

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

# Familientherapie: Ziele und Ablauf

Martin R. Textor

Eine kleine Gruppe amerikanischer Therapeuten, deren Wortführer Haley<sup>1</sup> ist, betrachtet die Familientherapie als eine gänzlich andersartige Behandlungsform (neue Gestalt), in der nicht mehr das Individuum, sondern das Familiensystem Objekt von Diagnose und Therapie ist. Sie halten sie für die einzige sinnvolle Behandlungsform und machen deshalb ausschließlich von ihr Gebrauch. Die meisten Therapeuten sehen aber die Familientherapie eher als eine weitere Zugangsweise zu den Problemen ihrer Klienten und als eine zusätzliche Therapieform in ihrem therapeutischen Repertoire. Sie verwenden sie entweder neben der Individual- bzw. Gruppentherapie oder spezialisieren sich auf sie, ohne aber die anderen Behandlungsformen abzulehnen. Wir sind wohl wie die Vertreter der erstgenannten Gruppe der Meinung, daß die Familientherapie ein neues Erkenntnismodell und eine andersartige Therapieform ist, daß Interventionen in das Familiensystem die Persönlichkeitsstruktur und das Verhalten der einzelnen Mitglieder verändern. Auch betrachten wir die Familientherapie als für die meisten Fälle geeignet, da wir bei psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen interpersonalen bzw. familialen Prozessen eine größere Bedeutung zumessen als intrapsychischen (vgl. Kap. 4). Hingegen schließen wir uns den Vertretern der 2. Gruppe insofern an, als wir die Familientherapie als eine Behandlungsform neben anderen sehen.

Zahlreiche amerikanische Familientherapeuten<sup>2</sup> nennen keine *Indikationen* und *Kontraindikationen* für die Behandlung ganzer Familien, sondern wenden die Familientherapie bei allen Klienten an. Hingegen führen andere teilweise lange Listen<sup>3</sup> von Indikationen und Gegenindikationen an. Darin zeigt sich u.E. wieder die Einseitigkeit und Beschränktheit der einzelnen Therapieansätze. Dieser Eindruck wird noch dadurch verstärkt, daß sich die Angaben über Indikationen und Kontraindikationen z. T. sehr voneinander unterscheiden.<sup>4</sup> Dagegen dürfte die integrative Familientherapie in den meisten Fällen indiziert und nur in

---

<sup>1</sup> Siehe z.B. Haley (1967d, 1971c, 1972b, 1975, 1977, 1978b), Minuchin (1969b, 1974, 1978), Zuk (1975). Vgl. Olson (1970), Fieldsteel (1974), Offer u. VanderStoep (1975), 1.2 in diesem Buch.

<sup>2</sup> Siehe z.B. Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973). Laqueur (1973), Framo (1975a). Vgl. Offer u. VanderStoep (1975).

<sup>3</sup> Siehe z.B. Ackerman (1966), Bloch u. LaPerriere (1973), Glick u. Kessler (1974), Whitaker u. Keith (1981).

<sup>4</sup> So glauben z.B. folgende Therapeuten, daß ihre Ansätze für die genannten Fälle nicht geeignet sind: Ackerman (1966): für Familien mit Psychopathen, Kriminellen, Perversen oder Paranoikern; Glick u. Kessler (1974): für Familien mit suchtkranken, manischen oder paranoiden Mitgliedern; Zuk (1975): bei alkoholkranken oder drogensüchtigen Familienmitgliedern, für Einelterfamilien mit kleinen Kindern; Whitaker u. Keith (1981): für Familien mit manischen oder getrennt lebenden Mitgliedern, für Einelterfamilien.

wenigen kontraindiziert sein, da die zugrundeliegende Theorie ja sehr umfassend und komplex ist.

Da jede Familie sich positiv oder negativ auswirkende Strukturen und Prozesse in einer einzigartigen Kombination aufweist (vgl. 3.1), benötigt nur diejenige eine Behandlung, in der die pathogenen Kräfte überwiegen, Kommunikationsstörungen vorherrschen, Rollen unzureichend erfüllt werden, viele Bedürfnisse der Mitglieder unbefriedigt bleiben oder die Sichtweise des einzelnen von sich selbst, den anderen und der Welt gestört ist.

In general, family treatment is indicated when either the therapist conceptualizes and/or the family indicates that the family system is involved to a significant or a major degree in some type of psychosocial problem. Family treatment is appropriate for those situations in which the family's ability to perform its basic functions is inadequate (Glick u. Kessler 1974, S. 104, 105).

Familientherapie ist auch dort indiziert, wo sich die Mitglieder in einer Krise befinden, unter interpersonellen Konflikten (in vertikalen oder horizontalen Subsystemen) leiden, mit einem Zerfall der Familie (Trennung, Scheidung) rechnen oder Schwierigkeiten bei Individuation, Selbstdifferenzierung, Ablösung und Weiterentwicklung erleben. Sie ist v. a. dann angezeigt, wenn Familienbeziehungen verändert werden müssen, die Symptome des IP pathologische Familienprozesse und -strukturen symbolisieren oder intrapsychische Konflikte durch interpersonale verursacht werden. So schreibt Ackerman (1966) über Familientherapie: „It is especially helpful in those conditions in which the here-and-now struggle with the interpersonal conflicts of the family potently affects the outcome of coping with intrapsychic conflicts“ (S. 111). Familientherapie läßt sich zur Behandlung leichter und schwerer psychischer oder psychosomatischer Krankheiten, von Verhaltensstörungen, Alkoholismus, Drogensucht und anderen psychosozialen Problemen einsetzen. Solange es an Vergleichsuntersuchungen mangelt und kaum Ergebnisse über den Behandlungserfolg bei bestimmten Klientenpopulationen vorliegen (vgl. Gurman u. Kniskern 1978c; Textor 1984a), kann man nicht sagen, für welche Krankheitsbilder und interpersonellen Konflikte die Familientherapie besser geeignet ist als andere Behandlungsformen.<sup>5</sup>

Eine Familienbehandlung ist u. E. nur dann kontraindiziert, wenn ein wichtiges Familienmitglied an den Sitzungen nicht teilnehmen kann, weil es unter Behinderungen bzw. organischen Krankheiten leidet oder Stresssituationen meiden soll (z. B. bei Herzkrankheiten, Kreislaufstörungen, angeborenen Herzfehlern usw.). Zudem sollte auf eine Familientherapie verzichtet werden, wenn sich ein Elternteil strikt weigert, an den Sitzungen teilzunehmen. Für viele Fälle ist auch eine andere Therapieform besser geeignet – z. B. wenn sich ein junger Erwachsener bereits von seinen Eltern abgelöst<sup>6</sup> hat, seit längerer Zeit alleine lebt

---

<sup>5</sup> Vgl. MacGregor et al. (1964), Ackerman (1966), Kempler (1971, 1975), Bloch u. LaPerriere (1973), Fieldsteel (1974), Glick u. Kessler (1974), Offer u. VanderStoep (1975), Wynne (1975), Whitaker u. Keith (1981). Ackerman, Glick, Kessler und Kramer nennen weitere Indikationen, die aber u. E. für die integrative Familientherapie irrelevant sind. Sie behandeln Familien, wenn eine Individualtherapie ohne Erfolg blieb oder wenn einer Symptomverlagerung entgegengewirkt, der Sekundärgewinn von psychischen Erkrankungen reduziert oder eine zuvor institutionalisierte Person in ihre Familie reintegriert werden soll.

<sup>6</sup> Einige Familientherapeuten (z. B. Sager, Kramer) glauben, daß sich die Ablösung eines Jugendlichen besser durch eine Individual- als durch eine Familientherapie fördern lasse. Wir schließen uns dieser Auffassung nicht an, da zum einen die Eltern sich ebenfalls ablösen müssen und dieser Vorgang eine große Rolle in ihrem Leben spielt und zum andern eine abrupte Trennung oder eine Abkapselung des Jugendlichen viele negative Folgen haben kann (vgl. 3.3 und 4.2; Sager 1968; Offer u. VanderStoep 1975).

oder unter rein intrapsychischen Problemen bzw. unter einem Mangel an sozialen Fertigkeiten leidet (indiziert: Individual- bzw. Gruppentherapie), wenn ein Familienmitglied an einer Psychose schwer erkrankt ist (Behandlung mit Psychopharmaka) oder wenn eine Familie Schwierigkeiten mit Institutionen hat, jedoch intrapsychische oder interpersonale Konflikte nicht von Bedeutung sind (Soziotherapie). Auch sollten nur diejenigen Mitarbeiter psychosozialer Dienste eine Familienbehandlung durchführen, die als Familientherapeuten ausgebildet wurden.<sup>7</sup>

Einige amerikanische Familientherapeuten (z.B. Friedman, Epstein, Jungreis) arbeiten immer mit der ganzen Familie – ja sie brechen Sitzungen ab, wenn ein Mitglied fehlt. Selbst Telefonanrufe von Einzelpersonen werden nicht angenommen (es sei denn, es handelte sich um Formalitäten). Andere hingegen (z.B. Boszormenyi-Nagy, Framo) erlauben den Familien, die Sitzungen in einer beliebigen Kombination von Mitgliedern zu besuchen. Die meisten Familientherapeuten bestimmen jedoch, welche Familienmitglieder und signifikante andere Personen zu welchen Sitzungen kommen sollen.<sup>8</sup> So schreibt Weakland (1976):

If one takes the idea of interaction in systems seriously, it follows that effective intervention can be made through any member of the system. Family therapy in this view does not consist of having everyone present in the therapist's office (although this may at times be desirable for information gathering or strategic purposes), but in working from an interactional *view-point* (S. 126).

Dementsprechend kann man familientherapeutische Sitzungen mit einem einzelnen Familienmitglied, einem Subsystem, der ganzen Familie oder der erweiterten Familie sowie unter Einbeziehung signifikanter Anderer (Verwandte, Expartner, Geliebte, Freunde, Vermieter, Nachbar, Arbeitgeber, Kollegen, Lehrer, Rechtsanwälte, Hausärzte, Priester usw.)<sup>9</sup> durchführen.<sup>10</sup> Einige Familientherapeuten lassen Säuglinge und Kleinkinder an den Sit-

---

<sup>7</sup> Siehe hierzu Ackerman (1966, 1970b), Bloch u. LaPerriere (1973), Glick u. Kessler (1974), Offer u. VanderStoep (1975), Whitaker u. Keith (1981).

Amerikanische Familientherapeuten nennen weitere Gegenindikationen, die u. E. jedoch nur für einzelne Therapieansätze gelten, auf die integrative Familientherapie nicht zutreffen oder durch ein entsprechendes Verhalten des Therapeuten gegenstandslos gemacht werden können. Sie halten eine Familienbehandlung für kontraindiziert, wenn die Mitglieder nicht motiviert sind (Glick, Whitaker, Bloch), von einer destruktiven Motivation angetrieben werden (Ackerman, Whitaker), Vorurteile gegen eine Familienbehandlung hegen (Glick, Ackerman), nicht ehrlich und offen sind (Ackerman, Whitaker, Glick), extrem rigide Abwehrmechanismen besitzen (Boszormenyi-Nagy, Sager, Bloch, Ackerman), sich einander stark entfremdet haben (Ackerman, Bloch, Glick) oder eine Scheidung nicht verhindern wollen (Kramer, Glick, Ackerman). Auch lehnen sie eine Familientherapie ab, wenn einzelne Familienmitglieder die Behandlung sabotieren (MacGregor, Glick, Whitaker), mangelnde kognitive Fähigkeiten besitzen (Bowen) oder den Therapeuten als Agenten bestimmter Institutionen ansehen, der die Familie oder einzelne Mitglieder disziplinieren soll (Zuk). Siehe hierzu Ackerman (1966, 1970b), Sager (1968), Bloch u. LaPerriere (1973), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Glick u. Kessler (1974), Offer u. VanderStoep (1975), Zuk (1975), Kilpatrick (1980), Whitaker u. Keith (1981); vgl. Anm. 4.

<sup>8</sup> Wir stimmen dieser Vorgehensweise zu, da wir die erste Position für zu starr halten. An der zweiten ist u.a. zu kritisieren, daß hier der Therapeut zuviel Macht verliert, Widerstände unentdeckt bleiben und einzelne Familienmitglieder leicht die Behandlung sabotieren können.

<sup>9</sup> Manche Familientherapeuten fordern sogar ihre Klienten auf, Haustiere zu den Sitzungen mitzubringen.

<sup>10</sup> Einige Familientherapeuten sind der Meinung, daß eine Sitzung umso besser verläuft, je mehr Personen anwesend sind. So schreibt z.B. Whitaker (1975a): „My view on this issue is that the power of what happens in any interview is multiplied, depending on the number of family members present“ (S. 169).

zungen teilnehmen, während andere nur ältere Kinder einbeziehen, die sich bereits an den Gesprächen beteiligen können. Mitglieder der erweiterten Familie bzw. signifikante Andere werden meist nur zu einigen Sitzungen eingeladen. Ihre Anwesenheit kann in der diagnostischen oder in der mittleren Therapiephase (s. 5.2.1 und 5.2.2) sinnvoll sein. Manche Therapeuten (z. B. Satir) laden zu den ersten Sitzungen vielfach nur die Eltern ein, um auf diese Weise zu unterstreichen, daß die Erwachsenen in einer Partnerbeziehung leben und gemeinsam für die Führung der Familie verantwortlich sind. Die meisten beginnen aber die Behandlung mit der ganzen Familie. Später mögen sie dann einige Sitzungen mit einzelnen Subsystemen durchführen, die besonders intensiv beeinflußt werden müssen oder für die spezifische Therapieziele gelten. In der Regel berichten sie dann zu Beginn der nächsten Familiensitzung über den Gesprächsinhalt der separaten Treffen. Viele Familientherapeuten (z. B. Sager, Glick, Boszormenyi-Nagy) arbeiten später oft nur noch mit den Partnern – beispielsweise wenn sie Ehekonflikte für die meisten Familienprobleme oder für das gestörte Verhalten bzw. die psychische Erkrankung des IP verantwortlich machen. Andere (z. B. Haley, Stanton, Liberman, Patterson) laden später nur noch die Eltern ein, um deren erzieherische Kompetenz zu verbessern, Verhaltensstrategien gegenüber den Kindern zu diskutieren oder Erziehungstechniken zu lehren. Die Eltern sollen die ihnen zustehende Position in der Familienhierarchie (Autorität) übernehmen und ihr Verhalten gegenüber den Kindern absprechen. So werden diese indirekt beeinflußt und therapiert. Vielfach nimmt also die Zahl der Teilnehmer an Therapiesitzungen im Verlauf der Behandlung ab.<sup>11</sup>

Da alle menschlichen Verhaltensweisen von Prozessen auf der somatischen, psychischen, interpersonalen und gesellschaftlichen Ebene bestimmt werden, sollte der Familientherapeut während der Sitzungen gleichzeitig oder nach und nach auf verschiedenen (möglichst auf allen) Ebenen intervenieren. Dazu ist es oft sinnvoll, eine Familienbehandlung mit anderen Therapieformen zu kombinieren. So machen einige amerikanische Familientherapeuten (z. B. Glick, Whitaker, Wynne, Sager, Hatcher, Fieldsteel) von individualtherapeutischen Sitzungen Gebrauch, wenn sie mit einzelnen Familienmitgliedern intrapsychische Konflikte, rein persönliche Probleme, psychodynamische Prozesse oder Kindheitserfahrungen besprechen wollen. Andere (z. B. Charny, Ackerman, MacGregor, Williams) möchten auf diese Weise verdeutlichen, daß ein Individuum gleichzeitig Familienmitglied und Einzelperson ist – eine Erfahrung, die v. a. für Heranwachsende von Bedeutung ist. Auf diese Weise können auch deren Autonomie und Individuation gefördert werden. In einigen wenigen Fällen müssen die Therapeuten zunächst einzelne Familienmitglieder behandeln. Das gilt beispielsweise für Psychotiker, die unfähig sind, Beziehungen einzugehen oder an Sitzungen mit der ganzen Familie teilzunehmen. Auch depressive Personen müßten oft in Einzelsitzungen auf eine Familientherapie vorbereitet werden, da sie dazu tendieren, die Schuld für alle Familienprobleme auf sich zu nehmen. Eine Individualtherapie kann aber auch nach einer Familienbehandlung angesetzt werden, wenn z. B. alle pathogenen interpersonalen Schwierigkeiten gelöst wurden, aber ein Mitglied noch an intrapsychischen Konflikten leidet. Problematisch ist, daß Einzelsitzungen leicht zu Geheimnistuerei, Argwohn, Angst und Eifersucht führen. Starke emotionale Reaktionen der anderen Familien-

---

<sup>11</sup> Vgl. Bell (1967, 1975), Satir (1967), Boszormenyi-Nagy (1970b), Friedman (1971b), Jungreis (1971a, b), Pittman III et al. (1971), Sager et al. (1971), Beels u. Ferber (1972), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Whitaker (1973), Foley (1974), Glick u. Kessler (1974), Spark (1974), Framo (1975a), Bowen (1978), Gurman u. Kniskern (1978c), Levant (1978), Stanton (1979a), Stanton u. Todd (1979), Haley (1980), Epstein u. Bishop (1981).

mitglieder müssen in jedem Fall diskutiert werden – wobei einige Therapeuten damit bis zum Abschluß der individualtherapeutischen Behandlung warten, um auf diese Weise die Grenzen zwischen den Individuen zu verstärken. Generell sollten Einzelsitzungen nur angesetzt werden, wenn der Gesprächsinhalt auch wieder in die gemeinsamen Sitzungen eingebracht werden kann und wenn alle Familienmitglieder mit dieser Regelung einverstanden sind. Falls einige nicht zustimmen, kann anhand dieses Vorgangs besprochen werden, wie die Familie die Individuation und Weiterentwicklung ihrer Mitglieder behindert.<sup>12</sup>

Viele Familientherapeuten behandeln zeitweise nicht nur einzelne Familienmitglieder, sondern auch einzelne Subsysteme. In diesem Zusammenhang lassen sich folgende Formen der Familientherapie unterscheiden:

- 1) *Serielle Familientherapie*: Hier werden abwechselnd Sitzungen mit der ganzen Familie und mit einzelnen Mitgliedern bzw. Subsystemen durchgeführt.
- 2) *Parallele Familientherapie*: Subsysteme (zumeist Ehedyaden) und einzelne Familienmitglieder (v. a. Symptomträger) werden getrennt voneinander, aber vom selben Therapeuten behandelt.
- 3) *Kollaborative Familientherapie*: Die Familie (bzw. ein bestimmtes Subsystem) und ein einzelnes Familienmitglied (bzw. ein anderes Subsystem) werden von verschiedenen Therapeuten behandelt, die sich miteinander absprechen.

Zahlreiche Familientherapeuten (z.B. Janzen, Patterson, Rubinstein, Liberman) vereinigen oft Subsysteme oder Einzelpersonen zu Therapiegruppen. Auf diese Weise wollen sie die vorhandenen Ressourcen an Geld, Zeit und Energie besser ausnutzen.<sup>13</sup>

Aus ähnlichen Gründen behandeln einige Therapeuten (z.B. Laqueur, Bowen) mehrere Familien gleichzeitig. Andere (z.B. MacGregor, Shaw) machen von der „multiple impact therapy“ (s. 1.1) Gebrauch, wenn die Klienten wöchentliche Sitzungen nicht besuchen können, weil sie beispielsweise sehr abgelegen wohnen. Dieser Ansatz wird aber auch angewendet, wenn Familienkrisen auftreten oder eine konventionellere Behandlung in eine Sackgasse geraten ist. In den genannten Situationen halten jedoch andere Therapeuten (z.B. Speck, Rueveni) eine Netzwerkintervention für indiziert. Mit Hilfe dieses Therapieansatzes können zusätzliche Ressourcen mobilisiert, Hilfsmaßnahmen für verzweigte Personen (nach Selbstmordversuchen, plötzlicher Trennung usw.) organisiert oder abgekapselte Familien wieder mit ihrem Netzwerk verbunden werden. Auch läßt sich die Netzwerkintervention in Wohngemeinschaften und Peer-groups einsetzen.<sup>14</sup>

Familientherapeutische Behandlungen werden von Sozialarbeitern, Psychologen, Ärzten, Psychoanalytikern, Krankenschwestern, Pädagogen u.a. durchgeführt. Meist finden die Sitzungen in den Büros und Praxen der Therapeuten statt. „The office should be large enough to hold the family group and allow for free movement: One member may want to pace the floor or remove himself from the immediate context of the family, or a child might

<sup>12</sup> Siehe hierzu auch MacGregor et al. (1964), Charny (1966), Ackerman (1970b), Sager et al. (1971), Rubinstein (1972, 1978, 1979), Fieldsteel (1974), Glick u. Kessler (1974), Ritchie u. Serrano (1974), Kempler (1975), Whitaker (1975a), Williams (1975), Wynne (1975), Hatcher (1978), Napier u. Whitaker (1979).

<sup>13</sup> Vgl. Olson (1970), Rubinstein (1972, 1978, 1979), Patterson (1974), Janzen (1977), Stahmann (1977), Stanton (1979a), Falloon u. Liberman (1984).

<sup>14</sup> Siehe hierzu MacGregor et al. (1964), Bowen (1972, 1978), Laqueur (1973, 1976), Speck u. Attneave (1976), Shaw et al. (1977), Rueveni (1979a).

need to hide behind the desk“ (Franklin u. Prosky 1973, S. 32). Viele Familientherapeuten haben Spielsachen, eine Tafel, eine Videoanlage oder einen Einwegspiegel in ihrem Büro. Manchmal werden jedoch auch Sitzungen in der Wohnung oder am Arbeitsplatz der Klienten, auf der Straße oder in einem Schulungsraum durchgeführt. „Family therapy has been done in settings such as child guidance clinics, psychiatric emergency rooms (walk-in or crisis clinics), psychiatric outpatient clinics, juvenile probation offices, domestic relations courts, psychiatric hospitals, medical offices, schools, social welfare services, and many other places“ (Glick u. Kessler 1974, S. 69; ohne Anm.). Bowen (1975) hospitalisierte sogar ganze Familien. Manche (v.a. verhaltenstherapeutisch orientierte) Therapeuten halten es für sinnvoll, die Behandlung dort durchzuführen, wo die Probleme auftreten.<sup>15</sup>

Generell lassen sich neben der Krisenintervention kurz-, mittel- und langfristige Familienbehandlungen unterscheiden. Dabei hängt die Länge der Therapie zum einen vom verwendeten Ansatz (s. 1.1 und 1.4; Textor 1984a) ab, zum anderen vom jeweiligen Fall. Zu letzterem Punkt meinen Napier u. Whitaker (1979): „Dauer und Tiefe einer Familientherapie werden von vielen Faktoren beeinflusst: wie ernst die Probleme sind, wieviel Mut und Ehrgeiz die Familie mitbringt, wie groß der Streß ist, der sie drängt, sich zu ändern, bis zu welchem Grad der Therapeut in der Lage ist, sich mit ihren Problemen zu identifizieren, und wie lange es her ist, daß die Probleme zum ersten Mal auftraten“ (S. 296). Einige Familientherapeuten (z.B. Watzlawick, Epstein) begrenzen von vornherein die Zahl der Sitzungen, um auf diese Weise die Motivation der Familienmitglieder zu vergrößern, eine besonders zielbewußte und intensive Zusammenarbeit zu gewährleisten und eine größere Effizienz der Behandlung zu erreichen. In der Regel findet 1 mal pro Woche eine 1- bis 1 1/2-stündige Sitzung statt; manche Therapeuten treffen sich mit ihren Klienten aber auch bis zu 4 mal pro Woche (z.B. Green) bzw. nur alle 2 Wochen (z.B. Ritchie, Bowen). Einige Familientherapeuten (z.B. Langsley) führen anfangs viele Sitzungen direkt hintereinander durch und vergrößern dann allmählich den Zeitraum zwischen den Treffen. Andere (z.B. Haley, Epstein, Erickson) variieren generell die Länge und den Abstand von Sitzungen. Manche Therapeuten (z.B. Kempler, Breslow) setzen bei größeren Problemen auch mehrstündige Sitzungen an. Diese sind ebenfalls angezeigt, wenn Familienmitglieder sehr gehemmt sind, starke Abwehrmechanismen besitzen oder wenig motiviert sind, wie auch wenn die Behandlung in eine Sackgasse geraten ist oder kein Fortschritt zu erkennen ist: „Extended sessions promote movement in a case because of: a) heightened investment and hopefulness on the part of the workers and the families; b) greater willingness on the part of both to risk dealing with a painful issue because of increased likelihood of closure; c) time to experience on an emotional level an issue that previously had been intellectualized“ (Breslow u. Hron 1977, S. 102). Mehrstündige Sitzungen oder Wochenendtreffen sind auch dann sinnvoll, wenn weit entfernt lebende Kinder oder Großeltern an der Behandlung teilnehmen sollen oder eine Netzwerkintervention durchgeführt werden muß.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Dann können beispielsweise die Verstärker besser kontrolliert werden, lassen sich problematische Verhaltensweisen rascher erfassen, werden neugelernte Reaktionen schneller generalisiert (siehe z.B. Patterson 1974, Green et al. 1976).

<sup>16</sup> Vgl. Satir (1967), Langsley u. Kaplan (1968), Bowen (1972), Ritchie u. Serrano (1974), Kempler (1975), Green et al. (1976), Speck u. Attneave (1976), Whitaker (1976a), Breslow u. Hron (1977), Haley (1978a, 1980), Epstein u. Bishop (1981).

## 5.1 Therapieziele

Jeder Familientherapeut benötigt *Therapieziele*, die in der Regel auf seinen Vorstellungen von „dem normalen“ Menschen bzw. „der gesunden“ Familie beruhen (vgl. Kap. 3). Während der Behandlung seiner Klienten folgt er

- 1) Grobzielen, die allgemein seine Vorgehensweise und sein Handeln bestimmen,
- 2) Zwischenzielen, die für einzelne Therapiephasen gelten oder sich auf bestimmte zu lösende Probleme beziehen,
- 3) Feinzielen, die jede einzelne Intervention lenken.

Wir werden uns in diesem Kapitel mit den allgemeinen Therapiezielen beschäftigen und sie entsprechend der 10 Theorieelemente systematisieren.

**1. Theorieelement: Persönlichkeit.** Einige amerikanische Therapeuten (z.B. Watzlawick, Patterson, Liberman) arbeiten *problem- bzw. symptomorientiert*. Sie wirken nur auf die von den Klienten genannten Konflikte und die von ihnen spezifizierten Schwierigkeiten ein. Dabei gehen sie davon aus, daß die Patienten wegen dieser Probleme zum Therapeuten kommen und sich deshalb die Behandlung auf deren Lösung beschränken sollte. So sind die Therapieziele von Fall zu Fall unterschiedlich, ist die Behandlung meist kurzzeitig. Eine andere Gruppe von Familientherapeuten (z.B. Duhl, Satir, Boszormenyi-Nagy, Bowen) ist dagegen *wachstumsorientiert*. Sie verfolgt mehr allgemeine Ziele, die für alle Klienten gelten und in der Regel eine längerfristige Behandlung zur Folge haben. So schreibt beispielsweise Ackerman (1966):

The goals of psychotherapy are these: To remove disabling symptoms; to strengthen the patient's personality so that he may not again fall ill, ... to enable the person to realize his potential, to capitalize on his resources, to feel free and happy, to satisfy his personal needs and to become an efficient, productive human being. Liberated from crippling anxiety, a person can then unfold his capacity to love others, to share with them both pleasure and responsibility, and to make a positive contribution to the welfare of friends, family, and community, as well as to accept contributions from these sources (S. 53).

Nicht nur auf pathologische Prozesse und Strukturen im Individuum soll eingewirkt werden, sondern auch dessen Persönlichkeit soll sich so verändern, daß es nicht wieder psychisch erkrankt bzw. neue Verhaltensstörungen entwickelt. Dazu sollen Fehlentwicklungen behoben, verdrängte Konflikte bewußt gemacht und gelöst, Abwehrmechanismen und „invisible pathologies“ (z.B. Fettleibigkeit, Einsamkeit) abgebaut, Ich-Grenzen gestärkt und positive Kräfte gefördert werden. Das Familienmitglied soll sich zu einem „gesunden“, selbstbewußten und reifen Individuum fortentwickeln, das sein Leben auf sinnvolle Weise gestalten und genießen kann. Zudem soll es lernen, seinen Körper und sein Geschlecht zu akzeptieren und zu schätzen.

Diese Therapeuten wollen auf der einen Seite Selbstdifferenzierung, Selbständigkeit und Weiterentwicklung des Individuums und auf der anderen Seite die dialogische Begegnung, den Zusammenhalt und die wechselseitige Unterstützung der Familienmitglieder fördern. So schreiben Minuchin et al. (1978): „The goal of therapy is to facilitate the growth of a system that encourages the freedom to individuate while preserving the connectedness of belonging“ (S. 91). Auch sollen Selbstbeherrschung und Selbstverantwortung sowie die Entwicklung positiver Selbstwertgefühle gefördert werden. Laut Bandler et al. (1978) kann

sich ein Individuum nur entfalten, wenn ihm folgende 5 Freiheiten gewährt werden bzw. wenn es sich diese im Verlauf der Behandlung erkämpft:

- 1) Die Freiheit zu *sehen* und zu *hören*, was JETZT ist, anstelle von dem, was sein sollte, sein könnte, gewesen ist oder sein wird.
- 2) Die Freiheit zu *empfinden*, was man JETZT empfindet, anstelle von dem, was sein sollte, sein könnte, gewesen ist oder sein wird.
- 3) Die Freiheit zu *sagen*, was JETZT ist, statt davon zu reden, was sein sollte, sein könnte, gewesen ist oder sein wird.
- 4) Die Freiheit, *sich zu nehmen*, was man haben will, unabhängig davon, was man zu wollen *hat*, und ohne darauf warten zu müssen, daß man es von irgend jemanden angeboten bekommt.
- 5) Die Freiheit, eigenverantwortlich *Risiken einzugehen*, anstatt ständig nur darauf zu hoffen, daß man von den durch andere bewirkten Veränderungen profitiert (S. 12).

Zudem muß das Individuum in der Behandlung lernen, die Verschiedenheit der anderen Familienmitglieder zu respektieren, ihre Einzigartigkeit anzuerkennen und ihr Streben nach Selbstdifferenzierung zu fördern. Nur im Prozeß der Auseinandersetzung mit ihrer Individualität sind Selbstaktuierung, Weiterentwicklung und Selbstverwirklichung möglich.<sup>17</sup>

**2. Theorieelement: Kognition.** Amerikanische Familientherapeuten wollen ihre Klienten neue Wege des Sehens, Hörens, Erlebens und Denkens lehren. Diese sollen *alle* Informationen aufnehmen und verarbeiten, sich selbst beobachten (Introspektion) und Kritik willkommen heißen. Sie müssen lernen, die eigenen Bedürfnisse, Gefühle und Wünsche sowie die der anderen Familienmitglieder klar wahrzunehmen. Zudem sind ihre Denk- und Urteilsfähigkeiten zu schulen. Vor allem aber müssen sie effektivere Problemlösungstechniken lernen.<sup>18</sup>

**3. Theorieelement: Psychische Kräfte.** Familientherapeuten wollen im Lauf einer Behandlung die Ängste ihrer Klienten abbauen und sie ermutigen, ihre Emotionen, Wünsche und Bestrebungen offen auszudrücken. Die Familienmitglieder sollen gegenseitig ihre Bedürfnisse besser befriedigen, mehr Freude am Leben haben und glücklicher werden. Zudem sollten sie mehr Achtung und Respekt füreinander, mehr Vertrauen, Mitleid, Mut, Zärtlichkeit, Liebe usw. zeigen. Auch ist die Intimität zwischen den Ehepartnern zu fördern.<sup>19</sup>

**4. Theorieelement: Verhalten.** Viele Familientherapeuten streben in den Sitzungen eine Modifikation des Verhaltens ihrer Klienten an. Sie wollen alte Verhaltensmuster aufbrechen, die Funktion problematischer Verhaltensweisen klären und die sie aufrechterhalten-

---

<sup>17</sup> Zu den letzten 3 Abschnitten s. Ackerman (1958, 1960, 1966, 1972), Jackson (1961b), Arlen (1966), Charny (1966), Satir (1967, 1971, 1975c, 1976), Brown (1969), Sorrells u. Ford (1969), Boszormenyi-Nagy (1970b, 1974), Mitchell (1970a), Bowen (1971), Sonne (1972), Duhl et al. (1973), Framo (1975a), Patterson et al. (1975), Whitaker (1975a), Duhl (1976), L'Abate (1976), Liebman et al. (1976), Bandler et al. (1978), Haley (1978a), Minuchin et al. (1978), Keith u. Whitaker (1979), Ziegler-Driscoll (1979), Weakland et al. (1980), Duhl u. Duhl (1981), Whitaker u. Keith (1981), Falloon u. Liberman (1984).

<sup>18</sup> Vgl. Ackerman (1960), Rabinowitz (1969), Sorrells u. Ford (1969), Sonne (1972), Duhl et al. (1973), Malouf u. Alexander (1974), Boszormenyi-Nagy (1975b), Satir (1975a, c), Laqueur (1976), Strelnick (1977), Bandler et al. (1978), Haley (1978a), Minuchin (1978), Rosenberg (1978), Epstein u. Bishop (1981).

<sup>19</sup> Siehe hierzu Ackerman (1958, 1960), Boszormenyi-Nagy (1971a, 1975b), Satir (1975c, 1976), Framo (1976b), Laqueur (1976).

den (verstärkenden) Reaktionen aufzeigen. Zudem möchten sie auf alternative Verhaltensweisen hindeuten und den Klienten helfen, das gewünschte Ergebnis mit Hilfe besserer (akzeptabler) Mittel zu erreichen. Generell sollen die Familienmitglieder mehr Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz erlangen, neue Anpassungsmechanismen erlernen und nach Abschluß der Behandlung effektiver, produktiver und flexibler handeln.<sup>20</sup>

**5. Theorieelement: Kommunikation.** Die meisten amerikanischen Therapeuten wollen im Verlauf der Therapie die in pathologischen Familien vorherrschenden Kommunikationsstörungen beheben. Sie sind bestrebt, ineffektive und unbefriedigende Interaktionsmuster bewußt zu machen und aufzulösen. Auch wollen sie dialogische Begegnungen fördern und die Klienten zu mehr Offenheit in der Äußerung ihrer Wünsche und Bedürfnisse anhalten. „... each member of the family should be able to report congruently, completely, and obviously on what he sees and hears, feels and thinks, about himself and other, in the presence of others“ (Satir 1971, S. 130). Auch sollte es immer klare, direkte und genaue Botschaften senden, fortwährend Feedback geben und Rückmeldung willkommen heißen. Die Familientherapeuten wollen in den Sitzungen Spontaneität und Empathie fördern, neue Kommunikationskanäle öffnen und ihre Klienten das Zuhören lehren. Die Ehepartner sowie Eltern und Kinder sollen lernen, einander besser zu verstehen.<sup>21</sup>

Die Therapeuten wollen pathogene Familienkonflikte lösen und die Kompromißbereitschaft der Familienmitglieder vergrößern. In den Sitzungen sollen sich diese nicht gegenseitig ihr Verhalten bei früheren Auseinandersetzungen vorwerfen, sondern mit vereinten Kräften die derzeitigen Schwierigkeiten bewältigen und anstehende Aufgaben erfüllen. Entscheidungen sollen nicht durch Machtausübung erzwungen werden, sondern nach einer aggressionsfreien Verhandlung gemeinsam gefällt werden. Dabei müssen Alter, Fähigkeiten und Wünsche der einzelnen Familienmitglieder berücksichtigt werden. Die Eltern sollten gegen Ende der Behandlung die höchsten Positionen in der Familienhierarchie einnehmen, sich über die Machtverteilung einig sein, die Familie auf flexible Weise führen und das Verhalten der Kinder durch das Setzen von Regeln kontrollieren.<sup>22</sup>

Meist ist es Ziel einer Behandlung, die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern zu untersuchen und zu modifizieren, Erwartungen zu klarifizieren und unrealistische oder verdeckte aufzuzeigen. Pathogene Beziehungen sollen im Lauf der Behandlung verändert, Symbiosen aufgelöst und schwache Bindungen gefestigt werden. Vielfach muß die Stellung des Vaters in der Familie gestärkt und die Beziehung zwischen einem Elternteil und dem gleichgeschlechtlichen Kind verbessert werden. Die Familienmitglieder sollen sich über die Definition von Beziehungen einigen, nach mehr Komplementarität streben und eine bessere gegenseitige Bedürfnisbefriedigung erreichen. Auch sollten ihre Zusammengehörig-

---

<sup>20</sup> Vgl. Ackerman (1958), Mitchell (1970a), Speck et al. (1971), Duhl et al. (1973), Malouf u. Alexander (1974), Haley (1978a), Duhl u. Duhl (1981).

<sup>21</sup> Siehe hierzu Speck (1967), MacGregor (1969b), Sorrells u. Ford (1969), Boszormenyi-Nagy (1970b, 1975b), Friedman (1971b), Jackson u. Weakland (1971), Satir (1971), Glick u. Kessler (1974), Papp et al. (1974), Ritchie u. Serrano (1974), Attneave (1976), L'Abate (1976), Laqueur (1976), Mealia Jr (1976), Shaw et al. (1977), Strelnick (1977), Bandler et al. (1978), Ginsberg et al. (1978), Minuchin (1978), Napier u. Whitaker (1979).

<sup>22</sup> Vgl. Langsley u. Kaplan (1968), Bell (1971, 1978), Satir (1971), Ackerman (1972), Haley (1973a, 1977, 1980), Glick u. Kessler (1974), Malouf u. Alexander (1974), Zuk (1974, 1975, 1979b), Ginsberg et al. (1978), Rubinstein (1978), Santa-Barbara et al. (1979), Ziegler-Driscoll (1979).

keitsgefühle gestärkt und die Solidarität zwischen den einzelnen Mitgliedern vergrößert werden. Oft müssen sich diese in den Sitzungen auf neue Familienwerte einigen und ihrem Handeln sinnvollere Ziele setzen.<sup>23</sup>

**6. Theorieelement: Rollen.** Viele Familientherapeuten wollen ihren Klienten helfen, die ihrer Position und ihrem Alter entsprechenden Familienrollen zu übernehmen. Oft müssen Männer zur Identifikation mit der Vaterrolle gebracht und Kinder von Rollen wie der des Ersatzpartners, Vermittlers oder Sündenbocks befreit werden. Auch müssen Status und Rolle des Symptomträgers im Verlauf der Behandlung verändert werden. Die Familienmitglieder sollen ihre Rollen besser erfüllen, wechseln und so ausgestalten können, daß ihre Identität und Individualität erhalten bleiben. Dazu müssen sie oft lernen, mit Rollenanforderungen und Normen umzugehen. Nach Abschluß der Behandlung sollten die Eltern positive Identifikationsmodelle für ihre Kinder sein.<sup>24</sup>

Vor allem muß durch die Therapie das Funktionieren der Familie verbessert werden. Die Klienten sollen Aufgaben, Rechte und Pflichten der einzelnen Mitglieder klären und genau bestimmen. Sie sollen effektiver und effizienter handeln, die vorhandenen Ressourcen besser nutzen und einander mehr unterstützen. Oft müssen in den Sitzungen Krisen bewältigt oder die Familienmitglieder auf zu erwartende Übergangskrisen vorbereitet werden. Die Therapeuten wollen ihnen helfen, phasenspezifische Aufgaben zu erfüllen und beim Eintritt in eine andere Phase des Familienzyklus die Funktionen neu auszubalancieren und zu harmonisieren.

Vielfach muß im Verlauf der Behandlung die Ehebeziehung gestärkt werden. Die Partner sollen sich wieder mehr einander als den Kindern widmen und gemeinsam die Führung der Familie übernehmen. In anderen Fällen müssen sie aufgefordert werden, sich intensiver und bewußter mit ihren Kindern zu beschäftigen. Häufig müssen die Therapeuten die elterlichen Pflichten auf beide Partner verteilen, bessere Erziehungstechniken lehren und ihnen helfen, ihre Autorität zu vergrößern. Die Eltern sollen ihren Kindern eine sichere Umwelt bieten, ihnen altersgemäße Rechte und Pflichten übertragen und ihre Ablösung fördern. Allen Familienmitgliedern ist bei ihrem Streben nach Selbstverwirklichung, Individuation und Vereinigung zu helfen.<sup>25</sup>

**7. Theorieelement: Familiensystem.** Viele amerikanische Familientherapeuten wollen während der Behandlung pathogene Bündnisse (Triaden) auflösen, die Generationen voneinander trennen und die Grenzen zwischen den einzelnen Subsystemen klären. Sie wollen das Familiensystem modifizieren, wobei sie davon ausgehen, daß schon kleine Interventio-

---

<sup>23</sup> Siehe hierzu Ackerman (1958, 1961c, 1972), Satir (1967, 1975c), Speck u. Atneave (1971, 1976), Ritchie u. Serrano (1974), L'Abate (1976), Mealiea Jr (1976), Rubinstein u. Timmins (1978), Keith u. Whitaker (1979), Ziegler-Driscoll (1979).

<sup>24</sup> Vgl. Satir (1967, 1975c), Boszormenyi-Nagy (1971a, 1974), Rubinstein (1973), Fischer (1974), Rosman et al. (1975, 1977), Shaw et al. (1977), Strelnick (1977), Hodas u. Liebman (1978), Rosenberg (1978), Ziegler-Driscoll (1979), Whitaker u. Keith (1981).

<sup>25</sup> Zu den beiden letzten Abschnitten s. Machotka et al. (1967), Satir (1967), Langsley u. Kaplan (1968), Rabinowitz (1969), Boszormenyi-Nagy (1970b, 1971a), Bell (1971, 1978), Ackerman (1972), Laqueur (1973, 1976), Rubinstein (1973, 1978), Boyd (1974), Glick u. Kessler (1974), Ritchie u. Serrano (1974), Framo (1975a, 1976b), Kempler (1975), L'Abate (1976), Zuk (1976), Haley (1977, 1978a, 1980), Ginsberg et al. (1978), Minuchin (1978), Napier u. Whitaker (1979), Ziegler-Driscoll (1979), Whitaker u. Keith (1981).

nen aufgrund positiver Rückkoppelungsprozesse große Veränderungen hervorrufen können. In den meisten Fällen muß das Familiensystem nach außen hin geöffnet werden. Oft muß ein starres Äquilibrium aufgebrochen werden, bevor sich die Familie an neue Gegebenheiten anpassen, ihre Funktionen erfüllen oder eine Übergangskrise bewältigen kann. In anderen Fällen ist dagegen eine stabilere Homöostase zu schaffen.<sup>26</sup>

**8. Theorieelement: Netzwerk.** Ziel einer Behandlung kann es auch sein, die Beziehung zwischen der Zeugungs- und den Herkunftsfamilien zu verbessern. Dazu muß in den Sitzungen oft das Bild von den Großeltern verändert, diese mit Kindern und Enkeln versöhnt und ein Ausgleich der Verdienstkonten herbeigeführt werden. In anderen Fällen sind die Eltern von den Großeltern zu trennen, von Generation zu Generation weitergeleitete Themen aufzuzeigen oder Trauerprozesse zu beenden. Viele Therapeuten sind auch bestrebt, die Beziehungen der Familienmitglieder zu ihren Freunden und Bekannten befriedigender zu gestalten. Vor allem Jugendliche sollen von der Familie abgelöst und in Peer-groups eingegliedert werden, wobei jedoch häufig zuvor ihre interpersonellen Fertigkeiten verbessert werden müssen.

Generell soll die Familie besser in ihr Netzwerk integriert werden. Dazu muß dieses oft vergrößert, gestärkt oder funktionsfähig gemacht werden. Das Netzwerk soll den Klienten beim Meistern der gegenwärtigen Notlage und beim Lösen ihrer Probleme helfen, wozu seine heilenden Kräfte mobilisiert werden müssen. Vielfach sind auch die Rolle und die Position zu verändern, die der IP im Netzwerk einnimmt bzw. die ihm übertragen wurden. Alle Mitglieder sollen im Netzwerk eine Quelle materieller und emotionaler Unterstützung finden, die Gesellschaft der andern genießen und viel Freude aneinander haben.<sup>27</sup>

Schriften amerikanischer Familientherapeuten nennen nur selten Ziele hinsichtlich der Veränderung von Institutionen, von Gesellschaft und Kultur. Dysfunktionale Strukturen und Prozesse in Schulen, Firmen, Krankenhäusern und Gefängnissen sollen aufgezeigt werden; den Klienten soll geholfen werden, bessere Leistungen in Schule und Beruf zu erbringen und mehr Erfolgserlebnisse zu haben. Wenn eine Hospitalisierung oder Institutionalisierung des Symptomträgers nicht zu vermeiden ist, so soll die Familie während seiner Abwesenheit funktionsfähig gemacht und auf seine Rückkehr vorbereitet werden. Nur dann kann sie in der Regel seine Reintegration fördern. Generell sind alle Familienmitglieder von Begrenzungen und Einschränkungen zu befreien, die ihnen von der Gesellschaft und deren Institutionen auferlegt wurden.<sup>28</sup>

Im Jahre 1977 erhielt eine Zufallsstichprobe von 600 klinischen Mitgliedern der American Association for Marriage and Family Therapy einen Fragebogen, mit dessen Hilfe ihre Therapieziele ermittelt werden sollten. 310 Therapeuten sandten den Fragebogen zurück.

---

<sup>26</sup> Vgl. Brodey (1969), Bowen (1971, 1972), Pittman III et al. (1971), Duhl et al. (1973), Glick u. Kessler (1974), Malouf u. Alexander (1974), Weakland (1976), Bandler et al. (1978), Stanton et al. (1978), Ziegler-Driscoll (1979), Haley (1980), Weakland et al. (1980), Duhl u. Duhl (1981), Whitaker u. Keith (1981).

<sup>27</sup> Zu den letzten beiden Abschnitten s. Satir (1967), Speck (1967), Speck u. Rueveni (1969), Spark u. Brody (1970), Speck u. Attneave (1971, 1976), Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973), Papp et al. (1974), Pattison et al. (1975), Laqueur (1976), Liebman et al. (1976), Ginsberg et al. (1978), Rueveni (1979a), Duhl u. Duhl (1981), Hurd et al. (1981), Whitaker u. Keith (1981).

<sup>28</sup> Vgl. Langsley u. Kaplan (1968), Bell (1975), Framo (1975a, 1976b), Ginsberg et al. (1978), Haley (1978a).

Die 10 am häufigsten genannten Ziele waren (in dieser Reihenfolge): 1) „differentiation“, 2) „negotiation“, 3) „flexibility“, 4/5) „attentively listen“, 4/5) „value sender“, 6) „psychological safety“, 7) „speak for self“, 8) „supportiveness“, 9) „express feelings“ und 10) „assertiveness“ (nach Sprenkle u. Fisher 1980). Es fällt auf, daß v. a. Therapieziele betont wurden, die wir dem 1. und 5. Theorieelement zugeordnet haben.<sup>29</sup>

## 5.2 Ablauf der Familienbehandlung

Wir wollen den Ablauf familientherapeutischer Behandlungen in 3 Phasen aufteilen, wobei wir davon ausgehen, daß sich Therapeuten und Familien in jeder Phase unterschiedlich verhalten. Allerdings treten auch viele Verhaltensweisen in allen Therapiephasen auf – z. B. spielen diagnostische Tätigkeiten nicht nur in der Anfangsphase eine Rolle, sondern auch im weiteren Verlauf der Behandlung: Selbst gegen Therapieende müssen Therapeuten<sup>30</sup> noch Probleme identifizieren und deren Ursachen herausfinden. Jedoch sind diagnostische Tätigkeiten in der Anfangsphase von besonderer Bedeutung – uns geht es also um die Darstellung von in bestimmten Zeitabschnitten *vorherrschenden* Verhaltensweisen.

### 5.2.1 Anfangsphase

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

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

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

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