

Herausgegeben von
Maria Bönica
Michael Brode
Volker Küller
Henning Scheuering
Jochen Schwelke
Wolfgang Seif
Barbara Stern
Bettina Wilms

Familientherapie



Familientherapie

Herausgegeben von Rüdiger Retzlaff, Jochen Schweitzer
und Bettina Wilms

September 2010 · 11. Jahrgang · Seite 201–288

3 · 2010



Rüdiger Retzlaff



Jochen Schweitzer



Bettina Wilms

Editorial

201 Familientherapie heute

Bettina Wilms · Rüdiger Retzlaff · Jochen Schweitzer

Standpunkte

202 Praxis der Familientherapie

Jochen Schweitzer

Aus der Praxis

Zwischen den Schulen

208 Verhaltenstherapeutische und systemische Familientherapie – Wenn zwei das Gleiche tun, ist es noch lange nicht das Gleiche

Hans Lieb

214 Zwischen Psychoanalyse und systemischer Therapie

Günter Reich

Setting-Formen-Kontexte

219 Multifamilientherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Michael Scholz

222 Multisystemische Therapie

Ute Fürstenau · Bruno Rhiner

226 Aufsuchende Familientherapie

Karl Heinz Münch

230 Gewaltloser Widerstand in der Behandlung von abhängigen jungen Erwachsenen – Eine Serie von zehn Fällen

Haim Omer · Idit Yogev · Elie Lebowitz

Spezielle Ansätze

239 Mentalisierungsbasierte Familientherapie

Eia Asen · Peter Fonagy

244 Bindungsorientierte Familientherapie für depressive Jugendliche

Guy S. Diamond · Suzanne Levy

249 Filialtherapie für Familien mit Vorschulkindern

Volker Thomas

254 Multidimensionale Familientherapie – Eine Verbindung von Familien- und Suchttherapie für Jugendliche mit Substanzstörungen und Verhaltensauffälligkeiten

Birgit Spohr · Andreas Gantner

258 Bedürfnisangepasste Behandlung und Offene Dialoge*Volkmar Aderhold · Nils Greve***Internationale Aspekte****262 Systemische Ansätze aus europäischer Perspektive – ein Streifzug***Maria Borcsa***Interviews****264 „Es wäre gut, wenn es weniger Vorbehalte gäbe, Angebote zur Unterstützung anzunehmen!“***Andreas Eickhorst im Gespräch mit Bettina Wilms***268 Rückblick auf eine Familientherapie – Drei Familienmitglieder und ein Therapeut erinnern sich***Jochen Schweitzer***Résumé****270 Die familientherapeutische Landschaft ist bunt***Rüdiger Retzlaff · Jochen Schweitzer · Bettina Wilms***DialogLinks****271 Familientherapie: Informationen und Anwendungen im Internet***Christiane Eichenberg · Tobias Scherzer***DialogBooks****276 Buchempfehlungen***Georges Schenck***Im Dialog****279 „Wie hältst du das nur aus?“ – Erfahrungen einer Psychoonkologin***Susanne Gutberlet im Gespräch mit Barbara Stein***284 Wir empfehlen ...***Dirk Revenstorf***286 Herausgeberteam****287 Impressum****288 Vorschau****www.thieme.de/pid**

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich. Außerdem bieten wir Ihnen dort eine Kommunikationsplattform, auf der sich unsere Leser untereinander sowie mit Herausgebern, Autoren und Verlag rasch und formlos austauschen können.

Indexiert in PSYINDEX

Familientherapie heute



Bettina Wilms · Rüdiger Retzlaff · Jochen Schweitzer

Irgendwie war sie entstanden, diese Idee, ein Heft zur Familientherapie zusammenzustellen. Der Kerngedanke war: Es könnte viel Neues zu berichten geben über Entwicklungen der therapeutischen Arbeitsmodelle für Mehrpersonensettings. Mehr als sonst in einem Heft von Psychotherapie im Dialog üblich ist, haben wir über die Landesgrenzen hinweg geschaut und Beiträge aus Großbritannien, der Schweiz, Israel und den USA aufgenommen. Die Beiträge von Volkmar Aderhold und Nils Greve zum Offenen Dialog, von Andreas Ganter und Birgit Spohr zur Multidimensionalen Familientherapie bei Drogenabhängigkeit, von Karl Heinz Münch zur Aufsuchenden Familientherapie, von Michael Scholz zur Multifamilientherapie und das Interview mit Andreas Eickhorst zu dem präventiven Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ zeigen, dass es auch im deutschsprachigen Raum neue Modelle und Entwicklungen gibt; sie lehnen sich aber oft an Entwicklungen aus dem anglo-amerikanischen Raum an. Für bestimmte Probleme – wie zum Beispiel schwer zu erreichende Jugendliche mit Verhaltensproblemen oder Suizidalität, bei Drogenmissbrauch oder Magersucht – gelten systemische Ansätze in vielen Ländern als ein wertvoller und erfolgreicher Behandlungsansatz, der breite Anwendung findet.

Durch die noch immer fehlende sozialrechtliche Anerkennung der systemischen Therapie ist die Familientherapie in der ambulanten kassenpsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland eher inoffiziell als offiziell präsent (in der Arbeit von Kolleginnen und Kollegen, die als Verhaltenstherapeuten oder Tiefenpsychologen registriert sind), und sie ist in der akademischen Psychotherapieforschung kaum repräsentiert – im deutlichen Un-

terschied zu den Ländern, aus denen etliche unserer Autoren stammen.

Ein deutlicher Trend ist die Integration und Verbindung von familientherapeutischen und systemischen Ansätzen mit Konzepten anderer Therapieverfahren: Die Beiträge von Volker Thomas zur Filialtherapie, der Bindungstheorie (Beitrag von Guy Diamond und Suzanne Levy zur Bindungsorientierten Familientherapie) und der Mentalisierungsbasierten Familientherapie (Beitrag von Eia Asen und Peter Fonagy) machen dies deutlich. Sie zeigen auch, dass althergebrachte familientherapeutische Strategien wie das Herstellen und Fördern von Nähe, Problem- und Lösungsinszenierungen oder enactments, die Moderation von Konfliktgesprächen und die Einleitung eines Perspektivenwechsels durch systemische Fragen nach wie vor als zentrale therapeutische Techniken gelten und als Bereicherung von anderen Psychotherapieverfahren gelten können. Hans Lieb und Günther Reich reflektieren dies überzeugend im Hinblick auf Verhaltenstherapie und Psychoanalyse, machen aber deutlich, dass systemische Therapeuten umgekehrt von den Haltungen und Herangehensweisen dieser beiden Verfahren profitieren können.

Deutlich wird auch, dass „systemisch“ nicht gleichbedeutend ist mit „Familientherapie“ und Familientherapie schulenübergreifende Konzepte herausfordert – und dies vielleicht mehr als in den Jahren der „großen“ Familientherapeuten. Nach Jochen Schweitzer ist Familientherapie in erster Linie als Setting definiert. Die Protagonisten dieses Heftes zeigen auch, dass der Ort von „Therapie“ (wenn es denn so zu nennen ist) sich verändern kann: Aufsuchende Familientherapie und nutzerorientierte Vorgehensweisen zeigen eindrucksvoll, was der Gewinn sein

kann, wenn Therapeuten sich „in Bewegung“ setzen. Neben Familientherapien im klassischen psychotherapeutischen Setting sind etliche der Modelle beweglicher geworden. Familientherapien finden auch in tagesklinischen Mehrfamiliengruppen statt, Therapeuten suchen Familien auf, beziehen aktiv das Arbeiten mit dem weiteren sozialen Umfeld ein – zum Beispiel Freunde oder Schulen – und kooperieren mit Berufsgruppen wie Familienhebammen, um aktiv Risikofamilien zu erreichen. Diese flexibleren Formen von Unterstützung und Hilfe bringen allerdings auch eine Veränderung des Selbstverständnisses von Therapeuten und einen anderen Umgang mit Fragen der sozialen Kontrolle mit sich. Ein Mehr an sozialer Verantwortung bedeutet wohl auch ein Mehr an wahrgenommener sozialer Kontrolle. Aber wo hört Verantwortung auf und fängt Einmischung in „innere“ Angelegenheiten an? Wo beginnt die Familie als privater Ort und wann endet das, was Haim Omer das „Geheimnis“ nennt und Eltern animiert, sich nicht länger zu verstecken, sondern sich ein Netz von Unterstützern zu suchen mit dem Ziel, diese in das Modell des Gewaltlosen Widerstandes einzubinden?

Womit wir wieder bei der Überschrift wären: Familientherapie heute? Wie in den Anfangsjahren der Familientherapie schöpft sie aus vielen Quellen, integriert und bereichert andere Therapieverfahren, dringt zunehmend auch in neue soziale Kontexte vor, und bietet einen wunderbaren Zugang zu kleinen und großen Menschen und ihren Problemen. Wir wünschen Ihnen in jedem Fall viel Freude dabei und vielleicht die eine oder andere ungewöhnliche Neu- oder Wiederentdeckung... und dann „Auf Wiedersehen“ am Ende, beim Resümee...

Praxis der Familientherapie^{1,2}

Jochen Schweitzer

Zusammenfassung Familientherapie lohnt sich vor allem dort, wo die klinischen Probleme Einzelner mit ihren existenziell wichtigsten sozialen Bezugssystemen (traditionell „Familie“ genannt) so eng verknüpft sind, dass eine isolierte Behandlung wenig aussichtsreich erscheint. Ein familientherapeutisches Erstgespräch muss nicht zwangsläufig in kontinuierliche Familiengespräche aller Beteiligten münden. Eine intelligente Kombination von Familien-, Paar-, Einzel- und evtl. gelegentlichen Netzwerkgesprächen bietet sich nach dem Erstgespräch als ökonomische Alternative zu klassischen dichotomen Entscheidungen wie „Einzel- oder Gruppentherapie?“, „hochfrequent oder niederfrequent?“ „symptomorientiert oder beziehungsorientiert?“ an.

Schlüsselwörter

- Familientherapie
- Indikationen und Kontraindikationen
- Erstgespräch
- Verläufe
- Dauer
- Methodenspektrum
- Störungsspezifische Befunde

Korrespondenzadresse

- Prof. Dr. Jochen Schweitzer
Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum Psychosoziale Medizin
Institut für Medizinische Psychologie
Sektion Med. Organisationspsychologie
Bergheimer Straße 20
69115 Heidelberg
Jochen.Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de

Einleitung

Dieser Artikel gibt eine kurze, einführende Übersicht über die Praxis der Familientherapie. Diese Übersicht lehnt sich an Hinweise aus den Leitlinienempfehlungen der AWMF-Kommission Paar- und Familientherapie (Scheib u. Wirsching 2002), aus empirischen Wirksamkeitsstudien (v. Sydow et al. 2007) sowie aus der Literatur über verschiedene Störungsbilder (Perlmutter 1996, Schweitzer u. v. Schlippe 2006) und über verschiedene familientherapeutische Settings an. Die praktischen Beispiele und manche Details stammen aus der 25-jährigen familientherapeutischen Praxis des Autors in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik, einer Hochschulambulanz für Familientherapie sowie aus Konsiliardienst und Fallsupervisionen in der psychosozialen Medizin und der Jugendhilfe. Aus Platzgründen kann dieser Artikel weder eine Darstellung der Unterschiede zwi-

schen einzelnen Schulen/Verfahren der Familientherapie, noch eine Darstellung spezieller Settings der Familientherapie wie etwa aufsuchende, multisystemische und Multifamilientherapie, noch eine Darstellung störungsspezifischer Ansätze der Familientherapie leisten.

Setting Familientherapie – Familientherapie ohne Familie

Welche Gemeinschaft von Menschen eine „Familie“ darstellt und welche nicht – das ist in postmodernen Gesellschaften heute schwieriger zu definieren als früher. Vermehrt leben Menschen ohne die juristische Klammer (des „Tauscheins“) des Bürgerlichen Gesetzbuches zusammen, und die Grenzen heute zusammenlebender Patchworkfamilien entsprechen nicht mehr den biologischen Reproduktionsabfolgen von leiblichen Großeltern, Eltern und Kindern. Wir verstehen Familie heute mit Stierlin (2005) als „existenziell bedeutsame Beziehungssysteme“. Für die Familientherapie heißt das: Familie ist, wer vom Problem eines Menschen mitbetroffen ist, ihm nahesteht und an der Lösung dieses Problems interessiert ist. Das kann neben biologisch oder juristisch Verwandten zuweilen auch eine Lehrerin, ein Arbeitskollege oder ein guter Freund sein. *Familientherapie* ist ein Rahmen für Gespräche, in denen die Familienmitglieder gemeinsam mit einem oder mehreren Therapeutinnen nach Lösungen für ein Gesundheits- und/oder Beziehungsproblem eines einzelnen Mitgliedes, mehrerer Mitglieder oder der ganzen Familie suchen. Familientherapie ist ein Behandlungssetting, kein Behandlungsverfahren. Man kann Familientherapie im Rahmen eines systemischen, tiefenpsychologischen, humanistischen oder verhaltens-

¹ Erweiterte und überarbeitete Fassung eines früheren Artikels „Familientherapie: Wann und wie?“ in J. Eckert, S. Barnow, R. Richter: Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Bern: Huber, 2010.

² Da Familientherapeuten zu ca. zwei Dritteln weiblichen Geschlechts sind, verwende ich in diesem Aufsatz die Form „Die Familientherapeutin“.

therapeutischen Behandlungsverfahrens praktizieren, wengleich derzeit das Setting Familientherapie in der Praxis vorwiegend eine Domäne der Systemischen Therapie zu sein scheint.

Möglich ist auch eine „*Familientherapie ohne Familie*“. Man kann im einzeltherapeutischen Setting die abwesenden Familienmitglieder durch eine Reihe von Techniken mental sehr präsent machen und die Probleme des Einzelpatienten mit diesen Abwesenden gut bearbeiten (besonders mittels des Genogramms und des zirkulären Fragens; v. Schlippe u. Schweitzer 1996, S. 130ff. und S. 137ff.). Schneller und leichter geht es aber meist, wenn diese leiblich da sind.

Wann die Familie einbeziehen?

Die Familientherapie folgt eher einem „adaptiven“ als einem „selektiven“ Indikationskonzept. Sie fragt nicht: Bei welchen Persönlichkeiten und bei welchen Problemen/Symptomen sollte grundsätzlich Familientherapie angeboten werden? Sie sieht Familientherapie nicht als ein „Standardpaket“, das nach Indikationsstellung in konstant bleibender Form und Dauer und mit stets denselben Beteiligten „angewendet wird“. Sondern sie fragt: In welchen Kontexten werden Probleme (Symptome, Krankheitsbewältigung, Beziehungsprobleme) leichter lösbar, indem man welche Menschen an welchem Ort und zu welchem Zeitpunkt einlädt, an der Lösung der Probleme mitzuwirken. Das führt zu sehr flexiblen Settinggestaltungen für ein sehr breites Spektrum klinischer Konstellationen,

Die Leitlinienkommission Paar- und Familientherapie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinische Fachgesellschaft hat 1998 folgende situative Indikationskriterien formuliert, bei denen die Einbeziehung der Familie angezeigt sei (Scheib u. Wirsching 2002, S. 147; die Fallbeispiele entstammen meiner eigenen Praxis). Sehr vereinfacht lässt sich aus Perspektive des Menschen, der eine Psychotherapie sucht, sagen: Familientherapie ist angezeigt, wenn seine Familienmitglieder mitleiden und/oder wenn sie zur Lösung seines Problems hilfreich sein können.

► **Bei im Problem eng miteinander verbundenen Familien:** Das klinische Problem eines Patienten ist eng verknüpft mit Problemen in seinen Paar- oder Familienbeziehungen. Und diese Beziehungsprobleme erscheinen ohne

Familientherapie nicht oder nur sehr viel langwieriger lösbar.

» *Ein 20-jähriger Abiturient versucht nach erstem Psychriaufenthalt hinsichtlich seiner Ausbildung wieder „auf die Beine zu kommen“. Sein Vater hat selbst als junger Mann nach schwerer Krise sein damaliges Studium abgebrochen und danach einen niedrig qualifizierten Beruf ergriffen. Missmutig verbreitet er seinem Sohn gegenüber beständig, dass er davon ausgeht, dass es seinem Sohn auch kaum werde besser gehen können. Die Mutter, lebenspraktisch sehr kompetent, beruflich erfolgreich und etwas überprotektiv, hat das Management der meisten Lebensvollzüge ihres Sohnes so intensiv übernommen, dass dieser kaum irgendetwas selbst regeln muss und kann.* «

► **Bei familiärer Co- und Multimorbidität:** Mehrere Mitglieder benötigen im selben Zeitraum psychotherapeutische Behandlung.

» *In einer Familie leidet der Vater an einer Epilepsie, die Mutter hat eine stationäre Depressionsbehandlung hinter sich, die jüngere Tochter leidet an Migräne. Die vielfachen Schrecken über die epileptischen Anfälle des Vaters und sein Verbot, „bloß niemand außerhalb der Familie davon zu erzählen“, um seine berufliche Situation nicht zu gefährden, haben eine mehrjährige Stressperiode in der Familie eingeleitet, von der sich alle Familienmitglieder zu Therapiebeginn, knapp acht Jahre nach der Epilepsiediagnose, noch nicht erholt haben.* «

► **Bei Familien, die „Opfer“ der Einzeltherapie eines ihrer Mitglieder geworden sind:** Durch die psychotherapeutische Einzelbehandlung bei einem Mitglied ausgelöste unerwartete Veränderungen („Ich habe mich lange genug untergeordnet, jetzt muss ich mich auf mich selbst konzentrieren“) induzieren stressvolle und manchmal gesundheitsgefährdende Beziehungskrisen bei dessen Angehörigen.

» *Ein Vater von vier Söhnen, wegen deren Bettnässen die Familie anfangs in Familientherapie kommt, unterzieht sich wegen zunehmender depressiver Verstimmungen einer psychosomatischen Kur von zwei Monaten. Bei Rückkehr erscheint dieser zuvor freundlich-aufopferungsbereite Mann und Vater ganz verändert. Unter der Devise „Ich bin ich“ hat er sich jetzt vorgenommen, nur nach der eigenen Selbstbestimmung zu leben, verhält sich unwirsch, aggressiv,*

kündigt seine Elternpflichten vorübergehend auf, was eine schwierige (langfristig aber produktiv bewältigte) Übergangskrise in der Familie auslöst. «

► **Bei Familien, die „Opfer“ der Krankheit eines ihrer Mitglieder geworden sind:** Chronische oder sehr belastende akute Krankheitsprozesse (z. B. bei Demenzen, Karzinomen, Multipler Sklerose, Parkinson, Psychosen, Drogenabhängigkeit) eines Mitglieds haben die Bewältigungsprozesse seiner Angehörigen erschöpft, sodass bei diesen Dekompensation droht.

» *Bei einem Ehepaar Anfang 40 ist die rheumatische Erkrankung der Ehefrau zu einem belastenden Beziehungsthema geworden. Beide, sehr psychosomatisch aufgeschlossen, fragen sich, ob zumindest der Verlauf der rheumatischen Schübe ein Indikator für ihnen selbst nicht ganz klare Probleme in ihrer Paarbeziehung sei. Diese quasi „paardynamisch-psychosomatische“ Hypothese, von beiden geteilt, ist ihnen zu einem Quell gemeinsamen Leides geworden.* «

► **Wenn Hospitalisierung und Ausgrenzung vermieden werden sollen:** Familiäre Ressourcen sollen für das Weiterleben eines erkrankten Mitglieds in der Familie aktiviert werden, um damit langfristiger Hospitalisierung oder Heimeinweisung vorzubeugen.

» *Eine Frau Mitte 40 wird zum ca. zehnten Mal in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Als regelmäßige Auslösesituation stellen sich Konflikte in dem Haus der Herkunftsfamilie ihres Mannes heraus, in dem sie mit dem gesamten Clan ihres Mannes wohnt. Die Psychiatrische Klinik wird ihr immer wieder zum „Asyl“, in dem sie in psychosenah verwirrtem Zustand Unterschlupf beehrt, wenn sie zu Hause erneut eine Fehde besonders mit einem ihrer Schwäger und dessen Ehefrau „verloren hat“. Die Klinik entscheidet sich nach einer von mir durchgeführten Team-Fallsupervision, die kooperativen Teile dieses Clans zu einem gemeinsamen Gespräch einzuladen. Dieses kommt nicht zustande. Ein Jahr später suizidiert sich die Patientin.* «

► **Wenn Familienmitglieder als hilfreiche „Co-Therapeuten“ dienen können:** Andere Familienmitglieder können einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung oder Milderung der klinischen Problematik des Patienten leisten. Und dieser

Beitrag erscheint ohne die Einbeziehung dieser Familienmitglieder in die Therapie nicht oder nur unzureichend aktivierbar.

» Eine Mutter will sich beim Psychotherapeuten gegen ihre beruflich einschränkenden Flugängste desensibilisieren. Der dreifach (verhaltens-, hypno- und systemtherapeutisch) ausgebildete Psychologische Psychotherapeut spielt mit dem (agoraphobischen, aber nicht flugängstlichen) Kind „Start und Landen auf dem Flughafen“ mit kleinen Modellflugzeugen und lässt die Mutter dabei zusehen, die über Identifikation und Modelllernen dabei eine bedeutsame Verringerung ihrer Symptomatik erlebt. «

Wer in einer Einrichtung arbeitet, die Erstgespräche typischerweise als Einzelgespräche gestaltet, kann ein weiteres, simples Indikationskriterium nutzen. Wenn Angehörige beim Aufrufen des Patienten anfangs gleich mit aufstehen, während des Einzelgespräches im Wartezimmer sitzen bleiben und hinterher die Erstinterviewerin zu kontaktieren versuchen („Frau Doktor, darf ich Sie auch mal kurz fragen...“) – dann liegt hier oft eine enge familiäre Bindung rund um das heute präsentierte Problem vor. Diese einmalige Chance zur raschen Diagnostik und Compliancesicherung aller Beteiligten sollte sich eine Psychotherapeutin nicht entgehen lassen.

Ob Familientherapie angezeigt ist, wird man also am einfachsten herausbekommen, wenn man die Familie zum Erstgespräch einlädt, oder zumindest sich beim Erstgespräch intensiv nach der familiären Situation erkundigt. Alternativ stellen sich solche Indikationen oft erst später in Krisen oder Stagnationsphasen heraus, die durch frühzeitigere Familieneinbeziehung vermieden werden könnten.

Der Reiz der Familientherapie liegt darin, dass sie „die Dinge dort zu klären hilft, wo sie hingehören“ – nämlich familiäre Themen nicht mit einer Therapeutin im Kämmerchen einzeln zu besprechen, sondern direkt mit den Mitbetroffenen.

Dies unterscheidet Familientherapie auch von Gruppentherapien mit anderen Patienten. Auch dort können neue und konstruktivere Beziehungsmuster gelernt werden, aber in der Regel nicht mit den für den Patienten existenziell wichtigen Menschen.

Wann die Familie nicht einbeziehen?

► Wenn Familienmitglieder nicht einbezogen werden können oder wollen: weil sie räumlich zu weit entfernt leben; weil sie aus emotionalen Gründen, nach langer Entfremdung oder schweren Kränkungen, trotz Versuchen von Patient und Therapeutin eine Einladung ablehnen; oder weil der Patient selbst zu große Angst vor dem Familiengespräch hat, die von der Therapeutin nicht ausgeräumt werden kann.

» Ein nordamerikanischer Wissenschaftler kommt in einer deutschen Universitätsstadt zur Therapie, um ein Problem zu überwinden, das in einzelnen, für seine Laufbahn gefährlichen Situationen auftritt. Zu sehr wichtigen Terminen (Doktorprüfung, Begutachtungstermine von Forschungsprojekten) kommt er immer wieder erheblich zu spät. Seine Familienmitglieder leben weltweit verstreut. Mit ihm mache ich eine „Familientherapie ohne Familie“ (s.u.): Anhand eines Genogramms seiner Herkunftsfamilie finden wir heraus, dass Zuspätkommen schon früher ein Weg war, seinem sehr dominanten Vater eine Art „gewaltfreien Widerstand“ entgegenzusetzen. Dann suchen wir nach anderen Wegen, wie er Autoritätspersonen (Doktorvätern, Prüfern, Gutachtern) auf andere Weise selbstbewusst gegenüber treten kann. «

► Wenn Familienmitglieder keinen Konsens über eine Familientherapie erzielen können: weil sie zwar zum Erstgespräch mitkommen, dort aber keine Einigung über Ziel, Themen und Form weiterer Gespräche zustande kommt.

» Eine Frau will sich von ihrem Mann trennen. Er möchte mit ihr zusammenbleiben und will sie als „letzten Versuch“ zu einer Paartherapie motivieren. Sie hätte eine solche früher immer gewollt, jetzt sei es ihr aber dafür „zu spät“. Am Ende des Erstgesprächs stellt sie klar, dass Gespräche sie nicht zu einem Verbleiben bewegen können, dass sie aber mit ihm darüber sprechen möchte, wie sie die Trennung ihren Kinder mitteilen und mit diesen durchstehen. Dazu ist er in diesem Moment nicht bereit. Einige Monate später, als ihre Trennungsabsichten immer konkreter geworden sind, kommt es zu zwei vorbereitenden Paargesprächen und dann mehreren Gesprächen mit Eltern und Kindern, um den Kindern das Verstehen und Akzeptieren der Trennung zu erleichtern und um ange-

messene Verabredungen für eine „gemeinsame Erziehung an zwei Standorten“ zu finden. «

► Wenn das offene Gespräch untereinander physisch gefährlich werden könnte: Dies kann vor allem bei Gewalt und Missbrauchskonstellationen der Fall sein, wenn die Familienmitglieder (noch) zusammenleben, und ein Gewalt gebrauchendes Familienmitglied (ein „Täter“) nach dem Gespräch „Rache nimmt“ für Äußerungen während der Therapiesitzung („Dir zeige ich es jetzt – mich so anzuschwärzen!“).

► Wenn die Probleme des Patienten gar nichts mit seiner Familie zu tun haben: z. B. ihn seine berufliche Situation plagt, die Familie davon wenig betroffen ist und ihn dabei bereits bestmöglich unterstützt.

» Ein älterer leitender Angestellter kommt, um seine intensiven depressiven Reaktionen zu überwinden, die ihn regelmäßig bei der Arbeit oder auf dem Weg dorthin, nicht aber in seiner Familie ereilen. Die Therapiegespräche mit ihm allein konzentrieren sich auf seine geringe Identifikation mit seiner Firma und auf seine Situation als älterer Mitarbeiter in einem „jugendorientierten“ Konzern. Als sich sehr viel später starke Ablösungsprobleme mit einem seiner Kinder einstellen, machen wir intermittierend zwei Familiengespräche sowie vier Einzelgespräche mit diesem Kind hierzu. «

► Wenn für die Intimität des Themas ein Familiengespräch unangemessen wäre: z. B. bei heranwachsenden Kindern oder jungen Erwachsenen, wenn es um Sexualität geht.

» Mit einer jungen Frau von 20 Jahren habe ich über mehr als ein Jahr mit der Familie an der Überwindung familiärer Neid- und Gerechtigkeitskonflikte gearbeitet, die bei ihr intermittierende „Hungerstreiks“ auslösten. Nachdem dies gut überwunden ist, verliebt sie sich erstmals in einen jungen Mann. Dessen sexuelle Avancen aber irritieren sie so heftig, dass sie erneut zu hungern beginnt. Darauf biete ich ihr zunächst zwei Einzelgespräche, danach ein „Paargespräch“ mit dem neuen Freund an. «

► Wenn der Patient in seiner Familie hohe Autonomie und eine sehr akzeptierte Position hat, sodass es ihm genügt, in der Therapie („Familientherapie ohne

Familie“) gute Ideen zu entwickeln, deren Umsetzung er dann ohne therapeutische Hilfe im familiären Alltag alleine leisten kann.

Man sieht diesen Listen der Indikationen und Kontraindikationen an, dass es hier meist nicht um ein grundsätzliches „Ja oder Nein“ zu einer Familientherapie geht (die sog. „selektive Indikation“), sondern eher um die Frage, bei welchem Thema und zu welchem Zeitpunkt der Einbezug der Familie sinnvoll ist (die sog. „adaptive Indikation“).

Das Erstgespräch als Familiengespräch

Das psychotherapeutische Erstgespräch als Familiengespräch zu gestalten, bietet zahlreiche Vorteile. Frühzeitig kann die Therapeutin mit einem eigenständigen Eindruck, nicht nur aus den Schilderungen des Patienten, die soziale Komplexität seiner Situation erfassen. Sie wird nicht (ungewollt) zum Bündnispartner eines gegen ein anderes Familienmitglied – ein Schicksal, das Einzeltherapeuten oft erleiden. Sie kann die Mitarbeitsbereitschaft der Familienmitglieder nutzen und sich dadurch die eigene Arbeit leichter machen. Meist ist es leichter, aus einem im Erstgespräch schon praktizierten Familiensetting in ein Einzelsetting überzugehen als umgekehrt, insbesondere bei konflikthaft zerstrittenen Familien. Bei weniger konflikthaften Familiensituationen ist dies auch später noch möglich. Idealtypisch kann ein familientherapeutisches Erstgespräch etwa so ablaufen:

Begrüßung und „Ankoppeln“ Die Therapeutin stellt sich, ihre Arbeitsweise, ihren Arbeitsraum, falls vorhanden, ihr therapeutisches Team hinter einer Einwegscheibe oder anwesend im Raum den Familienmitgliedern kurz vor. Dann erfragt sie von allen Anwesenden kurz deren Namen und Alter, derzeitige Lebenslage (Schule, Beruf, Rente...), und deren derzeitige besondere Interessen (Hobbys, Projekte...). Sie versucht von vornherein sich „allparteilich“ zu zeigen, also gleichzeitig „auf der Seite jedes einzelnen“.

Empfehlungskontext Die Therapeutin erkundet, in welcher Weise nicht anwesende Dritte als formelle oder inoffizielle „Überweiser“ mit eigenen Zielsetzungen indirekt beteiligt sind: „Wer hat Ihnen mit welcher Begründung geraten sich an

mich zu wenden? Was haben Sie über diese Empfehlung gedacht? Was wäre für diese Person ein gutes Ergebnis unseres heutigen Gesprächs?“

Anliegens- und Auftragsklärung Die Therapeutin fragt, mit welchen Erwartungen jedes Mitglied heute hierhergekommen ist. Zu vorgetragene Sorgen („weil meine Frau so schlecht schläft“ oder „weil unsere Tochter kaum noch etwas isst“) wird sie bald nach den korrespondierenden Wünschen fragen: „Was hoffen Sie, was Familiengespräche daran ändern könnten?“ Besonders intensiv und respektvoll werden die Sorgen der „Skeptiker“ erfragt, die eigentlich gar nicht mitkommen wollten: „Was befürchten Sie, was hier im ungünstigen Fall passieren könnte?“

Klärung des Problems Anfangs oft globale Problembeschreibungen („Angst“, „Depression“, „sein Saufen und Kiffen“, „er ist schlecht in der Schule“, „wir haben dauernd Streit“, „traumatische Erlebnisse“) werden danach differenziert a) aus welchen Verhaltensweisen diese Probleme genau bestehen und b) in welchen Kontexten diese Probleme sich wem wie intensiv zeigen. Besonders interessant, weil bereits auf mögliche Lösungen hinweisend, sind hier die „Ausnahmen vom Problem“: Wann zeigt sich das Kind nicht ängstlich, die Mutter nicht depressiv, kiffte der Jugendliche nicht, gibt es keinen Streit untereinander?

Klärung der Beziehungsprozesse rund um die Probleme Wen stören diese Probleme und wen nicht? Wer reagiert wie auf diese Probleme? Welche Erklärungsversuche für diese Probleme zirkulieren in der Familie? Welche Lösungsversuche hat es schon gegeben und wie erfolgreich waren die? Was hat sich in den Beziehungen verändert, als die Probleme begannen (an dieser Stelle kann es schon im Erstgespräch zu kurzen Exkursen in die Familiengeschichte kommen)? Wie sähen die Beziehungen aus, wenn das Problem künftig wieder gelöst würde?

Veränderungsmöglichkeiten Durch hypothetische und Zukunftsfragen können nun Veränderungsszenarien dieser Beziehungsmuster an- und durchgedacht werden. Dabei helfen lösungsorientierte „Verbesserungsfragen“. Die Therapeutin kann nach der Verlängerung jener Zeiten, in denen das Problem schon derzeit nicht auftritt, fragen: „Was könnten Sie tun, um

die angstfreie Zeit um eine Stunde am Tag auszudehnen?“ Sie kann sich für psychische oder soziale Ressourcen interessieren, die früher schon einmal bei der Lösung ähnlicher Probleme geholfen haben: „Wie haben Sie es in den ersten zwei Jahren ihrer Beziehung geschafft, sich am Wochenende nicht zu streiten?“ Oder sie kann nach den ersten konkreten Veränderungsschritten nach einer wundersamen Problemlösung fragen mit der bekannten Wunderfrage: „Angenommen Ihr Problem ist eines Nachts, nachdem eine gute Fee sie geküsst hat, während Sie schliefen, zum Fenster hinausgeflogen – was wäre die erste Kleinigkeit, an der Sie am nächsten Morgen die Veränderung bemerken könnten?“ Bei mutlosen Familien(mitgliedern) sind oft Verschlimmerungsfragen anfangs wirksamer: „Was könnten Sie tun, um es sich noch schlechter gehen zu lassen, wenn Sie das versuchen würden?“

Bilanzierung in einem Schlusskommentar Am Gesprächsende kann die Therapeutin zusammenzufassen versuchen, „was ich heute von Ihnen gelernt habe“. Dazu versucht sie in einer allparteilich-neutralen und zirkulären Weise (also ohne einseitige Ursache-Wirkungs-Schuldzuschreibungen), möglichst prägnant und möglichst ressourcen- und lösungsorientiert ihr Bild der bisherigen Interaktionsprozesse rund um die präsentierten Probleme zusammenzufassen. Dazu gehört, von welchen potenziellen Lösungsmöglichkeiten sie erfahren hat.

Vereinbarung Sie wird der Familie ein Angebot machen, das eine grob geschätzte Zahl sinnvoller weiterer Gespräche, den Abstand bis zur nächsten Sitzung und wer beim nächsten Mal ihrer Meinung nach mitkommen sollte, beinhaltet. Falls der Gesprächsverlauf dies erlaubt, wird sie der Familie eine leichtere „Beobachtungsaufgabe“ der im Erstgespräch diskutierten familiären Interaktionen mit auf den Weg geben.

Am Ende eines Familienerstgesprächs werden dann Verabredungen getroffen, die so aussehen können: die nächsten drei Gespräche mit dem Patienten alleine, im weiteren Verlauf zumindest eines mit seiner Partnerin, um mit der Symptomatik verbundene Partnerschaftskonflikte zu klären; und zumindest eines mit den gemeinsamen Kindern, um deren „Mitleiden“ an den Symptomen des Elternteils zu lindern.

Diese „Faustregel“ gilt aber nicht immer. In Familientherapien mit einem hyperak-

tiven Kind und von diesem entnervten Eltern bevorzugt der Autor inzwischen ein erstes Gespräch nur mit den Eltern. Darin hört er sich lange deren Klagen an, bietet ihnen also einen „emotionalen Müll-eimer“ an, in den sie erst einmal langfristig aufgestauten Frust entsorgen können. Dann folgt eine sorgfältige Anamnese. Das erste Familiengespräch nimmt dann eher die Kompetenzen, die Zuneigung und die Lösungsmöglichkeiten der Beteiligten in den Blick (ausführlich zu Familiengesprächen mit Kindern und Jugendlichen Wilson 2003, Retzlaff 2008).

Familientherapien in ihrem zeitlichen Verlauf: wann wen einbeziehen?

Bei Familientherapien mit Kindern als Indexpatienten wird man häufig eine Kombination aus Familiensitzungen, auf das Problem zentrierten Einzelsitzungen mit dem kindlichen Indexpatienten sowie Sitzungen mit den Eltern wählen, die je nach Bedarf den Fokus eher auf „Elterncoaching“ oder auf „Paarberatung“ legen.

Bei jugendlichen Anorexie-Patientinnen wird man oft mit der Familie beginnen, um über die familiären Ängste, über unausgesprochene Beziehungskonflikte, über angemessene Reaktionen auf den „Hungerstreik“ der Patientin zu sprechen. Ziel ist dabei, dass das Mädchen sich wieder autonom fühlt, unabhängig von der Familiendynamik „Freundschaft mit dem eigenen Körper“ schließt. Diese „individuellen“ Themen („Ich und mein Körper“, „Ich und meine Vermeidung von Sexualität“ etc.) werden dann mit ihr alleine besprochen. Manchmal kann die Miteinladung einer Freundin hilfreich sein („Wie machst Du das denn, im Vergleich zu Deiner Freundin?“). Für Bulimie-Patientinnen ist dieses Vorgehen bei Gröne (1995) anschaulich beschrieben, für Anorexie-Patientinnen bei Weber und Stierlin (1989). Wenn Konflikte zwischen den Eltern im Mittelpunkt einer Familientherapie stehen, die evtl. auch zu einer Trennung/Scheidung führen können, wird eine Kombination aus gemeinsamen Familiengesprächen („Welche Gedanken machen sich die Kinder über die Beziehung der Eltern?“), aus Paargesprächen („Welcher Fundus an Zuneigung, welche Wünsche aneinander sind trotz der Konflikte noch vorhanden?“) und aus wenigen Einzelgesprächen („Wie sähe Ihr Leben aus, wenn Sie sich trennen würden? Wie stark sind derzeit Ihre Wünsche, zu-

sammenbleiben, im Vergleich zu Ihren Wünschen, sich zu trennen?“). Vor allem, wenn dann eine Trennung geschieht, werden im späteren Verlauf Einzelgespräche zur individuellen Anpassung beider an die neue Situation in den Vordergrund treten.

Das Methodenspektrum: nicht nur Sprache

Auch wenn die Familientherapie wie die meisten Psychotherapieformen eine stark verbal geprägte Arbeitsweise darstellt, so spielen doch para- und nonverbale „Handlungsmethoden“ eine bedeutsame Rolle. Besonders prominent sind während familientherapeutischer Sitzungen:

- ▶ die *Skulptur*, die räumliche Darstellung von Familienbeziehungen (meist Nähe und Distanz, Zuwendung und Abwendung, seltener Macht und Ohnmacht) anhand der Abstände zwischen den im Raum aufgestellten Familienmitgliedern
- ▶ das *Familienbrett*, die emotional etwas weniger intensive, ansonsten der Skulptur ähnliche Arbeitsweise, bei der Holzfiguren auf einer Art Schachbrett diese Beziehungen repräsentieren
- ▶ die *Zeitlinie*, bei der Familien eine imaginative Wanderung meist durch die bevorstehenden nächsten Jahre ihres Familienlebens, zuweilen auch durch Teile der zurückliegenden Familiengeschichte unternehmen
- ▶ der *Sprechchor*, in dem zentrale problemverstärkende „Glaubenssätze“ einzelner oder aller Mitglieder („Wir sind eine Familie von Verlierern“ oder „Wir haben alles falsch gemacht – jetzt ist alles zu spät“) identifiziert und dann als Sprechchor solange intoniert werden, bis sich Widerstand gegen diese Selbstlähmung regt und alternative Glaubenssätze den Mitgliedern in den Sinn kommen
- ▶ das „*Enactment*“, das Ausprobieren neuer Interaktionsmuster im Hier und Jetzt – etwa wenn gerade ein bislang meist abwesender Vater während der Sitzung in intensives Spielen mit seinem kleinen Sohn eingeladen wird und mit der Mutter erprobt wird, ob sie dem freundlich zusehen kann

In der Familientherapie mit Kindern spielen zudem Methoden wie Malen, Handpuppen, Spiele spielen u. v. m. eine große Rolle (Retzlaff 2008).

Am Ende familientherapeutischer Sitzungen werden oft „Hausaufgaben“, „Beobachtungsvorschläge“, „Experimente“ oder „Verschreibungen“ mit auf den Weg gegeben. Diese sollen im Familienalltag die in den Sitzungen angedachten Ideen einem Praxistest unterziehen. Sie können unterschiedliche Ziele verfolgen. Selbstbeobachtungsaufgaben laden zur Selbstreflexion ein. Paradoxe Intervention und Symptomverschreibungen haben oft provokativen Charakter und locken so den Widerstand der Familie gegen die Empfehlung zur „bewussten Problempflege“ heraus. Klassische Hausaufgaben („Wir empfehlen den Eltern, einmal bis zur nächsten Sitzung ohne ihre Kinder zu zweit ausgehen“) zählen auf die Compliance der Klienten.

Wann aufhören: Wie lange dauern Familientherapien?

Familientherapien umfassen immer weniger Sitzungen als vergleichbare Einzeltherapien und ihr Zustandekommen ist in einem statistischen Sinne „unwahrscheinlicher“. Sie erfordern, dass mehrere Menschen sich zur selben Zeit dafür entscheiden, und dass sie ihre Zeitpläne koordinieren müssen. Andererseits stellen sie meist intensiver und schneller wirkende Interventionen dar, weil der therapeutische Diskurs häufig schon in der Anfahrt auf das Gespräch beginnt und hinterher zu Hause im Alltag fortgesetzt wird.

Zumindest systemische Familientherapien umfassen nur selten mehr als 20 Gespräche, häufig dürften es vier bis fünf Gespräche sein, auch „Single-Session-Therapies“ (Talmon 1990) oder von vornherein auf zwei Sitzungen begrenzte Therapieangebote (Ebbecke-Nohlen 2003) sind nicht selten. Allerdings sind die einzelnen Gespräche häufig länger als 45 Minuten, die „Doppelstunde“ (90 Minuten) ist für familientherapeutische Gespräche oft günstiger.

Die Wissenschaft hat festgestellt: störungsspezifische Beiträge

Bislang habe ich konsequent kontextorientierte Antworten auf die Frage, wann eine Familientherapie angestrebt werden sollte, zu geben versucht. Das entspricht der vorherrschenden Denktradition der systemischen Familientherapie. Man kann die Frage aber auch aus einer ande-