und auf die auch die anderen Familienmitglieder einwirken können. Zudem wird in vielen Fällen von der *Symptomverschreibung* Gebrauch gemacht. So wird der IP aufgefordert, das unerwünschte Verhalten beizubehalten und möglichst noch zu steigern. Entweder reagiert dieser dann mit entgegengesetztem Verhalten (hier wird wieder der Widerstand zum Erzielen von Veränderungen benutzt) oder die Therapeuten können die Kontrollierbarkeit des Symptoms aufzeigen. In diesem Zusammenhang schreibt Whitaker (1973): „My tactic has become a kind of tongue-in-cheek put-on; an induced chaos now called ‚positive feedback‘ – that is, we augment the pathology until the symptoms self-destruct“ (S. 51). So lassen die Therapeuten die Symptome absurd erscheinen oder übertreiben sie, indem sie z. B. bei Hypochondrie übergroßes Mitleid zeigen. Oft akzeptieren sie das Symptom, versuchen dann aber, Zeitpunkt, Häufigkeit, Dauer oder Ort seines Auftretens zu verändern. Auch lehren sie den IP, das Symptom zu kontrollieren – wenn er z. B. Angst vor großen Fehlern hat, lassen sie ihn jeden Tag einen kleinen machen. Und wenn er

⁹⁶ Siehe hierzu Langsley u. Kaplan (1968), Glick u. Kessler (1974), Anderson (1977), Haley (1980).

⁹⁷ Vgl. Haley (1967d, 1978a, 1980), Watzlawick et al. (1974).

unter einem Waschzwang leidet, schreiben sie ihm genau vor, wann er sich die Hände waschen soll. In anderen Fällen ersetzen die Therapeuten ein sich sehr negativ auswirkendes Symptom durch ein kleines und unbedeutendes, das aber denselben Zweck erfüllt. Vielfach lassen sie auch den IP das Symptom (z. B. Impotenz, nervöses Zittern usw.) ankündigen, also nicht verheimlichen oder unterdrücken. Zudem spielen sie manchmal Symptome gegeneinander aus – weisen z. B. einen zaudernden und schüchternen Studenten an, eine Frau (zur Strafe) auszuführen, wenn er eine Arbeit nicht innerhalb einer bestimmten Zeit erledigt.⁹⁸

In vielen Fällen bieten sich auch *verhaltenstherapeutische Techniken* an. So kann das Verhalten des IP mit Hilfe des operanten Konditionierens, der Tokenverstärkung (s. unten), des Kontingenzmanagements, der sukzessiven Approximation oder der systematischen Desensibilisierung modifiziert werden. Oft ignorieren die Therapeuten unerwünschte Verhaltensweisen oder unterbinden deren Verstärkung durch andere Familienmitglieder. In Extremfällen machen sie auch von der Auszeitbestrafung Gebrauch, indem sie den IP (ein Kind) für bis zu 5 Minuten isolieren und ignorieren lassen. (Er muß z. B. ruhig auf einem Stuhl sitzen und darf nicht mit anderen Personen sprechen.) Häufig schließen sie mit dem Symptomträger (einem Jugendlichen oder Erwachsenen) einen Vertrag über bestimmte Verhaltensänderungen, lassen ihn also Verantwortung für sich selbst und seine Leistungen übernehmen. Zudem lehren sie ihn positive Verhaltensweisen mit Hilfe der bereits erwähnten Methoden – manchmal aber auch indirekt, indem sie z. B. seine Geschwister loben, wenn diese die erwünschten Reaktionen zeigen.⁹⁹

Falls es sich beim IP um ein Kind handelt oder falls die Klienten über Erziehungsprobleme klagen, versuchen viele Familientherapeuten, das Verhalten der Kinder indirekt durch die Veränderung des elterlichen Verhaltens zu modifizieren. Sie machen die Eltern für ihre Kinder verantwortlich und verlangen, daß sie deren Verhalten kontrollieren und die ihnen zustehende Autorität übernehmen. Auch gehen sie davon aus, daß die Eltern einen größeren und längerfristigen Einfluß auf die Kinder ausüben können als die Therapeuten und Zugang zu mehr und wichtigeren Verstärkern haben. Zudem entfällt der Lerntransfer, wenn Eltern ihre Kinder ein bestimmtes Verhalten lehren. So erklären die Therapeuten zuerst den Eltern das Verhalten und die Symptome ihrer Kinder (des IP) und versichern ihnen, daß diese nicht behindert oder somatisch krank sind. Auch besprechen sie mit ihnen die Ergebnisse der diagnostischen Tests und beschreiben die Stärken, Schwächen, Fähigkeiten und verwundbaren Stellen der Kinder. Dann lehren sie die Eltern bestimmte Erziehungsmethoden, Kenntnisse und Therapietechniken, wobei sie oft Handbücher, Broschüren oder programmierte Texte als Hilfsmittel verwenden (Hausaufgaben). Anschließend wird die Anwendung dieser Methoden und Techniken im Büro der Therapeuten oder in der Wohnung der Klienten (Lerntransfer entfällt) geübt. Beispielsweise schreiben Christophersen et al. (1976):

⁹⁸ Siehe hierzu Erickson (1967a), Haley (1967d, 1976, 1977, 1978a, 1980), Langsley u. Kaplan (1968), Pittman III et al. (1971), Whitaker (1973, 1975b), Watzlawick et al. (1974), Feldman (1976b), Weakland et al. (1980), Barton u. Alexander (1981).

⁹⁹ Auf das Individuum bezogene verhaltenstherapeutische Techniken werden in vielen, leicht zugänglichen Publikationen beschrieben. So können wir an dieser Stelle auf eine ausführlichere Darstellung verzichten.

Vgl. Patterson et al. (1975), Benassi u. Larson (1976), Ellis (1978), Barton u. Alexander (1981), Textor (1983a), Falloon u. Liberman (1984).

The home intervention can be best conceptualized in terms of three general phases. During the first and most intensive phase, the therapist actively intervened with the children (in the presence of the parents), established initial control with the children, and modeled correct application of the intervention techniques. In the second phase, the therapist involvement was altered to the extent that the natural parents assumed responsibility for implementing the techniques in the presence of the therapist. The therapist's role in this phase was that of monitoring ongoing behavior and providing the parents and children with feedback about the adequacy of their performance (...). The third and final phase consisted of making infrequent contacts with parents to assure maintenance of behavioral change or to assess new problems which may have been confronted (S. 37, 38).

Gegen Ende einer jeden Sitzung besprechen die Therapeuten die verwendeten Techniken mit den Eltern, kritisieren deren Verhalten, schlagen Veränderungen vor oder lehren neue Fertigkeiten (operantes Konditionieren, Auszeitbestrafung, Überprüfung der Hausaufgaben, Verwendung von Lernmaterialien usw.). Sie beschreiben die empfohlenen Techniken genau, geben Beispiele für ihre Anwendung, machen sie vor und lassen sie von den Eltern nachahmen, wobei sie Verfahren wie Verhaltensausformung, Rollenspiel und Verhaltensübung einsetzen. In der nächsten Sitzung geben sie dann evtl. einen akustischen Hinweis, sobald die Eltern die neue Technik einsetzen sollen. Auch erklären sie ihnen, daß positive Verstärkung wichtiger ist als negative. Wenn die Behandlung im Büro stattfindet, müssen die Therapeuten den Transfer der neugelernten Verhaltensweisen und Techniken fördern, da diese nicht ohne weiteres zu Hause beibehalten bzw. eingesetzt werden. So stellen sie Hausaufgaben oder telefonieren mehrmals pro Woche mit den Eltern, um zu überprüfen, ob die neuen Techniken auch daheim verwendet und die gelernten Verhaltensweisen beibehalten werden. Es ist offensichtlich, daß sich die beschriebene Vorgehensweise variieren läßt – so kann man z. B. mit Gruppen von Eltern (oder Müttern) und Kindern arbeiten, die Sitzungen nach spieltherapeutischen Gesichtspunkten gestalten oder die Eltern als Nachhilfelehrer ausbilden.

Auf Empfehlung der Familientherapeuten schließen viele Eltern *Verhaltensverträge* mit ihren Kindern ab (evtl. unter Verwendung eines Formblatts). Zuerst spezifizieren sie 2–5 erwünschte (und unerwünschte) Verhaltensweisen, ordnen ihnen eine bestimmte Anzahl von Punkten (oder Chips) zu und vereinbaren, wieviel Punkte bei ihrem Auftreten gewonnen (bzw. verloren) werden. Anschließend stellen sie eine Liste von Belohnungen und Strafen zusammen, die bei bestimmten Punktzahlen fällig werden. Wenn die Kinder die erwünschten Verhaltensweisen zeigen, sollten die Eltern sie sofort darauf hinweisen und Punkte zuteilen. In der Regel ist die positive Wirkung dieses Verfahrens noch größer, wenn die Eltern in diesem Augenblick zusätzlich soziale Verstärker einsetzen, also lächeln, enthusiastisch sind, die Kinder loben oder sie umarmen. Wenn unerwünschte Verhaltensweisen auftreten, sprechen die Eltern sie ebenfalls sofort an und ziehen Punkte ab. Dabei sollten sie Streit vermeiden und nicht nörgeln oder schimpfen. Wenn die erwünschten Verhaltensweisen gelernt wurden und automatisch auftreten, werden neue Verträge abgeschlossen: „Later programs will increase in complexity, both in terms of the number of behaviors tracked, the size of the reward and the delay in providing backup reinforcement“ (Patterson et al. 1975, S. 64).

In vielen Fällen stellen Familientherapeuten gemeinsam mit den Eltern einen *Handlungsplan* auf, mit dessen Hilfe das Verhalten des IP modifiziert und dieser in eine normale Situation zurückgeführt werden soll. Zuerst betonen sie, daß das Kind nicht krank sei und in Kürze wieder „normal“ sein werde. Dann besprechen sie mit den Eltern, wie diese auf das Verhalten des IP einwirken sollen, wie er vermutlich reagieren wird und welche Maßnahmen daraufhin zu treffen sind. So stellen sie einen Plan auf, der es den Eltern ermög-

licht, beispielsweise einen gewalttätigen Jugendlichen im Zaum zu halten (mit Hilfe von Geschwistern oder Nachbarn), einen apathischen zum Handeln zu zwingen (indem sie ihn nicht mehr mit Nahrung und Kleidung versorgen oder indem sie ihn einsperren) oder einen selbstmordgefährdeten vor sich selbst zu schützen (indem sie ihn den ganzen Tag bewachen). Dann wird der Plan vorbereitet und ausgeführt. Dabei kommt es vielfach zu einer Familienkrise, bei der größere Probleme zutage treten und somit gelöst werden können. Wenn die Eltern den Plan nicht ausführen, werden sie streng getadelt und bemitleidet. Es wird beklagt, daß sie dem Kind (also nicht dem Therapeuten) gegenüber versagt haben. Dann bitten die Eltern in der Regel um eine zweite Chance. Manchmal drohen die Therapeuten ihnen auch mit der Institutionalisierung oder Hospitalisierung des IP, falls sich sein Verhalten nicht ändern sollte. Oder sie machen von paradoxen Techniken Gebrauch, indem sie z.B. eine dem Kontext widersprechende Direktive geben. So mögen sie mit den Eltern eines schulphobischen Kindes die für die Familie negativen Folgen diskutieren, die bei einem regelmäßigen Schulbesuch des Kindes auftreten würden, und ihnen dann raten, das Kind daheim zu behalten.¹⁰⁰

5.3.2 Techniken zur Veränderung der Familie

5. Theorieelement: Kommunikation. Amerikanische Therapeuten machen gestörte Interaktionsmuster bewußt und zeigen auf, wie häufig sie erscheinen, in welchen Variationen sie auftreten und wie sie z.B. Konfliktlösungsversuche beeinflussen. Sie besprechen Interaktionssequenzen und erklären, wie Kommunikationsstörungen durch unterschiedliche Interpunktion von Ereignisketten, unterschiedliche Perspektiven und durch Benutzung verschiedener Kommunikationskanäle verursacht werden. Die Therapeuten verdeutlichen die Entstehung von Mißverständnissen, indem sie die Verwendung unklarer und vieldeutiger Begriffe kritisieren, auf unvollständige und inkongruente Botschaften hinweisen und die Diskrepanz zwischen rationalen Aussagen und verheimlichten Gefühle, Erwartungen und Einstellungen aufzeigen. Auch machen sie darauf aufmerksam, daß viele Botschaften mißinterpretiert werden, weil der Empfänger von Vermutungen und Vorannahmen ausgeht, ein falsches Bild vom Sender besitzt oder seine Wahrnehmung durch bestimmte Vorurteile, Abwehrmechanismen bzw. Bedürfnisse verfälscht wird. So zeigen sie, daß die Familien als Ganzes in dysfunktionalen Interaktionsmustern gefangen sind, also keine Einzelperson für die Probleme verantwortlich ist oder als „krank“ bezeichnet werden kann.

Viele Therapeuten leiten ihre Klienten an, *Metakommunikation* zu betreiben. Sie lassen sie immer wieder von der Auseinandersetzung über einen bestimmten Inhalt (z.B. ein Problem, Motiv oder Ziel) zur Analyse des Kommunikationsprozesses (also der Art und Weise der Auseinandersetzung) hinüberwechseln, dysfunktionale Interaktionsmuster entdecken und im Fortgang der Auseinandersetzung abbauen. Die Familienmitglieder werden auch manchmal gebeten, häufig auftretende Problemsituationen vorzuspielen. Dabei zeigen die Therapeuten Kommunikationsstörungen auf. Oder sie teilen die Familie in 2 Gruppen auf

¹⁰⁰ Zu den letzten 3 Abschnitten s. Patterson et al. (1967, 1975), Hawkins et al. (1971), Friedman (1973c), Ingram (1974), Philage et al. (1975), Christophersen et al. (1976), Green et al. (1976), Haley (1977, 1978a, 1980), Ginsberg et al. (1978), Kaslow u. Cooper (1978), Barton u. Alexander (1981), Textor (1983a), Falloon u. Liberman (1984).