

Buddenberg, Claus und Buddenberg, Barbara

## **Familienkonflikte als Kollusion — eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 4, S. 143-150*

urn:nbn:de:bsz-psydok-29113

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . .	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . .	25
In Memoriam Hermann Stutte . . . . .	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy) . . . . .	207
<b>Aus Praxis und Forschung</b>			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . .	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . .	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . .	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . .	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . .	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices) . . . . .	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . .	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . .	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . .	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . .	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . .	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . .	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . .	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . .	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . .	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . .	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . .	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . .	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . .	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . .	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling) . . . . .	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . .	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . .	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . .	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . .	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . .	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-			

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children). . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Aus der Abteilung für Psychosoziale Medizin und Familientherapie (Prof. *J. Willi*) der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Zürich (Direktor: *H. Kind*) und Psychiatrische Poliklinik für Kinder und Jugendliche des Kinderpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich (Direktor' Prof. *R. Corboz*)

## Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie

Von Claus Buddeberg, Barbara Buddeberg

### Zusammenfassung

Der Beitrag versucht, das von *Willi* zur Therapie von Paarkonflikten entwickelte Kollusions-Konzept auf die Erfassung und Behandlung von Familienkonflikten zu erweitern. Die familiäre Interaktion wird wesentlich durch Funktionsprinzipien und Regeln bestimmt. Familiäre Kon-

flikte führen zur Polarisierung zwischen einzelnen Familienmitgliedern und familiären Untergruppen. Das polarisierte und oft fixierte Rollenverhalten der einzelnen Familienmitglieder dient der Abwehr eines gemeinsamen, weitgehend unbewußten Grundkonfliktes. Es werden einzelne typische familiäre Rollenmuster beschrieben. Anhand eines Fallbeispiels wird die Bedeutung des Kollusions-Konzeptes für das

Vorgehen bei der Abklärung und Behandlung von Familienkonflikten verdeutlicht.

Paar- und Familienkonflikte haben ihren Ursprung häufig in weitgehend unbewußten gemeinsamen Ängsten und Phantasien der beiden Partner bzw. Familienmitglieder. Die Entstehung und Psychodynamik von Paarkonflikten hat Willi (1975, 1978) in seinem *Kollusions-Konzept* eingehend dargestellt. Kollusion meint „ein uneingestandenes, voreinander verheimlichtes Zusammenspiel zweier oder mehrerer Partner aufgrund eines gleichartigen, unbewältigten Grundkonfliktes“ (Willi 1975, S.59). In seinen Arbeiten hat Willi psychodynamische und strukturelle Aspekte vor allem von Paar- und Partnerkonflikten beschrieben und eine Methode der analytisch orientierten Paartherapie entwickelt. Der folgende Beitrag versucht, die Dynamik von Familienkonflikten, d.h. Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kindern, unter dem Aspekt der Kollusion darzustellen und verständlich zu machen. Es soll dabei gezeigt werden, daß das Kollusions-Konzept auch für die Diagnostik und Behandlung von Familienkonflikten einen wesentlichen Beitrag leisten kann.

Das familientherapeutische Konzept der Heidelberger Gruppe um Stierlin (1975, 1977, 1979) und der Ansatz von Richter (1970, 1976) konzentrieren sich überwiegend auf die *vertikale* Beziehungsdynamik innerhalb familiärer Gruppen. Sie betonen dabei vor allem die *deszendente* Beziehungsperspektive, d.h. die Mechanismen, durch welche die Großeltern auf die Eltern und diese auf ihre Kinder einwirken. Bindung, Delegation und Ausstoßung (Stierlin et al. 1977) sowie Rollenzuschreibungen der Eltern auf ihre Kinder – Partner-Substitut, ideales, böses und schwaches Selbst (Richter 1976) – sind wichtige Bestandteile dieser Perspektive. Die *aszendente* Beziehungsdynamik, d.h. die Wirkung der Kinder auf die Eltern und deren Wirkung auf die Großeltern, und die *horizontale* Beziehungsdynamik familiärer Kleingruppen, worunter wir vor allem die aktuelle Interaktion zwischen den Familienmitgliedern z.B. in einem Familientherapiegespräch verstehen, hat in der analytisch orientierten Familientherapie bisher weniger Beachtung gefunden. Betrachtet man Familienkonflikte als Ausdruck einer Kollusion, so orientiert man sich in der Diagnostik und Behandlung von Familien vor allem an der horizontalen Beziehungsdynamik. Die vorliegende Arbeit basiert auf den Erfahrungen, welche wir in den letzten Jahren in der Behandlung einer größeren Zahl von Familien sammeln konnten. Vor allem die Therapien von Familien mit kindlichen Symptomträgern gaben uns wesentliche Anregungen zur Weiterentwicklung des Kollusions-Konzeptes.

### Familiäre Funktionsprinzipien und Regeln

Die Interaktion zwischen den einzelnen Mitgliedern eines familiären Systems wird durch vielfältige inner- und außerfamiliäre Faktoren bestimmt. Die Zahl der Familienmitglieder, die Alters- und Geschlechtsverteilung, körperliche und geistige Gesundheit sowie Bildung und soziale Schichtzuge-

hörigkeit sind – neben vielen anderen – wichtige Determinanten des familiären Zusammenspiels. Entscheidend für die Frage, ob in einer Familie Störungen oder Symptombildungen auftreten, sind nach unseren Erfahrungen vor allem die *Funktionsprinzipien* und die *Regeln*, welche das familiäre Zusammenspiel bestimmen.

In Anlehnung an die von Willi (1975) für die Paarbeziehung genannten Funktionsprinzipien erscheinen uns für das Gelingen des familiären Zusammenspiels drei *Funktionsprinzipien* von Bedeutung<sup>1</sup>: Erstens die *Abgrenzung* der Familie gegenüber Umwelteinflüssen und -kontakten, d.h. die Durchlässigkeit oder Rigidität der extrafamilialen Grenzen. Bei mangelnder extrafamilialer Abgrenzung bietet die Familie das Bild eines lockeren Clubs, dessen Mitglieder sich überwiegend nach außen orientieren. Bei rigider Abgrenzung gleicht die familiäre Gruppe einer streng geordneten „Klostergemeinschaft“, die ihren Lebensbereich von Umwelteinflüssen möglichst abzuschirmen versucht. Ein zweites Funktionsprinzip betrifft die *innerfamiliäre Entwicklungsfähigkeit*. Damit ist die Fähigkeit der Familie zur Bewältigung familiärer Reifungskrisen (Bibring 1961) und Schwellensituationen gemeint. Reifungskrisen werden durch tiefgreifende Veränderungen wie Schwangerschaft und Geburt, definitive Ablösung oder Trennung, schwere Krankheit, Invalidität oder Tod eines Familienmitgliedes ausgelöst. Schwellensituationen sind Ereignisse wie Eintritt in Kindergarten, Schule oder Berufsleben, Wohnungs- und Arbeitsplatzwechsel oder Pensionierung. Bei der Bewältigung dieser Veränderungen spielt die Frage, ob sich die Familie auf ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Stabilität und Flexibilität ihrer innerfamiliären Beziehungsstrukturen einigen kann, eine wichtige Rolle. Je nach dem familiären Lebenszyklus – Kleinkinderfamilie, Vorschulfamilie, Familie mit Schulkindern, Adoleszenten und sich ablösenden Kindern, Altersfamilie (Barnhill et al., 1978) – wird ein unterschiedliches Maß an Stabilität oder Flexibilität zur Erreichung eines neuen innerfamiliären Gleichgewichts erforderlich sein. Als drittes Funktionsprinzip erscheint die *soziale Kontingenz* für die Struktur und das Zusammenspiel einer familiären Gruppe von Bedeutung. Soziale Kontingenz meint die Art und Weise, wie sich die Familie im Kontakt mit anderen sozialen Gruppen (Nachbarn, Vereine, Interessengruppen, politische und religiöse Gruppen) und besonders gegenüber deren Erwartungen und Ansprüchen verhält. Die Familie kann sich in ihren Reaktionen auf solche außerfamiliäre Erwartungen zwischen den beiden Polen Anpassung oder Ablehnung entscheiden. Familien mit ausgeprägter Anpassungstendenz neigen dazu, ihre innerfamiliären Regeln und Verhaltensmuster den gängigen und propagierten Normen anzugleichen, während Familien mit ideell hoch besetzten eigenen Regeln sich gegenüber außerfamiliären Ansprüchen eher zur Wehr setzen.

<sup>1</sup> Die hier genannten Funktionsprinzipien finden sich unter anderen konzeptuellen Perspektiven auch in anderen familientherapeutischen Modellen. So werden z. B. Aspekte des Abgrenzungsprinzips im Heidelberger familiendynamischen Konzept unter den Perspektiven „Bezogene Individuation“ und „Status der Gegenseitigkeit“ (Stierlin 1977, 1979), von Minuchin (1974) unter den Perspektiven „Generationengrenzen“ und „Hierarchie“ dargestellt.

Welches sind nun die wesentlichen *Regeln*, die das Zusammenspiel zwischen Eltern und Kindern bestimmen? Die zentralen Familienregeln betreffen nach unsrer Erfahrung vor allem vier Themenbereiche:

- die *Identitätsbildung* des Einzelnen und der Familie als Gruppe. Hierbei geht es um die Klärung der Fragen: Wer ist wer? und Wer sind wir?
- die materielle *Versorgung* und emotionale *Zuwendung* mit der Frage: Wer pflegt wen?
- die Verteilung der *Macht* zur Beantwortung der Frage: Wer dominiert wen?
- den Austausch von *Zuneigung*, wobei die Frage: Wer liebt wen? im Vordergrund steht.

In unserer familientherapeutischen Arbeit wurde uns zunehmend deutlich, daß jede Familie ihre Interaktionen durch Regeln, welche die genannten vier Bereiche betreffen, organisiert und strukturiert. Diese Regeln können nun entweder offen deklariert sein, verheimlicht werden oder auch ganz einfach fehlen. Familienregeln sind im typischen Fall eine Mischung aus bewußten und unbewußten Motiven, welche inhaltlich aus übernommenen Regeln der Herkunftsfamilien und Zielvorstellungen der einzelnen Familienmitglieder geprägt werden.

### Familiäre Kollusion

Ein gemeinsames Merkmal gestörter Familien besteht in der Paradoxie, daß sie einerseits die Klärung bestimmter Familienregeln zum zentralen Thema ihrer Interaktion machen, gleichzeitig jedoch die Diskussion und Entscheidung der zur Klärung führenden Fragen vermeiden, tabuisieren oder – wie im Falle schwerst gestörter Familien – die Relevanz oder Existenz dieser Fragen verleugnen. Hier spielen die gemeinsamen unbewußten Ängste und Phantasien der familiären Gruppe eine wichtige Rolle. Zum einen bestimmen sie die Thematik der nach Klärung verlangenden Regeln, zum andern sind sie die treibenden Kräfte für vielfältige Abwehrmanöver, welche die einzelnen Familienmitglieder zur Vermeidung einer offenen und klaren Festlegung der Regeln benutzen. Das familiäre Zusammenspiel, das sich zur Abwehr dieser gemeinsamen Ängste entwickelt, kennzeichnet die *familiäre Kollusion*. Die wesentliche Dynamik der familiären Kollusion läßt sich mit einem Kammerorchester vergleichen, dessen Musiker gleichzeitig verschiedene Variationen desselben Themas spielen. Der resultierende Mißklang verdeckt die gemeinsame Grundmelodie, spornt jedoch jeden der Musiker an, seinem Spiel besonderes Gehör zu verschaffen, wodurch sich die disharmonischen Orchesterklänge mit unterschiedlichen Akzentuierungen wiederholen.

Willi (1975, 1978) hat in seiner Darstellung der Entstehung von Paarkonflikten als wesentliches dynamisches Moment die Tendenz der beiden Partner beschrieben, den gemeinsamen unbewältigten Grundkonflikt in verschiedenen *Rollen* auszutragen und sich in ihrem Abwehrverhalten in progressive und regressive Positionen zu polarisieren. In ähnlicher Weise läßt sich auch für Familienkonflikte feststellen, daß diese mit verteilten Rollen und polarisiertem Abwehrverhalten ausgetragen werden. Wie Beckmann (1972,

1973) und Eckensberger (1978) durch Untersuchungen mit dem Giessen-Test nachweisen konnten, bilden sich in Kleingruppen häufig komplementäre Koalitionen, deren Interaktionen den Grundmechanismen des Zweipersonenspiels ähnlich sind. Diese Feststellung deckt sich mit unseren Erfahrungen, daß sich familiäre Konflikte häufig in Auseinandersetzungen zwischen zwei familiären Untergruppen manifestieren.

Welche Mechanismen führen nun zum Auftreten von Störungen innerhalb einer Familie? Eine zentrale Hypothese des Willi'schen Kollusions-Konzeptes besagt, daß zwischen Partnerwahl und Paarkonflikt ein enger Zusammenhang besteht. Kurz zusammengefaßt lautet die Hypothese, daß im Paarkonflikt die in der Phase der Partnerwahl verdrängten und auf den Partner delegierten Wünsche und Bedürfnisse als eigene wahrgenommen und geäußert werden, wodurch das Gleichgewicht des bisherigen dyadischen Zusammenspiels gestört und in Frage gestellt wird. Auch für Familienkonflikte besteht zwischen den Motiven der Partnerwahl der Eltern und dem Familienkonflikt ein enger Zusammenhang. Als wesentliche Zwischenstationen in der Entstehung familiärer Konflikte kommen nun aber noch jene krisenhaften Phasen hinzu, in welchen durch den Eintritt eines neugeborenen Kindes in das Familiensystem die vorbestehende Homöostase gestört wird. Schwangerschaft und Geburt führen sowohl bei den Eltern wie bei den Geschwistern zu lebhaften Phantasien und Projektionen, die mit dem gemeinsamen unbewußten Grundkonflikt in Zusammenhang stehen. Die Kinder werden dabei in ähnlicher Weise idealisiert wie in der Phase des Kennenlernens der spätere Ehepartner. Nach unseren Beobachtungen kommt nun in dieser Phase des Eintritts eines neuen Familienmitglieds ein Wechselspiel in Gang, welches wir hypothetisch wie folgt charakterisieren würden: Je größer die Ängste im vorbestehenden Familiensystem, desto stärker die Tendenz, dem Neugeborenen eine fixierte Rolle zuzuweisen. Oder umgekehrt aus der Sicht des neugeborenen Familienmitgliedes: Je unsicherer die familiäre Atmosphäre, um so stärker das Bemühen, in einem umschriebenen Rollenverhalten Sicherheit zu finden. Auch für Familienkonflikte gilt ähnlich wie für Paarkonflikte, daß die Wiederkehr des Verdrängten bei einem Familienmitglied oder einer familiären Untergruppe einen Konflikt offenkundig werden läßt. Dabei kann die bisherige familiäre Abwehrstrategie durch vielerlei innerfamiliäre wie außerfamiliäre Ereignisse erschüttert und damit der Familienkonflikt manifest werden. Erfahrungen des Kindes im außerfamiliären Bereich, eine Änderung der wirtschaftlichen Situation der Familie, eine körperliche Krankheit oder psychische Symptombildungen – um nur einige Möglichkeiten zu nennen – können zur Infragestellung der bisher gültigen familiären Interaktionsregeln führen und damit den Konflikt auslösen. Meist ist es nicht ein einzelnes Ereignis, welches das bisherige familiäre Gleichgewicht ins Wanken bringt, sondern mehrere gleichzeitig eintretende Veränderungen, welche dazu führen, daß einzelne Familienmitglieder ihr bisheriges Rollenverhalten aufgeben und damit bewirken, daß die bis dahin abgewehrten gemeinsamen Ängste und Konflikte sichtbar werden. Ein Fallbeispiel soll die wesentlichen Aspekte einer Familienkollusion verdeutlichen.

### Fallbeispiel Familie Wohlgemut:

Familie Wohlgemut besteht aus sechs Mitgliedern, den Eltern, beide Mitte Vierzig, sowie vier Kindern: der 22-jährigen Regula sowie den drei Söhnen Alex (18 J.), Paul (14 J.) und Leo (10 J.). Die beiden Eltern stammen aus einfachen Verhältnissen. Der Großvater ms. betrieb eine kleine Schreinerei, welche während des Krieges konkurs ging. Er unterhielt wiederholt außereheliche Beziehungen, die von seiner Frau widerwillig geduldet wurden. Der Großvater vs. hatte unter schwierigsten Bedingungen einen kleinen Handwerksbetrieb aufgebaut, den er Mitte der fünfziger Jahre seinem Sohn übergeben hatte. Auch die Ehe der Großeltern ms. stand unter Spannungen, da der Großvater als politischer Aktivist sich wenig um seine Familie kümmerte und seine Frau für die zahlreichen beruflichen Rückschläge verantwortlich machte. Die Mutter war gelernte Kinderkrankenschwester und heiratete trotz einiger Bedenken ihren jetzigen Mann, der charmant und stürmisch um sie geworben hatte.

Zum Zeitpunkt des Beginns der Familientherapie standen mit Ausnahme von Leo, dem jüngsten Sohn, alle drei Kinder und beide Eltern in einer ambulanten Einzeltherapie. Anlaß für die Familientherapie war ein schwerer Suicidversuch der Mutter nach einem ehelichen Streit wegen Meinungsverschiedenheiten in der Erziehung der Kinder. Im Verlauf der zweijährigen Familientherapie ergab sich, daß der berufliche Konkurs des Vaters 1974 die jetzige schwere Familienkrise ausgelöst hatte. Bis dahin hatte der Vater als autoritärer Patriarch seinen kleinen Handwerksbetrieb und seine Familie geführt. Die Mutter hatte sich, das Lebensmotto ihrer eigenen Mutter vor Augen: „Männer darf man nur mit Liebe behandeln“, der Dominanz ihres Mannes gefügt. Der berufliche Konkurs des Vaters kam für die Familie völlig überraschend. Die psychischen Symptome der drei Kinder – depressive Verstimmungen, Lern- und Verhaltensstörungen – waren kurz vor dem Konkurs des Vaters, die der beiden Eltern in zeitliche Zusammenhang mit dem Konkurs aufgetreten. Der Vater erlitt zusätzlich einen Herzinfarkt, von dem er sich nur langsam erholte. Das berufliche Versagen ihres Mannes war für die Mutter der Anlaß, die Zügel in die Hand zu nehmen und die in finanzielle Not geratene Familie mit straffer Hand zu führen. Als Polizist – so die Formulierung der Kinder in der Familientherapie – wachte sie über ihren Mann. Dieser solidarisierte sich mit seinen beiden älteren Söhnen und gab durch pubertär-trotziges Verhalten seiner Frau immer wieder Anlaß, ihre straffe Führung zu rechtfertigen. Regula versuchte in dem teils offenen, teils latent ausgetragenen Machtkampf ihrer Eltern zu vermitteln. Alex distanzierte sich von der Familie, verbrachte seine Freizeit in Restaurants und in der Drogenszene und opponierte gegen die „kleinkarierte bürgerliche Moral“ seiner Eltern. Paul wurde zunehmend apathisch und lustlos, zog sich tagelang in sein Zimmer zurück und mobilisierte mit seiner Hilflosigkeit seine Eltern, Geschwister und zahlreiche außerfamiliäre Helfer. Leo war auf Anraten des Hausarztes wegen eines fraglich psychogenen Anfalleidens in ein Internat eingetreten und kam nur einmal monatlich nach Hause.

In den Familiengesprächen zeigte sich, daß innerhalb der Familie sowohl die Frage nach der Identität der einzelnen Familienmitglieder wie der Familie als Gruppe völlig ungeklärt war. War der Vater das fünfte Kind seiner Frau? War Regula die vermittelnde Mutter ihrer Eltern? War die Mutter selbstlose Retterin der Familie oder die unbarmherzige Anklägerin ihres Mannes? Neben der Identitätsfrage waren auch die Hierarchie und die Dominanzverhältnisse weitgehend unklar. Jeder fühlte sich erpreßt, ausgenutzt und unterlegen. Im Verlauf der Familiengespräche erwies sich das *Konkursmotiv* als zentraler Konflikt dieser Familie. Alle Familienmitglieder waren der Überzeugung, daß die Familie ständig vom Auseinanderbrechen bedroht sei und daß deshalb die Verhinderung dieses familiären Konkurses oberste Aufgabe sämtlicher Familienmitglieder sei. In der Abwehr dieser gemeinsamen Angst hatten sich die einzelnen Familien-

mitglieder in unterschiedliches Rollenverhalten polarisiert. Die Mutter versuchte durch Kontrolle und Kritik ihres Mannes diesen zu besonderen Leistungen zu zwingen. Der Vater wehrte seine Ängste durch Nachlässigkeit und pubertäre Trotzreaktionen ab. Regula bemühte sich, als Vermittlerin die Wogen der elterlichen Auseinandersetzungen zu glätten. Alex agierte durch Alkoholexzesse und gelegentlichen Drogenkonsum die gescheiterte Existenz und veranlaßte seine Eltern zu gemeinsamen erzieherischen Anstrengungen. Paul zog durch seine depressive Hilflosigkeit das Mitleid der Familie auf sich. Lediglich Leo ging es seit seinem Weggang aus der Familie bezüglich seines Anfalleidens deutlich besser. Das Konkursmotiv ließ sich bei beiden Eltern in ihre Herkunftsfamilien hinein verfolgen und hatte wohl im Sinne eines gemeinsamen unbewältigten Konfliktes wesentlich zur Partnerwahl beigetragen.

Versuchen wir, die wesentlichen Aspekte der Kollusion dieser Familie zusammenzufassen. Die gemeinsame unbewältigte Konkursangst hatte zwischen den beiden Eltern zu einem komplementären Interaktionsmuster unter dem Motto geführt: Ich bin so dominierend und kontrollierend, weil du so schwach und unzuverlässig bist. In den ersten Ehejahren hatte dabei der Mann, nach seinem geschäftlichen Konkurs seine Frau die progressive Position im dyadischen Interaktionszirkel inne. Die Kinder übernahmen im familiären Zusammenspiel Rollen, mit denen sie den elterlichen Konflikt scheinbar neutralisierten, in Wirklichkeit jedoch fixierten. Zum Zeitpunkt des Beginns der Familientherapie stand der Konflikt zwischen der dominierenden Mutter und Paul, der in seiner Depressivität in seinem Vater einen verständnisvollen Verbündeten hatte, im Mittelpunkt der familiären Auseinandersetzungen. Der betriebliche Konkurs des Vaters hatte zwar zwischen den beiden Eltern zu einem Rollenwechsel geführt. In Wirklichkeit wurde jedoch der zuvor latente Familienkonflikt nur unter anderer Konstellation weiteragiert. Die Einzeltherapien konnten deshalb nicht zum Erfolg führen, weil der gemeinsame familiäre Grundkonflikt einzelnertherapeutisch nicht bearbeitet werden konnte.

### Familiäre Rollen

Sowohl in gesunden wie gestörten Familien übernehmen einzelne Familienmitglieder oft typische *Rollen*, mit denen sie entweder zur Akzentuierung oder Neutralisierung von Familienkonflikten beitragen. *Richter* (1976) sieht die Kinderrollen überwiegend aus der Perspektive der Eltern. Er definiert sie als das „strukturierte Gesamt der unbewußt determinierten Erwartungen, welche die Eltern auf ein Kind richten“ (a.a.O. S.9). *Stierlin* et al. (1977) betonen die Dynamik von Delegations- und Ausstoßungsprozessen in familiären Systemen, welche ebenfalls als hauptsächlich von den Eltern ausgehend beschrieben werden. Wir betrachten die Familie als Sonderform einer sozialen Kleingruppe. Innerhalb der Gruppe kommt es zu einer *Polarisierung* sowohl zwischen den einzelnen Individuen als auch zwischen familiären Untergruppen. Auf dem Hintergrund eines gemeinsamen Grundkonfliktes zeigen einzelne Familienmitglieder ein progressives, andere ein regressives Abwehrverhalten. Innerhalb der Gruppe übernehmen sie unterschiedliche, typische Rollen. Diese Rollen sind Folge eines Interak-

tionsprozesses, in dem Eltern und Kinder in gleicher Weise wechselseitig Initianten bzw. Empfänger gegenseitiger Erwartungen und Projektionen sind. Nach unserer Erfahrung lassen sich in Familien folgende typische Rollenmuster unterscheiden:

#### *Der Exponent*

Der Exponent steht im Mittelpunkt einer familiären Untergruppe und übernimmt innerhalb dieser eine Führungsposition. Dabei kann der Exponent entweder ein eher progressives oder regressives Verhalten zeigen. In dem geschilderten Fallbeispiel nimmt die Mutter eindeutig eine progressive Position ein. Aus Angst vor einem Auseinanderbrechen der Familie hält sie alle Fäden in der Hand und wacht über die Familie. Ihre Wünsche nach Anlehnung und Geborgenheit wehrt sie ab. Sie werden an Paul und ihren Ehemann delegiert, welche die regressiven Bedürfnisse der Familie ausleben und ihre progressiven Wünsche auf die Mutter projizieren.

Besonders deutlich wird die Rolle des Exponenten in der Figur des familiären *Stars* bzw. *Störenfrieds*. Während der Star der Familie den Eindruck des Besonderen und Außergewöhnlichen vermittelt und häufig Familienideale verkörpert, zeichnet sich der Störenfried durch negativ bewertete Aktionen oder Eigenschaften aus und zeigt oft aggressive und oppositionelle Verhaltensweisen. Innerhalb der Familie hat er dann die Funktion eines Sündenbockes. In der Familientherapie sind der progressive und der regressive Exponent besonders in der Anfangsphase zentrale Personen. Der progressive Exponent kann zum Gegenspieler des Familientherapeuten werden, indem er die familiären Schwierigkeiten bagatellisiert oder verleugnet oder indem er sich außerhalb des familiären Spannungsfeldes stellt. Auch der regressive Exponent ist für den Therapeuten eine wichtige Bezugsperson. Einerseits muß er ihm und dem präsentierten Symptom genügend Beachtung schenken, andererseits muß er versuchen, die familiäre Aufmerksamkeit von ihm weg hin auf die innerfamiliären Beziehungen zu lenken.

#### *Der Compagnon*

Der Compagnon verzichtet auf eine eigenständige Position. Er kann sowohl aus eigener Motivation (*als Bundesgenosse*), aus Bequemlichkeit (*als Mitläufer*) oder gezwungenermaßen (*als Opfer*) in einer Koalition mit dem Exponenten stehen und mit ihm eine familiäre Untergruppe bilden. Der Compagnon übernimmt wenig Verantwortung für das familiäre Geschehen, erfüllt jedoch durch die Unterstützung und Stärkung des Exponenten eine wichtige Aufgabe. In der Familie Wohlgemut bildet der Vater als Bundesgenosse mit seinem Sohn Paul eine regressiv polarisierte Untergruppe.

#### *Der Vermittler*

Er steht zwischen den familiären Untergruppen und identifiziert sich wechselseitig mal mit der einen, mal mit der anderen, ohne eine eigene konsistente oder geschlechtsspezifische Identität zu entwickeln. Ein Kind in der Rolle des Vermittlers, wie z.B. Regula in unserem Fallbeispiel, wird

häufig parentifiziert. Es genießt innerhalb der Familie zwar Ansehen und Achtung, bleibt jedoch in der Adoleszenz aus Angst vor einem Scheitern der elterlichen Ehe ans Elternhaus gebunden. Übernimmt z.B. die Mutter und Ehefrau die Vermittlerrolle zwischen ihrem Mann und den Kindern, erwirbt sie sich zwar innerfamiliär viel Anerkennung, hat aber meist Mühe, außerfamiliäre Beziehungen einzugehen.

#### *Der Emigrant*

Der Emigrant distanziert sich wie z.B. Alex Wohlgemut oft in krasser Weise von den Familienregeln. Er sucht Anschluß an außerfamiliäre Gruppen. Der extrafamiliäre Raum ist seine eigentliche Lebenswelt. Zu familiären Problemen nimmt er häufig eine indifferente Stellung ein. Von den übrigen Familienmitgliedern wird er wegen seiner Andersartigkeit teilweise beneidet, aber auch wegen seines mangelnden Engagements für die Familie kritisiert. In der Familientherapie ist es bisweilen schwierig, ihn für familiäre Belange zu verpflichten. Dies gelingt oft erst dann, wenn ihm der Therapeut hilft, seine bis dahin verdrängten Wünsche nach Geborgenheit in der Familie ohne Gesichtsverlust zu verwirklichen.

#### *Der blinde Passagier*

Er lebt im Windschatten anderer Familienmitglieder. Häufig befindet er sich fast unbemerkt an Bord des Familienschiffes. Nicht selten hört man erst nach längerer Zeit von der Existenz dieses Familienmitgliedes. Er ist gegenüber der Familie unverpflichtet und wird von der Familie andererseits auch nicht verpflichtet. Innerhalb der Familie hat er die Funktion eines Ruhekeissens, auf dem sich die anderen Familienmitglieder erholen können. In gestörten Familien zeichnet er sich durch Unscheinbarkeit und Normalität aus. Bei Familie Wohlgemut nimmt das jüngste Kind Leo diese Rolle ein. Erst im vierten Familiengespräch erfuhr der Therapeut von seiner Existenz. In den ersten Familiengesprächen war er einfach vergessen worden, obwohl seine Besuche für die Mutter eine wichtige Bedeutung hatten.

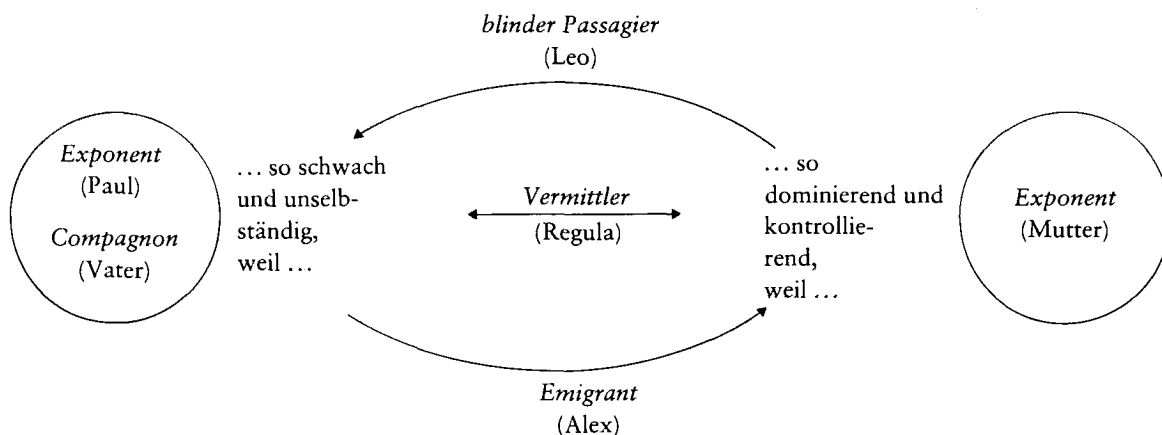
Die geschilderten Rollen können grundsätzlich sowohl von den Eltern als auch von den Kindern übernommen werden. Gewisse Rollenpositionen werden jedoch vorzugsweise von Kindern eingenommen, wie z.B. die des blinden Passagiers oder die des Emigranten. Je nach Größe der Familie und nach Art des familiären Grundkonfliktes sind einzelne Rollenpositionen besetzt, andere nicht. Das familiäre Interaktionsfeld der Familie Wohlgemut läßt sich aus der Perspektive der Rollen- und Gruppenpolarisierung schematisch folgendermaßen darstellen: (siehe S. 148)

Der Interaktionszirkel aus der Sicht der Mutter könnte etwa so formuliert werden: Ich bin so dominierend und kontrollierend, weil ihr (Paul und der Vater) so schwach und unselbständig seid. Aus der Sicht der regressiven Untergruppe: Wir sind so schwach und nachlässig, weil du (Mutter) so dominierend und kontrollierend bist. Beide Untergruppen wehren die von der Gegenseite ausgelebten Wünsche und Bedürfnisse bei sich selbst ab. Paul und der Vater haben ihre Stärke, die Mutter ihre Schwäche weitgehend verdrängt. Erst durch den Suizidversuch werden bei



*Regressive familiäre  
Untergruppe*

*Progressive familiäre  
Untergruppe*



der Mutter ihre Bedürfnisse sichtbar, sich auch einmal pflegen und umsorgen zu lassen. Die Wiederkehr des Verdrängten läßt den familiären Konflikt offenkundig werden und ist Anlaß für eine Familientherapie.

### Diagnostische und therapeutische Aspekte

Welche Bedeutung hat das Kollusions-Konzept für die Abklärung und Behandlung von Familienkonflikten? Beim Erstgespräch mit einer Familie steht der Therapeut vor der schwierigen Aufgabe, sich aus den vielfältigen und oft verwirrenden verbalen und averbalen Informationen der einzelnen Familienmitglieder ein Bild über das familiäre Beziehungsgefüge zu machen. Hierbei bewährt sich ein *schrittweises Vorgehen*: Unmittelbar beobachtbar und durch Tonband- oder Videoaufzeichnungen auch objektivierbar ist dabei die *familiäre Kommunikation*, d.h. der Informationsaustausch zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Jede Mitteilung zwischen einzelnen Familienmitgliedern kann dabei unter fünf Gesichtspunkten analysiert und beurteilt werden: *Wer* (Sender) redet *wie* (emotionale Information) *was* (inhaltliche Information) zu *wem* (Empfänger) in *welcher Situation*? Aufgrund seiner Beobachtungen über die Art und den Inhalt der Mitteilungen der einzelnen Familienmitglieder gelangt der Therapeut in einem weiteren Schritt zu einer Beurteilung des *familiären Systems*. Die systematische Diagnose einer Familie (Welter 1978) umfaßt dabei einerseits objektive Kriterien (soziale Situation, familiäre Entwicklungsphase), andererseits Feststellungen, die mehr subjektiven Charakter haben und teilweise von der Beobachtungsperspektive des Therapeuten abhängen.

Diese Feststellungen betreffen die Familienstruktur (Subsysteme, Grenzen, Hierarchie, Allianzen und Koalitionen) und die Familienorganisation (Verteilung von Aufgaben innerhalb einzelner familiärer Funktionsbereiche). In einem weiteren Schritt kann dann der Therapeut zu Hypothesen über die der familiären Interaktion zugrundeliegende *Psychodynamik* gelangen<sup>2</sup>. Hierbei geht es darum, diejenigen

Ängste, Wünsche und Phantasien zu erfassen, die den weitgehend unbewußten Rahmen für das familiäre Beziehungsgefüge bilden.

Die Polarisierung der Familienmitglieder und familiären Untergruppen in mehr oder weniger fixierte Verhaltensmuster dient häufig der Abwehr gemeinsamer Ängste und Konflikte (Willi 1975). Gelingt es dem Therapeuten, hinter dem oft recht unterschiedlichen Abwehrverhalten der einzelnen Familienmitglieder einen gemeinsamen Nenner, d.h. einen gemeinsamen Grundkonflikt festzustellen, so ist ihm ein entscheidender Schritt in der Abklärung eines Familienkonfliktes gelungen: Er ist von den präsentierten *Symptomen* der Familie zu einer *gemeinsamen Problemdefinition* gelangt. Diese gemeinsame Problemdefinition bildet die Grundlage für den Therapievertrag mit der Familie und den Konflikt-Fokus, der in den folgenden Familiengesprächen eingehender bearbeitet werden soll. Nach unserer Erfahrung bietet das Kollusions-Konzept dem Therapeuten eine wichtige Orientierungshilfe, um im Erstgespräch mit den Familienmitgliedern ein gemeinsames Problem als Voraussetzung für eine Familientherapie zu definieren. Im erwähnten Beispiel der Familie Wohlgemut schilderten die Familienmitglieder beim Erstgespräch eine Vielfalt von Symptomen. Als gemeinsame Problemdefinition bot der Therapeut am Ende des Erstgespräches der Familie folgende Formulierung an: „Ich habe den Eindruck, daß in ihrer Familie unklar ist, wer für was verantwortlich ist. Ich könnte mir vorstellen, daß die Klärung dieser Frage ihnen bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten hilfreich sein könnte.“ Mit dieser Formulierung wurde der Familie der weitgehend unbewußte Identitäts- und Machtkonflikt in verständlicher Weise angedeutet und als Fokus der Familientherapie umschrieben.

Die bisherigen Ausführungen zielten darauf ab, Rollen- und Gruppenpolarisierungen als wesentliches Merkmal von gestörten Familien zu verdeutlichen. Nun weiß jeder Therapeut, daß es Familien gibt, die sich gerade durch ein *Fehlen* oder einen *Mangel an Differenzierung* und *Polarisierung* zwischen den einzelnen Familienmitgliedern auszeichnen. Das wesentliche Merkmal dieser Familien besteht darin, daß sie sich als *undifferenzierte, homogene Gruppe* präsentieren und ihre Ängste mit einem weitgehend einheitlichen

<sup>2</sup> Das hier nur kurz skizzierte schrittweise Vorgehen zur diagnostischen Beurteilung eines Familienkonfliktes soll an anderer Stelle ausführlich dargestellt werden.

Verhalten abwehren. *Richter* (1970) hat diese Konstellation als familiäre Charakterneurose bezeichnet und betont, daß in solchen Familien der Symptomträger „ein steuerndes Zentrum der Familiengruppe“ (a.a.O. S.61) ist. Die Beschreibung dieser familiären Konflikt-Konstellation aus der Perspektive des Kollusions-Modells hätte eine wesentlich umfangreichere Darstellung unserer Überlegungen erfordert. Wir haben darauf aus verschiedenen Gründen verzichtet. Immerhin soll abschließend mit einigen zusammenfassenden Bemerkungen über die Bedeutung des Kollusions-Konzeptes für die therapeutische Arbeit mit Familien auch auf diese Art von Familienstörungen hingewiesen werden.

Welches sind die Ziele einer analytisch orientierten Familientherapie? Rigide Strukturen und Verhaltensmuster sollen gelockert werden, um damit innerhalb der Familie ein Gleichgewicht zwischen *Stabilität* – Erhaltung des Bestehenden – und *Flexibilität* – Veränderung des Bestehenden – zu schaffen. Im Falle von überpolarisierten, in fixierten Rollen- und Gruppenmustern erstarrten Familien bedeutet das: Der Therapeut sollte durch seine Interventionen versuchen, die von einzelnen Familienmitgliedern abgewehrten Ängste und Wünsche, welche von anderen Familienmitgliedern in übertriebener Weise ausgelebt werden, als gemeinsame zu verdeutlichen. Werden Ängste und Wünsche als gemeinsames Anliegen anerkannt, so sollte der Therapeut versuchen, gemeinsam mit der Familie Wege zu einer ausgewogeneren Verteilung von Angstbewältigung und Wunscherfüllung zu finden. Im Falle der Familie Wohlgemut ergaben sich für den Therapeuten aufgrund seiner Kollusions-Hypothese folgende Konsequenzen: Er unterstützte die Mutter bei der Suche nach einer Teilzeitbeschäftigung außerhalb der Familie und Paul und den Vater bei ihren Aktivitäten innerhalb des Hauses. Regula verlor durch die Abschwächung der Polarisierung zwischen den familiären Untergruppen ihre Vermittler-Funktion und geriet vorübergehend in eine schwere Krise, welche vor allem in ihrer Einzeltherapie bearbeitet wurde. Alex und Leo interessierten sich wieder mehr für das Geschehen in der Familie und übernahmen einige zuvor von der Mutter bewältigte Aufgaben. Beim Abschluß der Familientherapie hatten sich die Symptome der meisten Familienmitglieder zurückgebildet. Mit Ausnahme von Regula hatten alle im Verlauf der Familientherapie ihre Einzeltherapien abgeschlossen.

Bei unzureichend differenzierten und polarisierten Familien besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, innerhalb der homogenen familiären Gruppe Autonomie- und Individuationsprozesse in Gang zu setzen und zu fördern. Dies gelingt häufig nur durch sehr gezielte therapeutische Strategien, wie sie vor allem von der Mailänder familientherapeutischen Gruppe um *Selvini – Palazzoli* (1977) beschrieben wurden. Hier steht eine Fixierung des familiären Lebenszyklus im Vordergrund. Die Interaktion in diesen Familien ähnelt dem von *Willi* (1975) beschriebenen narzißtischen Kollusions-Modell. Idealisierungen, welche in einer gemeinsamen Familienideologie ihren Niederschlag finden, Verschmelzungswünsche und Verlassenheitsängste spielen in diesen Familien eine zentrale Rolle. Will der Therapeut die Hintergründe des familiären Zusammenspiels erfassen, so

muß er zunächst zum Mitspieler innerhalb der Familiengruppe werden. Erst dann hat er die Möglichkeit, eine Lockerung der familiären Bindungen in die Wege zu leiten und die einzelnen Familienmitglieder in ihren Bemühungen um mehr Selbständigkeit und Eigenständigkeit zu unterstützen. Dies kann z.B. dadurch geschehen, daß der Therapeut im Verlauf einer längerfristigen Familientherapie einzelne familiäre Rollen – z.B. die des progressiven oder regressiven Exponenten oder des Vermittlers – übernimmt, um damit den Familienmitgliedern modellhaft verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Worin ist die Bedeutung des Kollusions-Konzeptes für die Familientherapie zu sehen? Es bietet einen theoretischen Bezugsrahmen zur Erfassung psychodynamischer Zusammenhänge von Familienkonflikten, zum Auffinden und Formulieren eines Behandlungsfokus und zur Festlegung von Richtlinien und Zielen für die Familientherapie. Die Umsetzung dieser Überlegungen in praktisch-therapeutisches Handeln kann im einzelnen recht unterschiedlich sein und von strukturierten Verhaltensverschreibungen bis zu Interpretationen und Deutungen reichen.

### Summary

#### *Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamic View for Family Therapy*

The following paper is an attempt at transferring the „Kollusions-Konzept“, developed by Willi for the therapy of couple problems, to the diagnosis and therapy of family problems. The family interaction is mainly determined by principles of functioning and rules. Conflicts lead to a polarisation between the individual members of the family and between family subgroups. The polarized and the often rigid behaviour of the family members serves as defence of a common, largely unconscious conflict. We describe some typical patterns of behaviour. A case report illustrates the meaning of the „Kollusions-Konzept“ in diagnosis and therapy of family conflicts.

### Literatur

- Barnhill, L.R., D. Longo* (1978): Fixation and Regression in the Family Life Cycle. *Fam. Proc.* 17, 469–478. – *Beckmann* (1972): Der Giessen-Test. Ein Test zur Individual- und Gruppendiagnostik. Bern (Huber). – *Ders.* (1973): Funktionale Struktur informeller Rollensysteme. *Psyche* 27, 718–748. – *Bibring, G. L.* (1961): A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother – child relationship. In: *The psychoanalytic study of the child*. New York (Inter. Univ. Press), Vol. XVI, 9–25. – *Eckensberger* (1978): Zur Kritik von Selbsterfahrungsgruppen. Diss. Gießen. – *Minuchin, S.* (1974): *Families and Family Therapy*. Cambridge (Harvard Univ. Press); deutsch (1977): *Familie und Familientherapie*. Freiburg i. Br. (Lambertus). – *Richter, H.E.* (1970): Patient Familie. Reinbek (Rowohlt). – *Ders.* (1976): Die Rolle des Familienlebens in der kindlichen Entwicklung. *Familiendynamik* 1, 5–24. – *Selvini-Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata* (1977): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart (Klett). – *Stierlin, H.* (1975): *Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp). – *Ders.* (1976): *Rolle und Auftrag*.

- Familiendynamik 1, 36–59. – *Stierlin, H., I. Rücker-Emden, N. Wetzel, M. Wirsching* (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart (Klett-Cotta). – *Welter, R.* (1978): Die systematische Diagnose einer Familie. Arbeitspapier des Instituts für Ehe und Familie. Zürich. – *Willi, J.* (1975): Die Zweierbeziehung. Reinbek (Rowohlt). – *Ders.* (1978): Therapie der Zweierbeziehung. Reinbek (Rowohlt).
- Anschr. d. Verf.: Drs. C. u. B. Buddeberg, Abt. für Psychosoziale Medizin und Familientherapie, Universitätsspital Zürich, CH – 8091 Zürich.