

Erschienen in: *Familiendynamik* 9: 108-125, 1984

KURT LUDEWIG, ROSEMARIE SCHWARZ, HANS KOWERK, HAMBURG<sup>1</sup>

## **Systemische Therapie mit Familien von »psychotischen« Jugendlichen<sup>2</sup>**

*Übersicht:* Eine Hamburger Arbeitsgruppe für systemische Familientherapie berichtet über ihre Arbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Am Beispiel der Arbeit mit Familien mit einem »psychotischen« Jugendlichen wird der Stand der Entwicklung eines zum eigenen Kontext passenden Konzeptes erläutert, welche ursprünglich ihren Ausgang in der Auseinandersetzung mit den Schriften der Mailänder Gruppe um Mara Selvini-Palazzoli genommen hatte. Nach einer theoretischen Erörterung des zugrunde liegenden Konzeptes werden die praktischen Erfahrungen mit 12 Therapien mit sog. psychotischen Systemen sowie das Ergebnis einer katamnestischen Befragung dieser Familien berichtet.

### EINLEITUNG

Im Rahmen einer systemischen Sichtweise verstehen wir *Therapie* als den spezifische Koppelungsprozeß der den jeweiligen Kontext einer Therapie bildenden Systeme, in der Regel der Patienten- und Therapeutensysteme. Therapie ist also der Prozeß, d. h. die Entstehung, der Verlauf und die Auflösung eines prinzipiell zeitlich befristeten, »neuen« Metasystems mit einer eigenen Struktur, nämlich des *therapeutischen Systems* (vgl. Dell 1982a, b, Keeney 1982, Ludwig 1982, 1983a, b). In diesem Verständnis von Therapie erweist sich ein methodenorientiertes Vorgehen weitgehend als irrelevant, welches die vorangehende Aufstellung von Zielen, die Anwendung standardisierter Techniken und die Durchführung »objektiver« Effizienzkontrollen vorsieht (vgl. z.B. die Forderungen an eine »wissenschaftliche« Therapie nach Perrez 1982). Systemische Therapie (im Englischen: *ecosystemic*) ergibt sich aus der Anwendung einer systemischen Epistemologie (vgl. Bateson 1982, Maturana 1982) für das Verständnis therapeutischer Prozesse. In dieser Betrachtung versteht sich Therapie als der koevolutive und daher kreative Prozeß der beteiligten Systeme (Individuen und Gruppen) zu einem neuen *Beziehungsmuster*. Dies geschieht eingebettet im übergeordneten Kontext z.B. institutioneller, sozioökonomischer und normativer so wie ethischer Zusammenhänge. Betrachtet man Therapie als koevolutive Prozeß und daher als Gestaltung eines neuen menschlichen Beziehungsnetzes, so ist es sinnvoll, therapeutische Prozesse anhand von

---

<sup>1</sup> Mitglieder der seit 1979 bestehenden Arbeitsgruppe Familientherapie an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf in Hamburg. Wir danken Dr. Jürgen Franke für seine Mitarbeit bei der Entstehung dieses Aufsatzes.

<sup>2</sup> Begleitungsbeitrag zum Workshop gleichen Namens bei der 4. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie DAF im Oktober 1982, Marburg. Überarbeitung im Herbst 1983 (und 2010).

Gesichtspunkten, die der systemischen Sichtweise angemessen sind, z. B. ästhetischer und ethischer Natur, zu beurteilen (vgl. Keeney 1982, Keeney u. Sprenkle 1982, Ludewig 1983b, Ludewig u. Schwarz 1983). Diese Gesichtspunkte tragen dem Rechnung, daß Therapie als kreativer Gestaltungsprozeß eines einmaligen unteilbaren Ganzen, eines Beziehungsmusters, nur sehr unzureichend mit den Mitteln »objektiver« Wissenschaftlichkeit zu bewerten ist. Denn Letztere beschränkt sich auf solche Kriterien wie lineare Voraussagbarkeit, Isolierung von Wirkfaktoren und Vergleichbarkeit von Zuständen, welche die rekursive Ganzheitlichkeit menschlicher Beziehungen nicht ausreichend zu erfassen vermögen (vgl. Gurman u. Kniskern 1978). Die vorliegende Arbeit stellt einen ersten Versuch dar, bereits beendete Familientherapien am Beispiel unserer Arbeit mit Familien mit einem »psychotischen Jugendlichen einer systemisch orientierten Bewertung zu unterziehen (ein weiterer Versuch liegt bereits vor in: Ludewig u. Schwarz 1983, weitere sind in Vorbereitung).

## THEORETISCHER HINTERGRUND

### *Das »psychotische System«*

In der Psychopathologie haben sich bisher im wesentlichen zwei Ansichten zur Erklärung psychosozialer Abnormität etabliert: Die Erklärung in Analogie zu organischen Erkrankungen und das sozialwissenschaftliche Krankheitsmodell, wonach abweichendes Verhalten als erworbenes Verhaltensmuster angesehen wird (vgl. z. B. Keupp 1972). Diesen beiden Modellen ist gemeinsam, daß sie das betreffende auffällige Verhalten als Störung betrachten. Es handele sich um Abweichungen von Gesundheits bzw. Funktionsparametern *in* der Person und/oder in der Lebenssituation des »Gestörten«. Die »Störung sei die Folge eines ursächlichen Prinzips, nämlich einer gestörten Gehirnfunktion (bzw. des sonstigen Nervensystems) oder einer gestörten Umgebung bzw. des Zusammenspiels dieser Faktoren. Im Hinblick auf die Schizophrenie beruhen diese theoretischen Ansichten im wesentlichen auf zwei Grundvoraussetzungen: 1. der Gegenstand der Betrachtung ist das (gestörte bis defekte) *Individuum*, und 2. der Gegenstand von Therapie und Forschung ist die *Ursache* der Störung (vgl. v.Villiez 1982). Für die Diagnosenstellung der Schizophrenie gelten demnach in der traditionellen Psychiatrie nach wie vor die auf diesen Voraussetzungen basierenden Kriterien E. Bleulers und K. Schneiders. Das Ergebnis der betreffenden Forschung soll im Endeffekt die *kausale* Therapie des »erkrankten Individuums« ermöglichen.

Anfänglich verpflichtete sich die Familientherapie im wesentlichen dem sozialwissenschaftlichen Krankheitsverständnis (vgl. z.B. Bateson et al. 1969, Hoffman 1982). Psychotisches Verhalten wurde beispielsweise als das Ergebnis kommunikativer Störungen, als das Erlernen unangepaßter, »dysfunktionaler« Verhaltensmuster angesehen. Im Zuge der immer konsequenteren Übernahme systemischer, kybernetischer Leitgedanken entsteht aber in der neueren Familientherapie eine Denkhaltung, welche auf ätiologische, kausale Erklärungen des »auffälligen«, z. B. psychotischen Verhaltens verzichtet (vgl. Dell 1981, Keeney 1979, Ludewig 1983a, 1983b, v.Villiez 1982). Dieses Verhalten wird nunmehr als »passender« Bestandteil der Struktur eines bestimmten menschlichen Systems, z. B. einer Familie, angesehen, und zwar deshalb, weil, wäre es nicht passend bzw.

funktional im Beziehungsmuster des betreffenden Systems, so hätte sich dieses Verhalten dort nicht stabilisiert (vgl. Dell 1982c). Die Bezeichnung bestimmter Verhaltensweisen als pathologisch erweist sich als eine vom Beobachter einem System zugefügte Qualität, welche aus dem Vergleich mit Normen aus einem anderen als dem betreffenden System stammt, in der Regel aus dem Vergleich mit gesellschaftlichen Normen. Eine Verhaltensweise kann erst als auffällig definiert werden, wenn sie jemandem *aufgefallen* ist, der entweder nicht zum System gehört oder sich »über« sein eigenes System stellt. Insofern ist die Feststellung von Auffälligkeit prinzipiell eine kontextfremde Beurteilung, da sie aus der Struktur eines anderen Kontextes als dem, in dem dieses Verhalten Bestandteil ist, heraus getroffen wird.

Unter »psychotisch« verstehen wir die Spezifizierung eines bestimmten zwischenmenschlichen Prozesses, den wir der Vereinfachung halber als *psychotischen Prozeß* bezeichnen. An diesem Prozeß nehmen definitionsgemäß mindestens zwei Personen (oder Gruppen) teil: ein Patient im Zuge seiner besonderen Auffälligkeit und ein Spezialist kraft seiner sozialen Legitimierung und Aufgabenstellung (in der Regel ein Psychiater). Dieser Prozeß geschieht im Rahmen sozialer (stellvertretend auch medizinischer) Normen, er findet also im Übereinstimmungsbereich zwischen den Systemen Familie (bzw. Lebensgruppe), Ordnungsapparat (Behörden) und medizinisch-psychoziale Versorgung statt (vgl. Dell 1981, v. Villiez 1982). Mit der Definition eines Individuums als psychotisch fängt die Bildung eines neuen Systems an, des sog. *psychotischen Systems*, dem die oben genannten Personen bzw. Gruppen angehören, also mindestens ein Patient und ein Psychiater (oder Stellvertreter). Die Entstehung dieses Systems bedeutet, daß die Beteiligten *de facto* über einstimmen, das als psychotisch erkannte Verhalten als nunmehr zu diesem neuen Kontext passend und funktional zu betrachten. Anders ausgedrückt: kontextgerechtes Verhalten in einer Familie wird als gesellschaftlich unpassend und somit als für die Institution Psychiatrie passend definiert.

Dieses neue »psychotische System« entwickelt wie jedes andere lebende System eine eigene Struktur bzw. Kohärenz (vgl. Dell 1982a). Die Aktivitäten der beteiligten Instanzen - Patient (Familie), Behörde, Psychiatrie - organisieren sich allmählich zu einem spezifisch strukturierten System, das aus der Sicht des Beobachters zunehmend homogener und als »psychotisch« identifizierbarer wird, zumal die Koevolution der Beteiligten zu einer gemeinsamen Struktur durch eine Reihe von relativ konstanten Randbedingungen beeinflußt wird. Es gehen hierbei ein u.a. die Interaktionsstruktur des Patienten mit seinem Umfeld, die Struktur des Psychiaters samt seiner Denk- und Klassifikationsschemata sowie die Eigenarten seiner Institution und der gesellschaftlichen Suprastruktur (Normen), in der das System eingebettet ist. Einmalig komplexes, verwirrendes Verhalten wird mithin zu einer einordbaren diagnostischen Größe, welche wiederum zur Stabilisierung des Systems beiträgt, zur Bestätigung der Diagnose usw. Ein wesentliches Strukturmerkmal des so entstandenen »psychotischen Systems« besteht in der spezifischen Punktuerung (Interpunktion) des psychotischen Prozesses, wonach dem Auffälligen seine Verantwortlichkeit für sein Handeln weitgehend abgesprochen wird. Sein Handeln wird als Ausdruck eines ihn verwirrenden Krankheitsprozesses angesehen, und zwar in mehr oder weniger expliziter Analogie zur psychischen Einschränkung bei hirnorganischen Störungen. Andersartig »Gestörten«, etwa neurotisch oder psychopathisch Auffälligen, wird hingegen weitaus größere Verantwortlichkeit für ihr Handeln zugesprochen. Dies dürfte den Hauptunterschied zwischen der psychotischen und den anders erkannten Auffälligkeiten ausmachen.

### *Der therapeutische Prozeß*

Die oben erörterte Definition des »psychotischen Systems« bietet aus systemischer Sicht einen Erkenntnisgewinn gegenüber der Betrachtung von auffälligem Verhalten als dem Problem eines Individuums oder einer Familie. Denn das »psychotische System schließt den Psychiater bzw. die Psychiatrie als untrennbaren Bestandteil mit ein. Diese Definition stellt aber zugleich ein schwieriges Problem für die Praxis dar. Sie bedeutet, daß der Therapeut, häufig selbst Mitarbeiter einer psychiatrischen Einrichtung, gegenüber seiner eigenen Institution eine Metaposition einnehmen muß, will er sich mit der Gesamtheit des psychotischen Systems befassen (Ludewig & v.Villiez 1984). Die Familientherapie mit psychotischen Systemen bedeutet also die Entstehung eines therapeutischen Systems, das aus der Familie, der Psychiatrie und dem/den Familientherapeuten besteht. Insofern bedürfen psychotische Systeme keiner spezifischen Therapie, sondern der Bereitschaft und Möglichkeit der Therapeuten, sich auf die spezifische Organisation dieses Systems einzustellen. Demzufolge unterscheidet sich die nun folgende Schilderung des therapeutischen Prozesses bei psychotischen Systemen nicht wesentlich von unserer allgemeinen Auffassung von Familientherapie (Ludewig 1983a, 1983b).

Die Komplexität des psychotischen Systems wird von Therapeuten in der Regel als ausgesprochen verwirrend wahrgenommen. Häufig weiß er nicht einmal zu entscheiden, ob er die Therapie im Auftrag der Familie, der Psychiatrie, des Ordnungsapparats oder gar im eigenen Interesse betreibt (vgl. Selvini Palazzoli et al. 1978). Es ist deshalb meistens von Vorteil, wenn der Therapeut seine Selbstdefinition im Prozeß der Therapie konsequent aufrechterhält. Seine Definition als Therapeut erweist sich als notwendige Konstante im »Treibsand psychotischer Systeme (vgl. Selvini Palazzoli 1978, 1981). Dies bedeutet jedoch nicht, daß der Therapeut sich nicht den jeweiligen Eigenarten der Familien und den unterschiedlichen Phasen des therapeutischen Prozesses anpaßt, sondern daß er bei aller Flexibilität die Option für seine eigenständige Definition beibehält. Dies ist um so eher angezeigt, wenn man bedenkt, daß Familien mit einem psychotischen Mitglied häufig extrem sozial isoliert leben (vgl. Pattison et al. 1975). Gerade im Hinblick auf diese Familieneigenart stellen sich dem Therapeuten zwei Schwierigkeiten, die seine Selbstdefinition gefährden: Entweder verharrt der verunsicherte, verwirrte Therapeut auf einer für die Familienstruktur unpassenden Definition (z.B. herrisch) oder er verliert sich in einer dramatischen Fusion mit der Familie. Bildhaft ausgedrückt: er verbleibt am Rande des Treibsandes oder er sinkt mitten hinein. Im ersten Fall kommt es nicht zur Bildung eines tragfähigen therapeutischen Systems, im zweiten wird der Therapeut *de facto* zum »Familienmitglied« neutralisiert. Diese beiden Extreme, die bei allen Therapien geschehen können, dürften bei der Therapie mit psychotischen Systemen häufig intensiver als bei anderen Systemen sein. Es ist deshalb bei diesen Therapien von besonderem Nutzen, wenn versierte Kollegen die Supervisionsposition übernehmen. Die Therapeuten sind somit geschützt und gleichsam flexibler, so daß sie sich eher auf die therapeutisch förderliche »Grenzauflösung« im gemeinsamen System mit der Familie einlassen können, da sie mit der »Errettung« durch die Supervisoren rechnen können. In dem Übergang der Therapeuten vom Therapeutenteam zum engeren Kreis des therapeutischen Systems sowie in ihrer Rückführung auf die Metaebene der Supervision sehen wir einen wesentlichen Aspekt der Therapie. Dies ermöglicht einerseits ein »erlebtes Verstehen« der familiären Situation im Rahmen einer intensiven gemeinsamen Beziehung und andererseits die

Metareflexion über den therapeutischen Prozeß. Die Entstehung einer gemeinsamen Kohärenz (vgl. Dell 1982 a) im therapeutischen System beinhaltet unausweichlich die *Verstörung* der bisherigen Kohärenz der Familie; sie bedeutet ihre Neustrukturierung zu einer mit der Anwesenheit der Therapeuten kompatiblen Gestalt. In dieser zwangsläufigen Strukturveränderung sehen wir die Möglichkeit für einen günstigen Verlauf des therapeutischen Prozesses, zumal dies die Herstellung eines neuen Beziehungsmusters beinhaltet und mithin irreversibel ist.

Wir haben anderenorts die therapeutische Intervention, d. h. das Dazwischengehen in eine bestehende Struktur, als eine *signifikante Verstörung* der Familienkohärenz bezeichnet (Ludewig 1983a). Eine Verstörung kann sich jedoch nur im nachhinein als signifikant erweisen, nämlich wenn sie eine bleibende Strukturveränderung provoziert hat. Voraussetzung hierfür ist, daß die Intervention innerhalb der bisherigen Familienstruktur »neu« ist, so daß ihre Bewältigung mit der Erzeugung »neuen« Verhaltens einhergeht (vgl. Dell 1982a). Zudem muß das intervenierende Verhalten *im* therapeutischen System wirksam sein, damit es für die Therapeuten erkennbar wird. Insofern können Interventionen nur dann bedeutsam sein, wenn sie sich aus dem Kontext des therapeutischen Systems ergeben haben, d. h. diesem Kontext passend sind. Standardisierte Interventionen bzw. Techniken sind hingegen kontextunabhängig erarbeitete Maßnahmen, sie sind deshalb für die konkrete Therapiesituation meistens von geringem Nutzen.

### *Bewertung des Therapieverlaufs*

Die bislang wissenschaftlich anerkannte Vorgehensweise, um Therapieverläufe zu bewerten, basiert auf einem linearen Verständnis von Ursache und Wirkung. Hiernach definiert sich der »Erfolg« einer Therapie als das Erfüllen vorgegebener Zielkriterien empirischer oder theoretischer Natur. Im Einzelfall werden diese Kriterien von der zu behandelnden Problemstellung abgeleitet (vgl. z. B. die Kontroverse hierzu zwischen Perrez 1982 und Grawe 1982). Im Fall der Psychose wäre somit der Erfolg einer Therapie an der Verringerung der spezifischen Symptomatik festzustellen. Demgegenüber befindet sich der systemisch orientierte Therapeut in dem Dilemma, den Sinn seiner Therapien anhand aus seiner Sicht irrelevanter bzw. nicht ausreichender Kriterien nachweisen zu müssen oder den Weg einer radikalen Abkehr vom vorherrschenden Wissenschaftsverständnis zu gehen. Aber selbst die Postulierung dieses Dilemmas als Entweder-oder Entscheidung ist leicht irreführend, denn sie setzt voraus, daß der Therapeut beliebig Entscheidungen treffen kann, als wäre er nicht Teil eines sozialen Kontextes. Therapie findet aber im Kontext geltender linearnormativer Auffassungen statt. Ihre Bewertung kann mithin nur dann sinnvoll sein, wenn sie anhand von Kriterien vorgenommen wird, die zwar dem systemischen Verständnis kongruent sind, zugleich aber gesellschaftlich anerkannt werden, also kontextgerecht sind.

Die rein pragmatische Bewertung zum Beispiel anhand der Aufzählung von Symptomen, Rezidiven, usw. ist systemisch gesehen nicht ausreichend. Sie läßt außer acht, daß der therapeutische Prozeß die kreative Gestaltung eines einmaligen Beziehungsmusters ist. Im Sinne Batesons (1982) ist die Beurteilung von Mustern (patterns) Domäne der Ästhetik. So setzt sich in der neueren Familientherapie die Tendenz durch, die Aufmerksamkeit des Beurteilers auf die »Muster des Zusammenpassens«, auf die Ästhetik des therapeutischen Prozesses zu richten: Therapie wird auch als Kunst betrachtet (vgl. Allman 1982, Keeney 1982, Keeney u. Sprenkle 1982, Stierlin 1982). Da

therapeutisches Handeln im gesellschaftlichen Kontext zu verantwortendes Handeln ist, haben wir an anderer Stelle vorgeschlagen, dessen Bewertung anhand eines Modells vorzunehmen, das im Einklang mit der systemischen Sichtweise steht. Wir haben vorgeschlagen, die Bewertung von Therapien auf mindestens vier unterschiedlich komplexen Betrachtungsebenen gleichzeitig vorzunehmen. Diese sind die *subjektive* Ebene der einzelnen an der Therapie Beteiligten, die *pragmatische* Ebene des Nützlichen (Symptomreduktion, Kosten, Aufwand, Dauer, Lehrbarkeit, usw.), die *ästhetische* Ebene umfassender ganzheitlicher Zusammenhänge (Beziehungsmuster, Veränderung, Prozeß, Kreativität der Lösungen, usw.) und die *ethische* Ebene. Diese vier Ebenen der Beurteilung verstehen wir als untrennbar miteinander verbundene Betrachtungsaspekte ansteigender Komplexität. Der Anschaulichkeit halber betrachten wir sie als Schichten einer »Zwiebel«. Die äußerste Schale dieses »Zwiebelmodells« bildet die Ethik. Darunter verstehen wir die komplexeste und umfassendste Ebene menschlicher Übereinkünfte. Hierzu darf therapeutisches Handeln nicht im Widerspruch stehen, denn ethische Übereinkünfte bieten trotz langsamer Evolution mit der Veränderung der sozialen Selbstverständlichkeiten in jeder Kultur die stabilsten und daher »gültigsten« Maßstäbe für die Beurteilung menschlichen Verhaltens. Sie bilden schlechthin den übergeordneten Kontext für alle Werturteile, d. h. auch für die Bewertung therapeutischen Handelns (vgl. Ludewig 1983b, Ludewig u. Schwarz 1983).

Die Entwicklung dieses Evaluationsmodells, vor allem seiner praktischen Anwendbarkeit, befindet sich im Fluß. Zum Zeitpunkt der Erhebung der empirischen Daten zu der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung dieses Modells noch in den ersten Schritten. Deshalb beschränken wir uns bei der Bewertung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Daten in der Hauptsache auf die pragmatische Beurteilungsebene. Wir stimmen hierbei mit Haley (1981) überein, daß bei psychotischen Familien das Fehlen weiterer Hospitalisierungen beim Patienten ein brauchbares Kriterium für die Entwicklung der Familie nach der Therapie darstellt. In dem Fall, daß nach einiger Zeit nach der Therapie keine weiteren Hospitalisierungen stattgefunden haben, erscheint es plausibel anzunehmen, daß diese Familien eine derartige Struktur entwickelt haben, in der die Psychiatrie nicht mehr enthalten ist, d. h. daß die Familien ein anderes als ein psychotisches System gebildet haben. Mit dieser Feststellung ist allerdings nicht gemeint, daß allein »Freiheit von Psychiatrie« mit Therapieerfolg gleichzusetzen sei. Hierfür ist das Schicksal von Familien mit einem psychotischen Mitglied viel zu vielfältig (vgl. Bleuler et al. 1976). Desweiteren läßt sich der pragmatische Nutzen unserer Therapien daran festmachen und deren Ästhetik daran erahnen, ob *wir* Beteiligte Therapeuten und Familien einen Nutzen davongetragen haben. In dem Anteil, der uns betrifft, beantwortet sich diese Frage von selbst: wir schreiben über diese Therapien und sie sind nach wie vor häufig Thema unserer Teamgespräche. Ob die Familien von dem gemeinsamen Tun profitiert haben, versuchen wir in telefonischen Kontakten mit ihnen zu eruieren. Richtschnur bei dieser Befragung ist einerseits die subjektive Einschätzung des Anrufenden über den jetzigen Zustand der Familie anhand des beim Anruf sich ergebenden Kontaktmusters und andererseits die Erfragung einiger weniger Daten bezüglich der weiteren Entwicklung der Familie.

## ERFAHRUNGSBERICHT

### *Die Arbeitsgruppe*

Unsere Arbeitsgruppe besteht formal seit Anfang 1979. Die damaligen Gründungsmitglieder (R. Schwarz, R. Dürr, K. Ludewig) betrieben bis dahin zwar dem Setting nach Familientherapie, wie dies in der Kinder und Jugendpsychiatrie üblich ist (vgl. Buddeberg 1980, Schönfelder 1979), die stationäre Arbeit war aber im Prinzip individualpsychologisch begründet und milieuthérapeutisch ausgerichtet. Im Hinblick auf die Therapie mit unseren vielen als »psychotisch« diagnostizierten jugendlichen Patienten boten sich uns damals die Denkanstöße aus der Mailänder Gruppe um Selvini Palazzoli (1978) an, welche hohe Effektivität versprachen. Die Nachahmung dieses Modells im Sinne einer Handlungsanweisung erwies sich jedoch als wenig sinnvoll, denn therapeutische Kontexte sind trotz noch so bemühter Nachahmung nicht übertragbar. In der Auseinandersetzung mit der uns möglichen praktischen Umsetzung des Mailänder Modells, das wir zudem nur aus den Schriften kannten, entstanden allmählich eigene, zu unserem Kontext passende Konzepte (s. oben).

### *Der institutionelle Kontext*

Die Zuweisung von Familien zur Familientherapie mit unserer Arbeitsgruppe, welche in gewisser Autonomie von der Abteilungsroutine tagt, erfolgt in der Regel als Fortsetzung der auf der Jugendstation unserer Abteilung begonnenen Behandlung. Die Jugendlichen und ihre Angehörigen, d. h. die Familien, die zur Familientherapie empfohlen werden, werden nicht vorselektiert, sie werden allein nach der jeweiligen Kapazität des einmal wöchentlich zusammenarbeitenden Teams übernommen. Während des vorausgehenden stationären Aufenthalts bekommen die Jugendlichen vielfältige Behandlungsangebote (vgl. Kossen et al. 1977, Köttgen et al. 1980, Schönfelder 1981). Die weitgehend flexibel gehaltenen institutionellen Bedingungen auf der Station erweisen sich im allgemeinen als günstig für den Übergang vom stationären zum familientherapeutischen Setting, das zumeist ambulant stattfindet. Das psycho- und soziotherapeutische Selbstverständnis der Station begünstigt im weitaus geringerem Ausmaß als üblich die Festschreibung des Jugendlichen in seine Patientenrolle. Seine »Störung« wird in der Regel nicht ausdrücklich individualisiert, sondern von vornherein als Aspekt eines familiären Geschehens betrachtet (vgl. Schönfelder 1979). Insofern erweist sich diese Station als relativ günstiger Bestandteil des »psychotischen Systems«, zumal sie trotz unvermeidbarer Konflikte (vgl. Haley 1975, aber auch: Ludewig u. v. Villiez 1984) einer familienorientierten Sichtweise wohlwollend gegenübersteht. Wesentlich problematischer gestaltet sich allerdings der Übergang ins familientherapeutische System bei den Familien, bei denen der jugendliche Patient länger auf »traditionellen« Stationen gelegen hat oder während der Familientherapie zugleich in der Behandlung anderer Therapeuten ist (s. unten). Der Frage nach dem Umgang mit Mitbehandelnden sind wir in einer späteren Arbeit gesondert nachgegangen (vgl. Schwarz u. Ludewig 1983).

### *Katamnestische Untersuchung*

Im folgenden beschreiben wir unsere Erfahrungen mit der Therapie und der Nachbefragung bei 12 Familien mit einem »psychotischen« Jugendlichen. Diese Therapien wurden im Zeitraum von

1979-1982 im Rahmen der Arbeitsgruppe abgeschlossen. Einige diese Familien charakterisierende Daten sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Die sozialen Merkmale der Familien (Alter, Geschlecht und Schulbildung des auffälligen Jugendlichen sowie beruflicher Status des Familienvorstandes) sind breit gestreut. Ebenso breit streuen die klinischen Merkmale (vorwiegende Symptomatik und Verlauf, Hospitalisationsdauer und häufigkeit). Die Diagnosen wurden jeweils von den einweisenden bzw. aufnehmenden Ärzten gestellt, d.h. unabhängig von den Familientherapeuten, und wurden während des stationären Aufenthalts bestätigt. Die Dauer der Hospitalisierung bis zum Beginn der Familientherapie betrug durchschnittlich vier Monate.

### *Verlauf der Therapien*

Das Setting einer Familientherapie beinhaltet unausweichlich eine wesentliche Umdefinition: Das Angebot einer Familientherapie legt fest, daß nicht allein der »erkrankte« Patient behandlungsbedürftig ist, sondern die gesamte Familie. Der Umgang der Familien mit dieser Urdefinition der bisherigen Situation, die leicht von der Familie als Anklage erlebt werden kann (vgl. Selvini Palazzoli 1983), scheint eine bedeutsame Grundlage für den Verlauf der Therapie darzustellen. So war z.B. bei den Familien, die sich im »Loyalitätskonflikt« gegenüber mitbehandeln den Kollegen befanden, diese Umdefinition besonders erschwert (vgl. Schwarz u. Ludewig 1983). Die Struktur dieser Familien (Tab. 1, Nr. 2 u. 11) hatte sich offenbar darauf eingerichtet, mit einem »schwerkranken« Kind und im engen Kontakt mit einem Psychiater weiterzuleben. Sie bildeten bereits stabilisierte »psychotische Systeme«, d. h. »chronische«, nur schwer auflösbare Beziehungen mit der Psychiatrie (vgl. Selvini Palazzoli 1983). Mit ihnen gelang unsererseits die Bildung eines tragfähigen therapeutischen Systems nicht, das eine Alternative zur bisherigen Verflechtung mit der Psychiatrie dargestellt hätte. Bei den übrigen Familien ist mit einer Ausnahme (Nr.7) die Definition der Familientherapie akzeptiert worden, sei es ausdrücklich oder implizit durch Anwesenheit in den Sitzungen (s. Tab. 2).

Nach anfänglicher strenger Orientierung an den Schriften der Mailänder Gruppe befindet sich unsere Arbeit seit Anfang 1982 in einer Entwicklungsphase, welche am ehesten zu beschreiben ist als Abwendung vom Methodischen und als Hinwendung zum voraussetzungsloseren Umgang im sich bildenden therapeutischen System. Das explizit ungeplante Vorgehen während der Sitzung erlaubt ein beinahe »familiäres« Verstehen der Familie, ein Teilnehmen an den Beziehungen zwischen den Mitgliedern. Darin und in der Unterbrechung der Sitzung während ihres Verlaufs und vor der Beendigung sehen wir die beiden Hauptelemente unseres therapeutischen Vorgehens. Während dieser Pausen versuchen wir, ein Beschreibungsmuster für die organisatorische Struktur der Familie zu erfinden, das geeignet ist, uns das symptomatische Verhalten verständlich zu machen. Zudem soll es uns ermöglichen, Interventionen zu entwerfen, die das aktuelle Selbstbild der Familie epistemologisch zu erschüttern bzw. zu verstören vermögen. Im Therapeuten Team »rüttelt« sich allmählich eine Vorstellung des Familienmusters zu recht, die oft den dominanten Charakter eines einmal »erkannten« Vexierbildes annimmt. Das heißt, wir suchen nicht nach dem »wahren« Muster der Familie, sondern nach einem »passenden« Konstrukt bzw. einer Interpretation der Familienstruktur, welche uns therapeutisch zu intervenieren erlaubt. Insofern übernehmen wir

Fam.Nr.	Merkmale der/s Jugendlichen			sozialer Status des FamilienVorstands	vorw. Symptomatik und Verlauf	bisherige Hospitalisierungen:	
	Alter	Geschl.	Schulabschluß			Anz.	Dauer in Mo.
1	17;7	m.	HSch.!9. Kl.	rnittl, Angestellter	katatone/ akut ,	1	4,5
2	17;10	w.	HSch.!9. Kl.	selbst. Akademiker	katatone/ akut	3	4+1+9
3	17;10	m.	Gymn./11. Kl.	Rentner/mittl. Angestellter	paran.halluz./akut	1	2
4	17;6	m.	HSch.!9. Kl. Lehre 1. J.	einfacher Beamter	paran.halluz./ akut	1	0,5
5	18;0	w.	Gymn./11. Kl.	höherer Angestellter	paran.halluz./ akut	1	3
6	18;7	m.	HSch.!9. Kl. Lehre 2. J.	einfacher Beamter	paran.halluz./ akut	1	2,5
7	17;5	m.	Priv. Sch. 7. Kl.	Rentnermittl. Beamter	hebephrene/ schleichend	1	3
8	17;9	m.	HSch.!9. Kl.	Arbeiter	paran.halluz./ akut	1	0,75
9	16;6	m.	SoSch./Lernbeh./ 9.Kl.	selbst. Handwerker	hebephrene, Minderbega- bung/ schleichend	1	2
10	17;11	m.	HSch.!9. Kl.	selbst. Handwerker	hebephrene/ schleichend	1	6
11	18 ;5	w.	RSch.!10. Kl.	höherer Beamter/Akademiker	hebephrene/ schleichend	2	6+3
12	16;6	m.	RSch.!9. Kl.	Arbeiter	paran.halluz./ akut	1	3

Tabelle 1: Merkmale der "psychotischen" Jugendlichen zum Zeitpunkt des Beginns der Familientherapie.

Fam.Nr.	Familientherapie		Katamnestische Angaben			
	Anzahl Sitzungen	Dauer in Monaten	Zeitraum in Monaten	neurolept. Nachbeh.	Wiederhospita- lisierung/Dauer	Ausbildungsstand des Jugendlichen
1	6	3	34	-	-	nebenher Realschüler
2	3	1	35	ja	2/15 Mo.	unverändert
3	3	1	33	-	-	Abitur/z. Z. Lehre
4	3	1	23	-	-	abgeschl. Lehre/ Bundeswehr
5	1		23	-	-	z. Z. Lehre
6	4	2	23	-	-	abgeschl. Lehre/ Bundeswehr
7	1		20	ja	-	RSch./10. Kl.
8	3	3	15	-	-	abgebr. Lehre/ arbeitslos
9	5	2	14	ja	1/1 Mo.	unverändert/z. Z. LKH
10	2	1	14	ja	1/2 Mo.	Anlernling
11	8	7	4	ja	2/4 Mo.	unverändert
12	2	1	1	-		RSch./10. Kl.

Tabelle 2: Angaben über die Familientherapie, den Zeitraum der Nachbefragung und über den jetzigen Zustand des Jugendlichen.

die Mitverantwortung für die Herstellung eines neuen Verständnisses, einer neuen »Wirklichkeit« in der Familie. In der Mitverantwortung für die Gestaltung neuer Realitäten liegt die ethische Verpflichtung des Therapeuten (vgl. Keeney 1982, Ludewig 1983 b). In der Abwendung vom Methodischen sehen wir allerdings die Gefahr, daß der nicht mehr durch methodische Suprastrukturen geschützte Therapeut leicht zum Mitverewiger des therapeutischen Systems werden kann. In diesem Sinne haben wir anderenorts gezeigt, daß sich die sobald wie mögliche Beendigung der Therapie empfiehlt, will man nicht Teil eines »realen«, d. h. sich selbst erhaltenden Systems werden (vgl. Ludewig 1982).

### *Beispiel eines Therapieverlaufs*

Ein 17jähriger Jugendlicher hatte sechs Wochen lang in einem Landeskrankenhaus wegen eines akuten Erregungszustandes mit schizophrener Symptomatik gelegen. Da er in einen stuporösen Zustand geraten war, wurde er im Zuge dieser Zuspitzung auf unsere Jugendstation verlegt. Die Familienkonstellation erwies sich als ausgesprochen komplex. Die Eltern waren bereits seit Jahren geschieden, sie stritten sich seither auf allen Ebenen um das Sorgerecht für den Jugendlichen, das ursprünglich der Mutter zugesprochen worden war. Der Vater lebte mit einer Lebensgefährtin zusammen, welche selbst kinderlos, großen Anteil am Zustand des Jugendlichen nahm. Der Jugendliche hatte bis zur Hospitalisierung bei seiner Mutter gewohnt, welche uns als alkohol- und medikamentenabhängig geschildert wurde, zudem als lesbisch und verwahrlost. Dem weitverzweigten Familienkreis gehörten ferner eine ältere Schwester des Jugendlichen, ihr Freund sowie die 15jährige Freundin des Jugendlichen an. Der Jugendliche war als Lehrling in seinem Betrieb trotz mangelhafter schulischer Voraussetzungen und wechselnder Zuverlässigkeit wohlgeglitten.

Bereits bei der Verlegung auf unsere Station wurde uns von allen Angehörigen nahegelegt, der leiblichen Mutter Besuchsverbot zu erteilen, zumal ihr von allen Seiten, außer vom Patienten selbst, die Schuld an dessen Erkrankung zugewiesen wurde. Während des relativ kurzen dreiwöchigen stationären Aufenthalts kam es alsdann zu dramatischen Ereignissen: das Sorgerecht wurde vom Familiengericht kurzerhand wenige Monate vor der Volljährigkeit des Jugendlichen dem Vater übertragen und der Jugendliche mußte abrupt gegen ärztlichen Rat aus der Klinik entlassen werden. Die vielfältigen Aktivitäten der einzelnen Familienmitglieder, an denen auch der stationäre Rahmen beteiligt war, ließen den Eindruck entstehen, es handele sich um eine auseinanderstrebende Familie verwahrloster Struktur. Unbeirrt von diesem Eindruck beschlossen wir, eine Familientherapie anzubieten, die nach der Entlassung ambulant fortgeführt werden sollte. Wir luden alle mit uns direkt oder indirekt in Kontakt getretenen Beteiligten zu einer ersten Sitzung ein, welche noch während des stationären Aufenthalts stattfand. Diese Sitzung brachten wir etwa drei Wochen danach zu einem formalen Abschluß mit einem Brief an alle An- und Abwesenden. In dem Brief definierten wir die »Krankheit« des Jugendlichen als seinen Versuch, die Familie auf Kosten seiner eigenen Entwicklung, insbesondere unter Aufgabe seiner Mündigkeit, zusammenzuhalten. Mit dieser Feststellung forderten wir das bisherige Selbstbild der Familienmitglieder heraus, d. h. wir forderten alle Beteiligten heraus, eine andersartige als die bisherige Erklärung der familiären Situation zu finden. Die Bewältigung dieser epistemologischen Herausforderung durch die Familie vollzog sich in einem Zeitraum von drei Monaten, in dem zwei weitere Sitzungen ambulant stattfanden. Bei der dritten und letzten Sitzung zeigte sich der Jugendliche symptomfrei und sichtbar verändert. Das Auseinanderbröckeln der Familie schritt weiter fort. Die positive Entwicklung des Jugendlichen hat insofern angehalten, als dass keine weitere Hospitalisierung nötig wurde, ansonsten lebt er nach wie vor weitgehend verwahrlost (Pat. Nr. 8; Tab 1 u. 2).

Die Grundelemente dieser Therapie waren die Betrachtung des Problems im Zusammenhang eines wie auch immer gearteten Familienkontextes und dessen epistemologische Herausforderung bzw. Verstörung mittels einer Umdefinition (reframing). Diese Intervention haben wir im nachhinein als signifikant bewertet.

### *Katamnese*

Bei einer telefonischen Nachbefragung der 12 Familien in einem Zeitraum bis zu 35 Monaten nach Beendigung der Therapie stellten wir fest, daß unter Zugrundelegung grober Kriterien der Beurteilung

(s. oben) von den ehemals »psychotischen« Jugendlichen die psychosoziale Entwicklungstendenz bei acht von 12 mehr oder weniger zufriedenstellend fortgeschritten war (s. Tab. 2). Diese Patienten waren entweder nicht wieder oder nur kurzfristig (Nr. 10) wieder hospitalisiert worden. Sie hatten zudem ihren schulischen bzw. beruflichen Werdegang fortgesetzt. Von den vier Jugendlichen, die erneut hospitalisiert worden waren, befanden sich zur Zeit der Befragung zwei auf längere Zeit in einem Landeskrankenhaus, eine von ihnen war entmündigt (Nr.2). Es fällt hierbei auf, daß zwei der Jugendlichen mit Rezidiven jeweils längere psychiatrische bzw. psychotherapeutische Vorerfahrung aufwiesen (Nr. 2 u. 11), darüber hinaus, daß sie aus den Familien mit dem höchsten sozialen Status stammen und daß sie in privater Behandlung gewesen waren.

Das für uns relevantere Ergebnis des telefonischen Kontakts war jedoch, zu hören, daß wir, unabhängig von der Länge der zurückliegenden Zeit seit der Therapiebeendigung im Lebenskontext der Familien noch sehr lebendig zu sein schienen: viele von ihnen äußerten, daß sie gerade noch von uns gesprochen oder an uns gedacht hätten. Die Gespräche hinterließen allesamt das Gefühl beim Interviewer, als hätte man sich »gestern noch gesehen«. Dies finden wir um so erstaunlicher, als wir keine Familie länger als drei bis achtmal gesehen haben. Ob unsere nachhaltige Präsenz im Selbstverständnis der Familie Ausdruck der häufig extremen sozialen Isolierung dieser Familien ist, oder ob es sich um ein spezifisches Korrelat unseres therapeutischen Vorgehens handelt, vermögen wir zur Zeit nicht zu entscheiden. Für die Hypothese, daß es sich um ein Spezifikum dieser Familien handelt, spricht, daß bei einer ähnlichen Untersuchung mit nichtpsychotischen Familien unsere Präsenz in der Gegenwart der Familien weitaus blasser zu sein schien (vgl. Ludewig u. Schwarz 1983). Diesen Effekt auf die Person des Therapeuten zu beziehen, erscheint wenig sinnvoll, da im betreffenden Zeitraum eine Reihe von neuen Teammitgliedern an diesen Therapien beteiligt waren. Uns stellt sich vielmehr die Frage, ob nicht unsere Einschätzung unseres Vorgehens - kurze Therapiedauer, wenige Interventionen, häufig abrupte Beendigung usw. - des Überdenkens bedarf. Denn wenn trotz der intendierten Kürze der Therapien der Fortbestand des therapeutischen Systems bei psychotischen Familien so nachhaltig ist, so erweist sich unsere bisherige Einschätzung unserer Intervention als vorübergehende Verstörung der Familienkohärenz, der die autonome Umstrukturierung der Familie ohne die Therapeuten folgt, als nicht aus reichend. Die Frage der ethischen Mitverantwortung in der systemisch orientierten Therapie stellt sich für uns somit noch deutlicher in den Vordergrund. In diesem Sinne halten wir abschließend fest, daß unser therapeutisches Vorgehen weiterhin der ständigen und grundsätzlichen Hinterfragung bedarf, insbesondere hinsichtlich der jeweiligen Eigenarten der familiären Kontexte, mit denen wir es zu tun haben.

*(Anschrift der Verfasser: Dipl. Psych. Dr. phil. Kurt Ludewig, Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Martinistraße 52, D-2000 Hamburg 20; Dr. med. Rosemarie Schwarz, jetzt: Jugendpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Nord, Bachstraße 96, D-2000 Hamburg 61; Dr. med. Hans Kowark, jetzt: Psychotherapeutische Beratungs- und Behandlungsstelle, Lorenzenweg 2 b, D-2000 Hamburg 76.)*

### *Summary*

*Systemic oriented therapy with psychotic adolescents and their families.* The present paper gives an account of the work of a systemic oriented Hamburg family therapy team within an institution for juvenile psychiatry. This work is exemplified upon the therapy with so called psychotic systems, in this case families with a psychotic adolescent member. Having departed originally from the Milan model the team reports the development of therapeutic concepts that fit into its working context. Following these theoretical considerations the practical aspects of 12 therapies with families including a psychotic adolescent are reported, as well as the results of a followup questioning of these families.

## BIBLIOGRAPHIE

- Allman, L. R. (1982): The Aesthetic preference: overcoming the pragmatic error. *Family Process* 21, 43-56.
- Bateson, G. (1982): *Geist und Natur*. Frankfurt (Suhrkamp).
- et al. (1969): *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Bleuler, M., G. Huber, G. Gross, R. Schüttler (1976): Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. *Nervenarzt* 47, 477-481.
- Buddeberg, B. (1980): Indikation zur Familientherapie in der Kinderpsychiatrie. *Familiendynamik* 5, 125-139.
- Dell, P. F. (1981): Untersuchung der Familientheorien zur Schizophrenie: Eine Übung in epistemologischer Konfusion. *Familiendynamik* 6, 310-332.
- (1982a): Beyond Homeostasis: toward a concept of coherence. *Family Process* 21, 2141.
- (1982b): From systemic to clinical Epistemology. in: Welter-Enderlin, R. u. J. Duss von Werdt (Hrsg.): *Menschliche Systeme Ein Rahmen für das Denken, die Forschung und das Handeln*. Vorträge des 7. Intern. Symposiums des IEF, Zürich, 1981. Zürich (Institut für Ehe und Familie) 1982, S. 51-78 (Reihe »Zusammenhänge«, Bd. 3).
- (1982c): Pathology: The Original sin. Vortrag bei der 1. Intern. Conference on Epistemology, Psychotherapy and Psychopathology in Houston, Texas.
- Grawe, K. (1982): Soll psychotherapeutische Praxis für die Wissenschaft tabu bleiben? *Psychol. Rundschau* 33, 127-135.
- Gurman, A. S., D. P. Kniskern (1978): Research on Marital and family Therapy. in: Garfield, S. L. u. A. E. Bergin (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York (Wiley).
- Haley, J. (1975): Why a mental health clinic should avoid family therapy. *J. Marriage & Fam. Counsel.* 1, 3-13 (dt.: Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte. *Kontext* 2, 1980, 7695).
- (1981): *Ablösungsprobleme Jugendlicher*. München (Pfeiffer).
- Hoffman, L. (1982): *Grundlagen der Familientherapie*. Hamburg (Isko).
- Keeney, B. P. (1979): Ecosystemic Epistemology: an alternative paradigm for diagnosis. *Family Process* 18, 117-129.
- (1982): What is an Epistemology of family therapy? *Family Process* 21, 153-168 (dt.: Was ist eine Epistemologie der Familientherapie? *Z. systemische Therapie* 1 (2), 1983, 122).
- , D. H. Sprenkle (1982): Ecosystemic Epistemology: critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process* 21, 119.
- Keupp, H. (1972): *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. München (Urban u. Schwarzenberg).
- Köttgen, Ch., W. Karraß, E. Meyer (1980): Katamnestiche Untersuchung an jugendpsychiatrischen Patienten zur Frage der Schichtbezogenheit der Verteilungsmuster von Diagnose, Therapie und Verlauf. *Acta paedopsychiat.* 45, 337-344.
- Kossen, J, Ch. Köttgen, K. Ludewig, E. Meyer-König, Ch. J. Sprengel (1977): Aufbau einer Station für jugendliche psychiatrische Patienten - erster Erfahrungsbericht nach einem Jahr. *Praxis der Kinderpsychol.* 26, 218-225.
- Ludewig, K. (1982): Gesichtspunkte für die Beendigung einer Familientherapie aus systemischer Sicht. In: Junkers, G. u. a., (Hrsg.): *Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern*. Tübingen/Köln (DGVT /GwG).
- (1983a): Die therapeutische Intervention eine signifikante Verstörung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In: Schneider, K. (Hg.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann), 7895.
- (1983b): Systemische Therapie - ein epistemologischer Rahmen für das Verständnis von Therapie als Prozeß einer menschlichen Beziehung. Unveröff. Manuskript.
- , R. Schwarz (1983): Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. Vortrag bei der 18. Wiss. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Marburg.
- , Th. v. Villiez (1984): Warum systemische Therapeuten Systeme wie die Psychiatrie nicht vermeiden sollten.

*Z. systemische Therapie 2* (im Druck).

- Maturana, H. R. (1982): *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Pattison, E. M., D. Defrancisco, P. Wood, H. Frazier, J. Crowder (1975): A psychosocial kinship Model for family therapy. *Amer. J. Psychiat.* 132, 1246-1251.
- Perrez, M. (1982): Was nützt die Psychotherapie? *Psychol. Rundschau* 33, 121-126.
- Schönfelder, Th. (1979): Familientherapeutische Aspekte in der Kinder und Jugendpsychiatrie. *Acta paedopsychiat.* 44, 169-177.
- (1981): Erfahrungen mit einer Adoleszentenstation. in: Lempp, R. (Hg.): *Adoleszenz*. Bern (Huber).
- Schwarz, R., K. Ludewig (1983): Das therapeutische System: die Berücksichtigung der Mitbehandelnden in der systemischen Familientherapie. Vortrag bei der 18. Wiss. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder u. Jugendpsychiatrie, Marburg.
- Selvini Palazzoli, M. (1983): Über die Familientherapie hinaus. *Familiendynamik* 8, 166-181.
- , L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart (KlettCotta).
- , - , - (1981): Hypothesieren Zirkularität Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6, 123-139.
- Stierlin, H. (1982): Familientherapie: Wissenschaft oder Kunst? Vortrag bei der 4. Arbeitstagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie DAF, Marburg. In: *Familiendynamik* 8 (1983), 364-377.
- Villiez, Th. von (1982): Familientherapie bei schizophrenen Kindern und Jugendlichen. In: W. Rotthaus (Hrsg.): *Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Bereich*. Dortmund (Modernes Lernen), S. 149-157.