

Gerhardt, Ursula

Familientherapie -Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit - Ergebnisse einer Umfrage

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 8, S. 274-285

urn:nbn:de:bsz-psydok-28776

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

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.-27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25-27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.-5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3-5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Familientherapie – Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit

Ergebnisse einer Umfrage

Von Ursula Gerhardt

Zusammenfassung

In dieser Arbeit werden die Ergebnisse einer Befragung (20 Interviews und 60 Fragebogen) hinsichtlich der Indikationsstellung für Familientherapie, der tatsächlich durchgeführten Familientherapien, der angewendeten Methoden und der Motivation von Therapeuten und Klienten dargestellt. Obwohl Konflikte innerhalb der Familie sowohl eine psychische Störung des einzelnen als auch die interpersonellen Beziehungen weitgehend beeinflussen, ist die Anzahl der Familien, die eine Behandlung aufnehmen, sowohl in institutionalisierten Beratungsstellen als auch in therapeutischen Einrichtungen gering. Wie die Praxis zeigt, ist die Motivation sowohl seitens des Therapeuten als auch der Familie selbst ausschlaggebend für den Beginn einer Behandlung als die Indikationsstellung oder diagnostische und prognostische Überlegungen. Es hängt entscheidend von der Ausbil-

dung des Therapeuten/Beraters ab, welche Methode er in der Familientherapie anwendet. Dabei zeigte es sich, daß sich die Familientherapie noch in einem Zustand des Experimentierens befindet, daß zahlreiche Elemente aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen oder gruppendynamischen Techniken in der Behandlung angewendet werden, ohne daß deren Effizienz für diese Art der Behandlung überprüft sind.

Es wurde darüber hinaus danach gefragt, welche Kenntnisse und Fähigkeiten Sozialarbeiter, die familienorientiert arbeiten wollen, in der Grundausbildung erwerben sollten.

Es bleiben mehrere Fragen offen:

1. Es gibt keine Antwort auf die Frage, was in der Familientherapie tatsächlich wirksam ist, die Beziehung zwischen Therapeut und Klienten, die angewendete Methode oder lediglich der Wunsch, Veränderungen innerhalb der Familie sehen zu wollen.

2. Die Kombination von Familientherapie, Paartherapie und Einzeltherapie wurde von den meisten Therapeuten und Beratern als die am besten geeignete Form der Behandlung von Familienkonflikten angesehen.
3. Da es keine Übereinstimmung über die bestmögliche und wirksamste Behandlungsform gibt, sind Effizienzkontrollen besonders vordringlich.

Fragestellungen und Methodik der Untersuchung

„Familientherapie ist keine neue Therapieform, sondern eine neue Denkweise“, sagte mir im Verlauf meiner zahlreichen Gespräche eine Mitarbeiterin, die selbst familienorientiert arbeitet. Familientherapie sei nicht eine neue Behandlungsmethode, sondern „gründet sich auf ein neues Paradigma. In dem von dem Wissenschaftshistoriker Kuhn gemeinten Sinn handelt es sich um ein Bezugssystem, das auf signifikante Weise Daten enthüllt und neu ordnet, neue Bedeutungen schafft und wesentliche Perspektiven für die Forschung und Praxis eröffnet“ (Stierlin 1976). „Die Familientherapie ist weniger eine therapeutische Schule als vielmehr eine grundlegend neue Definition der therapeutischen Aufgabe. Die führenden Persönlichkeiten in diesem Bereich vertreten fast genauso verschiedene Ansichten wie die Therapeuten der anderen psychologischen Richtungen. Einig sind sie sich lediglich darüber, daß die Verlagerung der Behandlung von der Einzelperson zur Familie einen entscheidenden Durchbruch darstellt“ (Kovel 1977).

Nach Vorgesprächen und in teilnehmender Beobachtung wurde versucht, mit Hilfe standardisierter Interviews und Fragebogen¹ bei Familientherapeuten und Familienberatern herauszufinden, wie diese neue Denkweise, diese Aufgabe, mit Familien zu arbeiten, in Beratungsstellen, Krankenhäusern, Heimen oder in der freien Praxis gehandhabt wird, wie die Praktiker diese Arbeit beurteilen, und ob es möglicherweise methodische Konzepte gibt, die sich in der Praxis bewährt haben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung und einige kritische Überlegungen, die sich daran anschlossen, sollen in dieser Arbeit zusammengestellt werden. Die Aufmerksamkeit galt hauptsächlich folgenden Fragen:

- In welchen Fällen wird Familientherapie für angezeigt gehalten, in welchen wird sie tatsächlich durchgeführt?

¹ Befragt wurden – in 20 standardisierten Interviews und 60 Fragebogen – 60 Beratungsstellen kommunaler und freier Träger in der Bundesrepublik und Westberlin, 3 Krankenhäuser, 2 Heime, 1 Sozialzentrum und ein Sozialmedizinisches Institut, die Familientherapie durchführen. Die Beratungsstellen bezeichneten sich teilweise als Erziehungsberatungsstellen, teilweise als Ehe- und Lebensberatungsstellen, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Beratungsstellen für Erziehungs-, Jugend-, Ehe- und Lebensfragen u.ä. Darüber hinaus wurden zahlreiche Gespräche mit einzelnen Familienberatern, Ausbildungsinstituten und anderen Institutionen, in deren Rahmen Familienberatung gemacht wird – z. B. den sozialmedizinischen Diensten des Gesundheitsamtes, dem Sozialdienst der AOK –, geführt. Eine Woche hospitierte die Verf. in der städtischen Jugend- und Familienberatungsstelle Erlangen. Für alle hier herangezogenen Fragen sind 30 Fragebogen voll, die übrigen teilweise auswertbar. In der freien Praxis von Psychologen oder Kinderärzten wird Familientherapie oder -beratung nur gelegentlich und dann unsystematisch durchgeführt.

- Welche Ziele verfolgen die Praktiker bei dieser Arbeit, welche Zielgruppen erfassen sie?
- Mit welchen Methoden oder Interventionstechniken wird gearbeitet?
- Welche Kenntnisse und Fertigkeiten sollten in der Grundausbildung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, die später familienzentriert arbeiten möchten, vorwiegend vermittelt werden?

Darüberhinaus interessierte es, was Familientherapeuten oder Familienberater selbst motiviert, über den individualistischen Ansatz hinaus mit ganzen Familien zu arbeiten, und wie sie selbst diese Arbeit beurteilen.

Die „Elterngeneration“ der heutigen Familientherapeuten

Zum Verständnis des komplexen Hintergrundes der Familientherapie und der sich aus unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Richtungen entwickelnden, ergänzenden und zum Teil auch widersprüchlich erscheinenden Methoden und Interventionsstrategien ist ein Rückblick auf ihre Geschichte notwendig. Ergebnisse aus der Familienforschung an schizophrenen Patienten, Erkenntnisse aus der Kinderpsychotherapie, der Child Guidance Bewegung, der Gruppenpsychotherapie, der Mental Health Bewegung und auch aus den Sozialwissenschaften haben die Geschichte bestimmt, die im Rahmen dieser Arbeit nur in wenigen Hauptzügen skizziert werden kann. Ausführliche Darstellungen finden sich bei Guerin (1976), Toman (1975), Zuk und Rubinstein (1975).

Guerin, selbst Familientherapeut und Ausbilder in Familientherapie, beschreibt die historische Entwicklung nicht nur in ihrem zeitlichen Ablauf von den „Jahren des Untergrundes 1950 bis 1954“ bis zur anerkannten Bewegung mit der Entstehung und Entwicklung der Familiensektionen an den Mental Health Zentren in den Vereinigten Staaten und den Ausbildungsstätten. Besonders instruktiv informiert er darüber, wie aus dem Zusammentreffen von Wissenschaftlern mit reicher klinischer Erfahrung mit solchen, die neue, kühne Gedanken in die Arbeit hineinbrachten und die Forschung vorantrieben, theoretische Konzepte entstanden, wie aber auch erfolgsversprechende Projekte durch Kostenfragen oder Verwaltungsbarrieren gehemmt oder zum Stillstand gebracht wurden.

Zwei Richtungen lassen sich von den Anfängen bis in die heutige Praxis der Familientherapie zurückverfolgen. Eine Gruppe von Forschern und Therapeuten sieht psychische Störungen in der Familie als Folge einer gestörten Individuation (die psychoanalytisch orientierten Therapeuten), eine andere sieht sie als Folge gestörter Interaktionsprozesse (die system- und kommunikationstheoretisch orientierten Therapeuten). Aus beiden Schulen haben sich für die gegenwärtige Praxis verschiedene Denk- und Handlungsmodelle entwickelt, so daß der Gedanke von Guerin, „daß eine Theorie nur eine Abstraktion eines natürlichen Prozesses ist und insofern jede Theorie nur eine unter vielen möglichen Abstraktionen“, sich voll bestätigt.

Es wurden zunächst hauptsächlich Studien bekannt, in denen Familienbeziehungen und Familientherapien bei solchen Familien, die ein psychotisches (schizophrenes) Mit-

glied hatten, beschrieben werden. Die mangelnde Selbstabgrenzung des erkrankten Familienmitgliedes, sein Gebundensein in einem transaktionalen System von Bedürfnisschablonen anderer (*Boszormenyi-Nagy*), die dabei entstehenden Abwehrsysteme, aus denen auch über Projektionen die Rollenzuschreibungen des „Guten“ oder „Bösen“ zustande kamen, ließen die Psychiater sehr schnell an die Grenzen jeder stationären und auch ambulanten Therapie gelangen. Versuche mit psychoanalytischen Einzelbehandlungen (*Rosen, Whitaker*) brachten wenig Erfolge, weil die Patienten wegen ihrer massiven Ambivalenz und ihrer extremen Regressionsneigungen zu solchen Übertragungsbindungen, die sich für eine analytische Arbeit nutzen lassen, nicht in der Lage waren.

Zu den Pionieren, die mit Familien mit einem psychotisch erkrankten Mitglied arbeiteten, zählen *Bateson, Jackson, Weakland* und *Haley* in Kalifornien, *Bowen* in Topeka und Washington, *Lidz* in Baltimore und später in New Haven, *Whitaker* und *Malone* in Atlanta, *Schefden* und *Birds-whistle*, später auch *Framo* und *Boszormenyi-Nagy* in Philadelphia. Diese Wissenschaftler arbeiteten in der ersten Zeit mit ihren engeren Mitarbeitern unabhängig voneinander, sie hörten voneinander bis sich schließlich Mitglieder verschiedener Gruppen in mehrtägigen Zusammenkünften trafen, sich bei wechselseitiger Supervision über Einwegscheiben bei der Arbeit mit denselben Einzelpersonen, Gruppen und Familien beobachteten, Erfahrungen austauschten und voneinander lernten. Dieser Arbeitsstil wird auch heute in der Tavistock Clinic in London praktiziert.

Nahezu gleichzeitig entwickelte sich die psychanalytische, die systemorientierte und die kommunikationstheoretische Richtung in der Familientherapie. Ebenso wurden die unterschiedlichsten Arten des „settings“ mit Einzelnen, mit Teilen der Familie, mit ganzen Familien oder mit Mehrfamilien-Gruppen erprobt, zum Teil wieder verworfen oder beibehalten.

Schon etwa von 1943–1945 arbeitete *Carl Whitaker* mit *John Warkenton* als Co-Therapeuten zunächst mit dem „Indexpatienten“, dann ein anderes Familienmitglied und schließlich auch die Kinder in die Sitzungen miteinbeziehend. Verhaltensauffälligkeiten und delinquentes Verhalten waren Anlaß für diese Behandlungen. Nachdem er sich zeitweilig stärker der Schizophrenieforschung zugewandt hatte, konzentrierte er nach 1955 seine Arbeit, ausschließlich familientherapeutisch orientiert, auf „normale Familien“, mehr und mehr Familienmitglieder einbeziehend bis zur Mehrgenerationen-Therapie.

In den Anfang der 50iger Jahre zurück gehen auch die Arbeiten von *Bowen* über die Mutter-Kind-Symbiose, die ihn sensibel werden ließen für die Wechselwirkungen in den emotionalen Beziehungen aber auch in den emotionalen Störungen zwischen zwei, drei und mehr Menschen, die eng zusammenleben. „Sehr schnell wurde es deutlich, daß die Mutter-Kind-Beziehung nur ein, von der größeren Familieneinheit abhängiger Teil ist.“ Arbeiten über das emotionale Beziehungsgefüge in der Kernfamilie und über Projektionsprozesse innerhalb der Familie führten ihn dazu, sich darüber klarzuwerden, daß die an Familien mit einem schizophrenen Mitglied gewonnenen Erkenntnisse sich auch auf

andere zwischenmenschliche Probleme anwenden ließen. Er entwarf ein systemorientiertes Konzept, das auf dem Grad der Angst im Verhältnis zur Differenzierung im Selbst basiert. Unter Differenzierung im Selbst versteht er den Anteil bzw. die Verschmelzung oder Differenzierung von emotionalen und intellektuellen (kognitiven) Funktionen.

Bateson, Haley und *Jackson* werden zu den „reinen Systemtheoretikern“ gerechnet. 1952 begann *Bateson*, Anthropologe und Ethnologe, in Zusammenarbeit mit *Haley*, *Weakland* und *Jackson*, als Psychiater seine Forschungen über menschliche Kommunikationsstrukturen. Zwischenmenschliche Beziehungen, auch emotionale – so die Kommunikationstheoretiker –, manifestieren sich in den Interaktionen, deren wesentlichstes Ausdrucksmittel die Sprache ist, innerhalb einer Gruppe, eines „Systems“. Die Art und Weise der sprachlichen Kommunikation, die innere Einstellung der Gruppenmitglieder, die sich in verbaler aber auch in nicht-verbaler Kommunikation ausdrückt, ist dementsprechend Gegenstand der Diagnostik. Beziehungsstörungen innerhalb einer Gruppe führen auch zu Kommunikationsstörungen. Wesentliches Ziel einer Behandlung kann also nur die Herstellung einer wechselseitigen optimalen Kommunikation sein, d. h. offenes Aussprechen auch konflikthafter Inhalte, die Äußerung von Wünschen und Ängsten, konkrete und anschauliche Aussagen, bei denen sich Inhalt und Ausdrucksweise nicht widersprechen, Rückmeldungen, Biten um Klärung von Nichtverstandenen, Bestätigungen. Kommunikation, Verhalten und emotionale Beziehung werden als sich wechselseitig bedingende Faktoren betrachtet. *Jackson* gründete das Mental Research Institute, in Palo Alto, Kalifornien, in dem bis in den Anfang der 60iger Jahre auch *Virginia Satir* mitarbeitete, deren „Fähigkeit, Ideen zusammenzufassen, in Verbindung mit ihren kreativen Einfällen, Techniken zu lehren und ihrem persönlichen Charisma“ (*Guerin*) ihr bald eine wesentliche Bedeutung in der familientherapeutischen Arbeit verschafften. Sie wandte sich später der wachstumsorientierten Familientherapie zu. Das Mental Research Institute kam unter *Paul Watzlawick*, der die Ideen von *Bateson* mathematisch formulierbar und in pragmatische Axiome gefaßt für die praktische klinische Arbeit nutzbringend erweiterte, zu einer neuen Blüte. Mehrere Formen der Familientherapie sind aus der systematischen Kommunikationstheorie hervorgegangen, so u. a. die bereits vorher erwähnte „wachstumsorientierte Familientherapie“, die (direktive) Systemtheorie von *Haley*, die „Strukturelle Familientherapie“ (*Minuchin*). *Minuchin* sieht die Familie als Ganzes, als ein System, das seine Funktionen durch Subsysteme vollzieht und differenziert. Subsysteme können sich auf der Grundlage der Generation, des Geschlechtes, der Interessen oder von Funktionen bilden. Sie sind, wenn sie gut funktionieren sollen, durch klare Grenzen voneinander getrennt, d. h. jedes familiäre Subsystem hat seine spezifischen Aufgaben. Auch bei *Minuchin* taucht wieder das Problem der übermäßigen oder der zu geringen Bindung auf. „Mitglieder verstrickter Subsysteme oder verstrickter Familien sind insofern beeinträchtigt, als das stark ausgeprägte Zugehörigkeitsgefühl ihre Autonomie beschneidet“ (Seite 75). Dem Therapeuten wird eine be-
rühmte Macht und Aktivität (und das steht im Gegensatz

zu der Ansicht der psychoanalytischen Schulen) bei der Analyse und Neustrukturierung der „Transaktionalen Muster“ zugemessen. Minuchin gibt dementsprechend auch ganz konkrete Handlungsanleitungen. Der zukünftige Therapeut erfährt, wie er den Kontakt aufnehmen kann, wie er sich der Familie anschließt, er lernt, bestehende Allianzen aufzubrechen, indem er sich einmal mit dem einen, ein anderes Mal mit dem anderen Familienmitglied verbündet, wie er Kommunikationsstörungen beseitigt, indem er in die fest eingefahrenen Kommunikationsstile interveniert.

Einen weiteren Beitrag für die Entwicklung der Sozialwissenschaften allgemein und für die Familienbehandlung im besonderen leisteten Forscher wie *T. Parsons*, *R.F. Bales* (1955), *J.P. Spiegel* (1957) u. a., die die wechselseitige Beeinflussung handelnder Menschen als Träger sozialer Rollen – hier jedoch aus einem soziologischen Rollenverständnis – beschrieben haben. Jedes Familienmitglied hat eine bestimmte Rolle, z.B. eine Rolle, die seinem Alter entspricht, eine Geschlechtsrolle, eine Berufsrolle, die Rolle „des starken Mannes“, „des Sündenbocks“ usw. Eine Störung der Rolleninternalisierung in einer bestimmten Entwicklungsphase im Verlauf der Sozialisation führt zu Entgleisungen des Gleichgewichts innerhalb der Familie. Es wird untersucht, auf welche Weise die rolleninduzierenden und rollenaufrechterhaltenden Prozesse in der Familie entgleisen und damit zu individueller, familiärer und sozialer Pathologie führen können. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, eine Änderung der Rollen und Systeme zur Wiederherstellung der Homöostase herbeizuführen.

Darauf, daß *Freud* sehr wohl um die Bedeutung von familiären Einflüssen auf die intrapsychischen Konflikte seiner Patienten wußte, wenn er sie auch nicht in seine Behandlung und in seine theoretischen Arbeiten einbezog, weist u. a. *Stierlin* (1978) hin. So heißt es bei *Freud*: „Wer überhaupt weiß, von welchen Spaltungen oft eine Familie zerklüftet wird, der kann 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“ (G.W. IX, Seite 478). *Stierlin*, der viele Jahre in den Vereinigten Staaten u. a. mit *Boszormenyi-Nagy* zusammenarbeitete, baut sein Konzept zur Familientherapie auf den Überlegungen zu einer „bezogenen Individuation“ auf. Er versteht darunter das Maß an Bindung und Gewährenlassen, mit dem ein heranwachsende Mensch zur Entwicklung einer autonomen Persönlichkeit befähigt werden kann. Jeder Mensch, so schreibt er, hat den Wunsch „jemandem zu gehören“, aber auch „sich selbst etwas zu eigen zu machen“. Je weniger ein Elternpaar unbefriedigte Bedürfnisse und Ängste aus der eigenen Elternbindung auf die Kinder überträgt und sie damit „parentifiziert“, um so mehr können die Kinder die Fähigkeit, sich selbst in Besitz zu nehmen, entwickeln. Diese Fähigkeit gründet sich auf eine funktionierende Selbst-Objekt-Trennung, eine Ambivalenztoleranz, eine solide Verkörperung im Selbst, d.h. das Vertrauen in die eigene körperliche Integrität und eine differenzierende Sprache. (1978)

Richter (1963) untersuchte die Projektionen elterlicher unbewußter Erwartungen und Wünsche auf das Kind. Er

definiert „die elterliche Rolle“ dabei aus psychoanalytischer Sicht als „das Gesamt der unbewußten elterlichen Erwartungsphantasien von der Funktion des Kindes“ und läßt in dieser Arbeit den Zugang zu den wechselseitigen interpersonellen Beeinflussungen innerhalb der Familie offener, während er später in dem geschlossenen Konzept einer Typologie (1970) ausführlich und anschaulich mögliche neurotische Familienkonstellationen darstellt.

Sehr viel früher und aus einer ganz anderen Richtung, der Child Guidance Bewegung, kommend, hatte *Nathan Ackermann*, der eigentliche Pionier der Familienbewegung, auf die Notwendigkeit, die ganze Familie in die Behandlung einzubeziehen, hingewiesen. Seine erste Arbeit „Die Familie als soziale und emotionale Einheit“ erschien bereits 1937. Dreißig Jahre später heißt es in einer Arbeit über „Die Notwendigkeit der Familiendiagnose und -behandlung“, daß der Ansatz, Familien zu behandeln, aus dem Wissen über die Beziehungen nicht-psychotischer Kinder zu ihrer familiären Umwelt stammt. Die kürzlich bekannter gewordenen Berichte über Schizophrenie und Familie hätten diese Tatsache nur in den Hintergrund gedrängt. In der Tat wissen Kindertherapeuten und Erziehungsberater seit mehr als einem halben Jahrhundert, daß emotionale Störungen bei Kindern, neurotische Fehlentwicklungen, Verhaltensauffälligkeiten und Verwahrlosung durch die Eigenart aller zur Familie gehörenden Personen und unter dem Einfluß des familiären Beziehungsklimas entstehen, sich verändern oder verschwinden und mühen sich darum, wenigstens einen, wenn möglich beide Elternteile in die Beratung und Behandlung einzubeziehen.

Familie ist keine statische Einheit, sondern wie die Einzelpersönlichkeit ein sich ständig veränderndes Phänomen. Es gibt Zeiten des Familienlebens, die notwendigerweise kinderzentriert sind, weil Kleinkinder, um zu überleben, abhängig von der Versorgung durch die Eltern sind. Bleiben Familien aber über dieses Stadium hinaus im gleichen Maße kinderzentriert, auch wenn wachsende Autonomie und andere Bedürfnisse der Kinder dies nicht mehr erfordern, so muß das notwendigerweise zu dysfunktionalen Strukturen und letztendlich zur Symptombildung führen (*Barragan* 1976). *Ackermann* (1958) geht ausführlich darauf ein, wie aufgrund der zunehmenden Dysfunktion emotionale Entfremdung, Isolierung eines Familienmitgliedes, die Spaltung der Familie in mehrere Lager oder Kommunikationsstörungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern Konflikte und Ängste anwachsen lassen, bis schließlich ein Familienmitglied zum „Symptomträger“ wird, daß und wie „Symptomträger“ innerhalb einer Familie wechseln können, aber auch, wie Familien es schaffen, trotz bestehender Dysfunktion im Beziehungsgefüge ein solches Maß an wechselseitigen Bedürfnisbefriedigungen zu geben, daß die Familie sich weiterhin als integrierte Gruppe erlebt. Als wesentliche Inhalte, die von Generation zu Generation weitergegeben werden und damit potentiell konfliktauslösend und symptombildend wirken können, kommen sozio-kulturelle Muster, der Umgang in den Bereichen Geben und Nehmen, Versorgung im weitesten Sinne und Ernährung im engeren und schließlich das Verhältnis von Autonomie und Abhän-

gigkeit, das die Partner vor der Geburt der Kinder entwickeln konnten, in Betracht (*Barragan*).

Wie, bestimmt durch die Biographie der Frau selbst, ihre spezifische Ehesituation und die jeweilige Familienkonstellation, sich die Berufstätigkeit der Mutter innerhalb der ehechen Partnerschaft und innerhalb der Familie auswirkt und welche therapeutischen Schritte im Falle von Konflikten notwendig werden, stellt *Dührssen* (1971) überzeugend dar. Sie bezieht im übrigen in allen Arbeiten die Einflüsse der Familiengruppe auf das Zustandekommen, Weiterbestehen oder sich Verändern einer neurotischen Symptomatik im Kindes- und Jugendalter in ihre Überlegungen ein (1955) und ist auch auf die Probleme von Teil- und Ersatzfamilien besonders eingegangen (1958).

Eine Reihe von Einzelfaktoren bestimmen Art und Ablauf eines familiären Konfliktes, wie z. B. die Geschwisterkonstellationen der Eltern und der Kinder (*Toman*) die Altersunterschiede zwischen den Geschwistern und das gewohnheitsmäßige Eingehen der Eltern auf die ältesten bzw. mittleren und jüngeren Kinder (*Dührssen*), die zu spezifischen Altersrang- und/oder Geschlechtskonflikten führen können. Diese Faktoren werden in den im Anfang beschriebenen relativ übergreifenden, geschlossenen Denk- und Handlungsmodellen nicht ausreichend berücksichtigt, so theoretisch schlüssig und hilfreich für die Ausbildung zukünftiger Familientherapeuten und die praktische Anwendung in diesem neuen Bereich der Therapie sie auch sein mögen.

Ackermann (1958) und *Dührssen* (1960) beschreiben in ihren Arbeiten zur Familientherapie, die psychodynamischen Anteile im Beziehungsgefüge der Familie differenziert und identifizieren Persönlichkeitsmerkmale, Abwehrsysteme und aus den Lebensläufen der einzelnen Familienmitglieder erkennbar werdende Konfliktanteile in ihrem zeitlichen Zusammentreffen. So können sie je nach Problemstellung oder Symptomatik zu spezifischen therapeutischen Vorschlägen kommen.

Ergebnisse der Untersuchung

In welchen Institutionen wird familientherapeutisch gearbeitet?

Familientherapie oder familienzentrierte Beratung wird in einer Reihe von Institutionen angeboten und durchgeführt, die eine sehr unterschiedliche Aufgabenstellung und Zielsetzung und dementsprechend eine sehr unterschiedliche Klientel haben. Es wurden befragt: Erziehungsberatungsstellen (12), Familienberatungsstellen (2), Beratungsstellen, die in ihrem Namen folgende Kombinationen haben „Jugend- und Familienberatungsstelle, Jugend- und Eheberatungsstelle, Ehe- und Familienberatungsstelle, Jugend-, Familien- und Lebensberatungsstelle (24), Sozialzentrum (1) oder Sozialmedizinisches Institut (1), Krankenhäuser (3), therapeutisch-heilpädagogische Heime (2), freie Praxen (2), andere Institutionen, in deren Rahmen Familienberatung durchgeführt wird, z. B. sozialmedizinische Dienste, Arbeitsgemeinschaften für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (11). Je nach der Art der Institutionen ist die Vorgehensweise ver-

schieden und auch die Indikationsstellung für eine Familientherapie.

Alle Institutionen, die zugleich Eheberatung oder Ehepaartherapie anbieten, entscheiden sich für das „setting“ der Familientherapie dann, wenn es deutlich erkennbar wird, daß sich die Eheschwierigkeiten der Eltern auf die Kinder auswirken, wenn Kinder in einem Scheidungsverfahren notwendige Entscheidungen blockieren oder wenn es Schwierigkeiten in Sorgerechtsentscheidungen gibt. Es bleibt aber meist bei einem Wechsel von Familientherapie und Ehepaartherapie. Für ein therapeutisch-pädagogisches Heim wird die Familientherapie zur ergänzenden und stützenden Maßnahme mit dem Ziel, die Bindung des Jugendlichen zur Familie zu erhalten, seine Wiedereingliederung in die Familie zu erleichtern, weitere Geschwister in der Familie nicht zu gefährden, in dem Jugendlichen nicht das Gefühl zu verstärken, als „Sündenbock“ abgeschoben zu werden. Im Krankenhaus geht es z. B. darum, Familien auf das Zusammenleben mit einem organisch schwerkranken Familienmitglied vorzubereiten, die notwendige Umstellung in den Lebensgewohnheiten herbeizuführen. Es sind also eingegrenzte und gezielte Aufgaben.

Die in der „klassischen“, individuumzentrierten Erziehungsberatungstätigkeit verwurzelten Therapeuten/Berater können sich nur schwer von ihrer Arbeitsweise lösen, wenn gleich gerade sie die Notwendigkeit einer familienzentrierten Arbeit besonders deutlich sehen, da die Therapie des Kindes bzw. des „Indexpatienten“ und eine getrennte Beratung der Eltern praktisch meist wenig erfolgreich ist. Das Bemühen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, allen Erziehungsberatungsstellen auch den Begriff „Familienberatung“ hinzuzufügen – eine neue Satzung in dieser Richtung wurde bereits 1977 verabschiedet –, hat sich bis heute noch nicht überall durchgesetzt (auch nicht in den städtischen Erziehungsberatungsstellen in Westberlin). Es zeigt sich sehr deutlich, nicht nur in Westberlin, daß in allen Beratungsstellen, die „nur“ als Erziehungsberatung ausgewiesen sind, familienzentrierte Beratung auf größere Schwierigkeiten stößt und kaum oder nur am Rande vorübergehend möglich wird. Es besteht also eine erkennbare Wechselwirkung, bei der sich einerseits die Identifikation der dort Tätigen mit der Stelle und ihrer beruflichen Sozialisation, andererseits die Abwehrhaltung der Familie, die ja „nur Hilfe für ein erziehungsschwieriges Kind“ sucht, sich selbst aber nicht als krank oder gestört fühlt, unglücklich verstärken². So erwähnt beispielsweise eine Mitarbeiterin einer „Erziehungsberatungsstelle“, daß Familientherapie unter den Kollegen zunächst Ängste ausgelöst hätte und im Vordergrund immer noch die klassische Erziehungsberatungstätigkeit stünde. Ein anderes Mal – die Stelle weist sich als *Psychologische Beratungsstelle* aus – heißt es, daß diese Stelle seit 1975 überwiegend familienzentriert arbeite und dafür auch bekannt sei, daß es in der gleichen Stadt aber auch eine *Erziehungsberatungsstelle* gäbe, die nicht familienorientiert arbeitet.

² R. de Clerck-Sachße hat in ihrem Aufsatz: „Einige Probleme zur Familienberatung und Therapie im Kontext institutioneller Zielsetzungen“ gerade auf die Probleme zwischen Berater und der Klientel institutionalisierter Stellen hingewiesen. Zsch. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 8, 27 Jg.

In einer Umfrage, die ich 1976 mit Studenten der Evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik bei 100 Straßenpassanten in den Berliner Bezirken Wedding, Neukölln, Zehlendorf und Steglitz durchführte, stellten wir folgende vier Standardfragen:

1. Wissen Sie, ob es Möglichkeiten gibt, bei Schwierigkeiten im Ehe- und Familienleben und bei Problemen in Erziehungsfragen eine Beratungsstelle aufzusuchen?
2. Welche Probleme oder Schwierigkeiten meinen Sie, könne in solchen Beratungsstellen angesprochen werden?
3. Haben Sie selbst schon einmal daran gedacht, eine Beratungsstelle aufzusuchen?
4. Was würden Sie von einer Beratungsstelle erwarten?

Nach Meinung von mehr als 80% der Befragten würden diese Stellen in erster Linie bei Erziehungsschwierigkeiten tätig werden; an zweiter Stelle wurden Eheprobleme genannt, wobei im Bezirk Neukölln finanzielle Schwierigkeiten als Auslöser für Ehestreit stark im Vordergrund standen. Überwiegend bestand die Tendenz, Probleme zunächst mit Freunden oder Verwandten zu klären. Wenn man sich an eine Beratungsstelle wenden würde, dann vielleicht am ehesten in Fragen der Kindererziehung, am allerwenigsten mit eigenen Problemen.

Familientherapie/Familienberatung nimmt in fast allen Beratungsstellen und Institutionen einen geringen Raum ein. Es wird meist angegeben, daß zum Zeitpunkt der Befragung ein oder zwei Familien in einer Familientherapie waren, einige Stellen nennen von 25 bis zu 70% familientherapeutische Aktivität im Rahmen ihres gesamten Arbeitsvolumens. Ehepaar- bzw. Einzeltherapie und -beratungen nehmen den größeren Raum ein. Erwähnenswert erscheint es mir, daß in den Intensivinterviews häufig zum Ausdruck kam, daß eine Kombination von Paar- und Familientherapie in der Weise, daß nur zu bestimmten Fragestellungen die ganze Familie hinzugezogen würde, von den Klienten und auch von den Beratern als besonders sinnvoll und erfolgreich bezeichnet wurde. Im Kriseninterventionszentrum im Krankenhaus Am Urban in Berlin versuchen die Betreuer grundsätzlich, alle Bezugspersonen wenn nicht in eine Behandlung, so doch in Gespräche einzubeziehen. Familienzentrierte Arbeit im Rahmen einer Krisenintervention ist jedoch andersartig als Familientherapie im engeren Sinne³.

In welchen Fällen wird Familientherapie für angezeigt gehalten, in welchen tatsächlich durchgeführt?

Psychotherapie und auch psychologische Beratung ist, so unterschiedlich die Ziele der einzelnen therapeutischen Schulen auch definiert sein mögen, finales Handeln. Diagnostische und prognostische Überlegungen, die Erreichbarkeit eines Zieles oder Teilzieles im Behandlungsablauf, die Entwicklungsmöglichkeiten des oder der zu Behandelnden gehen notwendigerweise in die Indikationsstellung mit ein. Die Familientherapie steht noch vor einem weiten Feld des möglicherweise sachlich Notwendigen und des derzeit praktisch Möglichen. Organisatorische, räumliche und zeitliche Gegebenheiten, pragmatische, von der Institution und ihren Mitarbeitern abhängige Zielsetzungen und nicht zuletzt die Motivation des Therapeuten und die der zu

Behandelnden bestimmen, wie es die Praxis zeigt, darüber, ob eine Familientherapie indiziert ist, durchgeführt werden kann oder auch durchgeführt wird.

Vier der untersuchten Institutionen hielten eine Familientherapie oder besser familienzentrierte Arbeit bei einer speziellen Fragestellung, die sich aus den Aufgaben ihrer Institutionen ergab, für angezeigt und führten sie auch – meist mit einem für die Fragestellung ausreichenden Erfolg – durch. Es handelte sich, wie bereits erwähnt, um Fragen der Heimunterbringung, der Einstellung der Familie zu einem organisch Schwerkranken und die besonderen Erfordernisse in der Lebensweise und in den Lebensgewohnheiten, um Angehörige von Suicidanten oder Suicidgefährdeten. Vier weitere Therapeuten/Berater machten die Indikation für eine Familientherapie vom Erstinterview abhängig, alle übrigen Befragten (52) hielten alle Arten von Verhaltens- und Erlebensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, soweit die Familie für eine Familientherapie zu motivieren ist, für geeignet. Die aus der Literatur (Sperling und Masing, A. Overbeck, Stierlin, Wynne u. a.) bekannten Indikationen wie Anorexie, Generations- und Ablösungskonflikte sowie Familien mit einem psychotischen Angehörigen wurden mehrfach besonders genannt; aus der eigenen Arbeit lagen aber, soweit ich nachfragen konnte, keine Erfahrungen mit Anorektiker-Familien oder solchen mit einem psychotischen Angehörigen vor. „Bei Konflikten, an deren Zustandekommen und Unterhaltung alle Familienmitglieder beteiligt sind“, „überall da, wo die aktuell zusammenlebende Familie betroffen ist“, „soweit Familien mit einem Symptomträger erreichbar sind“, „bei allen Erziehungsberatungsfällen, wenn es uns gelingt, die Familie zu motivieren“, „wenn wir es uns zutrauen, mit der ganzen Familie zu arbeiten, und die Familie dazu bereit ist“, das sind Antworten, die nicht nur in Fragebögen, sondern auch bei den Interviews sich in ähnlicher Form wiederholten und inhaltlich oft Hinweise darauf geben, welche weiteren psychologischen Dimensionen in die Indikationsstellung eingehen. Da zeigte sich bei vielen Abwehr und ein Ausweichen in Allgemeinformulierungen, wie sie in der Literatur zu finden sind, bei anderen selbstkritische Reflexion über die eigenen therapeutischen Möglichkeiten angesichts einer so komplexen Aufgabe wie der Familientherapie. Eigene Unsicherheiten und Ängste kommen gelegentlich indirekt zum Ausdruck, werden von einigen Therapeuten und Beratern aber auch direkt ausgesprochen, oftmals mit dem Hinweis auf fehlende Orientierungsmöglichkeiten bei den Weiter- und Fortbildungsangeboten. Fast von allen wird aber die Motivation der Familie, zu gemeinsamen Sitzungen zusammenzukommen, als ein entscheidendes Merkmal für die Indikationsstellung genannt. Aber nur in seltenen Fällen, z.B. wenn eine Stelle aus dem einen oder anderen Grunde für ihre familienzentrierte Arbeit bereits bekannt ist, melden sich ganze Familien, in den meisten Fällen sind Einzelpersonen oder Paare die Hilfesuchenden. Ehepaartherapie ist bereits bekannter. Die Möglichkeit, alle Familienangehörigen zu motivieren, mindestens für eine begrenzte Dauer von 4–5 Sitzungen, wird von den Beratern überwiegend optimistisch beurteilt.

In einem erstaunlich geringen Umfang gingen diagnostische Überlegungen im engeren Sinne, z.B. wie weit intra-

³ Götte, J. H. A.: „Psychiatrische Notfall- und Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus“ in: Psychiatrische Praxis, Band 6, Heft 1.

psychische Konfliktanteile des Symptomträgers oder auch eines anderen Familienmitglieds und wie weit interaktionale die Störung der Familie bestimmen, in die Fragestellung nach der Indikation für eine Familientherapie ein. Oft fehlen auch Gedanken darüber, welche begrenzten Teilziele in der real zur Verfügung stehenden Zeit erreicht werden können oder ob die betreffende Familie in ihrer Konstellation und spezifischen Lebenssituation für eine Familientherapie günstige Voraussetzungen und Entwicklungsmöglichkeiten aufweist. Einzelne Beratungsstellen haben sich angesichts der vielschichtigen Aufgaben dadurch zu helfen versucht, daß sie aus ihren Erfahrungen Konzepte und Modelle für die Indikationsstellung und den Behandlungsablauf entwickelten, die sie im Verlaufe ihrer Weiterarbeit selbstkritisch überprüfen und modifizieren⁴.

Mancherorts wird die Sorge geäußert, daß der Therapeut/Berater durch sozialanamnestische Fragen oder ein strukturiertes Gespräch, mit dem Daten zur aktuellen Familiensituation und zur Familienvorgeschichte erfaßt werden, das Mitteilungsbedürfnis der Familie störe und eine Vertrauensbasis beeinträchtige. Das mag für einige erregte und besonders konfliktbelastete Anfangsphasen einer Familienbehandlung, für Krisensituationen, zutreffen. Ein erfahrener Therapeut/Berater wird aber kaum darauf verzichten wollen, möglichst bald mit der Erfassung wichtiger Daten (wie z. B. Geburten, Todesfälle, Eheschließungen, Scheidungen, Geschwisterkonstellationen, vielleicht Berufe und Einkommensverhältnisse, Wohngegend u. ä.) sein Verständnis für die sozialen und emotionalen Verknüpfungen innerhalb von zwei oder drei Generationen zu vertiefen, um die zukünftige therapeutische Arbeit sinnvoll zu planen, (*Ackerman, Gerlicher, Guérin, Toman* u. a.). „Unserer Erfahrung nach kann die Explorationszeit äußerst wirksam genutzt werden, wenn der Therapeut das Gespräch und den Erfassungsmodus der notwendigen Informationen über die Familie gut strukturiert.“ (*Guérin*). Ob die Daten in Form eines Genogrammes (*Guérin*) oder unter Bezugnahme auf die Geschwisterkonfigurationen (*Toman*) o. ä. festgehalten werden, wird von der Arbeitsweise des einzelnen Therapeuten abhängen.

Zielsetzungen wie etwa „die psychopathologische Familienstruktur zu ändern“, „das Familiensystem neu ordnen“ oder gar „Therapie und Beratung dienen vorwiegend der Förderung kreativer Leistungen“, erinnern zu sehr an plakative Forderungen, wie sie ebenfalls gelegentlich in der Literatur zu lesen sind, dienen aber wenig dazu, die Indikationsstellung zu präzisieren oder einen Therapie- oder Beratungsablauf zu strukturieren. Sie ermöglichen auch keinerlei Effizienzkontrollen, die nur bei konkreten und präzise formulierten Therapiezielen möglich werden.

Die Aufzählung der möglichen Indikationen für eine Familientherapie und, wie es scheint, auch die Bereitschaft der Therapeuten und Berater, mit ganzen Familien zu arbeiten, ist bei weitem umfangreicher als tatsächlich Familien

behandelt werden. Mehr als sachliche Kriterien scheint für das Zustandekommen einer Behandlung das Zusammentreffen mehrerer „glücklicher Umstände“ von Bedeutung zu sein, wie eine erfahrene und methodisch sichere Therapeutenpersönlichkeit, erkannte, und der Familie erlebbar gewordene Teilziele der Behandlung und nicht zuletzt die anfängliche Bereitschaft aller – oder doch mehrerer Familienmitglieder –, sich auf diese Art der Behandlung einzustellen. Hinsichtlich des „setting“ besteht – vier Institutionen ausgenommen, die grundsätzlich *nur* mit allen Familienangehörigen, die zusammenleben, arbeiten – eine ziemlich große Flexibilität. In der Regel wird darauf beharrt, daß alle Familienmitglieder an *allen* Sitzungen gemeinsam teilnehmen, es wird zum Teil gezielt mit Subsystemen gearbeitet. Einige Stellen legen Wert darauf, das Erstinterview oder die Anfangsphase mit der ganzen Familie durchzuführen.

Die Ansichten darüber, welches setting noch in den Rahmen einer Familientherapie gehört (möglicherweise gelegentlich auch ein Einzelgespräch), oder wie weit der Therapeut selbst als Familienmitglied von der Familie vereinnahmt und in ihre Koalitionen einbezogen wird, ohne es zu erkennen, oder auch in Anwesenheit der ganzen Familie Einzelgespräche führt, gehen auch in der Praxis auseinander. Nach dieser Umfrage läßt sich nicht beurteilen, ob Sachentscheidungen oder Zufallsentscheidungen für die Wahl des settings eine Rolle gespielt haben.

In der Tavistock Clinic in London besteht man beispielsweise darauf, *nur* mit vollständigen Familien für die gesamte Dauer der Behandlung zu arbeiten. Es wird vor Beginn der Behandlung ein „Vertrag“ darüber geschlossen. Fehlt ein Familienmitglied einmal, so wird, wenn berechnete Gründe vorliegen, darauf Rücksicht genommen, bei mehrmaligem Fehlen eines Familienmitgliedes wird die Behandlung abgebrochen.

Wie geht man in der Praxis vor, um Veränderungen in einem „gestörten Familiensystem“ zu erreichen, welche Methoden werden angewandt?

Für diese Fragestellung wurden besonders viele Interviews herangezogen, in deren Verlauf es zum Teil zu langen Sachdiskussionen mit den Kollegen kam. Man muß sich in diesem Zusammenhang besonders vergegenwärtigen, daß in der Familientherapie und Familienberatung Fachleute unterschiedlicher Ausbildung und theoretischer Methodenkenntnis wie praktischer Erfahrung im Umgang mit einer oder mehreren Methoden arbeiten: Psychoanalytiker, Psychotherapeuten anderer Schulen, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit oder ohne Zusatzausbildung als „Eheberater“ oder „Familientherapeut“. In dieser Auswertung nicht berücksichtigt, aber in der Praxis tätig sind auch Soziologen, Dipl.-Pädagogen und Pfarrer. Die beschriebenen Vorgehensweisen und angewendeten Methoden spiegeln die volle Breite der beruflichen Vorerfahrung und der Weiter- und Fortbildungsangebote wider und nicht nur speziell familientherapeutisch ausgerichteter Fortbildungsangebote, sondern aller in Gruppenprozessen nutzbarer. Die untersuchten Institutionen arbeiten psychoanalytisch (im Sinne von *Stierlin* und *Richter*) mit systemischen Ansätzen (5), überwiegend psychoanalytisch mit Anteilen von Transaktionsanalyse und Gestalttherapie (6), strukturalistisch (nach

⁴ *Gerlicher, Karl* u. a.: Familientherapie in der Erziehungsberatung. Weinheim/Basel, Beltz Verlag 1977.

Jugend- und Familienberatungsstelle Idstein, die ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Konzept entwickelt hat. E. B. Kurier, Sonderheft 1, Juni 1978, Thema: Familientherapie in der Erziehungsberatung.

Minuchin) (5), mit allen möglichen Kombinationen methodischer Elemente (systemorientiert nach Minuchin, aber nach den Aspekten Übertragung und Gegenübertragung), kommunikationspsychologisch (überwiegend nach *Watzlawick*, *V. Satir* und den aus der Schule von Palo Alto hervorgegangenen Ausbildern), kommunikationstheoretisch und verhaltenstherapeutisch, mit Rollenspiel und Psychodrama (16). „Paradoxe Verschreibungen“ (*Selevini-Palazzoli*) werden nur von wenigen Therapeuten erwähnt (3) und dann mit der zugesetzten Gefühlsanmutung des Therapeuten „unsicher“ oder „vorsichtig“. Das methodische Vorgehen wird aber auch soweit gefaßt wie „Konfliktverarbeitung, Heilung durch Begegnung“ oder „gemeinsames Undefinieren des Symptoms mit dem Ziel, kreative Fähigkeiten entwickeln zu helfen“ (3).

Dieses methodische Experimentierstadium in der Familientherapie ist bekannt. Deutschland ist mit der „Vermarktung“ der verschiedensten Therapie- und Trainingsmodelle dem Beispiel der USA gefolgt, und was läge näher, so scheint es die Praxis widerzuspiegeln, als Fortbildungsinhalte zu nutzen bei einem so komplexen Prozeß wie es die Familientherapie ist.

Ist schon in der Einzeltherapie der Pfad zwischen reflektiertem therapeutischen Handeln und Manipulation häufig schmal, so scheint er in der Praxis der Familientherapie nach dem, was ich im Verlaufe dieser Untersuchung erfuhr, oft schwer erkennbar. Ich meine allerdings, daß es ein „Probehandeln“ in jeder neuen Entwicklung einer Therapierichtung gegeben hat. Nur: darf man das, was „Probehandeln“ ist, als „integrative Methodik“ auffassen? Eine Vielzahl mehr oder weniger ungezielt angewendeter Elemente aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen, basierend auf unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Ansätzen, die von einem jeweils anderen Modell vom Menschen ausgehen und auch andersartige Zielsetzungen für ihre therapeutische Einflußnahme haben, rückt therapeutisches Handeln in der Familie gefährlich in die Nähe des – auch bei ungesicherten Organdiagnosen – Rezepte und Medikamente verteilenden Arztes in der Organmedizin, der ja oftmals gerade vom Psychologen und Psychotherapeuten deswegen angegriffen wird. Die Wahl der Methode hängt vom Therapeuten und seiner Ausbildung ab. Wie fühlen sich Familientherapeuten, wie beurteilen sie ihr therapeutisches Handeln, was hat sie veranlaßt, sich der Familientherapie zuzuwenden? Die Interviews und Fragebogen geben einige Hinweise. Insbesondere waren es zweifellos die Erfahrungen aus der beruflichen Praxis, daß die Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen bei getrennter Beratung der Eltern, die Behandlung eines organisch Kranken ohne die Mithilfe der Familie, eine Ehepaartherapie, in deren Verlauf sich die gestörte Partnerbeziehung immer wieder störend auf das/die Kind/Kinder auswirkt, ohne Beachtung der interpersonellen Beziehungen innerhalb der ganzen Familie zu wenig befriedigenden Ergebnissen führt, die sie aufgeschlossen machten für die neue Möglichkeit Familientherapie. Hinzu kam, daß sie in Fort- und Weiterbildung, dort aber nicht immer gezielt familientherapeutisch orientiert, mit neuen Methoden und Techniken vertraut wurden und sie in der eigenen Praxis zur Anwendung brachten. „Die Befürwortung des Ansatzes

entsteht erst in der und durch die Ausbildung“, meinte eine Mitarbeiterin.

Wenn man nach *Atkinson* und *McClelland* zwischen Motiv und Motivation unterscheidet, wobei Motiv das ursprüngliche Bedürfnis (z.B. in diesem Falle Interesse, Neugier für Familientherapie), Motivation aber das Produkt von Motivstärke, Erfolgswahrscheinlichkeit und Wert des Zieles ist, so kann man folgern, daß mit zunehmenden Kenntnissen und vielleicht befriedigender Arbeit die Erfolgswahrscheinlichkeit und damit auch die Motivation der Therapeuten zunächst zunahm. Über das Andauern und die Stabilität der Motivation und ihre möglichen Veränderungen wird erst der letzte Faktor „Wert des Zieles“ entscheiden, d.h. es müßte eine Abhängigkeit davon geben, welchen Wert befriedigende und erfolgreiche Arbeit in der Motivationsstruktur des einzelnen Therapeuten überhaupt hat und in welchem Maße die neuen Techniken und Methoden die Erfolgswahrscheinlichkeit steigern.

Wie beurteilen Familientherapeuten zur Zeit ihre Arbeit? Der größere Teil äußert sich eher abwartend und skeptisch, Familientherapie als *einzig* Arbeitsweise anzuwenden, sieht diese Form der Therapie aber als wesentliche und positive Ergänzung zu anderen Therapieformen, wie Einzel- oder Ehepaar-Therapie. Erwachsene Symptomträger könnten, so meint man, auch im Verlaufe einiger Familiensitzungen zu einer Einzeltherapie fähig werden, in der sie ihre individuellen Konfliktanteile bearbeiten könnten. *K.H. Mandel* und *R. Keßler* (1979) beschreiben aus unterschiedlicher methodischer Sicht einen Therapieverlauf von 23 Stunden, von denen 9 Sitzungen mit der ganzen Familie stattfanden, der andere Teil als Ehepaar-Therapie oder Einzelgespräche mit den Ehepartnern. Nachdem der Konfliktherd abgeklärt war, konnten Störungen, die sich auf die ganze Familie auswirkten oder an denen die ganze Familie beteiligt war, mit allen Familienangehörigen bearbeitet werden. Der Kern dieses Konfliktes, der häufig eine Störung in der Partnerbeziehung der Eltern ist, wurde anschließend oder zwischenzeitlich mit dem Ehepaar/Elternpaar allein in der Therapie aufgearbeitet. Auch *Whitaker* und *Napier* (1979) beschreiben alternierende Familien- und Partnertherapieabläufe, eine Individualtherapie sei dann eine Krönung für Personen, die gelernt haben, mit anderen zu leben und dann weiterarbeiten, um mit sich selbst besser zurechtzukommen.

Der Einfluß der eigenen Persönlichkeit und die Stellung des Therapeuten im familienzentrierten „setting“ wird dabei sehr unterschiedlich reflektiert, selbstkritisch hinsichtlich der eigenen Interaktionen im Beziehungsgefüge, verunsichert und nach mehr Ausbildung und Supervision verlangend, bis zu relativ unkritischen, die Grenze der Allmachtsphantasien erreichenden Äußerungen. Sehen die einen in der Arbeit mit Familien eine Therapieform, bei der Therapeuten wie Klienten schnellere Erfolge und weniger Frustrationen erleben, halten Familientherapie für eine besonders für *wenig* erfahrene Therapeuten geeignete Richtung, so erleben andere die Tatsache, daß *nicht* alle Familienmitglieder zur Sitzung erschienen sind, als eigene Frustration. Die bekannten und mehrfach beschriebenen (*Richter* 1976, *Schmidbauer* 1979) persönlichkeitsstrukturellen, hier aber auch die in der eigenen Ausbildung internalisierten Grundhaltungen treten sehr

deutlich hervor. Das zeigt sich besonders hinsichtlich der Variablen Aktivität/Passivität. Probleme der komplexen Gegenübertragungsphänomene, obwohl sie regelmäßig auftreten, der wechselnden Übertragungen und Widerstände innerhalb der Familie werden selten erwähnt, wenn, dann von erfahrenen Psychoanalytikern, die sich „nur wenig“ der Familientherapie widmen können. Dagegen bietet das in der Ausbildung vielfach geforderte „aktive Eingreifen“ in der Familientherapie – so scheint es nach dem Eindruck der Interviews – nicht nur bestimmten Persönlichkeitsstrukturen geeignete und entgegenkommende Betätigungsmöglichkeiten, sondern ist auch eine vielfach begangene Brücke des Agierens für unsichere und noch unerfahrene Therapeuten in eher vom Therapeuten als von der Familie bedrohlich erlebten Situationen (lange Gesprächspausen, ein Streit droht auszubrechen, die Familie will die Behandlung abbrechen u.ä.). „Aktionsorientiert“ war in Gesprächen oft ein Stichwort, wenn das Zusammenspiel der Interaktionen dem Therapeuten nicht ganz transparent war oder auch wenn die Aktivitäten in der Familie verwirrend erschienen. Allerdings kommen manche der Fortbildungsangebote diesem Bedürfnis oder dieser Schwäche von Therapeuten sehr entgegen, indem sie für eine Vielzahl möglicher Situationen in der Familie konkrete „Interventionstechniken“ anbieten. Von der von *Boszormenyi-Nagy* geforderten „Allparteilichkeit“ (multi-directional partiality) scheint die Praxis noch weit entfernt zu sein. „Wir sehen aber auch Entwicklungen, die uns 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“, heißt es bei *Napier* und *Whitaker* (1979).

Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal kurz auf die eingangs erwähnte Befragung von Passanten zurückkommen. Was würden sie von einer Beratungsstelle erwarten? Der größte Teil der Befragten stellte sich Rat- und Hilfesuchende eher als passive Konsumenten von Ratschlägen oder Hilfsangeboten vor; selbst in die Situation des Rat- oder Hilfesuchenden versetzt, ginge es darum, „sich einmal richtig auszusprechen“, „Probleme auszudiskutieren“ u.ä. Die Bereitschaft, sich lediglich abzureagieren oder aber auf aktive Vorschläge eines Therapeuten einzugehen, war groß. Die Erwartungen der Hilfesuchenden kommen dem Handeln der Therapeuten entgegen, der Regelkreis ist damit geschlossen.

Welche Aufgaben fallen dem Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in der familienzentrierten Arbeit zu und über welche Kompetenzen verfügt er?

In allen angesprochenen Stellen arbeiten Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zusammen mit Psychotherapeuten, Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Im Rahmen eines mulitdisziplinären Teams haben sie je nach ihrer fachlichen Ausbildung für die gleichen Arbeitsbereiche wie die Angehörigen anderer Berufsgruppen eine Sachkompetenz, die ihnen nicht nur zugestanden, sondern von ihnen auch erwartet wird. Ich hatte auch den Eindruck, daß sie ihre Rolle in diesem Arbeitsbereich gut

definieren können und als gleichwertiges Teammitglied angesehen werden.

Schwieriger ist es in der Hierarchie des Verwaltungsapparates, in dessen Rahmen Status und Kompetenz des Sozialarbeiters stärker festgelegt sind, in der Inhalte und Zielsetzungen der Arbeit eingeengt sind, um so mehr je größer und unbeweglicher diese Institutionen sind. Der größte Teil familienbezogener Sozialarbeit – und dabei handelt es sich nicht immer um Familienbehandlung im engeren Sinne – findet aber im Rahmen solcher Institutionen statt. Sozialarbeiter berichten aus ihren Erfahrungen, wie schwierig, aber auch wie nutzbringend und wie kostensparend – und mindestens dieses Argument sollte überzeugen – Familienbehandlung im Rahmen des Jugendamtes oder der Jugend- und Familienhilfe sein kann⁵. Die drei geschilderten Beispiele stehen stellvertretend für eine Vielzahl von möglichen Familienbehandlungen, die sowohl im präventiven Bereich als auch in akuten Not- und Krisensituationen oder in der Rehabilitation den Klienten nicht nur wirksamere Hilfe geben würden, sondern sich in einer Langzeitrechnung, z.B. nicht notwendig werdende Klinikaufenthalte, Spezialbehandlungen oder Heimunterbringungen, auch als kostensparend erweisen würden.

In manchen Berliner Senatsabteilungen wird der Anteil der Beratung auf 60–70% der Gesamtarbeit eingeschätzt. Bei näherer Betrachtung handelt es sich dabei allerdings vielfach um kurze Kontaktaufnahmen und Gespräche, die lediglich der Sachinformation oder zur Einleitung materieller Hilfe dienen, nicht aber als Beratung oder familienzentrierte Arbeit im Sinne dieser Untersuchung angesehen werden können. Der Druck der Institutionen wirkt sich oft dahingehend aus, daß eine übermäßig große Anzahl von Klienten eher „verwaltet“ als betreut wird. Engagierte Sozialarbeiter, die eine stärker psychologisch-beratende Tätigkeit anstreben und auch ausführen – die nun einmal mehr Zeit, mehr Intensität und mehr Einsatz sowohl vom Sozialarbeiter als auch vom Hilfesuchenden verlangt –, können das oft nur in kleinen „Schonräumen“ und über einige Zeit tun. Wie die Erfahrung zeigt, ist für eine psychologisch beratende Arbeit und insbesondere für die Familienberatung aber auch ein spezifisches und differenziertes Wissen über die Psychodynamik der intrapsychischen und interpersonellen Prozesse notwendig, das dem Sozialarbeiter bereits in der Grundausbildung vermittelt und in Zusatz- und Weiterbildungen erweitert werden muß.

Eine Frage der Kompetenz, die häufig in dem Zusammenhang, ob ein Sozialarbeiter behandeln oder nur beraten dürfe, aber auch ob ein Psychologe Therapie betreiben dürfe oder auf jeden Fall müsse, wie sie in anderen Zusammenhängen auftaucht, und weitreichende Folgen für die Definition, was als „krank“, was als „gesund“ zu bezeichnen ist, bis zur Wahl einer bestimmten Methode in der Familientherapie, soll hier kurz angesprochen werden.

⁵ *Bernhard Fastabend*: „Familienbehandlung vom Jugendamt aus“. *H.-J. Monhof*: „Organisatorische und ökonomische Aspekte bei der Anwendung der Familienbehandlung in der Jugend- und Familienhilfe“. *A. Leonhard*: „Familienbehandlung im Rahmen einer Drogenberatungsstelle“ alle Arbeiten in „Sozialpädagogik“, Heft 5, September 1979.

Ist für den einen Therapeuten/Berater der Begriff „Therapie“ und damit zwingend notwendig im Sinne der RVO auch der Krankheitsbegriff ein entscheidendes Merkmal für sein berufliches Handeln, so ist ein anderer Therapeut/Berater aus seinen beruflichen Vorerfahrungen motiviert, eine Familie in einer „Familientherapie“ zu behandeln, damit nicht ein *einzelnes* Familienmitglied auf eine Krankheit fixiert und damit pathologisiert wird, die doch als „Störung eines Systems“ anzusehen ist. Eine kassenärztliche Versorgung kommt beispielsweise nicht in Betracht, „wenn sie nicht der *Heilung oder Besserung einer Krankheit*, sondern z.B. ausschließlich der sozialen Anpassung, der Berufsförderung oder Erziehungsberatung sowie überwiegend der Verhütung oder Behebung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit dienen soll“ (§ 368, Abs.1 der RVO-Richtlinien). Müßte jener Helfer, der eine „Pathologisierung“ vermeiden möchte, dann konsequenterweise Beratung anstelle von Therapie setzen? Es ist nicht ganz einzusehen, daß eine vom Arzt an einen Psychologen delegierte „Verhaltenstherapie“ besser heilen sollte als eine vom Psychologen selbständig durchgeführte, oder daß die Augendiagnose eines Heilpraktikers so viel mehr Aufschluß geben kann als ein vom Sozialarbeiter durchgeführtes diagnostisches Gespräch. Pragmatisch bestimmen institutionalisierte Versorgung, historisch gewachsene Berufsbilder und letztlich vielleicht auch aktuelle berufspolitische Konflikte die Abgrenzung von Therapie und Beratung mit und wirken sich möglicherweise zu einem nicht geringen Umfang auf die Wahl der Methode aus.

Eine Polemik über Berufsbilder und Kompetenzen erschien mir im Rahmen dieser Arbeit wenig sinnvoll. Ich möchte mich eher der Frage der Sachkompetenz zuwenden. Aus der Auswertung dieser Untersuchung geht hervor, daß aus der Sicht der in der Praxis tätigen Helfer: Sozialarbeiter, Psychologen und Psychotherapeuten als wesentliche Voraussetzungen für die Arbeit mit Familien folgende Kenntnisse und Fähigkeiten angesehen werden: alle mit Familien arbeitenden Berater

- sollten insbesondere umfangreiche sozialpsychologische Kenntnisse haben, sie sollten Interaktions- und Kommunikationsprozesse und deren Störungen analysieren können,
- sie sollten in den Grundzügen die psychoanalytische Neurosenlehre kennen; letzteres wird erstaunlicherweise auch von verhaltenstherapeutisch arbeitenden Beratern für wünschenswert gehalten. Sie sollten darüber hinaus über das Kollusionsmodell (*Willi*) Bescheid wissen.
- Sie sollten Kenntnisse über die Systemtheorie und den strukturellen Ansatz in der Familientherapie haben. Dabei wird dem theoretischen Wissen weniger Bedeutung zugemessen als den Fähigkeiten
- eigene Identifikationen (Gegenübertragungen) und damit eine mögliche Parteinahme für das eine oder andere Familienmitglied rechtzeitig zu erkennen, ungewollte Bündnisse und einen vielleicht negativen Behandlungsablauf zu verhindern,
- bei aller Einfühlung Distanz zu wahren,
- bei einem Stocken oder angekündigtem Abbruch der Behandlung von Seiten der Familie, den Einfluß der in der

Persönlichkeit des Therapeuten selbst oder in seiner Familienkonstellation gelegenen Anteile, die in seine Interaktionen mit einfließen, wahrzunehmen, zu überprüfen und zu korrigieren, soweit das möglich ist.

Das alles sind Fähigkeiten, die eine gründliche Selbsterfahrung unter ständiger Supervision, ein *learning by doing*, also ein Lernen in der Praxis erfordern, wie auch *Stierlin* (1976) es als wünschenswerte Ausbildungsinhalte für die *Grundausbildung* formulierte.

Auch wenn man mit *Richter* (1970 und 1976) annimmt, daß eine gezielte Beratung durch einen Berater, der über ein „gründliches theoretisches Wissen über das Unbewußte, über psychosoziale Abwehrformen, über Kollusion (*Willi*) und die Grundtypen von Familienneurosen (*Boszormenyi-Nagy, Ehrenwald, Lidz, Richter, Stierlin, Toman, Weakland, Willi* u.a. zitiert nach *Richter* 1976) verfügt,“ häufig auch ohne vorherige diagnostische Abklärung in ein oder zwei Sitzungen therapeutische Veränderungen bewirkt und diese Arbeit mit einer Familie erfolgreicher sein kann als eine lange Therapie, so können wir bei einem großen Anteil unserer alltäglichen Arbeit mit Familien doch nicht von solchen „Glücksfällen“ ausgehen. Familienzentrierte Arbeit über eine Dauer von drei bis fünf, maximal zehn Sitzungen wird im wesentlichen im Bereich der Familienberatung, wie es von vielen Beratungsstellen auch nachdrücklich vertreten wird, oder analog der psychoanalytisch orientierten fokuszentrierten Kurztherapie als Familien-Kurztherapie mit Fokusbestimmung (*R. Schmidt*) anzusiedeln sein. Eine Lösung „übermäßiger possessiver Familienbindungen“, die „Umwandlung einer negativen in eine positive Gegenseitigkeit“ mit den Übertragungen der Eltern aus ihrer Elternbeziehung und der Kinder aus ihrer Elternbeziehung (*Stierlin* 1978) wird wohl erst im Rahmen einer Behandlung, die dann sicher länger dauert, möglich sein. Die Tatsache, daß in relativ kurzer Zeit das vielfältige Geflecht von Übertragungen und Projektionen innerhalb einer Familie, Art und Inhalt unbewußter Wünsche und Phantasien, die als Introjekte aus der Familiengeschichte im einzelnen fortleben und „delegiert“ werden, mit der ganzen Familie kaum durchgearbeitet werden können, sollte allerdings nicht dazu führen, diese dynamisch außerordentlich wirksamen Inhalte zu leugnen. Allenfalls kann und muß der Familientherapeut, der nicht der Allmachtsvorstellung unterliegt, mit seiner Methode wahre Wunder an Veränderungen in kurzer Zeit in einer Familie bewirken zu können, sie zugunsten einer anderen Zielsetzung, z.B. eine spezifische, sich in der und auf die ganze Familie auswirkende Kommunikationsstörung zu beheben, ausklammern oder vernachlässigen.

Es ist von den Fähigkeiten und Neigungen jedes einzelnen Sozialarbeiters abhängig, welchen Zugang in einer familienzentrierten Arbeit er zu den Konflikten innerhalb einer Familie findet. Die in dieser Untersuchung vorgebrachten Erfahrungen sprechen dafür, daß eine an der psychoanalytischen Technik orientierten Methode sowohl für das diagnostische Gespräch als auch für eine gezielte Beratung geeigneter erscheint, die intrapsychischen und interaktionellen Anteile eines Familienkonfliktes abzuschätzen, die Grundkonflikte, die das „System“ stören, zu erkennen und die Flexibilität und Entwicklungsmöglichkeiten dieses „Sy-

stems“ Familie zu beurteilen. Von der Unterscheidung, ob es sich um eine aktuelle Krisensituation oder um tiefere neurotische Konflikte handelt, hängt schließlich die Entscheidung, welche Art der Beratung oder Behandlung in Betracht kommt, ab und nicht zuletzt werden auch vom Sozialarbeiter vordringlich Einfühlung bei gleichzeitiger Distanz erwartet, das heißt, er muß seine eigenen Möglichkeiten und inneren Grenzen in etwa kennen, seine introspektiven Fähigkeiten geschult haben.

Houben (1975), der in der Beratung in aktuellen Krisensituationen eine Entscheidungshilfe sieht, hat ein, in abgewandelter Form auch für die Sozialarbeit verwendbares Konzept für eine psychoanalytische Technik der Beratung entworfen, das sich stark auf den psychodynamischen Aspekt des Konfliktes, auf Ich-Stärke und Ich-Schwäche, das Ausmaß der Regression und das der Realitätsprüfung stützt und dem Helfer Kriterien vermittelt, welches primärprozeßhafte und welches sekundärprozeßhafte Vorgänge sind und wie sie sich auswirken, Größen, die auch in die Interaktion eingehen und die Möglichkeiten des Wachstums und Autonomiegewinns innerhalb der Familie beeinflussen. *H. Junker* geht stärker auf konflikthafte neurotische Interaktionsstile ein und führt dem künftigen Berater die „Beziehungsfallen“, in die er geraten kann, vor Augen. *W. Lüders* bezieht Lernprozesse ausführlicher in psychodynamische Zusammenhänge ein⁶.

Der Einwand, Sozialarbeiter hätten überwiegend „Unterschichtsfamilien“ als Klienten und mit denen sei doch eine ganz andere Art der Arbeit notwendig als die hier so viel diskutierte, liegt greifbar nahe. In der Tat äußerten mehrere der angesprochenen Beratungsstellen die Sorge, daß sie die sogenannten Unterschichtspatienten nicht erreichen, da der „Anlaufweg wohl zu lang sei“. Daß und wie Unterschichtsbearbeitung möglich ist, zeigen die Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung, Berlin (Hrsg. *Martin Koschorke*). Zwei Beratungsstellen in Berliner Arbeiterbezirken, eine kommunale, eine des Diakonischen Werkes, die beide überwiegend an der psychoanalytischen Methode orientiert arbeiten, fanden diesen Zugang, sobald sich eine emotionale Beziehung zu der Familie herstellen ließ. Eine Sensibilisierung der Berater für die sozio- und psychodynamischen Vorgänge in diesen Familien, ihre unterschiedliche Lebensauffassung und Werthaltung und die diesen Familien eigene Kommunikationsform ist eine wesentliche Voraussetzung für die Kontaktaufnahme und für den Beratungsaufbau.

Diskussion

– Der in der Praxis arbeitende Familientherapeut/Berater befindet sich angesichts der neuen Denkweise und neuen therapeutischen Aufgabe noch in einem weiten Feld des „Probierens“. Bei unzureichender und/oder wenig differenzierter diagnostischer Vorarbeit setzt er sich hohe therapeu-

tische Ziele, mit denen er oft sich selbst und die Familien, mit denen er arbeitet, überfordert. Er möchte Veränderungen sehen, sieht sie auch, weiß aber (bei einer Dauer von durchschnittlich 5 Sitzungen) nicht, worauf diese Veränderungen zurückzuführen sind. Sind sie das Ergebnis seines emotionalen therapeutischen Engagement und seiner Beziehung zum Klienten, oder sind sie das Ergebnis der von ihm angewandten Methodik? Welche anderen Variablen halfen der Familie, eine neue Art miteinander umzugehen, zu finden oder Einsicht in den familialen Grundkonflikt zu gewinnen und ihn anzugehen und zu bearbeiten? Oder entspringen diese Veränderungen gar seinem Wunschdenken? Jede „Technik“, die mit konkreten Handlungsanweisungen verbunden ist, kommt einem so „verunsicherten“ Therapeuten entgegen.

– Das „nicht abgeschlossene Paradigma Familientherapie“, wie *Stierlin* es nennt, kommt der Anreicherung zahlreicher Elemente aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen oder gruppendynamischen Techniken entgegen, ohne daß deren Effizienz für die Familientherapie überprüft wäre. Damit wird aber die Gewinnung zuverlässiger Daten und Bezugsgrößen, die zu einem familientherapeutischen Konzept führen könnten, eher erschwert. Aus Theorien abgeleitete Denk- und Handlungsmodelle, die leichter lehrbar und lernbar sind, haben sich in der Praxis stärker durchgesetzt als strenge analytische, psychodynamische Vorgehensweisen, die die jeweilige familiäre Konfliktsituation diagnostisch abklären und aus den gewonnenen Erkenntnissen therapeutische Maßnahmen ableiten.

Als praktisch fruchtbar und erfolgreich scheinen sich solche Therapiekombinationen zu erweisen, bei denen in unterschiedlichen „settings“ alternierend interaktionelle oder im wesentlichen durch die Interaktionen ausgelöste und/oder aufrechterhaltene Konflikte mit der ganzen Familie, Partnerprobleme in einer Paar-Therapie und intrapsychische Konflikte in der Einzeltherapie aufgearbeitet werden.

Effizienzkontrollen werden immer vordringlicher. Dabei helfen Analysen von Behandlungsabläufen, wie sie *U. Rüger* mit der Fragestellung, wie weit intrapsychische und interpersonelle Betrachtungsweisen sich ergänzen oder ausschließen, machte. Er kam zu dem Schluß, daß in keinem Falle allein der interaktionelle Ansatz zur Klärung der vorliegenden Problematik ausreichte. Ebenso wenig genügte in zwei Dritteln der Fälle der rein intrapsychische Ansatz zur vollen Klärung der jeweiligen psychopathologischen Situation. *A. Overbeck* zeigte in einer Einzelfallanalyse einer Magersuchtpatientin die Wechselwirkungen von intrapsychischen und interpersonellen Prozessen. *Berenson* sieht völlig unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen und Erfolgchancen in der Therapie von „Alkoholiker-Familien“, insbesondere abhängig davon, ob das Trinken eines Familienmitgliedes von den übrigen Mitgliedern als das eigentliche Problem angesehen wird – häufig werden die Trinkgewohnheiten und damit der tatsächliche Alkoholkonsum erst auf Nachfragen deutlich –, ob der Alkoholgenuß eingeschränkt wird, wenn das vorrangige Problem gelöst ist, das Verhalten sich unter Alkohol nicht erheblich und häufig verändert im Gegensatz zu solchen Familien, bei denen sich

⁶ *Ruth Pfeffer*: „Konzepte psychoanalytisch orientierter Beratung“ in: *Psyche*, Heft 1, 34. Jg.: stellt diese drei Beratungskonzepte vor und vergleicht sie miteinander.

das Verhalten nach Alkoholgenuß häufig verändert und Trinken allein schon die Lösung anderer Probleme unmöglich macht. Eine größere Zahl exakter Untersuchungen anderer Symptome oder eingegrenzter spezifischer Konfliktinhalte in einer Familie würde wesentlich dazu beitragen, einem familientherapeutischen Konzept Daten und Bezugsgrößen zu geben.

Summary

Family Therapy in Theory and Practice

This paper discusses the results of 20 interviews and 60 questionnaires concerning selective criteria, methods and motivation in family therapy. Though family conflicts influence to a large extent as well individual pathology as interpersonal relationship in institutionalized counseling and therapy interventions with the whole family are rather small. As it is practised, motivation of the therapist and the family are prevalent to start family therapy more than any other selective criteria, evaluation or goal. It depends on the professional training of therapists and advisers which particular method is used. Elements of different therapeutic schools and group dynamic techniques are practised in family therapy without being controlled or proved for evidence.

This paper considers also the question which sort of training social workers who want to work with families should have in their basic studies.

1. There is no answer to the question what does really work in family therapy, the therapist – client relationship, the specific technique or at least the hope for change in family problems.
2. Most of the interviewed counsellors and therapists regard family therapy especially helpful combined with couples therapy and individual therapy.
3. As there is no agreement about the best suitable and most efficient way in family therapy control of efficacy would contribute to a more selective conception of techniques.

Literatur

Ackerman, N. W.: The Psychodynamics of Family Life. Harper, New York 1958. – Atkinson, J. W.: An Introduction to Motivation. Princeton, N. J. von Nostand 1964. – Atkinson, J. W. und McClelland, D. C.: The projective expression of needs. J. exp. Psychol. 38. – Barragan, M.: The Child-Centered Family. In: Guerin, Family Therapy, Theory and Practice. Gardner Press, New York 1976. – Berenson, D.: Alcohol and the Family System. In: Guerin, Family Therapy, Theory and Practice. Gardner Press, New York 1976. – Bowen, M.: Theory in the Practice of Psychotherapy. In: Guerin, Ph.-J., Family Therapy Theory and Practice. Gardner Press, New York 1976. – Boszormenyi-Nagy: Eine Theorie der Beziehungen: Erfahrung und Transaktion. Intensive Familientheorie als Prozeß.

In: Familientherapie/Theorie und Praxis rororo Studium 80 Band 1. – Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1955. – Dies.: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. Göttingen 1958. – Dies.: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl. Göttingen 1971 (1. Aufl. 1960). – Gensida, P.: Anorexia nervosa, ein familiales Sozialisationsdefizit. Zsch. f. Psychosom. Med. Psychoanalyse, 25, 1979. – Guerin, Ph.-J.: Family Therapy: The first Twenty-Five Years. In: Guerin, Family Therapy, Theory and Practice. Gardner Press, New York 1976. – Haley, J.: Family of the schizophrenic: a model System. J. nerv. mental Disorders 129, 357–374. – Houben, A.: Klinisch-psychologische Beratung. UTB Reinhardt, München, Basel 1975. – Junker, H.: Das Beratungsgespräch – Zur Theorie und Praxis kritischer Sozialarbeit. Kösel, München 1973. – Koschorke, M. (Hrsg.): Zur Praxis der Unterschichtberatung (Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung Nr. 10) Göttingen 1975. – Koschorke, M. u. Sandberger, J. F. (Hrsg.): Schwangerschaftskonfliktberatung (Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung Nr. 12) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1978. – Kovel, J.: Kritischer Leitfaden der Psychotherapie. Campus, Frankfurt, New York 1977. – Lüders, W.: Psychotherapeutische Beratung. Göttingen 1974. – Mandel, H. H. (und Mitarbeiter): Therapeutischer Dialog. Bausteine zur Ehe-, Sexual- und Familientherapie. Pfeiffer, 41, 1979. – Minuchin, S.: Familie und Familientherapie, Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Lambertus, Freiburg, 3. Aufl. 1979. – Overbeck, A.: Zur Wechselwirkung intrapsychischer und interpersoneller Prozesse in der Anorexia nervosa. Zsch./Psychosom. Med. u. Psychoanalyse 25, 1979. – Parsons, T. und Bales, R. F.: Family socialization and interaction process. Glencoe III, Free Press 1955. – Richter, H. E.: Eltern und Kind – Neurose. Stuttgart 1963. – Ders.: Patient Familie. Entstehung. Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Rowohlt 1970. – Ders.: Familienberatung. In: Familie und seelische Krankheit. Hrsg. Richter, Strotzka, Willi, Rowohlt 1976. – Rüger, U.: Das Kind als Individuum in der Familiengruppe – zur Problematik des Begriffs Familienneurose. In: Weiterentwicklung der Psychoanalyse und ihrer Anwendungen Band VI, Zürich 1974. – Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer. Rowohlt 1977. – Schmidt, R.: Über die Fokusbestimmung in der psychoanalytisch orientierten Familien-Kurztherapie. Praxis 27, Heft 3, 1978. / Sperling, E. und Massing, A.: Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. Zsch. Psychosom. Med. 16/1970. – Dies.: Besonderheiten in der Behandlung von Magersuchtfamilien. Psyche 26/1972. – Spiegel, J. P.: The resolution of role conflict within the family. Psychiatry 20, 1–16, 1957. – Stierlin, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1975. – Stierlin, H. und Rücker-Embsen, J.: Wie lernt man Familientherapie? Ausbildung in Familientherapie. In: Familie und seelische Krankheit, Hrsg.: Richter, Strotzka, Willi, Rowohlt 1976. – Stierlin, H.: Delegation und Familie. Suhrkamp 1978. – Toman, W.: Familientherapie: Grundlagen, empirische Erkenntnisse und Praxis. Darmstadt 1979. – Whitaker, C. A. und Napier, A. Y.: Tatort Familie. Diederichs, Düsseldorf, Köln 1979. – Willi, J.: Die Zweierbeziehung. Rowohlt 1975. – Zuk, G. H. und Rubinstein: Überblick über Konzepte für die Untersuchung und Behandlung von Familien Schizophrenen. In: Familientherapie Theorie und Praxis, Band 1, 20–44, rororo Studium 80.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Ursula Gerhardt, Evangelische Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Reinerzstr. 40/41, 1000 Berlin 33.