

Buddenberg-Fischer, Barbara

**Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte –
Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 3, S. 174-185

urn:nbn:de:bsz-psydok-40533

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie

Barbara Buddeberg-Fischer

Summary

The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family

During the last 20 years family therapy has well been established as a supplementary or alternative therapy to individual therapy within child and adolescent psychiatry. Along with the further development and the change of concepts of family therapy there has been a greater interest in the interrelationship within the triad of patient-family-therapist, too. In the training of family therapists the meaning of the family of origin has been recognized. The implications of the therapeutic professional activities on the psychiatrist's family has not yet thoroughly considered, however. In the present paper the development and the characteristics of some main concepts of family therapy are described. Illustrated by a case report the influences of family oriented therapeutic activities over the therapist's family are presented. Finally the interrelationship between the patient's and the therapist's family are discussed as a constructive element of a mutual learning process.

Zusammenfassung

In den letzten 20 Jahren hat sich die Familientherapie als Ergänzung oder Alternative zur Einzeltherapie innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest etabliert. Mit der Weiterentwicklung und dem Wandel familientherapeutischer Konzepte haben Wechselwirkungen in der Triade Patient-Familie-Therapeut zunehmendes Interesse gefunden. Während in der Ausbildung von Familientherapeuten die Bedeutung ihrer Herkunftsfamilie erkannt und berücksichtigt wird, wurden die Auswirkungen psychotherapeutischer Tätigkeit auf die Familie von Psychiatern bisher wenig reflektiert. In der vorliegenden Arbeit werden die Entwicklung und die Merkmale wichtiger familientherapeutischer Konzepte kurz skizziert. An einem Fallbeispiel wird dargestellt, welche Einflüsse ein familienorientierter Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die eigene Familie des Therapeuten haben kann. Abschließend wird die Wechselbeziehung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie als konstruktives Element eines wechselseitigen Lernprozesses diskutiert.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 47: 174-185 (1998), ISSN 0023-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 1998

1 Einführung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich seit ihren Anfängen nicht nur für das psychisch kranke Kind, sondern immer auch für dessen Familie interessiert. In den vergangenen Jahrzehnten wurde wiederholt die Frage diskutiert, welche Bedeutung der Familie eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen in der Abklärung und Behandlung zukommt. Bis in die 70er Jahre beschränkten sich Gespräche zwischen Kinderpsychiatern und Patientenfamilien weitgehend auf einen sachlichen Informationsaustausch. Die Eltern informierten den Arzt bzw. die Ärztin über die Entwicklung und die aktuellen Beobachtungen ihres psychisch kranken Kindes. Der Arzt informierte sie über seine Befunde und die für sinnvoll erachteten Behandlungsmöglichkeiten. Seit den 70er Jahren hat sich die Beziehung im Dreieck Patient-Familie-Jugendpsychiater verändert. Im folgenden soll der Wandel und die Entwicklung der Familientherapie innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Verlauf der letzten 20 Jahre dargestellt und die Triade Patient-Familie-Therapeut um eine zusätzliche Perspektive, nämlich die der Therapeutenfamilie, erweitert werden. Diesem Aspekt wurde m.E. bisher viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In Supervisionssitzungen werden meist nur die Beziehungen und Übertragungsmuster im therapeutischen Dreieck diskutiert und analysiert. Die Auswirkungen der therapeutischen Tätigkeit auf die Familie des Therapeuten wird jedoch zu wenig reflektiert. In meinen Ausführungen werde ich die Entwicklung der familientherapeutischen Konzepte stichwortartig charakterisieren und ihre praktische Relevanz an einem Beispiel vignettenartig verdeutlichen. An einzelnen Punkten wird der Blick darauf gerichtet, welche Auswirkungen ein familienorientierter Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die eigene Familie des Psychiaters haben kann. Die Überlegungen zur eigenen Familienrealität basieren auf eigenen Erfahrungen als Ehefrau und Mutter sowie auf Beobachtungen, die Kolleginnen und Kollegen in ihren familiären Beziehungen gemacht und diese in Supervisionssitzungen berichtet haben.

Noch eine kurze Vorbemerkung zum Fallbeispiel der Patientenfamilie, auf die ich in meinen Ausführungen an einigen Stellen eingehen werde: Es handelt sich um eine Familie mit einer Tochter, die seit ihrer frühen Kindheit unter Angst- und Zwangssymptomen leidet. Wie aus Langzeitstudien (REMSCHMIDT u. HERPERTZ-DAHLMANN 1989; SWEDO et al. 1989) bekannt ist, persistieren diese Störungen in wechselnder Ausprägung oft bis ins Erwachsenenalter. Neben der individuellen Krankheitssymptomatik der Tochter besteht mütterlicherseits noch eine familiäre Disposition bezüglich Affektstörungen. Außerdem zeigt die Familie hinsichtlich ihres Interaktions- und Kommunikationsverhaltens das Bild einer sogenannten Festung mit rigiden Grenzen nach außen und mangelnder Differenzierung nach innen (RICHTER 1995). Diese psychopathologischen Faktoren machen es verständlich, daß die Patientin und ihre Familie seit ca. 15 Jahren wiederholt therapeutische Hilfe beanspruchten. Wegen der in den einzelnen Entwicklungsphasen unterschiedlichen Hauptsymptomatik war es notwendig, einerseits die therapeutischen Strategien dem jeweiligen Behandlungsfokus anzupassen. Andererseits veränderte sich das therapeutische Vorgehen von mir als Therapeutin mit zunehmender Erfahrung und mit der sich fortlaufend weiterentwickelnden einzel- und familientherapeutischen Methode. Entsprechend der hier zu behandelnden Thematik

werde ich im folgenden vor allem die familientherapeutischen Aspekte der kombiniert als Einzel- und Familientherapie durchgeführten Behandlung darstellen. Solche kombinierten Intervall- bzw. Sequenzial-Therapien erweisen sich bei komplexen intrapsychischen und interpersonellen Störungen als hilfreich (BUDBERGFISCHER 1991).

2 Fallvignette

Die Familie meldete sich zur Behandlung, als *Andrea* und ihr Zwilling Bruder *Reto* zehn Jahre alt waren. Die Eltern, damals Ende 30, sind beide in akademischen Berufen tätig, der Vater vollzeit, die Mutter teilzeit. Die Familie stammt aus einem konservativ-bürgerlichen Milieu. Der Grund für die Konsultation waren Schlafstörungen und zwanghaft anmutende Fragen von *Andrea*, welche die Eltern beunruhigten. Über die einzelnen Familienmitglieder notierte ich in der Krankengeschichte folgendes: Der *Vater* ist groß, gepflegt und wirkt männlich. Seine Gesichtszüge sind teils weich, teils ticartig verkrampft. Er hat eine enge emotionale Beziehung zu beiden Kindern, besonders zu seiner Tochter *Andrea*. Die *Mutter* ist sportlich-modisch, im Gespräch aufgeschlossen, wirkt aber emotional spröde und wenig spürbar. *Reto* gibt sich offen und lebhaft. *Andrea* hat eine schlanke, knabenhafte Statur und erscheint im Gespräch gehemmt, verkrampft, und ist für emotionale Unterstützung dankbar.

Aus der *Anamnese* sind folgende Daten zu erwähnen: Die Eltern hatten große Mühe, die Zwillingsschwangerschaft zu akzeptieren. *Reto* kam als Zwilling A problemlos zur Welt und hatte postpartal keine Adaptationsprobleme. *Andrea* wog lediglich 2100g und mußte längere Zeit in der Isolette gepflegt werden. Entgegen dem Rat der Ärzte nahmen die Eltern den Sohn eine Woche früher als die Tochter mit nach Hause. Die weitere Entwicklung der Zwillinge verlief nach einem sich mehrfach wiederholenden Muster: *Reto* machte altersentsprechend Entwicklungsschritte und erwarb sich neue Fähigkeiten. *Andrea* beobachtete den Bruder und imitierte ihn so lange, bis sie den gleichen Entwicklungsstatus erreicht hatte. Nach Aussagen der Mutter hatte *Andrea* schon von klein auf Mühe mit dem Einschlafen und wehrte sich gegen das Zu-Bett-gehen.

Im folgenden soll bei der Darstellung der Abfolge des sich über mehrere Jahre erstreckenden Therapieprozesses das jeweils angewandte Familientherapiemodell, die wesentlichen Merkmale des Konzeptes und die Rolle des Therapeuten kurz charakterisiert werden (Abb. 1). Außerdem werden die Auswirkungen des familienorientierten Vorgehens auf die eigene Familie des Psychiaters diskutiert.

3 Analytisch orientierte Familientherapie

Betrachtet man diese Fallgeschichte unter einer *psychoanalytischen Perspektive*, so kann man folgende Hypothesen formulieren: Die Eltern hatten wahrscheinlich unbeußte Wunschfantasien, nur ein Kind zu haben, und nahmen deshalb *Reto* zunächst alleine nach Hause. Hinter dem zwanghaften Fragen von *Andrea* könnte sich eine Angst verbergen, von ihren Eltern als Kind nicht akzeptiert und geliebt zu sein. *Andrea* entwickelte möglicherweise schon früh eine tief verwurzelte Wut auf ihre Eltern, die sie in Form von Zwangsgedanken abwehren mußte. Sie benutzte die Sprache nur beschränkt als Kommunikationsform. Stattdessen entwickelte sie ein zwanghaftes Fragen, mit dem sie die Wut und Aggression auf die Eltern abwehren konnte.

	Analytische Familientherapie	Strategische Familientherapie	Strukturelle Familientherapie
Theoretische Grundlage	Psychoanalyse	Systemtheorie	Lerntheorie
Vertreter	I. Boszormenyi-Nagy H.E. Richter H. Stierlin	P. Watzlawick J. Haley M. Selvini-Palazzoli	S. Minuchin
Beobachtungsfokus	Vertikale Beziehungsebene	Kommunikations- und Interaktionsmuster	Horizontale Beziehungsdynamik
Voraussetzungen	Hohe Therapie-motivation	Keine parallel laufen- den Therapien bei anderen Therapeuten	Akzeptieren einer Führungsrolle des Therapeuten
Nachteile	Verstärkung von Widerständen durch Mobilisierung von Schuldgefühlen	Unterbewertung emotionaler Anteile interpersoneller Konflikte	Gefahr therapeutischer Machtkämpfe
Rolle des Therapeuten	Induktion des Dialogs zwischen den Generationen und zwischen den einzelnen Familienmitgliedern	Neutraler Beobachter „Zauberer“	Lehrer, Erzieher
Therapeutische Technik	Aufdecken, Deuten, Durcharbeiten	Zirkuläres Explorieren, Hypothesieren, Umdeuten, paradoxe Interventionen	Verhaltensanalysen und -verschreibungen, Aufgaben
Ziele	Einstellungsänderung, Versöhnung	Änderung von Kommunikations- und Interaktionsmustern	Verhaltensänderungen, Abgrenzung familiärer Subsysteme
Setting	1 × wöchentlich über 2-3 Jahre	1 Sitzung alle 1-3 Monate über ein bis mehrere Jahre	Frequenz der Sitzungen und Dauer der Therapie sehr unterschiedlich

Abb. 1: Merkmale wichtiger familientherapeutischer Richtungen

Aufgrund des Leidensdrucks der ganzen Familie, der Differenziertheit, der guten Motivation und vor allem wegen der tieferliegenden intrapsychischen und interpersonellen Konflikte war aus damaliger Sicht die Indikation zu einer analytisch orientierten Familientherapie gegeben (vgl. Abb. 1). Ziel der Therapie war es, den Eltern ihre Ambivalenz gegenüber Andrea bewußt zu machen und ihnen den Weg zur Akzeptanz ihrer beiden Kinder zu ebnen. Die Eltern wehrten ihre Schuldgefühle gegenüber Andrea

über mehrere Jahre dadurch ab, daß sie die Zwillinge betont gleich behandelten. Diese Gleichbehandlung beeinträchtigte die individuelle Entwicklung der Zwillinge und erschwerte es Andrea, sich von den Eltern als Tochter geliebt zu fühlen. Als Andrea den Zusammenhang zwischen ihrer abgewehrten Wut auf die Eltern und ihren Zwangssymptomen erkennen konnte, war ein wichtiger Schritt im Therapieprozeß erreicht. Die Durcharbeitungsphase war vor allem durch einen offeneren und emotional dynamischeren Dialog zwischen den Eltern und ihren Kindern gekennzeichnet.

Welche Rolle nahm ich in dieser Phase als Therapeutin ein? Einerseits konnte ich die physische und psychische Belastung der Eltern durch die Betreuung von Zwillingen nachempfinden – ich hatte solche Überforderungsgefühle als junge Mutter auch schon mit *einem* Kind erlebt – andererseits wurden eigene Erinnerungen von Geschwisterivalität und Eifersucht sowie familiäre Akzeptanzängste reaktiviert. Das therapeutische Bemühen richtete sich darauf, diese Gegenübertragungsgefühle wahrzunehmen und zu kontrollieren, die Eltern von ihren Schuldgefühlen zu entlasten und für Andrea gleichzeitig die Basis für korrigierende emotionale Erfahrungen aufzubauen.

In der tiefenpsychologisch fundierten Einzel- wie auch Familientherapie sehen sich Therapeuten durch die Schilderungen ihrer Patienten mit mehrheitlich negativen Erinnerungen und Bildern von Paar- und Familienbeziehungen konfrontiert. Die von Patienten geschilderten traumatisierenden und neurotisierenden familiären Beziehungserfahrungen prägen indirekt auch das Familienbild, welches Psychotherapeuten im Verlauf einer langjährigen Berufstätigkeit internalisieren (REIMER 1994). Das in vielen Psychotherapien angestrebte Ziel einer Individualisierung des Patienten, d.h. der Befreiung von einengenden familiären Bindungen, hat häufig auch Auswirkungen auf die persönlichen Beziehungen von Therapeuten. Bei Konflikten in der eigenen Familie haben sie Mühe, selbst therapeutische Hilfe zu suchen. Sie relativieren die eigenen Familienprobleme durch den Vergleich mit noch dysfunktionaleren Patientenfamilien und wählen bei anhaltenden persönlichen Familienkonflikten eher den Ausweg in die Individualität. So ist die Trennungs- und Scheidungsrate bei Psychiatern und Psychologen höher als in der Durchschnittsbevölkerung (GABBARD u. MENNINGER 1988; MYERS 1988; DOHERTY u. BURGE 1989).

4 Die Systemische Wende

In der erkenntnistheoretischen Diskussion der 80er Jahre wurde die Familie zunehmend als System verstanden. Ein System besteht aus einzelnen Subsystemen und ist selbst wieder Teil eines größeren Systems. Für den *systemischen Therapieansatz* wurden Konzepte der Kybernetik beigezogen; d.h. das Hauptaugenmerk wurde nicht mehr auf den einzelnen gerichtet, sondern es wurde untersucht, wie die Familie als System durch die Interaktion und Kommunikation ihrer Mitglieder gesteuert und geregelt wird (WATZLAWICK et al. 1993; HALEY 1988; SELVINI PALAZZOLI 1993; GUNTERN 1980; GOOLISHIAN u. DELL 1981).

Kehren wir zum erwähnten Fallbeispiel zurück: Als ich im Verlauf der Behandlung nach etwa zwei Jahren in eine Sackgasse geriet, änderte ich mein therapeutisches Vor-

gehen. Entsprechend dem von der Mailänder Gruppe um SELVINI PALAZZOLI et al. (1977) entwickelten *strategischen Familientherapiekonzept* (vgl. Abb. 1) erhoffte ich mir, die festgefahrenen familiären Interaktions- und Kommunikationsmuster auflockern zu können, um anstehende Veränderungen einzuleiten. Die Gesprächsführung unterscheidet sich grundlegend von derjenigen bei der analytisch orientierten Familientherapie. Für den Ablauf der Sitzung sind Hypothesen zum familiären Konflikt, welche die Therapeutin oder das Therapeutenteam schon vor der Sitzung formuliert haben, von zentraler Bedeutung. Geleitet von diesen Hypothesen wird das therapeutische Gespräch in der Art eines zirkulären Befragens geführt. Diese Art der Befragung beinhaltet, daß jedes einzelne Familienmitglied nach seiner Sichtweise des Problems gefragt wird und daß es die Kommunikation von je zwei anderen Familienmitgliedern in einer definierten Situation beschreibt. Der Therapeut achtet auf strikte Neutralität, d.h., er nimmt sich das Recht zu fragen ohne die Verpflichtung, während der Sitzung Fragen der Familie zu beantworten (SELVINI PALAZZOLI et al. 1981).

Die Rolle des Therapeuten ist die eines Beobachters, der außerhalb des Systems steht. Am Ende einer Therapiesitzung gibt er nach Beratung mit Kollegen, welche das Geschehen hinter der Einwegscheibe beobachtet haben, der Familie eine zusammenfassende Beurteilung ihrer Interaktion und Kommunikation. Als weitere therapeutische Strategie werden positive Umdeutungen, Symptomverschreibungen oder paradoxe Mitteilungen an die Familie eingesetzt (SELVINI PALAZZOLI 1993), um die festgefahrenen familiären Muster durch die entstehende Verwirrung zu lockern.

Bei der geschilderten Familie konnten etwa die Symptome von Andrea positiv umgedeutet werden. Das zwanghafte Sichversichern und Nachfragen wurde als Schrittmacherfunktion im Differenzierungsprozeß innerhalb der Familie interpretiert und die gelegentlichen Todeswünsche gegenüber ihren Eltern wurden als Ausdruck ihres Wunsches deklariert, daß in der Familie alte Regeln sterben und neuen Platz machen sollten.

Welche Auswirkungen hat eine strategische Therapie auf die Familie? Die Familie fühlt sich häufig emotional allein gelassen und wie in einer therapeutischen Mühle, wenn ihre bisherige Kommunikation und Interaktion in Frage gestellt wird. Damit können vor allem bei den Eltern Insuffizienzgefühle mobilisiert werden, versagt zu haben. Obwohl das strategische Vorgehen im Hier und Jetzt der Familie ansetzt, besteht die Gefahr, daß die Familie den Eindruck erhält, vieles falsch gemacht zu haben. Sie macht sich Gedanken über die Vergangenheit oder gerät in eine Rechtfertigungshaltung sich und anderen gegenüber. In Familien mit genügend Ressourcen können allerdings – quasi in einer Verbündung gegen den Therapeuten – Ressourcen mobilisiert und neue Lösungswege gefunden werden. Dadurch werden die Autonomie und die weitere Entwicklung der Familie und ihrer Mitglieder gefördert.

Was bedeutet diese therapeutische Haltung für den Therapeuten? Er fungiert als systemexterner Beobachter, der sich der Familie als neutraler Experte zur Verfügung stellt. Er vernachlässigt eigene Gefühle und Erfahrungen und konzentriert sich einseitig auf seine intellektuellen und technischen Fähigkeiten. Wo bleiben die in den Therapiesitzungen verdrängten Gefühle des Therapeuten? Vor allem Aggressionsgefühle als Folge von Entwertungen durch die Familie oder Gefühle von Hilflosigkeit, einer Fa-

milie nicht helfen zu können, veranlassen den Therapeuten gelegentlich, diese Gefühle in Form von unterschwellig entwertenden oder aggressiven Verschreibungen am Ende der Sitzung auf die Familie zurückzurichten. Verdrängte Gefühle können sich auch in Form von Spannungen im Therapeutenteam manifestieren und sollten in Supervisionen aufgegriffen und bearbeitet werden.

Welche Auswirkungen kann ein strategischer Therapieansatz auf die persönlichen Beziehungen eines Therapeuten haben? Internalisiert er seine Therapeutenrolle in der oben beschriebenen Weise, wird er möglicherweise seine eigene Familie auch nur von einer Beobachterposition aus wahrnehmen. Er wird dann an der Familienrealität vorbeileben und vielleicht einige Jahre später mit Erstaunen feststellen, daß seine Familie auch ohne ihn funktioniert und daß er bzw. sie als Vater oder Mutter überflüssig geworden ist. Eine andere Entwicklung kann darauf hinauslaufen, daß ein in Therapie-sitzungen intellektuell agierender und technisch versierter Therapeut in seiner eigenen Familie nicht nur aktuell entstehende Gefühle auslebt, sondern seine Familie als emotionales Projektionsfeld für verdrängte Affekte aus den Therapien mißbraucht.

5 Die strukturelle Familientherapie

In der Entwicklung der verschiedenen systemischen Therapieansätze arbeitete MINUCHIN auf Grund seiner Erfahrungen mit Unterschichtsfamilien und Familien mit psychosomatischen Symptomträgern ein *strukturelles Konzept* aus (Minuchin 1992): Er stellte die Veränderung dysfunktionaler Beziehungsstrukturen in den Mittelpunkt des therapeutischen Handelns. Dazu gehören Verwischungen von Generationengrenzen und -hierarchien und pathologische Koalitionsbindungen mit Triangulation meist in Form einer Koalition eines Elternteils mit einem Kind.

Bei der geschilderten Patientenfamilie bot sich zwischenzeitlich dieses Vorgehen geradezu an: Einerseits wurden notwendige Differenzierungsschritte durch die Gleichheitsideologie der Familie blockiert, andererseits bestand eine enge Koalition des Vaters mit der Tochter. Im Rahmen einer Familienskulptursitzung (SCHWEITZER u. WEBER 1982; WILLE 1982), in der die einzelnen Familienmitglieder die Sichtweise ihrer familiären Beziehungen gestalten konnten, wurde der Familie deutlich, daß ihre Familie in ihrer Entwicklungsfähigkeit eingeschränkt war: Der Vater legte alle vier Familienmitglieder sternförmig mit dem Kopf zur Mitte auf den Boden, also eine Familie ohne Differenzierung und Hierarchie. Die Mutter gruppierte die einzelnen Familienmitglieder so ineinander, daß die Skulptur rasch zusammenfiel. Reto hob die tragende Rolle des Vaters und seine enge Beziehung zu Andrea hervor und wies der Mutter und sich die Kinderposition zu. Andrea schließlich stellte die Eltern und Reto als Triade dar. Sie sah sich in einer Gegenposition zu ihrer Familie, der sie den Rücken zuehrte. Gleichzeitig brachte sie damit die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung der Familie zum Ausdruck.

Die Aufgabe des Therapeuten in der strukturellen Therapie ist es, aktiv Allianzen einzugehen und Kommunikationsstile zu beeinflussen. Er stellt die familiäre Hierarchie wieder her, strukturiert diffuse oder rigide Grenzen zwischen familiären Subsystemen um und ermöglicht effektivere Problemlösungsstrategien.

Statt der beobachtenden Expertenrolle außerhalb des Systems wird er zeitweise zu einem Teil des Systems, eine Strategie, die von MINUCHIN (1992) als „go between“ bezeichnet wurde. Eine Gefahr dieses Vorgehens besteht darin, daß der Therapeut dank seiner Autorität auf die Familie einen relativ großen Einfluß ausübt.

Gelingt es dem Therapeuten nicht, die ethischen Werthaltungen der zu behandelnden Familie wahrzunehmen und zu respektieren, besteht die Gefahr, daß er die Familie entsprechend seinen eigenen Werthaltungen verändern will. Trotz dieser Nachteile ist der strukturelle Therapieansatz wegen seiner Transparenz und Effizienz gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr geeignet. Ein besonderes Augenmerk sollte jedoch darauf gerichtet werden, daß adaptive, ich-schwache Patienten nicht längerfristig in Abhängigkeit eines Therapeuten bleiben.

Die bisher geschilderten Therapieansätze werden entsprechend einer Einteilung von FOERSTERS (1981) den *kybernetischen Konzepten erster Ordnung* zugerechnet. Die Kybernetik basiert auf der Annahme, daß bestimmte Regeln, Steuerungsmechanismen und Muster von Abläufen das System beeinflussen und bilden. Der Therapeut liefert unabhängig von seiner Beobachterposition objektive Beschreibungen des Familiensystems. Er begreift sich als Experte, der außerhalb des behandelnden Systems steht.

6 Konzepte der Kybernetik zweiter Ordnung

1990 kam es mit der Neugründung des Heidelberger Systemtherapeutischen Instituts einerseits und vor allem durch die Weiterentwicklung der Mailänder Schule um BOSCOLO und CECCHIN zur Hinwendung zum *Konstruktivismus* und damit zu den *Konzepten der Kybernetik zweiter Ordnung*. Dabei geht es um die Kybernetik der Kybernetik. Der Beobachter wird bei der Analyse der Systemabläufe in das Beobachtungssystem mit eingeschlossen. Alles, was der Therapeut an Daten, Modellen und Regeln benennt, wird als sogenannte selbstreferentielle Konstrukte betrachtet, die er gemäß seiner Struktur bzw. seiner Beobachtung konstruiert (CECCHIN 1988; CECCHIN et al. 1992).

Welche Auswirkungen haben diese neueren familientherapeutischen Ansätze für die Beziehung des Therapeuten zu einer Patientenfamilie? Der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit auf die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen und sieht den Klienten als Experten bezüglich der für ihn passenden Lösung. Die Exploration der Vergangenheit dient im wesentlichen dazu, daß sich die Familienmitglieder an frühere, erfolgreiche Problemlösungsstrategien erinnern. Eine weitestgehend symmetrische Beziehung zwischen Therapeut und Klienten wird als beste Voraussetzung für eine gute Kooperation angesehen. Der Therapeut ist dabei weniger ein Gesundheits- bzw. Kommunikationsexperte als vielmehr eine Art Begleiter für Menschen, die durch Befragung an ihre eigenen Kompetenzen wieder erinnert werden. Die Klienten werden als Co-Therapeuten in ihrer eigenen Therapie angesehen.

Ich komme noch einmal auf die Patientenfamilie zurück: In der über die Jahre hinweg teils lockeren, teils intensiveren Therapie habe ich zunehmend Elemente des konstruktivistischen Ansatzes in mein Behandlungskonzept integriert. Welche Konsequenzen hat dieses flexiblere therapeutische Vorgehen für die Familie und für die Therapeutin?

Die Familie findet ihre Lösungen dadurch, daß die Therapeutin die familiären Beziehungen und Entwicklungen mit einer teilnehmenden Neugier begleitet. Dabei behält die Familie die Verantwortung für die einzuleitenden Veränderungsprozesse.

Diese Haltung schützt den Therapeuten davor, in seiner therapeutischen Arbeit in ein Burnout-Syndrom (FENGLER 1991) zu geraten. Wenn sich Therapeuten nicht als alleinverantwortliche „Beziehungsspezialisten“ (REIMER 1994) sehen, können sie von den häufig originellen Lösungswegen ihrer Patientenfamilien lernen und diese modifiziert für ihre eigene Familie nutzbar machen. Gerade in längerdauernden Therapien ist es hilfreich, sich als Therapeut der Gegenseitigkeit von Beziehungen bewußt zu sein. Der Therapeut sollte um eine Balance bemüht sein, die Abstinenzregel einhalten und doch eine gewisse Transparenz bezüglich seiner persönlichen Lebenssituation herstellen. Es gilt zu berücksichtigen, daß einerseits Therapeuten ein Modell für ihre Patienten darstellen, daß aber andererseits auch Patientenfamilien Modelle für ihre Therapeuten sein können.

7 Familienbeziehungen von Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern

Wie bereits erwähnt, besteht eine Wechselbeziehung zwischen Patientenfamilie und Therapeut. Auch seine Familie ist von dieser Wechselwirkung betroffen. Des weiteren haben Einstellungen der Öffentlichkeit einen Einfluß auf die Familie des Psychiaters bzw. Therapeuten. Therapeutenfamilien stehen unter der Erwartung, sich als normal zu präsentieren und ein Beispiel zu geben, wie man das Leben meistert. Die Familie muß gleichsam den Beweis für die persönliche und berufliche Qualifikation des Therapeuten-Vaters bzw. der -Mutter liefern.

Gibt es Schwierigkeiten in der Familie eines Psychiaters, werden alle Familienmitglieder mit der ganzen Doppelbödigkeit gesellschaftlicher Vorurteile konfrontiert. Bemerkungen wie: „Kein Wunder, daß das Kind Probleme hat, bei diesen Eltern; Psychiater mögen theoretisch ja gut sein, aber sie sind meilenweit von der Alltagsrealität entfernt!“ sind nur allzu bekannt. Vor allem im Kontakt mit außerfamiliären Erziehungspersonen ihrer eigenen Kinder erleben sich Psychiater häufig als Jongleure auf verschiedenen Ebenen. Im Gespräch mit Schulvertretern, die sich als Autoritätspersonen betrachten, befinden sich Eltern in einer abhängigen Position. Sie können von einem Lehrer aber auch als Fachautorität gesehen werden, der man im erzieherischen Alltag eher mit Skepsis und Distanz begegnet. In Situationen, in denen Psychotherapeuten sowohl als Privat- wie auch als Fachpersonen angesprochen sind, ist es hilfreich, jeweils klar die Rolle und Perspektive zu deklarieren, unter denen eine Beobachtung und Bewertung stattgefunden hat.

Immer wieder taucht die Frage auf, ob Psychiatereltern mit ihren Kindern spontan und natürlich umgehen können. Hier besteht ein Unterschied zwischen der Gefahr des Festhaltens an der Therapeutenrolle innerhalb einer Partnerbeziehung und innerhalb von Familienbeziehungen. Wie in Studien über Arzteleben beschrieben wurde (MYERS 1988), entwickeln viele Ärzte in ihrem Privatleben eine typische Strategie des Aufschiebens. Emotionale, intime, die eigene Partnerschaft betreffende Fragen werden hinter

die beruflichen Pflichten zurückgestellt. Was von einem Partner vielleicht noch verständnisvoll respektiert wird, gelingt im Zusammenleben mit kleinen Kindern nicht mehr. Ein Kind wartet nicht, und es verlangt von erwachsenen Bezugspersonen, daß sie nicht nur reagieren, sondern daß sie als Vater oder Mutter auch agieren. Diese beiden Aspekte, daß das Kind keine Geduld kennt und daß es Erwachsene zu einer anderen Kommunikationsweise herausfordert, ermöglicht es, den Wechsel von der beruflichen Therapeutenrolle zur persönlichen Elternrolle leichter zu vollziehen als in der Zweierbeziehung zu einem Partner.

Neben belastenden und negativen Auswirkungen der therapeutischen Tätigkeit sind auch diejenigen Aspekte zu nennen, in denen das Familienleben eines Therapeuten eine Bereicherung erfährt. An zwei Beispielen soll dies veranschaulicht werden:

In Spieltherapien mit Vorschulkindern begegnen Therapeuten einer Vielfalt von entwicklungsspezifischen Phantasien, Wünschen und Beziehungsmustern, die sie dann bei ihren eigenen Kindern, wenn sie diese Lebensphase durchlaufen, bewußter wahrnehmen und miterleben können. Die Sensibilisierung durch die beruflichen Erfahrungen ermöglicht auch eine vertiefte emotionale Beziehung zu den eigenen Kindern.

Therapeutische Gespräche mit Jugendlichen lassen bei Therapeuteneltern eine Vorahnung von den Verunsicherungen und Wirren der Pubertät aufkommen und gewähren einen Einblick in die schmerzhaften Auseinandersetzungen zwischen Adoleszenten und ihren Eltern. Durch die Jugendlichen bleiben sie in Kontakt mit aktuellen Themen, Musik-, Mode- und Meinungstrends dieser Altersgruppe. Patienten können auch dazu beitragen, daß Therapeuteneltern gegenüber den eigenen Kindern toleranter sind. Sie haben die Möglichkeit, sich schon mit eigenen Werthaltungen und Erziehungsleitlinien auseinanderzusetzen, wenn sie noch nicht in der konkreten Konfrontation mit den eigenen Kindern gefordert sind.

Andererseits ist die Situation in Therapeutenfamilien mit adoleszenten Kindern bisweilen komplexer. Jugendliche haben nicht selten die Befürchtung, daß ihre Eltern zu viel von ihren innersten Gedanken, Wünschen, Phantasien und Ängsten erahnen könnten. In vulnerablen Entwicklungsphasen halten sie sich eventuell mehr zurück, mit ihren Eltern über persönliche Probleme zu reden. Sie schützen die Intimität ihres Innenlebens vor den „analysierenden“ Blicken und Vermutungen ihrer Eltern.

Idealvorstellungen von Psychotherapeuten beinhalten auch, daß sie den Anspruch an sich haben, über gewisse Entwicklungsfragen und Beziehungsprobleme mit ihren Kindern eingehend zu diskutieren. Eine Gefahr besteht dann darin, daß natürliche Vorgänge zu sehr problematisiert oder zerredet werden. Eine Äußerung einer jetzt 20jährigen über ihre freundschaftliche Beziehung zu ihrer Mutter ist bedenkenswert: „Es wäre mir lieber gewesen, wenn ich manches hätte alleine herausfinden können und mich meine Mutter nicht immer schon vorher darüber aufgeklärt hätte. Statt nur auf Verständnis zu stoßen, hätte ich mir ab und zu auch mal eine harte Auseinandersetzung gewünscht.“

8 Ausblick

Ein Zitat von Mark Twain (WERTHEIMER 1996) faßt die sich mit der eigenen Entwicklung verändernde Sichtweise treffend zusammen: „Als ich 14 Jahre alt war, war mein Vater für mich so dumm, daß ich ihn kaum ertragen konnte. Als ich aber 21 Jahre alt wurde, da war ich erstaunt, wieviel der alte Mann in 7 Jahren gelernt hatte.“ Diese Feststellung macht deutlich, daß die Wahrnehmung von Personen und Bewertung von Beziehungen weitgehend von der Perspektive des Beobachters abhängen. Die Einschätzung familiärer Interaktionsmuster und Beziehungskrisen hat sich in den letzten 20 Jahren wesentlich gewandelt. Konzentrierten sich Familientherapeuten früher vor allem auf die offenkundige und verdeckte Pathologie familiärer Beziehungen, so interessieren sie sich heute mehr für ungenutzte Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten familiärer Systeme. Die Zukunft und die Wandlungsfähigkeit einer Familie werden dabei hoffnungsvoller und optimistischer konnotiert. Diese Haltung des Therapeuten bedeutet für die Familien eine Ermunterung und Unterstützung zur Überwindung von Konflikten und Krisen.

Literatur

- BOSZORMENYI-NAGY, I. (1995): Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta. 5. Auflage.
- BUDDEBERG-FISCHER, B. (1991): Patient und Familie – typische Kombinationsmuster einzel- und familientherapeutischer Interventionen. *System Familie* 4, 97-106.
- CECCHIN, G. (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13, 190-203.
- Cecchin, G./Lane, G./Ray, W.A. (1992): Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. *Familiendynamik* 17, 3-18.
- DOHERTY, W.J./BURGE, S.K. (1989): Divorce among physicians. Comparisons with other occupational groups. *JAMA* 261, 2374-2377.
- FENGLER, J. (1991): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München: Pfeiffer.
- VON FOERSTER, H. (1981): On cybernetics of cybernetics and social theory. In: Roth, G./Schwegler, H. (eds.): *Self-organizing systems*, 102-105. Frankfurt: Campus.
- GABBARD, G.O./MENNINGER, R.W. (1988): *Medical marriages*. Washington. Am. Psychiat. Press.
- GOOLISHIAN, H.A./DELL, P.F. (1981): Ordnung durch Fluktuation: eine evolutionäre Epistemologie für menschliche Systeme. *Familiendynamik* 6, 104-122.
- GUNTERN, G. (1980): Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. *Familiendynamik* 5, 2-41.
- HALEY, J. (1988): *Ablösungsprobleme Jugendlicher, Familientherapie – Beispiele – Lösungen*. München: Pfeiffer. 2. Auflage.
- MINUCHIN, S. (1992): *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus, 9., unveränderte Auflage.
- MYERS, M.F. (1988): *Doctors' marriages*. New York: Plenum.
- REIMER, C. (1994): Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 39, 73-78.
- REMSCHMIDT, H./HERPERTZ-DAHLMANN, B. (1989): Sind kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen Vorstufen psychiatrischer Erkrankungen des Erwachsenenalters? *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 57(7), 281-298.
- RICHTER, H.E. (1995): *Eltern, Kind und Neurose*. Reinbek: Rowohlt.
- SCHWEITZER, J./WEBER G. (1982): Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik* 2, 113-128.

- SELVINI PALAZZOLI, M./BOSCOLO, L./CECCHIN, G./PRATA, G. (1977): Die erste Sitzung einer systemischen Familientherapie. *Familiendynamik* 2, 197-207.
- SELVINI PALAZZOLI, M./BOSCOLO, L./CECCHIN, G./PRATA, G. (1981): Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6, 123-139.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1993): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta, 8. Auflage.
- STIERLIN, H. (1992). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. München: dtv.
- SWEDO, S.E./RAPOPORT, J.L./LEONARD, H./LENANE, M./CHESLOW, D. (1989): Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Clinical phenomenology of 70 consecutive cases*. *Arch. Gen. Psychiatry* 46, 335-341.
- WATZLAWICK, P./BEAVIN, J.H./JACKSON, D.D. (1993): *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber, 8. Auflage.
- WERTHEIMER, H.S. (Hrsg.)(1996): *Lexikon der heiteren Weisheiten*. Thun: Ott-Verlag, 2. Auflage.
- WILLE, A. (1982): Der Familienskulptur-Test. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 31 (4), 150-154.

Anschrift der Verfasserin: Dr. med. Barbara Buddeberg-Fischer, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich, CH-8091 Zürich.