

Mattejat, Fritz und Remschmidt, Helmut

Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen - Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 5, S. 371-392

urn:nbn:de:bsz-psydok-39875

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life) 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention).	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy).	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalern Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMANN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms.	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen.	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht.	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen.	68, 139, 474, 515, 746

Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen

Fritz Matthejat und Helmut Remschmidt

Summary

The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders

The importance of family relations for the therapy of psychiatric disorders in children and adolescents is discussed reporting results from an empirical study carried out in an inpatient sample of a child and adolescent psychiatric unit with regard to the quality of mother-child resp. father-child relation and its influence on coping processes. Whether adolescents suffering from a psychiatric disorder are able to cope with their problems during the course of a therapy, depends on their individual and social resources. Therapy outcome is to a great extent influenced by the emotional quality of their family relations. Hostility and rejection as well as unstructured and disorganized parental behavior contribute to a negative outcome. A differentiated analysis shows further that the relation between the adolescents and their fathers is particularly important for therapy prognosis. Nevertheless, one has to consider the respective relations with *both* parents for therapy prognosis, as problems with one parent may be partly compensated by a good relationship with the other parent. Finally, the cooperation between parents and clinical staff is discussed. Data and experiences show that interest and readiness of parents (mothers as well as fathers) for a close cooperation are higher than generally expected.

Zusammenfassung

Die Arbeit setzt sich mit dem Thema auseinander, welche Bedeutung die Familienbeziehungen für die Therapie mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen haben und welchen Stellenwert die Beziehung zu Vater und Mutter für die Bewältigung von psychischen Störungen hat. Hierzu werden die Ergebnisse aus einer empirischen Stu-

die, in der die Familienbeziehungen bei einer Stichprobe von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten in differenzierter Weise untersucht wurden, dargestellt und diskutiert. Ob ein psychisch gestörter Jugendlicher seine psychischen Probleme im Rahmen einer Therapie bewältigen kann, ist von seinen individuellen und psychosozialen Ressourcen abhängig; der Therapieausgang wird wesentlich von der Qualität seiner familiären Beziehungen mitbestimmt. Prognostisch negativ sind feindselig-ablehnende und unstrukturiert-desorganisierte Verhaltensweisen der Eltern. Eine genauere Analyse zeigt darüber hinaus, daß die Beziehung zum Vater für die Therapieprognose eine besonders bedeutsame Rolle spielt. Bei der Therapieprognose ist aber die Beziehung zu beiden Elternteilen zu berücksichtigen, da eine problematische Beziehung zu einem Elternteil durch eine gute Beziehung zum anderen Elternteil zumindest zum Teil kompensiert werden kann. Schließlich wird auf die Frage der Kooperationsmöglichkeiten mit den Eltern von psychisch kranken Jugendlichen eingegangen und es wird anhand der Daten und Erfahrungen bei der Stichprobengewinnung aufgezeigt, daß das Interesse und die Bereitschaft der Eltern (der Mütter ebenso wie der Väter) zu einer intensiveren Zusammenarbeit höher ist, als gemeinhin angenommen wird.

1 Einführung

Fragen der Therapieprognose sind im Hinblick auf das individuelle Störungsbild häufig untersucht worden. Es ist empirisch gut gesichert, daß extraversive Störungen bei Kindern und Jugendlichen eine ungünstigere spontane Verlaufsprognose und auch eine ungünstigere Therapieprognose haben als introversive Störungen (vgl. hierzu z.B. LOEBER 1991; REMSCHMIDT 1992). Analoges ist für Krankheits-Untergruppen bekannt; so können wir z.B. nach dem Verlauf verschiedene Schizophrenie-Typen unterscheiden (MARTIN 1991; SCHULZ et al. 1994). Die prognostische Bedeutung der Familiensituation und der Beziehungen in der Familie ist dagegen im Vergleich dazu weniger geklärt. Der bekannteste Forschungsansatz, in dem man sich in exemplarischer Weise mit dieser Frage beschäftigt hat, ist die „Expressed-Emotions“-Forschung, durch die gezeigt werden konnte, daß die emotionale Qualität des Interaktionsverhaltens der Familienmitglieder den Rehabilitationsverlauf bei schizophrenen Psychosen in bedeutsamer Weise beeinflusst (BUCHKREMER u. RATH 1989): Ein hohes Maß an kritischen, feindseligen oder emotional überengagierten Äußerungen gegenüber dem Patienten beeinflusst den weiteren Verlauf in negativer Weise. Ergebnisse solcher Art sind von unmittelbarer Bedeutung für die klinische Praxis, denn auf ihrer Grundlage können Behandlungskonzepte entwickelt werden, in denen versucht wird, die Familieninteraktion in der Weise zu beeinflussen, daß die Entwicklungsbedingungen für die Patienten möglichst günstig sind (TARRIER et al. 1996).

Angeregt durch diese Forschungsansätze sind wir der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die Familiensituation und die Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen haben. Dabei wollten wir uns nicht von vornherein auf die in der Expressed-Emotions-Forschung thematisier-

ten sehr spezifischen Interaktionsaspekte begrenzen, sondern darüber hinaus auch andere wichtige psychosoziale Entwicklungsbedingungen in den Blick nehmen. In einer ersten Studie untersuchten wir die Frage, welche Familienmerkmale überhaupt eine prognostische Bedeutung für die Therapien mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen haben (MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1989; REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1988; REMSCHMIDT et al. 1988). Vor Beginn der Behandlung wurde die Familiensituation mit dem „Profil psychosozialer Belastungen (PPB)“ erfaßt (MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1996). Dieses Instrument ist eine Weiterentwicklung der Achse V des Multiaxialen Klassifikationsschemas auf der Basis der ICD, das von REMSCHMIDT und SCHMIDT (1994) für den deutschen Sprachraum angepaßt wurde. In ihm werden die nach dem heutigen Kenntnisstand wichtigsten psychosozialen und familialen Belastungen und Problembereiche, die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen können, erfaßt: Am Ende der Behandlung wurde mit Hilfe einer Klassifikationsanalyse die Frage untersucht, ob sich zwischen den vor Behandlungsbeginn erfaßten Familienmerkmalen und dem nach Behandlungsabschluß erfaßten symptombezogenen Therapieerfolg (Therapieerfolg hinsichtlich der Symptomatik) bedeutsame Zusammenhänge finden. Dabei zeigte sich, daß die meisten erfaßten psychosozialen Merkmale keine Prognose des Therapieerfolges zuließen; so konnten wir z.B. unsere Vermutung, daß die Ehebeziehung für den symptomatischen Erfolg prognostisch bedeutsam ist, nicht bestätigen; auch objektive Familienmerkmale spielten für die Therapieprognose keine bedeutsame Rolle. Zwei interaktionale Faktoren aber wiesen einen signifikanten Zusammenhang zum Therapieerfolg auf: Es erwies sich erstens prognostisch ungünstig, wenn die Eltern feindselig-ablehnende Verhaltensweisen ihrem Kind gegenüber zeigten. Der zweite prognostisch wichtige Faktor bezieht sich auf die Frage, ob die Eltern in der Lage sind, ihr Kind adäquat zu führen und zu kontrollieren, d.h. ob sie ihre elterliche Verantwortung im Umgang mit dem Kind kompetent realisieren können. Für Patienten die aus Familien kommen, in denen die Eltern diese Aufgaben nicht wahrnehmen können, die sich z.B. schwankend, hilflos, unstrukturiert, inkonsequent verhalten, ist die Prognose ungünstiger.

Die in dieser Studie gewonnenen Ergebnisse sprechen dafür, daß der Therapieerfolg von spezifischen Merkmalen der Eltern-Kind-Beziehung abhängig ist (zu gleichsinnigen Befunden s. auch die Hinweise bei KAZDIN et al. 1987). Eine wesentliche Beschränkung dieser Untersuchung liegt allerdings darin, daß die familialen Beziehungsmerkmale nur in relativ summarischer Form erfaßt wurden; im verwendeten Profil psychosozialer Belastungen (PPB) werden nur die elterlichen Verhaltensweisen gegenüber dem Patienten betrachtet, und es wird nicht zwischen Vater und Mutter differenziert. Aus diesem Grunde lassen sich keine Aussagen darüber ableiten, wie sich die Beziehungen in der Triade Vater-Mutter-Patient im einzelnen gestalten und welche prognostischen Folgerungen sich hieraus ergeben. Zur Bearbeitung dieser Frage haben wir in einer weiteren sehr aufwendig angelegten Untersuchung die familialen Beziehungen in der Triade Vater-Mutter-Patient in differenzierter Weise untersucht. Im folgenden stellen wir einige Teilbereiche und -ergebnisse aus dieser Untersuchung (Längsschnittuntersuchung, die zur Zeit noch andauert) vor; dabei wird speziell auf die folgenden Fragestellungen eingegangen:

- (1) *Differenzierte Beschreibung der familialen Beziehungsstruktur*: Wie stellen sich die Beziehungen in Familien von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen dar und wie können sie charakterisiert werden? Wie ist im einzelnen die Beziehung zwischen (a) dem Vater und dem Patienten, (b) der Mutter und dem Patienten und wie stellt sich (c) die eheliche Beziehung dar?
- (2) *Prognose des Therapieerfolgs (Identifikation von prognostisch relevanten Beziehungsmerkmalen)*: Welche Aspekte der familialen Beziehungsstruktur sind für den Verlauf und Erfolg bei Therapien mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen bedeutsam? Welche Bedeutung hat dabei die Beziehung zum Vater, und welche Bedeutung hat die Beziehung zur Mutter für die Bewältigung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen?
- (3) *Kooperationsmöglichkeiten mit Familien*: Wie gut sind die Kooperationsmöglichkeiten mit Familien von stationär aufgenommen psychisch kranken Jugendlichen? In welchem Umfang sind die Eltern daran interessiert, in die Behandlung mit einbezogen zu werden und bereit, in der Therapie mit uns zusammenzuarbeiten?

Bei der Diskussion dieser Fragen wollen wir uns auf inhaltliche Aspekte konzentrieren; auf methodische und teststatistische Einzelheiten gehen wir nur knapp ein; sie sind an anderer Stelle ausführlich dargestellt (MATTEJAT U. REMSCHMIDT 1991; REMSCHMIDT U. MATTEJAT 1993).

2 Stichprobe und Methoden

2.1 Stichprobe

Innerhalb eines Zeitraums von 15 Monaten wurden an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg mit den stationären Patienten und ihren Familien vor Beginn der Behandlung und nach Behandlungsabschluß ausführliche familiendiagnostische Untersuchungen durchgeführt. Für diese Untersuchungen wurde zunächst die komplette Inanspruchnahmepopulation aller Patienten, die zur stationären Diagnostik und Behandlung aufgenommen worden waren, erfaßt; bei der stationären Aufnahme des Patienten wurde die Familie zu einer familiendiagnostischen Untersuchung eingeladen, wenn folgende Kriterien erfüllt waren:

- Der Patient sollte unmittelbar vor der stationären Aufnahme in einer Familie leben.
- Der Patient sollte mindestens 12 Jahre alt sein.
- Nebenkriterien: Es sollte sich um Therapiefälle und nicht um rein diagnostische Fälle handeln; es sollte sich nicht um eine „Wiederaufnahme“ handeln; die Untersuchung sollte aus therapeutischer Sicht verantwortbar sein; zumindest ein Elternteil sollte die deutsche Sprache beherrschen.

Insgesamt 137 Familien erfüllten diese Kriterien und wurden zu einer ausführlichen familiendiagnostischen Untersuchung eingeladen; bei 131 Familien kam eine solche Untersuchung zustande. Nahezu alle eingeladenen Familien nahmen somit an den

Untersuchungen teil; auf die Erfahrungen bei der Stichprobengewinnung und die Kooperation der Familien in der Untersuchungen gehen wir im nächsten Abschnitt noch genauer ein.

Unsere Daten stützen sich auf eine unausgelesene stationäre Stichprobe konsekutiv aufgenommener Patienten. In der Projektgruppe ($n=131$) waren 73 Mädchen (56%) und 58 Jungen (44%), der Altersdurchschnitt lag bei 15,5 Jahren. In der Verteilung dieser Merkmale unterscheidet sich die Projektgruppe nicht von der Gesamtgruppe aller aufgenommenen Patienten. In der Tabelle 1 sind die häufigsten Diagnosen aufgeführt (Zur Stichprobe siehe auch: MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1991; REMSCHMIDT u. MATTEJAT 1993). Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 12 Wochen. (Zu einer inhaltlichen Charakterisierung der Behandlungen siehe REMSCHMIDT et al. 1994; MATTEJAT et al. 1994).

Tab. 1: Diagnosen in der untersuchten Projektgruppe (Nummern nach ICD-9; $n=131$)

Diagnosengruppe	Absolute Anzahl
Psychosen (295-297)	13
Neurotische Störungen (300)	17
Anorexien (307.1)	28
Dissoziale Syndrome (312)	29
Spez. emotionale Störungen (313)	15
Nichtanorektische Eßstörungen (307.5)	9
Andere Diagnosen	20
Summe	131

2.2 Methode

Vor Beginn und nach Abschluß der Behandlung wurde von jeweils zwei Projektmitarbeitern, die in die Therapie nicht involviert waren, eine familiendiagnostische Untersuchung durchgeführt, die neben einem gemeinsamen Familieninterview mehrere Fragebogenverfahren umfaßte. Unabhängig hiervon wurden der Therapieverlauf und Therapieerfolg von den zuständigen Therapeuten dokumentiert (Einschätzung des Therapieerfolgs auf Rating-Skalen in der Falldokumentation; vgl. REMSCHMIDT, 1993). Aus dieser Dokumentation verwenden wir hier nur das Therapeutenrating „Erfolg hinsichtlich der Symptomatik“ als Kriterienvariable, da sich dieses Rating als hinreichend zuverlässig und valide erwiesen hat.

Die Erfassung der familialen Beziehungsdynamik aus der Außenperspektive (=„objektive“ *Beziehungsstruktur*): Hauptbestandteil der Untersuchung war ein familiendiagnostisches Interview, an dem der aufgenommene Patient und seine beiden Eltern teilnahmen (vgl. MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1996). Aus Gründen der Vergleich-

barkeit beschränkte sich diese Untersuchung auf diese familiäre Triade Vater-Mutter-Patient. Dieses Interview wurde mit Video aufgezeichnet und mit Hilfe der „Marburger familiendiagnostischen Skalen (MFS)“ (REMSCHMIDT u. MATTEJAT 1993) von zwei Ratern ausgewertet. Die MFS sind ein modulares System von Ratingskalen zur Familiendiagnostik. Unter anderem wird dabei auch die familiäre Beziehungsdynamik erfaßt; d.h. aufgrund der Beobachtungen und Informationen aus dem Familieninterview werden Bindungstendenzen und Abgrenzungstendenzen in der Familie beschrieben. Konkret wird dabei eingeschätzt, ob und in welchem Ausmaß z.B. der Patient gegenüber der Mutter Bindungsverhalten oder Abgrenzungsverhalten zeigt, ob weder die eine noch die andere Tendenz oder ob beide Tendenzen feststellbar sind. Unter Bindungsverhalten fallen Verhaltensweisen, in denen der Patient mehr Nähe und Kontakt, Hilfestellung, Schutz und Führung, also eine engere, tendenziell eher abhängige Beziehung sucht. Unter Abgrenzungsverhalten werden dagegen Verhaltensweisen verstanden, bei denen der Patient gegenüber der Mutter auf Distanz geht, sich ihr entzieht, nichts von ihr wissen will oder sich gegenüber ihren Forderungen zur Wehr setzt. Im Standardfall wird nun nicht nur das Bindungs- und Abgrenzungsverhalten des Patienten gegenüber der Mutter ($P \Leftrightarrow M$) eingeschätzt, sondern das Verhalten von Vater, Mutter und Patient gegenüber jeder anderen Person in der familiären Triade: Patient gegenüber Mutter, Patient gegenüber Vater, Vater gegenüber Patient, Vater gegenüber Mutter, Mutter gegenüber Patient und Mutter gegenüber Vater. Insgesamt gewinnen wir also 12 *gerichtete Beziehungswerte* zur Darstellung der familialen Beziehungsdynamik.

Erfassung der familialen Beziehungsstruktur aus der Innenperspektive (=subjektive Beziehungsstruktur): Nach dem Interview wurden mit den anwesenden Familienmitgliedern außerdem noch familiendiagnostische Fragebogenverfahren durchgeführt. Die familialen Beziehungsmuster wurden nicht nur „von außen“ untersucht, sondern auch aus der Perspektive der Familienmitglieder selbst. Hierzu verwendeten wir unter anderem das „Subjektive Familienbild (SFB)“ (MATTEJAT 1993; MATTEJAT u. SCHOLZ 1994), ein auf dem semantischen Differential beruhendes Selbstberichtsverfahren, mit dem wiederum die *gerichteten Beziehungen* in der familialen Triade erfaßt werden: Wie verhält sich A gegenüber B? Dabei werden zwei Beziehungsaspekte erfragt, nämlich die emotionale Verbundenheit jedes Familienmitgliedes jedem anderen gegenüber und die erlebte individuelle Autonomie im Umgang miteinander. Ein hohes Maß an subjektiver emotionaler Verbundenheit wird dadurch angezeigt, daß die Familienmitglieder (in ihrer Wahrnehmung) Interesse füreinander zeigen, warmherzig und verständnisvoll miteinander umgehen. Ein geringes Maß an emotionaler Verbundenheit wird dadurch angezeigt, daß sie ein kühles Verhältnis zueinander haben, sich wenig füreinander interessieren und sich wechselseitig als intolerant erleben. Wenn die Familienmitglieder in ihren Beziehungen ein hohes Maß an individueller Autonomie erleben, dann werden sie sich im Umgang miteinander als selbständig, sicher und entscheidungsfähig beschreiben; bei einem geringen Maß an (subjektiver) individueller Autonomie werden sie sich in ihren familiären Beziehungen als unselbständig, ängstlich und unentschlossen erleben. Da die Fragebögen von jedem Familienmitglied getrennt bearbeitet werden, gewinnen wir nicht nur eine einzige Beziehungsstruktur,

sondern jedes Familienmitglied liefert uns eine Beziehungsstruktur (mit insgesamt 12 gerichteten Beziehungswerten), so wie sie sich aus seiner Sicht darstellt.

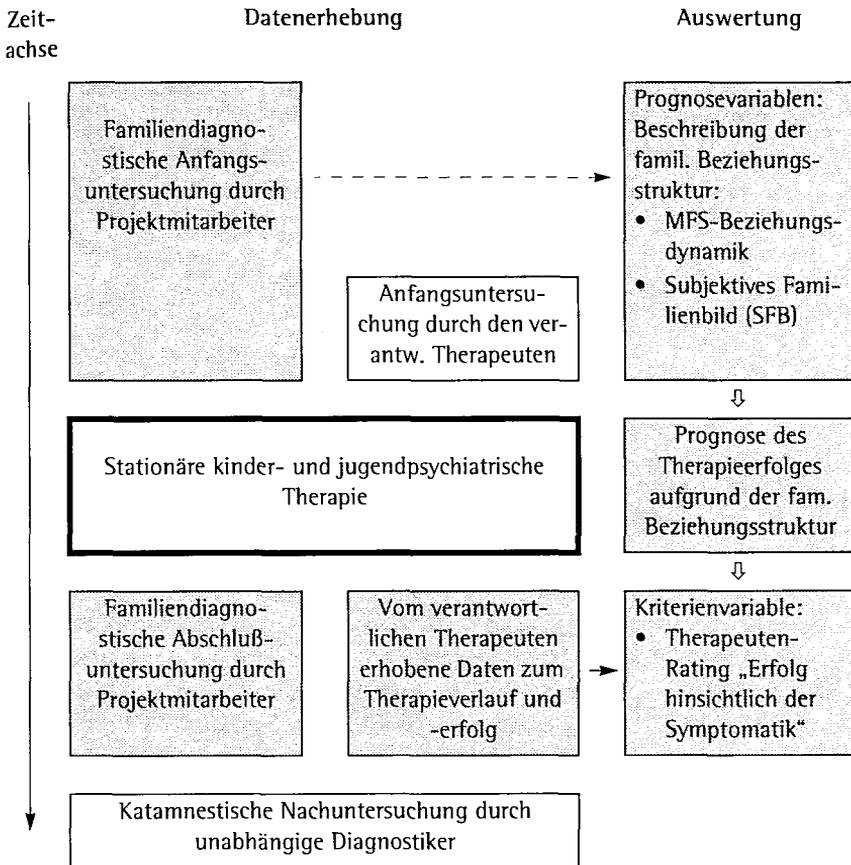


Abb. 1: Untersuchungsdesign

In Abbildung 1 ist der Untersuchungsaufbau dargestellt. Der vorliegende Artikel bezieht sich dabei nur auf einen Teilausschnitt der erhobenen Daten: Wir beschreiben die familiäre Beziehungsstruktur, so wie sie sich vor Behandlungsbeginn darstellt, und wir stellen die Ergebnisse von Analysen dar, in denen die Frage untersucht wurde, ob der Behandlungserfolg hinsichtlich der Symptomatik aufgrund der vor Behandlungsbeginn erfaßten familialen Beziehungsstruktur prognostizierbar ist.

3 Ergebnisse

3.1 Die Zusammenarbeit mit der Familie und die Beteiligung des Vaters

Bevor wir auf die Untersuchungsbefunde eingehen, möchten wir über die Erfahrungen berichten, die wir in diesem Projekt bei der Zusammenarbeit mit den Familien gemacht haben. Bei Projektbeginn waren für uns die folgenden Fragen noch unklar:

- Wie viele Familien sind überhaupt zu einer engeren Zusammenarbeit und zu gemeinsamen Familiengesprächen bereit?
- Wie viele Familien sind mit einer Videoaufnahme des Familiengesprächs und einer genauen Dokumentation der Diagnostik einverstanden?
- In welchem Umfang können auch die Väter zu gemeinsamen Familiengesprächen und zu einer engeren Zusammenarbeit gewonnen werden?

Die in Abbildung 1 dargestellten Daten zur Stichprobengewinnung zeigen, daß sechs Familien (4.4% der eingeladenen Familien) in der Anfangsphase der Behandlung den Kontakt zur Klinik völlig verweigerten und nicht bereit bzw. nicht in der Lage waren, in die Klinik zu kommen. Bei über 95% aller Familien kam eine familiendiagnostische Untersuchung zustande. Mit 129 Familien konnte die Untersuchung in der vorgesehenen Form durchgeführt werden. Bei zwei Familien wurde auf die Videoaufnahme verzichtet: In einem Fall verweigerte die Familie die Videoaufnahme, da ein Scheidungsverfahren aktuell anstand; im anderen Fall verzichteten wir von uns aus auf die Videoaufnahme und führten aus Datenschutzgründen eine reduzierte Untersuchung durch, da ein Familienmitglied am selben Klinikum tätig war. Abgesehen von diesen Ausnahmefällen waren alle Familien mit der Videoaufnahme und einer ausführlichen Dokumentation der Untersuchung einverstanden. In einem einzigen Fall konnte die Mutter wegen einer akuten Depression (mit stationärem Klinikaufenthalt) an der Untersuchung nicht teilnehmen; ansonsten nahmen alle Mütter an der Familiendiagnostik teil. Bei einem Teil der untersuchten Familien (19 Familien, 15%) war kein Vater in der Familie vorhanden, der Patient wurde nur von der Mutter erzogen und hatte keinen Kontakt zum Vater. Von den 110 „vorhandenen“ Vätern nahmen neun (=8%) nicht an der Untersuchung teil. Die Mütter gaben hierfür folgende Gründe an: Drei Väter waren Ausländer, die z. B. befürchteten, ihren Arbeitsplatz zu verlieren; von den übrigen sechs Vätern hatten vier nach Angaben ihrer Frauen erhebliche Alkoholprobleme; in zwei Fällen war der Vater erkrankt, in einem Fall mit einem stationären Krankenhausaufenthalt. Bei einer Familie stand eine Inzestproblematik zur Diskussion: Der Vater aus dieser Familie wollte nicht kommen, da er „Vorwürfe“ befürchtete. Ein Vater erschien schließlich nicht, da er sich angeblich seit mehreren Monaten („seit Ostern“) nicht mehr gewaschen hatte. Die oben formulierten Fragen können numehr eindeutig beantwortet werden:

- Fast alle Familien (über 95%), deren Kind stationär aufgenommen wird, sind für eine ausführliche familiendiagnostische Untersuchung zu gewinnen.
- Dabei ist es nicht schwierig, den Familien den Sinn einer Videoaufnahme zu verdeutlichen, so daß sie ihr Einverständnis hierzu geben.

1. Teilnahme der Familien:		
Anzahl der zur Familiendiagnostik eingeladenen Familien	137	
	↓	6 (= 4.4%) Familien verweigerten den Kontakt
Anzahl der zustande gekommenen familiendiagnostischen Untersuchungen	131	
	↓	Bei 2 (= 1.5%) Familien wurde keine Videoaufnahme erstellt
Methodisch vollständige familiendiagnostische Untersuchungen (=Anzahl der untersuchten Familien)	129	

2. Teilnahme der Mütter:		
Anzahl der Mütter in den untersuchten Familien	129	
	↓	1 Mutter (= 0.8%) nahm an der Familiendiagnostik nicht teil
Mütter, die an der Familiendiagnostik teilgenommen haben	128	

3. Teilnahme der Väter:		
Anzahl der Väter in den untersuchten Familien	110	
	↓	9 (= 8%) Väter nahmen an der Familien-diagnostik nicht teil
Väter, die an der Familiendiagnostik teilgenommen haben	101	

Abb. 2: Kooperation bei der Familiendiagnostik: Hinweise aus den Daten zur Stichprobengewinnung

- Und schließlich kann auch die überwiegende Mehrheit der Väter (über 90%) für eine Teilnahme am gemeinsamen Familieninterview gewonnen werden. In den Fällen, in denen die Väter nicht zur Familiendiagnostik erschienen sind, handelte es sich offensichtlich um besonders problematische soziale bzw. familiäre Situationen oder um Väter mit schweren psychischen Problemen.

Die genannten Zahlen erscheinen uns deshalb wichtig, weil sie uns Aufschluß über die Bereitschaft der Familien geben, an ausführlichen Untersuchungen teilzunehmen (die Familien wurden vor der Untersuchung über den Zeitaufwand von ca. zwei Stunden informiert) und über ihren Wunsch in die Behandlung mit einbezogen zu werden. Die hier dargestellten Ergebnisse sprechen dafür, daß die Kooperationsbereitschaft der Familien tatsächlich sehr viel höher ist, als wir dies selbst erwartet haben. Dabei hängt die hohe Teilnahmequote sicherlich damit zusammen, daß wir bei der Einladung und bei der Durchführung der familiendiagnostischen Untersuchung selbst auf eine möglichst hohe Transparenz geachtet haben, bereits bei der Einladung darauf verwiesen haben, daß es uns wichtig ist, beide Elternteile kennenzulernen und daß besondere Sorgfalt darauf verwendet wurde, den Familien den Sinn und die Notwendigkeit einer ausführlichen Familiendiagnostik zu verdeutlichen. Dies schmälert aber in keiner Weise den Befund, daß es – wenn dies ernsthaft versucht wird – möglich ist, fast alle Familien für eine engere Zusammenarbeit (zumindest in der diagnostischen Phase) zu gewinnen. Dieser Befund gilt auch für die überwiegende Mehrzahl der Väter; dabei ist aber nicht zu übersehen, daß auch in unseren Daten ein deutlicher Unterschied zwischen Vätern und Müttern zu erkennen ist: Väter waren sehr viel häufiger als Mütter nicht bereit oder nicht fähig, unserer Einladung zu einem gemeinsamen Gespräch zu folgen (0,8% zu 8%=Faktor 10).

3.2 Die „objektive“ Beziehungsstruktur und ihre prognostische Bedeutung

3.2.1 Beschreibung der familialen Beziehungsdynamik

In der Abbildung 3 sind die Durchschnittswerte der Beziehungsdynamik-Skalen bei Behandlungsbeginn dargestellt: Pfeile repräsentieren die Bindungstendenzen, die Abgrenzungstendenzen werden durch Puffer symbolisiert. Die durchschnittliche Ausprägung der Bindungs- bzw. Abgrenzungstendenzen wird durch den Durchmesser der Pfeile bzw. Puffer verdeutlicht.

Bei der Beschreibung dieser Struktur sind aus unserer Sicht drei Aspekte hervorzuheben:

(1) Die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern stellen sich als reziprok-symmetrisch dar. Dabei ist allerdings zu beachten, daß es sich um Durchschnittswerte handelt; im Einzelfall können sich natürlich auch extrem unsymmetrische (komplementäre) Beziehungen ergeben. Gleichwohl zeigen auch weiterführende Analysen (z.B. Korrelationsanalysen; hier nicht dargestellt) einen deutlichen Trend zur reziproken Symmetrie in den Familienbeziehungen (z.B. Abgrenzungstendenzen bei einer Person provozieren auch Abgrenzungstendenzen beim Beziehungspartner). Diese Zusammenhänge verweisen auf die wechselseitige Bedingtheit der Beziehungsangebote der Familienmitglieder; die Betrachtung des elterlichen Verhaltens alleine stellt somit nur einen recht willkürli-

chen und einseitigen Ausschnitt aus dem Gesamtgeschehen dar. Die Analyse familialer Beziehungen erfordert einen Ansatz, in dem die wechselseitigen Beziehungsangebote in differenzierter Weise erfaßt werden – zumindest dann, wenn man die Verhaltensweisen der Familienmitglieder in ihrem Zusammenhang verstehen will.

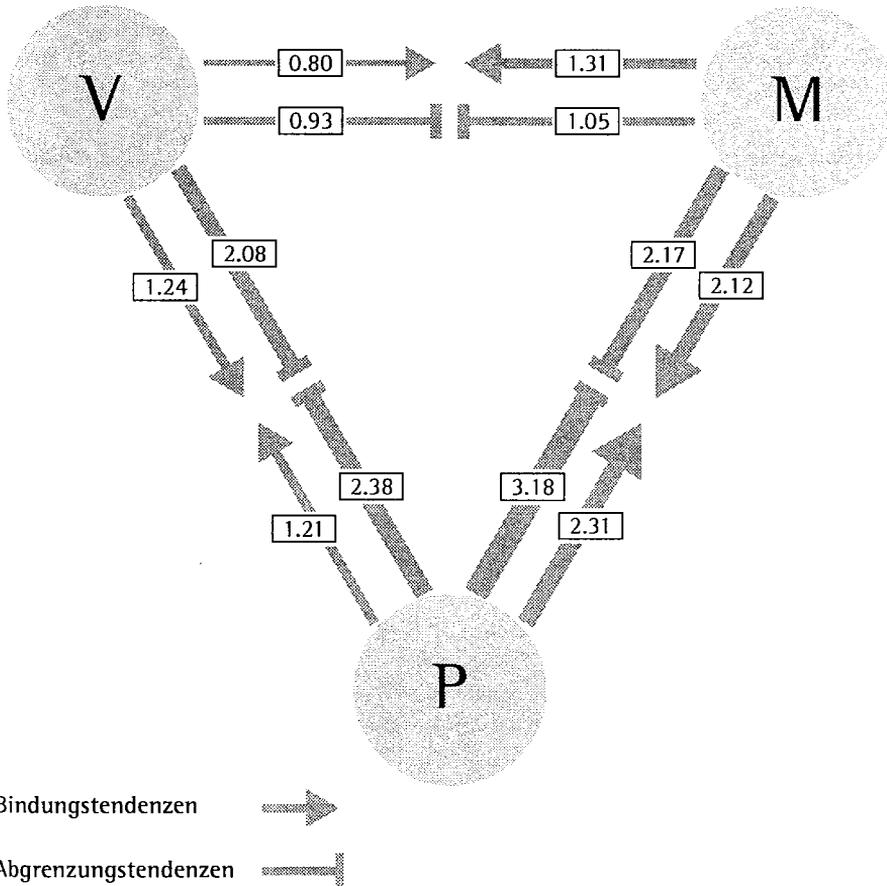


Abb. 3: Familiäre Beziehungsdynamik in der untersuchten Gruppe von Familien mit einem psychisch kranken Jugendlichen – Durchschnittswerte der Ratings vor Behandlungsbeginn¹

(2) Aus der Abbildung 3 ist weiterhin ersichtlich, daß sowohl Bindungs- als auch Abgrenzungstendenzen in der Beziehung zwischen Patient und Eltern sehr ausgeprägt sind; die Beziehung zwischen Patient und Eltern ist sowohl im positiven wie im negativen Sinne durch eine hohe emotionale Intensität gekennzeichnet. Dagegen zeigen

¹ Nur Familien, die sowohl an der Anfangsdiagnostik wie auch an der Abschlußdiagnostik teilgenommen haben; n=89. Die Skalenwerte haben einen Bereich von 0 (min.) bis 8 (max.). Hohe Werte auf den Bindungsskalen bedeuten ausgeprägte Bindungstendenzen; hohe Werte auf den Abgrenzungsskalen bedeuten ausgeprägte Abgrenzungstendenzen.

sich in der Beziehung zwischen den Eltern diese Tendenzen nur in sehr viel geringerer Ausprägung. Der Patient steht im Blickpunkt der Aufmerksamkeit der Eltern, das emotionale Engagement der Eltern richtet sich auf ihn. Hieraus ergibt sich ein relativ symmetrisches Bild der familialen Beziehungsstruktur, die vermutlich stark beeinflusst wird durch die aktuelle Situation (stationäre Aufnahme des Patienten), in der die Eltern ihr Kind „im Auge“ haben und in der andere mögliche Beziehungskonflikte in der Familie in den Hintergrund treten.

(3) Trotz der relativen Symmetrie in der familialen Beziehungsstruktur sind auch Unterschiede zwischen Vater und Mutter erkennbar: (a) Die Bindungstendenzen zwischen Mutter und Patient sind (wechselseitig) erheblich intensiver als die zwischen Patient und Vater. In abgemilderter Form gilt dies auch für die Abgrenzungstendenzen. Der emotionale Austausch zwischen Patient und Mutter ist intensiver als der zwischen Patient und Vater. (b) In der Beziehung zwischen den Eltern zeigt die Mutter sowohl im Hinblick auf die Bindungstendenzen wie auch hinsichtlich der Abgrenzungstendenzen im Durchschnitt eine höhere emotionale Intensität als der Vater.

Diese Unterschiede zwischen Mutter und Vater entsprechen somit dem „traditionellen“ Rollenstereotyp: Die Mütter realisieren eine höhere Aktivität und Intensität im emotionalen Austausch mit den anderen Familienmitgliedern als die Väter.

Zu den dargestellten Werten aus der Anfangsuntersuchung haben wir leider keine Werte aus einer „nicht-klinischen“ Vergleichsgruppe, wir verfügen aber über entsprechende Werte aus der Abschlußuntersuchung derselben Stichprobe. Dabei findet sich eine Abmilderung der Abgrenzungstendenzen (signifikant verringerte Werte) und eine leichte Erhöhung der Bindungstendenzen. Die deutlichsten Veränderungen (Verringerung) finden sich bei den Abgrenzungstendenzen der Patienten gegenüber der Mutter. Darüber hinaus sind die Einzelwerte in der Struktur einander angenähert, d.h. die Beziehungsstruktur ist insgesamt ausgeglichener; die strukturellen Relationen aber bleiben ähnlich wie in der beschriebenen Struktur aus der Anfangsuntersuchung.

3.2.2 Prognostische Bedeutung der familialen Beziehungsdynamik

Bei der Analyse der prognostischen Bedeutung der beschriebenen Beziehungsdynamik-Werte haben wir folgende Fragestellungen untersucht (dazu ausführlich MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1991):

- (1) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der familialen Beziehungsdynamik und dem symptombezogenen Therapieerfolg?
- (2) Hat das Beziehungsverhalten des Vaters oder das der Mutter eine höhere prognostische Bedeutung?
- (3) Wirken sich Beziehungsprobleme zwischen Eltern und Patient dann besonders gravierend aus, wenn sie in der Beziehung des Patienten zu beiden Eltern bestehen?
- (4) Sind die vorgefundenen Zusammenhänge zwischen Beziehungsdynamik und Therapieerfolg durch die ohnehin bekannten Beziehungen zwischen individuellem Störungsbild und Therapieprognose erklärbar oder sprechen die Ergebnisse dafür, daß der Beziehungsdynamik ein eigenständiger prognostischer Beitrag zukommt?

Ergebnisse zur ersten Fragestellung: Unsere Hypothese zu dieser Frage lautete in Analogie zur Expressed-Emotions-Forschung: Je stärker die Bindungs- und die Abgrenzungsdynamik in den Familien ausgeprägt ist, desto ungünstiger sind die Erfolgschancen der Behandlung. Bei den Bindungswerten unterscheiden sich die günstige und die ungünstige Therapiegruppe nur unwesentlich. Bei den Abgrenzungsskalen dagegen zeigen sich sehr deutliche Unterschiede, wobei sich sowohl im väterlichen wie im mütterlichen Verhalten gegenüber dem Patienten deutliche Unterschiede finden. Signifikant sind außerdem die Unterschiede im Verhalten des Patienten gegenüber dem Vater. Alle Unterschiede gehen in die erwartete Richtung, d.h. daß die ungünstige Therapieerfolgsgruppe vor Beginn der Behandlung höhere Abgrenzungswerte aufweist. In der Beziehung zwischen den Ehepartnern zeigen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Damit wurde unsere Hypothese zum Teil bestätigt: Es bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen der familialen Beziehungsdynamik und dem symptomatischen Therapieerfolg, hierbei ist jedoch nach der jeweiligen gerichteten Beziehung und der Verhaltensqualität (Bindung vs. Abgrenzung) zu differenzieren.

Ergebnisse zur zweiten Fragestellung: Wir vermuteten hierzu, daß das mütterliche Beziehungsverhalten prognostisch bedeutsamer ist als das Verhalten des Vaters, da die Beziehung zwischen Müttern und Kindern in der Regel enger ist als die zwischen Vätern und Kindern. Diese Hypothese mußten wir aber aufgrund der gewonnenen Befunde zurückweisen, denn genau das Gegenteil zeigte sich: Die Beziehung zwischen Vater und Patient war prognostisch bedeutsamer als die Beziehung zwischen Mutter und Patient. Wir vermuten, daß dieser zunächst überraschend anmutende Befund mit der auch heute noch bestehenden traditionellen Rollenverteilung zusammenhängt, nach der sich die Mutter sehr viel mehr um die alltäglichen Angelegenheiten ihrer Kinder kümmert als der Vater, der aber bei „ungewöhnlichen“ Familienangelegenheiten aktiv wird. Auch andere ärztliche Behandlungen werden häufiger von der Mutter eingeleitet und begleitet als vom Vater. Die stationäre psychiatrische Aufnahme aber stellt für ein Kind bzw. einen Jugendlichen selbst ebenso wie für seine Familie ein einschneidendes Ereignis dar, bei dem die Familienmitglieder in besonderer Weise alarmiert sind. Wir nehmen in diesem Zusammenhang an, daß das Verhalten des Vaters in einer solchen kritischen Situation für die Familie besonders bedeutsam ist (gleichsam als Indikator für die Tragfähigkeit der familiären Beziehungen) und es für den Jugendlichen einen wesentlichen Unterschied ausmacht, ob der Vater sich in der Beziehung zu ihm positiv engagiert oder ob er sich abgrenzt und aktiv „heraushält“: Die Bewältigung der psychischen Störung wird offensichtlich in besonderer Weise gefördert, wenn der Jugendliche sich in einer solchen Situation auf seinen Vater stützen kann, und umgekehrt werden die Bewältigungsmöglichkeiten geschwächt, wenn die Antwort auf die Frage „Hält mein Vater in dieser kritischen Situation zu mir oder nicht?“ negativ ausfällt.

Ergebnisse zur dritten Fragestellung: Hierzu gingen wir von folgender Hypothese aus: Die Erfolgschancen der Therapie sind leicht beeinträchtigt, wenn die Beziehungsprobleme zwischen dem Patienten und einem Elternteil bestehen; sie sind deutlich ungünstiger, wenn diese Auffälligkeiten im Verhältnis zu beiden Eltern festgestellt werden können. Hinter der Hypothese steht die Annahme, daß bei einer guten Beziehung zu einem Elternteil die Beziehungsprobleme zum anderen Elternteil zumindest teilwei-

se kompensiert werden können. Diese „Kompensationshypothese“ konnte klar bestätigt werden: Die günstigsten Therapieerfolgs-Aussichten haben Patienten aus Familien, in denen kein Elternteil bedeutsames Abgrenzungsverhalten gegenüber dem Patienten zeigt. In der Gruppe, in denen ein Elternteil Abgrenzungsverhalten zeigt, vermindern sich die Erfolgchancen bereits deutlich; und sie vermindern sich drastisch bei den Patienten, bei denen *beide* Eltern ein bedeutsames Abgrenzungsverhalten zeigen. Bei den Patienten, bei denen kein Elternteil Abgrenzungsverhalten zeigt, haben über 80% gute Erfolgsaussichten, bei denjenigen, bei denen beide Elternteile Abgrenzungsverhalten zeigen, kehren sich die Verhältnisse fast um: Fast 80% haben eine ungünstige Therapieprognose.

Ergebnisse zur vierten Fragestellung: Zu unserer letzten Frage hatten wir keine konkrete Hypothese, sondern wir wollten den Verdacht untersuchen (der auch für die EE-Forschung noch nicht völlig ausgeräumt ist), daß sich die prognostische Bedeutung der Beziehungsmerkmale sekundär aus der prognostischen Bedeutung der individuellen Psychopathologie herleitet. Unsere Analysen ergaben, daß der Therapieerfolg aufgrund der Beziehungsdynamik in der Triade Patient-Mutter-Vater besser vorhergesagt werden kann, als aufgrund der Diagnose oder aufgrund des symptomatischen Verhaltens des Patienten. Alle gefundenen Ergebnisse, auch diejenigen, die unseren ursprünglichen Erwartungen widersprechen, verweisen somit darauf, daß die familiäre Beziehungsdynamik für die erfolgreiche Entwicklung der Therapie von sehr hoher Bedeutung ist: Wir finden drastische Unterschiede in der Therapieprognose in Abhängigkeit von der Eltern-Patient-Beziehung.

3.3 Die subjektive Beziehungsstruktur und ihre prognostische Bedeutung

3.3.1 Beschreibung der subjektiven Beziehungsstrukturen

In der Tabelle 2 sind die SFB-Ergebnisse (Durchschnittswerte) der Väter, der Mütter und der Patienten dargestellt. Im Hinblick auf unsere Fragestellungen erscheinen uns dabei folgende Ergebnisse von Interesse.

(1) Angaben der Mütter

Valenzbild (Emotionale Verbundenheit im Umgang miteinander): Die Werte im Valenzbild sind im Vergleich zu nicht-psychiatrischen Kontrollgruppen (Familien mit einem körperlich kranken Kind bzw. Jugendlichen) durchgängig erniedrigt (insgesamt weniger emotionale Verbundenheit in der psychiatrischen Gruppe). Die Mütter schildern sich selbst im Umgang mit den Patienten als interessiert und emotional positiv zugewandt (höchster Wert: 6.81); das reziproke Beziehungsangebot der Patienten ihnen selbst gegenüber dagegen ist weitaus geringer (2.94), d.h. die Patienten drücken ihnen gegenüber weitaus weniger emotionale Verbundenheit aus (unsymmetrische Beziehung). Auch die Beziehung zwischen Vater und Patient ist im selben Sinne unsymmetrisch, wobei allerdings die Beziehung zwischen Vater und Patient im Durchschnitt geringere Valenzwerte aufweist. In der ehelichen Beziehung drückt die Mutter mehr positive Emotionalität aus, als sie von ihrem Partner „empfängt“. So ergibt sich hier eine Struktur, die auch bei „normalen“ Vergleichsfamilien zu finden ist:

- Die Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen ist asymmetrisch; der Patient „empfängt“ mehr positive emotionale Zuwendung als er „abgibt“.
- Die Mutter repräsentiert das „emotionale Zentrum“ der Familie, da sie sehr viel mehr emotionale Verbundenheit ausdrückt und auch mehr positive emotionale Zuwendung erhält als die anderen beiden Familienmitglieder.

Tab. 2: Das subjektive Familienbild in der psychiatrischen Klinikstichprobe (Durchschnittswerte der gerichteten Beziehungswerte, aufgeschlüsselt nach Beurteiler, Anfangsmessung vor Beginn der stationären Behandlung; nur vollständige Familien n=74)

	Angaben des Vaters	Angaben der Mutter	Angaben des Patienten
Valenzbild:			
Patient ⇔ Vater	2.18	2.21	2.70
Patient ⇔ Mutter	2.33	2.94	3.68
Vater ⇔ Patient	5.18	4.77	3.21
Vater ⇔ Mutter	5.71	5.02	4.78
Mutter ⇔ Patient	6.77	6.81	5.12
Mutter ⇔ Vater	6.12	6.52	5.28
Potenzbild:			
Patient ⇔ Vater	1.37	0.75	1.64
Patient ⇔ Mutter	2.83	1.25	3.22
Vater ⇔ Patient	3.81	3.97	4.68
Vater ⇔ Mutter	4.07	4.37	3.81
Mutter ⇔ Patient	3.83	2.12	3.28
Mutter ⇔ Vater	4.03	3.24	3.66

Erläuterung: Die Skalenwerte haben einen Wertebereich von -9 (min.) bis +9 (max.).

- Interpretation des Valenzbildes: Je höher der Skalenwert ist, umso mehr emotionale Verbundenheit ist damit ausgedrückt.
- Interpretation des Potenzbildes: Je höher der Skalenwert ist, umso mehr individuelle Autonomie ist damit ausgedrückt.

Potenzbild (Individuelle Autonomie im Umgang miteinander): Die Werte im Potenzbild sind (wie auch die Werte im Valenzbild) im Vergleich zu nicht-psychiatrischen Kontrollgruppen ebenfalls durchgängig erniedrigt, d.h. die Mutter erlebt im Umgang der Familienmitglieder miteinander eine Verringerung bzw. Einschränkung der Möglichkeit zu einem individuell autonomen Verhalten. Auch hier sind die Beziehungen zwischen Patient und Eltern unsymmetrisch; die Patienten werden von den Müttern als besonders unselbständig, unsicher und entscheidungsschwach erlebt, ganz besonders im Umgang mit dem Vater. Die höchsten Potenzwerte hat der Vater (im Umgang mit der Mutter: 4.37; im Umgang mit dem Patienten 3.97); d.h. die Mutter erlebt am ehe-

sten noch den Vater in seinem Verhalten als sicher, selbständig und entscheidungsfähig. Wie in den „nicht-klinischen“ Vergleichsgruppen, so repräsentiert der Vater auch hier eher den Aspekt der individuellen Autonomie in der Familie (Rollenverteilung entsprechend dem Geschlechtsstereotyp).

(2) Angaben der Väter

Valenzbild (Emotionale Verbundenheit im Umgang miteinander): Das von den Vätern gewonnene durchschnittliche Valenzbild entspricht im relativen Verhältnis der Werte zueinander genau den Angaben der Mütter. Auch hier werden die Mütter als die Personen beschrieben, die die emotionale Verbundenheit der Familie repräsentieren.

Potenzbild (Individuelle Autonomie im Umgang miteinander): Dagegen weicht das Potenzialbild der Väter in seiner Struktur von dem Potenzialbild der Mütter ab. Die Väter erleben sich selbst in ihrer Autonomie (Sicherheit, Entscheidungsfähigkeit, Selbstständigkeit) nicht stärker als die Mütter, d.h. sie erleben sich als unsicherer und weniger selbständig, als sie von ihren Ehefrauen geschildert werden. Darüber hinaus zeigt sich hier im Vergleich zu „nicht-psychiatrischen“ Kontrollgruppen eine Verschiebung der strukturellen Relationen: In den von uns untersuchten „psychiatrischen“ Familien repräsentiert der Vater (in seinem eigenen Erleben) nicht mehr den Aspekt der individuellen Autonomie in der Familie, er erlebt seine Position in dieser Hinsicht vielmehr geschwächt.

(3) Angaben der Patienten

Die Angaben der Patienten werden an anderer Stelle ausführlich dargestellt und diskutiert (vgl. MATTEJAT, 1993; MATTEJAT u. SCHOLZ 1994); hier soll der Hinweis genügen, daß die durchschnittliche Struktur der Patientenangaben den Elternangaben (insbesondere den Angaben der Mutter) ähnlich ist.

Aus unserer Beschreibung der subjektiven Familienstrukturen können wir zusammenfassend festhalten:

- Die von uns untersuchte Gruppe weist im Vergleich zu „nicht-psychiatrischen“ Kontrollgruppen durchgängig eine Verminderung der Valenz- und Potenzwerte auf, d.h. die Mitglieder von Familien mit einem psychisch kranken Jugendlichen erleben eine Minderung der emotionalen Verbundenheit und der individuellen Autonomie im Umgang miteinander.
- Trotz dieser allgemeinen Reduktion der Testwerte aber sind die relativen strukturellen Verhältnisse in den subjektiven Familienstrukturen weitgehend ähnlich wie in den „nicht-klinischen“ Vergleichsgruppen. Die „normalen“ strukturellen Relationen in den Familienbeziehungen bleiben auch in der von uns untersuchten „psychiatrischen Gruppe“ erhalten. So wird z.B. in allen untersuchten Gruppen und unabhängig von der befragten Person, die Mutter als das „emotionale Zentrum“ der Familie dargestellt. Auch in den subjektiven Familienstrukturen finden sich Rollendifferenzierungen, so wie sie den traditionellen Geschlechtsrollenstereotypen entsprechen.
- Schließlich finden sich aber auch interessante Unterschiede zwischen den subjektiven Familienbildern. Jeder Elternteil erlebt sich selbst verunsichert, entscheidungs- schwach und unselbständig, was aber vom anderen Elternteil nicht so bemerkt wird.

Dies gilt insbesondere für die Väter, die sich selbst als weniger autonom (selbständig, entscheidungsfähig, sicher) erleben, als sie von den anderen Familienmitgliedern wahrgenommen werden. Umgekehrt schildert sich der Patient autonomer, als er von den Eltern wahrgenommen wird.

3.3.2 Prognostische Bedeutung der subjektiven Beziehungsstrukturen

Die prognostische Bedeutung der subjektiven Familienstrukturen wurde methodisch in ähnlicher Weise durchgeführt wie die Analysen zur prognostischen Bedeutung der familialen Beziehungsdynamik (zu ausführlicheren Angaben s. MATTHEJAT 1993). Die wichtigsten Ergebnisse hinsichtlich unserer Fragestellungen sind:

- (1) Die Therapieprognose ist ungünstig, wenn die Eltern sich vom Jugendlichen nicht akzeptiert fühlen, wenn sie das Gefühl haben, der Jugendliche lehnt sie ab.
- (2) Die Prognose ist ungünstig, wenn der Jugendliche seine Eltern als unsicher, entscheidungsschwach und unselbständig erlebt.

Die Prognose der Therapie-Erfolgsgruppen ist bei Verwendung der SFB-Prognosevariablen sogar noch etwas günstiger als bei Verwendung der Beziehungsdynamik-Prognosevariablen. In der Kreuzvalidierung kann der Therapieerfolg zu etwa 80% richtig vorhergesagt werden. Zur Verdeutlichung dieser Ergebnisse entwickelten wir eine typologische Gruppierung der Familien und untersuchten die Frage, wie wahrscheinlich ein guter Therapieerfolg bei den einzelnen Familientypen ist. Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, daß die Ergebnisse unsere oben formulierte Kompensationshypothese bestätigen, d.h. daß die Beziehungsprobleme zu einem Elternteil durch eine gute Beziehung zum anderen Elternteil kompensiert werden können.

Tab. 3: Familientyp und die Wahrscheinlichkeit für einen guten Therapieerfolg¹

	Der Patient erlebt keinen Elternteil als unsicher, unselbständig und entscheidungsschwach	Der Patient erlebt Vater oder Mutter (oder beide) im Umgang mit ihm als unsicher, unselbständig und entscheidungsschwach
Kein Elternteil fühlt sich vom Patienten abgelehnt	93%	50%
Ein Elternteil fühlt sich vom Patienten abgelehnt	82%	43%
Beide Elternteile fühlen sich vom Patienten abgelehnt	29%	0%

¹ Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Patient am Ende der Therapie zur Gruppe der Patienten mit einem guten Therapieerfolg gehört (Extremgruppenvergleich).

Die Befunde aus der „Innenperspektive“ erklären uns unsere Beobachtungen aus der Außenperspektive: Die Eltern, die „von außen“ als feindselig, ablehnend und abwertend beschrieben werden (vgl. die oben referierten Ergebnisse zur Beziehungsdyna-

mik), sind Eltern, die das Gefühl haben, von ihren Kindern abgelehnt zu werden und die sich in der Wahrnehmung ihrer Kinder als entscheidungsschwach, unselbständig und unsicher darstellen.

4 Diskussion

Wenn man die Beschreibungen der familialen Beziehungsstrukturen aus der Innenperspektive mit der Beschreibung aus der Außenperspektive vergleicht, zeigt sich, daß je nach Beschreibungsperspektive unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund treten: In der Beschreibung durch klinische Diagnostiker wird die Konflikthaftigkeit der Eltern-Patient-Beziehung in der klinischen Aufnahmesituation deutlich (ausgeprägte Bindungs- und Abgrenzungstendenzen), die Beziehungsdynamik der Ehebeziehung tritt im Vergleich dazu in den Hintergrund. In den subjektiven Beschreibungen wird insbesondere die Minderung der Qualität der familialen Beziehungen deutlich. Die unterschiedlichen methodischen Zugänge lassen aber auch Konvergenzen erkennen: Sowohl in der „objektiven“ wie auch in den subjektiven Beschreibungen der familialen Beziehungsstruktur werden Unterschiede in der väterlichen und der mütterlichen Rolle sichtbar, die den typischen Geschlechtsrollenerwartungen entsprechen und (soweit dies überprüft wurde) auch in den „normalen“ Vergleichsstichproben zu finden waren.

Im Hinblick auf die Frage, welche Bedeutung die untersuchten Beziehungsmerkmale für die Bewältigung von psychischen Störungen bei Jugendlichen haben, ist zunächst einmal festzuhalten, daß unsere Befunde die Ergebnisse der Expressed-Emotions-Forschung stützen, obgleich unser methodisch-konzeptueller Ansatzpunkt ein ganz anderer war: Die Therapieprognose ist dann relativ ungünstig, wenn die Eltern dem Patienten gegenüber ein hohes Maß an kritischen, feindseligen und ablehnenden Verhaltensweisen zeigen. Die prognostisch ungünstige Bedeutung von überinvolvierten Verhaltensweisen der Eltern gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen dagegen konnten wir nicht bestätigen, sie ist jedoch auch in der Expressed-Emotions-Forschung weniger klar gesichert (vgl. BUCHKREMER u. RATH 1989). Darüber hinaus erlauben unsere Befunde weiterführende Aussagen über die Bedeutung der Familie für die Bewältigung von psychischen Störungen:

1. Betrachtet man das elterliche Verhalten gegenüber dem Kind, dann sind zwei Aspekte hervorzuheben: Prognostisch ungünstig sind Familiensituationen, in denen die Eltern (a) ein feindselig-ablehnendes Verhalten oder (b) ein unstrukturiert-desorganisiertes Verhalten zeigen. Neben der in der Expressed-Emotions-Forschung hervorgehobenen Frage, wie sich die emotionale Interaktion in der Familie gestaltet, ist die Frage von Bedeutung, ob die Eltern in der Lage sind, ihrem Kind (bzw. Jugendlichen) gegenüber die elterliche Verantwortung in kompetenter Weise wahrzunehmen und ihm eine klare Struktur zu vermitteln (generationale Rollenverteilung).

2. Betrachtet man die Beziehungsdynamik genauer, dann werden die Befunde zur emotionalen Interaktion noch etwas spezifiziert: (a) Die Therapieprognose ist dann relativ ungünstig, wenn zwischen Eltern und ihrem Kind ausgeprägte Abgrenzungstendenzen zu beobachten sind. (b) Dabei spielt die Beziehung zum Vater prognostisch

eine mindestens ebenso große, wenn nicht bedeutsamere Rolle als die Beziehung zur Mutter, d.h. es ist für die Therapieprognose von besonderer Bedeutung, ob der Vater sich von seinem Kind abgrenzt bzw. abwendet oder ob er sich in der Beziehung zu ihm positiv engagiert. Wir interpretieren dies in dem Sinn, daß eine schwere psychische Störung, die zu einer stationären Aufnahme führt, für die Patienten und ihre Familien eine besondere Krisensituation darstellt und daß das väterliche Verhalten in einer solchen Situation (im Gegensatz zu „normalen“ Alltagssituationen) psychologisch besonders bedeutsam ist und einen Indikator für die Tragfähigkeit der Familienbeziehungen darstellt (vgl. hierzu auch Ergebnisse, die bei Familien von eßgestörten Patienten gewonnen wurden; s. WEWETZER et al. 1996).

(c) Es ist schließlich von wesentlicher Bedeutung, ob nur zu einem Elternteil Beziehungsprobleme (im Sinne von ausgeprägten Ablehnungs- und Abgrenzungstendenzen) bestehen oder ob die Beziehung zu beiden Elternteilen bedeutsam beeinträchtigt ist. Die Prognose ist besonders ungünstig, wenn die Beziehung zu *beiden* Elternteilen im beschriebenen Sinne gestört ist, d.h. wenn die Beziehung zu beiden Eltern durch starke Abgrenzungstendenzen bestimmt ist und keine Kompensationsmöglichkeit besteht. Wenn die Beziehung zu einem Elternteil gestört ist, spielt es eine entscheidende Rolle, ob der andere Elternteil kompensierend einspringen kann oder nicht.

3. Die Befunde aus der subjektiven Perspektive schließlich bestätigen die Kompensationshypothese und ermöglichen eine weiterführende Interpretation; dabei erscheint uns folgende Überlegung naheliegend: Die Therapie hat dann eine relativ ungünstige Prognose, wenn die Eltern erschöpft und entmutigt sind und sich von ihren Kindern abwenden. Solche Eltern werden von externen Beobachtern als feindselig-ablehnend und desorganisiert beschrieben; für diese Eltern selbst steht nicht ihr eigenes Verhalten im Vordergrund, sondern vielmehr das ihrer Kinder: Sie haben selbst das Gefühl, von ihren Kindern abgelehnt zu werden und wünschen sich von ihnen mehr positive Zuwendung. Die Eltern erleben sich tendenziell in einer reaktiven und kindlich-abhängigen Position (Rollenumkehr). Die Jugendlichen wiederum erleben ihre Eltern als wenig autonom und wünschen sich von ihnen mehr Sicherheit und Entscheidungsfähigkeit. Auch die Daten aus der subjektiven Perspektive verweisen darauf, daß zwei Aspekte für die Therapieprognose von besonderer Bedeutung sind: Die Qualität der emotionalen Beziehung zwischen Eltern und Kind und die Frage, ob die Eltern in der Lage sind, ihre elterliche Verantwortung kompetent wahrzunehmen.

Die mit unterschiedlichen Methoden gewonnenen Ergebnisse können so zu einem konsistenten Bild integriert werden. Dabei ist uns bewußt, daß die hier vorgetragenen Interpretationen noch sehr vorläufigen Charakter haben und natürlich in weiteren empirischen Untersuchungen zu überprüfen sind. Als relativ gesichert können wir allerdings festhalten, daß die Familie bei der Bewältigung von psychischen Störungen eine wesentliche Rolle spielt: Ein Patient kommt in der stationären Therapie umso besser vorwärts, je mehr Ressourcen, je mehr Lösungskraft und Bewältigungsfähigkeiten er im Therapieverlauf aktivieren kann. Dazu gehören individuelle Ressourcen und solche Ressourcen, die aus den Beziehungen erwachsen, die Kraft, die der Jugendliche von der Familie bekommen kann. Die Ergebnisse sprechen für die Gültigkeit und Relevanz einer familienorientierten und systemorientierten Sichtweise. In therapeutischer Hin-

sicht mahnen diese Ergebnisse zur Bescheidenheit: Wir bemühen uns um die Patienten und Familien, der Erfolg der Arbeit aber hängt doch sehr stark von dem ab, was die Familie „mitbringt“. Ein therapeutischer Fatalismus aber kann daraus nicht hergeleitet werden, denn wir beschäftigen uns mit prognostischen Wahrscheinlichkeiten, um sie zu verändern. Die klinische Aufgabe liegt darin, den Eltern dabei zu helfen, daß sie besser in der Lage sind, ihre elterliche Verantwortung kompetent wahrzunehmen und sich ihrem Kind in emotional positiver Weise zuzuwenden.

Die dargestellten Daten aus der Stichprobengewinnung sprechen dafür, daß die Eltern von sich aus daran interessiert sind, solche Hilfestellungen zu erhalten: Nur ein geringer Bruchteil der Familien ist in der Anfangsphase der Therapie nicht für eine engere Kooperation zu gewinnen; auch die Kooperationsbereitschaft der Väter ist hoch, und die Familien haben offensichtlich weniger Probleme mit der Videotechnik, als es viele Kollegen erwarten würden. Das Interesse der Familien an einer engen Zusammenarbeit zeigt sich auch an den informellen Eindrücken, die wir im Verlaufe dieser Untersuchungen gesammelt haben: Die familiendiagnostische Untersuchung dauerte für die Eltern etwas mehr als zwei Stunden, und wir haben uns auch gefragt, ob das nicht gerade am Beginn der Behandlung (in der Regel am Aufnahmetag) eine zu große Belastung darstellt. Die Mehrzahl der Eltern sagte uns – meist ohne daß wir direkt danach fragten – daß sie eine solche ausführliche Anfangsuntersuchung für sinnvoll hielten; das gilt auch für eine ähnliche Untersuchung, die wir nach Abschluß der stationären Behandlung durchführten. Die Familien fühlen sich keinesfalls belästigt, sondern sie halten die Untersuchung für hilfreich, nicht selten ermutigen sie uns bei unserer Arbeit. Ebenso hat uns die enorme Bereitschaft der Familienmitglieder, sich persönlich sehr weitgehend auf diese Gespräche einzulassen, beeindruckt. Das Vertrauen der Eltern drückte sich auch darin aus, daß wir in der Abschlußuntersuchung am Ende der Behandlung oft recht stichhaltige Kritik zu hören bekamen. Ein Kritikpunkt, der uns z.B. aufgefallen ist, besteht darin, daß die Eltern meinten, sie wären gerne noch mehr in die Behandlung einbezogen worden oder zumindest im Verlaufe der Behandlung an manchen Stellen gerne noch ausführlicher informiert gewesen. Erstaunlich ist eine solche Kritik dann, wenn man weiß, daß die stationären Therapeuten der Klinik sehr wohl auf eine Zusammenarbeit mit den Eltern eingestellt sind und wenn man ihre Klage kennt, es sei in der Behandlung schwierig gewesen, diese oder jene Eltern überhaupt zu einem Gespräch zu bekommen. Mangelnde Kooperationsbereitschaft scheint ein wechselseitiger Vorwurf zu sein.

Diese Erfahrungen sprechen ebenso wie die aufgezeigte Bedeutung der Familienbeziehungen für den Therapieerfolg für eine Intensivierung von familienbezogenen Arbeitsformen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Zusammenarbeit mit der Familie ist nicht nur aus fachlicher Sicht notwendig, eine möglichst enge Kooperation wird auch von der Familie selbst gewünscht. Wir müssen die Eltern nicht erst davon überzeugen, daß ein familienbezogener Behandlungsansatz sinnvoll ist. Die Familien selbst sind an einer Zusammenarbeit interessiert und prinzipiell dazu bereit; ob und wie die Familien diese Grundhaltung realisieren können (Ausdauer etc.) und ob sich die Zusammenarbeit mit den Familien der Patienten einfach oder schwierig gestaltet, ist eine andere Frage. Wir vermuten, daß Komplikationen und Schwierigkeiten,

die die Therapeuten im Umgang mit den Familien natürlich sehr häufig erfahren, besonders dann, wenn Veränderungen für die Familie anstehen bzw. von ihr gefordert werden, dazu führen, daß die Kooperationsmöglichkeiten der Familie vom Therapeuten tendenziell unterschätzt werden. Doch hier bewegen wir uns bereits im Bereich der therapeutischen Probleme, der wechselseitigen Einstellung von Familie und Therapeut aufeinander. Für einen umgrenzten diagnostischen Bereich allerdings können wir festhalten, daß ein möglichst transparentes Vorgehen, so wie wir es erprobt haben, von fast allen Familien sehr gut akzeptiert und gern aufgegriffen wird.

Literatur

- BUCHKREMER, G./RATH, N. (1989) (Hrsg.): *Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Meßinstrumente, Methoden, Konzepte*. Bern: Huber.
- KAZDIN, A.E./ESVELDT-DAWSON, K./FRENCH, N.H./UNIS, A.S. (1987): Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 416-424.
- MARTIN, M. (1991): *Der Verlauf der Schizophrenie im Jugendalter unter Rehabilitationsbedingungen*. Stuttgart: Enke.
- MATTEJAT, F. (1993): Subjektive Familienstrukturen. Untersuchungen zur Wahrnehmung der Familienbeziehungen und zu ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheit von Jugendlichen. Göttingen. Hogrefe.
- MATTEJAT, F./GUTENBRUNNER, C./REMSCHMIDT, H. (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22 (3), 154-168.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1989): Family variables as predictors of differential effectiveness in child therapy. In: BRAMBRING, M./LÖSEL, F./SKOWRINEK, F. (Eds.): *Children at risk: Assessment, longitudinal research and intervention*. Berlin: de Gruyter; S. 440-456.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1991): Die Bedeutung der familialen Beziehungsdynamik für den Erfolg stationärer Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 19, 139-150.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1996): *Klinische Familiendiagnostik I: Das Marburger Familiendiagnostische Interview*. Göttingen: Hogrefe (in Vorber.).
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: *Klinische Familiendiagnostik III: Das Profil Psychosozialer Belastungen (PPB)*. Göttingen: Hogrefe (in Vorber.).
- MATTEJAT, F./SCHOLZ, M. (1994): *Das subjektive Familienbild. Leipzig-Marburger Familientest*. Göttingen: Hogrefe.
- LOEBER, R. (1991): The stability of dissocial and delinquent child behavior: A review. *Child Development* 53, 1443-1666.
- REMSCHMIDT, H. (1992): Die Bedeutung der Entwicklungspsychopathologie für das Verständnis psychischer Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 40 (1), 1-19.
- REMSCHMIDT, H. (1993) (Hrsg.): *Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fünfjahresbericht 1988-1992*. Philipps-Universität Marburg.
- REMSCHMIDT, H./GUTENBRUNNER, C./MATTEJAT, F. (1994): Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen – Methodische und inhaltliche Aspekte der Therapiedokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22 (3), 169-182.
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F. (1993): Interaktion in Familien mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität der Marburger Familiendiagnostischen Skalen (MFS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22 (2), 170-191.

- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F. (1996): Klinische Familiendiagnostik II: Die Marburger Familiendiagnostischen Skalen (MFS). Göttingen: Hogrefe (in Vorber.).
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1988): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Enke.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. rev. Aufl. Bern: Huber.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H./MATTEJAT, F./EISERT, H.-G./EISERT, M. (1988): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und home treatment im Vergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 16, 124-134.
- SCHULZ, E./MARTIN, M./REMSCHMIDT, H. (1994): Zur Verlaufsdynamik schizophrener Erkrankungen in der Adoleszenz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 262-274.
- TARRIER, N./BARROWCLUGH, C./VAUGHN, C./BAMRAH, J.S./PORCEDDU, K./WATTS, S./FREEMAN, H.L. (1990): Community management of schizophrenia: A two years follow-up of behavioral intervention with families. *British Journal of Psychiatry* 154, 625-628.
- WEWETZER, C./DEIMEL, W./HERPERTZ-DAHLMANN, B./MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1996): Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry* 5 (1), 18-24.

Anschrift der Verfasser: PD Dr. Fritz Mattejat; Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Hans-Sachs-Str. 6, 35039 Marburg.