

Sohni, Hans

Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie —Grundlagen, Indikation, Ziele

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 1, S. 9-18

urn:nbn:de:bsz-psydok-30166

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families)	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology)	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution „Haus Sommerberg“ in Rösrath near Cologne)	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems)	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments)	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens)	239

Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar	34

Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag	322
Johann Zauner – 65 Jahre	323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant	325
<i>Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen	292
<i>Corsini, R.J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie	105
<i>Davidson, G.C., Neale, J.M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien	165
<i>Friedrich, M.H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder	163
<i>Herzka, H.St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag	165
<i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse	292
<i>Maker, C.J.</i> : Curriculum Development for the Gifted	36
<i>Maker, C.J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H.Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie	107
<i>Rett, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte	162
<i>Reukauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst	291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele*

Von Hans Sohni

Zusammenfassung

Ausgehend von einer Kritik psychoanalytischer Polemik gegen die Familientherapie wird im folgenden die Grundposition einer analytisch orientierten Familientherapie umrissen: über eine Konfliktbearbeitung mit der Familie intendiert der Therapeut Beziehungsänderungen. Das Ineinandergreifen intrapsychischer und interpersonaler Vorgänge und die Implikationen der „Wechselseitigkeit“ werden in ihrer Bedeutung für das Verständnis von Familienkonflikten dargestellt. Die Situation des Familientherapeuten wird von der des Kindertherapeuten abgegrenzt und seine Gefährdung gezeigt, unter Verlust der Beziehungsebene in manipulatives Vorgehen auszuweichen. Die Diskussion der Maßstäbe für die Indikation nimmt kritisch Stellung zur Suche nach „objektiven“ und zur Einteilung nach „allgemeinen“ und „speziellen“ Kriterien. Als Hauptkriterium für die Indikation wird die „Veränderbarkeit“ einer Familie vorgeschlagen. Diese Größe ergibt sich aus der Einschätzung des Widerstands und der Ressourcen einer Familie in der Gegenübertragung des Therapeuten. Die als therapiebegleitend aufgefaßte Indikationsfrage erfordert vom Therapeuten eine permanente Prüfung der „Veränderbarkeitskontur“. Diese bezeichnet ihm jeweils offene Zugänge zur Konfliktbearbeitung mit phasenweise wechselnden Teilnehmerkombinationen. Ein Fallbeispiel veranschaulicht die initiale und die therapiebegleitende Indikationsstellung.

1. Einleitung

Die Kontroverse zwischen Vertretern der Einzeltherapie und solchen der Familientherapie wird häufig polemisch geführt. Eines der jüngsten Beispiele dafür ist auf psychoanalytischer Seite ein Beitrag von Pohlen und Pläntkers (1982). Auf überholtem Diskussionsstand¹ wird pauschal „die Familientherapie“ in einem Narrenkleid gezeigt, in dem die Autoren sie neben vielen anderen Verfehlungen als „Teil des gesellschaftlich organisierten ‚Vormundschaftskomplexes‘“ (S. 437) ihr Unwesen bei der fortschreitenden Entmündigung des Menschen treiben lassen.

Gegenüber diesem Gralshüterton ist an kritische Stimmen familientherapeutischer Protagonisten zu erinnern, die statt

narzißtisch – selbstgefälliger Polemik die gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung zum Maßstab notwendiger Kritik gegenüber emanzipationsfeindlicher, manipulativer und repressiver Psychotherapie machen².

Weitblickend äußert sich Richter zu dieser Grundkontroverse: „Es gibt viele Psychoanalytiker, welche ... die reine Psychoanalyse zu verteidigen glauben, während sie in Wirklichkeit unbemerkt nicht für die Psychoanalyse selbst, sondern für deren Bindung an die herkömmliche individualistische Lebensanschauung kämpfen, obwohl diese Bindung keineswegs als Essential der Psychoanalyse gelten kann. Ein primär sozial bezogenes Selbstverständnis des Menschen und eine Verantwortungszuteilung für psychische Konflikte und Störungen an Partnerschaften und soziale Gebilde allgemein verringern nicht, sondern erweitern den Bedarf für die Wissenschaft vom Unbewußten und für eine therapeutische Arbeit, welche die Kenntnis des Unbewußten und der Chancen der praktischen Einflußnahme auf Unbewußtes voraussetzt.“ (Richter, 1980, S. 13).

Auf dieser Ebene siedelt Bauriedl die „dialektische Beziehung“ an, die sie als Grundhaltung des „Familienanalytikers“ intendiert: „Im neurotischen System bedeutet, sich ausschließlich nach den eigenen Wünschen zu richten, die Wünsche der Beziehungspartner nicht zu berücksichtigen, und das heißt rücksichtslos zu sein. In der Ich-oder-Du-Beziehung sind alle Wünsche des einen Bedrohungen für den anderen. ... Heißt der Beziehungsmodus jedoch Ich-und-Du, dann ist die Existenz des Partners in die eigenen Wünsche einbezogen, und diese Einbeziehung bedeutet nicht Rücksichtnahme im moralischen Sinn, sondern Übernahme der vollen Verantwortung für jede Entscheidung. ... Dies ist die

² Napier und Withaker betonen: „Wir sehen aber auch Entwicklungen, die uns nur entmutigen können. Ob es Verhaltenstherapie, Bioenergetik, Transaktionsanalyse, Rolfing, Scientology, positives Denken, Transzendente Meditation ist oder eine Menge anderer psychologischer Neuentwicklungen, überall sehen wir eine immer größer werdende Abhängigkeit von Techniken. Der ‚Experte‘ packt seine Fälle nach einem vorgeplanten Schema an, und seine Therapie besteht im Wesentlichen aus der Unterweisung seiner Patienten.“ (1981, S. 205).

Richter hat den gleichen Umstand im Blick bei seiner Zurückweisung jener „Form von Familientherapie, bei welcher der Therapeut bestimmte Kommunikationsmuster dressierend einpaukt [...] Der Therapeut drillt die Klienten auf ‚harmonische‘ Umgangsformen. Er lehrt sie, wie sie miteinander glatt funktionieren können und infantilisiert sie dadurch, anstatt behutsam ihre Selbsthilfekräfte als familiäre Gruppe anzuregen und zu stärken.“ (1980, S. 13f.).

Auf die Gefahr von Pseudo-Veränderungen durch manipulative Therapietechniken geht ausführlich Bauriedl (1980) ein. Vgl. besonders die Abschnitte „Verhaltens- vs. Beziehungsebene“; „Abweichungs- vs. Beziehungskategorien“; „Dualismus vs. Dialektik“ (S. 86–105).

* Erweiterte Fassung eines Vortrages (am 17.5.1982 vor dem Kinderpsychiatrischen Seminar im Universitätsklinikum Freiburg). Ich danke dem Familientherapie-Seminar an der Psychiatrischen Poliklinik für Kinder und Jugendliche Basel für Anregungen und Herrn D. Bärger für die Fall-Supervision.

¹ So fehlt jeder Hinweis auf die in der Diskussion über „analytische Familientherapie“ unentbehrliche Arbeit von Bauriedl (1980).

einzig therapeutische Haltung, die eine Infantilisierung oder Parentifizierung der Patienten ausschließt.“ (*Bauriedl*, 1980, S. 245 f.).

2. Der Ort der Konfliktbearbeitung – Beziehungsebene vs. Verhaltensebene

Analytisch orientierte Familientherapie versteht sich als nichtmanipulativ und ist bemüht, durch Konfliktbearbeitung Beziehungsänderungen zu intendieren³.

Die Grenze zwischen analytischer und nicht-analytischer Familientherapie verläuft dabei in Wirklichkeit nicht zwischen therapeutischen Schulen, sondern zwischen Gelingen oder Mißlingen in der Familiensitzung von einem Augenblick zum nächsten.

Bauriedl weist dabei auf einen bedeutsamen Vorgang hin: „Die Situation eines Beobachters oder Therapeuten in einer Familie ist ungleich bedrohter und deshalb mit viel mehr Angst besetzt als jede andere diagnostische oder therapeutische Position. ... In dieser Angstsituation geht es jedem Diagnostiker oder Therapeuten mehr oder weniger so, daß er die Angst abzuwehren versucht, indem er die Erlebnisebene ausschließt und ‚objektiv‘ das Verhalten der Familie beobachtet. Man erlebt sich selbst und seine Angst dann nicht mehr und sieht nur noch die Familie interagieren.“ (1980, S. 88).

Hier setzt die Verführung zur Anwendung manipulativer Techniken ein. *Bauriedl* zeigt z.B. an *Stierlins* Modell von ‚Bindung und Ausstoßung‘, daß auch *innerhalb* der Konzepte analytischer Familientherapie oft Verhaltens- und Beziehungsebene vermischt werden. So erscheinen beim Modell der ‚Bindung‘ auf der Verhaltensebene die Mutter als ‚bindend‘, der Sohn als ‚gebunden‘. Auf der Beziehungsebene wünscht *und* fürchtet diese Mutter, daß der Sohn sie verläßt. Dies wünscht *und* fürchtet aber auch die ‚ausstoßende‘ Mutter.

Auf der Verhaltensebene wird der Konflikt *zwischen* den Personen beschrieben. Dabei geht leicht die Sicht für die *intrapyschische* Ambivalenzspaltung verloren: der eigentlich pathologische Vorgang ist die Spaltung der ambivalenten Tendenzen im Individuum und deren projektive und introjektive Verteilung auf verschiedene Personen (*Bauriedl*, 1980, S. 92 f.).

3. Interdependenz zwischen intrapsychischen und interpersonalen Vorgängen – Vorläufiges zur Theoriebildung

Die vorige Überlegung berührt bereits ein Hauptthema familientherapeutischer Theoriebildung: die befriedigende

³ *Richter* fordert von „analytischer Familientherapie“ „eine deutliche Distanzierung von jenen autoritativ trainierenden Verfahren, die den Klienten eine Wahrnehmung und Bearbeitung pathogener Konflikte ersparen wollen.“ (1980, S. 15).

Eine vereinfachende Übersicht über die unterschiedlichen Ansätze „analytischer“, „struktureller“ und „strategischer Familientherapie“ bietet *Wirsching* (1982).

Verknüpfung zwischen intrapsychischen und interpersonalen Vorgängen bildet eine noch zu leistende metapsychologische Aufgabe analytisch orientierter Familientherapie. Mit den folgenden Überlegungen wende ich mich dieser Aufgabe zu. Ich möchte einige als wesentlich erachtete Aspekte der Interdependenz zwischen intrapsychischen und interpersonalen Vorgängen deutlich machen.

3.1 System-orientierte Sichtweise

Eine ‚system-orientierte‘ Sicht der Familie wende ich beispielsweise schon an mit meiner Wahrnehmung: in dieser Familie gibt es eine innere Aufspaltung zwischen einem gesunden und einem kranken Kind.

In dieser Weise geht der analytisch orientierte Familientherapeut *immer* system-orientiert vor. Er nimmt im individuellen Unbewußten erfolgte Aufspaltungen ambivalenter Impulse in zugelassene und nicht zugelassene an und untersucht die in der jeweiligen Familie jetzt geltende Verteilung der polarisierten, aufeinander bezogenen Impulse auf verschiedene Personen.

Diese Einstellung soll es ermöglichen, im familiären Beziehungsnetz aufeinander bezogene Persönlichkeitseingungen zu erkennen. Sie impliziert den dialektischen therapeutischen Ansatz, die individuell fehlende resp. verlorengegangene unbewußte ambivalente Alternative in der gemeinsamen Arbeit mit denjenigen Personen (wieder) zu gewinnen, die sich bisher als Träger getrennter Ambivalenzanteile statisch gegenseitig festlegten bzw. festlegen ließen. Es gilt, die „Entdialektisierung der Beziehung zwischen den Personen“ (*Bauriedl*, 1980, S. 116) rückgängig zu machen⁴.

3.2 Konfliktgenese und Konfliktbearbeitung

Ein besonderes Merkmal derartiger aus intrapsychischen Ambivalenzspaltungen hervorgehender (interpsychischer) Projektionen ist ihre ‚Zeitlosigkeit‘, ihre starre Aufrechterhaltung über allen Wandel der Individuen und der Familienentwicklung hinweg.

Die in propädeutischen Darstellungen oft als gegensätzlich geschilderte familientherapeutische Konfliktbearbeitung in der *Gegenwart* oder auf *historisch-genetischer* Ebene ist m.E. irreführend. Der internalisierte, d.h. der durch eine frühere interpersonale Erfahrung in einem jeweils bestimmten Ausmaß persönlichkeitsverankerte Konflikt stellt sich in den aktuellen interpersonalen Beziehungen dar. Er wird in

⁴ *Bauriedl* setzt „für die psychoanalytische Familientherapie das Ziel der Individuation durch Integration.“ An dieser Individuation partizipieren mehrere Personen, die zuvor durch „Ersatztrennungen und Ersatzkontakte“ miteinander in Beziehung standen, und denen über eine Familientherapie „echte Trennung und echter Kontakt“ möglich wird (1980, S. 117).

Eindrucksvoll vermittelt *Schönfelder* in ihrer familientherapeutischen Supervisionsarbeit, wie auch Nichtanwesende (z.B. eliminierte, verheimlichte, tote Personen) als Träger abgespaltenen Impulse (nicht als Introjekte) die Familiendynamik beherrschen können. Vgl. auch *Schönfelder* (1982).

der Familientherapie unmittelbar an seinem Manifestationsort bearbeitet.

Bezüglich dieser Konfliktbearbeitung innerhalb einer aktuellen Beziehung zeigen die analytische Einzeltherapie und die analytisch orientierte Familientherapie Gemeinsamkeiten. In beiderlei Vorgehen werden belastende Fakten aus der frühen Kindheit nicht als fixe Größen, nicht mathematisch proportional zu einer Beschädigung der psychischen Struktur gesetzt und bewertet. Bedeutsamer ist immer die Frage, was der Betreffende *jetzt* mit den Fakten macht, sei es in der Übertragungssituation in der Einzelsitzung, sei es in der Familiensitzung. Wenn z.B. der Vater seine Eltern wegen schwerer Versäumnisse anschuldigt, ist zu fragen: was bedeutet das in diesem Augenblick für die Beziehung(en) dieses Mannes im gegebenen Rahmen?

3.3 ‚Gegenseitigkeit‘

Stierlin führt als „fünfte Perspektive des Heidelberger familiendynamischen Konzepts“ den „Status der Gegenseitigkeit“ ein (Stierlin, 1979) und spricht von ihr auch als „der eigentlichen Systemperspektive“⁵. Stierlin beschreibt hier – innerhalb seines Konzepts – gleichfalls die auf der interpersonalen Beziehungsebene gegenwärtige Wirklichkeit des Geschehens, dem auf der genetischen Ebene die intrapsychische Ambivalenzspaltung vorangeht: die Familienmitglieder sind in einem dualistischen Kampf zwischen zwei starren Fronten gefangen, im Extremfall in einer „malignen Verklammerung“ (1979, S. 108). Stierlin betont dabei die Eigen-dynamik dieser Wirklichkeit und Folgerungen für die therapeutischen Interventionen.

3.4 Prinzip der Wechselseitigkeit

Die „dialektische Theorie der Persönlichkeit und des Bezogen-Seins“ von Boszormenyi-Nagy erscheint unentbehrlich für die künftige Formulierung einer dialektisch-emanzipatorischen Familientherapie. Boszormenyi-Nagy wird häufig mißverständlich zitiert. Er legt anthropologische Annahmen zugrunde wie diese: „Die Tatsache, daß man im Laufe des Dialogs abwechselnd Subjekt oder Objekt ist, hat viele früher unerforschte Implikationen.“ – „Der vollständige menschliche Dialog besteht daher aus zwei (gleichzeitigen oder einander folgenden) entgegengesetzten, teilbezogenen Prozessen.“ (1975, S. 77).

Eine der hierin enthaltenen Aussagen ist die radikale Betonung der *Wechselseitigkeit* menschlicher Beziehungen.

3.5 Beziehungsmuster der Wechselseitigkeit im Familiensystem

Übertragen wir diese Gedanken auf Familien, ergeben sich entsprechend radikale Implikationen für unsere Sicht von

⁵ Stierlin stellt sie als „augenblickliche Beziehungskonstellation“ (1979, S. 108) den – viel statischeren! – „langfristig wirkenden Beziehungsstrukturen“ („Bezogene Individuation“, „Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung“, „Delegation“, „Mehrgenerationenperspektive“) gegenüber.

Kindern vs. Erwachsene. Ich empfinde hier die tiefste Zäsur für unsere herkömmliche ‚kindzentrierte‘ Arbeitsperspektive. Wir sind gewohnt, eindimensional historisch-genetisch zu untersuchen, welche Spuren diese *Eltern* prägend in der kindlichen Persönlichkeitsstruktur via Objektinternalisierung hinterlassen haben. Wir laufen dabei Gefahr, die *dialektische* Bewegung in der Ausbildung der Beziehungen zu übersehen⁶.

Die in der familientherapeutischen Theoriebildung zunehmende Gewichtung der Gegenseitigkeit und Gleichwertigkeit der Familienmitglieder, etwa für den Austausch unbewußter Phantasien, impliziert auch den Abbau eines *hierarchischen* Elements in der Betrachtung von Eltern und Kindern. Dieser Aspekt wurde bisher nicht genügend beachtet⁷.

Wenn psychoanalytische Kindertherapeuten in ihrem Selbstverständnis als ‚Anwälte des Kindes‘ kritisieren, die von ihnen entwickelte – in der Frühphase der Psychoanalyse weitgehend fehlende – Sonderrolle des Kindes gehe in der Familientherapie wieder verloren, entgeht ihnen der erhebliche Zuwachs an Geltung, den das Kind in der familientherapeutischen Perspektive der ‚Gegenseitigkeit‘ als aktiver Beziehungspartner erfährt. Dem Kindertherapeuten geht dabei allerdings seine eigene Monopolstellung als Repräsentant der Therapie und der Erwachsenenwelt verloren!

Eine entwicklungspsychologische Theorie, welche die gewohnte psychoanalytische genetische *vertikale* Zeitachse mit einer von Anfang an vorhandenen, zunehmend bedeutsamen *horizontalen* Interaktionsachse verknüpft, steht auf der Mehrgenerationen-Ebene noch weitgehend aus. Das von Willi zur Therapie von Paarkonflikten entwickelte *Kollisions-Konzept* kann dazu einen Baustein liefern⁸.

⁶ Mahler nimmt in ihr Beziehungsmodell zwischen Mutter und Kind bei der „Individuation“ wechselseitige Impulse auf. Vgl. Mahler (1963) und (1978), S. 81 f. – Im Anschluß an Mahler, Abelin, Winnicott u.a. psychoanalytische Autoren beschreibt Rotmann (1978) die Bedeutung des Vaters für die „Triangulierung“ der frühkindlichen Sozialbeziehung. Der Beitrag ist auf die kindliche intrapsychische Strukturentwicklung zentriert, liefert aber auch zahlreiche differenzierte Anregungen für die Betrachtung intrapsychisch – interpersonaler Zusammenhänge am Drei-Personen-Modell Mutter-Kind-Vater. Rotmann schlägt beispielsweise vor, „Beziehungsmuster auch daraufhin zu untersuchen, ob sie von der Angst vor Verrat bestimmt werden, der in einem Loyalitätskonflikt abgewehrt wird [Zwei-Personen-Beziehung], oder ob eine die Repräsentanzen von drei Personen betreffende Eifersuchsbeziehung vorliegt.“ (S. 1107).

⁷ Ein Abbau hierarchischer Strukturen müßte folgerichtig auch in den Positionen von Supervisor und Supervisand eintreten. Bei Wynne ist diese Tendenz erkennbar: „Das wirksamste Erlebnis bei der Supervision in der Familientherapie ist, wenn die Kandidaten merken, daß ein Experte Fehler macht.“ (wiedergegeben von Stierlin in: Dierking (1980), S. 191).

⁸ C. und B. Buddeberg versuchen (1982, S. 144), das Kollisions-Konzept auf die Dynamik von Familienkonflikten anzuwenden. Sie orientieren sich vorwiegend an der „horizontalen Beziehungsdynamik“, während das Heidelberger familiendynamische Konzept die „vertikale“ und dabei die „deszendente Beziehungsperspektive“ betone, „d.h. die Mechanismen, durch welche die Großeltern auf die Eltern und diese auf ihre Kinder einwirken.“

Ein interessanter Ansatz zu dieser Thematik findet sich auch bei König in seinem Begriff des „interaktionellen Anteils der Übertra-

3.6 Einbeziehung des Diagnostikers in das Beziehungsmuster der Wechselseitigkeit

Der ‚systemische‘ Gedanke der Wechselseitigkeit impliziert für die Einstellung des analytisch orientierten Familientherapeuten die Forderung, ohne Einschränkungen seine Empathie *allen* Familienmitgliedern entgegenzubringen. *Bauriedl* entwickelt hierzu den Begriff der ‚multiplen Identifikation‘ (1980, S.209).

Es entsteht ein hoher Anspruch an die *Gegenübertragungskapazität* des Therapeuten: „Die Einschätzung der psychischen Gesundheit von Familien ist im beziehungsanalytischen Sinn nur möglich, wenn man sich selbst in die Familie hineinbegibt und so, identifikatorisch mit den einzelnen Familienmitgliedern und mit seinen eigenen Gefühlen, feststellen kann, in welchem Grad ein Mitglied dieser Familie aus sich selbst heraus eine Lebensberechtigung hat.“ (*Bauriedl*, 1980, S. 122).

Für die klassische Einstellung des Kinderanalytikers bedeutet dies wohl die größte Hürde. *Ornstein* (1977) hat diese kinderanalytische Sicht dargelegt und für die Einzeltherapie des Kindes kombiniert mit ebenfalls kindzentrierter Familienberatung plädiert⁹. Über ein selektives Eingehen auf die Eltern sollen diese mehr Verständnis für das Kind entwickeln und ihm so seinen Entfaltungsspielraum schaffen.

In der analytisch orientierten Familientherapie wird diese Reduktion des Elternanteils am therapeutischen Prozeß auf das vom Therapeuten zugelassene Maß aufgehoben. Dies verlangt vom Therapeuten wiederum, ein Stück seines autokratischen Anspruchs aufzugeben. In der Familientherapie ergibt sich aus der Forderung nach nicht-selektivem empathischen Eingehen auf alle Familienmitglieder als weitere Implikation: die thematische Miteinbeziehung der Großeltern, die ‚*Mehrgenerationen-Perspektive*‘.

3.7 Intrapsychischer vs. interpsychischer Konfliktschwerpunkt

In jedem einzelnen Fall geht es um die schwierige Beurteilung: ist die *intrapsychische* Konfliktspannung eines Familienmitglieds für dieses resp. für die Familie so belastend, daß sie vor *interpersonalen* Konflikten vorrangige Behandlung verlangt? Diese Frage führt zur Thematik des nächsten Abschnitts.

4. Gegenwärtig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie diskutierte Indikationskriterien zur Familientherapie

In der Jugendpsychiatrie hat sich familientherapeutisches Vorgehen besonders bewährt – bei der Behandlung von

„Auf einem Kontinuum, das parallel der Zeitachse in der Entwicklung des Individuums zu denken ist, kommt es zu gröberen oder feineren Signalen, wobei die gröberen der Frühentwicklung, die feineren oder jedenfalls weniger auffälligen Signale der späteren Entwicklung zuzuordnen sind.“ Vgl. *König* (1982), S. 28 f.

⁹ „Die Konzentration auf die Psychopathologie des Kindes erfordert einen selektiven Zugang zum Gefühlsleben der Eltern.“ *Ornstein* (1977), S. 313.

Konflikten der Adoleszenz ist Familientherapie heute etabliert¹⁰.

Die Konzeptualisierung der Indikationsstellung zur Familientherapie geht bisher von Teilaspekten aus. Dabei werden folgende Kriterien diskutiert:

4.1 ‚Wissenschaftlicher‘ standardisierter Ansatz

Mattejat und *Remschmidt* stellen fest: „In der heute tatsächlich praktizierten Familiendiagnostik ist die subjektive Sicherheit des Beurteilers das entscheidende Kriterium einer familiendiagnostischen Schlußfolgerung.“ (*Mattejat* und *Remschmidt*, 1981, S. 318). Die Autoren fassen dies als Defizit auf, weisen statistisch die Subjektivität als Fehlerquelle aus und arbeiten derzeit ein familiendiagnostisches Trainingsprogramm mittels standardisierter Skalen aus (*Remschmidt* und *Mattejat*, 1981).

4.2 Beziehungsanalytischer Ansatz

Einen Gegenentwurf zu diesem Vorgehen stellt *Bauriedls* Ansatz dar, „einige Grundmuster von Beziehungen zu beschreiben, wie sie für den Familienanalytiker auf der Beziehungsebene erlebbar werden. ... Diese Gesichtspunkte haben alle gemeinsam, daß sie einem ‚Innenstandpunkt‘ entsprechen; sie erfassen deshalb nicht isolierte Verhaltensweisen, und beziehen sich auch nicht auf intellektuell erfäßbare ‚Systemeigenschaften‘ der Familie.“ (1980, S. 105 f.).

Nicht zu verwechseln ist diese Einstellung mit einem unkritischen Trend zur Familientherapie ohne präzise Würdigung konkreter Voraussetzungen im Einzelfall, wie er an bundesdeutschen Beratungsstellen nach dem Ergebnis einer Umfrage von *Gerhardt* (1981, S. 279 f.) überwiegend üblich ist.

4.3 Dualistischer Ansatz

Einige Autoren fordern ein diagnostisches Vorgehen, das nach getrennten Ansätzen die intrapsychische und die intrafamiliäre Konfliktbeurteilung erfaßt, solange keine übergreifende Theorie vorliegt (*Buddeberg*, 1980).

4.4 ‚Allgemeine‘ Indikationskriterien

Als *allgemeine* Indikationskriterien ergeben sich auf diese Weise für *Buddeberg*: „Eine Familientherapie ist umso mehr indiziert, je schwerer die Struktur eines Familiensystems gestört ist. Eine Einzeltherapie, als Alternative oder als Ergänzung zur Familientherapie, ist umso notwendiger, je

¹⁰ Beispielhaft sind unter den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der BRD die Jugendlichen-Stationen im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und im Universitätsklinikum Tübingen zu nennen. Vgl. *Schönfelder* (1981); *G. Schütze* (1981).

stärker die Internalisierung pathologischer Lösungen bereits vollzogen ist.“ (1980, S. 128)¹¹.

4.5 ‚Spezielle‘ Indikationskriterien

Neben allgemeinen Kriterien versuchen einige Autoren spezifische familiäre Konfliktkonstellationen im Sinne *spezifischer* Indikationskriterien aufzulisten¹². Bei all diesen spezifischen Konfliktkonstellationen erscheint initial zumindest eine Familiendiagnostik indiziert.

4.6 Indikationskriterien des analytisch orientierten Ansatzes

Die Aufstellungen allgemeiner und spezieller Kriterien sind zwar überwiegend psychodynamisch orientiert, erfolgen aber von einem ‚Außenstandpunkt‘ aus. Geht der Diagnostiker dagegen auf der Beziehungsebene vor, dann betrachtet er das Zusammenspiel von Widerstand und Ressourcen innerhalb der Familie. Er kann dabei folgende Fragen beachten:

- Ist stärker mit dem intrapsychischen Widerstand des Symptomträgers oder stärker mit dem Widerstand des Familiensystems zu rechnen?
- Würde eine Einzeltherapie möglicherweise zum Widerstand in der Restfamilie oder zu einem Wechsel des Symptomträgers in dieser Familie führen?¹³

¹¹ Ornstein hatte bereits dargelegt, daß Kinder mit internalisierten Konflikten in einer Übertragungsbeziehung zu ihren Eltern leben, sie nehmen weiterhin ihre Eltern als diejenigen ihrer frühen (traumatischen) Kindheit wahr und reagieren auf diese. Vgl. Ornstein (1977), S. 309.

¹² Buddeberg (1980, S. 128–134) führt hierzu auf: ‚Ehekonflikte‘, ‚Störungen der familiären Homöostase‘, ‚Eintritt in neue soziale Bezugsgruppen‘, ‚Delegation unbewußter elterlicher Wünsche‘, ‚Probleme von Minoritäten‘. – Baethge führt außer diesen noch zwei weitere Konstellationen auf: ‚Psychosomatische Krankheiten‘ und ‚die Ablösungsproblematik Jugendlicher‘. Vgl. Baethge (1981), S. 163.

¹³ Diese Entwicklung widerfuhr mir wiederholt nach stationär durchgeführten Einzeltherapien, wie W. Schütze in seiner katamnestischen Untersuchung (1981, S. 86f.) zeigt. Auf den möglichen Widerstand der Beziehungspartner des Patienten (d.h. auf die Bedeutung interpersoneller Psychodynamik für die intrapsychische Stabilisierung eines Partners) hatte bereits S. Freud hingewiesen: „Wer überhaupt weiß, von welchen Spaltungen oft eine Familie zerklüftet wird, der kann auch als Analytiker nicht von der Wahrnehmung überrascht werden, daß die dem Kranken Nächsten mitunter weniger Interesse daran verraten, daß er gesund werde, als daß er so bleibe, wie er ist.“ (S. 478). Freuds Folgerung, die Angehörigen des Patienten von der Behandlung zu eliminieren, basiert auf seiner vereinfachenden Einteilung in die Widerstände des Patienten als „innere“ und die der Angehörigen als „äußere“ (S. 477f.).

Montalvo und Haley stellen (1977) dar, wie klassische Kindertherapie oft – allerdings unbeabsichtigt – über ein Akzeptieren der Darstellung der Familie, das Kind sei das Problem, den Widerstand der Familie berücksichtigt.

- Wie sind die Ressourcen für den therapeutischen Prozeß in der Familie verteilt? Vereinfacht heißt das: wer wird durch die Veränderung am meisten gefährdet, wer hat vor Veränderung am meisten Angst, wer am wenigsten?
- Kommt eine Eltern-Paartherapie in Frage? Ist der Paar-konflikt schon zugänglich, oder ‚vermitteln‘ die Kinder noch zwischen den Eltern?

Für die Motivation einer Familie zu einer gemeinsamen Therapie spielt ihr Erleben des Interviewers eine mitentscheidende Rolle. Seine Persönlichkeit, sein metapsychologisches Konzept und sein technisches Vorgehen werden seine diagnostische Begegnung mit einer Einzelperson ebenso wie mit einer Familie mitkonstellieren. Umgekehrt verläuft auch die Beurteilung des Diagnostikers untrennbar von seinem Erleben der Familie, d.h. von seiner Wahrnehmung, welche Angst und welche Ermutigung bei ihm diese Familie mobilisiert. Dabei ist die Aktualisierung von Konflikten aus der Ursprungsfamilie oder der jetzigen Familie des Untersuchers bedeutsam.

Eine Kasuistik soll das Vorgehen bei der Indikationsstellung zur Familientherapie veranschaulichen.

5. Fallbeispiel Familie A.

Familie A. besteht aus den Eltern, beide 34jährig, und zwei Söhnen: dem elfjährigen Frank und dem dreijährigen Marc.

Beide Eltern stammen aus bäuerlichem Milieu. Die Mutter verlor im Alter von neun Jahren ihren Vater. Bis zur Heirat lebte sie in enger Beziehung mit ihrer Mutter und ihrer Schwester. Sie idealisiert jene Jahre „ohne Spannungen“. Die erste Schwangerschaft kam der Mutter zu früh, sie heiratete knapp vor Franks Geburt. Seit der Heirat wohnt Familie A. im Haus der Eltern vs.

Der Großvater vs. war uneheliches Einzelkind, er „zählte nichts“ im Dorf als Kind. Er baute den Hof aus dem Nichts auf. Der Vater ist zweiter von vier Brüdern. Nachdem sein ältester Bruder ins Gymnasium kam, war der Vater ausersehen, den elterlichen Hof zu übernehmen. Alle Geschwister außer ihm besuchten weiterführende Schulen, aber die Übergabe des Hofes an den Vater blieb bis heute aus. Er fühlt sich hintergangen, sieht sich als Pechvogel und die Verantwortung dafür bei seinen Eltern und Geschwistern. Wegen seiner Benachteiligung sei er schon als Jugendlicher „depressiv“ und „suizidal“ gewesen. Seit dem Tode seines Vaters vor zwei Jahren ist er durch eine Tätigkeit als Fahrer im Schichtdienst beruflich und finanziell erstmals unabhängig und von zu Hause großenteils abwesend.

Die Mutter fühlt sich im Ort bis heute fremd und von der Herkunftsfamilie ihres Mannes nicht akzeptiert. Sie habe sehr unter der mangelnden Durchsetzungsfähigkeit ihres Mannes gegenüber seinen Eltern und Geschwistern gelitten. Immer wenn er sich bedrängt fühlte, habe er ihr mit Suizid gedroht. Vor fünf Jahren unternahm die Mutter ihrerseits einen Suizidversuch.

Die Wohnung der Familie A. bestand während Franks erstem Lebensjahr nur aus einem Schlafzimmer, dann kam eine Küche hinzu. Mit sieben Jahren bekam Frank ein eigenes Zimmer (das er zwei Jahre später mit Marc zu teilen hatte). Vor einem Jahr kam ein Wohnzimmer hinzu. Entsprechend beginnt ein eigenständig abgegrenztes Familienleben erst jetzt. Frank sagte dazu: „Bei uns kann man keine Tür zumachen.“

Anlaß der Vorstellung in unserer Poliklinik sind Suiziddrohungen Franks, meist gegenüber der Mutter anläßlich erzieherischer Alltagskonflikte. Während die Mutter verzweifelt schildert, wie sie sich mit

den Ansprüchen der einzelnen Familienmitglieder überfordert erlebt und Wärme und Harmonie vermisst, zeigt sich der Vater von Franks Suizidäußerungen betroffen, weil er suizidale Stimmungen bei sich selbst gut kenne und „ohne die Verantwortung für die Familie schon lange nicht mehr da“ wäre. Er entledigt sich zugleich seiner Verantwortung mit dem Hinweis auf seine häufige Abwesenheit und die Verletzungen, die ihm von seiner Herkunftsfamilie widerfahren und noch widerfahren.

In der diagnostischen Anfangsphase der Familiensitzungen rückt die Familie nahe zusammen, wobei zunächst die Mutter Platz nimmt und Frank einen Platz neben sich anweist.

Der Vater neigt zum Monologisieren mit langsamer, modulationsloser Stimme, währenddessen die Mutter ‚abschaltet‘ und flüsternd ein Seitengespräch oder ein Fußkontaktspiel mit Frank aufnimmt. Die Mutter verfolgt den Gesprächsablauf meist passiv und wartet eine Aufforderung zum Sprechen ab.

Marc zeigt als einziger, meist averbal, unbekümmert und durchgehend affektiven Ausdruck. Alle warten seine Initiativen ab, Marc wendet sich überwiegend an Frank. Er zieht kräftig an Frank, bis dieser nachgibt und vom Stuhl auf den Boden gleitet, oder Marc schlägt Frank, traktiert ihn überhaupt recht unsanft mit jedem augenblicklichen Impuls, wobei ihn Frank immer gleichbleibend weich abfängt, versteckt ermuntert und nie abweist. Frank genießt offensichtlich den Körperkontakt und das Spiel auf Marcs Ebene. Dann bricht Frank plötzlich ab, ist wieder der große Bruder, sorgt für Marc, räumt für ihn auf, geht mit ihm zur Toilette.

Insgesamt wirkt Frank zurückgezogen, leicht trotzig, eingeeigelt. Während seiner Beschäftigung mit Marc verfolgt Frank den Gesprächsverlauf scheinbar nicht. Wird er aber angesprochen, äußert er sich schlagartig und treffend. Frank äußert Unzufriedenheit mit Marc, der z. B. die von Frank gebastelten Schiffsmodelle zerstört. Frank unternimmt jedoch nichts, seine Dinge vor Marc in Sicherheit zu bringen. Mit der Mutter ist Frank unzufrieden, weil sie oft von ihm verlange, er solle sich statt ihrer mit dem Vater auseinandersetzen, und er verstehe oft gar nicht, worüber! Auch sei die Mutter ängstlich, und Frank solle oft an ihrer Stelle handeln, z. B. auf ein fahrendes Kinderkarussell springen, damit Marc nicht herunterfalle. Mit dem Vater ist Frank ebenfalls unzufrieden. Der habe eine „kleine Unternehmungslust“, sei ständig muffig und müde. Frank glaube ihm auch nicht, daß er als Junge so forsch gewesen sei, wie er behaupte. Über Lebensbereiche außerhalb der Familie spricht Frank nicht und geht nur ungern darauf ein. Er besucht jetzt im ersten Jahr das Gymnasium. Einen Freund habe er, aber der „interessiert sich nur für meine neuen Sachen“.

Im Satzergänzungstest (Frank wurde ergänzend psychodiagnostisch untersucht) äußert sich Frank ausdrucksvoll: ‚Wenn die anderen Kinder ihn nicht mitspielen lassen‘, „*liefe er traurig nach Hause auf sein Zimmer und langweilte sich*“. – ‚Wenn er Theater spielt‘, „*kann er seiner Phantasie freien Lauf lassen*“. – ‚In seiner Familie ist er‘ „*der Mittelpunkt*“. – ‚Der schönste Beruf ist für ihn‘, „*auf einem Schiff Kapitän zu sein*“. – ‚Am glücklichsten ist er‘, „*wenn die ganze Familie zusammen ist und fortgeht*“. – ‚Er dachte oft nach, wie er‘ „*von zu Hause weglaufen könnte*“.

Bei dieser Familie stellen sich die wesentlichen Aspekte zur Therapie-Indikation folgendermaßen dar:

1. Um welches Beziehungsgrundmuster geht es?

Die Struktur des Familiensystems ist eher schwer gestört. Es handelt sich um eine fusionierte Familie. Die Autonomie der einzelnen Familienmitglieder ist gering. Die Abgrenzung der Einzelnen ist sowohl intrafamiliär als auch gegenüber der Großelterngeneration gering.

2. Wie ergänzen sich intrapsychische und intrafamiliäre Konfliktbeurteilung?

Wie sind die abgespaltenen intrapsychischen Konfliktanteile zwischen den Personen verteilt?

Die Familie bringt ein umfangreiches depressives Potential mit. Bei der Mutter sind die Verleugnung des Vaterverlustes und ihre Idealisierung der (Rest-)Herkunftsfamilie eine komplementäre Einheit, an die sie regressiv fixiert ist. Sie hat an die Familie passive Erwartungen, Wünsche nach Anlehnung, Wärme, ‚Stark-Sein‘ hat sie abgespalten und auf den Ehemann projiziert. Gleichzeitig entwertet sie ihn, indem sie ihn als unfähig erlebt, ihre Wünsche nach stützender Nähe und Stärke zu erfüllen. Aus ihrer Enttäuschung am Ehemann erwächst ansatzweise eine Wiederholung der Projektion auf den älteren Sohn: die Mutter parentifiziert Frank – er dient ihr teils als Partner-Ersatz, teils als Stütze bei Abgrenzungsversuchen gegenüber dem Vater. Auch die emotionale Versorgung Marcs ist teilweise an Frank delegiert.

Der Vater hat seinerseits an die Familie passive Erwartungen. Er hat gleichfalls ‚Stark-Sein‘ abgespalten und auf die Mutter projiziert, und er entwertet die Mutter seinerseits als ‚unfähig‘. Der Vater ist isoliert. Frank und die Mutter stehen ihm gegenüber: weil du schwach und abwesend bist, müssen wir so eng zusammenstehen!

Frank verleugnet sein depressives Potential. Er kann nicht er selbst sein, sich nicht als Kind entfalten. Der traurige Frank verbirgt sich hinter Frank als dem Pseudokapitän und heimlichen Zentrum der Familie. Er ist nichts außer über die Familie. Er möchte gern heimlich dieses Schiff verlassen, auf dem er das Spiel der anderen spielt. Er ist mit Delegationen überhäuft. Dabei ist er auch der Vermittler zwischen seinen Eltern, einen Zustand fixierend, in dem sie zugleich verklammert und getrennt bleiben. Frank ist auch wenig abgegrenzt von seinem Bruder, er lebt seine kindlichen Anteile vor allem über Marc.

Das komplementäre Beziehungsmuster zwischen akzeptierten und verleugneten Persönlichkeitsanteilen präsentiert sich in dieser Familie in spiegelbildlicher Polarisierung. Akzeptiert werden nur die gegenseitigen Verschmelzungswünsche. Die Dominanzwünsche und Machtansprüche flottieren gleichsam frei und manifestieren sich jeweils nur durchbruchsartig und massiv – in passiver Gestalt – als Suiziddrohungen.

Frank bringt mit seiner Übernahme des elterlichen Verhaltens, in Konflikten die Suiziddrohung zu benutzen, den Stein ins Rollen. Hier begegnen die Eltern erstmals einem Bild ihres Grundkonflikts, das sie wahrnehmen und das sie betroffen macht: die (verleugnete) Macht wird sichtbar, über die der Ohnmächtige verfügt!

3. Inwieweit würde Einzeltherapie zum Widerstand der Restfamilie beitragen?

Die Persönlichkeitsproblematik der Einzelnen ist stark miteinander verknüpft. Die Verantwortungsgrenzen überlappen, jeder macht den anderen für die eigene Situation verantwortlich. Eine Einzeltherapie ließe die Mobilisierung einer Widerstandsfrente in der Familie erwarten.

4. Kommt eine Eltern-Paartherapie in Frage?

Neben der Persönlichkeitsproblematik der Einzelnen wird ein Ehekonflikt sichtbar, der aber aus den familiären Fusionstendenzen heraus erst freizulegen ist. Noch verleugnen die Eltern ihre eigenen Konflikteile zu sehr.

5. Welche Widerstände sind zu berücksichtigen?

Frank ist als Ersatz für ein eigenes Selbst der „Kapitän“ der Familie. Seine übersoziale Haltung erlebt er zunächst nicht als Verzicht, sondern er gewinnt mit ihr diese zentrale Stellung in der Familie. Er würde die mit einer Einzeltherapie verbundene Trennung von seinen Eltern und von seinem Bruder zunächst als Verlust empfinden und sich wehren. Außerdem würden Loyalitätskonflikte jede Entfaltung Franks vereiteln, solange die Eltern ihm nicht Freiraum geben können.

6. Wo finden sich Ressourcen für die Therapie?

Ohne die Kinder wird nichts in Gang kommen. Mit ihrer Hilfe kann der ‚Hebel‘ bei den Eltern angesetzt, können deren Konflikteile dargestellt und für die Eltern wahrnehmbar werden. Marc wird ein lehrreicher ‚Darsteller‘ sein für die Verständigung und die Zuständigkeiten innerhalb der Familie, auf seine Bedürfnisse einzugehen. Frank wird ein ‚Verbündeter‘ des Therapeuten sein, da er sich insgeheim danach sehnt, seinen Kapitänsposten zu verlassen.

Es erscheint somit bei Familie A. eine Familientherapie indiziert. Die Teilschritte des familientherapeutischen Prozesses wären folgende:

1. Abgrenzung der Eltern von ihrer Elterngeneration
2. Abgrenzung der Eltern untereinander
3. Abgrenzung der Eltern von den Kindern
4. Abgrenzung der Kinder untereinander.

6. Initiale und therapiebegleitende Indikationsstellung

Die Indikationsfrage stellt sich in der Familientherapie nicht einmalig. Die Befürwortung einer Familientherapie nach einer initialen Familiendiagnostik bildet nur für die erste Phase des therapeutischen Prozesses eine Basis.

Dies unterscheidet die Familientherapie von einer psychoanalytischen Einzeltherapie. Ist hier die Indikation gestellt, bezieht sich die Therapievereinbarung auf die gesamte Therapie (I). Nimmt ein Beziehungspartner des Patienten ebenfalls eine Psychotherapie (II) auf, wird dieser Vorgang innerhalb der Therapie (I) nur kommentierend behandelt.

In der analytisch orientierten Familientherapie fällt es in die Kompetenz des Therapeuten, ständig die Fragen zu prüfen: Wann ist der Zeitpunkt gekommen, die Initialphase der Sitzungen mit der Gesamtfamilie abzulösen oder zu ergänzen durch Sitzungen mit der Teilfamilie oder durch Einzelsitzungen? Wann ist der Zeitpunkt für eine autonome Einzel- oder Gruppentherapie eines Familienmitglieds gekommen? Oder erweisen sich ausschließliche Sitzungen mit der Gesamtfamilie als geeignet zur Erreichung des Therapie-

ziels? Allgemein formuliert: Ist die Konfliktbearbeitung im bisherigen setting angesichts bereits eingetretener intrapsychischer und interpsychischer Veränderungen noch angemessen? Welche Funktion hätte ein anderes setting?

In dieser Bedeutung begleitet die Indikationsfrage den therapeutischen Prozeß. Zur Veranschaulichung folgen nochmals drei kasuistische Ausschnitte mit der Familie A.:

Der Vater erhält Gelegenheit, am Topos seiner „Suizidalität“ entlang in seine Biographie zurückzugehen. Die Therapeuten (Therapeutin und Therapeut in Co-Therapie) erörtern, welche anderen Möglichkeiten es für den Vater statt der Sündenbockrolle und statt des passiven Hinnehmens im Alter von fünfzehn Jahren möglicherweise gab. Sie fragen Frank, ob er den Vater (als Fünfzehnjährigen) verstehen könne. Frank meint, er verstehe den Vater schon, der Opa sei wirklich immer so „hoppla-hoppla“ (übergreifend) gewesen. In Frank steigt deutlich wahrnehmbar während dieser Identifizierung mit dem Vater ein aggressiver Impuls, eine leichte Wut auf. Als Frank dies bemerkt, bricht er sofort ab und verleugnet diesen Impuls bei sich.

Frank ist dabei in einem Loyalitätskonflikt: er könnte dem Vater zeigen, was er tun müßte – aber der Vater kann es nicht, und Frank würde den Vater noch weiter in die depressive Position treiben –, das möchte Frank nicht. Wenn Frank seine Einsicht aber nicht zeigt, geschieht nichts, und Frank darf nicht getrennt vom Vater, anders als der Vater und wie Frank sein. Das möchte Frank auch nicht. Dies läßt sich therapeutisch etwa so aufgreifen: *„Herr A., Frank schluckt da was runter, weil er nicht weiß, ob Sie es vertragen würden! Statt es ebenso zu machen und wie Frank zu schlucken, könnten wir prüfen, wieviel Sie vertragen ...“*. Therapeutisch geht es in diesem Beispiel um die Abgrenzung des Vaters von seiner Elterngeneration, zugleich um die Abgrenzung zwischen dem Vater und Frank.

Für die therapiebegleitende Indikationsstellung ergibt sich: der therapeutische Prozeß befindet sich noch in der ersten Phase, noch ist Franks Hilfe beim Ansetzen des ‚Hebels‘ an der Konfliktverleugnung der Eltern unentbehrlich.

Der Vater bringt immer wieder Franks Suizidäußerungen ins Spiel. Der Vater sieht sich dabei von seinem Sohn psychisch nicht getrennt, zugleich lenkt er mit diesem Manöver jeweils von seinem eigenen Konflikt ab.

Die Therapeuten fordern Frank auf, zu seinen Suizidäußerungen Stellung zu nehmen, worauf Frank bereitwillig eingeht und seine Eltern überrascht.

Frank schildert, schon vor drei Jahren sei ihm aufgefallen, daß der Vater während Auseinandersetzungen mit der Mutter die Suiziddrohung einsetze. Es gebe kein wirksameres Mittel, einen solchen Streit binnen Minuten beizulegen. *„Da hab’ ich’s auch gemacht, und so wieder und immer wieder“* – z.B. als er sein Zimmer aufräumen sollte und nicht fernsehen durfte, oder wenn er eine schlechte Note nach Hause brachte und der zu erwartenden Auseinandersetzung mit den Eltern entgehen wollte.

In dieser Szene geht es therapeutisch um die Abgrenzung zwischen Frank und dem Vater und um ein individuationsförderndes Aufgreifen nach beiden Seiten hin. Die therapeutische Intervention lautete etwa so:

(zu Frank:) *„Natürlich ist es toll, wenn man sich überlegen fühlen kann, so etwas noch besser beherrscht als die Eltern, aber dafür zahlst Du einen hohen Preis an Verzicht ...“*

(zum Vater:) „*Ihre Annahme, es handle sich um etwas Vergleichbares, scheint sich auf unerwartete Weise zu bestätigen. Vielleicht hat die Suizidaussage bei Ihnen eine ähnliche Bedeutung wie bei Frank?*“

Für die therapiebegleitende Indikationsfrage ergibt sich noch die gleiche Beurteilung wie in der Szene zuvor.

In der vierten Familiensitzung artikulieren beide Eltern ihre Wünsche nach einem verbesserten Dialog. Die Eltern führen erstmals ohne die Kinder einige Tage weg. Frau A. schildert, wie sie mit ihrem Mann zu sprechen versuchte, aber „*sie konnten sich nicht treffen*“ (Frau A. beschreibt zwei Geraden, die aneinander vorbeilaufen). Frau A. malt an eine Tafel, wie sie sich als einen kleineren inneren Kreis und ihren Mann als größeren äußeren Kreis empfinde. Sie wünsche, daß beide Kreise sich aufeinander zu bewegen sollen, aber trotz ihres Bemühens erlebe sie einen Graben, eine Sperre dazwischen. Der Vater resümiert, sie (die Eltern) sähen jetzt, daß sie auch miteinander viele Probleme hätten. Sie möchten gern einmal ohne die Kinder kommen.

Von diesen erhielten die Therapeuten bestätigende Indizien: in derselben Sitzung verließ Frank mit Marc häufig und mit zunehmender Dauer den Raum. Auch auf direkte Befragung äußerte sich Frank eher erleichtert zustimmend zu einer Elternsitzung. Als die Therapeuten gerade die Sitzung beenden wollen, kommen Frank und Marc von draußen in den Raum. Marc geht zur Mutter und äußert entschieden: „jetzt gehen wir heim“. Ebenso entschieden räumt Frank Marcs Spielsachen zusammen.

Das Beispiel veranschaulicht, wie sich im therapeutischen Prozeß der Zeitpunkt ankündigt, bei dieser Familie von Sitzungen mit der vollzähligen Familie zur Paar-Arbeit mit den Eltern überzugehen:

1. Die Konfliktverleugnung bei den Eltern hat sich gelockert.
2. Es zeigt sich eine Motivation zur Konfliktbearbeitung auf der Partner-Ebene.
3. Die Kinder lassen diesen Wechsel zu, sie fühlen sich nicht ausgeschlossen, und es handelt sich bei ihnen auch nicht um einen Rückzug aus Widerstand.
4. Die wesentliche Voraussetzung für den Wechsel zu einer therapeutischen Arbeit mit der Teilfamilie ist erfüllt: die Therapeuten sind mit *allen* Familienmitgliedern in Beziehung getreten, sie haben den emotionalen Anschluß an die Familie erreicht – Szenen wie die im Fallbeispiel zuletzt geschilderte sind Indizien für diesen Prozeß.

Der weitere Therapieverlauf mit späteren Fokus-Wechseln der Konfliktbearbeitung wird hier nicht geschildert.

7. Voraussetzungen für die Beschreibung von Therapiezielen

Lassen die geschilderten Einzelintentionen analytisch orientierter Familientherapie eine gedankliche Synthese für die Zielsetzung zu? *Der Familientherapeut bearbeitet mit der Familie Konflikte und zielt auf Beziehungsänderungen hin.*

Die Verknüpfung dieser Größen impliziert als *eine Aufgabe* die präzise Beschreibung erkennbarer Gesetzmäßigkeiten von Familienkonflikten. Dazu wurden in diesem Beitrag besonders das Ineinandergreifen intrapsychischer und inter-

personaler Störungsvorgänge und der Aspekt der Wechselseitigkeit ohne Vorrangstellung einer Generationsebene akzentuiert.

Daneben besteht als *zweite Aufgabe* die Kennzeichnung der Position des Familientherapeuten. Er versucht, die bestmögliche Beziehung zu den Einzelpersonen einer Familie herzustellen. Das erfordert, daß er erkennt, wo die Familie jetzt ‚steht‘, daß er sie dort ‚abholt‘ und sie das Stück Weges begleitet, das *ihr* jetzt möglich ist – ohne *sein* Maß für pathologische Vorgänge zu verleugnen. Sein In-Beziehung-Sein macht ihn verletzlich und gefährdet ihn, unbemerkt auf eine ‚Außen-Position‘ auszuweichen. Er muß ständig die Ebene wechseln zwischen dem *Erleben* und dem *Beurteilen* seiner Gefühle, wenn seine therapeutischen Interventionen einen gesteuerten Umgang mit dem Widerstand der Familie darstellen sollen.

Eine *dritte Aufgabe* besteht darin, eine angemessene Richtung und Größenordnung für die angestrebte Beziehungsänderung zu finden. Abschließend steht der Versuch, hierzu Orientierungslinien zu entwerfen.

8. Diskussion der Grundlagen und des Vorgehens analytisch orientierter Familientherapie bei der Indikationsstellung

8.1 Kritik gegenwärtig diskutierter Indikationskriterien

In der gegenwärtigen Konzeptualisierung zeichnen sich zwei getrennte und sehr unterschiedliche Wege ab:

1. In der einen Richtung werden ‚objektive‘, d.h. Beobachter-unabhängige Kriterien entwickelt. Die Operationalisierung erfolgt hier über eine überwiegend rechnerische Erfassung der Funktionalität vs. Dysfunktionalität im Kommunikationsverhalten der Familienmitglieder.
2. In einer anderen Richtung werden ‚subjektive‘ familien-diagnostische Kriterien entwickelt. Operationalisiert wird hier die Beziehung des Diagnostikers zu den Familienmitgliedern. Der Untersucher wechselt dabei ständig die Ebene zwischen ‚multipler Identifikation‘ mit den einzelnen Familienmitgliedern und der Wahrnehmung seiner Gefühle aus seiner Übertragung und Gegenübertragung.

Die Einteilung impliziert in dieser Gegenüberstellung nach der herkömmlichen Wissenschaftsvorstellung eine höhere Bewertung der ‚Objektivität‘. Wichtig erscheint mir, daß der ‚objektive‘ Weg auf der Verhaltensebene bleibt, während der ‚subjektive‘ Weg auf die Beziehungsebene führt. Jeder Betrachter muß zunächst den ihm eigenen Standpunkt in dieser Frage einnehmen.

Üblicherweise herrscht die Ansicht, nur bei der Wahl des erstgenannten Weges sei die Transparenz des Vorgehens in der Ausbildung mit wissenschaftlichem Anspruch zu vermitteln. Es ist sicher schwieriger, auf der Beziehungsebene vermittelbare Kriterien zu entwickeln. *Das ‚subjektive‘ Vorgehen ist aber objektivierbar:* der Wahrnehmung des Diagnostikers ist die situative Abhängigkeit seiner Beurteilung von seiner eigenen Angstabwehr zugänglich und damit

schrittweise aufhebbar. Um der ‚Wissenschaftlichkeit‘ willen ist er aber ständig versucht, erlebte Beobachtungen schematisierend zu objektivieren, statisch zu fixieren, womit er sich unversehens auf der Verhaltensebene wiederfindet.

In diesem Beitrag wird bewußt auf eine schematische Gegenüberstellung ‚äußerer‘ und ‚innerer‘ diagnostischer Kriterien verzichtet.

‚Äußere‘ Gegebenheiten müssen sorgfältig geprüft werden – beispielsweise kann der verfügbare Zeitraum die erreichbaren Therapieziele limitieren. An Auflistungen dieser Art mangelt es nicht. Die vorliegende Betrachtung geht vielmehr von der beschriebenen Gefahr einer formalisierten, aus der Distanz betriebenen Familiendiagnostik aus, die mit jeder – auch nur didaktisch gemeinten – Schematisierung der Kriterien beginnt, z. B. in: „familiäre Kommunikation“, „familiäres System“ und „Psychodynamik“ (C. und B. Buddeberg, 1982, S. 148).

Die gleiche Gefahr ist gegeben bei den oben dargelegten „allgemeinen Indikationskriterien“, eine Familientherapie sei eher indiziert bei schwer gestörter Struktur des Familiensystems, eine (alleinige oder ergänzende) Einzeltherapie bei stärker internalisierten Konflikten. Es wird alles auf die Handhabung ankommen, ob diese notwendigen Überlegungen innerhalb eines beziehungslosen, technisierten Rahmens oder innerhalb eines lebendigen Kontakts stattfinden. Eine schematische Erstarrung träte bereits ein, wenn als Maß für Internalisierung von Konflikten nur ein (wenn auch qualitativ hervorragendes) psychodiagnostisches Testergebnis stünde.

Im Fallbeispiel der Familie A. ging es um ein fusioniertes Familiensystem mit geringer Autonomie und Abgrenzung der Einzelnen. Stelle ich diesem undifferenzierten Beziehungsgrundmuster einfach ein Familiensystem mit überpolarisiertem Beziehungsgrundmuster gegenüber, in dem einzelne Familienmitglieder die abgespaltenen Anteile der anderen ausleben, so erliege ich wiederum leicht der Gefahr, die Therapieziele nach dem Modell einer graphischen Skizze zu definieren.

8.2 Die „Veränderbarkeit“ einer Familie als Indikationskriterium

In Abgrenzung von derart formalistischen Beschreibungen allgemeiner und spezieller Indikationskriterien erscheint es für die analytisch orientierte Familientherapie sinnvoll, auf der psychodynamischen und damit auf der Beziehungsebene zu bleiben. Als entscheidende Größe für die Indikationsstellung kann dabei die *Veränderbarkeit* einer Familie beschrieben werden.

Die Adoleszenz eines Familienmitglieds stellt wohldefinierte Anforderungen an die Veränderbarkeit der Familie selbst. Die Indikation zur familientherapeutischen Bearbeitung der Ablösungskonflikte erfolgt unter der Annahme einer beeinträchtigten Veränderbarkeit der Familie.

Andere Konflikte beziehen sich nicht unmittelbar auf die Veränderbarkeit der Familie. Die Beurteilung der Veränderbarkeit wird hier zu einer Aussage über den situationsbedingt vorhandenen Spielraum für die Chance, über eine

Konfliktbearbeitung Beziehungsänderungen zu erreichen. Die größere Veränderbarkeit eröffnet die größere Chance (im Falle der Adoleszenz-Konstellation fallen gleichsam Konflikt und Chance zusammen). ‚Äußere‘ und ‚innere‘ Gegebenheiten werden dabei unter demselben Aspekt beurteilt, welche Veränderbarkeit und damit welche Chance für den therapeutischen Prozeß sie erwarten lassen: der Schuleintritt des letzten Kindes der Familie ist hier gleichrangig mit der Konstellation, bei der ein Kind das Alter erreicht, in dem ein Elternteil einen schweren inneren Verlust erlebt.

In psychodynamischer Sicht bedeutet eine Beurteilung der Veränderbarkeit einer Familie unter Einbeziehung ‚innerer‘ wie ‚äußerer‘ Fakten das Abschätzen des Widerstands und der Ressourcen bei den einzelnen Familienmitgliedern im Vergleich.

Die Unterscheidung ‚echter‘ Anliegen des Patienten von seiner Abwehr kann der Therapeut nur situativ treffen. So kann der Wunsch eines Patienten nach Identifikation des Interviewers mit ihm ein wichtiges Anliegen oder Abwehr (des Getrenntseins) sein. Im Fallbeispiel der Familie A. bedeutete im Erstinterview der Wunsch des Vaters nach Familiensitzungen zugleich Veränderungswunsch und Abwehr (eigene Konfliktverleugnung). Über ein initiales Akzeptieren dieser Abwehr kam der therapeutische Prozeß in Gang.

8.3 Initiale und therapiebegleitende Indikationsstellung: das Kriterium der „Veränderbarkeitskontur“

Bei der Beurteilung der Veränderbarkeit im Sinne von Widerstand vs. Ressourcen wechselt der Interviewer zwischen der intrapsychischen und der interpersonalen Ebene. Die Einzelnen werden im Beziehungskontext der Familie gesehen. Die initiale Indikationsstellung zu einer Einzel-, Paar- oder Familientherapie ist dann das Ergebnis der Beurteilung, welcher Zugang zu den wesentlichen Konfliktträgern am offensten erscheint.

Die nach Beginn der Familientherapie weiterbestehende Indikationsfrage etwa bezüglich einer Einzeltherapie für ein Kind orientiert sich wesentlich nicht an einer isolierten Struktur-Diagnostik, sondern an den Veränderungen, die im Wechselspiel zwischen Widerstand und Spielraum für Entwicklungsprozesse beim Einzelnen und im Familiensystem erkennbar sind. Diese Beziehungsdynamik kann als *Veränderbarkeitskontur* einer Familie bezeichnet werden. Aus der Wahrnehmung der *Veränderbarkeitskontur* einer Familie kann sich der Familientherapeut der nächstliegenden Konfliktbearbeitung über wechselnde Teilnehmerkombinationen zuwenden.

Summary

Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals

Proceeding from a criticism of psychoanalytic polemics against family therapy, the fundamental position of an analytically orientated family therapy is outlined. The

therapist intends changes of relationships by working out the conflicts of a family. The mutual dependence between intrapsychic and interpsychic processes is described together with its meaning for the understanding of family conflicts, the therapist being all the time integrated into the dynamics of family relationships. The indication standards are discussed, and the essay to find "objective", "general" and "special" criteria is criticised. The "changeability" of a family is introduced as a main criterion. It shows which approach to the persons in the centre of the conflict appears to be most open and accessible at present. The question of indication accompanies the therapy and requires a permanent examination of the "contour of changeability" of a family. A case report illustrates the handling of the problem of indication in the initial phase and in the progress of therapy.

Literatur

- Baethge, G. (1981): Kindertherapie oder Familientherapie? Überlegungen zu Fragen der Indikation. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 30, 159–165 – Bauriedl, T. (1980): Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp – Bauriedl, T. (1982): Zwischen Anpassung und Konflikt. Theoretische Probleme der ichpsychologischen Diagnostik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht – Boszormenyi-Nagy, I. (1975): Eine Theorie der Beziehungen. Erfahrung und Transaktion. In: *Boszormenyi-Nagy, I. und J.L.Framo* (Hg.): *Familientherapie. Theorie und Praxis*. Bd 1 Reinbek: Rowohlt – Buddeberg, B. (1980): Indikation zur Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Familiendynamik* 5, 125–139 – Buddeberg, C. und B. (1982): Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 31, 143–150 – Freud, S. (1940): Die analytische Therapie. (= 28. Vorlesung). In: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. In: G.W. XI London – Gerhardt, U. (1981): Familientherapie – Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 30, 274–285 – König, K. (1982): Interaktioneller Anteil der Übertragung und phobische Persönlichkeitsstruktur. In: *Prax. Psychother. Psychosom.* 27, 25–32 – Mahler, M.S. (1963): Thoughts about development and individuation. In: *The Psychoanalytic Study of the Child* 18, 307–324 – Mahler, M.S., F.Pine und A.Bergman (1978): *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt a.M.: S. Fischer – Mattejat, F. und H. Remschmidt (1981): Übungseffekte bei der Beurteilung von Familien. In: *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 9, 317–333 – Montalvo, B. und J. Haley (1977): Zur Verteidigung der Kindertherapie. In: *Familiendynamik* 2, 322–340 – Napier, A. Y. und C. A. Whitaker (1981): *Tatort Familie*. Düsseldorf/Köln: Diederichs 2. Aufl. – Ornstein, A. (1977): *Die Herstellung des Kontaktes mit der inneren Welt des Kindes*. In: *Familiendynamik* 2, 282–315 – Pohlen, M. u. T. Plänkers (1982): *Familientherapie. Von der Psychoanalyse zur psychosozialen Aktion*. In: *Psyche* 36, 416–452 – Remschmidt, H. und F. Mattejat (1981): Zur Konstruktion von Einschätzungs-Skalen für Familiengespräche: Aspekte der Inter-Rater-Übereinstimmung. In: *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 9, 288–316 – Richter, H. E. (1980): Wie versteht sich Familientherapie in dieser Gesellschaft? In: *W. Dierking* (Hg.), *Analytische Familientherapie und Gesellschaft*. Weinheim: Beltz – Rotmann, M. (1978): Über die Bedeutung des Vaters in der „Wiederannäherungsphase“. In: *Psyche* 32, 1105–1147 – Schönfelder, T. (1981): Erfahrungen mit einer Adoleszenzstation. In: *R. Lempp* (Hg.), *Adoleszenz. Biologische, sozialpädagogische und jugendpsychiatrische Aspekte*. Bern: Huber – Schönfelder, T. (1982): *Das Bild des Vaters bei der Entwicklung einer Familienstruktur*. Unveröffentl. Vortrag (Basel SGKJP 3.9.1982) – Schütze, G. (1981): *Familientherapie im Rahmen der Behandlung von Pubertätsneurosen*. In: *R. Lempp* (Hg.), *Adoleszenz. Biologische, sozialpädagogische und jugendpsychiatrische Aspekte*. Bern, Huber – Schütze, W. (1981): *Katamnestische Untersuchung an Kindern und Jugendlichen nach stationärer Behandlung*. Med. Diss. Freiburg i. Br. – Stierlin, H. (1979): Status der Gegenseitigkeit: die fünfte Perspektive des Heidelberger familiendynamischen Konzeptes. In: *Familiendynamik* 4, 106–116 – Wirsching, M. (1982): *Familientherapie – Aktueller Stand und Ausblick*. In: *Nervenarzt* 53, 1–6.
- Anschr. d. Verf.: Dr. med Hans Sohni, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Döbelestr. 11, 7750 Konstanz