

Mangold, B.

Psychosomatik und Familientherapie Theorie und Klinische Praxis

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 6, S. 207-213

urn:nbn:de:bsz-psydok-29232

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

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose)	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa)	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder)	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises)	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling)	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test)	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konflikt Diagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy)	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-			
Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge			
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children).	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313

Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75
---	----

Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7.1982 in Dublin	318

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Aus Praxis und Forschung

Aus der Universitäts-Kinderklinik Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. H. Berger)

Psychosomatik und Familientherapie Theorie und Klinische Praxis

Von B. Mangold

Zusammenfassung

In einer Übersicht wird die Stellung der Familientherapie bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendlichenalter dargestellt und die Bedeutung der Interdisziplinarität in der Psychosomatischen Medizin aufgezeigt.

Eine kurze Darstellung des therapeutischen Konzeptes der ambulanten Familientherapie und die Kombination von Familientherapie und stationärer Psychotherapie vermittelt den theoretischen Hintergrund, auf dem unsere klinische Arbeit mit „Psychosomatikerfamilien“ aufbaut.

Die Praxis der Familientherapie wird durch die Strukturierung des Erstgesprächs dargestellt. Das familientherapeutisch orientierte Erstgespräch spiegelt wie ein Mikrokosmos die wesentlichsten Momente, die pathogenen Transaktionen und Beziehungsstrukturen der Familie, die die Symptomatik bedingen bzw. aufrechterhalten.

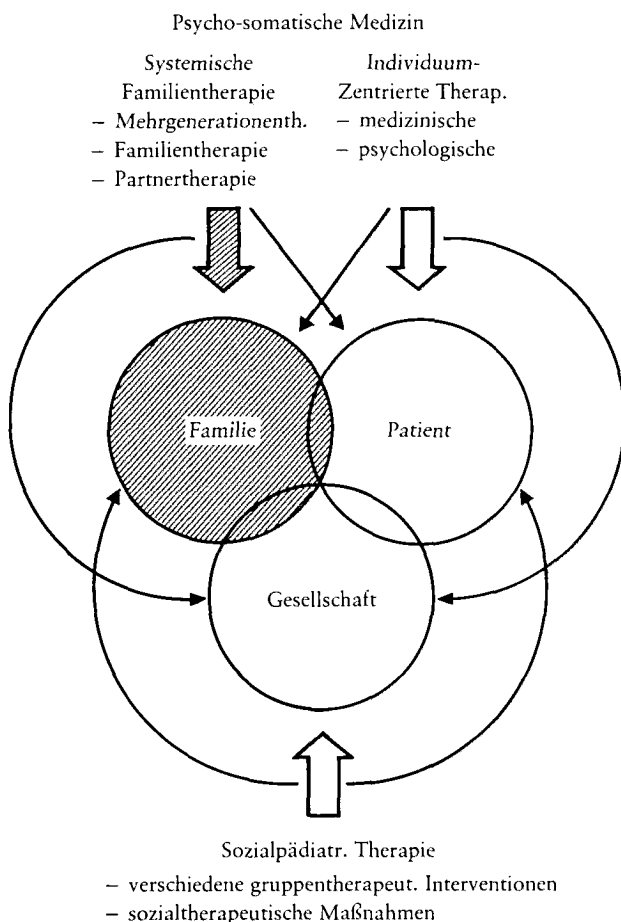
Abschließend werden einige Ergebnisse einer Studie dargestellt, wie die Familien selbst diese Konfrontation mit dem familientherapeutischen Ansatz erleben und welche Änderungen im Rahmen eines familientherapeutischen Erstgesprächs stattfinden.

Es gibt derzeit keinen Bereich in der Medizin, bei dem die Interdisziplinarität so notwendig geworden ist wie in der „Psychosomatischen Medizin“.

Die Medizin als die Wissenschaft vom „gesunden und kranken Menschen“ sollte eine interdisziplinäre Wissenschaft schlechthin sein. Wenn man sie darüber hinaus als eine anthropologische, psychosomatische Wissenschaft im weitesten Sinne versteht, ist die Frage der Interdisziplinarität eine Grundhaltung.

Echte Interdisziplinarität ist jedoch nicht das bloße multifaktorielle Aneinanderreihen von Befunden, sie entwickelt ihre eigene Dynamik und verlangt von jedem einzelnen eine

zeitweilige und partielle Identifizierung mit dem zunächst fremden methodischen Ansatz, die dann in die eigene Erfahrung integriert werden kann. Nur so können wir „Wahrnehmungslücken“ abschätzen und im Dialog eine echte interdisziplinäre Arbeit leisten.



Das Ziel dieses Referates ist es, Erfahrungen unserer langjährigen Arbeit mit Psychosomaterfamilien aus der Perspektive der Familiendynamik und der Familientherapie darzustellen.

Die systemische Familientherapie hat in den letzten 10 Jahren sowohl in seinem diagnostischen wie auch therapeutischen Ansatz eine grundlegende Änderung der Sichtweise über Entstehung und Therapie psychosomatischer Störungen möglich gemacht.

Ich möchte vorerst versuchen, den Standpunkt der Familientherapie skizzenhaft darzustellen und die Verbindung zu anderen diagnostischen und therapeutischen Modellen deutlicher machen.

Aus diesem Schema können Sie erkennen, daß verschiedene therapeutische Ansatzpunkte möglich sind, die einerseits

- Extrafamiliär (sozialpädiatrische Aufgaben)
 - Intrafamiliär (Familientherapie)
 - oder beim Patienten (Patienten- und Individuumzentriert)
- ansetzen.

Je breiter das therapeutische Spektrum, um so größer auch die Indikationsbreite des entsprechenden Teams.

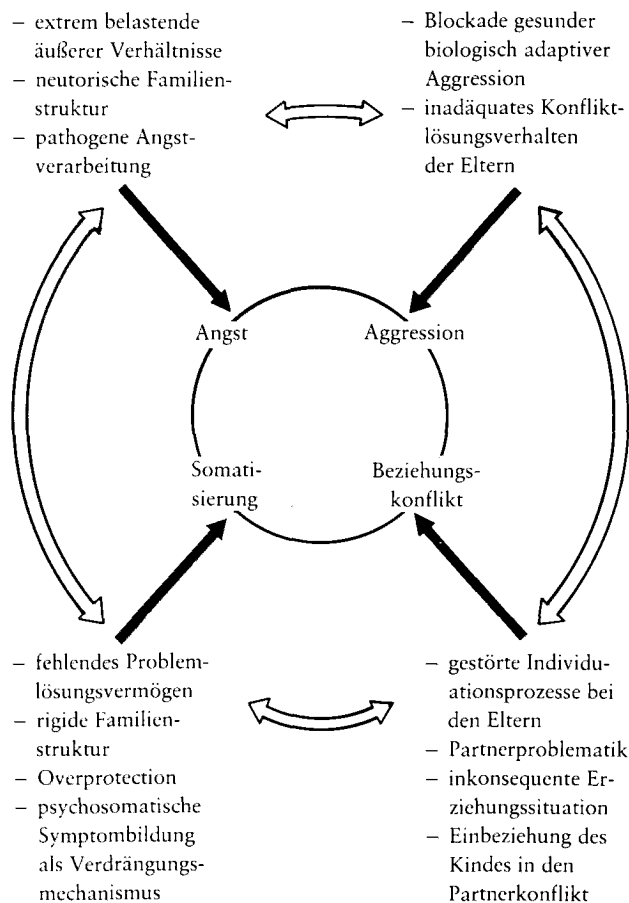


Abbildung 2: Systemischer Aspekt einer psychosomatischen Erkrankung (im familiären System)

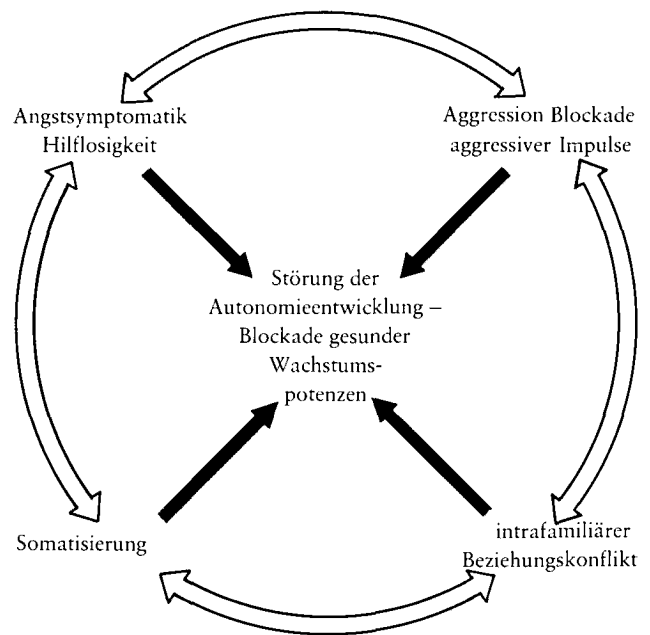


Abbildung 3: Systemischer Aspekt einer psychosomatischen Erkrankung (im individuellen System)

Je älter ein Kind wird, um so mehr muß man die Reaktion auch aus der intrapsychischen Struktur aus sehen, auch wenn der Beginn und die Ursache der Erkrankung eine Beziehungsproblematik im familiären Bereich dargestellt hat.

Die Frage, welcher Ansatzpunkt für den praktizierenden Arzt oder Therapeuten nun der empfehlenswerteste ist, hängt von einer Reihe von Faktoren ab.

A) Faktoren, die den Patienten betreffen

1. *Alter des Patienten* – je jünger der Patient, um so größere Bedeutung hat die Familientherapie, da durch eine individuumszentrierte Therapie die die Krankheit auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren nicht geändert werden können und auf Grund der noch unvollständigen Autonomie und Kompetenz des Kindes ein Rückfall in die frühere pathogene Beziehungssituation kaum zu vermeiden ist.

2. *Dauer der Erkrankung* – je chronifizierter die Symptomatik, um so schwieriger wird es, pathogene, familiäre und individuelle Verhaltensweisen zu ändern.

Der Pädiater und der Kinderpsychotherapeut hat den großen Vorteil, den Patienten und die Familie zu einem Zeitpunkt kennenzulernen, zu dem die Entwicklungspotenzen enorm groß und modifizierbar sind und andererseits wachstumsblockierende Verhaltensweisen relativ gut erkannt und verändert werden können. Nach unserer Erfahrung kann er dies am besten, wenn er fähig ist, pathogene Familienstrukturen und intrafamiliäre Beziehungsprobleme zu erkennen und therapeutisch zu verändern. Der Pädiater nimmt unseres Erachtens aus diesem Grunde eine Schlüsselstellung ein und ist mehr als jeder andere Facharzt in der Medizin aufgerufen, seinen Beitrag zu einer gesunden psychosozialen und auch zu einer gesunden körperlichen Entwicklung der ihm anvertrauten Kinder Sorge zu tragen.

In dieser Skizze möchte ich Ihnen unsere Einstellung zur Mittelposition zum Ausdruck bringen, in welcher wir intrapsychische und familiäre Faktoren als untrennbar, aufeinander bezogen und interdependent sehen.

B) Faktoren, die den Arzt und Therapeuten betreffen

- Die Persönlichkeitsstruktur des Arztes und die Zielvorstellung über seine ärztliche Tätigkeit und seine Kompetenzen.
- Seine kommunikative Potenz, seine Selbstwahrnehmung und die persönlichen Bemühungen auch paramedizinisches, anthropologisches und psychologisches Wissen in sein medizinisches Wissen zu integrieren.
- Seine Bereitschaft, emotionale Fähigkeiten in seinem Beruf wichtig zu nehmen und sie auch auszubilden und zu fördern.
- Für den Psychotherapeuten ist ebenso die Grundhaltung zu einer echten interdisziplinären Zusammenarbeit zu fordern. Ein Therapeut, der annimmt, daß seine Methode die einzig richtige ist, ist wie ein Hammer, der annimmt, daß jeder Patient ein Nagel sei.

C) Faktoren, die das System, das Team betreffen

Psychosomatische Medizin ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Eine echte interdisziplinäre Aufgabe kann nur gelöst werden, wenn die Beziehung der einzelnen Mitarbeiter eine akzeptierende, kommunikative und dialogische ist und die gemeinsamen Ziele und die Funktion der einzelnen Mitarbeiter immer wieder klar definiert werden.

Eine Entwicklung und eine Entfaltung psychotherapeutischer und psychosomatischer Arbeit an einer Klinik ist nur möglich, wenn die Leitung und die führenden Personen der Institution diese Entwicklung unterstützen und fördern.

Die Familientherapie ist an unserer Klinik zur Basistherapie in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen geworden, was nicht bedeutet, daß andere methodische Ansätze und Therapieformen ausgespart werden. Sie sollen jedoch in diesem Referat nicht näher erwähnt werden.

Kurze Darstellung des therapeutischen Konzepts

In unserer psychotherapeutischen Arbeit mit psychosomatisch kranken Kindern haben sich zwei Grundtherapieformen als sehr effizient erwiesen:

1. Die ambulante Familientherapie
2. Die stationäre Psychotherapie mit gleichzeitiger Familientherapie

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß einem Großteil der psychosomatisch kranken Kindern in einer *ambulanten Familientherapie* effizient geholfen werden kann

- wenn nicht eine akute oder für die Familie belastende Symptomatik vorliegt, die eine Klinikaufnahme notwendig macht.
- wenn die Problematik nicht allzulange besteht und chronifiziert ist
- wenn die familiären Dysfunktionen nicht durch schwere neurotische Grundstörungen eines oder beider Elternteile bedingt ist.

Die Indikationsfrage kann am besten nach einem familien-diagnostischen Erstinterview gestellt werden. Dieses wird

von uns in jedem Falle vor einer Aufnahme in eine stationäre Psychotherapie durchgeführt.

Auf das Konzept der Familientherapie will ich hier nur ganz kurz eingehen, da es im zweiten Teil dieses Referates – Praxis der Familientherapie – erörtert wird.

Konzept der Familientherapie

In der systemorientierten Familientherapie wird das Kind als Symptomträger einer dysfunktionalen Familie gesehen.

- Die Familiendynamik spielt eine Hauptrolle in der Entwicklung der psychischen Struktur der Kinder, welche umgekehrt eine Hauptrolle in der Entwicklung und Funktion der Familie spielen.

Der Therapeut untersucht das Familiensystem und beschreibt die Transaktionen, welche dysfunktionale Beziehungsmuster entstehen lassen, die im Kind psychosomatische Symptome auslösen.

- Der Familientherapeut beginnt beim vorgestellten kranken Kind und seiner Funktion in der Familie – er kann dann meistens ein Netzwerk komplexer Projektionen und Identifikationen auf verschiedensten Ebenen erkennen – der persönlichen Ebene, der Partnerschaft, der Elternschaft – und kommt schließlich auf die Beziehungsstrukturen der Eltern zu den Ursprungsfamilien, die die Persönlichkeit der Eltern wesentlich geprägt haben. (Methodik der Transaktionsanalyse). Diese Identifikationen, Projektionen und unreflektierten Erwartungshaltungen führen gewöhnlich zu einem mächtigen kollusiven Abhängigkeitssystem verschiedener Kräfte in der Familie. Die Abhängigkeiten lassen verschiedenste Probleme und pathologische Verstrickungen entstehen, die eine *Differenzierung und Autonomieentwicklung* des einzelnen Familienmitgliedes verhindern.

- Abhängigkeit und oft extreme Trennungsängste verhindern den notwendigen Individuationsprozeß der Eltern von ihren Ursprungsfamilien. Dies verhindert gleichzeitig auch den notwendigen Individuationsprozeß bei den Kindern. Je undifferenzierter oder symbiotischer eine Beziehung zwischen Eltern und Kind ist, desto inkompletter war der Ablösungsprozeß der Eltern von ihren Ursprungsfamilien (Mehrgenerationenaspekt der Familientherapie).

Konzept der stationären Psychotherapie

Die stationäre Psychotherapie erlaubt je nach klinischer Indikation flexible Kombinationen verschiedener therapeutischer Interventionen – Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, Einbeziehung der Eltern in die Stationsgruppe etc.

Das wesentlichste Therapiekonzept ist jedoch die Verwirklichung einer „therapeutischen Einheit“.

- Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Betreuer erleben und verstehen sich als dynamische Gruppe, die untereinander und zu den Kindern in einem vielfältigen Beziehungsmuster stehen, wobei die auf allen Ebenen ablaufenden Beziehungs- und Kommunikationsmuster zum wesentlichsten Instrument der Therapie werden.

– Die Erfahrungen, die im täglichen Zusammenleben mit den Kindern ermöglicht werden, die vielfältigen Beziehungsstrukturen zwischen dem Kind und den einzelnen Teammitgliedern ermöglichen uns, das direkte Erkennen und Erleben des jeweiligen Kommunikationsstiles des Kindes, dessen Kenntnis nach unseren Erfahrungen weitaus wertvoller sind, als ganze Batterien psychologischer Testverfahren. Das psychodynamische Kräftefeld der Gruppe bietet somit die Möglichkeit, die Genese psychosomatischer Reaktionen zu erkennen, ihren Verlauf und ihre Dynamik im Miteinanderleben therapeutisch zu ändern. Das Miteinander – die Beziehung zueinander wird zum wesentlichsten therapeutischen Potential der Abteilung.

Zur Praxis der Familientherapie

Das Gespräch, der Dialog ist das diagnostische und therapeutische Werkzeug des Familientherapeuten. Hier ist es vor allem die erste Begegnung, das erste Gespräch mit der Familie, in welchem die Weichen für eine weitere Therapie gestellt werden. Hier bereits entscheidet sich die Frage, ob Mißtrauen, Angst und Abwehr zum Abbruch führen, oder ob es gelingt, eine neue Beziehungsebene herzustellen, in welcher der identifizierte Patient entlastet wird und anstelle des Symptoms die Beziehungsproblematik in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit gerückt werden kann.

In einer Untersuchung von *Schappiro* und *Gutmann* zeigen die Autoren, daß Familien insgesamt häufiger abbrechen als Einzelpatienten. Die Erklärung dafür dürfte in einer Vervielfachung des Widerstandes – Familienwiderstand – zu finden sein. Ein weiterer Faktor ist, daß je mehr Personen am Gespräch teilnehmen, um so strukturierter muß das Vorgehen des Therapeuten sein.

Ablauf und Strukturierung eines familiendynamisch geführten Erstgesprächs

Dem familientherapeutischen Erstgespräch sollte bei psychosomatischen Erkrankungen eine medizinische Abklärung vorausgegangen sein. Eine negative medizinische Abklärung sowie anamnestiche Hinweise auf eine mögliche psychogene Verursachung oder Mitbestimmung ist die Indikation zu einem familiendiagnostischen Gespräch.

Das Erstgespräch dauert bei uns in der Regel zwischen ein und zwei Stunden, eingeladen werden die Eltern und das erkrankte Kind, wenn bereits Informationen über andere wichtige Familienmitglieder vorliegen, kann der Kreis erweitert werden. Mit der Bemerkung, daß jedes Familienmitglied dazu beitragen kann, die Problematik deutlicher zu sehen und mit dem Therapeuten gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, ist die Teilnahme aller wichtigen Familienmitglieder in den meisten Fällen möglich.

In der Regel leitet das Erstgespräch die Familientherapie ein. Erstinterviews können aber auch diagnostische und/oder konsiliare Funktionen haben oder Kriseninterventionen dienen. Entsprechend den verschiedenen Zielsetzungen wandelt sich der Charakter des Gespräches. Das Erstgespräch spiegelt wie ein Mikrokosmos die wesentlichsten Momente, die pathogenen Transaktionen und Beziehungs-

strukturen der Familie, die die Symptomatik bedingen bzw. aufrechterhalten.

Dadurch wird es auch möglich, in einem solcherart geführten Erstgespräch die Informationen zu bekommen, die für die Therapiewahl – ambulante Familientherapie, stationäre Psychotherapie, Partnertherapie etc. – und auch für prognostische Überlegungen von Bedeutung sind.

Zur *Indikationsfrage* möchte ich erwähnen, daß nicht nur die Art der Symptomatik und der bisherige Verlauf – sondern auch die Art der Familienstruktur und die Möglichkeiten dieser Familie Probleme gemeinsam zu lösen, ihre Bereitschaft zur Mitarbeit etc. von ausschlaggebender prognostischer Bedeutung sind und in starkem Maße für die Indikation zu einer bestimmten Therapie von Bedeutung sind.

Auf der Basis eines familiendiagnostischen Erstinterviews erhalten wir die optimalen Informationen über die Problematik des Patienten, die Persönlichkeitsstruktur der Eltern und Großeltern sowie der Geschwister, das spezifische Familienklima, charakteristische pathogene intrafamiliäre Kommunikationsformen oder problematische Rollenzuweisungen. So läßt sich meist gut abschätzen, in welcher Hinsicht änderungsbedürftig – änderungsfähig und änderungsbereit die Familie ist. Nun ist es sowohl für die Praxis wie auch für die Klinik nicht möglich, alle psychosomatisch kranken Kinder familientherapeutisch oder gar auf einer psychotherapeutischen Abteilung zu behandeln.

Psychosomatik sollte nicht zu einem neuen Spezialgebiet werden, das weitere Entfremdung verursacht, sondern vielmehr den Anspruch der Inerdisziplinarität, des integrierten Zugangs zu unseren Patienten zum Ziele haben.

Der Beitrag des Familientherapeuten an den somatisch orientierten und ausgebildeten Mediziner ist seine Erfahrung im Erkennen um Umgehen mit familiären Beziehungsproblemen, in die der psychosomatisch kranke Patient verstrickt ist.

Ich möchte Ihnen aus diesem Grunde einige Charakteristika des familientherapeutischen Erstgesprächs skizzieren – um Ihnen Informationen zu vermitteln, die sie in ihre Arbeit integrieren können.

Der Ablauf des Erstgesprächs kann in 4 Hauptphasen eingeteilt werden:

1. Gesellschaftliche Phase (Begrüßung und Vorstellung der Familie)
2. Problemphase (Klärung der Problemlage)
3. Interaktionsphase (Familienmitglieder werden aufgefordert, miteinander über ihre Probleme zu sprechen)
4. Zielsetzungsphase (therapeutische Zielvorstellungen werden gemeinsam mit der Familie erarbeitet und festgelegt).

Zur gesellschaftlichen Phase

– Während der ersten Kontaktaufnahme mit der Familie lassen sich bereits eine Fülle von Beobachtungen machen, die uns über die „Beziehungsgestalt“ einer Familie Aufschluß gibt. Der Therapeut sollte die innere Ruhe haben, diese nonverbalen Signale wahrzunehmen (Stimmung der einzelnen Familienmitglieder – Koalitionsbemühungen – Beziehungsaspekte – Sitzordnung – Machtstrukturen etc.).

– Der Therapeut sollte zu jedem Familienmitglied vor Beginn des therapeutischen Gespräches in persönlichen

Kontakt treten, um seine Allparteilichkeit zum Ausdruck zu bringen und Ängste abzubauen.

- Der Therapeut soll kurz seine Position, seine Arbeitsweise und seine bisherigen Informationen über das Problem darstellen und sich überlegen, was er dieser Familie über das Wesen der Therapie vermitteln kann.

Information schafft Sicherheit und Vertrauen – ein erfahrener Arzt und Therapeut weiß, daß er je nach persönlicher oder sozialer Situation der Familie anders vorgehen muß.

Zur Problemphase

- Der Einstieg in das therapeutische Gespräch kann auf verschiedenste Formen eröffnet werden und hängt vom Stil des Therapeuten und von seinen bisherigen Beobachtungen ab.

- Der Therapeut fordert die Familie auf, zum Problem Stellung zu nehmen.

- Wichtig ist es, daß jedes Familienmitglied seine persönliche Sichtweise und Betroffenheit durch das Problem darstellen kann.

- Je allgemeiner und offener die Fragen gestellt werden, desto eher können die Familienmitglieder ihre Ansicht dazu entfalten.

- Es ist vorteilhaft, sich nicht in eine Lebensbiographie zu verstricken, sondern bei der Hier- und Jetzt-Situation zu beginnen z.B. – Was ergeben sich für jeden einzelnen durch die Symptomatik beim Kind für Probleme und persönliche Einschränkungen? –

- Während dieser Informationsphase soll der Therapeut keine Interpretationen und Kommentare oder sogar Ratschläge erteilen.

- Er sollte für Offenheit und Verständnis für jedes Familienmitglied getragen sein und durch sein ungeteiltes Interesse jedem Familienmitglied die Möglichkeit zu geben, seine persönliche Darstellung von den Problemen zu geben.

- Er soll die Meinung aller Beteiligten gleich wichtig nehmen.

- In dieser Problemphase bekommt der Therapeut nicht nur eine Fülle von Informationen über die Symptomatik, er bekommt gleichzeitig eine Fülle von Informationen über Beziehungsstrukturen, Machtverhältnisse, Abwehrmechanismen, Rollenzuweisungen einzelner Familienmitglieder und die Strategien, die die Familie benutzt, um effektive Problemlösungen zu verhindern.

Zur Interaktionsphase

In der Interaktionsphase stehen die Beziehungsstrukturen, die Strategie der Familie im Vordergrund – der Therapeut verwendet seine bisherigen Beobachtungen, um einen Dialog innerhalb der Familie in Gang zu setzen. Z.B. indem er Andeutungen über unterschiedliche Auffassungen der einzelnen Familienmitglieder macht.

- Die Interaktionsphase vermittelt dem Familientherapeuten die wesentlichste Information über die Art und Weise, wie eine Familie mit ihren Problemen umgeht, welche Dysfunktionen und Blockaden die Lösung des Problems verhindern und welche Funktionen und Bedeutung das Problem für die familiäre Homöostase hat.

- In dieser Phase hält sich der Therapeut zurück, er braucht Distanz, um die Reaktionen der Familienmitglieder untereinander zu beobachten (er kann z.B. die Diskrepanz verbaler und non-verbaler Reaktionen erkennen und der Familie mitteilen).

Zur Zielsetzungsphase

Nach Darstellung der Problematik, Wahrnehmung und Interpretation charakteristischer Verhaltenssequenzen, die die Familie an einer Lösung der Probleme hindern, werden gemeinsame therapeutische Ziele definiert. Je klarer die definierten Therapieziele, je mehr jedes einzelne Familienmitglied durch diese gemeinsamen Ziele eigene Zielvorstellungen und damit mehr Autonomie im familiären Zusammenleben erreicht, desto größer die Chance einer bleibenden Stabilisierung der intrafamiliären Beziehungen, desto größer ist die Chance einer Symptomfreiheit beim identifizierten Patienten. Der Therapeut ist Initiator einer gesamtfamiliären Umstrukturierung, die die Familie fähig macht, ihre Probleme selbst zu lösen.

- Die wichtigste Aufgabe des Therapeuten ist es, aus den bisherigen Beobachtungen und Informationen ein klares Bild zu erkennen und es der Familie verständlich mitzuteilen. Am Ende des ersten Gespräches sollte sich der Therapeut fragen, ob und wie weit es ihm gelungen ist, folgende Ziele zu erreichen.

1. Das Problem (Familienproblem) zu definieren
2. Die Familie zu einer Therapie zu motivieren
3. Eine neue Beziehungsebene herzustellen – die psychosomatische Problematik auf eine Beziehungsproblematik zu verlagern
4. Einen therapeutischen Vertrag abzuschließen

Ein wichtiger Punkt für die Fortführung einer Therapie wird der Faktor sein, wie sehr es bereits im Erstgespräch gelungen ist, das Erleben von mehr Autonomie, mehr Kompetenz beim einzelnen Familienmitglied zu ermöglichen und inwieweit sich Änderungen bereits abzeichnen, die in der Familie selbst vorher nicht möglich waren. Entscheidend ist, daß die festgefahrene, blockierte Familie in Bewegung gekommen ist.

Familientherapie aus der Sicht der Familie

Bisher wurde dargestellt, wie die Familientherapie aus der Sicht und der Erwartungshaltung des Therapeuten sich darstellt. Wir haben uns die Frage gestellt, wie die Familien selbst diese Konfrontation mit dem familientherapeutischen Ansatz sehen und welche Änderungen im Rahmen eines familientherapeutischen Erstgespräches stattfinden.

In unserer Studie, aus der ich hier nur einige Teilergebnisse anführen kann, wurden 35 Familien vor und nach dem Erstgespräch mittels eines dafür erarbeiteten Fragebogens interviewt – wobei den Eltern vor dem Erstkontakt mit dem Familientherapeuten ein „Erwartungsfragebogen“ mit 47 Items vorgelegt wurde und direkt nach dem Erstgespräch ein „Zufriedenheitsfragebogen“ von den Eltern und desgleichen vom Therapeuten ausgefüllt wurden. Diese Studie ergab in Beziehung zu den oben angeführten Zielvorstellungen für das Erstgespräch folgende Ergebnisse:

ad 1. Das Problem (Familienproblem) zu definieren Vor dem Erstgespräch

Ca. 50% der Eltern finden es nicht wichtig, daß der Therapeut viel über die ganze Familie in Erfahrung bringt – sie glauben nicht, daß die Probleme ihrer Kinder in Zusammenhang mit ihren eigenen Lebensgeschichten zu sehen oder zu lösen sind – sie glauben, daß die Störung ihrer Kinder eine körperliche Ursache hat oder in der Umwelt zu suchen ist (Schule, Kindergarten, etc.).

Die Erwartungshaltung signalisiert deutlich die bekannte Abwehr in Psychosomatikerfamilien, die es dem Arzt schwer macht, das wirkliche Problem zu erfassen. Die Motivation zur Mitarbeit ist dementsprechend bei Psychosomatikerfamilien sehr gering.

Nach dem Erstgespräch

– Für die Effizienz des familientherapeutischen Konzeptes spricht die Einstellungsänderung nach dem Erstgespräch, wobei es 90% der Eltern wichtig gefunden haben, über ihre eigene Lebensgeschichte, ihre Ehe, ihre Familie sprechen zu können.

– Nach dem Erstgespräch stimmen die Eltern mit dem Therapeuten überein, daß die ganze Familie für eine Besserung verantwortlich ist – und daß die Hauptursache für die Störung des Kindes bei den Eltern (Interaktionsproblematik) und in Familienproblemen zu sehen sind.

– Es zeigte sich in den Gesprächen, daß vielen Eltern bereits bewußt ist, daß Spannungen innerhalb der Familie Krankheiten verursachen kann und am besten durch Gespräche gelöst werden können.

ad 2. Die Familie zu einer Therapie zu motivieren Vor dem Erstgespräch

Das Hauptproblem liegt darin, daß die Familien nicht bereit sind, eine eigene Initiative in Hinblick auf die Problemlösung zu übernehmen.

Hier liegt in unserer Untersuchung die stärkste Nichtübereinstimmung zwischen der Erwartungshaltung des Therapeuten und der Familie vor.

a) Die Mehrheit der Eltern möchte vom Therapeuten kritisiert oder belehrt werden – der Therapeut möchte auf keinen Fall Kritik üben oder belehren.

b) Die Mehrheit der Eltern erwartet, daß der Therapeut das Erstgespräch aktiv lenkt – der Therapeut möchte, daß die Familie hauptsächlich bestimmt, worüber gesprochen wird.

c) Die Mehrheit der Eltern erwartet vom Therapeuten Ratschläge und Instruktionen – während der Therapeut die Aufgabe der Familie übertragen will, Lösungen für ihre Probleme zu finden.

Unsicherheit und Schuldgefühle der Eltern und daraus resultierende Hilflosigkeit und oft gegenseitige Schuldzuschiebung verhindert eine adäquate Problemlösung in der Familie, eine unterwürfige Haltung dem Arzt und Therapeuten gegenüber verstärkt diese negative Grundhaltung.

Abhängigkeit, Verunsicherung, Fehlen der Autonomie, unbewältigte Ablösung von den Eltern kennzeichnen

nen aber gerade die wesentlichsten Charakterstrukturen in Psychosomatikerfamilien.

Die Einstellung des Therapeuten hat somit eine Veränderung der Familienstrategie zur Folge, welche die Familie verunsichert und in Bewegung bringt – sie ermöglicht jedoch gleichzeitig das Wachsen von Autonomie und Kompetenz – der Therapeut läßt sich nicht in die Helferrolle hineinzwängen, in der er selbst zum Gefangenen der Familienstruktur wird. Er mobilisiert die gesunden Potentiale der einzelnen Familienmitglieder und des Familiensystems.

Daß dieses direktive therapeutische Vorgehen – vor dem in der Literatur besonders bei Psychosomatikerfamilien gewarnt wird – nicht nur von den Familien akzeptiert wird – sondern nach meinen Erfahrungen die Familie auch motiviert ihre eigene Selbsthilfe und Selbstheilungstendenzen zu mobilisieren, zeigt sich auch in dieser kontrollierten Studie, in welcher nur drei Familien nicht zu einer Fortführung der Therapie bereit waren, obwohl nach dem Erwartungsfragebogen die Hälfte der Familien durch ihre Abwehrhaltung vermuten ließ, daß sich die Mitarbeit schwierig gestalten wird.

Diese Abbruchquote ist im Gegensatz zu Literaturangaben sehr gering.

ad 3) Eine neue Beziehungsebene herstellen Vor dem Erstgespräch

Bei ca. der Hälfte der Eltern wird deutlich signalisiert, daß sie selbst und ihre Familie nichts mit den Problemen ihrer Kinder zu tun haben und sie sich eher heraushalten möchten. Diese Eltern glauben eher, daß es sich um körperliche Ursachen handelt, die rasch behoben werden können. Sie möchten sich lieber einem Arzt als einem Psychologen anvertrauen, der in einer Anamnese Fragen stellt, die sie nur mit ja oder nein beantworten müssen.

Nach dem Erstgespräch

Es gelingt bei einem Großteil der Familien bereits im Erstgespräch über ihre Beziehungsproblematik, über ihre eigenen Probleme zu sprechen, wodurch es möglich wird, eine Reihe von konkreten Veränderungen und Zielen zu formulieren und aktiv zu werden und damit Hilflosigkeit und gegenseitige Verstrickungen zu lösen. Das Symptom ist nicht mehr länger notwendig, um damit familiäre Spannungen zu signalisieren oder sie damit zu verdrängen.

Werden diese Ziele im Erstgespräch erreicht, dann ist damit auch zwischen Therapeut und Familie eine „Beziehungs-Gestalt“ entstanden, die meistens stark genug ist, die Motivation für die Durcharbeitung und gemeinsame Lösung der Probleme aufrechtzuerhalten.

Summary

Psychosomatic Disease and Family-therapy

A review is given on the present state of family-therapy in the treatment of psychosomatic diseases with children and young people. The need for interdisciplinary cooperation dealing with psychosomatic medicine is stressed.

A short outline of the therapeutic concept of our out-patient family-therapy in combination with family-therapy and in-patient psychotherapy should provide some theoretical background of our clinical work with such "psychosomatic families".

The practical work of family-therapy is outlined by the structuring process of the first interview. This interview reflects—like in a microcosmic environment—essential influences, pathogenetic transactions and the intercommunicational structures of the family, which are responsible for the symptoms or respectively prolong them.

Finally the results of a study are presented, which outline the feelings of the families confronted with family-therapy and which changes take place in the framework of the family-therapy-interview.

Literatur

Hahn, P.: Interdisziplinarität und Psychosomatische Medizin. In: „Die Psychologie des 20. Jhs.“ Kindler-Verlag Bd. IX (292–296). – *Haley, J.:* Direktive Familientherapie. Aus der Reihe: Leben lernen Bd. 27 Pfeiffer-Verlag München 1977. – *Minuchin, S.:* Psychosomatic Families. Harvard University Press 1978. – *Minuchin, S. et al.:* The Psychosomatic family in Child Psychiatry. J. of Child Psychiatry Vbl. 18, 76–90 (1979). – *Reindel, A. et al.:* Simultandiagnostik und Simultantherapie auf einer klinischen psychosomatischen Station. Ztschr. Psychosom. Med. 23, 387–396 (1977). – *Stierlin, H. et al.:* „Problemfamilien“ im Erstinterview. Familiendynamik 3/77 (208–228). – *Stierlin, H.:* Das erste Familiengespräch. Klett-Verlag 1977.

Ansch. d. Verf.: OA Dr. B. Mangold, Univ.-Klinik f. Kinderheilkunde, Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck.