

Reich, Günter

Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 2, S. 61-69

urn:nbn:de:bsz-psydok-30252

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

INHALT

Aus Praxis und Forschung

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

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.*: Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.*: Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.*: Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.*: Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.*: Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.*: Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239
- Tagungsberichte**
- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.*: Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.*: Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 159
- Weber, M.*: Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34
- Ehrungen**
- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323
- Literaturberichte (Buchbesprechungen)**
- Aulagnier, P.*: L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.*: Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern 36
- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.*: Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger, G.* (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.*: Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.*: Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G.* (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien 165
- Friedrich, M. H.*: Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.*: Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St.* (Hrsg.): Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.* (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene 324
- Kast, V.*: Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.* (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W.* (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse 292
- Maker, C. J.*: Curriculum Development for the Gifted 36
- Maker, C. J.*: Teaching Models in Education of the Gifted 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.*: Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.*: Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V.* (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.*: Training mit sozial unsicheren Kindern 37
- Postman, N.*: Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.*: Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.*: Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Rett, A.*: Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reukauf, W.*: Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration 164
- Richter, E.*: So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.*: Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.*: Die Mehrgenerationen-Familientherapie 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.*: Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D.* (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J.* (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung 324
- Zlotowicz, M.*: Warum haben Kinder Angst 291
- Mitteilungen:** 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern

Von Günter Reich

Zusammenfassung

Diagnostik, Beratung und Therapie sind sowohl in der Einzelbehandlung als auch in der Arbeit mit Paaren und Familien in hohem Maße von der Person der Therapeuten und deren Erfahrungen in ihrer Ursprungsfamilie abhängig.

Die Berufswahl von Beratern und Therapeuten verschiedener Richtungen kann als Ergebnis der speziellen Dynamik in deren Herkunftsfamilie verstanden werden.

Aus dieser Dynamik ergeben sich in der Arbeit mit Paaren und Familien besondere Gegenübertragungsprobleme, die in der Regel auf das Erleben von frühkindlicher Vernachlässigung, Parentifizierung und der Entwicklung der Empfindungsfähigkeit, das Erleben von Nähe, Distanz und psychologischer Neugier, von Abhängigkeit und Unabhängigkeit, Macht und Ohnmacht, Neid und Rivalität, Sexualität sowie von mit abweichenden Werteinstellungen verbundenen negativen Gefühlen beim Berater und Therapeuten bezogen sind.

Möglichkeiten zur Arbeit an den Realbeziehungen in der eigenen Herkunftsfamilie mittels des Genogramm und der Familienskulptur sowie anhand der Begriffe Triangulierung, Verschmelzung, Distanzierung, Familienmythos und Familiengeheimnisse werden aufgezeigt.

In jüngster Zeit sind Berater, Psychotherapeuten und Angehörige anderer im seelischen Bereich helfender Berufe

stärker in die öffentliche Diskussion geraten. Nicht zuletzt die im SPIEGEL Nr. 7/1982 formulierte Polemik spiegelt dies wider. Hierbei werden Vorwürfe laut, daß Therapeuten und Berater gestörter seien als ihre Patienten und sich auf deren Kosten stabilisierten.

Obwohl die Beschäftigung mit der Person von Beratern und Therapeuten und deren Kindheitssituation aktuell ist seit es diese Berufe gibt, hat es meines Wissens noch keine Fachtagung in Deutschland gegeben, die sich speziell mit diesem Themenkreis befaßt. Auch wissenschaftliche Untersuchungen hierzu sind spärlich. Dies erstaunt zunächst, denn Vertreter fast aller Therapierichtungen betonen immer wieder die Bedeutung der Persönlichkeit und der persönlichen Entwicklung für die berufliche Tätigkeit.

Die Aussage *Freuds* aus dem Jahre 1910, daß der Analytiker in der Arbeit nur soweit komme, „wie seine eigenen Komplexe und Widerstände es gestatten“ (*Freud*, Gesamelte Werke Bd. VIII, S. 108), hat auch für andere therapeutische Schulen Gültigkeit.

Der Einfluß der Persönlichkeit auf die Wahl der Therapiemethode und den Prozeß von Diagnostik, Beratung und Therapie

Es kann inzwischen als wissenschaftlich gesichert gelten, daß sowohl die Wahl der Therapiemethode als auch der theoretischen Orientierung von Therapeuten eng mit deren

persönlicher Entwicklung (Carey, 1977; Barron, 1978; Lazarus, 1978; Schwartz, 1978; Vander Ark, 1978) und die Zuordnung zu einer Therapiemethode mit dem eigenen Selbstkonzept verbunden ist (Walton, 1978).

Persönliche Integrität und Reife des Therapeuten scheinen für den Therapieerfolg eher relevant als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schule. Der Prozeß von Diagnose, Beratung und Therapie wird entscheidend von der Persönlichkeit der Berater und Therapeuten beeinflusst.

Riemann beschrieb bereits 1959 Vorteile und Probleme von Therapeuten mit vorwiegend schizoiden, depressiven, zwanghaften und hysterischen Persönlichkeitsanteilen bei verschiedenen Patientenpersönlichkeiten.

Beckmann konnte 1974 bei Diagnostikern analytischer Herkunft nachweisen, daß diese bei Patienten gemäß ihrer eigenen Persönlichkeitsstruktur bestimmte Persönlichkeitsdimensionen diagnostizieren, ähnlich wie z.B. Krankenschwestern gemäß ihrer Struktur bei Patienten vorwiegend deren orale Bedürftigkeit und Hilflosigkeit wahrnehmen.

Andere Autoren zeigten, daß Therapeuten bei Patienten Material, in dem eigene Konfliktbereiche angesprochen werden, unter- oder überbetonen (Yulis und Kiesler, 1968).

Auch die Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten wirkt sich aus: Frauen sollen in Therapien eher an der Person des Klienten orientiert sein, Männer demgegenüber kognitiv am Problem arbeiten. Gegenüber letzteren können Frauen mit schwergestörten Patienten, weiblichen Delinquenten, mit Frauen, die sich in post-adoleszenten Entwicklungskrisen befinden und hysterischen Patientinnen besser arbeiten (Carter, 1971).

Auch den Klienten schädigende Merkmale und Einstellungen von Beratern und Therapeuten wurden inzwischen beschrieben.

Die britischen Autoren Meares und Hobson beschrieben 1977 den „persekutorischen Therapeuten“, der als eine Art strafender Verfolger den Klienten bedrängt, herabsetzt, seine Wahrnehmungen invalidiert, sich im Besitz der wahren Erkenntnis über dessen Konflikte wähnt und als Person im Dunkeln bleibt. Durch ein entsprechendes Patientenverhalten kann eine schädigende Interaktionsspirale in Gang gesetzt werden, bei der es zu wahnhaften Übertragungen kommt.

Rozsnafsky teilte 1979 Beobachtungen über in ihrer sexuellen Identität unsichere Therapeuten mit, die durch übermäßige sexuelle Übertragungen und Sexualisierungen der Therapiesituation Patienten schädigen können.

Daß die Persönlichkeiten von Beratern und Therapeuten dennoch so wenig untersucht wurden – ich fand aus den letzten 15 Jahren nur 33 Arbeiten zu diesem Thema – hängt sicher mit mythischen Vorstellungen über deren seelische Gesundheit, gesunde persönliche Entwicklung und Stabilität zusammen, die auch nicht gerne zerstört werden, würde damit doch auch ein Teil der Befriedigung, die diese Berufe bieten, und ein Teil der mit ihnen verbundenen gesellschaftlichen Macht genommen.

Trotz ihrer immensen Bedeutung wurde in der Psychoanalyse die Gegenübertragung des Therapeuten über Jahrzehnte nach ihrer Entdeckung nicht Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung (vgl. Racker, 1978).

Die in den bekannten Psychiater-Witzen zum Ausdruck gebrachte Populärmeinung, daß Therapeuten und Patienten

sich ähnlich sind, und damit auch ähnlich gestört, ist neben der hierin auch enthaltenen Abwehr, so abwegig nicht.

Erfolgreiche Therapeuten müssen sogar schwierige familiäre Konstellationen und tiefgreifende persönliche Konflikte erlebt haben, um gegenüber den Problemen anderer sensibel genug zu sein – nur: sie müssen sich, verkürzt ausgedrückt, im Gegensatz zu ihren Patienten besser zu helfen wissen.

Die Gefahr der „Wiederansteckung“ in der Familientherapie

Schwieriger noch als die Arbeit mit Einzelklienten oder Gruppen gestaltet sich die Arbeit mit Familien und Ehepaaren, nicht nur, weil die Familie selbst eine starke, gewachsene emotionale Einheit mit vitalen Abhängigkeitsbeziehungen ist, die eigene, bewährte Abwehrmuster entwickelt hat um Spannungen und Schicksalschläge zu überstehen und als Gruppe zu überleben, und weil jede Veränderung der emotionalen Balance vitale Folgen haben kann, sondern vor allem wegen der Übertragungsbereitschaften und Gegenübertragungen des Beraters oder Therapeuten.

In der Behandlung und Beratung von Familien begegnen sich zwei Familiensysteme: das der Klientenfamilie und das des Therapeuten. Für diesen nun besteht die Gefahr der „Wiederansteckung“ (Whitaker, Felder, Warkentin, 1975), ein gleichsam magnetischer Zwang, die Familien nach Phantasien der eigenen Familie umzugestalten (Framo, 1975), in den Eltern der Klientenfamilie die eigenen Eltern neu zu formen, aus den zu behandelnden Eltern einen besseren Vater oder eine bessere Mutter zu machen als die eigenen.

Die eigenen Familienkämpfe werden dann, so Framo (1975), vom Therapeuten rekonstruiert, mit dem Ziel, sie in dieser Familie durchzuarbeiten und zu meistern.

Die eigene „Bereitschaft zur Rollenübernahme“ (Sandler, 1976), die Neigung, eigene Übertragungen und Gegenübertragungen auszuagieren, läßt den Therapeuten sich in Familien überengagieren oder – als Reaktionsbildung – sich isolieren. Sie hindert ihn, wechselnd parteilich zu sein und kann den therapeutischen Prozeß sehr stark lähmen.

Berater, die sich in der eigenen Familie vom Vater fernhielten, neigen so vielleicht dazu, sich von Vätern in Patientenfamilien fernzuhalten. Die Arbeit kann auch andere kindliche Gefühle hervorrufen, z.B. wenn Eheberater bei dem Streit eines Paares die Hilflosigkeit ihren streitenden Eltern gegenüber wieder erleben (Wachtel, 1979).

Stagniert eine Familienbehandlung, so ist zunächst nach der Person und den Übertragungen des Beraters auf die Familie – also letztlich nach seiner Herkunftsfamilie – zu fragen, dann nach den Beziehungen im Arbeitsteam bzw. der Institution und erst dann nach den Besonderheiten der Klientenfamilie.

Obwohl dies bereits früh von Familientherapeuten erkannt wurde und obwohl die Familientherapie in den letzten Jahren einen unvergleichlichen Boom erlebt hat, sind Untersuchungen über die Familien von Beratern und Therapeuten, auch über die von Familientherapeuten, spärlich.

Familientherapien mit den Familien von Familientherapeuten wurden bereits von Pionieren der Familientherapie gefordert, zunächst aber nur in der Arbeitsgruppe von *Murray Bowen* in den USA, dann mit Beginn der ersten Ausbildungsgruppe ab 1976 in unserem Göttinger Institut und neuerdings auch in Holland systematisch betrieben.

Die Abwehr gegen die Untersuchung der Familien von Therapeuten entsteht aus denselben Gründen wie bei ihren Patienten: aus der Angst der Familie vor der Veröffentlichung ihrer Beziehungen, aus Loyalitätsverpflichtungen der einzelnen Familienmitglieder, aus der Scham, den eigenen Idealvorstellungen nicht zu genügen und aus der Angst vor Schuldzuweisungen. Aus Loyalitätsgründen seinem Vater Jakob gegenüber, den er andernfalls als „pervers“ hätte beschuldigen müssen, verwarf z.B. *Freud* 1897 seine Verführungstheorie (vgl. hierzu *Krüll* 1979, S. 73 ff.).

Ein anderes eindrucksvolles Beispiel der Abwehr gegen die Erforschung der Familienbeziehungen berichtet *Laforque* (1960): Er sei auf einem Kongreß bei seinen Ausführungen über die Familienneurose von einem Kollegen erregt angeklagt worden, dessen Mutter zu beleidigen, obwohl von dieser gar nicht die Rede gewesen sei, sondern nur allgemein vom Einfluß der neurotischen Mutter auf das Kind.

Racker (1978) führt die mangelnde Beschäftigung mit den Eltern von Patienten bei Analytikern auf die unzureichende Auflösung von Idealisierungen der Eltern, die weitgehende Identifizierung mit deren Idealen und hieraus resultierende hohe Ansprüche an die eigene Person zurück.

Berufswahl und Familiendynamik

Aus familiendynamischer Sicht ist nun das Erleben des Therapeuten in der Familienbehandlung, seine Gefühle und sein Verhalten Resultat auch der speziellen Dynamik seiner Familie. Darüber hinaus kann auch die Tatsache, daß er beratend oder therapeutisch tätig wurde, neben anderen Faktoren, als Ergebnis seiner familiären Erfahrungen, also als „Symptom“ seines Familiensystems aufgefaßt werden.

Im Gegensatz zu Überblicksuntersuchungen, die eher von allgemein positiven Familienbeziehungen und relativ geringfügigen emotionalen Belastungen sprechen (*Henry*, 1978) legen dies Beobachtungen in unserer Ausbildungsgruppe¹ ebenso nahe wie Veröffentlichungen anderer Familientherapeuten (*Anonymous*, 1972; *Guerin*, *Fogarty*, 1972; *Friedmann*, 1971) und intensive Befragungen von Einzeltherapeuten verschiedener Richtungen.

So finden sich Berater und Therapeuten in ihren Familien überdurchschnittlich oft in der Position von älteren Geschwistern, daneben auch in der Einzelkindposition (vgl. *Harris*, 1976).

In einer Untersuchung von ca. 4000 amerikanischen Psychotherapeuten waren die Erstgeborenen weit überrepräsentiert (*Bruce* und *Sims*, 1974). Bei einer mit den Teilnehmern der Göttinger Weiterbildung durchgeführten Befragung kam heraus, daß fast alle Teilnehmer, wenn sie nicht Erstgeborene waren, die Rolle des älteren Geschwisters gegenüber jüngeren Geschwistern aber auch gegenüber vom Lebensalter her älteren Geschwistern wahrnehmen mußten.

Alle lernten es, Verantwortung zu übernehmen, rücksichtsvoll zu sein, zu verzichten, zu schützen, Vorbild zu sein, fürsorglich zu sein und zu führen, zu bemuttern oder zu trösten.

Ein solches Verhalten fördert die Identifikation mit den Eltern. Zudem haben alle älteren Geschwister den Schock erlitten, einen Konkurrenten um die Zuneigung der Eltern zu bekommen: sie mußten sich gegenüber dem Baby besonders anstrengen (vgl. *Toman*, 1974).

Die Position, Vorbild und verantwortlich sein zu müssen, kann es gleichzeitig mit sich bringen, daß das ältere Geschwister sozusagen zwischen zwei Stühlen – den Eltern und den Geschwistern – sitzt, zu keiner Seite richtig gehört.

Hierdurch kann weiterhin eine emotionale Außenseiterrolle gegenüber Eltern und Geschwistern entstehen, die für Therapeuten auch beschrieben wird (*Harris*, 1976; *Racusin et al.*, 1981).

Diese Außenseiterposition kann soweit gehen, daß der früher als Vorbild, als „Elternkind“ Gebrauchte in der Familie in die Position des Rebellen gerät, um sich hierdurch gegen seine Parentifizierung zu wehren.

Die Position des älteren Geschwisters bzw. Erstgeborenen und deren spezifische Probleme sollten allerdings zur Erklärung der Berufswahl nicht überstrapaziert werden, da auch andere Konstellationen gefunden wurden, z.B. die Einzelkindposition oder die Position des Letztgeborenen bei langen Geschwisterreihen von fünf und mehr Kindern (*Bruce* und *Sims*, 1974). Für jüngere Geschwister scheinen neben dem Druck, es den Älteren gleichzutun, eine durch Sorge um das Materielle und durch Pflichten nicht getrübte Emotionalität und Spontaneität kennzeichnend und im Therapeutenberuf nützlich zu sein. Das Umgehen mit der eigenen Geschwisterposition und deren innere Verarbeitung wird natürlich entscheidend durch die Eltern-Kind-Beziehung bestimmt.

In den bisher vorliegenden Untersuchungen wird von eher negativen Eltern-Beziehungen von Beratern berichtet. Nicht nur *Schmidtbauer* (1977) beschreibt das Bild des von seinen Eltern abgelehnten bzw. emotional nicht adäquat versorgten Helfers. In einer Intensiv-Befragung erfolgreicher Kindertherapeuten in den USA schilderten diese ihre Entwicklung u.a. so:

Ihre Eltern waren nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse als Kinder wahrzunehmen oder auf sie einzugehen. Eigene Probleme und Sorgen wurden den Eltern nicht mitgeteilt. Statt dessen suchte sich der spätere Therapeut in seiner Kindheit andere Erwachsene, bei denen er emotionale Aufnahme und hierüber auch ein Rollenmodell für sich fand (*Harris*, 1976). Seine Geschwisterbeziehungen waren emotional nicht bedeutsam und wenig intensiv.

¹ Der Autor führte mit allen 10 Teilnehmern des ersten Weiterbildungskurses Intensivinterviews zu deren Entwicklung in ihren Herkunftsfamilien. Neben den im folgenden zitierten Autoren wird auf die hier gewonnenen Ergebnisse Bezug genommen.

In einer weiteren Untersuchung (Schechter, 1978) wurden zwei Therapeuten-Typen näher beschrieben:

Ein Typus, der in seiner Familie Außenseiter und Rebell war. Dieser ist eher innengeleitet und sozial isoliert. Er hat eine intellektuelle Abwehr und dementsprechend vorwiegend ästhetische und intellektuelle Interessen. Durch die Therapeutenausbildung wird er sozial integrierter.

Der andere Typus kümmerte sich schon früh um seine Herkunftsfamilie, schlichtete und vermittelte bei Konflikten und wurde auch mit Gleichaltrigen sozial aktiv. Er setzt als Erwachsener seine Kindheitsrolle fort und arbeitet eher im Familien- und Gruppenzusammenhang.

Racusin, Abramovitz und Winter (1981) kamen in einer Untersuchung der Familienkonstellation von 14 Therapeuten verschiedener Schulen mit Tiefeninterviews zu folgenden Ergebnissen:

In allen Familien hat wenigstens ein Familienmitglied, zumeist der Vater, ein psychisches Leiden oder Verhaltensprobleme die psychogenetisch mitbedingt waren. Psychische Schwierigkeiten – zumeist Neurosen oder Charakterstörungen – häuften sich. Diese Schwierigkeiten wurden als Ausdruck von Konflikten um die Intimität in den Herkunftsfamilien der Therapeuten angesehen. Beruflich waren die Therapeuten gegenüber ihrer Familie aufwärtsmobil, identifizierten sich eher mit der Mutter in der Familie gegen den Vater, und ergriffen einen Beruf der im Gegensatz zu dem väterlichen nicht primär auf den Erwerb von Reichtum und Status orientiert war. Die Therapeuten waren häufig in die streßbelasteten Ehebeziehungen der Eltern als Puffer einbezogen. Intimität wurde als ambivalent erlebt. Weiterhin waren die Therapeuten Vertraute anderer Familienmitglieder, Ratgeber, Schlichter oder Elternersatz.

Nur am Rande sei vermerkt, daß Therapeuten eine Neigung haben, diese Vernachlässigung an die eigenen Kinder weiterzugeben.

In den USA wurde auf einem Kongreß über „Psychiater-Familien“ festgestellt, daß hier die Entfremdung, die viele Kinder spüren, das Hauptproblem ist. Die Kinder sind neidisch auf die Patienten, denen ihre Väter (und Mütter) mehr Zeit widmen und Zuwendung geben. Auch die Partner beklagten sich über die im Vergleich zu den Patienten geringe emotionale Zuwendung.

Den Therapeuten wurde daher empfohlen, zu Hause mit den Angehörigen offen zu sprechen und gegebenenfalls auch eine Eheberatung aufzusuchen (Cray und Cray, 1977).

Erlebnisbereiche des Therapeuten in der Patienten- und Herkunftsfamilie

Die Erfahrungen des Therapeuten in seiner Herkunftsfamilie werden, wie schon oben ausgeführt, in *seinem* Erleben bei der Begegnung mit der Klientenfamilie *wiederbelebt*. Beide Familien begegnen sich in seinen Wahrnehmungen und Gefühlen. Er unterliegt hier der oben beschriebenen *Gefahr der Wiederansteckung*, einem *Wiederholungszwang*: die Konflikte mit seiner Herkunftsfamilie werden in seinem Gefühl und seinem Verhalten neu belebt und er ist in der Gefahr, dem nachzugeben. Seine Position in der Herkunftsfamilie ist Teil seiner Identität geworden; das hier erlernte Verhalten wird nur ungern aufgegeben.

Aus eigenen Untersuchungen, den Beobachtungen unseres Arbeitsteams und anderen Veröffentlichungen werde ich

nun versuchen, eine Reihe von typischen Wiederholungserlebnissen darzustellen, die gleichzeitig belebt werden und typische Gegenübertragungsklippen sind.

Gleichzeitig sind diese Wiederholungserlebnisse als mitentscheidend für die Berufswahl des therapeutisch Tätigen anzusehen.

Vernachlässigung der kindlichen Bedürfnisse, die Überbürdung mit familiären Aufträgen und die damit zusammenhängende Entwicklung der Einfühlungsfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft

Die Vernachlässigungen und Überbürdungen haben verschiedene Facetten und gehen oftmals Hand in Hand: offene oder verdeckte Ablehnung; Parentifizierung als Tröster oder Versorger eines Elternteils, als Ersatzpartner, als Vermittler zwischen den zerstrittenen Eltern, als Vermittler zwischen verfeindeten Eltern und Großeltern oder Eltern und Geschwistern oder die bereits oben dargestellte Einnahme von Mutter- oder Vaterfunktionen gegenüber Geschwistern.

Das eigene Leiden unter der Familie, vor allem unter den Eltern auszudrücken, ist auch in Therapeutenfamilien am schwierigsten, am stärksten mit Angst besetzt. Es besteht Angst davor, hiermit aus der Familie ausgeschlossen zu werden, auch als Erwachsener noch – und mit dem was bedrückt, nicht anerkannt oder lächerlich gemacht zu werden, also vor der Wiederholung der alltäglichen Unaufmerksamkeit und Achtlosigkeit der Eltern unseren Sorgen gegenüber (Reich, im Druck).

Diese Vernachlässigungen führen zu starker Bedürftigkeit, die durch Identifikation mit den Eltern – vor allem mit Mutterfunktionen befriedigt oder gelöst werden soll (vgl. auch Schmidtbauer, 1977).

Die Position als älteres Geschwister kann in der Familiendynamik dieser Tendenz zur Hilfe kommen und liefert ebenso wie die Erfüllung der elterlichen Anforderungen Befriedigung.

Der Familientherapeut Jackson stellte 1956 fest, daß viele Therapeuten ihre Patienten besser behandeln möchten, als sie durch ihre Eltern behandelt wurden. Die Neigung, sich übermäßig verantwortlich für Klienten zu fühlen, ist sicherlich z. T. hiermit zu erklären.

Die Entwicklung der Sensibilität und der „depressiven Fähigkeit“, wie sie Kobut nennt, d. h. der Fähigkeit, sich in andere einzufühlen, steht hiermit ebenso im Zusammenhang wie das Wiedergutmachungs- und Selbstheilungsbedürfnis vieler therapeutisch Tätiger. Sie stammen aus gestörten Familienbeziehungen bzw. wurden in eine Position gebracht, in der sie diese besonders intensiv erlebten (siehe auch Racusin et al., 1981). Auch das Erleben gestörter oder problematischer Eltern-Großeltern-Beziehungen kann Wiederherstellungswünsche hervorrufen, so z. B. das Leiden unter der verdeckten Verachtung oder Unaufmerksamkeit zwischen den Generationen.

Wir können davon ausgehen, daß Therapeuten und Berater eine erhöhte Sensibilität gegenüber destruktiven seelischen Impulsen entwickelt haben. Diese erhöhte Sensibilität ist für die Arbeit notwendig, ebenso wie das

Bedürfnis, beschädigte innere Objekte und beschädigte Beziehungen wiederherzustellen (s. hierzu u. a. *Heigl-Evers* und *Heigl*, 1979). Sie dürfen diese Bedürfnisse allerdings nur sublimiert und kontrolliert ausleben, sonst verstricken sie sich. So etwa der Eheberater, der in seiner Arbeit seine zerstrittenen Eltern endlich zusammenbringen oder zu der schon seit seiner Kindheit fälligen Scheidung bringen will.

Die Nähe bzw. Distanz des Beraters zu seiner Familie und die Entwicklung psychologischer Neugier

Berater und Therapeuten erleben in ihrem Beruf ständig größte Nähe und Intimität zu ihren Klienten ohne doch in deren tägliches Leben real einbezogen zu sein. Sie erfahren Erlebnisdetails und befriedigen in ihren Beratungen und Supervisionen auch voyeuristische Bedürfnisse. Untersuchungen und eigene Beobachtungen sprechen dafür, daß Therapeuten und Berater, trotz ihres Involviertseins, in ihren Familien auch eine beobachtende Position als Außen-seiter eingenommen haben. Sie versuchten zu verstehen, *was* in der Familie vor sich ging, *warum* Eltern, Geschwister und Großeltern sich so verhielten, wie sie es taten. Auch die psychologische und therapeutische Ausbildung und Selbsterfahrung ist unter anderem ein Versuch der Distanzierung von den familiären Bindungen, ein Versuch der *Distanzierung durch Verarbeitung*.

Die Forderungen der Eltern an den Berater und dessen Ansprüche an sich selbst

Hiermit sind die psychischen Bereiche angesprochen, die in der Sprache der Psychoanalyse Über-Ich und Ich-Ideal genannt werden.

Schmidtbauer unterstellt den Helfern eine Identifikation mit dem anspruchsvollen elterlichen Über-Ich, mit der sie die elterliche Ablehnung emotional zu durchstehen versuchen. Die Identifizierung mit den elterlichen Ideal-Forderungen kann soweit gehen, daß z.B. Analytiker leugnen, daß sie immer noch auch Kinder und Neurotiker bleiben (*Racker*, 1978). So kommen Psychoanalytiker der *Freud*-schen Forderung, sich selber alle fünf Jahre wieder zum Objekt der Analyse zu machen, nur ungern nach (*Klüwer*, 1973).

Ansprüche an eigene Perfektion und Größenphantasien, die durch entsprechende Erwartungen der Eltern gefördert wurden, führen dazu, daß extrem zwischen Ehrgeiz und Resignation geschwankt wird. Therapeuten sind gegenüber ihrer Familie eher sozial aufwärtsmobil (vgl. *Racusin et al.*, 1981). Eltern stellten an sie, gemäß ihrer Vorbildrolle, besondere Leistungsanforderungen. Die Berufswahl kann neben dem Wunsch nach Erfüllung von Größen-Ideal-Vorstellungen auch ein Versuch sein, gegen ein starr erlebtes Über-Ich anzugehen (*Chwast*, 1978) und dessen Milderung und Relativierung *identifikatorisch* in den Klienten zu erleben.

Abhängigkeit und Unabhängigkeit

Eine der wesentlichen Erkenntnisse in der Arbeit mit den eigenen Herkunftsfamilien in Göttingen war, daß deutlich

wurde, wie wenig alle Teilnehmer der Ausbildung sich doch innerlich aus der Kind-Position den Eltern gegenüber herausentwickelt hatten, daß alle erlebten, daß sie immer noch Kinder waren. Auch wenn aus behandelten Familien bekannt war, daß sich Erwachsene immer noch wie Kinder fühlen, wenn sie ihren Eltern begegnen, so wurde von den meisten das Ausmaß der eigenen Individuation überschätzt.

Zudem wurde deutlich, daß Kinder, gleich welchen Alters, immer Angst vor ihren Eltern haben, daß die Angst vor den Eltern *ubiquitär* ist. Diese durch die alte, nicht revidierte und im Kern nicht revidierbare Abhängigkeit von den Eltern bedingte Angst wird allerdings im eigenen Erleben nur ungern zugelassen und noch weniger gern mitgeteilt. Denn die weiterhin bestehende Angst vor den Eltern beleidigt das eigene Idealbild von Individuation und Reife.

Sicher ist auch der Erwerb psychologischen und familiendynamischen Wissens durch das Bedürfnis, sich aus der Abhängigkeit von den Eltern zu lösen, die Angst vor ihnen zu überwinden, mitbedingt. Diese Abhängigkeit von den Eltern, die depressive Grundposition, kann durch die Berufswahl sogar verleugnet werden (*Racker*, 1978).

In der Arbeit mit Familien und Paaren können kindliche Abhängigkeitsgefühle neu belebt werden, wenn der Behandler z.B. Mutter- oder Vaterbilder überträgt oder er sich zu sehr mit den Kindern in der Familie identifiziert.

Macht und Ohnmacht des Therapeuten

Eng mit dem Erleben von Abhängigkeit und Unabhängigkeit verknüpft ist die Frage von Macht und Ohnmacht.

Einige Autoren berichten über Omnipotenzwünsche von Therapeuten (*Klauber*, 1978; *Racker* 1978), die mit ihrer Tätigkeit Einfluß nehmen wollen, ihr Bedürfnis, im Mittelpunkt zu stehen und infantile Größenphantasien (*Klüwer*, 1973) befriedigen.

Die amerikanische Psychoanalytikerin *Marmor* (1953) beschrieb das Überlegenheitsgefühl als Gefahrenquelle im Beruf von Psychotherapeuten. Ihnen falle es schwer, Beziehungen auf gleicher Ebene mit anderen zu haben und sie bräuchten die Kontrolle über ihre Klienten (*Schmidtbauer*, 1977).

Als Kind dürfte jeder Berater und Therapeut Ohnmacht gegenüber den Eltern erlebt haben; Ohnmacht gegenüber deren willkürlich erscheinenden Stimmungsschwankungen, die Unfähigkeit, sie mit den eigenen Wünschen zu erreichen, sie bei Entschlüssen umzustimmen. Sicher ist auch die Hilflosigkeit gegenüber Streitereien zwischen den Eltern manchem im Gedächtnis geblieben und bewegt ihn in der Arbeit mit Ehepaaren.

In unserer Arbeitsgruppe konnten wir feststellen, daß unsere Eltern inzwischen auch uns, ihre psychologisch geschulten Kinder, fürchteten. So bestand z.B. – durch Schuldgefühle verstärkt – die Angst, daß vergangene Versäumnisse fachmännisch analysiert und die Eltern hierfür verurteilt würden, oder sogar vor psychopathologischer Einordnung und Diagnostizierung. Interessanterweise nahmen die Weiterbildungsteilnehmer ihre eigene Macht gar nicht wahr, sondern verleugneten diese und verbargen sie hinter eigenen Angstgefühlen. Hinter dem Erwerb psycho-

logischen Wissens stand nun tatsächlich auch der Wunsch, die Gesetzmäßigkeiten der eigenen Familienbeziehungen zu durchschauen, so Macht und Unabhängigkeit zu gewinnen, überlegen zu werden. Produkt eigener Omnipotenzwünsche ist sicher auch das Bestreben, möglichst alle menschlichen Phänomene oder Ereignisse psychodynamisch oder familiendynamisch – ähnlich dem in der kognitiven Psychologie von *Lerner* entwickelten „just-world“-Paradigma – erklären zu wollen.

E. Jones beschrieb 1913 in einem Artikel über den „Gotteskomplex“, daß eine sublimierte, unbewußte Identifikation mit Gott – neben anderen Faktoren – zu starkem Interesse an Psychologie und Psychiatrie führe. Wenn alles, was Menschen passiert einen unbewußten psychologischen oder familiendynamischen Sinn hat, dann gibt es keine unerkennbaren und unbeeinflußbaren Außenumstände und Schicksalsschläge mehr. Diesen kann begegnet werden, wenn der Sinn erkannt ist; die eigenen Ohnmachtsgefühle, z.B. gegenüber Krankheiten, oder gegenüber gefährlichen politischen Ereignissen, können so gebannt werden. Es wäre zu überprüfen, ob der „Psychoboom“ der letzten Jahre mit einem zunehmenden Ohnmachtsgefühl den drohenden gesellschaftspolitischen und ökologischen Gefahren gegenüber korrespondiert.

Neid und Rivalität

Daß therapeutische Schulen sich erbitterte Glaubenskriege liefern, ist ebenso bekannt wie die Tatsache, daß Therapeuten auf Klienten neidisch sein können, wenn es diesen besser geht als ihnen.

Zu fragen wäre, inwieweit in der Herkunftsfamilie des Beraters z.B. Rivalitäts- und Neidgefühle aufkommen durften, ob sie geleugnet werden mußten, ob die Rivalitäten nur versteckt ausgetragen wurden. Manche Therapeuten neigen dazu, sich in Familien mit allen Autoritätspersonen anzulegen, andere halten sich zu sehr zurück, wo sie einen Anflug von Rivalität wittern. Inwieweit ist der Therapeut oder Berater in ödipale Rivalitäten zur Mutter oder zum Vater verwickelt gewesen und erlebt diese neu bei der Behandlung von Ehepaaren? Inwieweit können hier nicht zugelassene Gefühle den Fortgang von Beratungen behindern?

Racker (1978) führt z.B. Mißerfolge von Analytikern bei deren Arbeit u.a. auf ödipale Schuldgefühle gegenüber dem Vater zurück, wobei die erfolgreiche Berufstätigkeit die Vernichtung des Vaters bedeute. Inwieweit löst der Berater wiederbelebte Rivalitätskonflikte dadurch, daß er sich in die Rolle des distanzierten Beobachters begibt?

Sexuelles Erleben

Das sexuelle Erleben in der Familie ist bislang überhaupt noch nicht bearbeitet worden. Nach unseren Erkenntnissen sind die meisten therapeutisch Tätigen nicht gerade in triebfreundlichen Elternhäusern aufgewachsen. Im Gegenteil blieb die Sexualität und das sexuelle Erleben zumeist tabuiert, wobei miterlebte Scham und miterlebter Ekel der Eltern oder deren sterile Asexualität in den Gefühlen ihrer Kinder eindrucksvoll nachwirkten.

Nach unseren Beobachtungen wird in Familienbehandlungen und auch in Ehepaarberatungen generell wenig über das sexuelle Erleben gesprochen, wobei die Scham der Therapeuten und deren Angst, das Inzest-Tabu zu verletzen, eine besonders bedeutende Rolle spielen. In allen Familien haben die Mitglieder sexuelle Phantasien und Gefühle füreinander, die aufgrund des Inzest-Tabus nicht zugelassen werden. Viele Familiengeheimnisse haben sexuelle Gefühle und Handlungen zum Inhalt.

Der Umgang mit diesen Gefühlen ist in Familien und bei Ehepaaren für den Therapeuten meist noch schwieriger als in der Arbeit mit Einzelpatienten. Hier sitzen uns real Väter, Mütter, Elternpaare, Großeltern und Kinder gegenüber. Einem Therapeuten ging es z.B. jahrelang so, daß er alle Väter in Klientenfamilien als unerotisch, wenig anziehend und unattraktiv empfand. Wie sich in der weiteren Arbeit herausstellte, aus Angst, daß es zu homosexuellen Beziehungen zwischen ihm und den Vätern kommen könnte. Die Angst sexuelle Hemmungen auch nur in der Phantasie zu verlieren, ist in Familien besonders groß. Nach unseren Beobachtungen waren sich Therapeuten in ihrer Jugend sexueller Probleme und Minderwertigkeitsgefühle stärker bewußt als ihre Altersgenossen bzw. verarbeiteten diese anders. Während diese ihre Probleme eher mit Prahlerei kompensierten, neigten Therapeuten eher zum Außenseitertum und zum Problematisieren, bildeten eher eine Art „Anti-Stammtisch-Verhalten“ heraus.

Unter Therapeuten und Beratern scheinen nach unseren Beobachtungen sexuelle Normen streng zu sein. Sie wissen genau, was hier reifes und unreifes, infantiles und erwachsenes Verhalten ist. Daher besteht gerade beim sexuellen Erleben, bei dem Therapeuten und Berater sowie ihre Klienten am empfindlichsten gegen Beurteilungen anderer sind, eine Tendenz, den anderen besonders kritisch unter die Lupe zu nehmen.

Viele therapeutisch Tätige meinen außerdem, ihren strengen Normen im Sexualverhalten entsprechen zu müssen, also ihrem eigenen Mythos. Dies erstaunt um so mehr, als sicher für nicht wenige der Wunsch nach Befreiung der eigenen Sexualität den Wunsch, therapeutisch tätig zu sein, mitbestimmt. Man denke nur an den Einfluß der antiautoritären Erziehungsvorstellungen und sexuellen Liberalisierungsbestrebungen im Anschluß an die Studentenbewegung der 60er Jahre, die den „Psycho-Boom“ der letzten Jahre mithervorbrachten.

Ablehnende Gefühle gegenüber Patienten mit anderen Werteinstellungen, politischen Ansichten und Lebensgewohnheiten

In Therapien und Beratungen werden immer auch Wertvorstellungen und Weltanschauungen des Therapeuten an die Patienten vermittelt. Erfolgreiche Therapie scheint sogar mit einer Änderung des Wertsystems beim Klienten verbunden zu sein (*Beutler*, 1979). Im Therapieprozeß nähern sich die Werte von Klienten denen der Therapeuten an (*Reiter* und *Steiner*, 1979). Familientherapeuten mit konservativen Familienideologien neigen dazu, strengere Urteile über die Pathologie von Familien abzugeben als

weniger traditionell eingestellte Kollegen es tun (Seeman, Weitz, Abramovitz, 1976). Die Wertvorstellungen des Therapeuten über außereheliche Sexualität beeinflussen dessen Therapien bei hiermit verbundenen Problemen (Sprenkle und Weis, 1978). Über politische, religiöse und moralische Fragen, über Geschmacksdifferenzen und Gewohnheiten wird in Familien in der Regel heftig gestritten.

Auf familiäre Stilbildungen, von der Familie vertretene Werte gründet sich oft der Familienstolz; sie sind Teil familiärer Identitätsbildung. Differenzen über die Religionszugehörigkeit können tiefe Risse in Familien hervorrufen. Die unterschiedliche Bewertung z. B. der Nazi-Zeit kann die Generationen entzweien. In vielen Familien ist das Gespräch über diese Zeit aus Scham tabuiert; viele Erwachsene wissen nicht, was ihre Eltern und Verwandte damals taten, dachten und fühlten.

Die Wertorientierungen, nach denen sich Familien richten, ändern sich vordergründig rasch, die tieferen Schichten des Fühlens und Denkens, die grundlegenden Werthaltungen, Orientierungs- und Erlebnisweisen ändern sich demgegenüber langsam. Sie werden bei familiären Krisen wieder aktualisiert, etwa wenn eine 60jährige Großmutter bei der Schilderung ihrer Kindheitsprobleme als einziges, was sie ihrer Mutter bis heute nicht vergessen kann, angibt, daß diese ihr den Beitritt in den BDM verboten hat, wodurch sie unter ihren Mitschülern in eine Außenseiterposition gedrängt wurde.

Wieweit kann sich ein Therapeut hier noch wirklich einfühlen, z. B. wenn er diese Zeit gar nicht mehr kennt oder wenn seine Familie und er unter der Nazi-Zeit gelitten haben? Ist eine wohlwollende Parteilichkeit hier überhaupt noch möglich? Wie geht der Therapeut in der Behandlungsstunde mit seiner Betroffenheit um, wenn der Geiz, unter dem er in seiner Familie immer litt, plötzlich in der Klientenfamilie als höchster Wert dargestellt wird? Er wird vielleicht seine Wortwahl beherrschen können. Therapeuten messen die Normalität des Alltags in Familien ebenso wie deren Überzeugungen immer an ihren Wertmustern, die sie aus ihrer Familie – wenn auch in Auseinandersetzung mit dieser – mitbringen.

Möglichkeiten der Arbeit an den eigenen Familienbeziehungen

Nachdem zunächst versucht wurde von der *Erlebensseite* her den Familienbeziehungen des Therapeuten bzw. des Beraters und seiner Persönlichkeit in der Arbeit näher zu kommen, möchte ich nun einige Möglichkeiten und Begriffe zur *Erfassung der Familienkonstellation* in Familien darstellen, die jeder auf die Untersuchung der Beziehungen in seiner Herkunftsfamilie anwenden kann. Nach unseren Erfahrungen ist die Selbsterfahrung mit der eigenen Familie natürlich emotional am intensivsten und hat die weitreichendsten Konsequenzen für die Veränderungen der Familienbeziehungen. Und diese sollten real verändert werden, besonders bei starken Gegenübertragungsproblemen. Denn sie sind durch Deutungen zumeist nicht in den Griff zu bekommen (vgl. Toman, 1981).

Ein Zugangsweg zur Erfassung der eigenen Familienkonstellation ist das *Genogramm*, der unter familiendynami-

schen Gesichtspunkten erstellte *Familienstammbaum* (Guerin und Pendagast, 1976).

Familiäre Beziehungsstörungen ergeben sich zumeist durch tabuierte Fakten in der Familiengeschichte. Im Genogramm sind zunächst bis in die dritte Generation alle wesentlichen Daten der Familie zu erfassen, angefangen mit Namen, Vornamen, Geburts- und Todesdaten, Eheschließungen, Scheidungen, wichtigen Liebesbeziehungen, Trennungen, Abtreibungen, Fehlgeburten sowie Wohnorte und Umzüge, Todesursachen, schwere Krankheiten und psychische Symptome, Berufe und berufliche Veränderungen festzuhalten.

Hierbei stößt man dann rasch auf weiße Flecken, auf Punkte, von denen man nichts weiß. Dies sind in der Regel die Themen, bzw. Fakten, die in der Familie tabuiert sind, um die sich Familiengeheimnisse, Familienmythen und Störungen der familiären Kommunikation herausbilden, auf die weiter unten noch eingegangen wird.

Ein anderes Mittel ist die *Familienplastik* (Duhl et al., 1973), bei der die Familienbeziehungen in einer Art Standbild dargestellt werden. Die Familienmitglieder werden dabei je nach ihrer Position zueinander in Stellung gebracht, wobei sie auch eine Bewegung ausdrücken können (s. auch Schweitzer und Weber, 1982).

Beide Methoden ermöglichen es, die Verflochtenheit des emotionalen Systems Familie, ihre Struktur schnell und deutlich erfassbar zu machen, wobei das Genogramm eher den Blick für die emotional relevanten Fakten, die Familienhistorie und ihre zeitgeschichtlichen Verflechtungen, öffnet; die Plastik eher die Beziehungsdynamik deutlich macht.

Das Hauptproblem im Umgang mit der eigenen Familie ist von Kindheit an das Verschweigen von Wesentlichem, das Verschweigen der wesentlichen Gefühle aller Beteiligten, so daß in manchen Familien eine „emotionale Unwirklichkeit“ gelebt wird (Sperling et al., 1982). Dies resultiert aus der oben beschriebenen Angst, nicht angenommen zu werden bzw. aus der real erlebten Ablehnung, die derjenige erfährt, der sagt, was er wirklich denkt oder fühlt.

Wir haben festgestellt, daß das aus der eigenen Vergangenheit Erinnernte zumeist harmloser ist, als das tatsächlich früher Geschehene; daß wir, wie die Klienten, dazu neigen, Vergangenes eher zu verharmlosen, um psychisch zu überleben und unsere familiäre Identität wahren zu können. Die Fakten sind häufig schlimmer als die Phantasien und nicht umgekehrt; daher orientiert sich die von uns betriebene Familientherapie zunächst an den Fakten und deren Verschleierung. Wesentlich ist hierbei weiterhin, daß die Toten in Familien, deren weiterwirkendes Vermächtnis, das emotionale Klima stärker bestimmen können als die Lebenden.

Um die *weitere Beziehungsdynamik* in den eigenen Herkunftsfamilien erfassen zu können, sind darüber hinaus die folgenden Konzepte hilfreich, die ich jetzt kurz darstellen möchte: das Konzept des Beziehungsdreiecks, die Konzepte der Distanzierung und Verschmelzung (Bowen, 1966), sowie die Konzepte des Familiengeheimnisses (Karpel, 1980) und des Familienmythos (Ferreira, 1963; Carter et al., 1976). Familienbeziehungen sind in hohem Grade reziprok, verlaufen nach bestimmten, sich wiederholenden

Mustern. Alle Mitglieder beeinflussen sich gegenseitig. In diesem Sinne gibt es in Familien weder „Täter“ noch „Opfer“.

Die grundlegende stabilste emotional Einheit ist das Beziehungsdreieck, die Triangel, die immer dann entsteht, wenn ein Zwei-Personen-System in Druck gerät. Die Angst und Spannung zwischen zwei Personen wird dann auf ein Drittes übertragen, wobei dieses Dritte ein Kind, der Beruf, der Fernsehapparat, das Haustier, das Hobby oder die eigenen Eltern sein können. Durch die Triangulierung (Bowen, 1966) wird Spannung abgeleitet, gleichzeitig bleibt der Konflikt ungelöst. Die beteiligten Parteien kommunizieren nicht mehr direkt, sondern über einen Dritten, die Lösung der zwischen ihnen bestehenden Probleme wird verhindert.

So telefonierte ein Sohn z.B. jahrelang nicht mit seinem Vater, sondern ließ immer über die Mutter Grüße ausrichten. Der Vater verhielt sich entsprechend, so daß es selten zu einem persönlichen Kontakt zwischen beiden kam. So kam auch nie die Enttäuschung zur Sprache, die der Sohn gegenüber dem Vater empfand, weil dieser sich nicht für seine guten Schul- und Studienleistungen interessierte. In einer anderen Familie berichtete eine Schwester immer dem jüngeren Bruder von den Sorgen, die sich die Eltern über dessen Zukunft machten. Dies obwohl der Bruder 100 km näher am Wohnort der Eltern lebte als die Schwester. Die Eltern hatten Angst, ihn mit ihrer Besorgnis in seinem Stolz zu verletzen. In anderen Familien werden Kinder als emotionale Puffer zwischen Eltern und Großeltern eingesetzt, oder Eltern zwischen Geschwistern.

Sicher fallen dem Leser einige Beispiele aus seiner Kindheit und seinen jetzigen Beziehungen zur Herkunftsfamilie ein, bei denen er in Beziehungsdreiecke eingespannt war, es noch immer ist oder andere Familienmitglieder einspannt. Wenn Familienmitglieder in viele intensive Dreiecksbeziehungen verstrickt sind, dann wird von einer *Verschmelzung* oder Fusion gesprochen (vgl. Carter et al., 1976). Hier spricht dann ein Familienmitglied für das andere. Die Tochter weiß, was der Vater fühlt, dieser spricht aus, was die Mutter denkt usw. Alle Mitglieder neigen dann dazu, die eigene Autonomie aufzugeben bzw. nicht zu entwickeln, denn jede Änderung hätte vitale Konsequenzen für das System.

Das scheinbare Gegenteil der Verschmelzung ist die *Distanzierung*, zum Beispiel durch Ausdünnen der emotionalen Beziehung, durch räumliche Entfernung, durch Verringerung der Kontakthäufigkeit. Die Distanzierung beendet allerdings nicht den emotionalen Prozeß zwischen den Personen. Dieser wird im Gegenteil noch intensiviert. Die Gefühle und Bedürfnisse aus den ursprünglichen Beziehungen werden nur auf neue Beziehungen übertragen und führen dort zu ähnlichen Problemen und Lösungsversuchen. Es ist also ein Irrtum zu glauben, man wäre mit seinen Eltern „fertig“ oder hätte sich abgelöst, nur weil man sie selten oder gar nicht mehr sieht.

Familienmythen und *Familiengeheimnisse* dienen in unterschiedlicher Weise zur psychosozialen Abwehr von belastenden Fakten in der Familie. Familiengeheimnisse können von der ganzen Familie gegenüber der Außenwelt geteilt werden oder von einzelnen Familienmitgliedern

gegenüber anderen. Familiengeheimnisse erzeugen Angst und Spannung in Familien, die sich auch in Symptomen entladen können. Über sie werden *Machtblöcke* und Allianzen gebildet. Die Geheimnisträger bilden gegenüber den Nichtwissenden eine Gruppe. Kinder können in schwere Loyalitätskrisen gestürzt werden, wenn sie von einem Elternteil zum Mitwisser gegenüber dem Partner gemacht werden (vgl. hierzu auch Karpel, 1980). Die Frage ist nun, ob es in unserer Kindheit und auch jetzt noch Familiengeheimnisse gab bzw. gibt, die unsere emotionalen Beziehungen bestimmen.

Familienmythen (Ferreira, 1963) können entstehen, um von der Familie erlebte Schuld zu verleugnen. So kann z.B. die Inflation als Grund für eine Verarmung der Familie angeführt werden, die in Wirklichkeit durch unsachgemäßes Wirtschaften eines Mitgliedes verursacht wurde. Oder in Familien können Mythen von vergangener Größe und vergangenem Reichtum gepflegt werden, die zu entsprechenden Über-Ich und Ich-Ideal-Bildungen führen: Z.B. wenn es in einer Familie heißt, es habe schon einmal einen Professor gegeben und eine Enkeltochter deswegen in ihren schulischen Leistungen gefördert wird, damit sie es diesem gleichtut, der Professor sich dann allerdings als Gymnasiallehrer in einer kleinen Stadt entpuppt.

Ziel der Betrachtung der Familienbeziehungen mit den dargestellten Konzepten ist es, diese – evtl. mit einem erfahrenen Familientherapeuten gemeinsam – zu erfassen und dann real zu verändern, so daß es zwischen uns und den uns wichtigen Familienmitgliedern zu direkteren, offeneren und persönlicheren Beziehungen kommt, nicht etwa zu einer vordergründigen Harmonisierung. Am Ende dieses Auseinandersetzungsprozesses kann dann die Versöhnung (Stierlin, 1975) mit den Familienmitgliedern und der Familiengeschichte stehen.

Summary

The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Counsellors and Therapists

The process of diagnostic, counselling and therapy in individual as well as couple and family therapy is highly dependent on the therapists' personalities and their experiences in their families of origin. The vocation of counsellors and therapists of the different theoretical and practical orientations can be regarded as a result of the specific dynamics in their family of origin.

Particular problems of countertransference in the work with couples and families are the result of these dynamics; these problems are as a rule related to the experience of neglect in early childhood, parentification and the development of empathy, the experience of proximity, distance and psychological curiosity, dependence and independence, power and powerlessness, envy and rivalry, and to sexuality as well as to negative feelings of the counsellor or therapist towards the client, which are related to deviant standards of values.

Possibilities to work on the relationships in the family of origin by genogram and family sculpture as well as by

means of the concepts of triangulation, fusion, distancing, family myth and family secret are demonstrated.

Literatur

- Anonymous* (1972): Toward the Differentiation of a Self in One's Own Family. In: *Framo, J.L.* (ed.): Family Interaction. New York, S. 111–173. – *Anonymous* (1978): The Essence of Being Stuck: It Takes One to Think You Know One. In: *International Journal of Family Counselling* 6, 2, S. 36–41. – *Barron, J.* (1978): A Prolegomenon to the Personality of the Psychotherapist. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 15/4, S. 309–313. – *Beckmann, D.* (1974): Der Analytiker und sein Patient. Bern. – *Beutler, L.A.* (1979): Values, Beliefs, Religion and Influence of Psychotherapy. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 16, S. 432–440. – *Bowen, M.* (1966): The Use of Family Theory in Clinical Practice. In: *Comprehensive Psychiatry* 7/5, S. 345–374. – *Bruce, W.E.; Sims, J.H.* (1974): Birthorder Among Psychotherapists. A See-Saw Phenomenon. In: *Psychological Reports* 34, S. 215–220. – *Carey, A.Ch., A.* (1977): Relationships of Psychotherapists' Personality and Therapy Methods. In: *Diss. Abstr. Int.* 38 (3-B), S. 1392–1393. – *Carter, E.; Orfanidis, M., McGoldrick* (1976): Family Therapy with one Person and the Family Therapists' own Family. In: *Guerin, P.J.* (ed.) *Family Therapy*. New York, S. 193–219. – *Chwast, J.* (1978): Personality and Opportunity in Psychotherapists' Choice of Theoretical Orientation or Practice. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* Vol. 15/4, S. 375–381. – *Cray, C.; Cray, M.* (1977): Stresses and Rewards within the Psychiatrists' Family. In: *The American Journal of Psychoanalysis* 37, S. 337–341. – *Duhl, F.J.; Kantor, D.; Duhl, B.S.* (1973): Learning, Space and Action in Family Therapy: A Primer of Sculpture. In: *Bloch, D.A.* (ed.) *Techniques of Family Psychotherapy*, New York, S. 47–64. – *Elliot, G.V.* (1975): A Descriptive Study of Characteristics and Personality Types of Counsellors of Runaway Youth. In: *Dissertation Abstracts International* 36 (6-B), 3119–3120. – *Ferreira, A.J.* (1963): Family Myths and Homeostasis. In: *Arch. Gen. Psychiatry* 9, S. 457–463. – *Framo, J.L.* (1975): Beweggründe und Techniken der intensiven Familientherapie. In: *Boszormenyi-Nagy, I.; Framo, J.L.*: Familientherapie. Reinbek, Bd. 1, S. 169–243. – *Freud, S.* (1910): Die zukünftigen Chancen der analytischen Therapie. In: *Ges. Werke*, Band 8. – *Friedmann, E.H.* (1971): The Birthday Party: An Experiment in Obtaining Change in One's Own Extended Family. In: *Family Process* 10, S. 345–359. – *Guerin, Ph.; Fogarty, Th.F.* (1972): The Family Therapist's Own Family. In: *International Journal of Psychiatry* 10, S. 6–22. – *Guerin, P.J.; Pendagast, E.G.* (1976): Evaluation of Family System and Genogram. In: *Guerin, P.J.* (ed.): *Family Therapy*. S. 450–464. – *Haris, B.M.* (1976): Recalled Childhood Experiences of Effective Child Psychotherapists. In: *Diss. Abstr. Int.* 36 (7-B), S. 3007. – *Henry, W.E.* (1978): Personal and sozial identities of psychotherapists. In: *Gurman, A.; Razin, A.* (Eds.): *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York. – *Heigl-Evers, A.; Heigl, F.* (1979): Zur Berufserziehung des Psychotherapeuten. In: *Praxis der Psychotherapie* 21, S. 1–9. – *Jackson, D.D.* (1956): Countertransference and Psychotherapy. In: *Progress in Psychotherapy* 1, S. 234–238. – *Karpel, M.A.* (1980): Family Secrets. In: *Family Process*, 19, S. 295–306. – *Klauber, J.* (1967): Der Psychoanalytiker als Person. In: *Psyche* 10–11, S. 745–757. – *Klüwer, R.* (1973): Anmerkungen zum Selbstverständnis des Analytikers. In: *Psyche* 12, S. 1078–1089. – *Krüll, M.* (1979): Freud und sein Vater. München – *Laforge, R.* (1960): Familienneurosen in psychoanalytischer Sicht. In: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 7, S. 2–9. – *Lazarus, A.A.* (1978): Styles not Systems. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 15/4, S. 359–361. – *Marmor, J.* (1956): The Feeling of Superiority: An Occupational Hazard in the Practice of Psychotherapy. In: *American Journal of Psychiatry* 110, S. 370–376. – *Meares, R.A.; Hobson, R.F.* (1977): The Persecutory Therapist. In: *British Journal of Medical Psychology* 50, S. 349–359. – *Racker, H.* (1978): Übertragung und Gegenübertragung. München – *Racusin, G.R.; Abramovitz, S.I.; Winter, W.D.* (1981): Becoming a Therapist: Family Dynamics and Career Choice. In: *Professional Psychology* Vol. 12/2, S. 271–279. – *Reich, G.*: Tabus und Ängste des Therapeuten im Umgang mit der eigenen Familie. (Im Druck) – *Reiter, L.; Steiner, E.* (1979): Werte zwischen Therapeuten und Klienten. In: *Kontext* Nr. 1, S. 24–49. – *Riemann, F.* (1959): Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkungen auf die Praxis. In: *Psyche* 13, S. 150–157. – *Rozsnafsky, J.* (1979): Beyond Schools of Psychotherapy: Integrity and Maturity in Therapy and Supervision. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 16/2, S. 190–198. – *Sandler, J.* (1976): Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. In: *Psyche* 20, S. 297–305. – *Schechter, N.* (1978): Therapists Typologies and Their Developmental and Motivational Correlates. In: *Diss. Abstr. Int.* 39 (6-B), S. 3006–B. – *Schmidtbauer, W.* (1977): Die hilflosen Helfer. Reinbek – *Schwartz, B.D.* (1978): The initial versus subsequent theoretical positions: Does the psychotherapists' personality make a difference? In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 15/4, S. 344–349. – *Schweitzer, J.; Weber, G.* (1982): Die Familienskulptur. In: *Familiendynamik* 7, S. 113–128. – *Seeman, L.; Weitz, L.J.; Abramovitz, S.I.* (1976): Do Family Therapists' Family Ideologies Affect Their Impressions of Families? In: *Journal of Community Psychology*, 4, S. 149–151. – *Sperling, E.; Klemann, M.; Reich, G.* (1980): Familienselbsterfahrung. In: *Familiendynamik*, S. 140–152. – *Sperling, E.; Massing, A.; Georgi, H.J.; Reich, G.; Wöbbe-Mönks, E.* (1982): Die Mehrgenerationenfamilientherapie. Göttingen – *Sprenkle, D.H.; Weis, D.L.* (1978): Extramarital Sexuality: Implications for Marital Therapists. In: *Journal of Sex and Marital Therapy*. Vol. 4, S. 279–291. – *Stierlin, H.* (1975): Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart. – *Toman, W.* (1974): Familienkonstellationen. München 2. Aufl. – *Toman, W.* (1981): Psychoanalyse vor neuen Aufgaben. In: *Psychologische Rundschau*, S. 200–208. – *Tucker, J.J.; Cantor, P.C.* (1975): Personality and Status Profiles of Peer Counsellors and Suicide Attempters. In: *Journal of Counselling Psychology* 22, S. 423–430. – *Vander Ark, M.J.* (1978): An exploratory study of selected antecedents to counsellors' personal theoretical orientations. In: *Diss. Abstr. Int.*, Vol. 38 (11-A), S. 6549–6550. – *Wachtel, E.F.* (1979): Learning Family Therapy: The Dilemmas of an Individual Therapist. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy* Vol. 10/2, S. 122–135. – *Walton, D.E.* (1978): An Exploratory Study: Personality Factors and Theoretical Orientations of Therapists. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 15/4, S. 390–395. – *Whitaker, C.A.; Felder, R.E.; Warkentin* (1975): Gegenübertragung bei der Familienbehandlung von Schizophrenie. In: *Boszormenyi-Nagy, I., Framo, J.L.*: Familientherapie. Reinbek, Bd. 2, S. 90–109. – *Yulis, S.A.; Kiesler, D.J.* (1968): Countertransference Response as a Function of Therapist Anxiety and Content of Patient Talk. In: *J. Consult. Clinical Psychology* 32, S. 413–419.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Günter Reich, Abt. für Psycho- und Soziotherapie, Humboldtallee 38, 3400 Göttingen.