

# Systemische Familientherapie im psychiatrischen Kontext

Renate Weihe-Scheidt

## Zusammenfassung

Der Artikel befasst sich mit Familien- und Paartherapie im Rahmen stationärer psychiatrischer Behandlungen. Zunächst wird der Kontext der eigenen Tätigkeit als externe Familientherapeuten am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen (Südbaden) dargestellt. Anschließend werden Ziele und Themen der Familien- und Paargespräche herausgearbeitet und das therapeutische Vorgehen anhand von kurzen Fallvignetten illustriert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Identifikation und Veränderung spezifischer Interaktions- und Kommunikationsmuster.

## Schlagwörter

stationäre psychiatrische Behandlung – Schizophrenie und Depression – familiäre Kommunikationsmuster – Kurzzeitinterventionen

## Summary

*Systemic family therapy in a psychiatric context*

The article focuses on family and couple therapy in inpatient psychiatric treatment. The professional context of our work as external family therapist at the »Zentrum für Psychiatrie Emmendingen« will be described. Aims and issues of therapy sessions are outlined and therapeutic interventions are illustrated by clinical examples. The focus lies on identifying and changing specific patterns of interaction and communication.

## Keywords

inpatient psychiatric treatment – depression and schizophrenia – communication patterns in families – short term interventions

## 1 Einleitung

Die historischen Wurzeln der Systemischen Therapie liegen in der Erkenntnis, dass Menschen in psychischen Krisen oder mit anhaltenden psychischen Störungen oft nicht geholfen wird, wenn die Behandlung ausschließlich auf die Patienten selbst ausgerichtet ist. Vielmehr spielen familiäre Muster und Themen eine wichtige Rolle, sowohl bei der Entwicklung als vor allem auch bei der Aufrechterhaltung des ungewöhnlichen und leidvollen Verhaltens der Patienten. Damit rückte die Familie in den Mittelpunkt des therapeutischen Interesses: Es entstanden unterschiedliche kommunikationstheoretische Modelle und familientherapeutische Behandlungsansätze. Am »Mental Research Institut« in Palo Alto erforschte die Gruppe um Bateson und Jackson (Bateson, 1969) die Kommunikationsmuster in Familien mit schizophrenen Mitgliedern. Virginia Satir entwickelte ihre ersten familientherapeutischen Techniken in der Behandlung einer als schizophren diagnostizierten jungen Patientin. Auch Ivan Boszormenyi-Nagy und Salvador Minuchin waren – wie auch die Mitglieder des Mailänder Teams – ursprünglich Psychiater. Das *Heidelberger Institut für Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie* führte in den 80er Jahren unter der Leitung von Helm Stierlin ein umfangreiches Projekt zur systemischen Familientherapie bei schizophrenen, schizoaffektiven und manisch-depressiven Psychosen durch (Simon, Weber, Stierlin, Retzer u. Schmidt, 1989).

Blickt man heute auf die Entwicklung der Systemischen Therapie, zeigt sich, dass im Bereich der Jugendhilfe und in den Arbeitsfeldern Supervision und Coaching systemisches Denken und Handeln inzwischen gut etabliert ist, ja zunehmend zum Mainstream wird. In weiten Bereichen der Jugendhilfe gilt eine systemische Weiterbildung der Mitarbeiterinnen als wichtiges Qualitätsmerkmal und immer mehr Einrichtungen streben eine grundsätzlich systemische Ausrichtung und Anerkennung an. Ganz anders sieht es in den psychiatrischen Kliniken aus, hier hat systemisch-familientherapeutisches Denken noch immer wenig Fuß gefasst. Die Zahl der Kliniken, die sich selbst als systemisch ausgerichtet verstehen, ist gering (vgl. Schweitzer u. Nicolai, 2010). Familientherapie als Behandlungssetting ist noch immer wenig verankert, auch wenn die Literatur zur »Systemischen Psychiatrie« zugenommen hat (vgl. Ruf, 2015, 2016, 2019).

Bei der unterschiedlichen Etablierung der systemischen Familientherapie spielen sicher mehrere Faktoren eine Rolle. Im Bereich von Jugendhilfe und sozialer Arbeit sind eine lebensräumliche Orientierung und das Denken in Netzwerken schon immer nahe liegend und verbreitet gewesen. Daher erweist sich systemisches Denken hier als leicht anschlussfähig. Dagegen ist in der psychiatrischen Versorgung das medizinische Paradigma fest etabliert, auffälliges Verhalten wird als Krankheit definiert und im einzelnen Patienten verortet, es gibt etablierte

Strukturen. Die psychiatrische Versorgung findet noch immer zu einem wesentlichen Teil in großen Einrichtungen statt, die sich bekanntermaßen nur sehr langsam verändern. Eine wichtige Rolle spielt auch die Form der Kostenübernahme. Die Krankenkassen halten unbeirrt an der Devise fest, nur bei als krank diagnostizierten Menschen die Behandlungskosten zu übernehmen, bei Familientherapien würden aus dieser Sicht auch Gesunde behandelt. Der Glaube, auf diese Weise zusätzliche Kosten zu sparen, ist allerdings ein folgenschwerer Irrtum.

Andere Gründe liegen in der Entwicklung der Systemischen Therapie/Familientherapie selbst. In den frühen familientherapeutischen Ansätzen gab es zumindest latente Schuldzuweisung an die Familien bezüglich der Entstehung von psychischen Störungen. Ausdrücke wie »Patient Familie« oder der »schizophrenen Mutter« führten bei Familien zu Ängsten vor eigener Pathologisierung. Die (paradoxen) Kommentare und Interventionen des Mailänder Teams transportierten zum Teil Botschaften, die Eltern als wenig wertschätzend empfinden mussten. Auf diesem Hintergrund entstand in den 90er Jahren auch eine Kontroverse mit der im Rahmen der Psychiatriebewegung hervorgegangenen Sozialpsychiatrie (nachzulesen in Keller u. Grewe, 1996). Inzwischen hat sich das systemisch-familientherapeutische Vorgehen sehr verändert, eher pathologisierende Konzepte sind narrativen und konstruktivistischen Ansätzen gewichen. Die Familien, Patienten und Angehörige, werden als Experten für ihre eigenen Lebenssituation gesehen, es geht weniger darum, Dysfunktionales aufzudecken, als vielmehr Gewohntes zu hinterfragen, Ressourcen zu aktivieren und neue Wege zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderung innerhalb der Systemischen Therapie und der nach langem Ringen erfolgten wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung eröffnen sich neue Chancen für die Etablierung systemischen Denkens und Handelns in der Psychiatrie. Neben der Weiterentwicklung grundsätzlicher Konzepte einer systemischen Psychiatrie (Ruf, 2019) scheint es mir insbesondere wichtig, das Familiensetting als Ursprung und Alleinstellungsmerkmal Systemischer Therapie zu stärken und als selbstverständlichen Bestandteil psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung zu etablieren. Im Folgenden stelle ich einige Erfahrungen meiner langjährigen Tätigkeit als Systemische Familientherapeutin an einer großen Psychiatrischen Klinik dar.

## **2    Arbeitskontext: Externe Familientherapeuten in Zentrum für Psychiatrie**

Seit vielen Jahren arbeiten mein Kollege Klaus Osthoff und ich als externe Familientherapeut/innen mit Paaren und Familien im Rahmen eines stationären Aufenthaltes am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen. Die Klinik ist zustän-

dig für die Regionen Süd- und Mittelbaden und verantwortlich für die psychiatrische Versorgung von circa 1,3 Millionen Menschen. Sie hat Aufnahmepflicht und umfasst alle relevanten Versorgungsbereiche, angeschlossen ist auch eine forensische Abteilung. In den 30 Jahren unserer Tätigkeit hat sich strukturell und inhaltlich viel verändert, zu Beginn handelte es sich noch um ein Landeskrankenhaus mit circa 1.000 Betten. Im Laufe der Jahre sind Tageskliniken, Ambulanzen und dezentrale psychiatrische Abteilungen entstanden, die gemeindepsychiatrischen Dienste sind weiter ausgebaut worden. Auch der inhaltliche Zuschnitt der Stationen und Abteilungen hat mehrfach gewechselt. Das familientherapeutische Angebot<sup>1</sup> steht grundsätzlich allen Abteilungen offen. Die Inanspruchnahme konzentriert sich aber auf bestimmte Bereiche: Die engste Kooperation besteht mit den psychotherapeutischen Stationen, zuständig vor allem für Affektive Störungen, sowie auf die »Psychosestation«, auf der vornehmlich jüngere Patienten behandelt werden. Hinzu kommt die vor einigen Jahren ans Kreiskrankenhaus ausgelagerte Psychosomatische Abteilung. Seltener melden sich auch Patienten von Suchtstationen und aus der Gerontopsychiatrie, in Einzelfällen auch aus der Forensik.

Unsere Tätigkeit als Familientherapeuten an der Klinik besteht seit 1989 und ist durch unsere eigene Initiative und das Engagement einzelner Ärzte zustande gekommen. In den ersten Jahren haben wir ausschließlich als Kotherapeuten-Team gearbeitet, inzwischen arbeiten wir aus Gründen der Effektivität jeder einzeln. Auch inhaltlich haben sich unsere Konzepte und Vorgehensweisen modifiziert. Als wir Ende der 80er Jahre diese Arbeit begannen, waren wir vom familientherapeutischen Enthusiasmus des Mailänder und Heidelberger Teams geprägt. Im Familientherapiesetting sahen wir den eigentlichen Schlüssel zur Veränderung und waren von der Hoffnung getragen, durch geglückte Kommentare und Interventionen zu schaffen, was die traditionelle psychiatrische Behandlung nicht erreichte. Über die Jahre sind wir bescheidener geworden. Wir suchen nicht mehr den Schlüssel zur Heilung der Psychose, sondern nach Wegen aus Mustern familiärer Verstrickung. Wie bedeutsam genau dieser Aspekt ist, entnehmen wir den Rückmeldungen der Familien und der behandelnden Therapeutinnen auf den Stationen.

Die familientherapeutischen Gespräche finden in den Räumen der Klinikambulanz statt und sind während der Dauer des stationären Aufenthaltes für alle Patienten und Angehörige kostenfrei. Der Weg dahin erfolgt immer über die zuständigen Therapeuten, Ärztinnen oder Psychologen auf den Stationen. Aus ihrer Kenntnis der Patientinnen und oft nach einem ersten Angehörigengespräch, das regelhaft auf der Station geführt wird, empfehlen sie den Familien,

---

<sup>1</sup> Im Folgenden verwende ich, wenn es um den Arbeitsrahmen geht, »Familientherapie« als Oberbegriff für Paar- und Familientherapie.

zusätzliche Paar- oder Familiengespräche wahrzunehmen. Entscheidend sind dabei im Wesentlichen drei Aspekte: 1.) *Zeitliche Kapazitäten*: Das Zeitbudget der Therapeutinnen sieht nicht mehr als höchstens zwei Angehörigengespräche vor. Zeigen sich in den familiären Beziehungen starke Konflikte und/oder ein großer Wunsch, diesem Thema Zeit und Raum zu geben, können die zuständigen Therapeuten dies nicht leisten. 2.) *Fragen der Loyalität und Parteilichkeit*: Grundsätzlich ist es schwierig, die Loyalität zu den eigenen Patienten zu halten und gleichzeitig den Partnern gerecht zu werden. Für externe Familientherapeuten ist eine Haltung der Neutralität sehr viel einfacher. Außerdem sind wir nicht die Fachleute für Fragen nach Krankheit und Behandlung und können uns so leichter auf die Familienthemen konzentrieren. 3.) *Die familientherapeutische Kompetenz*: Diesbezüglich gibt es große Unterschiede zwischen den Therapeuten, manche haben eine familientherapeutische Weiterbildung absolviert oder auf andere Weise viel Erfahrung und Wissen erworben, anderen fehlt es an der Sicherheit in der Führung von Familiengesprächen.

Zur Kontaktaufnahme erhalten die Patienten ein Informationsblatt. Darin sprechen wir bewusst von Familiengesprächen und nicht von Familientherapie, um Ängsten der Angehörigen vor eigener Pathologisierung vorzubeugen. Wir greifen die aktuellen Sorgen und Überlegungen der Betroffenen auf, um deutlich zu machen, dass es sich um ein Angebot handelt, das auf Lösungen orientiert ist, die für alle hilfreich sein können. Die Kontaktaufnahme mit uns erfolgt dann durch die Patienten oder Angehörigen selbst. Diese Form der Terminvereinbarung erhöht die Schwelle für die Patientinnen und die Familien, sie sichert aber ein ausreichendes Maß an eigener Motivation.

Der Informationsaustausch mit den Therapeuten auf der Station hängt vom Wunsch und der Einwilligung der Patienten ab sowie von der Schwere der Erkrankung. In schwierigen Fällen erfolgt eine kurze Vorinformation durch die zuständigen Therapeutinnen auf den Stationen. In den meisten Fällen können die Patienten ihre Anliegen gut selbst formulieren, sodass Vorinformationen nicht dringend erforderlich sind. Ähnliches gilt für den weiteren Informationsaustausch. Wenn im Familiengespräch Themen angesprochen worden sind, von denen ich denke, dass sie in den Einzelgesprächen noch einmal aufgenommen werden sollte, gebe ich eine kurze Rückmeldung an die Stationstherapeutinnen. Manche Patienten sind aber auch gut in der Lage, die Themen und Ergebnisse wieder zurück in die Einzelgespräche zu tragen und wollen keinen Informationsaustausch unter uns Therapeuten.

Die Anzahl der Gespräche variiert in der Regel zwischen eins und fünf. Ausschlaggebend sind verschiedene Faktoren: die Dauer der stationären Behandlung, der Zeitpunkt des ersten Gespräches, das Ausmaß der Konflikte und natürlich die Motivation der Beteiligten. Faktisch finden in mehr als der Hälfte der Fälle nur ein oder zwei Gespräche statt. Es geht also in der Regel eher um eine



fokussierte Kurzintervention als um eine längere therapeutische Begleitung. Grundsätzlich besteht für die Familien die Möglichkeit, die Gespräche auch nach der Entlassung aus der Klinik ambulant weiterzuführen. Dies setzt aber voraus, dass die Familien die Kosten selbst tragen. Hinzu kommt, dass aufgrund des großen Einzugsbereichs der Klinik viele Familien weit entfernt wohnen. Daher liegt die Schwelle hoch, nur wenige nehmen diese Möglichkeit wahr. Dabei wäre aber die Begleitung beim Schritt zurück in den gemeinsamen familiären Alltag eine wichtige Unterstützung. Es ist zu hoffen, dass die Anerkennung der Systemischen Therapie an dieser Stelle eine längst überfällige Verbesserung in der Versorgung psychisch Kranker sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mit sich bringt.

### 3 Therapeutische Ziele und Methoden

Paar- und Familiengespräche in diesem Rahmen sind immer Kriseninterventionen. Die Zeit des Klinikaufenthaltes ist begrenzt und oft brauchen die Patienten zunächst Zeit zur eigenen Stabilisierung, bevor sie das Familiensetting hilfreich für sich nutzen können. Das wesentliche Ziel der Gespräche ist es, einen Anstoß zur Musterveränderung in der Kommunikation und Interaktion innerhalb der Familie zu geben. Immer sind die Familien in Kommunikationsmuster verstrickt, die alle Beteiligten als leidvoll erleben, aus denen sie aber allein keinen Ausweg finden. Oft führen die Bemühungen, etwas zu verändern, noch mehr ins Problem hinein (»mehr desselben«). Inwieweit diese dysfunktionalen Kommunikationsmuster mitverantwortlich für die Krise der Patienten sind oder eher in Folge der individuellen Probleme der Patienten entstanden sind, ist sehr unterschiedlich. Sehr unterschiedlich ist auch, wie rigide diese Muster sind bzw. wie gut auch kleine Anstöße zur Musterveränderung genutzt werden können.

Diese Anstöße finden zum einen in den Sitzungen in Form einer neuen Erfahrung des Miteinander-Sprechens statt, zum anderen zwischen den Sitzungen anhand kleiner Aufgaben für den aktuellen Umgang miteinander.

Während des Gesprächs ist das wesentlich Werkzeug der Musterveränderung eine sehr strukturierte und aktive Gesprächsführung, dabei helfen alle klassischen systemischen Techniken, die ja in solchen Kontexten entwickelt worden sind. Dazu gehören:

- eine Auftragsklärung, die alle Beteiligten gleichermaßen nach ihren Anliegen fragt,
- eine sternförmige Kommunikation, bei der sich die Therapeutin abwechselnd an die einzelnen Familienmitglieder wendet und zunächst das Gespräch untereinander unterbindet,
- systemische Fragen, die die gewohnten Sichtweisen hinterfragen,

- das Unterbrechen von Rechtfertigungen, die das Zuhören erschweren,
- das Aufnehmen und Wiederholen der Äußerungen einzelner, denn aus dem Mund und mit den Worten der Therapeutin werden sie anders gehört,
- Kommentare,
  - die wichtigen Themen noch einmal Gewicht geben,
  - neue Sichtweisen einbringen,
  - die gut gemeinte Absichten hinter als belastend erlebten Verhaltensweisen hervorheben,
  - etwas Ruhe in eine erregte Situation bringen und
- Entwickeln von kleinen Aufgaben/Experimenten für die Zeit zwischen den Sitzungen.

Ein wichtiger Aspekt ist die Spannungsregulation während des Gesprächs. Für viele Familien ist das Zusammenkommen im Familiengespräch mit erheblichen Ängsten verbunden. Angst und Anspannung verstärken oft die gewohnten Muster und äußern sich auf unterschiedliche Weise. Es gibt die lauten Familien, bei denen es schnell zu offenen Vorwürfen kommt, und es gibt die leisen Familien, in denen das Gespräch nur schwer in Gang kommt und alle bemüht sind, keine Angriffsfläche zu bieten. Die beiden Erscheinungsformen korrelieren mit unterschiedlichen Krankheitsbildern (vgl. Schweitzer, Schlippe, 2016). Familien mit Psychoseerkrankten oder Persönlichkeitsstörungen zeigen oft die laute Variante (»high expressed emotions«; vgl. Vaughn u. Leff, 1976). Familien mit Angsterkrankungen, Depression und psychosomatischen Symptomen neigen zu der stillen Erscheinungsform. Zur Verringerung von Angst und Anspannung helfen im wesentlichen drei Faktoren: Sicherheit geben, Empathie und Anerkennung vermitteln und das offene Ansprechen tendenziell tabuisierter Themen. Sicherheit entsteht durch eine klare Gesprächsführung, die ein Festfahren in gewohnten Mustern unterbricht. Empathie für die guten Absichten aller Beteiligten hilft gegen Rechtfertigungsdialoge, die vor dem Hintergrund von Schuldgefühlen entstehen und im gewohnten gegenseitigen Unverständnis enden. Die Erfahrung, dass auch »gefährliche« Themen wie Gewalt und Suizidversuche offen angesprochen werden können und das Erleben aller Beteiligten Gehör findet, führt zu erheblicher Entlastung und ist auch präventiv bedeutsam.

Als Kurz- und Kriseninterventionen entsprechen Familiengespräche in diesem Kontext dem systemischen Paradigma. Es geht um Anstöße und darum, den Möglichkeitsspielraum des Systems wieder zu erweitern, die festgefahrenen Kommunikationsmuster zu unterbrechen und festgefügte Sichtweisen zu hinterfragen. Oft sind diese Muster allerdings so eingeschliffen, dass es mehr Begleitung im Alltag braucht, um einen nachhaltigen neuen Weg zu schaffen. Wie schon erwähnt, wäre dafür eine Begleitung auch über die Entlassung hinaus sinnvoll und notwendig.

#### 4 Themen der Familiengespräche

Die Themen, die Paare und Familien in der Zeit der stationären Behandlung beschäftigen, lassen sich grob in die drei zeitlichen Bereiche von Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft gliedern.

*Fragen des zukünftigen Zusammenlebens:* Bei jungen Erwachsenen und Eltern geht es häufig um die grundsätzliche Frage: Wollen und können wir weiter gemeinsam unter einem Dach leben? Auch bei Paaren stehen manchmal Trennungswünsche von Patienten- oder Partnerseite im Raum. Oft geht es aber eher darum, was man aus der Krise lernen und im Umgang miteinander in Zukunft anders machen möchte.

Die *Gegenwart* betrifft Fragen des aktuellen Umgangs miteinander. Die Klinikaufnahme bringt eine Trennung mit sich. Patient und Angehörige befinden sich in zwei sehr unterschiedlichen Welten. Damit verbinden sich Fragen nach der Form der augenblicklichen Kontaktgestaltung durch Telefonate, Besuche der Familie in der Klinik und sogenannten »Belastungserprobungen« zu Hause. In diesen scheinbar banalen Fragen spiegeln sich immer grundsätzliche Familienmuster wider, daher sind diese Themen therapeutisch oft sehr fruchtbar.

Bezüglich der *Vergangenheit* finden wir Themen, die unterschiedliche Zeithorizonte betreffen. Die jüngere Vergangenheit bezieht sich auf die Zeit vor und um die Klinikaufnahme und die damit möglicherweise verbundenen Krisen. Auf die länger zurückliegende *Vergangenheit* beziehen sich Fragen wie: Was ist vielleicht schon länger nicht gut gelaufen, wie hat sich die Krise entwickelt, wie konnte es überhaupt so weit kommen? Und auch: Worüber haben wir eigentlich nie gesprochen, was müsste noch einmal gesagt oder gefragt werden?

Handelt es sich um den ersten Klinikaufenthalt und auch die erste Berührung mit dem psychiatrischen Versorgungssystem, kommt die Auseinandersetzung mit der Diagnose als neues Thema und Herausforderung hinzu. Die Aufklärung über die Diagnose erfolgt in der Regel durch die behandelnden Therapeuten im ersten Angehörigengespräch. Der Eintritt der Diagnose in die Familie bringt einen Paradigmenwechsel mit sich: Was eben noch als Protest und Verweigerung gesehen wurde, heißt jetzt Psychose und gilt als Krankheit. Was eben noch ewige Unzufriedenheit und Rückzug war, heißt nun Depression. Damit stellt sich immer neu die Frage, was im Verhalten der Patienten als Folge der Krankheit und was aus der Beziehung heraus zu verstehen ist: »Wie soll ich denn nun das Verhalten meiner Frau verstehen, wenn sie sich wieder zurückzieht und nicht mit mir spricht. Ist das ihre Krankheit oder ist sie unzufrieden und vorwurfsvoll mit mir?« Interessant ist auch die Frage, was die Diagnose für jeden Einzelnen bedeutet – Erleichterung oder Beschämung, Schicksalsschlag oder Herausforderung (vgl. Schnell, 2019). Als systemische Familientherapeutin, die nicht verantwortlich für die gesamte Behandlung ist, kann ich mir in dieser Frage



meine systemische Haltung widerspruchslös erhalten. Ich nehme die Diagnose als wichtige Information, die ich aber nicht rechtfertigen oder erklären muss. Vielmehr können wir im Gespräch gemeinsam den Fragen nachgehen, die damit verbunden sind: Wie verstehe ich die Diagnose? Was bedeutet sie für mich? In welchem Verhalten äußert sie sich? Auf diese Weise wird nicht mit Experten über die Krankheit gesprochen, sondern innerhalb der Familie über das jeweilige Verständnis von Diagnosen und ihre Auswirkungen.

Im Folgenden möchte ich anhand von drei Fallvignetten die Möglichkeiten systemisch- familientherapeutischer Kurzinterventionen veranschaulichen.

## **5 Familientherapie – Junge erwachsene Patienten mit der Ursprungsfamilie**

### **5.1 Diagnose Schizophrenie**

#### **Fallvignette**

Marie, 21 Jahre, bereits seit fünf Monaten in der Klinik. Die Einweisung erfolgte nach einem akuten Zusammenbruch. Die Mitbewohner ihrer WG im weit entfernten Studienort hatten die Eltern informiert und diese für die Klinikaufnahme in der Nähe des eigenen Wohnorts gesorgt. Das Familiengespräch kommt auf Anraten der behandelnden Therapeutin zustande, Anlass ist die Frage, wo Marie nach der Entlassung leben wird. Der Vater hat die Anmeldung übernommen, zum Gespräch kommen die Eltern und Marie. Die 12jährige Schwester muss zu diesem Zeitpunkt in die Schule. Marie ist eine freundliche, intelligente und etwas unsichere junge Frau, die Mutter zeigt sich engagiert, offen und recht bestimmend, der Vater gibt sich eher freundlich zurückhaltend. Alle kommen mit erheblicher Verspätung ohne weitere Erklärung.

Marie hat vor zwei Jahren ein Studium begonnen, das sie mehrfach wegen psychischer Probleme unterbrechen musste, sie lebte dann zwischenzeitlich wieder im Elternhaus. In diesen Zeiten kam es häufig zu heftigen Auseinandersetzungen. Nach der Entlassung aus der Klinik möchte Marie nun am liebsten wieder eine Weile bei den Eltern wohnen, weitere Ideen sind: zurück in ihre WG am Studienort, zu einer Tante im Rheinland oder in eine Reha-Einrichtung, letzteres ist Vorschlag der behandelnden Therapeutin.

In meinem Arbeitsrahmen verzichte ich auf eine weitere Thematisierung der Entwicklung der Krankheit und konzentriere mich auf die Fragen des augenblicklichen und zünftigen Umgangs miteinander. Alle Anwesenden sind sich einig, dass Marie am kommenden Wochenende wieder für zwei Tage auf Besuch nach Hause kommen soll, und alle sind sich auch einig, dass die letzten

Wochenendbesuche nicht gut gelaufen sind. Daher bietet sich hier hinsichtlich der anstehenden grundsätzlicher Entscheidung ein überschaubares Thema an. Bei der Klärung dieser kleinen Fragen werden darüber hinaus typische Kommunikationsmuster meist sehr schnell sichtbar. Tatsächlich braucht es im folgenden Gespräch viel Strukturierung, um zu ermöglichen, dass alle Beteiligten ihre Wünsche äußern und alle einander zuzuhören. Das gewohnte Muster ist, dass die Mutter schnell und dezidiert Vorschläge für alle macht, Marie dagegen zuhalten beginnt und der Vater sich zunächst etwas im Vagen hält und dann versucht, mal seiner Frau und mal seiner Tochter zuzustimmen oder auf ein anderes Thema abzulenken. Am Ende des Gespräches gelingt eine Einigung, dabei geht es um konkrete Lösungen für wichtige Themen, nämlich der Ambivalenz von Nähe und Gemeinsamkeit einerseits und der Möglichkeiten des Rückzugs andererseits sowie um die Frage der Verantwortung. Marie wünscht sich ihr Zimmer als Rückzugsort, die Eltern wünschen sich gemeinsame Mahlzeiten und eine aktive Teilnahme an kleinen Aufgaben im Haushalt. Nach meiner Erfahrung sind konkrete Planungen der Wochenenden oft sehr hilfreich, da diese exemplarische Lösungen für ungelöste Themen darstellen. Eine zeitliche Planung ermöglicht eine sequenzielle Auflösung der Ambivalenz von Nähe und Distanz, es gibt Zeiten für Rückzug und Zeiten für Gemeinsamkeit, beides ist vorgesehen und beides ist akzeptiert.

Beim folgenden Gespräch zwei Wochen später berichten alle sehr zufrieden über das zurückliegende gemeinsame Wochenende, die Zeit ist zum Erstaunen der Eltern völlig konfliktfrei verlaufen. Marie kommt nun auf die Frage, wo sie nach der Entlassung leben wird. Die Eltern preisen die Reha-Einrichtung an, Marie selber dringt sehr darauf, wieder ins Elternhaus zu ziehen. Auf meine direkte Nachfrage können die Eltern dann erstaunlich klar formulieren, dass sie sich das tägliche Zusammenwohnen nicht vorstellen können und es weder für sich noch für Marie für gut halten. Daraufhin wechselt Marie abrupt das Thema und kündigt nun an, am folgenden Wochenende in ihren Studienort zu fahren und sich dort übergangsweise einen Job zu suchen. Die Eltern sind entsetzt und versuchen, sie davon abzubringen. Alle werden sehr emotional und die Kommunikation droht ins gewohnte Muster zu entgleisen. An dieser Stelle gebe ich einen Kommentar zu den unterschiedlichen Verantwortlichkeiten: Die Eltern müssen entscheiden: können und wollen wir Marie wieder bei uns zu Hause aufnehmen, und sie können entscheiden: bei welchen Schritten werden wir sie unterstützen bzw. was werden wir nicht unterstützen, weil wir es nicht für sinnvoll halten. Alles Übrige liegt in Maries Verantwortung und solange sie in der Klinik ist, auch in der Verantwortung der behandelnden Therapeuten.

Das dritte Gespräch ist auch das letzte: Marie ist nicht in ihren Studienort gefahren. Sie will aber weiterhin nicht in die Reha-Einrichtung und versucht ihre Eltern davon zu überzeugen, dass sie auf diese Weise viel zu viel Zeit im Studium

verliert. Die Eltern bleiben aber klar. Darauf folgt ein Themawechsel hin zur Planung des kommenden Wochenendes, es handelt sich um Marias Geburtstag. Schnell landen wir im gewohnte Muster: Die Mutter hat den Plan schon gemacht, der Vater überlässt ihr das Feld, Marie hält zunächst dagegen, stimmt dann aber unvermittelt zu. Am Ende sind alle etwas verwirrt. Auch ich brauche einen Moment, um zu verstehen, was jetzt wieder passiert ist.

Dies war das letzte Familiengespräch, da Marie in den folgenden Wochen in die Reha-Einrichtung wechselt. Die weitere Entwicklung konnte ich nicht mehr verfolgen.

### **Erläuterung**

Die familientherapeutischen Forschungen zu Schizophrenie und Psychosen (Bateson, 1969; Simon et al., 1989) arbeiten heraus, dass sich in diesen Familien häufig eine inkongruente Form der Kommunikation findet, bekannt geworden unter dem Stichwort »Double bind«. Die Annahme ist, dass die Ambivalenzen von Zuneigung und Abneigung, von Liebe und Hass, der Wünsche nach Nähe und Distanz ungelöst zwischen den Beteiligten stehen. Die doppeldeutige Kommunikation lässt immer alle Möglichkeiten offen, Klarheit wird als Gefährdung erlebt und vermieden. Die »Double-Bind-Theorie« ist stark in die Kritik geraten und gilt als ätiologisches Konzept der Schizophrenie widerlegt. Watzlawick selbst hat diese Theorie allerdings auch nie als Erklärung der Schizophrenie verstanden, sondern als Beschreibung einer häufig mit Symptomen der Schizophrenie einhergehenden Kommunikationsform (Watzlawick, Beavin u. Jackson, 1967). Als solche ist sie auch weiterhin aufschlussreich, auch wenn die beschriebenen Muster nicht in allen Familien mit Schizophrenen Mitgliedern präsent sind. Sie zeigen sich bei manchen gar nicht, bei manchen teilweise und bei manchen in ausgeprägtem Maße. Im skizzierten Fall zeigen sie sich in milder Form (zu vielen Fragen können klare Wünsche und Meinungen geäußert werden), sie sind aber latent präsent, zum Beispiel gleich zu Beginn: Alle Familienmitglieder geben sich aufgeschlossen und interessiert am Familiengespräch, erscheinen aber gleichzeitig kommentarlos mit erheblicher Verspätung.

Im vorgegebenen Rahmen fokussiere ich auf die naheliegenden und anstehenden Fragen. Das Wissen um die beschriebenen typischen Kommunikationsstile hilft mir, mich selber besser zu orientieren. Ich kommentiere oder erläutere dies zunächst aber meist nicht. Ziel ist es, im Gespräch eine andere Kommunikationserfahrung zu ermöglichen, die als Ermutigung und auch als Modell für die weitere familiäre Kommunikation dient. Darüber hinaus sollen für die akuten, klärungsbedürftigen Fragen eindeutige und modellhafte Lösungen gefunden werden.

Im vorliegenden Fall kann zunächst für die Wochenendgestaltung eine Lösung gefunden werden, die ein Erfolgserlebnis ermöglicht. Für die weitergehende

Planung eröffnet die letztendlich klare, aber nicht grundsätzlich abweisende Entscheidung der Eltern die Möglichkeit einer Trennung ohne Kontaktabbruch. Mehr Klarheit ist auch in Bezug auf die Verantwortungsbereiche der Einzelnen angestrebt, statt dass jede(r) für den anderen spricht und denkt, versuchen alle die eigenen Wünsche zu artikulieren.

## 5.2 Depression

### Fallvignette

Jan, 19 Jahre, seit zwei Monaten in der Klinik, Diagnose: *schwere depressive Episode*, nach Schulabschluss noch keine Ausbildung aufgenommen, lebt allein mit seinem Vater, die Mutter hat die Familie schon in Jans Kindheit verlassen und lebt wieder in ihrer Heimat in Südamerika. Die ältere Schwester studiert etwas entfernt.

Anlass des Gespräches ist, dass Jan nach der ersten Wochenendentlassung nach Hause – in den vorausgehenden Wochen hatte sich sein Gesundheitszustand sehr gebessert – frühzeitig und erneut schwer depressiv in die Klinik zurück kommt. Die behandelnde Ärztin ist alarmiert und veranlasst das Familiengespräch.

Jan ist ein hübscher, sensibel erscheinender jungen Mann, er wirkt offen und etwas ängstlich. Der Vater wirkt tatkräftig und sportlich und ist sofort in einer Verteidigungshaltung. Beide scheinen sich wichtig zu sein. Der Vater übernimmt sofort die Regie und berichtet ausführlich über Jans Entwicklung, welche Anstrengungen er als Vater unternommen hat, die Klinikbehandlung zu ermöglichen und wie sehr ihm die weitere gesundheitliche berufliche Entwicklung von Jan am Herzen liegt. Jan wird dabei immer stiller. Meine Versuche, durch eine sehr klare Strukturierung des Gespräches das Muster zu verändern, sind zunächst nicht sehr erfolgreich. Erst als ich ausführlich auf die große Verantwortlichkeit und Sorge des Vater eingehe und Verständnis zeige für die Hilflosigkeit von Eltern in dieser Situation, ereignet sich ein abrupter Stimmungswechsel. Der Vater ist einen Augenblick berührt und der Sohn blickt wieder auf. Danach können wir anders darüber sprechen, was jeder sich vom anderen wünscht. Jan kann seine Zuneigung zum Vater ausdrücken, aber auch, dass er sich oft unter Druck gesetzt fühlt und wenig Anerkennung spürt.

Beim zweiten Gespräch, 14 Tage später, nach einer erneuten Belastungserprobung am Wochenende, berichtet wieder der Vater als erster: Am ersten Tag sei es sehr schwierig gewesen und auf die gewohnte Weise verlaufen. Jan habe sich in seinem Zimmer zurückgezogen und er selbst sei zunehmend unter Spannung geraten. Am zweiten Tag habe sich die Situation aber deutlich verbessert. Auf meine Frage, was dazu beigetragen habe, meint der Vater. »Wir haben es dann geschafft, wenigstens miteinander zu reden.« Jan bestätigt diese Aussage. Im Anschluss entwickeln wir einen Plan für die kommenden drei Wochen nach der

bevorstehenden Entlassung. Jan wünscht sich zwischendurch Zeiten des Rückzugs und keinen zu hohen Erwartungsdruck, der Vater braucht ein gewisses Maß an Aktivität von Jan als Zeichen der Ermutigung. Im Ergebnis vereinbaren beide, dass Jan eine Reihe klar umrissener Aufgaben im Haushalt übernimmt, der Vater nimmt sich vor, die übrigen Erwartungen hinsichtlich der weiteren Zukunftsplanung zunächst hintanzustellen.

Drei Wochen später, zum dritten und letzten Gespräch, kommen beide in sichtlich schlechter Stimmung. Der Vater ist genervt und Jan wirkt bedrückt. Was ist passiert? Der Vater beginnt mit: »Sag Du, was war!« und zwingt Jan zu berichten, dass er den vereinbarten Erstgesprächstermin bei einem Therapeuten verschlafen hat. Jan schämt sich und verstummt immer mehr, der Vater steigert sich in seinen Ärger, dahinter steht die Verzweiflung, dass sich nichts ändern wird. Das Muster hat wieder die Macht übernommen.

Im Folgenden komme ich auf das gemeinsam vereinbarte Vorhaben aus der letzten Sitzung zurück. Dabei zeigt sich ein überraschendes Bild: Jan hat nicht nur die vereinbarten Aufgaben alle selbstständig und erfolgreich übernommen, sondern darüber hinaus haben Vater und Sohn noch ein paar andere Projekte in Haus und Garten angepackt und dabei sogar Spaß gehabt. Es braucht eine intensive Würdigung dieser Erfahrung, bis beide wieder ein Gefühl von Erfolg spüren können. Der singuläre Misserfolg bei dem mit hohen Erwartungen besetzten Therapie-Thema hatte alles zunichte gemacht.

Die Sitzung endet mit einem Kommentar zum Muster und einer erneuten Vereinbarung über Wünsche und realistische Ziele für die nächsten Wochen. Weitere Termine haben nicht stattgefunden.

## **Erläuterung**

Forschungen über die Herkunftsfamilien von an Depression leidenden Patienten haben einige in diesen Familien häufig vorhandene Merkmale gefunden, unter anderem: hohe Werteverbindlichkeit, wenig Selbstbestimmung, wenig Anerkennung (Linares u. Campo, 2003). Diese Aspekte finden sich auch bei Jan und seinem Vater. Auch wenn neben störungsspezifischen Gesichtspunkten immer noch viele andere Faktoren eine wichtige Rolle bei der Herausbildung des jeweiligen familiären Musters spielen, geben diese doch hilfreiche Anhaltspunkte.

Das Muster, in das Vater und Sohn verstrickt sind, lässt sich in etwa so beschreiben: Der Vater verfolgt die Entwicklung seines Sohnes mit einem Gefühl hoher Verantwortlichkeit und wahrscheinlich auch mit Schuldgefühlen. Der Sohn ist in einer Entwicklungskrise mit depressiven Symptomen. Beides hat seine Gründe in der individuellen Entwicklung und der Familiengeschichte. In der Interaktion miteinander ergibt sich nun ein eskalierender Teufelskreis. Die Sorge des Vaters äußert sich in zunehmender Kontrolle, die bei Jan das Gefühl des



Versagens und der Hilflosigkeit und damit auch seine Rückzugstendenz steigert. Dies wiederum vergrößert die Angst des Vaters und die damit einhergehende Kontrolle. Gleichzeitig gibt es ein hohes Ideal von Gemeinsamkeit, was eine offene Diskussion über Unstimmigkeiten erschwert.

Die Musterveränderung wird auch hier wieder sowohl während des Gespräches angestoßen, als auch durch Aufgaben für die Zeit zwischen den Gesprächen. In der Gesprächsführung gibt es einen Unterschied zu den Familien mit Psychosen. Neben der sehr strukturierten Gesprächsführung spielt die Würdigung der gutgemeinten Absichten eine wichtige Rolle. Erst durch die Anerkennung der großen Anstrengung des Vaters, sein Bestes zu geben, und durch die Versicherung der grundsätzlich vorhandenen Zuneigung zueinander, wird eine Öffnung für eine andere Kommunikation erreicht. In Familien mit Depression ist es auch viel leichter, einschränkende Muster zu erklären und die Veränderung als gemeinsame Aufgabe zu begreifen. Der zweite Schwerpunkt liegt wieder in der Planung kleiner Musterveränderungen im gemeinsamen Alltag. Man sieht an diesem Beispiel aber auch, wie schwer es für Familien ist, aus dem gewohnten Muster herauszukommen. Für diese Familie wäre sicher eine etwas längere begleitende Familientherapie hilfreich gewesen.

## 6 Paartherapie - Patienten mit (Ehe)-Partnerinnen

Im Vergleich zu den Herkunftsfamilien sind die Muster in Paarbeziehungen deutlich weniger »fest verdrahtet«. Es handelt sich nicht um das primäre Familiensystem. Vielmehr bringen beide Partner aus ihrer Vergangenheit bereits verinnerlichte Beziehungsmuster mit, die sich dann auf die eine oder andere Weise in der aktuellen Lebensbeziehung neu konstellieren. Es gibt große Unterschiede hinsichtlich der Bedeutsamkeit und Rigidität dieser Muster. Bei manchen Paaren scheint sich das Beziehungsmuster in erster Linie in Reaktion auf die Krise eines der Partners entwickelt zu haben, bei anderen Paaren hat die Beziehungsdynamik entscheidend zur individuellen Krise beigetragen. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Möglichkeiten der therapeutischen Veränderung. Bei sehr rigiden, pathogenen Mustern ist eine Trennung oft der sinnvollere Weg.

### Fallvignette

Herr P., 57 Jahre, Diagnose *schwere Depression*, Klinikaufnahme vor sechs Wochen nach Suizidversuch, verheiratet, keine Kinder. Anlass der Paargespräche: Patient äußert Trennungsideen, Ehefrau zeigt sich sehr abweisend und vorwurfsvoll gegenüber den behandelnden Therapeuten.

Im ersten Gespräch wirkt Herr P. freundlich interessiert, aber sehr depressiv, während Frau P. unter einer starken Spannung steht und zwischen Klage und Angriff wechselt. Ich gebe zunächst Frau P. viel Raum, dabei erfrage ich auch noch einmal die Ereignisse vor der Aufnahme. Frau P. schildert, dass sie ihren Mann bewusstlos gefunden und alle Hilfsmaßnahmen allein in die Wege geleitet hat. In der Klinik hätte sich niemand für sie interessiert oder sie in irgendeiner Weise unterstützt. Des weiteren schildert sie viele zusätzlichen Belastungen in ihrem Leben, mit denen sie sich allein und überfordert fühlt. Im Laufe des Gesprächs wird Frau P. etwas ruhiger, benötigt aber ständig Anerkennung und Verständnis. Herr P. verhält sich weitgehend passiv. Bei der Frage nach den Themen und Zielen unserer Gespräche werden die Trennungsideen nicht thematisiert, sondern ein allgemeiner Wunsch nach Entlastung – beide sind mit grundsätzlichen Fragen der beruflichen Weiterentwicklung und mit finanziellen Fragen und Problemen konfrontiert.

Eine Woche später beginnt Frau P. das Gespräch mit der Kritik, dass sie sich beim letzten Mal nicht ausreichend gehört und berücksichtigt gefühlt habe. Da ich verstanden habe, dass hinter den Angriffen Angst und Überforderung steht, reagiere ich freundlich aber klar. Herr P. wird jetzt aktiver und berichtet, dass es für ihn beim letzten Mal hilfreich war zu hören, was seine Frau alles belastet. Er sehe jetzt, dass ihr anklagendes Verhalten ihm gegenüber oft Ausdruck ihrer Überforderung sei. Mit diesem ihren Verhalten käme er aber schlecht zurecht. Im Folgenden gelingt es, das Muster deutlicher herauszuarbeiten, in dem Frau P. sehr schnell viel Verantwortung für das Leben ihres Mannes übernimmt, was dieser jedoch meist als übergriffig empfindet und sich daraufhin zurückzieht. Dieses Muster neigt zu einer Eskalation, unter deren Folgen beide leiden. Zuletzt geht es ganz praktisch um die Planung des bevorstehenden langen Osterwochenendes. Ich thematisiere, dass beide Partner im Augenblick sehr erschöpft sind, viele eigene Themen haben und daher auch genügend Zeit brauchen, um gut für sich selbst sorgen zu können. So gelingt es nach einer Weile, eine Lösung jenseits des Musters »wir könnten uns eigentlich vier schöne gemeinsame Tage machen, aber das klappt ja nie, weil Du ...« zu finden, in der Zeit für jeden allein und Zeit für Gemeinsamkeit eingeplant ist.

Im dritten und letzten Gespräch ist die Stimmung deutlich verändert. Herr P. sieht besser aus, Frau P. ist freundlich und beide äußern, dass für sie die Ostertage eine gute gemeinsame Erfahrung waren. Frau P. hat sich erfolgreich um ihre Gesundheit gekümmert und hat endlich einen Aufnahmetermin für den lang geplanten Kuraufenthalt erhalten. Sie kommen überein, die Paargespräche damit erst mal zu beenden und sich gegebenenfalls später noch mal melden, wenn beide sich wieder »gesünder« fühlen. Im Folgenden geht es um die anstehenden Fragen im Alltag: Er hat Probleme am Arbeitsplatz, Überstunden, Stress, mangelnde Anerkennung, sie muss sich grundsätzlich neu orientieren. Beim Sprechen darüber

wird sofort das Muster aktiv, Frau P. stürzt sich mit Elan auf die Lösung seiner Probleme, ihre kämpferische Haltung passt aber nicht zu seiner eher Konflikt vermeidenden Art. Er wird erst still und wehrt sich dann vorsichtig, sie ist gekränkt und reagiert ärgerlich ... In einem letzten Kommentar versuche ich die Unterschiedlichkeit ihrer beiden Persönlichkeiten zu würdigen und die Herausforderung, dieser Unterschiedlichkeit auch Rechnung zu tragen.

Über Paarmuster bei Depression gibt es inzwischen einiges an Literatur (z. B. Jones u. Asen, 2002; Reich, 2003; Bodenmann, 2009), meist erscheinen diese Muster eher als etwas, das sich infolge der Depression entwickelt. In dem skizzierten Fall spielt die Paardynamik aber auch bei der Vertiefung der depressiven Krise von Herrn P. eine erhebliche Rolle. Herr P. bringt aus seiner eigenen Geschichte ein Muster mit, in schwierigen Lebenssituationen eher mit Hilflosigkeit, Resignation und Rückzug zu reagieren. Frau P. dagegen reagiert in belastenden Reaktionen eher mit erhöhter Aktivität. Während Herr P. eher zu Selbstzweifeln und Schuldgefühlen neigt, stabilisiert sich Frau P. eher durch Vorwürfe und kämpferisches Verhalten. Eine starke gegenseitige Bezogenheit bringt diese individuellen Muster in eine Eskalationsschleife. Ohne eine Veränderung in der Kommunikation des Paares wird der Weg aus der Depression für Herrn P. sehr schwierig. Seine in der Therapie geäußerten Trennungswünsche zeigen, dass er dies deutlich spürt. Die Entscheidung von Frau P. für eine eigene Therapie birgt die Chance, dass beide mehr Einsicht in ihre eigenen Muster gewinnen. Der daran anschließende Prozess (mit oder ohne Paargespräche) muss zeigen, ob sie es gemeinsam schaffen, aus dem alten Muster herauszutreten oder ob nur eine Trennung vor einer erneuten Krise schützen kann.

## 7 Patienten und eigene Kinder

Nicht selten haben die Patienten oder Patientinnen minderjährige Kinder, die von der Krise ebenfalls betroffen sind. In meinem Arbeitsrahmen sehe ich Kinder nur selten, da die Klinik für Kinder eher eine belastende Umgebung darstellt. Es ist aber wichtig, den familientherapeutischen Blick auch auf die Kinder zu richten. Häufig haben die Herausforderungen, die das Leben mit Kindern mit sich bringt, zur aktuellen Krise der Patientin beigetragen. »Kinder psychisch kranker Eltern« sind in den letzten Jahren verstärkt in den Blick gerückt worden, auf der Seite der Versorgung der Kinder hat sich viel getan (z. B. Wiegand-Greife, Mattejat u. Lenz, 2011). Dabei wird in der Regel von Seiten der Kinder her gedacht: Was sind ihre Belastungen, Bedürfnisse und die Möglichkeiten ihrer Unterstützung. Auf der Seite der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen könnten Fragen des Zusammenlebens mit und

der Verantwortung für die eigenen Kinder noch stärker in den therapeutischen Fokus genommen werden. Dabei geht es nicht nur um die Frage, was die Kinder brauchen, sondern vor allem um die Frage, was die Eltern brauchen, um sich sicherer und zufriedener als Eltern zu fühlen. Dazu gehören Fragen wie: Wie spreche ich mit meinen Kindern über meine Erkrankung? Was kann ich meinen Kindern zumuten, wovor muss ich sie schützen? Welche Situationen mit meinen Kindern erlebe ich als besondere Herausforderung/Belastung?

## 8 Abschließende Überlegungen

Unser Arbeitskontext als externe Familientherapeuten ist ein singuläres Modell. Die systemische Familientherapie hat sich als zusätzliches Angebot etabliert, die Klinik als Ganzes versteht sich nicht als systemische Einrichtung. Dieses Angebot ergänzt die jeweilige individuelle Behandlung und hat über die Jahre auch einen gewissen Einfluss auf das therapeutische Vorgehen auf den Stationen gewonnen, mit denen eine engere Kooperation besteht. Es ist aber konzeptionell nicht fest verankert, die Inanspruchnahme ist immer nachrangig. Auf die Entscheidung, bei welchen Patienten und zu welchem Zeitpunkt der Behandlung Familiengespräche empfohlen werden, haben wir als Familientherapeuten keinen Einfluss, darin liegt eine Beschränkung dieses Modells.

In der personellen Trennung und der weitgehenden Unabhängigkeit des paar- und familientherapeutischen Angebots liegt aber auch eine Stärke, sowohl auf praktischer als auch auf konzeptueller Ebene. Als Familientherapeuten, die nicht in die individuelle Behandlung der Patienten einbezogen sind, können wir allen Familienangehörigen unvoreingenommener entgegenreten. Wir tragen keine Verantwortung hinsichtlich Medikation, Entlassungstermin und Form der Behandlung, und wir müssen nicht die Loyalität zum Patienten im Blick behalten. Die Verbindung beider Rollen, Einzeltherapeutin und Familientherapeutin, bringt erhebliche Probleme mit sich. Nur wenn im Familiengespräch sich alle neu begegnen, ist eine Offenheit für eine multiperspektivische Haltung möglich – und was noch wichtiger ist: Die Krankheit verliert als Thema an Bedeutung. Als unabhängige Familientherapeuten können wir die Familie in erster Linie als Menschen sehen, die vor dem Hintergrund der aktuellen Krise oder einer schon länger andauernden schwierigen Lebenssituation gemeinsam mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind. Welche Bedeutung dabei die Krankheit/Diagnose des Patienten hat, ist ein wichtiges Thema, das unvoreingenommen reflektiert werden kann. Diese Unvoreingenommenheit ist für den verantwortlichen Therapeuten kaum möglich, da andere Erwartungen an ihn herangetragen werden. Die Kontextbedingungen lassen eine unvoreingenommene, allparteiliche Haltung nicht zu, das Familiengespräch bleibt immer ein Angehörigengespräch.

Auch systemtheoretisch ist eine klare Trennung begründet. Einzeltherapie und Familientherapie haben unterschiedliche Systeme im Fokus, das psychische und das soziale. In der Einzelbehandlung stehen die persönlichen kognitiv-affektiven Muster sowie die individuellen Verhaltensmuster im Zentrum. In der Paar- und Familientherapie geht es um das aktuelle interpersonale System, im Zentrum stehen die familiären Kommunikationsmuster und deren Veränderung. Nach meiner Erfahrung ist es sinnvoll, die beiden Prozesse getrennt zu halten, die Chance liegt in der wechselseitigen Nutzung des jeweils anderen Settings. In den Familiengesprächen kommen immer auch individuelle Muster zur Sprache, die besser im geschützten Rahmen der Einzelbehandlung bearbeitet werden. Als Familientherapeutin kann ich den Einzelnen Empfehlungen mitgeben, solche Themen noch einmal in diesen Rahmen einzubringen. In der Einzeltherapie können umgekehrt Themen erarbeitet werden, die in den Paar- bzw. Familiengesprächen Platz finden sollten. Eine personelle Trennung von Einzel- und Familientherapeut/innen macht nach meiner Erfahrung den Prozess für alle klarer. Dies gilt im Übrigen auch für ambulante Psychotherapien, auch hier bewährt es sich in manchen Fällen, einen einzeltherapeutischen Prozess durch eine unabhängig davon laufende niederfrequente Paar- oder Familientherapie zu begleiten.

Das familientherapeutische Setting ist für die Systemische Therapie das Ursprungssetting und ein Alleinstellungsmerkmal. Auch in anderen Verfahren wird mit Familien gearbeitet, aber die Systemische Therapie verfügt im Gegensatz dazu über eine fundierte Theorie und Methodik. Das Arbeiten in diesem Setting ist anspruchsvoll, es bedarf einer soliden Ausbildung, aber es ist auch hoch effektiv. Im Rahmen der Etablierung der Systemischen Therapie sollte auf jeden Fall die Anerkennung der Familientherapie als eigenes Setting erreicht werden.

## Literatur

- Bateson, G. (1969). Double bind. In G. Bateson: Ökologie des Geistes (S. 353-361). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bodenmann, G. (2009). Depression und Partnerschaft. Bern: Hans Huber.
- Jones, E., Asen, E. (2002). Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Dortmund: Borgmann.
- Keller, T., Grewe, N. (Hrsg.) (1996). Systemtherapie – Sozialpsychiatrie. Ein Diskurs zwischen Gianfranco Cecchin und Peter Kruckenberg. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Linares, J., Campo, C. (2003). Familientherapie bei Depressionen. Heidelberg: Carl-Auer.
- Reich, G. (2003). Depression und Paarbeziehung. Psychotherapeut, 48, 2-14.
- Ruf, G. D. (2015). Depression und Dysthymia – Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer.
- Ruf, G. D. (2016). Schizophrenie und schizoaffektive Störungen – Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer.



- Ruf, G. D. (2019). Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schnell, T. (2019). Folgen subjektiver Verarbeitung von psychiatrischen Diagnosen. Psychotherapeuten-Journal, 1/2019, 11-16.
- Schweitzer, J., Nicolai, E. (2010). SYMPATHische Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. v. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das Störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simon, F., Weber, G., Stierlin, H., Retzer, A., Schmidt, G. (1989). Schizoaffektive Muster: Eine systemische Beschreibung. Familiendynamik, 14, 190-213.
- Vaughn, C. E., Leff, J. P. (1976). The influence of families and social factors on the course of psychiatric illness. British Journal of Psychiatry, 129, 125-137.
- Watzlawik, P., Beavin, J. H., Jackson, D. (1967). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen und Paradoxien. Bern: Huber.
- Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.) (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

**Korrespondenzadresse:** Renate Weihe-Scheidt, Rosastr. 7, 79098 Freiburg;  
E-Mail: [praxis@renate-weihe-scheidt.de](mailto:praxis@renate-weihe-scheidt.de)