

3.2.2 Weitere Therapiephase

In der mittleren Therapiephase versuchen amerikanische Familientherapeuten, den Behandlungsplan in die Praxis umzusetzen. Sie schätzen mögliche therapeutische Eingriffe hinsichtlich der Einflußstärke, der Kosten und Erfolgsaussichten ab, wählen sinnvolle Techniken (s. 5.3.1 ff.) aus und setzen sie ein. Immer wieder erkennen sie neue Probleme, untersuchen deren Ursachen, bestimmen weitere Therapieziele, greifen ein und evaluieren den Erfolg der jeweiligen Intervention. So schreibt Minuchin (1978): „Die therapeutische Einheit ist in ständiger Bewegung, und die Prozesse von Anschluß, Sondierung, Beobachtung, Hilfe, Aufstellung des therapeutischen Kontraktes und „Zündung“ der Transformation ereignen sich immer und immer wieder in kaleidoskopartiger Abfolge“ (S. 172). Die Therapeuten modifizieren pathologische Strukturen und Prozesse, helfen beim Lösen von Problemen und Konflikten, lehren erwünschte Verhaltensweisen, vermehren die Stärken der Familie und fördern die Weiterentwicklung ihrer Mitglieder. Oft sind sie jetzt weniger aktiv und direktiv als in der Anfangsphase, verhalten sich mehr wie Peers, lassen die Klienten intensiv an sich selbst und der Familie arbeiten und übertragen ihnen ein Großteil der Verantwortung für den Behandlungserfolg. Auch machen sie jetzt häufig vom Telefon Gebrauch, um auf das Familienleben Einfluß zu nehmen. Vielfach wird nun die Zusammensetzung der Therapiegruppe variiert und der Brennpunkt auf die Ehebeziehung oder auf das Erziehungsverhalten der Eltern verlagert. Häufig müssen auch der Therapiekontrakt oder die Strategie geändert werden – z.B. wenn weitere Probleme entdeckt und neue Ziele gesetzt werden oder wenn Interventionen ohne Erfolg bleiben.⁶⁷

Jede Sitzung beginnt in der Regel mit einem Austausch von Informationen. Die Therapeuten fragen nach den (positiven) Erlebnissen der vergangenen Woche, verstärken erwünschte Verhaltensweisen und besprechen die Hausaufgaben. Dann lassen sie die Familien die Initiative ergreifen, diskutieren deren Probleme und aktualisieren Konflikte. Sie beobachten und regulieren die Interaktionsabläufe, machen von Interpretationen Gebrauch und setzen Therapietechniken ein. Gegen Ende der Sitzung fragen einige Therapeuten, was die Familienmitglieder in der vergangenen Stunde gelernt haben und ob sie mit dem Therapiegeschehen zufrieden sind (Kritik, Rückmeldung). Häufig geben sie dann auch einen Überblick über den Verlauf der Sitzung, betonen neue Erfahrungen und zeigen Veränderungen auf. So versuchen sie, den Gewinn der Sitzung zu sichern und die Klienten zu motivieren, in der kommenden Woche weiter an sich selbst und ihren Beziehungen zu arbeiten. Oft machen sie auch fehlende Fertigkeiten bewußt, vereinbaren zusätzliche Therapieziele oder setzen neue Schwerpunkte.⁶⁸

In der mittleren Therapiephase treten die ersten Veränderungen auf, die oft so klein sind, daß sie nur schwer zu erkennen und zu messen sind. Zuk (1975) ist der Meinung, daß sich die Familie ändert, „um den voraussichtlichen Forderungen des Therapeuten nach weit größerem Wandel zuvorzukommen oder um seine sonstigen Kontrollabsichten zu vereiteln“ (S. 86). Während einige Therapeuten (z.B. Patterson) positive Veränderungen den Familienmitgliedern zuschreiben und als deren Leistung bezeichnen, begrüßen andere

⁶⁷ Siehe hierzu Minuchin et al. (1967), Pittman III et al. (1971), Haley (1973a, 1977), Glick u. Kessler (1974), Minuchin (1974, 1978), Patterson et al. (1975), Whitaker (1975b), Bandler et al. (1978), Epstein u. Bishop (1981).

⁶⁸ Vgl. Patterson et al. (1975), Strelnick (1977), Bandler et al. (1978), Napier u. Whitaker (1979), Duhl u. Duhl (1981), Epstein u. Bishop (1981).

(z.B. Watzlawick, Weakland) Berichte über eine Besserung mit Besorgnis, führen den Klienten mögliche Nachteile der Veränderung vor Augen, warnen sie vor Übereilung oder schreiben einen Rückfall vor. Mit Hilfe dieser paradoxen Techniken versuchen sie, den Wandel zu beschleunigen und die Ausbildung von Widerständen zu verhindern. Sie reagieren auf eine ähnliche Weise, wenn sie bei einem Fall keine nennenswerte Verbesserung erreichen. So schreiben z.B. Watzlawick et al. (1974):

Whenever change is slow in appearing, common sense suggests that some form of encouragement and perhaps a little push are needed. Similarly, when change does occur, praise and optimism are thought to facilitate more progress. Nothing is usually further from the truth. Incipient change requires a special kind of handling, and the message „Go slow!“ is the paradoxical intervention of choice (S. 135).

Oft empfiehlt es sich auch, pessimistisch zu sein, Enttäuschungen vorauszusagen oder den Veränderungswunsch der Klienten anzuzweifeln.⁶⁹

Im Verlauf der Behandlung haben Familientherapeuten häufig mit offenen oder verdeckten *Widerständen* zu kämpfen, die von einem einzelnen Individuum, vom Familiensystem oder von anderen Systemen ausgehen können. Hierbei handelt es sich um Kräfte, die den therapeutischen Prozeß behindern, Interventionen scheitern lassen und eine gewisse Resistenz gegenüber Veränderungsversuchen bewirken. Widerstände führen dazu, daß die Klienten verschlossen sind, schweigen oder nur über sehr allgemeine Themen sprechen wollen. Sie verheimlichen Informationen, weichen aus, wechseln das Thema, lenken die Therapeuten ab, unterbrechen sie oder verwickeln sie in intellektuelle Diskussionen. Oft sind sie passiv, fatalistisch oder unkooperativ, verneinen Einsichten und Veränderungen, lehnen Interpretationen ab oder weigern sich, Hausaufgaben zu erfüllen. Manchmal stimmen die Klienten den Äußerungen und Anweisungen der Therapeuten zu, handeln aber nicht dementsprechend. In anderen Fällen disqualifizieren sie deren Aussagen, kritisieren die Vorschläge, äußern Zweifel oder schieben eine Änderung ihres Verhaltens hinaus. Manchmal werfen sie den Therapeuten einen Mangel an Verständnis vor (z. B. wenn sie aus einer anderen Schicht oder Bevölkerungsgruppe stammen) oder versuchen, sie einzuschüchtern (z. B. weil sie keinen Dokortitel haben, noch sehr jung sind oder nicht so prominent wie einzelne Familienmitglieder sind). Widerstände äußern sich auch darin, daß viele Klienten den Brennpunkt auf dem Indexpatienten belassen und nur über dessen Symptome sprechen wollen. Zudem versucht vielfach der IP, seine Machtposition zu verteidigen, indem er das Augenmerk auf sich lenkt, Konflikte vergrößert oder eine Familienkrise (z. B. durch einen Rückfall) verursacht. Widerstände zeigen sich aber auch in Sabotageversuchen – so kommen beispielsweise Familien zu spät, „vergessen“ Termine oder drohen mit dem Abbruch der Behandlung. In vielen Fällen fehlen einzelne Mitglieder, agieren aus, kämpfen miteinander oder verlangen Einzelsitzungen. Manchmal versuchen sie auch, Hilfstherapeuten zu werden, die Therapeuten in Bündnisse zu verwickeln oder Kotherapeuten gegeneinander auszuspielen.

Widerstände können intrapsychischen Ursprungs sein. So haben viele Klienten Angst vor dem Hervorbrechen intensiver (negativer) Affekte oder vor Auseinandersetzungen. Oft spielen auch Hemmungen, Abwehrmechanismen, Schuldgefühle, Depressionen und Übertragungsvorgänge eine Rolle. Außerdem sind viele Familienmitglieder sehr mißtrau-

⁶⁹ Siehe hierzu Watzlawick et al. (1974), Patterson et al. (1975), Zuk (1975), Weakland et al. (1980), Whitaker u. Keith (1981).

isch oder zu wenig für eine Behandlung motiviert, wollen nicht auf bestimmte Vorrechte (Machtposition, Befriedigung kindlicher Bedürfnisse usw.) verzichten oder eine Mitschuld am Zustand des IP eingestehen. Häufig haben sie große Angst vor dem Neuen und Unbekannten und wollen deshalb weder sich selbst noch die Familie ändern. Andere Ursachen von Widerständen sind interpersonaler oder systemischer Natur. Manchmal möchten die Klienten auch Geheimnisse verbergen, Bündnisse aufrechterhalten oder schwache Mitglieder schützen, wollen einen Machtkampf mit den Therapeuten gewinnen oder diese außerhalb der Familiengrenzen halten. Auch erwarten sie vielfach, daß lediglich die gegenwärtige Krise behoben und der ursprüngliche Zustand wiederhergestellt, also gewohnte Strukturen nicht angetastet werden. Viele Veränderungsversuche werden zudem durch Regeln, Mythen, eine starre Homöostase oder eine starke Familienloyalität behindert. Auch Großeltern, Verwandte, Nachbarn, Freunde oder Kollegen können einen hemmenden Einfluß ausüben. Zudem werden viele Widerstände durch ein fehlerhaftes Verhalten der Therapeuten verursacht – sie entstehen beispielsweise, wenn diese sich mit einem Familienmitglied verbünden oder es zum Sündenbock machen, wenn sie zu passiv sind oder zu schnell zu viel erreichen wollen bzw. wenn sie zu häufig von Konfrontationen Gebrauch machen. Oft ist auch die therapeutische Beziehung gestört.⁷⁰

Amerikanische Familientherapeuten benutzen eine Vielzahl von Methoden, um die Ausbildung von Widerständen zu verhindern. Manche beeinflussen ihre Klienten auf subtile Weise, verschleiern ihre Interventionen oder formulieren Interpretationen so, daß sie kaum angreifbar sind. Auch glauben sie, daß Ratschläge eher akzeptiert werden, wenn sie als Empfehlungen gegeben werden oder wenn die Therapeuten zuerst Unwissenheit vortäuschen. Anweisungen sollten so formuliert werden, als ob die Klienten bereits zugestimmt oder die zugrundeliegende Idee gehabt hätten. Oft sind sie wirksamer, „wenn sie sorgfältig geplant und indirekt, implizit oder scheinbar nebensächlich gegeben werden“ (Weakland et al. 1980, S. 389). Manchmal formulieren die Therapeuten Anweisungen auch auf eine mehrdeutige Weise oder senden inkongruente Botschaften. Beispielsweise verhindert Haley die Ausbildung von Widerständen, „1) by laying down a class of directives phrased so ambiguously they can't be resisted (e. g., ‚express your feelings‘); 2) by emphasizing the positive and redefining the negative when possible as leading toward the positive (if the therapist says everything is ‚for the good of the family‘, family members can't oppose him without seeming recalcitrant); and 3) by encouraging family members to behave in their usual ways so that resistance can only manifest itself as change. Thus, the family can resist only by behaving differently when the therapist encourages them to act as they usually do“ (nach Fischer 1974, S. 121). Hier werden Klienten provoziert, eine andere als die scheinbar von den Therapeuten verlangte Richtung einzuschlagen – sie bilden also Widerstände aus, die zu den gewünschten Verhaltensänderungen führen. Einem ähnlichen Zweck dienen Direktiven, die das Beibehalten unerwünschter Verhaltensweisen schwerer machen als deren Modifikation oder durch die eine Situation geschaffen wird, in der sich das Verhalten der Familienmitglieder in jedem Fall ändern muß.

Manche Therapeuten verhindern die Ausbildung von Widerständen, indem sie nur mit dem arbeiten, was die Klienten ihnen anbieten. Oft erlauben sie ihnen sogar ausdrücklich,

⁷⁰ Selbstverständlich geraten Behandlungen nicht nur aufgrund von Widerständen in Sackgassen, sondern auch aufgrund anderer Faktoren. Manchmal verschmelzen z.B. Therapeuten mit den Familien, wobei sie sich deren Interaktionsmustern, Beziehungsdefinitionen, Regeln, Rollenzuschreibungen usw. unterwerfen und somit diese nicht mehr modifizieren können.

Informationen zu verschweigen – und erreichen so paradoxerweise größere Offenheit. Zudem verlangen sie keine großen Verhaltensänderungen, sondern erklären den Familienmitgliedern, daß sie nur eine geringfügige Erweiterung des Vorhandenen anstreben. So stellen sie z.B. Aufgaben, die unbedeutend zu sein scheinen, aber gewünschte Veränderungen in die Wege leiten. Auch erklären sie den Klienten immer wieder, daß sie nicht gesünder werden und nicht mehr tun müßten, als sie wollen und können. Einige Therapeuten verhindern die Ausbildung von Widerständen, indem sie Anweisungen und Botschaften nonverbal übermitteln. Eine andere Vorgehensweise wird von Whitaker (1977a) beschrieben: „One obvious method is to use a pattern of double-talk. Such casualness moves back and forth from double-talk about life to double-talk about the household to double-talk about sexual excitation, cuddling, playfulness, or childishness“ (S. 137). Häufig versuchen Therapeuten, die Ausbildung von Widerständen dadurch zu verhindern, daß sie Konflikte aktivieren, Meinungsunterschiede betonen oder auf andere Weise bei ihren Klienten Streß erzeugen. Manchmal vergrößern sie auch deren Verzweiflung, indem sie ihrem Hilfeersuchen nicht sofort nachkommen. Andere vereinbaren mit den Familienmitgliedern im voraus Strafen für bestimmte Verhaltensweisen (wie z.B. unentschuldigtes Fehlen, Vergessen von Hausaufgaben), durch die sich Widerstände in der Regel äußern.

Wenn Widerstände auftreten, suchen Familientherapeuten nach deren Ursachen. Oft bieten sie Interpretationen an, bauen Ängste ab, diskutieren Gefühle, verändern u.U. das eigene Verhalten oder fordern die Familienmitglieder auf, Gewohntes aufzugeben und Neues zu wagen. Manchmal konfrontieren sie die Klienten auch mit dem Chaos ihres Familienlebens und versuchen, sie auf diese Weise zu Veränderungen zu motivieren. Häufig werden auch paradoxe Techniken eingesetzt, um Widerstände abzubauen. So werden diese als etwas Positives etikettiert – z.B. als Voraussetzung bzw. als Aspekt der Veränderung, als Spaß oder als Zeichen der Zuneigung. Manchmal schreiben Therapeuten Widerstände vor (definieren sie also als kooperative Verhaltensweisen) und verlassen sich dann darauf, daß sich die Klienten ihren Direktiven widersetzen. In vielen Fällen ritualisieren sie Widerstände oder unterwerfen sie dadurch ihrer Kontrolle, daß sie Dauer, Häufigkeit und Intensität ihres Auftretens verändern (wobei sie zu diesem Zweck sogar unbeteiligte Familienmitglieder auffordern mögen, die Widerstände zu verstärken). Wenn die Klienten unkooperativ sind und ihr Verhalten nicht ändern wollen, drohen viele Therapeuten mit dem Abbruch der Behandlung – oft kommt es dann aus Trotz oder Protest zu Fortschritten. Vereinzelt lassen sich Therapeuten von den Klienten besiegen, bezeichnen dann die Situation als hoffnungslos und verlassen sich darauf, daß diese ihnen das Gegenteil beweisen wollen. Oder sie sprechen davon, daß bei derart schwierigen Fällen die Behandlung sehr langfristig (und kostspielig) sei, wodurch die Familienmitglieder häufig motiviert werden, ihre Widerstände aufzugeben und intensiv an sich selbst und ihren Beziehungen zu arbeiten. Wenn Klienten konsequent schweigen, bombardieren einige Therapeuten sie mit Fragen, geben ihnen aber keine Gelegenheit zum Antworten. Die Familienmitglieder sind dann schnell frustriert, was in der Regel zu spontanen und impulsiven Äußerungen führt. Derartige Reaktionen lassen sich auch dadurch erreichen, daß die Therapeuten ihren Klienten befehlen, auch in den nächsten Sitzungen zu schweigen. Manchmal verpflichten sie sogar die übrigen Familienmitglieder, das betreffende Individuum am Sprechen zu hindern. Bei unentschuldigtem Fernbleiben von einer Sitzung untersuchen sie manchmal stundenlang die Ursachen dieses Verhaltens. Andere Therapeuten schicken unvollständige Familien heim oder telefonieren mit den fehlenden Mitgliedern. Manche ignorieren dagegen die Abwesenheit von Klienten, erwähnen aber in jeder Sitzung etwas, womit diese keinesfalls einverstanden sein

können. Sie kommen dann in der Regel zu einer der nächsten Sitzungen, um den Therapeuten „die Meinung zu sagen“. Wenn sich der IP immer wieder in den Mittelpunkt spielt, übertragen ihm manche Therapeuten die Leitung der Sitzung. Meist fühlt er sich dann unsicher und zieht sich zurück. Symptomträger im Kindes- oder Jugendalter geben gewöhnlich jeden Widerstand auf, wenn sie merken, daß die Therapeuten die Eheprobleme ihrer Eltern erkannt haben und diese zu lösen versuchen. Manchmal können Widerstände auch abgebaut werden, wenn sie gezählt oder mit Humor und Spott aufgenommen werden.⁷¹

5.2.3 Therapieende und -auswertung

Amerikanische Familientherapeuten messen von Zeit zu Zeit den Fortschritt der Behandlung, wobei sie nach positiven Veränderungen auf der Ebene des Individuums (Symptomträgers), der Familie und der größeren Systeme suchen. Auch ermitteln sie, welche pathologischen Strukturen und Prozesse noch modifiziert und welche psychischen, psychosomatischen und Suchtkrankheiten noch geheilt werden müssen. Die meisten Therapeuten untersuchen, ob die Familienmitglieder gelernt haben, sich selbst und andere besser wahrzunehmen, inwieweit sie empathischer und anpassungsfähiger geworden sind und ob ein befriedigendes Maß an Selbstdifferenzierung und Intimität (Vereinigung) erreicht wurde. Auch überprüfen die Therapeuten, ob ihre Klienten schon offener und besser miteinander kommunizieren können, ob sie mehr positive Gefühle (Freude, Zufriedenheit, Liebe, Zärtlichkeit usw.) im Kreise der Familie erleben, ihre Rollen (v.a. als Ehepartner und Eltern) auf angemessene Weise ausüben und ihre Aufgaben (Erziehung) erfüllen. Sie untersuchen weiterhin, inwieweit die Familienmitglieder Probleme und Konflikte lösen, Krisen bewältigen und gemeinsame Entscheidungen fällen können. Schließlich werden noch positive Veränderungen im Verhältnis zwischen Familie und größeren Systemen (Ursprungsfamilie, Peer-group, Netzwerk, Unternehmen, Schule, Gemeinde usw.) registriert. Manchmal werden zur Evaluation ähnliche Methoden (Tests, Skalen, Verhaltensanalyse usw.) wie für die Diagnosestellung eingesetzt.

Wenn viele positive Veränderungen festgestellt⁷² wurden, die meisten Therapieziele erreicht und die Therapieverträge erfüllt sind, beginnt die Endphase der Familienbehandlung. Oft kündigen Therapeuten oder Klienten das Therapieende symbolisch und unbewußt an, indem sie zu spät zu den Sitzungen kommen, keinen Gesprächsstoff mehr finden, gelangweilt und unmotiviert sind oder über nebensächliche Dinge reden. Dann ziehen sich die Therapeuten zurück, übernehmen eine Zuschauerrolle und verringern so die Abhängigkeit der Klienten. Vielfach lassen sie die Familienmitglieder die Sitzungen leiten und die zu diskutierenden Themen bestimmen. Wenn Klienten Angst vor dem Therapieende

⁷¹ Zu den letzten 5 Abschnitten s. Jackson (1961 a), Boszormenyi-Nagy u. Framo (1962), Speck (1964), Curry (1966), Haley (1967d, 1969 a, 1977, 1978 a, b, 1980), Satir (1967, 1976), Zuk (1968, 1974, 1975, 1979b), Brown (1969), Boszormenyi-Nagy (1970 a, b, 1975b), Sonne (1970a), Bell (1971), Jackson u. Weakland (1971), Anthony (1972), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Laqueur (1973), Fischer (1974), Glick u. Kessler (1974), Watzlawick et al. (1974), Beck et al. (1975), Framo (1975 a, c), Johnson (1975), Patterson et al. (1975), Feldman (1976a), Strelnick (1977), Whitaker (1977 a), Bowen (1978), Keith u. Whitaker (1978, 1979), Haas Jr (1979), Weakland et al. (1980), L'Abate u. Farr (1981), Whitaker u. Keith (1981).

⁷² Es ist zu beachten, daß signifikante Verbesserungen oft erst nach Beendigung der Behandlung auftreten.

haben, versuchen sie manchmal, es durch die Entwicklung neuer Symptome hinauszuzögern. Das gilt v.a. für folgende Fälle: „Termination difficulties will not generally arise if adequate change has occurred and been maintained long enough for the family to feel a sense of real accomplishment. Otherwise the family will be fearful and may generate crises or other problems in order to keep the therapist involved“ (Stanton u. Todd 1979, S. 64). Derartige Schwierigkeiten können vermieden werden, wenn die Therapeuten gegen Ende der Behandlung Rückfälle vorschreiben oder den Abstand zwischen einzelnen Sitzungen (langsam) vergrößern. Manche verzichten auch in diesen Fällen auf einen formellen Abschluß und kündigen an, daß sie die Behandlung beim Auftreten neuer Probleme fortsetzen werden.

In der letzten Sitzung wird zusammengefaßt, was im Verlauf der Behandlung geschah und welche Fortschritte festzustellen sind. So schreiben Glick u. Kessler (1974): „In the closing phase, the therapist reviews with the family which goals have been achieved and which have not. It is often useful to review the entire course of therapy, including the original problems and goals. Another prime task is to lay a foundation for solving future conflicts. It is important to acknowledge that some behavior cannot be changed and that life will continue to be filled with problems“ (S. 90). Oft werden zukünftige Aufgaben, Herausforderungen und Schwierigkeiten diskutiert, mit denen die Familienmitglieder möglicherweise in der nächsten Phase des Familienzyklus rechnen müssen. Wenn die Klienten die Behandlung fortsetzen wollen, sprechen die Therapeuten mit ihnen über die Gründe dafür und ermutigen sie in der Regel, die angeführten Probleme selbst zu lösen. Dabei stellen sie die von den Familienmitgliedern im Lauf der Behandlung erbrachten Leistungen heraus und stärken ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. In der letzten Sitzung motivieren die Therapeuten die Klienten auch, weitere Veränderungen an sich selbst und an der Familie als Ganzes vorzunehmen, indem sie mit ihnen über ungelöste Probleme und langfristige Ziele sprechen. Dabei betonen sie, daß sie mit einer positiven Weiterentwicklung der Familienmitglieder rechnen. Zudem erwähnen sie meist, daß sie auch bei zukünftigen Schwierigkeiten konsultiert werden können. Schließlich werden die Familien darauf vorbereitet, daß evtl. einzelne Mitglieder die Stärke der Veränderungen testen werden. So treten problematische Verhaltensweisen häufig nach dem Ende der Behandlung vermehrt auf, so daß manchmal eine zusätzliche Sitzung notwendig wird.⁷³

Einige Familientherapeuten führen (von Zeit zu Zeit) Nachuntersuchungen durch, die 2–6 Monate nach der letzten Sitzung stattfinden und bis zu 3 Stunden in Anspruch nehmen. Diese Treffen dienen der Überprüfung des Therapieerfolgs – so wird gefragt, ob die während der Behandlung erzielten positiven Veränderungen fortdauern und ob in der Zwischenzeit weitere Verbesserungen erreicht wurden, welche neuen Probleme auftraten und ob die Mitglieder mit dem derzeitigen Familienleben zufrieden sind. Manchmal gehen die Therapeuten hier wie bei der Diagnose vor und untersuchen kurz Ehebeziehung, Entwicklung der Kinder, Rollenausübung, Einbettung in das Netzwerk usw. (Sie setzen dazu vereinzelt auch Testverfahren ein.) Dabei betonen sie neuerworbene Fertigkeiten und verstärken Veränderungen. Wenn größere Probleme aufgetreten sind, bieten sie den Familien

⁷³ Zu den letzten 3 Abschnitten s. MacGregor et al. (1964), Bell (1967, 1975), Satir (1967), Liberman (1970), Sonne (1970a), Sonne et al. (1970), Spivack (1970), Haley (1973a, 1977), Glick u. Kessler (1974), Minuchin (1974), Patterson (1974), Kempler (1975), Patterson et al. (1975), Mealiea Jr (1976), Bandler et al. (1978), Bowen (1978), Napier u. Whitaker (1979), Stanton u. Todd (1979), Weakland et al. (1980), Epstein u. Bishop (1981), Whitaker u. Keith (1981).

auch zusätzliche Therapiesitzungen an. Manchmal führen die bei Nachuntersuchungen gewonnenen Erkenntnisse dazu, daß Familientherapeuten ihren Behandlungsansatz modifizieren.⁷⁴

Wir werden jetzt einige Ansätze der Familientherapie mit andersartigem Behandlungsablauf darstellen. Dabei gehen wir davon aus, daß diese Verfahren auch bei Verwendung der integrativen Theorie nutzbringend eingesetzt werden können. Eine Sonderform ist die *Krisenintervention*, bei der beispielsweise Pittman III et al. (1971; Pittman III 1973) folgende Phasen unterscheiden:

- 1) Die Therapeuten lassen die Familienmitglieder bei größeren Krisen sofort in ihr Büro kommen, fordern sie auf, die Notlage zu beschreiben, und greifen umgehend ein.
- 2) Sie definieren die Krise als ein Problem der ganzen Familie, laden fehlende Mitglieder und andere in die Krise verwickelte Personen ein und verhindern so eine „Bewältigung“ der Krise durch Einweisung oder Flucht eines Mitglieds in ein Krankenhaus, eine Anstalt oder ein Heim. Sie fragen nach den Ursachen der Familienkrise, untersuchen deren Verlauf und betonen, daß jedes Familienmitglied in sie verwickelt ist und einen Beitrag zu ihrer Lösung leisten muß.
- 3) Die Therapeuten konzentrieren sich auf die gegenwärtige Krise und definieren sie genau. Sie verhindern eine Diskussion von vergangenen Konflikten und anderen Problemen.
- 4) Die Therapeuten bauen Ängste ab, unterbinden ein regressives Verhalten, zeigen Verständnis und helfen den Klienten. So verschreiben sie z.B. Beruhigungsmittel und Medikamente, durch die Symptome unterdrückt werden.
- 5) Sie besprechen mit den Familienmitgliedern, welche Vorgehensweisen zu einer Bewältigung der Krise führen können. Dann wählen sie eine aus und versuchen, sie in die Tat umzusetzen. Dabei machen die Therapeuten von Techniken und Hausaufgaben Gebrauch, die der Lösung der vorherrschenden Probleme dienen und durch die das Funktionieren der Familie verbessert wird.
- 6) „The conflicts in role assignment and performance, in overt and covert family rules, in goals and in history, which have almost invariably preceded the crisis and prevented proper crisis resolution, are negotiated with the family members. A long-term referral may be made for continuation of this“ (Pittman III et al. 1971, S. 261).
- 7) Wenn die Klienten die Krise bewältigt haben, verabschieden sich die Therapeuten von ihnen und versichern ihnen, daß sie ihnen auch bei zukünftigen Schwierigkeiten helfen werden.

Everstine et al. (1977) verweisen darauf, daß viele Familienkrisen am Abend oder am Wochenende auftreten, wenn Therapeuten nicht erreicht werden können. Dann müßte meist die Polizei eingreifen: „It is widely estimated that approximately 85 per cent of all calls to urban police departments are calls for help in crisis situations (e.g., family disturbances, rapes, adolescents beyond parental control, runaways, and persons dangerous to themselves or others)“ (S. 282). In der Regel können Polizeibeamte aber nur wenig Hilfe leisten, da sie nicht als Berater oder Therapeuten ausgebildet wurden und selten länger als 30 Minuten mit den betroffenen Familienmitgliedern sprechen können. So gründeten Everstine und Mitarbeiter das Emergency Treatment Center (ETC) in Palo Alto, wo The-

⁷⁴ Vgl. MacGregor et al. (1964), Cromwell et al. (1976), Weakland et al. (1980).

rapeuten auch nachts und am Wochenende zu erreichen sind. Wenn ein Polizist am Einsatzort mit einer Familienkrise konfrontiert wird, kann er die Familienmitglieder fragen, ob er ein Team (aus einem männlichen und einem weiblichen Therapeuten) vom ETC kommen lassen soll. Wenn diese zustimmen, ruft er das Zentrum an und beschreibt die Notlage. Die Therapeuten entscheiden dann, ob eine sofortige Krisenintervention notwendig ist oder ob andere Maßnahmen (Hospitalisierung, Überweisung usw.) sinnvoller sind. Im erstgenannten Fall führt das Team einen Hausbesuch durch, wird vom Polizisten in die Notlage eingewiesen (allein), ermittelt dann die Sichtweise der einzelnen Familienmitglieder und beginnt anschließend mit der Intervention. Nach dem Hausbesuch (von durchschnittlich 140 Minuten Dauer) wird die Behandlung von einem oder beiden Teammitgliedern fortgeführt. Wenn davon ausgegangen werden muß, daß eine Krisenintervention (von 2–6 Sitzungen) zur Lösung der Familienprobleme nicht ausreicht, werden die Klienten an andere Therapeuten überwiesen.

MacGregor et al. (1964; MacGregor 1969a, 1970b; Ritchie 1971) beginnen die „*multiple impact therapy*“ mit einem Erstinterview, zu dem die ganze Familie eingeladen wird. Hier werden die vorherrschenden Probleme geklärt und erste diagnostische Erkenntnisse gewonnen. Anschließend trifft sich das Team (ca. 4 Therapeuten), um Vermutungen über die Familiendynamik zu äußern, Ursachen der Probleme zu diskutieren und einen vorläufigen Behandlungsplan zu entwickeln. Dann wird die Familie zu einem 2tägigen Treffen eingeladen. Es beginnt mit einer 1stündigen Sitzung, an der das ganze Team teilnimmt. Nach kurzer Einführung werden intrapsychische und intrapersonale Konflikte besprochen, Gefühle geklärt, unterschiedliche Perspektiven aufgezeigt und die meisten Schwierigkeiten als Familienprobleme definiert. Anschließend finden Einzelsitzungen statt, in denen die Therapeuten die Diskussion über die Konflikte fortsetzen, Empathie und Verständnis zeigen, auf Abwehrmechanismen einwirken und sowohl die individuelle als auch die familiäre Entwicklungsgeschichte erfragen. Während der Mittagspause findet dann eine Teamkonferenz statt. Am Nachmittag wird der IP getestet, während sich die anderen Familienmitglieder mit Teammitgliedern zu Einzelsitzungen treffen. Dann wird auch von sich überschneidenden Sitzungen Gebrauch gemacht: „*‘Overlapping interviews’ is a term for a particular innovation used throughout, where a therapist leaves one interview and joins in an ongoing session with another member of the family. At that point, both therapists make some summary before the family members concerned*“ (MacGregor 1969a, S. 162). Dabei werden unterschiedliche Auffassungen, Wahrnehmungen und Perspektiven offensichtlich. Am Abend treffen sich die Therapeuten zu einer Teamkonferenz, um ihre Erkenntnisse über die Familie auszutauschen und den weiteren Verlauf der Behandlung zu planen. Am 2. Tag finden sowohl gemeinsame als auch einander überschneidende und Einzelsitzungen statt. Die Therapeuten intervenieren in die Familie, bauen Ängste und Kommunikationsbarrieren ab, suchen nach Lösungen für die vorherrschenden Probleme und lehren Verhaltensweisen, die im Repertoire der Klienten fehlen. Am späten Nachmittag findet wieder eine gemeinsame Sitzung statt, in der die Anwesenden die geleistete Arbeit besprechen, pathologische Strukturen und Prozesse diskutieren, Pläne entwickeln und weitere Veränderungen in die Wege leiten. Dann wird die Behandlung beendet, ein weiteres 2tägiges Treffen vereinbart oder aber eine langfristige Behandlung an anderer Stelle geplant.

Bei der *multiplen Familientherapie* müssen die Klienten nicht nur zu den Therapeuten, sondern auch zu den anderen Familien eine Beziehung aufbauen. So stellen sie sich in der ersten Sitzung vor und berichten, unter welchen Problemen sie leiden, was sie von der Behandlung erwarten und wie sie sich selbst beurteilen. Die Therapeuten fördern das Zusam-

menwachsen der Gruppenmitglieder, beschreiben das Behandlungsprogramm und klären die Therapieziele. Dabei konzentrieren sie sich sowohl auf die einzelnen Individuen und Familien als auch auf die Therapiegruppe. Einige Therapeuten gliedern auch neue Klienten in eine bereits bestehende Gruppe ein, da sie beobachtet haben, daß die fortgeschrittenen Familien eine zusätzliche positive Kraft bilden, indem sie die neuen Gruppenmitglieder z. B. auf pathologische Eigenschaften hinweisen und erwünschte Veränderungen anregen können. In den folgenden Sitzungen werden dann die Probleme und Konflikte der Klienten (oder bestimmte Themen) diskutiert, wobei die Therapeuten deren Gefühle und Gedanken analysieren und Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Familien aufzeigen. Auch wirken sie auf Kommunikationsprozesse, Beziehungsdefinitionen, Machtverhältnisse, Regeln, Einstellungen usw. ein, wobei sie positive Eigenschaften einer Familie als Vorbild für die anderen nutzen. Zudem lernen die Klienten sehr viel von anderen Familien. So verstehen sich die Mitglieder einer Subgruppe (z. B. die der Väter, Söhne, Symptomträger usw.) aufgrund von Identifikationsprozessen (ähnliche Erfahrungen, Werte, Interessen, Konflikte usw.), unterstützen sich gegenseitig und ahmen einander nach. Oft zeigen Gruppenmitglieder pathogene Strukturen und Prozesse auf, helfen einander bei der Lösung von Problemen, geben Ratschläge und verstärken Veränderungen. Sie wetteifern miteinander, übernehmen Konfliktlösungstechniken und Anpassungsmechanismen voneinander und vergrößern die Wirkung therapeutischer Interventionen. So meint Laqueur (1970):

A sensitive patient can pick up a signal from the therapist and amplify it, thereby sensitizing his family. This first family, in turn, will further amplify and modulate such signals to other families who, without this amplification, might not yet have responded to signals from the therapist (S. 109).⁷⁵

Landes u. Winter (1966) behandeln Klienten auf einer Ranch. Sie schreiben:

The patient families spend a 48-hour weekend together in a communal living experience. They receive intensive, continuous, formal and informal psychotherapy from all the other participants, both staff and patient families, involved in the weekend. ... The therapists and their families live with the patient families and participate with them in all therapy and social activities (S. 1).

So beginnt das Wochenende mit gemeinsamen Spielen, die ein gegenseitiges Kennenlernen der Klienten ermöglichen und dem Abbau von Spannungen dienen. Dann werden Sitzungen mit der ganzen Gruppe und mit einzelnen Familien durchgeführt. Zudem wird gemeinsam gekocht, über bestimmte Themen diskutiert und ein psychohygienischer Film besprochen.

Einige amerikanische Therapeuten führen auch *Netzwerkinterventionen* durch, wobei sie in der Regel als Team arbeiten. Zuerst treffen sie sich mit der hilfsbedürftigen Familie, um die vorherrschenden Probleme zu besprechen und sinnvolle Ziele aufzustellen. Dabei wird betont, daß es sich bei dem symptomatischen Verhalten des IP um eine Reaktion auf eine bestimmte soziale Situation handelt und daß mit einer baldigen Besserung zu rechnen ist. Wenn eine Netzwerkintervention indiziert ist, werden die Klienten über diese Therapieform informiert. Auch wird ihr Einverständnis mit einer derartigen Behandlung erfragt. Dann wird eine Liste der Verwandten, Freunde, Bekannten und Kollegen aufgestellt, ein Zeitpunkt für die erste Versammlung vereinbart und besprochen, wie sich eine Teilnahme der Netzwerkmitglieder und anderer potentiell hilfreicher Personen am besten erreichen läßt. Einige Therapeuten erstellen auch zusammen mit den Klienten eine Karte von dem

⁷⁵ Vgl. Laqueur (1970, 1973, 1976), Luber u. Wells (1977), Strelnick (1977), Bowen (1978).

Netzwerk, wobei die Anordnung der Mitglieder der Stärke der emotionalen Beziehung zu den einzelnen Klienten entspricht. Die Namen von miteinander bekannten Personen werden mit Strichen verbunden und die entstehenden Muster in bezug auf Cliquen sowie auf zentrale und isolierte Individuen analysiert. Dabei werden die Beziehungen genau untersucht, Gefühle geklärt, Phantasien über bestimmte Personen diskutiert und zugeschriebene Rollen ermittelt. Auch wird besprochen, wie die Familien- und Netzwerkmitglieder einander beeinflussen und welche Veränderungen im Netzwerk vorzunehmen sind. Nach dem Treffen entwickeln die Therapeuten eine Strategie und klären, wer zu welchem Zeitpunkt die Leitung übernehmen soll.

Netzwerkintervenenten führen 3–6 etwa 4stündige Sitzungen durch, die meist in der Wohnung der Klienten stattfinden. Die Behandlung und die meisten Treffen durchlaufen folgende 6 Phasen:

- 1) *Verhörung.* Die Netzwerkmitglieder treffen nach und nach ein, werden von der Familie begrüßt und unterhalten sich miteinander. Die Therapeuten mischen sich unter die ankommenden Personen, machen sich mit ihnen bekannt und beantworten Fragen bezüglich der Intervention. Zwischendurch informieren sie den Leiter über die Stimmung der Anwesenden, über Netzwerkneuigkeiten und interessante Beobachtungen. Wenn nahezu alle Netzwerkmitglieder eingetroffen sind, bittet der Leiter um Ruhe, stellt sich vor und gibt einen knappen Überblick über Netzwerkinterventionen. Dann nennt er die zu lösenden Probleme oder läßt sie von den Klienten beschreiben. Anschließend bittet er alle Anwesenden um Hilfe. Der Leiter baut gesellschaftliche Schranken ab, aktiviert die Netzwerkmitglieder und setzt ihre Energie frei, indem er von Encounter- und Sensibilisierungstechniken Gebrauch macht. So läßt er die Anwesenden singen, summen, auf den Boden stampfen oder einander berühren: „The tension released by jumping, shouting, or screaming, the calming effect of group swaying, the solidarity that comes from huddling and handclapping, all of these knot the network together in a way that merely meeting and talking cannot do“ (Speck u. Attneave 1971, S. 314). Diese Übungen werden so lange fortgesetzt, bis der größte Teil der Widerstände abgebaut und ein Gruppenbewußtsein ausgebildet wurde.
- 2) *Polarisierung.* Je nach Alter, Stärke der Kooperationsbereitschaft oder Grad der Beteiligung am Problem werden den Netzwerkmitgliedern Sitzplätze in einem inneren oder äußeren Kreis zugewiesen, in deren Mittelpunkt ein leerer Stuhl steht. Dann diskutieren die dem inneren Kreis zugeordneten Personen die Probleme, erörtern deren Ursachen und kritisieren das Verhalten der Familienmitglieder. Die anderen Teilnehmer können sich an dem Gespräch beteiligen, indem sie sich auf den leeren Stuhl setzen, ihren Kommentar abgeben und dann in den äußeren Kreis zurückkehren. Später werden die Sitzplätze getauscht und die Diskussion fortgesetzt. In dieser Phase werden gegensätzliche Positionen ausgebildet und in Streitgesprächen geäußert. Die Therapeuten vergrößern oft noch die Spannung, indem sie den Sündenbock aus dem Raum schicken oder Teilnehmer auffordern, Partei zu ergreifen. Schließlich einigen sich alle Anwesenden auf ein Problem, das in den nächsten Tagen gelöst werden soll.
- 3) *Mobilisierung.* Die Netzwerkmitglieder nutzen nun die während der Polarisierung freigesetzte Energie, um Strategien und Pläne zur Lösung des ausgewählten Problems zu entwickeln. Dabei werden sie von den Therapeuten unterstützt, die Vorschläge machen, Ressourcen aufzeigen oder bei der Kontaktaufnahme mit bestimmten Institutionen (Behörden, Wohlfahrtsverbände, Kirche, Arbeitsamt usw.) helfen. Netzwerkaktivi-

sten, also besonders engagierte Teilnehmer, bilden Subgruppen, die sich in andere Räume der Wohnung zurückziehen und entweder bestimmte Aufgaben erfüllen oder ein hilfsbedürftiges Familienmitglied unterstützen wollen. Diese Gruppen treffen sich oft auch zwischen den Sitzungen und stehen durch einen Koordinator mit dem Team in Verbindung. Ihre Vertreter rufen die Therapeuten häufig an oder suchen sie immer wieder auf, wobei die meisten dieser Kontakte der Konsultation dienen. In dieser Phase läßt sich auch am besten der sog. *Netzeffekt* beobachten, der durch Hochstimmung, Offenheit, Intimität, Ausbildung intensiver Beziehungen und Entstehung einer Gruppenkultur gekennzeichnet ist.

- 4) *Depression*. Viele Problemlösungsversuche scheitern am Widerstand des IP oder der Familie. Häufig führen sie auch in eine Sackgasse oder mißglücken, weil sie nicht genügend durchdacht wurden. „Äußerungen des Ärgers, die Suche nach einem Sündenbock, unproduktive Bemühungen um eine Lösung, Versuche, die Verantwortung für die Lösung des Hauptproblems auf das Interventionsteam zu schieben – all das ist Teil einer depressiven Reaktion ...“ (Speck u. Attneave 1976, S. 63). In dieser Phase werden die Probleme in ihrer ganzen Komplexität erfaßt, weniger beteiligte Mitglieder aktiviert und alle Anstrengungen auf einen Punkt konzentriert.
- 5) *Durchbruch*. Die Netzwerkmitglieder erarbeiten bessere Pläne zur Lösung der vorherrschenden Probleme und entwickeln neue Strategien. Sie führen Hilfsmaßnahmen durch, erzielen positive Veränderungen und bewältigen Krisen. Unter Leitung der Aktivisten gelingt es den Subgruppen, ihre sich selbst gestellten Aufgaben zu erfüllen und die Weiterentwicklung der Familienmitglieder zu fördern. Die Therapeuten lenken die freigewordenen Kräfte in die richtigen Kanäle. Auch betonen sie immer wieder, daß das Netzwerk für die Lösung der Probleme verantwortlich ist und daß sie es nur für kurze Zeit unterstützen können.
- 6) *Erschöpfung und Hochstimmung*. Die Netzwerkmitglieder betrachten die erzielten positiven Veränderungen als ihre eigene Leistung, sind mit sich selbst zufrieden und genießen ihren Erfolg. Sie sind überzeugt, auch neue Probleme und Konflikte meistern zu können. Die Netzwerkkinterventionen sind somit überflüssig geworden.

Während therapeutische Systeme nach Beendigung der Behandlung aufgelöst werden, bestehen Netzwerke fort, da die Mitglieder einander häufig treffen (z.B. bei gesellschaftlichen Anlässen). Sie helfen weiterhin der hilfsbedürftigen Familie oder unterstützen andere Personen bei der Lösung ihrer Probleme.⁷⁶ Unseres Erachtens sind Netzwerkkinterventionen auch auf der Grundlage bzw. bei Verwendung der integrativen Theorie sinnvoll. Jedoch dürften sie nur in Einzelfällen (z.B. bei Krisen, abgekapselten Familien und isolierten Individuen) indiziert sein und auch dann nur ein zusätzliches Verfahren bilden.

⁷⁶ Zu den letzten beiden Abschnitten s. Speck (1967), Speck u. Attneave (1971, 1976), Garrison (1974), Attneave (1976), Rueveni (1979a, b).