

Zeitschrift: Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft

Herausgeber: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Band: 79 (1982)

Heft: 9

Artikel: Familie : Risiken und Chancen (2. Teil)

Autor: Luban-Plozza, Boris

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-838689>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

mit Rechtsbrechern, jungen und erwachsenen, abgeben, unterstützt von einigen Regierungsräten, sind momentan daran, ein Schweiz. Institut für Kriminologie und Strafvollzugskunde zu errichten, von welchem aus dann Kampagnen in Richtung Prävention der Kriminalität, wie dies in anderen Staaten schon längst geschieht, lanciert werden sollen. Auch der Forschung soll genügend Raum gegeben werden. Die Stiftung, die dafür errichtet werden soll, braucht aber sehr viel Geld, und man ist gegenwärtig daran, dieses bei Industrie und Wirtschaft zusammenzubetteln. Wir hoffen, dass aus dieser neuen Initiative etwas wird, das die Kriminalität in unserem Land einzudämmen imstande sein wird.

Familie: Risiken und Chancen (2. Teil)

*Von Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza,
Locarno, Psychosomatische Abteilung, Klinik Santa Croce*

B) Gefährdung der Geborgenheit und Selbsthilfepotential

Immer mehr Ehen enden in einem Scherbenhaufen vor dem Scheidungsrichter. Amerikanische Ärzte haben in psychologischen Untersuchungen den seelischen Zustand von geschiedenen Partnern mit dem von verheirateten Paaren verglichen und festgestellt, dass bei Geschiedenen drei Viertel der Frauen und zwei Drittel der Männer psychisch erkrankt waren, während bei Verheirateten nur bei einem Fünftel der Frauen und einem Drittel der Männer psychische Leiden diagnostiziert wurden.

Die emotionale Trennung vom Partner bringt in der Regel Schwierigkeiten mit sich, die vor allem mit dem Lebensalter und der Dauer der Ehe zusammenhängen und sicher auch mit der Intensität der (vielleicht einseitig doch noch recht engen) emotionalen Bindung an den verlorenen Lebenspartner. Dabei sieht man, wie amerikanische Wissenschaftler beobachten, dass Män-

ner sich kurz nach der Scheidung im allgemeinen zunächst hilfloser zeigen als Frauen, im längerfristigen Vergleich dann aber meist eine bessere soziale Rolle spielen und durch ihre beruflichen wie privaten Kontakte leichter über die Trennung hinwegkommen. Typisch für neu Geschiedene ist auch, dass sie oft vom früheren Ehepartner träumen, wobei oft starke Gefühlserlebnisse erfahren werden. Viele Geschiedene leiden auch darunter, dass sie sich selbst mit einem Mal als nicht mehr liebenswert empfinden und auch Schuldgefühle – die die Umwelt noch verstärken kann – dem früheren Partner sowie den Kindern gegenüber entwickeln. Allerdings ist es dabei nicht selten, dass manche in übertriebene Schuldbekennnisse ausbrechen und damit – vielleicht auch sich selbst gegenüber – beweisen wollen, wie sehr sie «dem anderen» moralisch doch eigentlich überlegen seien. Versuche, die Scheidungs-Problematik einfach zu verdrängen, können ausgesprochen neurotisierend wirken. Mitunter kann man dann ganz allgemein zum «Weiberfeind» oder zur «Männerhasserin» werden. Gleichfalls nicht selten wird eine aggressive Grundstimmung mit Rachegefühlen beobachtet, die in Racheakte münden kann; manchmal kehrt sie sich aber auch nach innen und bewirkt Hass gegen sich selbst oder zumindest Unzufriedenheit, unter Umständen aber auch Selbstmordgedanken. Auch die Kinder leiden oft unter scheidungsbedingten Aggressionen. Umgekehrt kann es das Selbstwertgefühl erheblich stärken, gelingt es dem Geschiedenen, Schritt für Schritt alle – oft schweren – neuen Probleme zu lösen und sich wieder einen festen Platz in der Gesellschaft zu erarbeiten.

Wie aus der 1982 veröffentlichten Genfer Bevölkerungsstatistik hervorgeht, hat sich die Scheidungswelle besonders in den vergangenen Jahren sehr rasch verstärkt. Während 1975 erst 33,0 Prozent der Ehen zerbrachen, gingen 1978 bereits 40,1 Prozent und schliesslich 1980 *44,1 Prozent* der Partnerbündnisse in Brüche. Der schweizerische Durchschnitt liegt demgegenüber bei 25 Prozent, der europäische gar bei bescheidenen 11 Prozent.

Zu den Phasen einer Trennung und deren Folgen ist es interessant, zu erfahren, dass eine Trennung vom Partner, wenn das Zusammenleben länger als zwei Jahre gedauert hat, einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren benötigt, um bewältigt zu werden.

P. Kielholz schreibt (Uni nova Basel 25/82): «Der Prozentsatz geschiedener Ehen ist in Basel bereits auf über fünfundzwanzig Prozent angestiegen, derjenige der partnerschaftlichen Erwerbsgemeinschaften, in denen Kinder oft als Störfaktor gewertet werden, wird nach epidemiologischen Untersuchungen in den Vereinigten Staaten ebenfalls auf über fünfundzwanzig Prozent geschätzt, woraus man schliessen kann, dass in den USA fast jedes zweite Kind in einer affektiv gespannten, oft zerrütteten Familiensituation zum Teil kinderfeindlichen Umwelt aufwächst.»

«In einer konfliktgeladenen Atmosphäre, wie sie einer Scheidung vorausgeht und auch in einer modernen Erwerbsgemeinschaft vorkommen kann, entstehen beim Kind Unsicherheit, Insuffizienz- und Schuldgefühle, die sich in Angstzustände und Aggressionen umwandeln können.»

Bei einer Stichprobenuntersuchung von rund 7000 Erwachsenen in einem kalifornischen Bezirk hat man herausgefunden, dass die Sterblichkeitsrate bei

50jährigen Männern und Frauen mit *festen* Bindungen zu Familie, Freunden und Kirche um die Hälfte niedriger war als bei den Personen, denen solche Beziehungen fehlten. Das galt unabhängig von persönlichen Gewohnheiten wie Rauchen, Trinken, Essen und sportlicher Betätigung.

Nach den Überlegungen *Schaefers* und *Blohmkes* scheint sich die Frau wechselnden Umweltbedingungen besser anzupassen als der Mann. Das Studium solch komplizierter Probleme bedarf jedoch der gezielten, statistischen Datenerhebung durch die Epidemiologie.

Eine diesbezüglich interessante Erscheinung zeigt der Vergleich der *Todesrate von Witwern*. Dies in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Todes ihrer Frauen mit den Sterbeziffern gleichaltriger verheirateter Männer. Die Sterbewahrscheinlichkeit im ersten Jahr der Witwerschaft ist nach Untersuchungen von *Parkes*, *Benjamin* und *Fitzgerald* wesentlich höher als bei gleichaltrigen, noch verheirateten Männern. Sie sinkt erst vom fünften Jahr der Witwerschaft an unter die Norm der Verheirateten.

An schweizerischen Familien wurde dieses Problem durch *Duss-von Werdt* und *Fuchs* eingehend untersucht, die mit neuem statistischem Material aufwarten («Scheidung in der Schweiz»). Bei «*Scheidungswitwern*», besonders bei Männern zwischen 40 und 50 Jahren, ist die Mortalität signifikant höher. Sie ist auch *höher* als nach dem *Tode* der Ehefrau. Es bleibt hier natürlich offen, ob der Mann an «gebrochenem Herzen» (wie *Parkes* und seine Mitarbeiter meinen) oder einfach an den Folgen mangelhafter häuslicher Fürsorge gestorben ist. Dieselbe Feststellung trifft noch in erhöhtem Masse auf die oberen sozialen Klassen zu. Sie lässt daher in der Tat das «gebrochene Herz» oder einen emotionellen Faktor als Ursache des Todes annehmen. Dies insbesondere auch deshalb, weil fast die Hälfte dieser Witwer an einer Kreislauferkrankung sterben. Ein wesentlicher Faktor, der Krankheit und Tod des Menschen mitbestimmt, liegt in der Persönlichkeitsstruktur, oder besser: *im persönlichen Verhalten*. Es ist weitgehend die Folge einer sozialen Prägung, die mit ererbten Faktoren interferiert. So ist es beispielsweise ausschlaggebend, wie der Mensch eine soziale Stress-Situation erträgt oder wie er sich an seine Umwelt emotionell anpasst usw.

Es scheint aber immer mehr «Don Juans» der Leistung und des Erfolges zu geben, die jede Geborgenheit gefährden. Aber auch besondere Ereignisse können zu «*Kristallisationspunkten*» ganzer Familiengruppen und Individuen werden, so Suizide, Krebs und Trauer. Es öffnet sich ein neues Forschungsfeld.

Mahler hat einige interessante Gedanken über die gesellschaftliche Funktion der «*multiplen Ehekriege*» im Zeichen der Aggression veröffentlicht. Er meint, der Ehe würden allerlei soziale, politische und materielle Probleme zur Lösung zugeordnet, die ausserhalb der Zweierbeziehung liegen.

Interessant ist das Phänomen der sogenannten «*Fassadenfamilie*». Darunter verstehen wir das Phänomen, wenn in einer Familie etwas sehr Unangenehmes passiert ist, dass nicht alle Energie dazu verwendet wird, dem Betroffenen zu helfen, sondern im Gegenteil das Problem in der Familie totgeschwiegen wird und die Energie fälschlicherweise dafür verbraucht wird,

nach aussen hin eine gute Fassade darzustellen, damit niemand in der Umwelt merkt, dass es in dieser Familie Probleme gibt. Dieses Phänomen der Fassadenfamilie ist eine schwierige Hürde auf dem Wege, die zunehmenden Depressionen und Selbstmordhandlungen einzudämmen. Hinter intakten Familienfassaden findet zuweilen ein Kampf statt, dessen Zeichen erst richtig verstanden werden müssen: Erziehungsschwierigkeiten oder Erkrankungen können ein Hinweis auf unheimliche Familienallianzen oder Konflikte sein. Die zirkuläre Bedingung wird bei Ehen hysterischer Partner weitaus ausgeprägter verwickelt. Zur Eskalation im Ehestreit gehören negative Rückkopplungen und Zwangsprozesse. Nach *Sperling* sind es in jüngster Zeit die Dreiecksverhältnisse, die man in dieser Häufung und Stereotypie zuvor nicht gekannt hat. Diese können oft als Wohlstandsphänomene gedeutet werden.

«Ihr Gemahl», fragte man eines Tages die Frau *Albert Einsteins*, «hat doch die berühmte Relativitätstheorie aufgestellt. Verstehen Sie die eigentlich?» Einen Augenblick nur zögerte Frau Einstein – dann sagte sie lächelnd: «Nein. Ich verstehe sie nicht. Aber ich verstehe etwas Wichtigeres. Ich verstehe Einstein.»

Bezüglich der *häufigsten Partnerschaftsprobleme* ergibt sich folgendes Bild¹. Für etwa drei Viertel aller Therapiepersonen sind die Bereiche Sexualität, Temperament und Zuwendung des Partners konfliktauslösend. Etwa 50 Prozent klagen über Auseinandersetzungen in den Bereichen: a) störende, persönliche Gewohnheiten des Partners, b) Freizeitgestaltung, c) Kindererziehung und d) Weltanschauung.

In den verschiedenen Bereichen werden von den Partnern folgende *Verhaltensänderungen* gewünscht:

Zuwendung:

- mehr miteinander sprechen und zuhören,
- einander mehr akzeptieren,
- häufiger spontane Zärtlichkeiten im Gespräch äussern;

Temperament:

- aktiver sein, mehr aus sich herausgehen,
- ruhiger, gelassener sein;

Sexualität:

- mehr Zärtlichkeit, Emotionalität,
- mehr Initiative, Aktivität, Abwechslung,
- mehr über die eigenen Bedürfnisse sprechen können;

Freizeitgestaltung:

- weniger Fernsehen,
- mehr gemeinsame Aktivitäten mit der Familie, aber doch etwas «freien Raum» für persönliche Bedürfnisse;

¹ *Schindler, Hahlweg und Revenstorf*: «Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Handbuch für Paare». Springer-Verlag 1980.

Kindererziehung:

- mehr Zuwendung, Geduld und Ruhe mit den Kindern,
- weniger strafen, nicht so autoritär sein,
- mehr auf die Kinder eingehen und sich mit ihnen beschäftigen.

Während die *Therapiepersonen* im Mittel 7,5 Bereiche von den 17 als problematisch empfinden, geben die zufriedenen Vergleichspersonen nur einen Bereich als konfliktauslösend an. Jedoch stehen in der Kontrollgruppe bei Auseinandersetzungen ähnliche Bereiche im Vordergrund. Beispielsweise sind 16 Prozent mit ihrer Sexualität unzufrieden, etwa zehn Prozent empfinden die Bereiche Weltanschauung, persönliche Gewohnheiten und Zuwendung in ihrer Beziehung als problematisch.

Wir leben in einer Zeit der zunehmenden Verunsicherung. Unerwünschte Bindungen durch Tradition und Konvention sollen gesprengt werden. «Es könnte geradezu als unzeitgemäss erscheinen, wenn die Familie in den Mittelpunkt der Beobachtungen unserer Ausführungen tritt und wenn vom *medizinischen Standpunkt* aus auf *ihre Lebensnotwendigkeit* hingewiesen wird» (Cermak).

Gerade die wachsende Zahl sogenannter «Risiko-Persönlichkeiten» mit ihren Verhaltensfehlern und den entsprechenden Auswirkungen auf kommende Familien ruft nach gezielter Therapie und vermehrter Vorsorge.

Die *Verhütung familiärer Krisen* beginnt schon durch die psychologische Vorbereitung auf Geburt und Elternschaft.

Wir müssen der Familie auch als *primäre* psychohygienische Instanz zu einer Bewusstseinsveränderung verhelfen. Wir müssen ein Familienklima fördern, das psychologisches Reifen mit Differenzierungs- und Trennungsprozessen möglich macht.

Kinder und Jugendliche brauchen immer echte Geborgenheit. Wir dürfen ihnen gegenüber ruhig einmal schwach sein und Gefühle zeigen. Dies fördert in der Eltern-Kind-Beziehung das Gefühl, verstanden und angenommen zu werden.

Den *Chancen der Familie* als Gruppe liegen *bedeutende heilende Kräfte* innerhalb der Familie selbst zugrunde. *In den Familien* besteht ein *latentes Selbsthilfepotential*, das durch Aufklärungsarbeit für Psychohygiene (schon in den Schulen!) gestärkt werden kann. Auf diesem noch weitgehend unerforschten Gebiet können wir positivere Arbeit leisten.

C) Familienkonfrontation als Therapiehilfe

Die «*Familieneinbeziehung*» ist ein häufigeres Vorgehen. Es wird bei «somatischen» Krankheiten schon längst angewandt: die Angehörigen werden einfach über die Erkrankung orientiert.

Besonders für die psychosomatisch Leidenden haben wir für Praxis und

Klinik die Methode der «*Familienkonfrontation*» (1971) eingeführt. Diese werden häufig entweder als schwer organisch krank oder als «Bagatellfälle» betrachtet. Deshalb kommt es zur Vertiefung der Symptomatik und zum Gefühl des Allein- und Verlassenseins.

Die Hausärzte stellen die *strategisch günstigste Kommunikationsstelle* dar. Sie werden nur in Ausnahmefällen die ganze Familie vor sich haben, aber immer wieder mehrere Familienmitglieder einzeln sehen. Sie können die Familie als Interaktionskreis erleben, in dem das Verhalten eines Mitgliedes das aller anderen beeinflusst und umgekehrt.

Wesentlich ist, mit welchen Konzepten der Therapeut arbeitet und ob er seine Gegenübertragung zu «erkennen» vermag.

Die Familienkonfrontation ist meist eine einmalige, konzentrierte Intervention des Arztes innerhalb der ganzen Familie des psychosomatischen Symptomträgers. Dieses Gespräch muss in der Regel nicht länger als eine halbe Stunde dauern und findet statt im Haushalt der Familie, in der Praxis oder in der Klinik, in welcher der Arzt arbeitet.

Der Patient erwartet, vom Arzt verstanden zu werden. Schon zu Beginn werden Diagnose und Therapie dieser therapeutischen Arbeit so wenig wie möglich getrennt. In der Behandlung sollten wenigstens einige «*Fortschritte*» ersichtlich sein. Das heisst, dem Patienten soll es zuerst besser gehen. Die «andern» haben zu warten. Bei der Familienkonfrontation sind die Familienangehörigen mit den Symptomen des Patienten – vielleicht sogar mit seiner «lokalisierten» Konfliktsituation – zu konfrontieren. Der Therapeut soll «frech» und mutig denken, aber vorsichtig handeln.

Er soll dabei nicht etwa die Rolle eines Richters übernehmen und einseitig zu beeinflussen versuchen und sich vor unkontrollierter Machtausübung hüten. Er wird die konkreten Zusammenhänge zwischen der körperlichen Symptomatik und den psychologischen Gegebenheiten nur dem vorbereiteten, orientierten Patienten darstellen und anstreben. Eine negative Gegenseitigkeit mit Abwertung «der anderen» öffnet keine Möglichkeit der Familienkonfrontation. Eine *positive*, mit anerkennendem Charakter, begünstigt sie.

Die Konfrontation nach aussen mit der Familie entspricht dem, was «die Gruppe sagt». Wichtig sind schon die *ersten Minuten*. Gerade auch die *optische* Gegenüberstellung, die nicht «psychosomatisch» zu enden braucht, erlaubt schon bei der Sitzordnung gewisse Einblicke. Es fällt nicht selten ein Familienmitglied, vielleicht sogar ein Kind, in der Schlüsselposition auf.

Wie eine Patientin sagte, sollte die Familie und nicht nur der Patient «umdenken» und aufgeklärt werden. Die Schlüsselperson vermag vielleicht die Zusammenhänge besser zu verstehen und kann als positive Hilfe in der «Neuentwicklung der Familie» eingesetzt werden.

So wird gleichzeitig dem Patienten der Rückzug gedeckt. Jetzt kann er, der als «psychosomatisch krank» exponiert war, von der Familie als besser verstandener Mensch aufgenommen werden. Bei Eheleuten kann es, mit besonderem Widerhall, zur wichtigen Echo-Beziehung mit dem Therapeuten kommen. Es stellt dies einen wichtigen, aber wertvollen Weg des therapeutischen Dreieckverhältnisses dar.

Die «Familienkonfrontation» verlangt *nicht* einen *vermehrten Zeitaufwand* für das Problem. Vielmehr lässt sich durch diese sogar Zeit gewinnen. Es mag zur Verkürzung der Behandlung kommen, welche durch die Dynamisierung der emotionellen Kräfte des Patienten und seiner Angehörigen und durch das Erkennen der Zusammenhänge eingebracht wird.

Der Leerlauf wird durch die besser ausgetragene Arzt-Patienten-Beziehung eingeschränkt. Die Verantwortung des Therapeuten wird klarer abgegrenzt gegenüber derjenigen, die das Gremium der Familienmitglieder trägt. Wenn diese die Not des Patienten bewusst erkennen, lässt sein «Druck» nach und damit gerade auch eine Not. Bei der entscheidenden Sitzung werden gruppeneigene Interaktionen zur Geltung kommen, die vom Therapeuten erkannt, aber nicht unbedingt aufgedeckt werden sollen. In seiner Tätigkeit kann der Therapeut zum unbewussten Komplizen eines Arrangements oder zum Katalysator eines ausschlaggebenden Wechsels werden.

Die Auseinandersetzung dreht sich darum, zu wissen, was eigentlich vor sich geht, *welche Angst* besteht. Dabei können Konflikte «ehrlich» angeschaut werden. Man kann miteinander hilfreich leben oder muss resignieren. Nach der Familienkonfrontation bleiben noch sehr viele Probleme. Ein vollständiges Bild ist vielleicht nicht zu gewinnen, aber man bekommt mehr Mut, darüber zu reden. Therapeutisch kann die Familienkonfrontation besonders dem Ich-schwachen Patienten helfen, gerade dann, wenn die Einzeltherapie nicht genügt.

Auch hier sind präventivmedizinische Momente mit psychosomatischen verflochten. Ob ein einmaliges Gespräch genügt oder ob sich eine Weiterentwicklung bis zur eventuellen Therapie eines Angehörigen oder einer gesamten Familie aufdrängt, wird erst später ersichtlich. Geringere Eskalation bei Problemdiskussionen und stärkere gegenseitige Akzeptanz werden angestrebt. Angehörige *allein* aber sehen wir nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Bei stationärer Behandlung besprechen sich die Angehörigen häufig mit dem Pflegepersonal, das unter Umständen mit Vorteil einer «psychosomatischen Konfrontation» beiwohnen kann.

Wichtig ist der *systemtherapeutische Ansatz*, mit dessen Hilfe die zirkuläre Kausalität von Krankheit und Familiensystem erkannt und durchbrochen werden kann. Zirkuläre Kausalität heisst z. B.: Konfliktvermeidende Kommunikation lässt eine Krankheit mitentstehen und verstärkt sie; die Krankheit ihrerseits begünstigt erst recht konfliktvermeidende Kommunikation. In diesem Kreislaufschema wird also in Form einer positiven Rückkoppelung eine Spirale in Gang gesetzt, die sowohl das kranke Familiensystem wie die Krankheit selber beständig weiter hochschaukelt. Statt in einem solchen Fall sich als Idealmutter bzw. Idealvater, Ersatzmutter bzw. Ersatzvater anzubieten, kommt es beim Allgemeinpraktiker vielmehr dazu, das Selbsthilfepotential einer Familie zu wecken und zu vergrössern (*J. Willi*, 10. Internationales Balint-Treffen 1982, Ascona).

W. Jacob wies in Ascona darauf hin, wie wichtig es für den Arzt und die Familie des Tumorkranken ist, sich den Fragen zu stellen, die durch den nahen Tod aktuell werden, statt durch Verheimlichung der Diagnose ein Ver-

steckspiel auszulösen, das der Kranke bald durchschaut. Das Leben mit der unheilbaren Krankheit trägt dann zu einer existentiellen Reife bei, die man als Gesunder nur schwer verstehen kann.

D) Zur Systemtherapie

Der amerikanische Familientherapeut *Jay Haley* hat den Kern der Systemtherapie vielleicht am besten erfasst: Sollte sich das Individuum ändern, muss sich *das Umfeld* ändern, in dem es sich bewegt. Die Behandlungseinheit ist nicht mehr die Einzelperson, sondern das Netz von Beziehungen, in das dieses Individuum eingebettet ist. Es wird eine Systemtherapie (Structural Family Therapy) angestrebt.

Eine Reihe pathologischer Interaktionen oder Beziehungsstrukturen haben Abwehrcharakter. Das Abgewehrte: Triebwünsche, Angst oder dergleichen können aber, nach *Häfner*, ein so hohes pathologisches Ausmass erreichen oder mit einer so schweren Ich-Beeinträchtigung verbunden sein, dass der Therapeut sein erstes Ziel auf einen Wechsel von ungünstigen zu günstigeren Abwehrformen finden muss. So kann er etwas mehr Raum für ein rollenadäquates Verhalten in der Familie geben; befriedigendere Beziehungen werden ermöglicht, kritische Auseinandersetzung durch Konfliktanalyse und Konfliktbearbeitung, dazu Gruppenanalyse stehen im Vordergrund.

Eine familientherapeutische Grundregel besagt: «Konfrontieren Sie, so mutig wie möglich, die Dinge, über die Sie bisher nicht zu sprechen wagten – Familiengeheimnisse, enttäuschte Erwartungen, vorenthaltene Gerechtigkeit.»

«Ein Beziehungsfeld ähnelt einem wogenden Getreidefeld im Wind. Wenn wir uns einbilden, wir seien selbst kein Getreidehalm oder wir stünden nur als Messlatte in diesem Getreidefeld, dann werden wir uns mehr irren als nötig wäre» (*Thea Bauriedl*).

Bei der Familientherapie wird die «*Patientin Familie*» behandelt. Sie gilt als hochspezialisierte Therapieform, die bei schweren Störungen unerlässlich ist. Dabei konzentriert man sich meistens auf ein Kernproblem: Man treibt «Fokalthherapie». Als Fokus können zum Beispiel Pubertätskrisen gelten. Hier ist es oft ebenso wichtig, mit den Beziehungspersonen zu arbeiten, wie mit dem auf den ersten Blick allein gestörten Jugendlichen. Wo Sensibilisierung und Chronifizierung bereits eingesetzt haben, ist eine Milieuthherapie unerlässlich. Durch Inzidenzanalyse werden die aktuellen Faktoren gesichert, wobei zwei Niveauekonflikte immer wieder hervortreten: Arbeitsplatz und – eben – Familie mit einseitiger Kompensation.

Die Radikalforderung amerikanischer Autoren, nach Entfernung des Kindes von den Eltern («*Parentektomie*»), ist nur sinnvoll, wenn sie mit einer ein-

gehenden Behandlung der Eltern Hand in Hand geht. Von den USA ausgehend, hat sich vor allem in den letzten 20 Jahren die Familientherapie zu einer völlig neuartigen Methode der Psychotherapie entwickelt. In der Familie selbst arbeitet der Therapeut unmittelbar am Ort des Geschehens. Er muss über grosses psychologisches Einfühlungsvermögen verfügen und sich unbedingt Zeit nehmen und Zeit lassen. Die Familie wird vom ersten Tag der Behandlung an in die Therapie einbezogen. Kehrt ein Jugendlicher nach einer scheinbar erfolgreichen Therapie in eine Umgebung zurück, in der die alten Muster weiterspielen, wird er leicht erneut zum Symptomträger, also rückfällig.

Die Familie muss als organische Einheit aufgefasst werden. So kann ein neurotisches Leiden eines Familienmitgliedes auf die Erkrankung des «Organismus Familie» hinweisen. Um sie an den eigentlichen Adressaten weiterzugeben, nimmt der Therapeut immer wieder Vorwürfe oder angeblich objektive Feststellungen auf. Bei psychosomatischen Störungen kann er innerhalb der Familie Belohnung und Bestrafung als Hauptstrategien erkennen. Am besten werden zwei Therapeuten eingesetzt – Mann und Frau – wegen der unterschiedlichen Übertragungsmöglichkeiten.

H. Stierlin unterscheidet drei Modelle:

a) Bei dem klassischen Modell «*Heilung durch Begegnung*» geht es darum, möglichst rasch einen innerfamiliären Dialog in Gang zu setzen, der es den Familienmitgliedern ermöglicht, über bisher tabuisierte, weil mit Angst oder Scham besetzte Themen zu sprechen: enttäuschte Erwartungen, Familiengeheimnisse, vorenthaltene Gerechtigkeit, abgewehrte, nicht geleistete Trauerarbeit. Dieser Dialog findet im Rahmen einer wöchentlichen Familiensitzung neben den im allgemeinen vier analytischen Sitzungen statt.

b) Das Modell «*Heilung durch Systemveränderung*» zielt vor allem darauf ab, die in einer Familie wesentlichen Beziehungen und Systemkräfte zu erfassen und sie zu verändern. Es kommt zur Anwendung in Familien mit psychotischen, alkohol- oder heroinsüchtigen, anorektischen oder sonst schwer psychosomatisch gestörten Mitgliedern, in denen sich eine sogenannte Sackgassensituation eingestellt hat. Damit das System Zeit hat, sich zu ändern, finden die familientherapeutischen Sitzungen in Abständen von drei bis vier Wochen statt.

c) Zwischen beiden Modellen steht das Konzept «*Heilung durch aktive Umstrukturierung*». Der Familientherapeut versucht, die in Gegnerschaft und Abhängigkeit miteinander verstrickten Angehörigen zu trennen.

Vielleicht zum erstenmal führt die Therapie eine echte Aussprache über bisher immer nur als Waffen missbrauchte Argumente in der Familiengeschichte als Weg aus der Sackgasse herbei. «Der Therapeut fühlt sich in die spezifische Sprache der Familie ein. Er weiss, wie und worüber die Mitglieder sprechen wollen, aber auch, was sie stillschweigend übergehen. Er merkt bald, was unterhalb der verbalen Ebene gefühlt und in Körperhaltung, Mimik, unkontrollierten Gesten und Haltungshemmungen ausgedrückt wird: eine Art «Mikro-Psychodrama». Der Therapeut schätzt das äussere Gesicht der Familie, ihre Schutzmaske («Persona»), ein. Er durchschaut und begreift die tiefe-

ren emotionalen Ströme, die die Eltern unterdrücken: Die Furcht, das Misstrauen, die Verzweiflung, die Rachewünsche. Er deckt diese Angstquellen auf, die es den Mitgliedern unmöglich machen, aus sich herauszugehen. Sie können ihr Verlangen nach Verständnis untereinander und mit dem Therapeuten blockieren. Er definiert für sich die Ebene, auf welcher der für die Familie charakteristische Kampf ausgetragen wird. Er prüft das Wechselspiel zwischen den gewohnten Abwehrmechanismen der Familie und der individuellen Angstabwehr.» Dieses Programm *Ackermanns* mag dem Praktiker, der eine neurotische Familie behandelt, unrealisierbar erscheinen. Es kommt aber nicht darauf an, *alle* familiären Konflikte zu erkennen und womöglich zu interpretieren. Oft hilft es, im gegenseitigen Gespräch eine verfahrenene Situation zu lockern und Binnenprobleme anzugehen.

E) Selbsthilfegruppen, aber auch Zusammenarbeit mit Fachleuten

Immer mehr können die Betroffenen sich neue Anregungen in *Selbsthilfegruppen* suchen, eine Art Gruppentherapie ohne Therapeut. Es bestehen Selbsthilfegruppen u. a. von Paaren, werdenden Eltern, Eltern von behinderten Kindern, alternden Menschen. Durch gegenseitigen Austausch werden Ängste abgebaut, bessere Beziehungen angebahnt und anonyme Krankheitsbegriffe persönlich physisch und psychisch erlebt. Damit wird die *Beziehungsebene*, z. B. Patient–Arzt–Familie, zur Beziehung unter den Betroffenen erweitert. Dies dient zur Krankheitsverarbeitung im Sinne von kooperierenden Familiennetzwerken, im Rahmen der Vorbeugung zur gezielten Stimulierung von Selbsthilfekräften und zur Mobilisierung des Selbsthilfepotentials.

Die Berufsgruppen der Ärzte, Psychologen, Fürsorger können auch weiterhin im therapeutischen Gruppenprozess vertreten sein. Die therapeutische Aufgabe wird aber auch mit sogenannten Laien: Kindergärtnerinnen, Schullehrern, Erziehungsberatern und vor allem mit den Familienangehörigen «geteilt».

In Zusammenhang mit regelmässigen und offenen Aussprachen und mit dem Begriff des «Copings» schreibt *Lazarus*: «Anstrengungen zur Problemlösung, welche ein Individuum dann unternimmt, wenn die Anforderungen von grosser Bedeutung für sein Wohlbefinden sind (wie in einer Situation mit beträchtlicher Gefahr oder mit Aussicht auf besondern Erfolg), sofern diese Anforderungen seine adaptiven Möglichkeiten herausfordern.»

Die Zusammenarbeit – das Miteinander von Experten und von Selbsthilfegruppen – könnte beispielhaft werden. Wir wollen ja interdisziplinär neue Impulse für die Familie wecken und fördern!

M. L. Moeller schreibt: «Die Beiträge, die Fachleute zu Selbsthilfegruppenarbeit leisten können, werden in den unterschiedlichsten helfenden und erzieherischen Berufen zu Kernbestandteilen der jeweiligen Ausbildung bzw. Weiterbildung werden müssen, wenn wir den grossen künftigen Anforderungen an eine psychosozial-orientierte Medizin gewachsen sein wollen – so zum Bei-

spiel auf dem Gebiet der psychosozialen Prävention und der seelischen Verarbeitung von Erkrankungen und Behinderungen. Die Funktion des Selbsthilfegruppenberaters steht dabei im Zentrum. Der Aufwand für diese zusätzliche Weiterbildung ist sehr gering zu halten. Medizin und psychosoziale Versorgung erhalten als Schleuse zu Selbsthilfegruppen für diejenigen, die eigenständig noch nicht arbeiten können, eine wichtige neue Funktion.»

Aber *M. Hambrecht* stellt fest: «Bis an den Rand der Erschöpfung versuchen Partner von Alkoholikern, Depressiven und psychosomatisch Gestörten, dem anderen zu helfen. Oft geraten sie dabei immer tiefer in eine Krankheits-Komplizenschaft, die mehr schadet als nützt – und die bisweilen gar nicht so uneigennützig ist, wie sie erscheint.» Was unterscheidet «richtiges» vom «falschen» Helfen? Als «Co-Alkoholiker» haben sie zur Aufrechterhaltung der Sucht beigetragen. Nach und nach wurden sie zu verschwiegene Mithelfern: Komplizenhaft deckten sie den Alkoholiker nach aussen, und innerhalb der eigenen vier Wände verfestigten sie seine Schuldgefühle und Lebensunfähigkeit durch Vorwürfe und Bevormundung. Sie halten Anforderungen vom Alkoholiker fern und nehmen ihm die Verantwortung für die Folgen seines Handelns ab. Zum Verständnis anderer Krankheitsverläufe ist das Konzept des «Co» ebenfalls nützlich. Denn auch Partner von depressiven oder psychosomatisch beeinträchtigten Menschen handeln oft als «Cos», die eine Störung ermöglichen und aufrechterhalten. Auf die Mitleidsappelle eines depressiven Partners reagieren viele mit Zuwendung und entlastendem Beistand. Im Fall psychosomatischer Patienten werden sie leicht zum «Symptompfleger».

Weshalb werden Partner zum «Co» eines Alkoholikers, Depressiven oder psychosomatisch Erkrankten? Neben augenscheinlicheren Motiven sind bei der Beantwortung dieser Frage tieferliegende Beweggründe zu berücksichtigen. Denn Co-Verhaltensweisen mögen zwar oft nur das Ergebnis unreflektierten Helfen-Wollens sein, sie können aber auch in einer überdauernden Persönlichkeitsstruktur begründet sein und mit eigenen psychischen Defiziten des Helfers zusammenhängen («die hilflosen Helfer»).

Zusammenfassend: Der Familienangehörige mit Problemen hat drei Möglichkeiten des Kontaktes. Es sind die *Beziehungsebenen*:

- a) zum Therapeuten = z. B. Arzt–Patient-Beziehung;
- b) zur eigenen Familie = Familientherapie;
- c) zu Menschen, die von gleichen Problemen betroffen sind = Selbsthilfegruppen als Ausweitung der Beziehungsebene.

Aber auch die *Informationsebene* kann hilfreich sein: (Wir müssten bis «aufs Land» gehen und Wesentliches in das Bewusstsein von den Familien bringen: für und mit Familien reden!).