

Aus: Martin R. Textor: *Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung der Konzepte, Hypothesen und Techniken amerikanischer Therapeuten.* Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1985, S. 10-24

# **Familientherapie: Historische Entwicklung und Klassifikation der Therapieansätze**

Martin R. Textor

Aus den Erkenntnissen der Völkerkundler kann man folgern, daß seit Beginn der Menschheitsgeschichte intra- und interpersonale Probleme im Kreise der (erweiterten) Familie oder einer größeren Gruppe diskutiert wurden. Und schon im Altertum war bekannt, daß

die Ursachen für die Probleme einer Person in ihrer Familiensituation liegen können. In Europa und später auch in Amerika setzte sich dann jedoch mit Vordringen des Christentums und der Aufklärung die Auffassung durch, daß der Mensch ein autonomes Wesen sei, sein Schicksal selbst bestimme und sein Handeln von innen (Seele, Psyche, Wille) her steuere. So lägen die Ursachen für seine Probleme und Störungen in *ihm* – er sei dafür verantwortlich, ob sein Verhalten gut (normal) oder böse (anormal) sei. Dementsprechend wären Hilfsmaßnahmen nur sinnvoll, wenn sie sich auf das Einzelwesen richten würden.<sup>20</sup>

Auch die Sozialwissenschaften wurden in ihrer Gründungsphase vom Individualismus geprägt. Psychologie, Soziologie und Pädagogik betrachteten den Menschen als ein geschlossenes System und untersuchten ihn in Isolierung von seinen Mitmenschen. Als Freud die Psychoanalyse entwickelte, berücksichtigte er jedoch kurzzeitig interpersonale Faktoren. So erklärte er anfangs hysterische Symptome damit, daß die Patientinnen als Kinder sexuell mißbraucht worden seien. Dann machte er jedoch die schockierende Erfahrung, daß diese „Verführungen“ nur in der Phantasie seiner Klientinnen stattgefunden hatten, und suchte von da an nur noch nach Erklärungen im Individuum: „Nachdem Freud die Vorstellung verworfen hatte, daß Neurosen durch äußere Kräfte verursacht werden, blickte er nie wieder in diese Richtung“ (Napier u. Whitaker 1979, S. 53). So legte auch er den Schwerpunkt auf die Untersuchung und Behandlung des Individuums.

Freud konzentrierte sich auf physiologische Prozesse (Triebe), intrapsychische Vorgänge und frühkindliche Erfahrungen. Er erforschte nicht die Familienverhältnisse seiner Patienten, vernachlässigte die Beziehung zwischen individueller Entwicklung und sozialer Umwelt, betrachtete Eltern und Kinder als „Feinde“: „Freud conceptually opposed parent and child somewhat in the same way that he opposed reality and pleasure and culture and personal freedom. He saw vividly the oppositional, but not the joining aspects of these relations“ (Ackerman 1958, S. 29). So fürchtete Freud, daß Eltern oder andere Verwandte die Behandlung seiner Patienten sabotieren könnten, und vermied dementsprechend jeden Kontakt zu ihnen. Anstatt sie als reale Personen zu sehen, zog er es vor, sich durch die Übertragungsbeziehung ein Bild von ihnen zu machen. Weder störte ihn dabei, daß er nur *einen* – und noch dazu verzerrten – Eindruck von den Familienverhältnissen seiner Patienten zur Zeit ihrer Kindheit erhielt, noch daß er sich distanziert verhalten mußte und seine Individualität nicht offenbaren durfte. Sein Hauptbestreben war es, frühkindliche Erlebnisse, Traumata und Verdrängungen aufzudecken.<sup>21</sup> Die meisten Psychoanalytiker behielten Freuds Position bis in die 60er Jahre hinein bei und kritisierten diejenigen Psychotherapeuten, die pathogene interpersonale Faktoren untersuchten und Familienmitglieder in den Problemlösungsprozeß einbezogen.

Adler berücksichtigte stärker als Freud die interpersonale Situation, in der ein Kind aufwächst. Er erforschte v. a. die Beziehung zu den Eltern und die Geschwisterkonstellation.

<sup>20</sup> Vgl. Haley (1969a), Bell (1975), Bowen (1978), Barton u. Alexander (1981), Friesen (1981).

<sup>21</sup> Siehe hierzu Ackerman (1958, 1970d), Jackson u. Weakland (1971), Beck et al. (1975), Napier u. Whitaker (1979), Friesen (1981). Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß Sander (1978, vgl. Textor 1984a) eine andere Position bezieht: Er zeigt an mehreren Beispielen auf, daß Freud pathogene interpersonale Faktoren berücksichtigte und in einigen Fällen Familienmitglieder in die Behandlung einbezog. Sander schreibt: „Trotz aller Betonung der innerseelischen Kräfte stellt die Psychoanalyse eine Theorie dar, die auf ‚der Familie‘ gründet“ (1978, S. 149). Wir schließen uns seiner Position nicht an, da die von ihm angesprochenen Texte und Fallbeispiele nur von geringer Bedeutung für die Entwicklung der Psychoanalyse in ihrer „klassischen“ Form waren.

Zudem beriet er die Erziehungsberechtigten und bezog sie mit in die Behandlung ein. Auch interviewte er in Anwesenheit seiner Anhänger ganze Familien und belehrte sie über die entdeckten Beziehungsmuster. Seine Nachfolger gründeten die ersten Erziehungsberatungsstellen und die Child Guidance Clinics, an denen auch Familien behandelt wurden.

Sullivan ging davon aus, daß die Entwicklung und das Selbstkonzept eines Kindes durch seine Familiensituation geprägt wird. So konzeptualisierte er Symptome als das Produkt einer pathologischen Beziehung zwischen Mutter und Kind und behandelte dann beide Personen, wobei er sich auf Kommunikationsprozesse konzentrierte. Auch sollte der Therapeut kein distanzierter, anonymer Beobachter sein. Vielmehr betrachtete Sullivan ihn als einen aktiven Teilnehmer, als ein Element der Therapiesituation.

In den 20er und 30er Jahren wurde dann in den USA verstärkt nach Familienfaktoren in der Ätiologie von Schizophrenie, Alkoholismus und anderen psychischen Störungen gesucht. So interviewte Rudin die Eltern von Schizophrenen und zog Parallelen zwischen ihren Schwierigkeiten und denen der Patienten, während Fromm-Reichmann den Begriff der „schizophrenen Mutter“ prägte und sie für das Verhalten ihrer Klienten verantwortlich machte. Knight fand eine Beziehung zwischen Alkoholismus und der Familienkonstellation „dominante Mutter/passiver Vater“, während Oberndorf pathologische Bedürfnisse und Erwartungen in Ehebeziehungen mit neurotischen oder psychotischen Partnern entdeckte. Letzterer zog aus dieser Beobachtung bereits Konsequenzen für die Therapie und behandelte ab etwa 1930 beide Ehepartner gemeinsam. Zur gleichen Zeit wurden von Popenoe und Stone die ersten Eheberatungsstellen gegründet.

Dieser Trend setzte sich dann in den 40er und 50er Jahren fort. So lenkte Levy die Aufmerksamkeit auf die Folgen der mütterlichen Überbesorgtheit, während Mahler das „symbiotische Syndrom“ als eine Form pathogener Beziehungen beschrieb. Bergler, Futterman und Jackson beschäftigten sich mit der „alkoholischen Ehe“, in der ein Partner den Alkoholmißbrauch des anderen initiiert und aufrechterhält. So begann Gliedman ab 1954, Alkoholiker und ihre Ehepartner gemeinsam in Gruppen zu behandeln, nachdem Ross schon 1948 über Gruppentherapie mit Schizophrenen und deren Eltern berichtet hatte.<sup>22</sup>

In den 50er Jahren begannen auch viele Therapeuten, mit der Behandlung ganzer Familien zu experimentieren. Mehr oder minder gleichzeitig entstand in verschiedenen amerikanischen Städten eine neue Therapieform, ohne daß ihre Begründer voneinander wußten oder einander beeinflussten. Die ersten Familientherapeuten waren starke, kreative Persönlichkeiten, die gegen die Macht des psychoanalytischen Establishments ankämpfen mußten und dabei oft in professionelle Isolation gerieten, ihren Arbeitsplatz verloren oder andere Benachteiligungen in Kauf nehmen mußten. Der Druck von außen war so stark, daß die meisten Experimente mit Familientherapie unter dem Schuttschirm von Forschungsprogrammen oder an der als „unheilbar“ eingestuft Patientengruppe der Schizophrenen durchgeführt wurden. Die Therapeuten fühlten sich aufgrund des unverständlichen, bizarren Verhaltens der Psychotiker und des auffälligen, gestörten Verhaltens der Eltern (und Geschwister) oft verwirrt und frustriert, waren dadurch aber auch motiviert, immer wieder nach neuen Konzepten und Therapietechniken zu suchen. Sie erkannten die Pathogenität des elterlichen Verhaltens und versuchten, die Schizophrenen aus dem patho-

---

<sup>22</sup> Zu den 4 letzten Abschnitten s. Jackson u. Satir (1961), Haley (1971c), Massie u. Beels (1972), Foley (1974), Talmadge (1975), Zuk u. Rubinstein (1975), Steinglass (1979a), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit), Broderick u. Schrader (1981), Friesen (1981).

logischen Familiensystem zu retten und vor den Eltern zu schützen. Meist war ihnen wenig Therapieerfolg beschieden.<sup>23</sup>

Die Entstehungsphasen der Familientherapie sollen in der folgenden Übersicht anhand einiger wichtiger Daten kurz dargestellt werden.<sup>24</sup>

- 
- um 1946 Whitaker und Warkentin behandeln Schizophrene und deren Familien in Atlanta.
  - um 1950 Ackerman therapiert emotional gestörte Kinder und deren Familien in New York City. Laqueur beginnt mit der „multiple family therapy“ an einem Krankenhaus im Staat New York.
  - 1953 Bell (1967) hält den ersten Vortrag über Familientherapie vor der Eastern Psychological Association.
  - 1954 Bowen hospitalisiert Schizophrene und deren Familien am National Institute of Mental Health in Bethesda. Mitarbeiter: Shapiro, Beels, Wynne (ab 1957) u. a.
  - 1955 Ackerman organisiert eine Veranstaltung über Familiendiagnose für eine Konferenz der American Orthopsychiatric Association. Satir arbeitet mit Familien in Chicago.
  - 1957 Die Familientherapeuten treten an die Öffentlichkeit: Vorträge von Bowen, Lidz u. a. bei Tagungen der American Psychiatric Association und der American Orthopsychiatric Association.  
Midelfort (1957) veröffentlicht das erste Buch über Familientherapie.  
Ackerman gründet die erste Family Mental Health Clinic in New York City.  
MacGregor entwickelt die „multiple impact therapy“ an dem University of Texas Medical Branch.  
Boszormenyi-Nagy beginnt das Family Therapy Project in Philadelphia. Mitarbeiter: Framo, Rubinstein, Speck u. a.
  - 1958 Jackson experimentiert mit Familientherapie im Rahmen von Batesons Forschungsprojekt über Kommunikation und andere Fragestellungen.  
Friedman beginnt ein Forschungsvorhaben über die Behandlung von Schizophrenen in ihrem Heim (in Philadelphia).
  - 1959 Jackson gründet das Mental Research Institute in Palo Alto. Mitarbeiter: Satir, Riskin, Haley, Weakland, Watzlawick u. a.
- 

Eine Vielzahl von Gründen bewegte diese amerikanischen Therapeuten, sich der Behandlung von Familien zuzuwenden:

- 1) Aufgrund zahlreicher politischer, wirtschaftlicher und militärischer Fehlschläge verlor in den 30er und 40er Jahren der Glaube an die Macht des Willens und an die Fähigkeit des Menschen, sein Schicksal selbst zu bestimmen, an Bedeutung. Neben den Individualismus trat in einer Art von „kopernikanischer Wende“ (Haley) eine gänzlich neue Sichtweise des Menschen und seiner Umwelt: Er wurde als außengelenkt, als durch Beziehungen, Gruppen, soziokulturelle Strukturen und Machtverhältnisse bestimmt betrachtet.

---

<sup>23</sup> Vgl. Haley (1971a), Jackson u. Weakland (1971), Bowen (1972), Guerin (1976), Napier u. Whitaker (1979), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit), Friesen (1981).

<sup>24</sup> Siehe hierzu MacGregor (1970b), Laqueur (1976), Satir (1976), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit; 1984a), Broderick u. Schrader (1981).

So mußten die Wissenschaftler erkennen, daß ihre Vorannahmen und Theorien zu einer gewissen Beobachtungsblindheit geführt hatten und die Sozialwissenschaften nicht wirklich „sozial“ waren. Dementsprechend machten sie sich an die Untersuchung der neuentdeckten interpersonalen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Phänomene: Völkerkundler begannen, die Beziehung zwischen Persönlichkeitsstruktur und kulturspezifischen Erziehungsmethoden, Verhaltensmustern und Werten zu erforschen. Soziologen entwickelten die Institutionen- und die Rollentheorie, untersuchten Familienstrukturen und Sozialisationsvorgänge. Und Psychologen begründeten den Behaviorismus, die Feldtheorie und den Symbolischen Interaktionismus, untersuchten Kleingruppen und Kommunikationsprozesse. Zudem übernahmen viele Sozialwissenschaftler Konzepte und Modelle aus der Kybernetik, Informationstheorie, Mathematik und Ökologie. Besonders große Bedeutung erlangte die „allgemeine Systemtheorie“, die von dem Biologen Bertalanffy entwickelt worden war.

So muß man die Entstehung der Familientherapie im Kontext dieses Trends sehen, der zur Abwendung vom Individuum und Hinwendung zum Sozialen führte. Die ersten Familientherapeuten fanden in den Sozialwissenschaften bereits eine Vielzahl von Konzepten und Modellen zur Beschreibung interpersonalen und gesellschaftlicher Prozesse vor, die sie in ihre Theorieansätze inkorporieren konnten.

- 2) Die sozioökonomischen Katastrophen der 30er und 40er Jahre führten ferner dazu, daß sich immer mehr Amerikaner mit den sozialen Problemen in ihrem Land beschäftigten, daß gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Strukturen erforscht wurden und daß der Staat mehr Verantwortung für das Wohlbefinden seiner Bürger übernahm: „The temper of the times was such as to encourage attempts to intervene in every social problem. From Prohibition to Social Security, from the Community Mental Health Movement to the Women’s Rights Movement, we have been a nation boldly [if not always wisely] committed to finding cures for new and old social ills“ (Broderick u. Schrader 1981, S. 5).

Eine besondere Bedeutung wurde in diesem Zusammenhang der Familie zugesprochen. Sie wurde für die Entstehung vieler individueller und gesellschaftlicher Probleme wie Delinquenz, Alkoholismus, Promiskuität und Schizophrenie verantwortlich gemacht. Auch erkannte man, daß der soziale Wandel zu vielen Familienproblemen wie Autoritätsverlust der Eltern, Generationenkonflikte, Identitätskrisen der Jugendlichen und Unsicherheit über das „richtige“ geschlechtsspezifische Verhalten geführt hatte. 40–60% aller Ehen wurden für beratungsbedürftig erklärt. So versuchte man der Familie zu helfen, indem man Ehe-, Sexual- und Erziehungsberatungsstellen gründete, das Family Life Education Movement ins Leben rief und den National Council of Family Relations (Herausgeber der Zeitschrift *Marriage and Family Living*) schuf. Damit wurden die die Familie umgebenden Tabus und Grenzen – die Privatsphäre – aufgeweicht, so daß Eingriffe von außen (Familientherapie) akzeptabel wurden.

- 3) In den 40er und 50er Jahren nahm die Unzufriedenheit mit der Psychoanalyse zu. Es wurde beklagt, daß der Therapieerfolg zu oft in keinem angemessenen Verhältnis zur Behandlungsdauer stehe, daß Psychotiker, Verhaltensgestörte, Delinquenten, Klienten aus der Unterschicht und andere Patientengruppen mit diesem Therapieansatz nicht zu heilen seien und das technische Repertoire zu klein sei. So begannen viele Psychoanalytiker, mit neuen Vorgehensweisen und Techniken zu experimentieren. Nachdem sie sich schon in der Übertragung auf die eigene Person oder auf Objekte (Puppen, Bilder)

mit den Familienbeziehungen ihrer Patienten beschäftigt hatten, wagten sie nun den Schritt hin zur direkten Untersuchung und Modifikation dieser Beziehungen.

- 4) Andere Psychotherapeuten kamen über die Behandlung von Kindern zur Familientherapie. Sie hielten es für eine Verschwendung knapper Ressourcen, wenn ein Psychologe ein gestörtes Kind testet, ein Psychiater es behandelt und ein Sozialarbeiter seine Eltern berät, wobei diese noch ihre Maßnahmen in langen Teamsitzungen aufeinander abstimmen müssen. Zudem gab es oft Probleme mit der Zusammenarbeit, traten Mißverständnisse auf, wurden die Therapeuten von der Familie gegeneinander ausgespielt. Auch erlebten sie, wie die Eltern über Eheprobleme klagten, einander für die Probleme des Kindes verantwortlich machten und sich auffällig verhielten. So begannen diese Therapeuten, alle Familienmitglieder gemeinsam zu untersuchen und zu behandeln. Das hat auch den Vorteil, daß die Eltern für das Kind verantwortlich bleiben, das Kind nicht mehr nur als beklagenswertes Opfer gesehen wird und die Beziehung zwischen Eltern und Kind in vivo beobachtet werden kann.
- 5) In den 40er und 50er Jahren nahm auch die Unzufriedenheit mit der Krankenhausbehandlung von Psychotikern und anderen psychisch Kranken zu. Viele Ärzte waren der Meinung, daß die Situation auf den psychiatrischen Stationen das pathologische Erleben und Verhalten der Patienten erhalte und fördere. Sie führe zu Abhängigkeit, Unverantwortlichkeit, Regression und sozialer Isolierung und mache aus akuten Störungen chronische. Zudem komme es zu einer Stigmatisierung der Patienten, so daß sie nur schwer von gesunden Menschen akzeptiert und integriert würden. Auch wurde beobachtet, daß sie oft von ihren Familien ausgestoßen und nach Abschluß der Behandlung nur ungern wieder aufgenommen wurden. Ihre Verwandten brachten sie schon bei kleinen Problemen ins Krankenhaus zurück. So versuchten diese Psychiater, von Anfang an eine Hospitalisierung zu vermeiden und die Patienten in ihrer Familie und gewohnten Umgebung zu behandeln (Community Mental Health Movement, vgl. das Konzept der „therapeutischen Gemeinschaft“).
- 6) Am wichtigsten für die Entstehung der Familientherapie war sicherlich die Erkenntnis, daß es in der Familie eines psychisch kranken oder gestörten Individuums eine Vielzahl von pathologischen Erscheinungen gibt. So beobachtete man,
  - a) daß oft die ganze Familie das symptomatische Verhalten des IP verursacht und erhält, indem sie ihn zum Sündenbock macht, ihn als „verrückt“ oder „krank“ etikettiert, ihn isoliert oder ausstößt. Insofern ist sein abweichendes Verhalten adaptiv, da es der Anpassung an pathologische Familienverhältnisse dient; zudem erfüllt es eine Funktion für die anderen Mitglieder, weil es das Abreagieren von Spannungen erlaubt, andere Probleme verdeckt, innerfamiliäre und intrapsychische Kräfte im Gleichgewicht hält und den Zusammenhalt der Familie fördert.
  - b) daß Symptome oft durch diejenigen einer anderen Person hervorgerufen werden, daß die psychischen Störungen zweier Familienmitglieder miteinander verknüpft sein können („interlocking psychopathology“, wie z.B. die von Laseque u. Falret schon 1877 beschriebene „folie à deux“ oder die bereits angesprochene „alkoholische Ehe“).
  - c) daß Symptome oft entwickelt werden, um Schuldgefühle, Mitleid, Zuneigung und Aufmerksamkeit hervorzurufen. Dabei übernehmen „gesunde“ Familienmitglieder vielfach komplementäre Rollen, wie z.B. die des „Pfleger“ einer depressiven Person, die dann von allen Beteiligten aufrechterhalten werden.

- d) daß Symptome oft weitergegeben und vererbt werden. So mag ein Kind nach dem anderen auffällige Verhaltensweisen entwickeln.
  - e) daß es in den meisten Familien mehrere Mitglieder mit psychischen und psychosomatischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten gibt, wobei vielfach der IP noch nicht einmal die am stärksten gestörte Person ist. Auch gibt es in der ganzen Familie Spannungen und Konflikte, werden die Mitglieder häufig mit alltäglichen Problemen nicht fertig.
  - f) daß der IP oft zu einem Therapeuten gebracht oder hospitalisiert wird, um Hilfe für die ganze Familie, die Ehe seiner Eltern oder ein anderes Familienmitglied herbeizuschaffen. So werden durch die Individualtherapie häufig indirekt die Familienverhältnisse modifiziert, wobei jedoch der IP die ganze Last für die Veränderung trägt.
  - g) daß während der Behandlung eines Individuums oft seine Angehörigen den Therapeuten (indirekt) bitten, ihnen bei der Lösung eigener Probleme oder akuter Krisen zu helfen.
  - h) daß die Familie häufig ohne ein gestörtes Mitglied nicht weiterexistieren kann. So sabotiert sie seine Behandlung oder beendet sie vorzeitig. Tritt eine Besserung ein, werden oft andere Familienmitglieder depressiv, psychisch krank oder verhaltensgestört und übernehmen so die Rolle des Symptomträgers. Auch besteht bei einer Gesundung die Gefahr, daß die ganze Familie auseinanderbricht; dann mag der IP ein neues Symptom entwickeln, um die Familie zusammenzuhalten.
  - i) daß ein gesunder Patient oft nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus wieder erkrankt, da die Familiensituation unverändert blieb und den Rückfall verursachte. Aus all diesen Beobachtungen folgerte man, daß der IP oft nur das Symptom einer pathologischen Familie ist. Deshalb müsse diese in die Behandlung einbezogen und therapiert werden. So könne dem Symptomträger am besten geholfen werden.
- 7) Insbesondere Verhaltenstherapeuten beklagten, daß die in der künstlichen Situation und Atmosphäre des Behandlungszimmers gelernten Verhaltensweisen nur schwer generalisiert werden könnten. Auch mußten sie feststellen, daß beispielsweise gestörte Kinder in der Schulklasse andere Probleme als in der Familie verursachen. So begannen sie, die Klienten in ihrer alltäglichen Umgebung zu behandeln und bestimmte Verhaltensweisen *dort* positiv oder negativ zu verstärken, wo sie auftreten. Dabei bot sich an, Ehepartner, Eltern oder Lehrer in die Behandlung einzubeziehen, weil diese die meisten und die wichtigsten Verstärker kontrollieren. Da sie mehr Zeit als der Therapeut mit dem Klienten verbringen, können sie nicht nur intensiver, sondern auch länger auf ihn einwirken.
- 8) Einige Therapeuten kamen auch über das Reflektieren eigener Kindheitserlebnisse zur Familientherapie. Sie hatten oft große Spannungen in den Ehen ihrer Eltern erlebt und dabei gelernt, Probleme von verschiedenen Standpunkten aus zu betrachten.

So begannen Psychotherapeuten aus den unterschiedlichsten Gründen, die Familie als die Einheit von Krankheit und Gesundheit zu sehen. Da sich die entdeckten interpersonellen Prozesse und pathogenen Erscheinungen nicht mit den bekannten psychologischen oder psychoanalytischen Begriffen erfassen oder mit individualtherapeutischen Mitteln verändern ließen, mußten neue Pathologie- und Therapiemodelle entworfen werden. So entstanden in den 50er Jahren verschiedene familientherapeutische Ansätze, deren Vielzahl durch die Komplexität der untersuchten Fälle, die räumliche Trennung der Therapeuten und den

fehlenden Kontakt zwischen ihnen, deren Herkunft aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen und deren Persönlichkeitscharakteristika mitbedingt wurde.<sup>25</sup>

1962/63 begann die Etablierungsphase in der Geschichte der Familientherapie.<sup>26</sup> Die folgende Übersicht faßt einige wichtige Daten dieser Phase zusammen.<sup>27</sup>

- 
- 1962 Ackerman, Jackson und Haley gründen mit *Family Process* die erste Zeitschrift für Familientherapeuten.  
Minuchin beginnt etwa zur gleichen Zeit mit der Behandlung ausagierender Jugendlicher und ihrer Eltern in New York City.
- 1963 Kalifornien verabschiedet als erster US-Staat ein Gesetz über die Lizenzierung von Ehe- und Familienberatern.  
Friedman beginnt in Philadelphia mit dem Forschungsprojekt Family Counseling for Sexual Behavior Problems of Adolescent Girls.
- 1964 1. Konferenz von Familientherapeuten in Philadelphia.  
Langsley und Kaplan entwickeln in Colorado die „family crisis intervention“.
- um 1965 Minuchin behandelt zusammen mit Liebman und Rosman psychosomatische Kinder und deren Eltern in Philadelphia. Er begründet die „strukturelle Familientherapie“.  
Haley kommt nach Philadelphia und entwickelt die „strategische Familientherapie“.
- 1966 Speck führt in Philadelphia die erste Netzwerkkintervention durch.
- 1968 Tod von Jackson.
- 1970 Die Group for the Advancement of Psychiatry legt den Bericht „The Field of Family Therapy“ vor.  
Die American Association of Marriage Counselors wird in American Association of Marriage and Family Counselors umbenannt.
- 1971 Tod von Ackerman.
- 1972 Framo gründet die erste „family therapy unit“ an einem Community Mental Health Center (in Philadelphia).
- 

Die amerikanischen Psychotherapeuten verloren das Interesse an der Behandlung schizophrener Familien, da die neu entdeckten Psychopharmaka erfolgreicher als die Familientherapie waren. So wandten sie sich der Behandlung von Familien mit alkoholkranken, drogensüchtigen, delinquenten, ausagierenden oder neurotischen Mitgliedern zu. Außerdem fingen sie an, mit armen, farbigen, desorganisierten und fragmentierten Familien zu arbeiten. Die dabei erlebten Schwierigkeiten führten zur Entwicklung von kurzzeitigen und problemorientierten Therapieansätzen.

<sup>25</sup> Zu den letzten Abschnitten s. Ackerman (1958), Haley (1959b, 1969a, 1971a), Jackson u. Satir (1961), Miller u. Westman (1966), Minuchin et al. (1967), Patterson et al. (1967), Satir (1967), Langsley u. Kaplan (1968), Kempter (1971), Bloch u. LaPerriere (1973), Glick u. Kessler (1974), Malouf u. Alexander (1974), Patterson (1974), Bell (1975), Bowen (1975, 1978), Taschman (1975), Zuk u. Rubinstein (1975), Pattison (1976), Sholevar (1977), Sander (1978), Napier u. Whitaker (1979), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit), Broderick u. Schrader (1981), Friesen (1981).

<sup>26</sup> Die einschneidenden Ereignisse sind u. E. die Gründung der ersten Zeitschrift für Familientherapie und die Verabschiedung des ersten Gesetzes über die Lizenzierung von Familientherapeuten.

<sup>27</sup> Siehe hierzu Pollak u. Friedman (1969), Zuk (1975), Framo (1976a), Guerin (1976), Olson u. Sprenkle (1976), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit), Broderick u. Schrader (1981).



In den 60er Jahren konzentrierten sich die Familientherapeuten mehr und mehr auf die Ehebeziehung in pathologischen Familien. Auch versuchten sie, die Familie vor inneren und äußeren Bedrohungen zu schützen. So wurde der gesellschaftliche Kontext – insbesondere der Einfluß von Verwandtschaft, Schule und Arbeitsplatz – stärker beachtet. Gleichzeitig wurden die meisten Therapieansätze von der Modifikation dyadischer Beziehungen auf die Untersuchung und Behandlung von Triaden und Systemen ausgeweitet. Dabei kam es zu Auseinandersetzungen zwischen psychoanalytisch ausgerichteten und systemorientierten Familientherapeuten. Diese führten zur Entstehung der ersten beiden Schulen der Familientherapie, deren Wortführer Ackerman bzw. Haley waren. Die Vertreter beider Richtungen wurden immer mehr von Psychologen, Psychiatern und Sozialarbeitern anerkannt und konnten eigene Forschungs- und Ausbildungsprogramme an (privaten) Instituten und Universitäten einrichten. Auch gelang es Satir, Bell und Ackerman, die Familientherapie populär zu machen.<sup>28</sup>

Im Jahre 1970 legte die Group for the Advancement of Psychiatry einen Bericht über die Lage der Familientherapie vor, der sich auf die Auswertung von 312 Fragebögen stützte. 40% der befragten Therapeuten waren Sozialarbeiter und weitere 40% Psychologen oder Psychiater. Sie führten zumeist sowohl Familien- als auch Einzelbehandlungen durch. Gewöhnlich wurde nur die Kleinfamilie therapiert, wobei sie v.a. Empathie, Autonomie und Individuation sowie die Verbesserung von Kommunikationsprozessen anstrebten. Meist richteten sie die Behandlung an den Theorien von Satir, Ackerman, Jackson, Haley und Bowen aus.

Anfang der 70er Jahre begann in den USA die Blütezeit der Familientherapie. Die wichtigsten Markierungspunkte dieser Phase werden im folgenden in einer Übersicht kurz dargestellt.<sup>29</sup>

- 
- 1973 Erste Ausgabe des *International Journal of Family Counseling* (heute *American Journal of Family Therapy*).
  - 1974 Gründung der Zeitschrift *Family Therapy*.
  - 1975 Gründung des *Journal of Marriage and Family Counseling* (heute *Journal of Marriage and Family Therapy*), der auflagenstärksten Zeitschrift über Familientherapie.
  - 1976 Entstehung des Kurztherapiezentrum in Palo Alto.
  - 1977 Gründung der American Family Therapy Association.
  - um 1978 Entstehung der *International Social Network Association* und des *International Network for Social Network Analysis* mit zwei Periodika.  
Umbenennung der American Association of Marriage and Family Counselors in American Association for Marriage and Family Therapy (etwa 6000 Mitglieder).
  - 1979 Gründung des *International Journal of Family Therapy* und des *Journal of Family Therapy*.
  - 1980 Erste Ausgabe von *Family Therapy Quarterly*.
- 

Während in den 50er Jahren rund 60 Artikel und in den 60er Jahren ungefähr 250 Artikel über Familientherapie veröffentlicht wurden, entstanden von 1970–1980 über 300 Bücher bzw. Sammelbände und über 3000 Artikel (Olson 1970; Green 1981).

<sup>28</sup> Zu den beiden letzten Abschnitten s. Haley (1969b, 1971a), Bowen (1972), Zuk (1975, 1979a, b), Gurman u. Kniskern (1978c), Stanton (1979b, c), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit).

<sup>29</sup> Vgl. Speck u. Speck (1979), Textor (1980, unveröffentlichte Diplomarbeit; 1984a), Weakland et al. (1980), Broderick u. Schrader (1981), Gurman (1981).

Gleichzeitig stieg die Zahl amerikanischer Ehe- und Familientherapeuten auf 30000–40000 an.<sup>30</sup> Immer mehr Universitäten nahmen sich ihrer Ausbildung an und lehrten sie verschiedene Theorieansätze. Obwohl sich viele Therapeuten einer Schule der Familientherapie zurechnen, sind heute die meisten aufgrund dieser vielseitigen Ausbildung, aber auch aufgrund der offenen und multidisziplinären Ausrichtung der „American Association for Marriage and Family Therapy“ eklektisch orientiert. Heute haben sich alle klinischen Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter zumindest kurzzeitig mit der Familientherapie beschäftigt.

In den 70er Jahren arbeiteten viele Familientherapeuten an der Entwicklung neuer Theorieansätze und v. a. von speziellen Zielen dienenden Techniken. Zudem begannen sie, Familienmitglieder mit Lernstörungen, Behinderungen, schweren Krankheiten, Depressionen oder sexuellen Störungen zu behandeln und aus Ehescheidungen resultierende Probleme zu lösen. Dabei versuchten sie, gleichzeitig auf das gestörte Individuum *und* seine Familie positiv einzuwirken. Zugleich übernahmen sie vermehrt Konzepte und Techniken von Gestalt- und Verhaltenstherapeuten, von Transaktionsanalytikern und von Anhängern anderer (neuer) Therapierichtungen. Auch führten sie vermehrt Experimente und Therapieauswertungen durch.<sup>31</sup>

Im Jahre 1978 wurde eine Befragung von 1117 amerikanischen Familientherapeuten veröffentlicht, die uns einen Eindruck von ihrer Herkunft, Qualifikation und Arbeitssituation vermittelt. So gab es mehr männliche als weibliche Therapeuten (57,5% gegenüber 42,5%). Nur wenige stammten aus Minderheiten (86,5% bezeichneten sich als Weiße) oder waren geschieden (11,9% gegenüber 56,2% verheirateten Personen). 85% besaßen einen „Bachelor's Degree“ und 49,7% einen „Master's Degree“, während 8,9% promoviert waren. Allerdings hatten nur 65% an einer Spezialausbildung in Familientherapie teilgenommen, konnten aber zumeist an ihren Arbeitsstellen Supervision erhalten und sich dort fortbilden. Die Familientherapeuten fühlten sich in ihrer Vorgehensweise stark von Satir, Haley, Minuchin, Ackerman, Jackson, Whitaker und Bowen (in dieser Reihenfolge) beeinflusst, wendeten aber auch viele Techniken der Verhaltenstherapie an. Oft führten sie noch Individual- oder Gruppentherapien durch (Coleman u. Davis 1978; Coleman u. Stanton 1978).

## 1.4 Systematisierung durch Differenzierung

Heute gibt es bereits eine fast unüberschaubare Anzahl familientherapeutischer Ansätze. So wird schon seit Mitte der 60er Jahre versucht, diese Theorien nach den sie unterscheidenden Kriterien zu systematisieren.

In der von uns verarbeiteten Literatur fanden wir über 25 verschiedene Klassifikationsversuche, die sich jedoch aus einem oder mehreren der folgenden Gründe als unzureichend erwiesen:

<sup>30</sup> Helm Stierlin, mündliche Mitteilung.

<sup>31</sup> Zum Vergleich s. Framo (1975c), Guerin (1976), Olson u. Sprenkle (1976), Brodtkin (1977), Zuk (1979a), Broderick u. Schrader (1981), Green (1981).

- 1) Oft erfolgt die Systematisierung nur nach einem einzigen Unterscheidungskriterium (wie Herkunft der Konzepte, Pathologiemodell oder Stil des Therapeuten) und ist deshalb von geringer Relevanz. Das gilt z. B. für Mishler u. Waxler (1966), Beels u. Ferber (1972), Kadis (1972), Feldman (1976a), Levande (1976), Zuk (1979c).
- 2) Häufig beruht die Klassifikation auf rein formalen Kriterien (wie Behandlungsdauer oder Zusammensetzung der Therapiegruppe), nach denen sich Theorien nicht sinnvoll unterscheiden lassen. Dies trifft für Minuchin (1969b), Olson (1970), Fieldsteel (1974), Zuk (1974), Stahmann (1977), Stanton (1979a) zu.
- 3) Oft werden dem Unterscheidungskriterium nur 2 oder 3 Kategorien zugeordnet, so daß zu viele unterschiedliche Theorien in eine Kategorie fallen.<sup>32</sup> Dies ist z. B. der Fall bei Mishler u. Waxler (1966), Minuchin (1969b), Olson (1970), Fieldsteel (1974), Levande (1976), Minuchin et al. (1978), L'Abate u. Frey (1981).
- 4) Manchmal werden nur 2–6 Theorien miteinander verglichen, was zu unvollständigen Klassifikationen führt, die oft nicht die Einordnung unberücksichtigter Therapieansätze erlaubt. Hier sind beispielsweise Mishler u. Waxler (1966), Foley (1974), Levande (1976), Ritterman (1977), Orten (1978) zu nennen.
- 5) Häufig werden einzelnen Kategorien keine Theorien zugeordnet, so daß unklar bleibt, welche Therapieansätze von ihnen erfaßt werden. Dies trifft für Anthony (1972), Zuk (1974), Zuk u. Rubinstein (1975), Minuchin et al. (1978), Stanton (1979a), Friedman (1981) zu.
- 6) Manchmal ist die Einordnung von Theorien in eine bestimmte Kategorie nicht einleuchtend. So kritisiert beispielsweise Weakland (1977a), daß der von ihm mitvertretene Therapieansatz des Mental Research Instituts von Ritterman (1977) nur unzureichend verstanden und falsch klassifiziert worden sei. Und Feldman (1976a) ordnet Liberman, Ackerman und Whitaker in die Reihe der Familientherapeuten ein, die Verhaltensänderungen v. a. durch Modellernen erreichen, obwohl sie aus verschiedenen Schulen der Psychotherapie stammen, „Lernen“ nach andersartigen psychologischen Theorien konzeptualisieren und sich höchst unterschiedlich verhalten.

So fanden wir nur drei Klassifikationen von Theorien der Familientherapie, die unseren Erwartungen entsprachen.<sup>33</sup> Olson u. Sprenkle (1976) unterscheiden zwischen Ansätzen, die auf der Theorie des sozialen Lernens (Patterson, Stuart, Weiss), auf der allgemeinen Systemtheorie (Bell, Boszormenyi-Nagy, Bowen, Haley, Jackson, Minuchin, Satir, Whitaker) und der Gesprächspsychotherapie (Guernsey, Rapaport) beruhen. Als vierte Kategorie nennen sie noch die Familiengruppentherapie (Alexander, Laqueur, Leichter, Olson). Und Moeller (1977) trennt entsprechend der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung bei der Theoriebildung und Intervention zwischen psychoanalytisch orientierter (Boszormenyi-Nagy, Bowen, Grotjahn), integrativer (Ackerman, Pollak, Williams), kommunikations-

<sup>32</sup> Beispielsweise benutzt Orten (1978) die Vorstellungen über pathologische Erscheinungen als Unterscheidungskriterium und verwendet dann folgende 3 Kategorien: medizinisches Modell, kybernetisches Modell und Systemmodell. Die in eine Kategorie eingeordneten Theorien sind jedoch sehr unterschiedlich und werden so nur unzureichend differenziert.

<sup>33</sup> Wir nennen im folgenden nur die Namen amerikanischer Familientherapeuten. Als eine vierte sinnvolle Klassifikation ließe sich das von Friedman (1981) entwickelte „integrierte, dreidimensionale Metamodell“ mit seinen 15 Kategorien verwenden. Es kann hier jedoch nicht dargestellt werden, da Friedman den Kategorien keine Therapieansätze zuordnet.

theoretischer (Haley, Jackson, Satir, Watzlawick), systemorientierter (Minuchin) und verhaltenstherapeutischer (Lieberman, Patterson, Stuart) Familientherapie. Hier wird noch ein weiterer Ansatzpunkt für Kritik an den bestehenden Klassifikationen deutlich: Verschiedene Autoren ordnen die gleichen Theorien unterschiedlich ein, selbst wenn sie dieselben Kategorien benutzen. So entdeckt man oft Widersprüche beim Vergleich einzelner Klassifikationsversuche.

Die wohl die meisten Theorien umfassende und ausführlichste Klassifikation finden wir bei Textor (1984a), der zwischen folgenden Schulen der Familientherapie aufgrund von 6 Unterscheidungskriterien (Theorieschwerpunkt, Pathologiemodell, Therapieziele, Techniken, Behandlungsdauer, Art der Therapieauswertung) differenziert:

- 1) *Strategische Familientherapie* (Haley, Jackson, Watzlawick, Zuk): Diese Schule legt den Schwerpunkt auf die Untersuchung von Systemprozessen, die sich in Interaktionsmustern, Regeln, Feedbackprozessen und beobachtbaren Verhaltensweisen äußern. Sie beschreibt pathologische Familien als geschlossene Systeme mit einem starren Äquilibrium, undefinierten Beziehungen, Machtkämpfen und Kommunikationsstörungen. In der nur wenige Sitzungen umfassenden Behandlung werden v.a. der Abbau von Symptomen und die Lösung von Konflikten angestrebt, wobei ein Problem nach dem anderen angegangen und für jedes eine neue Behandlungsstrategie entworfen wird. Dabei verwenden diese Therapeuten eine Vielzahl paradoxer Techniken (wie Umdefinition und Symptomverschreibung), verändern das kommunikative Verhalten und geben Hausaufgaben. Die Behandlung ist beendet, wenn die präsentierten Probleme gelöst worden sind.
- 2) *Strukturelle Familientherapie* (Minuchin): Diese Richtung untersucht v.a. die Beziehung zwischen Familie und Umwelt, die Anordnung familialer Subsysteme, deren Grenzen und die Art der Rollenausübung. Nach dieser Auffassung gibt es in pathologischen Familien intensive Ehekonflikte und eine gestörte Struktur (z. B. intergenerationale Koalitionen, zu lockere oder zu enge Beziehungen). Bei der meist einige Monate in Anspruch nehmenden Behandlung wird die Veränderung von Familienstruktur und Rollenausübung angestrebt, wobei Techniken wie Modellernen, angeleitete Beobachtung, interpersonale Aufgaben, Bewußtmachung und Interpretation verwendet werden. Die Auswertung dieser wachstumsorientierten Therapieansätze erfolgt zumeist in mehreren Dimensionen.
- 3) *Verhaltenstherapeutische Familientherapie* (Alexander, Lieberman, Patterson): Sie beschäftigt sich mit der Beziehung zwischen dem Klienten und den Personen, die sein gestörtes Verhalten aufrechterhalten und verstärken. Dabei konzentriert sie sich auf beobachtbare Verhaltensweisen, Lernprozesse und Interaktionsmuster. Ihre Vertreter sind der Auffassung, daß die Schwierigkeiten ihrer Klienten durch Verhaltensdefizite, mangelndes Wissen oder durch ungewollte Verstärkung unerwünschter Verhaltensweisen verursacht werden. Diese sollen durch Um- oder Neulernen behoben werden, wobei Techniken wie positive und negative Verstärkung, sukzessive Approximation, Modellernen, Verhandlung, Rollenspiel und Feedback verwendet werden. Die meist kurzzeitige Behandlung ist beendet, wenn die präsentierten Probleme gelöst und die Symptome abgebaut worden sind und wenn die neu erlernten Verhaltensweisen beibehalten werden. Dabei wird großer Wert auf eine gründliche und objektive Evaluation gelegt.
- 4) *Therapie der erweiterten Familie* (Bell, Bowen, Pattison, Speck): In diese Kategorie fallen sehr unterschiedliche Theorien, bei denen jedoch immer der Schwerpunkt auf Er-

fassung und Veränderung der Familie und ihrer Umwelt – d. h. der Beziehungen zu Ursprungsfamilien, Verwandten, Nachbarn, Arbeitskollegen, Institutionen usw. – liegt. Danach werden pathologische Erscheinungen durch Konflikte, Mißverständnisse und Projektionen sowie durch die Verschmelzung oder Abkapselung von Subsystemen verursacht. Die Therapeuten vermitteln entweder zwischen diesen oder bauen ein Netzwerk auf, das dann der betroffenen Familie hilft. Die Behandlung ist meist kurz und problemorientiert; eine Evaluation findet nur selten statt.

- 5) *Erfahrungsbezogene Familientherapie* (Kempler, Satir, Whitaker): Diese Richtung konzentriert sich auf das Erleben und den Gefühlsausdruck, auf die Emotionen und Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder. Ihre Anhänger erklären pathologische Prozesse durch negative Erfahrungen und Kommunikationsstörungen der Klienten. In der meist kurz- bis mittelfristigen wachstumsorientierten Behandlung sollen diese neue Erfahrungen mit sich selbst und anderen machen, die eigene Person und die Individualität ihrer Angehörigen akzeptieren sowie spontaner und autonomer werden. Die Therapeuten teilen ihre eigenen Gefühle und Erlebnisse mit, verhalten sich natürlich und wirken als Vorbilder. Daneben arbeiten sie auch mit Bewußtmachung und Feedback, schulen kommunikative Fertigkeiten und verwenden erlebnisbezogene Techniken wie Psychodrama und Familienskulptur. Therapieauswertungen sind selten und meist subjektiv.
- 6) *Psychodynamische Familientherapie* (Ackerman, Boszormenyi-Nagy, Framo, Wynne): Ihre Vertreter beschäftigen sich v. a. mit unbewußten intrapsychischen und interpersonellen Prozessen, mit der Persönlichkeitsentwicklung und Rollenausübung. Pathologische Erscheinungen entstehen ihrer Meinung nach aufgrund von Treuebindungen, Übertragungsverschränkungen, Rollenzuschreibungen, Projektionen, Mythen und unbewußten Konflikten. In der meist mittel- bis langfristigen Behandlung müssen die Entwicklungsgeschichte der Familie und der Lebensweg der einzelnen Mitglieder untersucht, die Ursachen von Konflikten aufgedeckt, Übertragungen und Widerstände analysiert sowie familien- und psychodynamische Prozesse verändert werden. Die Therapeuten arbeiten v. a. mit Interpretation, Bewußtmachung und Konfrontation. Sie streben Individuation und Autonomie, stärkere Zusammengehörigkeitsgefühle und eine bessere wechselseitige Bedürfnisbefriedigung an. Evaluationen sind selten und meist subjektiv.

Unseres Erachtens erfüllt dieser Klassifikationsversuch am besten die Aufgabe einer differenzierten Systematisierung familientherapeutischer Ansätze.

Offen bleibt, welche Theorien (Schulen) der Familientherapie zur Zeit am einflußreichsten sind, so daß wir diesen Therapieansätzen im weiteren besondere Aufmerksamkeit widmen können. Textor (1983c) versucht, diese Frage zu beantworten, indem er anhand des *Social Sciences Citation Index 1981* (Institute for Scientific Information 1982) ermittelt, wie oft die Publikationen bestimmter Familientherapeuten in den Jahren 1980 und 1981 von Kollegen und Wissenschaftlern in Zeitschriften bzw. in einer Auswahl von Büchern und Sammelbänden zitiert worden sind. Auf diese Weise läßt sich feststellen, wessen Theorien am meisten diskutiert, kritisiert, überprüft oder angewendet werden.<sup>34</sup> In Tabelle 1 finden wir die Namen der Therapeuten, deren Veröffentlichungen laut SSCI 1981 häufiger als 50mal zitiert worden sind.

<sup>34</sup> Die bekanntesten Familientherapeuten lassen sich natürlich auch durch Befragungen ermitteln, wie von der Group for the Advancement of Psychiatry (1970) sowie von Coleman u. Davis (1978) durchgeführt. Zudem kann man Einfluß nicht nur durch Veröffentlichungen, sondern auch durch

**Tabelle 1.** Einflußreiche Familientherapeuten<sup>35</sup>

Position	Name	Zahl der Nennungen
1	Patterson, Gerald R.	430
2	Haley, Jay	334
3	Minuchin, Salvador	305
4	Watzlawick, Paul	266
5	Gurman, Alan S. <sup>a</sup>	156
6	Bowen, Murray	151
7	Jacobson, Neil S.	145
8	Pattison, E. Mansell <sup>a</sup>	142
9	Lieberman, Robert P.	127
10	Weiss, Robert L.	99
11	Wynne, Lyman C.	97
12	Olson, David H. L. <sup>a</sup>	95
	Satir, Virginia M.	95
13	Jackson, Don D.	93
14	Ackerman, Nathan W.	81
15	Boszormenyi-Nagy, Ivan	78
16	Parloff, Morris B.	64
17	Guernsey, Bernard G.	63
18	Glick, Ira D. <sup>a</sup>	62
	Stanton, M. Duncan <sup>a</sup>	62
19	Alexander, James F.	58
20	Whitaker, Carl A.	54
21	Framo, James L.	51

<sup>a</sup> Diese Familientherapeuten sind weniger aufgrund ihrer Therapieansätze als aufgrund ihrer Forschungstätigkeit bekannt geworden. Aber auch Patterson, Haley, Bowen, Lieberman, Wynne und Jackson haben über eigene empirische Untersuchungen berichtet.

Die Theorien führender Vertreter der strategischen sowie der verhaltenstherapeutischen Schule der Familientherapie wurden also am meisten diskutiert und dürften den größten Einfluß auf das Denken und Handeln weniger bekannter Familientherapeuten ausüben. Minuchins struktureller Therapieansatz<sup>36</sup> wurde genauso häufig zitiert wie die Publikationen aller vier in Tabelle 1 genannten psychodynamisch orientierten Familientherapeuten oder wie die Schriften von Bowen und Pattison, welche die erweiterte Familie in die Behandlung einbeziehen (Zahl der Nennung: 305 vs. 307 vs. 293). Die Veröffentlichungen erfahrungsbezogener Familientherapeuten wurden am seltensten zitiert.<sup>37</sup> Auffallend ist, daß viele der genannten Therapeuten auch als Forscher tätig sind.

Vorträge oder Leitung von Ausbildungsprogrammen gewinnen. So wird der Bekanntheitsgrad der genannten Therapeuten nur unter Verwendung eines möglichen Maßstabes gemessen (vgl. Textor 1983c).

<sup>35</sup> Diese Tabelle beruht auf Tabelle 2 in Textor (1983c), enthält aber nur die Namen amerikanischer Familientherapeuten. Da viele Autoren eigene Werke im Literaturverzeichnis zitieren, wurde die Zahl der Nennungen um die Anzahl der Eigenzitate reduziert. So konnte eine Verfälschung der Angaben vermieden werden.