

Zusammenfassung

Es wurden die Ergebnisse einer schriftlichen Nachbefragung von 28 Familien (67 Antworten), von denen zumindest ein Mitglied eine psychiatrische Diagnose hatte, ausgewertet. Etwa die Hälfte wurde in Anlehnung an die Mailänder Schule (mit psychoanalytischen und psychoedukativen Anteilen) behandelt, die andere Hälfte nach einer Methode des Reflektierenden Teams. Neben objektiven Variablen (Familienstruktur, Therapie-dauer etc.) wurden subjektive Einschätzungen der Klienten zur Wirksamkeit der Therapie erfaßt. Die Ergebnisse betonen die Bedeutung der Faktoren „Zeit“, „Atmosphäre“ und „Struktur des therapeutischen Settings“ für unterschiedliche Diagnosen. Jeder der beteiligten Therapeuten teilt seine persönliche Schlußfolgerung mit.

Instruieren oder dialogisieren – was wirkt wie?

Eine katamnestische Untersuchung

Dankward Helmes, Manfred v. Bebenburg und Linde v. Keyserlingk
Stuttgart

„Ich glaube, daß es einige Dinge gibt, die wir verloren haben und die wir vielleicht versuchen sollten wiederzugewinnen. Ich bin mir nicht sicher, ob sich diese Dinge in der Welt, in der wir leben, und mit dem wissenschaftlichen Denken, dem wir folgen müssen, genauso wiedergewinnen lassen, als seien sie nie verloren gegangen. Wir können jedoch versuchen uns ihrer Existenz und ihrer Bedeutung bewußt zu werden.“

(Lévi-Strauss)

Die therapeutische Arbeit mit Familien, die ein schwergestörtes Mitglied haben, unterscheidet sich deutlich von der Arbeit mit anderen Problemfamilien. Psychisch Kranke haben den Eindruck, daß etwas in ihnen geschieht, ohne daß sie dies beeinflussen. Sie sind nur der Ort, an dem „es“ geschieht. Dieser Meinung schließt sich in der Regel das Familiensystem an und hat demzufolge eine ganz eigene Erzählgrammatik, die man gemeinhin als einen „verrückten Kommunikationsstil“ bezeichnet. Lévi-Strauss, den wir hier in literarischer Weise verwenden, hat einmal gesagt, die Mythen würden im Menschen gedacht, ohne daß er selbst etwas davon weiß. Das mythische Denken dient dazu, die Welt, in der wir leben zu erklären, wenn auch nicht zu beherrschen. Demzufolge käme es also mehr auf das Verstehen der Bedeutung von Familien- und Krankheitsmythen an, als auf das richtige Diagnostizieren und Wegnehmen wollen.

Seit den 90er Jahren wurde in der Familientherapie den narrativen Ansätzen und der Kybernetik zweiter

Ordnung immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Dies kam unseren Beobachtungen und Überlegungen aus jahrelanger Arbeit mit „Psychiatriefamilien“ entgegen und so wechselten wir vom Instruierenden zum Reflektierenden Team. Galt unser Interesse in der ersten Zeit hauptsächlich dem psychoedukativen Lernverhalten und den transfamiliären Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern, so wandten wir uns in der Folgezeit mehr der gemeinsamen Suche nach Bedeutung („meaning“) und dem sprachlichen Konstruieren von alternativen Wirklichkeiten zu.

Wie sahen die Familien im Nachhinein unsere gemeinsame Arbeit, wie nahmen sie uns als Therapeuten wahr, sahen die Index-Patienten das genauso wie die Angehörigen? Dies versuchten wir mithilfe eines Fragebogens zu klären. Es wird sich zeigen, daß Wohlbefinden und Wirkung eigenständige Faktoren sind und in beiden Settings von der Dauer der Behandlung und dem Krankheitsthema abhängig scheinen. Als Therapeuten fühlten wir uns ohne Zweifel bei der Methode des machtvermindernden Dialogisierens wohler und der zukunftsweisenden Verbindung von wissenschaftlichem und mythischen Denken näher. Wir haben uns den Katamnesedaten von verschiedenen Seiten genähert. Diese Verschiedenheit zeigt sich auch im Text. Wir lassen das auch so stehen, um die Einzelteile sichtbar zu machen, die – als System begriffen – mehr als ihre Summe darstellen. Sie als Leser sind übri-

Dr. D. Helmes, Dipl.-Psych., Abelsbergstraße 29i, D-70190 Stuttgart

Instruction or dialogue – what works how? A case report survey

Dankward Helmes, Manfred v. Bebenburg and Linde v. Keyserlingk

Summary

The results of a paper-pencil survey of 28 families with at least one member with a psychiatric diagnosis (67 answers) are analyzed and described. One-half were treated with a systemic method that was similar to the Milan approach, but combined with informational and psychoanalytic procedures, the other half with the

“Reflecting Team” method. Objective variables (family structure, length of therapy, etc.), as well as personal ratings regarding the outcome of the treatment, were recorded. The results underline the influence of the factors „time,“ „atmosphere,“ and „structure of the therapeutic setting“ for different diagnoses. Every involved therapist makes a personal statement.

gens auch ein Teil davon! Vielleicht können unsere Erfahrungen dazu beitragen, Sie zu unterstützen, die jeweils hilfreiche Form der Arbeit mit solchen Problemen zu finden.¹

Zum Stand der Forschung

Auch wenn wir Praktiker uns das anders wünschen gibt es kaum Zweifel dran, daß die Wirksamkeit der systemischen Therapie noch nicht ausreichend dokumentiert ist. Da sich Heft 1/97 der *Familiendynamik* diesem Thema ausführlich angenommen hat, hier nur einige für das Verständnis unserer Untersuchungsergebnisse nötigen Stichworte. Zweifelsohne ist die Wirksamkeit von Familien- und Paartherapie in zahlreichen Untersuchungen bestätigt worden, metaanalytische Studien liegen vor (Shadish et al. 1997). Eine Reihe praxisrelevanter Fragen sind jedoch noch längst nicht befriedigend beantwortet: Ist es wirklich so (s. Seligman 1996), daß „keine Therapiemethode bei irgendeiner Störung bessere Ergebnisse als die an-

dere“ aufweist, oder sind verhaltenstherapeutische familienorientierte Methoden, wie häufiger geschlußfolgert (Grawe et al. 1990), effektiver? Wie sieht die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse aus, wenn man nicht nur die Effektstärken prüft, sondern sich die Effektivität der Behandlungsmethoden *unter Realbedingungen* anschaut? Was wissen wir über die Wirksamkeit von Therapie überhaupt bei psychiatrisch definierten Problemen von Erwachsenen? Und: Was weiß man über den tatsächlichen Erfolg des Vorgehens mit einem Reflektierenden Team?

Wir fanden keine Untersuchung, die mit unserer Fragestellung und Methodik direkt vergleichbar wäre: (Schriftliche) Katamnese und Methodenvergleich über zwei Setting-Systeme mit 4 verschiedenen psychiatrischen Diagnosen unter Praxisbedingungen. Weisz et al. (1992) verweisen auf die allgemein mangelhafte Aussagekraft der Forschung („Labortherapie“). Matt et al. (1994) können mangels adäquater Studien auch keine Bestätigung der klinischen Relevanz von Familientherapie bei Erwachsenen finden. Die Untersuchungen von Retzer (1989; 1994) stellen hier eine Ausnahme dar. Während in einer katamnestic Untersuchung von 30 IPs (Diagnosen: 20 manisch-depressiv, 10 schizoauffektiv) bei durchschnittlich 6,6 Famili-

engesprächen im Verlauf von durchschnittlich 15 Monaten eine Rückfallverringerung von durchschnittlich 76% sowie eine deutliche geringere Medikamenteneinnahme festgestellt wurde, fanden Schweitzer et al. (1995) bei 18 chronifizierten ambulanten als schizophren diagnostizierten Patienten eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungszeit nach systemischer Therapie. Höger u. Temme (1995) stellten im Kinder- und Jugendlichenbereich fest, daß ungeachtet des Schweregrades der Störung durch ein RT-Vorgehen (im Vergleich zu einem Standardprogramm) zumindest eine höhere Behandlungszufriedenheit erzielt wurde.

Die Arbeitsstrukturen der beiden „Psychiatrieteams“

Beide Settings, in denen das „Psychiatrieteam“ von 1982–1994 arbeitete, entsprechen einer Entwicklung, die wir sowohl persönlich als auch im Team vollzogen haben. Sie fand parallel zur Entwicklung der Theorie- und Praxisdebatte in der systemischen Familientherapie statt und ist im Titel ange deutet: „von der Instruktion zum Dialog“. Auch in die Sozialpsychiatrie haben in den letzten Jahren systemische Denkmodelle Eingang gefunden; sie treten dort z.B. als Dialog von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen in Psychoseseminaren in Erscheinung.

1982–1990:

Das instruierende Team (IT)

Für das Projekt eines Teams, welches speziell mit psychosepräsenten Familien arbeiten sollte, die sich an der Familienberatungsstelle anmeldeten bzw. dorthin von psychiatrischen Institutionen verwiesen wurden, fanden sich ab Oktober 1982 drei freie Mitarbeiter (Beka, v. Keyserlingk; v. Bebenburg) zusammen. Dieses Team arbeitete mit Familien, in denen mindestens ein Familienmitglied psychische Störungen aufwies, die psychiatrisch diagnostiziert, meist auch behandelt wurden. Zur Zeit der Gründung des Psychiatrieteams wurde in der Familienberatungs- und Behandlungsstelle Stuttgart vor allem der sog. *Mailänder Ansatz*

¹ Um das Lesen zu vereinfachen werden folgende Kürzel verwendet: IT, Instruierendes Team; PT, Psychiatrie-Team; RT, Reflektierendes Team; IP, Index-Patient (Mehrzahl: IPs); SchPs, Familie mit schizophrenem IP; AP, Familie mit IP, der unter affektiver Psychose leidet; D, Familie mit depressivem IP; P, Familie mit IP, der als persönlichkeitsgestört diagnostiziert wurde

praktiziert. Die technischen Voraussetzungen (Einwegspiegel, „Zweikammersystem“) waren erfüllt. Dieses therapeutische Prinzip lieferte neben dem Setting und der systemischen Perspektive mit der Methode des Hypothesierens und zirkulären Fragens den Rahmen für unsere individuellen theoretischen Modellvorstellungen (Psychoanalyse, Transaktionsanalyse, strukturelle und systemische Familientherapie, später noch NLP).

Entwicklung der Arbeitsweise

Folgende Strukturen ergaben sich im Diskurs bzw. durch Versuch- und Irrtum (siehe ausführlicher: Beka et al. 1987):

Jeweils ein Mitglied des Teams ist Gesprächspartner der Familie und bleibt für die Behandlung verantwortlich, die beiden anderen Teammitglieder verfolgen den Prozeß hinter dem Einwegspiegel und protokollieren die Sitzung.

Die laufende Sitzung wird nach Bedarf durch Konferenzen unterbrochen, die das Team ohne Anwesenheit der Familie durchführt. Grundsätzlich gilt, daß der Therapeut entscheidet, wie er weitermacht.

Das Team trifft sich wöchentlich einen Nachmittag lang; zwei Familien werden behandelt; der Abstand zwischen zwei Terminen beträgt gleichbleibend 14 Tage; im fortgeschrittenen Stadium der Behandlung werden auch größere Abstände vereinbart, bei psychotischen Krisen kürzere Abstände, um Einweisungen des IP in psychiatrische Kliniken nach Möglichkeit zu vermeiden.

Zu Beginn der Beratung wird der Familie das Setting erläutert, der Raum hinter dem Spiegel sowie die Videoanlage gezeigt, die Teammitglieder stellen sich vor. Nach jeder Sitzung verabschiedet sich das gesamte Team von der Familie, dies geschieht hauptsächlich deshalb, um eventuelle paranoide Phantasien über „die hinter der Scheibe“ in ihrer Wirkung einzudämmen, aber auch, um der Familie nochmals das Team als Ganzes ins Bewußtsein zu rufen.

Die unmittelbare Arbeit mit der Familie gestaltete der jeweilige Therapeut nach seinen eigenen theoretischen bzw. methodischen Kriterien und Fertigkeiten. Zirkuläre Fragen, lösungsorientiertes Interview, Aufklärung (auch im Sinne des psychoedukativen Ansatzes), Konfrontieren und Skulpturarbeit waren methodische Elemente, die je nach Kontrakt mit der Familie zum Einsatz kamen. Nach einiger Zeit gingen wir dazu über, daß jede(r) von uns eines der drei Erstgespräche mit einer Familie führte, um einen unmittelbaren Ein-

druck vom System zu bekommen. Außerdem sollte auch die Familie alle Teammitglieder wenigstens einmal direkt erlebt haben. Themen dieser ersten Gespräche waren eine Einzel- und Familienanamnese sowie die Erkundung der rehabilitativen Perspektive und der Ressourcen der Familie. Die Schlußintervention nach einer etwa 15 bis 20minütigen Konferenz bestand in Kommentaren und in Vorschlägen für „Hausaufgaben“, also Übungen, Ritualen usw. Häufig wurde den Familien eine kurze schriftliche Zusammenfassung mitgegeben.

1991–1994:

Das Reflektierende Team (RT)

Die zweite Phase wurde eingeleitet durch das Ausscheiden eines Teammitglieds (Beka). Wir „Übriggebliebenen“ nutzten die schöpferische Pause, unsere Arbeitsweise von Grund auf zu überdenken. Schon länger hatten wir begonnen, uns mit den Arbeiten über das Reflecting Team (Andersen) auseinanderzusetzen. Wir sahen unsere interventionsorientierte und durch Elemente des „psychoedukativen“ Ansatzes ergänzte Arbeitsweise in zunehmend kritischerem Licht.

Unsere Vorstellungen des Reflektierenden Teams

Menschen, Situationen, Verhalten und Krankheit sollten nicht gesondert und positional beschrieben werden: „So ist das!“ oder „So heißt das!“, sondern immer relational, d.h. immer in Beziehung zum Umfeld: In dieser Familie, zu dieser Zeit und mit dieser Biographie verhält sich ein Mensch (z.B. als deklariertes Patient) in bezug auf seine soziale Realität bisher auf eine bestimmte Art und Weise usw. Er/sie könnte sich aber auch anders verhalten, wenn er/sie neue, nützliche Informationen aufnehmen und verarbeiten würde. Das würde einen Unterschied machen zu seinem bisherigen Leben und Befinden. Gregory Bateson hat dies in dem Satz ausgedrückt: „Die elementare Informationseinheit ist ein Unterschied, der einen Unterschied macht.“ Sage ich als Therapeut etwas, das zu außergewöhnlich und weitab von der Erfahrungswelt des Klienten

(oder anderer Familienmitglieder) ist, wird er es gar nicht verstehen und aufnehmen können, und somit wird sich nichts verändern. Teile ich etwas zu alltägliches mit, wird der Unterschied der neuen Informationen nicht wahrgenommen, so daß ebenfalls kein Anstoß zu Veränderung gegeben ist. *Was also im RT zur Sprache kommt, muß angemessen ungewöhnlich sein.*

Bei der Arbeit mit solchen Familien, die ein psychiatrisch als krank diagnostiziertes Mitglied haben, dreht sich in der Regel alles um diese „Krankheit“. Die Familie und das Therapeutenteam machen sich gemeinsam auf die Suche nach der Bedeutung, die „die Krankheit“ hat, das Team bemüht sich darum, die meist verdinglichten Vorstellungen der Familie von der Krankheit zu verflüssigen und zu einem relationalen Verständnis der Krankheit als Prozeß zu gelangen, auf den die einzelnen Familienmitglieder bisher schon Einfluß nehmen und folglich in Zukunft *anders* Einfluß nehmen können. Das RT fördert ein „partnerschaftliches“ Verhältnis zwischen Familiensystem und Therapeutesystem. Es bietet der Familie seine Ideen an, gewonnen aus den hier und jetzt von der Familie gegebenen Informationen und aus der Beobachtung der Interaktionen im Interview. Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und der Familie wird nicht durch die Frage belastet, was sie von den Ansichten des Therapeuten aufnehmen oder nicht. Indem die Familie dem Diskurs des RT zuhört, kann sie sich selbst aus einer veränderten Perspektive betrachten, d.h. sie tritt gewissermaßen in Distanz zu sich selbst. Die Vorstellung ist: Dadurch, daß die Familienmitglieder wählen können, welche Ideen sie als nützlich betrachten, ohne dies öffentlich „bekennen“ müssen, wird mit dem RT Abwehr verringert, man kann es als eine „sanfte Intervention“ bezeichnen.

Entwicklung der Arbeitsweise

Zur Vorbereitung besuchten wir einen Workshop mit Tom Andersen und hospitierten bei Ludwig Reiter in Wien, um seine Arbeit der Fokussierung bei Familiensystemen mit psychischen Störungen eines Mitglieds zu studie-

ren. Wir hielten uns weitgehend an die Vorgehensweise Andersens in den Phasen des Interviews, des Reflektierens und der Nachbesprechung mit der Familie. Im Laufe der Zeit haben wir mehr und mehr auch mit Variationen experimentiert:

In den ersten Monaten stellten wir nicht zur Wahl, ob das RT hinter der Scheibe beobachtet oder im Raum sitzt. Später ließen wir die Familie wählen, ob sie das RT im selben Raum haben möchte oder ob sie die Reflektion hinter der Scheibe verfolgen will. Für uns stellte sich klar heraus, daß das Reflektieren direkt im selben Raum (der Therapeut setzt sich neben die Familie und beobachtet diskret ihre nonverbalen Reaktionen auf die verschiedenen Aussagen des RT) dazu führt, daß die Familienmitglieder mehr vom RT aufnehmen.; – wahrscheinlich weil die Situation „natürlicher“ ist, hinter der Scheibe zu sitzen war wohl für manche nicht „angemessen ungewöhnlich“.

Das Vorgehen des Therapeuten wurde nicht in den Kommentar einbezogen; wir haben jedoch schon öfters überlegt, ob es nicht doch hilfreich wäre, auch Aussagen zur Interaktion des Therapeuten mit der Familie zu machen.

Das Team bestand aus einer Frau und zwei Männern, der mögliche Gender-Einfluß wurde thematisiert: „Es ist vielleicht ein Problem, daß hier jetzt nur Männer sitzen, ich frage mich wie das für eine Frau ist, die uns zuhört?“

Wir haben (ebenfalls in Abweichung von den „klassischen“ Regeln) immer wieder auch kontrovers diskutiert; wir hofften auf die Modellfunktion für die Familien: zu sehen, daß unterschiedliche Ansichten, die gleichberechtigt ausgetauscht werden, eine kooperative Beziehung nicht infrage stellen.

Es hat sich gezeigt, daß Reflecting-Phasen von mehr als 10 min Dauer die Familie mit Information überfrachten. Anfangs stellten wir fest, daß sich Familienmitglieder nur auf einen einzigen und evtl. aus unserer Sicht unbedeutenden Teil des RT bezogen. Oft hatten wir dabei den Eindruck, daß die wesentlichen „Botschaften“ des RT auf einer eher unbewußten Ebene sehr wohl angenommen wurden. Gleichwohl blieb uns wichtig, daß die Familienmitglieder die uns wesentlichen Passagen des RT bewußt erinnern.

Mehr und mehr gingen wir auch im RT dazu über, Überlegungen anzustellen, welche praktischen Empfehlungen wir der Familie wohl mit auf den Weg geben könnten, vor allem deshalb, weil häufig um konkrete, praktische Ratschläge gebeten wurde. Meistens haben wir verschiedene Möglichkeiten „in den Raum gestellt“; in der Gesprächsphase nach dem RT wurde dann überlegt, welche Veränderungen die Familie bis zur nächsten Sitzung ausprobieren könnte.

Einsatz der Videoaufzeichnung

Das RT und die anschließende Gesprächsphase (wie reagieren Therapeut und Familie auf das RT?) wurde auf Video aufgezeichnet. Diese Aufnahmen dienten uns zur Vorbereitung der nächsten Sitzung. Es hat sich im Einzelfall aber auch bewährt, diese Aufzeichnungen (oder Teile davon) gemeinsam mit Familien anzuschauen.

Das Ende der Teamarbeit

Unser Projekt mußte aus finanziellen Gründen beendet werden: Für eine Beratungsstelle, die mit freien Mitarbeitern arbeitet und sich z.T. mit Kostenbeiträgen der Familien bzw. Paare refinanzieren muß, ist der mit einem Team verbundene Personalkostenaufwand auf die Dauer nicht zu tragen.

Arbeitsstelle und Personenkreis

Die Familienberatungs- und -behandlungsstelle

Sie ist eine Einrichtung des Psychotherapeutischen Zentrums e.V., Stuttgart-Sonnenberg; sie wurde 1977 gegründet. Dem Zentrum gehören außerdem an: die Psychotherapeutische Klinik, die Forschungsstelle für Psychotherapie und die Fortbildungsstelle. Aufgaben der Beratungsstelle sind: Arbeit mit Familien an der Lösung familiärer Probleme und Konflikte sowie Angebot von Selbsterfahrungs- und Therapiegruppen für Familien, Paare und Einzelne. Diese Gruppen sind im Sinne der Vor- und Nachsorge auf die Familienberatung bezogen, stehen aber auch anderen Interessenten offen. Methodisch orientiert sich die Stelle an der Systemtheorie und an tiefenpsychologisch fundierten Verfahren der Humanistischen Psychologie.

Die Arbeit wird finanziell unterstützt vom Regierungspräsidium Stuttgart, von der Stadt Stuttgart und vom Landkreis Esslingen. Die Familie leistet eine Eigenbeteiligung gemäß dem Familiennettoeinkommen (Selbsteinschätzung; 2%). Keine Beratung soll an den Kosten scheitern, die Stelle ist aber auf den Eigenbeitrag angewiesen.

Das Spektrum der Konflikte und Probleme ist weit: Beziehungsschwierigkeiten, Erziehungs- und Schulprobleme, Probleme bei Trennung und Scheidung, bei Teil- und Stieffamilien, Verhaltensauffälligkeiten, seelische und körperliche Leiden, psychische Erkrankungen. Das Beratungsangebot geht an alle in einem Haushalt lebenden sowie andere relevante Personen.

Bei der telefonischen Anmeldung im Sekretariat werden einige Basisdaten erfragt, nach einer durch Warteliste bedingten Zeit erhalten die Klienten den Termin für das Erstgespräch. Danach entscheiden Familie und Therapeuten, ob und wie sie weiterarbeiten wollen (z.B. zeitliche Abstände). Es gibt keine im voraus festgelegte Zahl von Terminen.

Das Therapeuten- und Beraterteam besteht aus 12–16 Honorarkräften mit unterschiedlichen Ausbildungsschwerpunkten; der Stellenleiter (Dr. R. Weber) und die Sekretärin sind festangestellt. Die Mitglieder treffen sich in Supervisionsgruppen, jährlich finden 1–2 Fortbildungsveranstaltungen statt. Kleinteams bearbeiten Spezialthemen und qualifizieren sich für entsprechende Therapieansätze (u.a. Stieffamilien, krebskranke Kinder, „Psychiatriefamilien“).

Der Personenkreis der Untersuchung

Die Paare und Familien, um die es im folgenden geht, haben sich beim Sekretariat gemeldet. Die Tatsache, daß mindestens ein Familienmitglied bereits eine psychiatrische Diagnose erhalten hat (in der Regel auch in psychiatrischer Behandlung ist bzw. war), ist Voraussetzung dafür, dem Psychiatrieteam zugeteilt zu werden. Dabei sind die Vermittlungsprozesse unterschiedlich, sie kommen teils von Ärzten, Kliniken, Beratungsstellen, Einzeltherapeuten ermuntert, teils aus eigenem Antrieb. Ob schließlich ein Kontrakt zustandekommt, ist von formalen Faktoren beeinflusst: Wie dringend will die Familie Hilfe, paßt der vorgeschlagene Termin, hat das Psychiatrieteam Kapazität frei, ist die Familie mit dem Setting einverstanden etc.?. Wir haben diese Faktoren nicht systematisiert, gehen von zufälligen Variationen aus.

Die Einordnung zu einer psychiatrischen Diagnosegruppe erfolgte nach zwei Prinzipien: Meist stand das jeweilige Etikett zum Zeitpunkt der Anmeldung fest (psychiatrischer Befund), und es gab keinen Grund, dies infragezustellen. Bestand hingegen noch keine medizinische Individualdiagnose bzw. erschien uns die Zuordnung fragwürdig, explorierten wir nach und legten uns fest. Es wurde keinerlei Auswahl vorgenommen.

In keinem der beiden Behandlungssettings war explizit geregelt, welche Familienmitglieder sich an der Therapie beteiligen sollten; tatsächlich fanden Sitzungen in allen möglichen Konstellationen statt, 3 Generationen, IP allein, Partner für sich etc. Im Einzelfall ist es natürlich ein großer Unterschied, ob ein Paar wegen Kommunikationsschwierigkeiten während der maniformen Verhaltenssequenz der Ehefrau um Rat sucht oder eine siebenköpfige Familie mit bislang 4 psychiatrisch erfaßten IPs zum ersten Mal gemeinschaftlich zum Gespräch kommt. Im Schnitt liegen uns pro Familie Antworten von 2,3 bzw. 2,5 Teilnehmern vor, wobei sich statistisch IT und RT weder darin unterscheiden, ob ein IP Partner- oder Kindposition hat, welche Position in der Geschwisterreihe er/sie einnimmt noch darin, wieviel IPs bzw. Angehörige sich in der Befragung zu Wort melden.

Ziel und Methode der Untersuchung

Vorgeschichte. Noch unter IT-Bedingungen war eine umfassendere Nachuntersuchung unserer familientherapeutischen Arbeit als die bereits veröffentlichte (Beka et al. 1987) geplant, speziell mit der Frage nach familiären Übertragungsprozessen. Während der Einführung des RT-Vorgehens war die Systematisierung der Datenerhebung durch Fragebogen zur Verlaufs- bzw. Erfolgskontrolle vorbereitet worden. Die Gründe, weshalb es nicht zur Durchführung kam, kennt wohl jeder praktisch arbeitende Therapeut, der weder für Forschung bezahlt wird noch über die Arbeitskraft von Diplomanden verfügen kann.

Ziel und Methodik. Neben der allgemeinen Frage der langfristigen Effektivität unserer Therapie und Beratung bei der beschriebenen Klientel war für uns interessant, welchen Einfluss das Behandlungssetting (IT vs. RT) haben würde. Eine Ergänzung der weichen Befragungsdaten durch objektivierbare Parameter (z.B. Wiedererkrankung, Arbeitsfähigkeit, Medikamenten-

konsum etc.) hätten die Aussagekraft der Untersuchung sicher noch erweitert, war jedoch praktisch nicht durchführbar. Der anonymisierte Fragebogen enthält insgesamt 20 vorrangig offene Fragen sowie 7 Ratings zur Therapiesituation und zum Ergebnis.

Rücklauf und Auswertung. Von nahezu exakt 75% der Familien beider Settings liegen uns Informationen vor! Da nicht alle Familien vollständig antworteten, manche Bögen nicht auswertbar waren, beträgt der Gesamt-Rücklauf ca. 60%. Diese Quote gelang nur durch systematische schriftliche und telefonische Erinnerung der Familien. Die Auswertung erforderte die Erstellung eines umfangreichen Kategoriensystems zur Ordnung der offenen Fragen. Die statistische Aufbereitung des endgültigen Datenpools erfolgte mit dem Statistikprogramm STASY. An Materialien und Details Interessierte können sich gerne an uns wenden.

Ergebnisse

Statistische Auswertung des Fragebogens

Vorbemerkungen. In die quantitative Analyse gehen 18 Fragenbeantwortungen sowie 7 Ratings ein (s. Variablen 1–25 im Anhang). Die übrigen Fragen wurden derart unvollständig beantwortet, daß sich hier allenfalls vorsichtige Tendenzen formulieren lassen: Z.B. sehen 1/3 der RT im Vergleich zu 1/4 der IT keinerlei Veränderungen durch die Behandlung bewirkt. Über 1/3 der IT fanden das Team hinter der Scheibe eher störend (1/3 bewertete es gut), während fast 3/4 der RT die Teamarbeit hilfreich erlebten (ca. 15% störend). Wenn im folgenden nicht anders vermerkt, werden statistisch relevante Aussagen als sehr bzw. hoch signifikant (ss; $P = 0.01$) oder signifikant (s; $P = 0.05$) gekennzeichnet.

Die Daten erlauben Antworten auf folgende Fragen:

Unterscheiden sich die beiden Behandlungsbedingungen hinsichtlich objektiver und/oder subjektiver Merkmale? Finden sich innerhalb der beiden Typen spezifische Muster von Merkmalsausprägungen?

Macht es einen Unterschied, ob ein Index-Patient zur Eltern- oder zur Kindgeneration gehört?

Stehen die Therapieverläufe und ihre Bewertung in einem Zusammenhang zur Diagnose des Indexpatienten?

Merkmale der Gesamtstichprobe:

	IT	RT	Gesamt
Gesamtzahl			
Antworten	37	30	67
Zahl der Familien	16	12	28
Zahl der IPs	9	10	19

Wegen des leichten Ungleichgewichts von IPs in den beiden Antwortgruppen verglichen wir die Antworten von IPs und Familienangehörigen: Außer der Tatsache, daß sich IPs allgemein durch die Therapie geförderter einschätzen als Angehörige, zeigen sich keine Unterschiede. Die Erwartungen an die Familienberatung waren:

- Hilfe für die ganze Familie 33 (49%)
- Hilfe für den Patienten 20 (30%)
- keine Erwartungen geäußert 14 (21%)

Vergleich von IT und RT

Untersuchungsimmanent unterscheiden sich beide Settings hochsignifikant bezüglich der Anzahl von Sitzungen (24,4 zu 8,7), der Dauer der Therapie (14 zu 7,7 Monaten), der Dauer seit Beendigung der Therapie (78 zu 20 Monate). Auffallender ist, daß sich nur ein Rating als sensibel erweist: Die IT sehen die psychische Erkrankung signifikant mehr gebessert als die RT. Anders formuliert: Trotz der tatsächlichen Unterschiede bei freier Beantwortung bewerten Angehörige und IPs beider Gruppen *die Therapiesituation und das Behandlungsergebnis nicht unterschiedlich* außer in ihrer Wirkung auf das Symptom.

Die Diagnosen in beiden Gruppen sind signifikant unterschiedlich verteilt:

	IT	RT	Gesamt
Schizophr. Ps (SchPs)	7	11	18
Affekt. Ps. (APs)	10	9	19
Depression (D)	10	10	20
Persönlichkeitsstörung (P)	10	–	10
Gesamt	37	30	67

Die Unterschiede der anderen Variablen sind unauffällig, außer daß die RT-Antworte die Therapeuten *hinter* der Scheibe für wichtiger erachten als den Interviewer, während das bei den IT umgekehrt ist (s). Und: Wir Therapeuten schätzen die Therapie- Zielsetzungen der RT-Gruppe für deutlich realistischer ein als die der IT (ss).

Zusammenfassend kann man also davon ausgehen, daß beide Gruppen gemäß der von uns erfaßten Variablen weitgehend homogen sind, ausgenommen das faktische Überwiegen der Diagnose: Persönlichkeitsstörung im Setting IT. Um auch subtile Unterschiede feststellen zu können, wurden IT und RT rechnerisch jeweils getrennt betrachtet:

Das IT-Setting

IPs und Angehörige unterscheiden sich in keinem der Ratings. Einen Unterschied macht es dagegen, ob der IP ein Partner oder ein Kind ist: Familien mit einem IP = Partner finden die Atmosphäre extrem viel besser (ss) und sie erinnern sich lieber an die Therapie zurück (s). Die Therapiedauern der Diagnosegruppen erweisen sich auch hier wie unten allgemein beschrieben als sehr unterschiedlich, mit 30 Sitzungen kommen die Persönlichkeitsstörungen-Familien z.B. signifikant häufiger zur Therapie als Depressive (19.8) und Psychosekranken (je ca. 23 Termine), die Therapie ist natürlich auch signifikant länger. Keine Unterschiede der Diagnosegruppen zeigen sich hinsichtlich der Ratings.

Ein Blick auf die zeitlichen Aspekte ist interessant: Je länger die Therapie zurückliegt, desto länger war sie und desto mehr Sitzungen hatte sie auch. Dauer und Sitzungszahl scheinen auch direkt mit dem subjektiv bewerteten Einfluß auf die Familie zusammenzuhängen (ss). Tendenziell zeigt sich, daß der Erfolg der Therapie mit der Dauer seit Beendigung in Zusammenhang gebracht wird, also: je länger zurück, desto erfolgreicher wird bewertet.

Das RT-Setting

IPs fühlen sich in dieser Therapieform persönlich signifikant geförderter als Angehörige; auch hier finden Familien

mit einem Partner-IP die Atmosphäre signifikant besser. Die Streuung der Therapiezeiten, wenn auch notwendigerweise enger, zeigen auch hier klare Trends: SchPs-Familien kommen im Schnitt nur 6 Monate zur Therapie im Gegensatz zu Depressiven mit 8.8 Monaten, ähnlich die Sitzungsfrequenz: SchPs-Familien haben im Schnitt 7.55 Sitzungen, D-Familien dagegen 10. Hochsignifikant sehen sich SchPs Familien z.B. weniger gebessert als APs Erkrankte, sehen sich auch weniger gefördert, schätzen den Erfolg geringer ein und erinnern sich auch weniger gern.

Ob auf die Fragen ein Angehöriger oder ein IP geantwortet hat, macht statistisch keinen Unterschied, deutlich wird aber, daß bei SchPs-Familien eher Angehörige antworten und bei D-Störungen eher die Betroffenen (s). In SchPs Familien sind die IPs immer die Kinder, während bei AP-Familien immer die Partner die IPs sind, bei D-Familien kommt beides vor (50/50).

Im Vergleich zu IT zeigen die zeitlichen Zusammenhänge hier ein etwas anderes Bild: Je kürzer das Therapieende zurückliegt, desto erfolgreicher wird die Therapie eingeschätzt (s). Allerdings stehen Symptombesserung und das Gefühl persönlicher Förderung auch hier wieder in direktem Zusammenhang mit der Therapiedauer und der Sitzungszahl.

Die Diagnosen

Trotz des methodischen Mangels (Fehlen von Persönlichkeitsstörung bei RT) sind die Unterschiede über beide Settings betrachtet aufschlußreich:

Vergleich aller 4 Gruppen. SchPs-Familien werden am kürzesten von allen Familien behandelt, nur halb so lange wie P-Familien (8.9 vs 17.6 Mon.; ss). SchPs sehen sich auch in allen Ratings ganz am Ende der Skala, außer bzgl. der Atmosphäre, diese fanden sie tendenziell angenehmer als die Mitglieder anderer Diagnosegruppen. Am erfolgreichsten sehen D-Familien die Therapie (ss), sie kamen auch am liebsten (s) und fühlten sich offensichtlich am besten (ss). P-Familien erleben sich am ehesten gefördert (s) und sehen den Einfluß auf die Familie am stärksten (ss).

Vergleich von 3 Gruppen. Wir lassen hier die P-Familien unberücksichtigt und schauen uns die übrigen Diagnosegruppen in beiden Settings genauer an:

Familien mit einem schizophrenen IP. Sie finden den IP bei IT viel mehr gebessert als bei RT (ss), sie sehen tendenziell auch mehr Erfolgszeichen.

Familien mit einem an einer affektiv Psychose erkrankten IP. Die Therapie Teilnehmer der RT-Bedingung erinnern sich sehr viel lieber (ss) an die Therapie als die unter IT, fühlen sich tendenziell geförderter, kein Unterschied besteht allerdings hinsichtlich der Erfolgsbewertung.

Familien mit einem depressiven Mitglied. Hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, tendenziell ist die Erinnerung bei IT etwas angenehmer als bei RT.

Prägnant zusammengefaßt. Depressiv Erkrankte und ihre Familienangehörigen fanden sich bei beiden Settings hochsignifikant am besten und erfolgreichsten behandelt. Das Setting IT hinterläßt bei Schizophrenen und ihren Familien trotz aller Unzufriedenheit einen deutlich nachhaltigeren Einfluß als das Setting RT, während sich die Affektiv Erkrankten unter den RT-Bedingungen unterstützter fühlen, ohne jedoch diese Therapieform deshalb für erfolgreicher zu halten.

Ist der IP ein Partner oder ein Kind?

IP-Partner sowie deren Angehörige erinnern sich hochsignifikant lieber zurück (ss), finden die Therapiesituation angenehmer (ss) und sehen die psychische Krankheit eher gebessert (s) als Familien, bei denen die IPs Kinder sind.

Interkorrelationen

Sitzungszahl und Dauer der Therapie stehen selbstverständlich in Zusammenhang, insbesondere die Dauer korreliert hoch mit subjektiven Faktoren: je länger eine Therapie dauerte desto größer wird die Besserung bewertet (ss), desto einflußreicher wird die Wirkung auf die Familie (s) gesehen, desto erfolgreicher wird die Therapie (s) ein-

geschätzt. Interessant ist, daß sich neben dem Wirkfaktor „Zeit“ eine vom Effekt unabhängige Einflußgröße zeigt, nämlich „Atmosphäre“. Wie gern sich einer zurückerinnert hängt eng damit zusammen, wie angenehm er das Setting erlebt hat (ss), derjenige fühlt sich auch persönlich eher gefördert (ss), Atmosphäre und Besserung bzw. Beeinflußtwerden hängen statistisch hingegen überhaupt nicht zusammen.

Inhaltsanalytische Aufbereitung der Antworten

Die offenen Fragen wurden nur unvollständig bearbeitet, statt Buchstaben finden sich oft nur Fragezeichen auf den Linien und erlauben somit leider keine Differenzierung nach den beiden Vorgehensweisen. Was bleibt IPs und Familienangehörigen im Gedächtnis nach teilweise mehrjährigem Abstand zur Beendigung einer Familienberatung bzw. -therapie? Antworten auf die Frage: „Wenn Sie an die Beratung zurückdenken, was ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?“

- Wohlwollende Annahme, auch der Erkrankung... treffende, gute Ausdrucksweise der Reflexion (IP)
- Als die Kinder mitwaren und Frau v.K. eine Geschichte erzählt hat. (Partnerin)
- An das Gefühl, daß ich ernst genommen werde als erwachsene Person. Wenn ich „falle“, daß ich vom Team aufgefangen werde. (jüngste Schwester)
- Besonderheiten der Gesprächssituation. (Partner)
- Langes Weinen des Sohnes. Empfehlungen wurden nicht so zahlreich gegeben. (Mutter).
- Die Ansicht der Therapeuten vom Nebenraum. Empfehlung, daß wir viel miteinander reden sollen, und wenn ich nicht in der Lage bin, ein Briefchen schreibe oder male. (IP)
- Die Hauptaufgabe der Therapeuten bestand im Zuhören. Das gab der Familie die Möglichkeit, sich zu äußern, wie es zuhause nie stattgefunden hätte. (Vater)
- Der Besuch im Steakhaus nach einer Therapiesitzung. (Bruder)

Aus der Gesamtheit der offenen Antworten lassen sich einige hypothetische Gesichtspunkte ableiten: Die Familienmitglieder sahen das Team als Einheit, sozusagen als „Counterpart“-Familie. Wenn jemand von uns fehlte, schien es, „als ob ein Puzzleteil fehlt“ (so oder ähnlich Mehrfachnennung). Deutlich mehr unter RT-Bedingungen als bei IT erkannten sie unsere Unterschiedlichkeit, empfanden uns jedoch als vorrangig „einvernehmlich“. Für Familien, die Schwierigkeiten haben, bei sich selbst Unterschiede zuzulassen, war dies- so hoffen wir – ein heilendes Modell.

Die Frage nach dem „Familienbild“ („Stellen Sie sich vor, das Team wäre eine Familie, wer hätte welche Rolle inne?“) erfaßt psychoanalytisch gesehen den bewußten Teil der Übertragungsbeziehung. Hier gelten die meisten Nennungen den „Eltern“, „Onkel“ oder „Tante“, seltener wurden Sohn/Tochter bzw. Bruder/Schwester erwähnt. Einmal „...meine Grundschullehrerin, in die war ich schon als 7jähriger unsterblich verliebt.“ Therapeuten werden offensichtlich hauptsächlich als Eltern bzw. Vertreter der Elterngeneration gesehen, unabhängig vom Alter. Die Therapeutinnen werden eher als geduldig, verständnisvoll, beruhigend u.ä. gesehen, die Therapeuten als aufrüttelnd, konfrontierend, kritisch, aber verstehend. Daß die Antworten so gesellschaftsimmanent ausfielen, lag das an unserem Verhalten oder an den Erwartungen, die wir in der Gegenübertragung dann zumindest teilweise erfüllten? Vielleicht ist ein Therapeut auch eher in der Lage, „aufrüttelnd“ zu wirken, wenn er eine beruhigende Kollegin neben sich weiß – und umgekehrt.

Für weitere Forschung einladend finden wir die Frage, was es bedeuten kann, wenn in einer „Übertragungs-Familie“ nur Onkel und Tanten und z.B. keine Eltern vorkommen. Deutet das auf weniger Schutz oder auf mehr Gleichberechtigung im Erleben des Klienten hin? Hat es etwas mit der Familienstruktur und den früheren familialen Erfahrungen des Befragten zu tun?

Bei einem IP, der zwei „Mütter“ benannte, wissen wir, daß er als Kind viel Zeit bei einer Frau im Kramladen verbrachte, die ihn bemutterte, weil seine eigene Mutter wenig Zeit für ihn hatte.

Die Daten sind zu unvollständig, um hier mehr als Hypothesen zu eruieren, es wäre noch vieles über die Entstehung von „Filtern“, Vorannahmen, Familienbildern zu erfahren. Leider haben wir keine Befragung der Therapeuten über ihre Gegenübertragungskognitionen angestellt.

In der Mehrzahl wurden wir als positive Impulsgeber erfahren, annehmend und empathisch, wenn auch nicht immer veränderungswirksam. Unserem Wunsch nach Wahrung der Würde und Gleichberechtigung kommt es entgegen, wenn ein IP auf die Frage: „In wie weit konnten Sie die Dinge, die Sie in der Beratung gelernt oder erfahren haben, nützen“ offen schreibt: „Ich habe Schwierigkeiten, meine positiven Erfahrungen der Therapie zuzuschreiben.“ Was will man mehr, als daß sich ein Mensch positive Entwicklungen selbst attribuiert! Einige schrieben, daß sie sich vorstellten, wir hörten ihnen weiter zu und würden ihnen ein Empfehlung geben. Sie haben uns also als „helfende Instanz“ internalisiert.

Beim Übergang von IT auf RT wurde uns beiden, die wir dabeiblieben (v.Bebenburg, v.Keyserlingk), klar, daß wir jetzt nicht mehr einen Sinn in scheinbar sinnlosen Gesprächen zu entdecken versuchen mußten. Wie von F. Simon in seinem „Hinkelmodell“ beschrieben, beschlossen wir zu glauben, daß es eine uns unbekannte Ordnung im Gedankenchaos gibt. Wir griffen nur noch die angebotenen Symbole auf, um sie in den Reflexionen in neue Zusammenhänge zu stellen. „Die Welt soll so dargestellt werden, daß sie als veränderbar erscheint“. (B. Brecht). Das wurde von den Familien oft als „treffend“ bezeichnet. Was das konkret war, ist kaum benennbar; vielleicht hat sich unser Unbewußtes durch das stille dissoziierte Zuhören und das reflektierende Dialogisieren mit dem Unbewußten der Betroffenen gut verständigt.. „Die Möglichkeit des Gesprächs zwischen den Therapeuten als „Spiegel“ halte ich für einen wesentlichen Teil der Teambesprechung.“ (IP) . Paare hatten es lieber als Familien, in denen Eltern des IP zugegen waren. Der Wunsch der Eltern nach Direktiven war teilweise stark. Vater: „Teilweise gute Gespräche, in der Summe jedoch zu wenig Konkretes. Damit verbunden

die (aus meiner Sicht) Tatsache, daß die psychischen Probleme meines Sohnes nicht erkannt wurden“.

Im ganzen kann man sagen, daß unsere „Erfolge“ da am größten waren, wo es nicht um das Verschwinden der Krankheit, sondern um die Annahme und das Verstehen der Begleitumstände sowie um die Wiedereingliederung in Beruf und Familie ging.

„Ich habe trotz der Krankheit meinem Haushalt entsprechend gut versorgt, ich habe auf Minderwertigkeitsgefühle und Selbstmitleid verzichtet.“ (IP).

„Meinen Partner so zu akzeptieren wie er ist, auch mit seiner Krankheit. Die ersten Jahre Ehe mit Streit, Vorwürfen. In letzter Zeit eher mit Gelassenheit und Gesprächen.“ (Ehefrau)

Was häufig gelernt wurde war, Therapie nicht als Strafe oder notwendiges Übel zu sehen, sondern als (angenehme) Hilfe, die eine sinngebende Bedeutung für das Zusammenleben hat.

„... habe gelernt, daß ich, sollte ich mit meiner Frau (wenn ich mal eine habe) in einem scheinbar unlösbaren Problem verstrickt sein, ihre Hilfe in Anspruch nehmen wollte.“ (IP)

„Ich bin nicht mehr Mittelpunkt des Universums, und das macht freier.“ (Bruder)

Reflexionen der Therapeuten über die Ergebnisse

Das Setting passend machen ...
(Manfred v. Bebenburg)

Die Probleme der Validität der Datenbasis erlauben natürlich nur mit Einschränkungen gültige Folgerungen. Meinen Überlegungen liegen auch die eigenen Beobachtungen zugrunde, die ich im Laufe der Jahre gemacht zu haben glaube. Besonders auffällig ist, daß im Durchschnitt das Setting des RT als wohltuender erlebt wurde, während die mehr auf Interventionen ausgerichtete Arbeitsweise mehr nachhaltige Wirkung hinterlassen zu haben scheint. Die Erklärung für diesen Sachverhalt sehe ich im Bedürfnis insbesondere von Angehörigen, von uns, die wir in ihren Augen Fachleute und in diesem Sinne Autoritäten sind, „Realität“ und „Rat“ angeboten zu bekommen. Das oft gravierende Auseinanderklaffen ihrer Wirklichkeitskonstrukte mit denen ihrer „erkrankten“ Familienmitglieder wird sehr leicht als Bedrohung oder Ir-

ritation erlebt, denn das Alltagsbewußtsein in unserer Kultur geht von der Unterscheidbarkeit von „wirklich“ und „unwirklich“ und – darauf aufbauend – von „richtig“ und „falsch“ aus. Beim narrativen Ansatz des RT wird diese Unterscheidung verändert: es gibt nur verschiedene subjektive Realitäten, die „Wirklichkeit“ ist von uns konstruiert. Da ist es den Angehörigen wohl doch lieber, vom Therapeuten zu hören, was Realität ist, „wo es längs geht“ und was zu tun ist. Für die als „krank“ angesehenen Familienmitglieder stellt sich die Situation eher so dar: Sie erfahren in ihrem „Anders-Sein“ mehr Akzeptanz im RT. Wenn allerdings auch sie auf der Suche nach Orientierung und „Halt“ sind, z.B. weil sie ihre Psychose als bedrohlich erleben, hinterläßt das RT außer der angenehmen Atmosphäre wenig Eindruck.

Daraus könnte eine Abwandlung der Methode des RT im Sinne einer Synthese der beiden von uns durchgeführten Settings infrage kommen: Je nach Anliegen der Familie bzw. des Paares (und damit Auftrages an die Therapie) könnte das Team eher im Sinne von Möglichkeitskonstruktionen oder im Sinne eines psychoinformativen Ansatzes und praktischer Instruktionen reflektieren. Es würden entweder verschiedene Sichtweisen der Situation der Familie und verschiedene Krankheitskonstrukte nebeneinander gestellt und auf ihre möglichen Konsequenzen untersucht – und die Familienmitglieder wählen aus, welcher Wirklichkeit sie sich bedienen wollen –, weil diese am besten zu ihrer Familienwirklichkeit paßt, oder das Team würde *eine* Sichtweise als „fachlich fundiert“ herausstellen und darauf aufbauend Verhaltensvorschläge machen, wenn dies eher den Erwartungen der Familienmitglieder entspricht.

Kurz: Was für eine Familie in der Therapie „angemessen unterschiedlich“ ist, ist verschieden. Folglich muß sich die gesamte Vorgehensweise daran orientieren. Bei der Wahl des Settings empfiehlt es sich also, in Rahmen der Auftragsklärung auch zu klären, mit welchen Vorgehensweisen, Regeln usw. die Familie bzw. das Paar am „Behandlungsort“ rechnet: In stationären Kontexten könnte ohne entsprechende Vorbereitung das RT in der narrativen

Form irritierend wirken, weil die Familienmitglieder eher auf eine „Behandlung“, also auch auf Anweisungen und Ratschläge eingerichtet sind. In einer „Familienberatungsstelle“ rechnen die Familien mit Beratung und lassen sich auf eine „Therapie“ ein, also auch darauf, daß etwas „Neues“ passiert. Für andere Familien ist „Therapie“ bereits wegen bestimmter Implikationen („Wir sind Schuld“, „Mit uns stimmt etwas nicht“) eine Bedrohung – sie werden eher nicht eine Familientherapie aufsuchen, wohl aber Angehörigengespräche. Auch wenn es uns Fachleuten nicht gefällt, wir kommen an „Verpackungsproblemen“ nicht vorbei. Allerdings bleibt es Familien weiterhin nicht erspart, sich daran gewöhnen zu müssen, daß es in der Psychiatrie nicht die eine „richtige“ Erklärungstheorie und Behandlungsmethode für die „Krankheit“ gibt, sondern verschiedene Ansätze, von deren Gültigkeit die jeweiligen professionellen Verfechter überzeugt sind und sie deshalb auch den Familien als „richtig“ präsentieren. Insofern scheint es mir wichtig, daß das reflektierende Team über diese Sachverhalte aufklärt, also in einem erweiterten Sinne „psychoinformativ“ arbeitet.

Ich möchte zum Schluß noch einige Überlegungen zu personellen und ökonomischen Grundlagen der Teamarbeit anstellen: Unsere Erfahrungen über die gesamte Projektzeit hinweg brachten vor allem die Einsicht, daß die Beratung psychosepräsentere Familien und Paare durch ein Beraterteam sowohl für die Familien hilfreicher als auch für die BeraterInnen besser leistbar ist, als im Vergleich dazu die Arbeit alleine. Diese Folgerung wirft allerdings je nach Institution und deren Finanzierungsmodus Schwierigkeiten auf, weil der Personalaufwand höher ist, selbst wenn vielleicht ein Team mit größerem Sitzungsabstand arbeiten kann, als es bei der Beratung alleine zweckmäßig ist, und somit per Saldo der Aufwand wiederum geringer ist.

Pauschal finanzierte ambulante Beratungsdienste oder stationäre Einrichtungen können am ehesten die personellen und finanziellen Ressourcen für eine solche Teamarbeit zur Verfügung stellen. Mit Blick auf die Finanzierbarkeit könnte Teamarbeit auch auf besonders schwierig erscheinende Ein-

zelfälle beschränkt eingesetzt werden, oder ein Team wird als „Consulting Team“ zu einzelnen Sitzungen im Rahmen einer Beratung oder Therapie hinzugezogen. Das entspricht im übrigen der Arbeitsweise von Tom Anderson und seinen Mitarbeitern.

Familientherapie hilft auch dem Therapeuten (Dankward Helmes)

Das Feeling vorneweg: Die Zusammenarbeit im Team hat Spaß gemacht, Ideen freigesetzt, meine familientherapeutische Entwicklung beeinflusst. Manche Therapieprozesse gestalteten sich wunderbar stimmig, Hilflosigkeitserfahrungen konnte man teilen. Einzelne Klienten haben sich später gemeldet und uns an ihren Entwicklungen teilhaben lassen. Wundersam ist auch, daß wir die Untersuchung trotz unserer jeweiligen vollen Terminkalender auf den Weg gebracht haben, zudem zu einem Zeitpunkt, als das Ende der Teamarbeit längst Realität war. Erfreulich ist, daß die Studie soweit erfolgreich verlaufen ist, als sich viele Klienten und deren Angehörige beteiligt haben, deren Antworten zum Großteil auswertbar waren und sich daraus ohne allzu komplizierte statistische Kunststücke eine Reihe stimmiger Schlußfolgerungen ableiten lassen. Angesichts des Mangels an einschlägigen empirischen Studien zur Systemischen Therapie im europäischen Forschungsraum haben wir vielleicht sogar mitgeholfen, den Weg zur Anerkennung der Methode als Richtlinienverfahren weiter zu ebnen. All das freut mich sehr und ich denke gerne zurück. Etwas eingetrübt wird mein Bild dadurch, daß das „Psychiatrie-Team“ längst Vergangenheit ist und daß die Interpretationen weder meiner Hoffnung noch meinem Erfahrungsgefühl recht geben, die mich glauben ließen, daß Kurztherapie nach der Anderson-Methode auch bei psychotischen Systemen eine Methode der Wahl werden könne, wenn man nur die Grundregel des für diese Klientel „angemessen Ungewöhnlichen“ sorgfältig beachtet. Erstaunlich ist auch, daß wir in unseren unmittelbaren Reflexionen zum Therapieprozess die durch die Untersuchung ans Licht gekommene Systematik so nicht erkannt haben.

Nun zu den Fakten: Es scheint über beide Therapiebedingungen hinweg drei – voneinander teilweise abhängige – Tendenzen zu geben:

1. je affektiver eine Störung desto erfolgreicher sieht ein Symptomträger und seine Umwelt das Leitsymptom durch Familientherapie gebessert, und
2. je häufiger therapeutische Kontakte stattfinden bzw. je länger die Therapie dauert, desto eher sieht eine Familie das Problem gebessert, sieht Erfolge und fühlt sich gefördert, und
3. eine Familie mit einem erwachsenen IP fühlt sich bei uns in der Familien-Therapie besser versorgt als ein familiäres System mit einem IP in der Kindrolle.

Offensichtlich ist es uns *in beiden Settings* nicht ganz gelungen, die jeweils zum Problemsystem passenden therapeutischen Strukturen zu schaffen, schizopräsente Familien hatten zum Beispiel jeweils die geringste Stundenzahl! Unübersehbar sind die subjektiven Wirkunterschiede der zwei Methoden: Während sich Familien mit einem affektiv gestörten Mitglied durch den dialogischen Stil zwar auch nur zur Hälfte erfolgreich behandelt fühlen, so haben sie sich immerhin recht wohlgefühlt und denken gerne an die Therapie zurück. Deutlich lieber jedenfalls als der schizophrene Patient und seine Familienmitglieder. Letztere sehen sich hingegen beim modifizierten Mailänder Vorgehen mit signifikant größerem Erfolg behandelt als beim Reflecting Team – trotz (oder vielleicht sogar „wegen“?) ihres Unbehagens! Was wirkt, muß wehtun?

Die Botschaft: Nehme ich diese Ergebnisse „wahr“, so werde ich in Zukunft mein familientherapeutisches Vorgehen bei „Psychiatrie-Familien“ gezielter auswählen: Je psychotischer desto experten-geleiteter, strukturierter, länger und: je affektiver desto lösungs-orientierter, partnerschaftlicher, kürzer (doch nicht zu kurz!). Ich werde meine Vorliebe für Kurztherapie zumindest bei solchen Fragestellungen gründlich überdenken und mich noch mehr als bisher befreien von der Vorstellung, daß hilfreiche Interventionen notwendigerweise mit einem „guten Gefühl“ beim Therapeuten ver-

bunden sein sollen. Diese Erkenntnisse stehen in Übereinstimmung mit Ergebnissen zur Therapieforschung und decken sich mit theoretischen Ableitungen aus der Kenntnis rigider bzw. chaotischer Systeme. Es gibt also die differentielle Indikation auch in der Familientherapie! Und: Wäre nicht eine gezielte Kombination und Variation der Techniken im Verlauf der Behandlung von psychotischen Systemen überaus sinnvoll? Gut strukturiert beginnen und nach und nach der Selbstorganisation Freiräume lassen? Doch vermutlich tut das jeder von uns längst in der Praxis...

Mein persönlicher Therapieerfolg: In meiner systemisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Einzelfallarbeit oder in den therapeutischen Gruppen, an denen ich in einer psychiatrischen Tagesklinik beteiligt bin, hat die Erfahrung des „Reflektierens“ deutliche Spuren hinterlassen: Ich strenge mich weniger an, teile die Lösungssuche mit anderen. Mitarbeiter des Pflegebereichs oder Patienten sind durch ihre häufig viel unkompliziertere Form des Fragens und des Überdenkens äußerst effektive „Reflektierer“, sie stellen für andere Ratsuchende oft auch bessere Modelle dar als die Therapeuten. Und so hat die Methode des „Reflektierenden Teams“ zumindest bei mir einen lebensverbessernden Langzeit-Effekt hinterlassen, – allerdings hatte ich dafür auch über 100 Sitzungen zur Verfügung und war in der Zusammenarbeit mit den beiden KollegInnen vermutlich nicht allzu sehr in psychotische Spiele verwickelt. Und so bestätigt sich eine alte Weisheit der Therapieforschung: Psychotherapie wirkt bei Gesunden mit am besten!

Die Verquickung von Traumgesichten und Alltagsrealität (Linde v. Keyserlingk)

Mir ist klar geworden, daß ein dauerhaftes, gut eingespieltes gemischtes Team von den Klienten als „Familie“ erlebt werden kann. So bewirkt es als Gesamtsystem mehr, als ein einzelner Therapeut bewirken könnte. Bei der Therapie einer Familie mit einem schwergestörten Mitglied (oder meh-

renen) ist die „Gegenkultur“ eines stabilen Teams von unschätzbarem Wert, einem Team, das sich nicht hinter der Scheibe seiner Kompetenz unsichtbar und unangreifbar macht, sondern das in seinen Einzelpersonen und in seiner Gesamtheit erkennbar und hinterfragbar ist. Bei psychosepräsenten und depressiven Familien wird noch mehr als anderswo deutlich: Wenn Beziehungsfragen nicht beantwortet werden, so wirkt das symptomtendenzbildend. Darum sollten so viel wie möglich Beziehungsangebote gemacht und Beziehungsfragen modellhaft beantwortet werden.

Eine gute und wertschätzende Atmosphäre in der Therapie und im Team lehrt zumindest die Verbesserung von Lebensqualität. Jemand der sagt: „Ich habe mich bei Ihnen wohlfühlt“, sagt damit zugleich „Ich habe mich als Person gefühlt.“ Bei einer redundant „verrückten Kommunikation“ ist Veränderung auch durch ein narratives Vorgehen (gleiche Symbole, neue Geschichte) möglich. IP: „Das Team hinter der Scheibe war für mich auch wichtig, weil sie mir eine neue Möglichkeit des Verstehens dargestellt haben.“ (Er bezeichnete und malte seine Krankheit als Wolf).

Behandlungsmethoden hängen oft zu sehr von der „Schulzugehörigkeit“ der Therapeuten ab. Im Sinne der differentiellen Indikationsstellung sind aber bestimmte familientherapeutische Verfahren hilfreicher als andere: In unserem Fall hieße dies: mehr auf die Diagnose achten (affektive oder paranoide Psychose, Depression oder Borderline, Ip in der Eltern- oder Kindgeneration). So könnten wir, je nachdem, mehr auf die psychoedukative, fokussierende, oder narrativ-reflektierende Seite gehen.

Wir blicken auf 12 Jahre Arbeit mit Familien zurück, die auf die eine oder andere Weise mit Grenzerfahrungen in Berührung kamen und diese auf die eine oder andere Weise mit ihrem Weltbild in Einklang zu bringen versuchten. Wir wollten ihnen beim Ordnen chaotischer Zustände helfen und kamen selbst oft an unsere Grenzen. Je mehr ich mich aber mit diesen Grenzen beschäftigte (die ja ein künstliches Produkt und „in Wirklichkeit“ fließend sind) umso mehr lernte ich über die Verquickung von Traumgesichten und

Alltagsrealität. Was „wahr“ ist, was „wirklich ist so wie ich es erlebe“ (Vater sagt: Unsinn), das beschäftigte diese Familie in besonderem Maße, und uns mit ihnen. Aber allmählich bekam ich zu diesem Thema eine andere Einstellung. „Wir müssen Träume nuanciert behandeln wie ein Kunstwerk, nicht logisch oder rational, wie man eine Feststellung treffen kann, sondern mit einer kleinen Einschränkung irgendwo. Es ist die schöpferische Kunst der Natur, die den Traum hervorbringt, also müssen wir ihr gewachsen sein, wenn wir zu deuten versuchen.“ (Jung 1997) Für eine Autorin hat es etwas sehr faszinierendes und bereicherndes, den Traumgesichten dieser Patienten zuzuhören und bei ihrer Einordnung hilfreich zu sein.

Und noch etwas: Ein gutes Team braucht Teampflege, ein „Psychiatrieteam“, das besonderen Belastungen ausgesetzt ist, besondere. Es braucht Anregungen aus Philosophie und Kunst. Das kostet Zeit, die nur mit Idealismus und im Sinne eines gemeinsamen Zieles, der Menschenwürdigkeit, aufgebracht werden kann. In unserer wieder mehr und mehr dem Materialismus verpflichteten Gesellschaft scheint dies allerdings immer weniger möglich zu sein.

Literatur

- Beka L, Bebenburg M von, Keyserlingk L von (1987) Familientherapeutische Teamarbeit mit psychotischen Familiensystemen. *Prax Psychother Psychosom* 32: 21–34
- Bertgen M, Sachartschenko R, Kahl M (1992) Überprüfung der Wirksamkeit systemischer Familientherapie im stationären Bereich bei schizophrenen Patienten. *Familiendynamik* 17: 211–228
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen
- Jung CG (1997) Über die Natur. Freiburg
- Reiter L, Steiner E, Ahlers C, Vogel MR, Wagner H (1993) Das reflektierende Team als therapeutische Methode. *System Familie* 6: 10–20
- Retzer A, Simon FB, Weber G, Stierlin H, Schmidt G (1989) Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik* 14: 214–235
- Schlippe A von, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, Zürich
- Schweitzer J, Schumacher B (1995) Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Heidelberg

- Shadish WR, Ragsdale K, Glaser RR, Montgomery LM (1997) Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik* 22: 16–33
- Ochs M, Schlippe A von, Schweitzer-Rothers J (1997) Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie. *Familiendynamik* 22: 34–63
- Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR (1992) The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *Amer Psychol* 47: 1578–1585
- Wenske P (1991) Untersuchung zur Kongruenz zwischen Therapiezielen und deren Wahrnehmung durch die Klienten bei der Behandlung einer psychotischen Familie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Tübingen 1991. Zeitweise wissenschaftliche Begleitung des Psychiatrieteams

Anhang

Variablenliste

- V 1: Setting: Instruierendes vs. Reflektierendes Team
- V 2: Code
- V 3: Anzahl der Familienmitglieder
- V 4: Position in der Geschwisterreihe
- V 5: Index-Patient vs. Familienangehöriger
- V 6: IP = Partner vs. IP = Kind
- V 7: Diagnose
- V 8: Sitzungszahl
- V 9: Dauer der Behandlung
- V 10: Dauer seit Beendigung der Behandlung
- V 11: Rating 1: Wie gern erinnere ich mich an die Therapie?
- V 12: Rating 2: Wie schätze ich den Erfolg der Therapie ein?
- V 13: Rating 3: Wie sehr hat sich die psychische Erkrankung verbessert?
- V 14: Rating 4: Wie angenehm habe ich die Atmosphäre erlebt?
- V 15: Rating 5: Wie sehr hat es mich persönlich gefördert?
- V 16: Rating 6: Welchen Einfluß hatte die Therapie auf die Situation der Familie/Partnerschaft insgesamt?
- V 17: Rating 7: Wie positiv bewerte ich den Einfluß der Therapie?
- V 18: Erwartungen an die Therapie
- V 19: Wie realistisch schätzen die Therapeuten die Erwartung?
- V 20: Konkrete Erinnerung an Therapie, 1. Nennung
- V 21: Konkrete Erinnerung an Therapie, 2. Nennung
- V 22: Was hat sich geändert, 1. Nennung
- V 23: Was hat sich geändert, 2. Nennung
- V 24: Welchem Teammitglied fühlte ich mich am nächsten?
- V 25: Vergleich der Teammitglieder *vor* vs. *hinter* der Scheibe