

Gerhard Rudnitzki, Roswita Huber

## Familietherapeutische Rehabilitationspraxis

1. Es ist schwierig, überhaupt rehabilitative Praxis zu beschreiben, ohne sich durch die Befürchtung gestört zu fühlen, daß man doch mißverstanden wird. Wir fürchten das Vorurteil, welches vermutlich durch das Wort „Rehabilitation“ suggeriert wird, daß nämlich Rehabilitationsmaßnahmen *nach* der Reparatur des Schadens zur Anwendung kämen: zuerst die medizinische Behandlung und dann die Rehabilitation, wenn überhaupt noch erforderlich!

Wir vertreten und praktizieren ein anderes Konzept. Für uns ist Rehabilitation ein Ansatz praktischer Sozialpolitik im Sinne des Virchow'schen Konzepts der „Medizin im Großen“<sup>1</sup>, Rehabilitationsmedizin folglich „der Entwurf auf eine künftige Medizin“<sup>2</sup> und nicht etwa nur ein Spezialgebiet der Medizin. Dieser Standpunkt wurde bezogen, weil es ganz einfach unbefriedigend ist, zur Durchführung eines Maßnahmenkatalogs am Fließband zu stehen, um den halbgesunden Patienten mit dem „letzten Schliff“ zu versehen, auf daß er wieder funktioniere. Das ist nicht nur deswegen unbefriedigend, weil solche Praxis den konkreten Erwartungen der Patienten widerspricht; es ist es auch, weil man als Therapeut einem Objekt Patient gar nicht begegnet, es sei denn mit dem Blick eines nach produzierter Stückzahl beurteilten „Arbeiters“, der seine Arbeitsleistung nach der Zahl der „Vorgänge“ mißt, die in seine als was auch immer ausgewiesene Leistungsstatistik eingehen.

Wenn also die Aufgabe oder der Auftrag die Wiederherstellung von Gesundheit zum Zweck der beruflichen und sozialen Integration impliziert, dann können die Bedingungen der Desintegration, der Traumatisierung und der Behandlung nicht Sache einer anderen Medizin sein als derjenigen, welche „rehabilitieren“ soll; dann kann auch zu keiner Zeit nebensächlich sein, was der Mensch wollte, als er und während er erkrankte. Seine Erlebnisziele bestimmten sein Handeln und beeinflussen seine Genesung bzw. sein neues Arrangement mit der Realität. Da er zudem zusammen mit anderen lebt und erlebt, sind diese anderen ihm immer gegenwärtig. Dies gilt selbstverständlich besonders für Menschen, die in ihrem Denken, Fühlen, Erleben, Hoffen und Wünschen auffällig geworden sind. Wie wir als Mediziner an ihrer Rehabilitation arbeiten, wollen wir hier berichten. Wir wollen aber auch darlegen, welche gesundheitspolitischen Überlegungen wir im Rahmen dieses Arbeitsansatzes angestellt haben.

2: Rehabilitation als Praxis der sozialen und beruflichen Reintegration kann nach unserer Erfahrung nur bezogen auf die „Soziale Heimat“ des Patienten gelingen. Uns war lange Zeit unklar, wie wir Zugang zu dieser „Sozialen Heimat“ finden sollten. Schließlich wiesen uns die Kranken mit „Familietherapie“ einen Zugangsweg. Denn nicht wir boten den Kranken, die zu uns gelangten, „Familietherapie“ an, sondern die Patienten legten

uns nahe, „familientherapeutisch“ mit ihnen umzugehen, indem sie mit ihrer Bezugsgruppe zu uns kamen oder uns ihre Bezugspersonen in Gesprächen und Handlungen so „zutrugten“, daß wir nicht umhin konnten, auch unsererseits auf diese zuzugehen, sie einzubeziehen.

In dem für unsere Arbeit typischen Kommunikationssystem einer horizontalen Funktionshierarchie (Team)<sup>3</sup> war es uns möglich, wahrzunehmen, daß psychotische Patienten regelmäßig mit ihrer genuinen Familiengruppe (mindestens aber einem Teil dieser Gruppe) in die Klinik kamen; sie begegneten uns also nicht mit einem eigenen Ich als autonome Personen, sondern als Teil eines „Gruppenichs“.

Wir hatten in unserer Wahrnehmung also immer eine „Gruppenperson“ vor uns, die zudem je nach Kontaktpartner auch noch zahlreiche Facetten aufwies, etwa so, wie auch einzelne differenzierte Personen sich mit zahlreichen Facetten darzustellen vermögen, wenn die entsprechenden kommunikativen Stimuli wirksam sind.

Der Psychotiker wirkte auf uns als Individuum zunächst (d. h. in der Aufnahmesituation) eher stumpf oder in den bekannten floriden Formen verrückt; die Inhalte und Funktionen dieser abnormen Verhaltensweisen (Stumpfheit wie auch Verrücktheit) wurden uns nahezu regelmäßig verständlich, wenn die Bezugsgruppe anwesend war, was für uns ein weiterer Anlaß (nach dem gemeinsamen Auftreten von Patient und seiner Familie) für „Familientherapie“ war. Während uns also der Psychose-Kranke in der Regel als Individuum ich-fragmentiert bzw. ich-schwach begegnete und nur die Konfrontation mit seiner Familie plastisch demonstrierte, wie sein Ich und seine Persönlichkeitsstruktur überhaupt hätte aussehen sollen — wie das Ich und die Gruppenpersönlichkeit seiner Familie nämlich —, hatten wir bezüglich neurotisch Kranker eine andere Wahrnehmung: Diese kamen auch meist nicht allein, aber sie kamen nicht mit Angehörigen ihrer genuinen Familie, sondern mit solchen aus der konjugalen Familie, dem Ehepartner und/oder Kindern nämlich oder Freunden und Bekannten, so als wollten oder müßten sie ihre Unabhängigkeit von ihrer genuinen Familie und ihre Eigenständigkeit in der Partnerwahl oder gar ihre Potenz (Kinder!) demonstrieren. Was wir also in der Begleitgruppe der Neurotiker wahrnahmen, war ihr Agierfeld oder ein Teil desselben. — Wichtig erscheint uns jedenfalls, zu betonen, daß wir kaum einen Patienten ohne andere Menschen kennenlernten. Aber auch die „Einzelgänger“ schienen uns eher mit einem jeweils andersartigen Agieren ihre Bezugspersonen vorzuenthalten, als bekunden zu wollen, daß sie keine hätten.

3. Zweifellos ist eine besondere Wahrnehmungsbereitschaft erforderlich, damit man sich einen so komplexen Auftrag nahelegen lassen kann wie den „Familientherapie“ genannten.

Man muß in der Lage sein

- die anderen Personen überhaupt zu sehen, die den Kranken auch zum Arzt begleiten, und
- sich vorzustellen, daß es gewichtige Gründe gibt, die dieses Auftreten einer ganzen Gruppe bedingen.

Ferner muß man bereit sein, den Besuch des Kranken nicht persönlich zu nehmen, im Sinne einer narzistischen Bestätigung z. B. oder Kränkung, wenn man erkennen will, wen er im Arzt bzw. Therapeuten anspricht oder

auf besondere Weise ignoriert, welche familiäre Beziehung er also (re-)konstruiert, wenn er sich hilfeschend oder Hilfe ablehnend darstellt<sup>4, 5, 6</sup>.

Aufgrund dieser Bereitschaften kann die Fähigkeit entwickelt werden, die wichtigen Bezugspersonen zu identifizieren, zu finden und kommunikativ in die Begegnung (Behandlung) mit dem Kranken einzubeziehen.

4. Mit der oben gegebenen typisierenden Darstellung unserer (Team-) Wahrnehmung wird zum einen der Krankheitsbegriff skizziert, mit dem wir arbeiten, zum anderen aber wird ausdrücklich dargelegt, warum wir unsere Arbeit familientherapeutisch akzentuieren. Der familientherapeutische Ansatz bezieht sich sowohl auf die Interpretation von (Krankheits-) Verhalten als auch auf das therapeutische Setting in der Klinik und auf das therapeutische Arrangement nach Beendigung der Krankenhausbehandlung.

Über die sich daraus ergebenden Probleme, Konflikte und (institutionellen) Konsequenzen kann an dieser Stelle nicht ausführlicher berichtet werden<sup>7</sup>.

Praktisch wird der zur Behandlung kommenden Gruppe vermittelt, daß nicht die Therapeuten Änderungen bewirken, sondern lediglich der Gruppe helfen können, zu verstehen, was geschieht, wenn ein Gruppenmitglied krank werden muß. Damit wird ausgesagt, daß das Bedingungsgefüge für die Störung/Dekompensation des einen Kranken in der Gruppe gesucht werden muß oder, daß die Gruppe gehalten ist, dazu beizutragen, daß das Bedingungsgefüge woanders aufgesucht wird. Sie erklären sich allerdings grundsätzlich bereit, diejenigen Hilfen zu geben, über die sie verfügen, niemals aber, ohne deren Indikation mit der Gruppe zu kommunizieren. Unserer Erfahrung nach ist es von unschätzbarem Wert für eine produktive Arbeitsbeziehung zwischen Familiengruppe und therapeutischem Team, die Hilfsbedürftigkeit der Familie zunächst voll zu akzeptieren, auch wenn das „Ansinnen“ darin besteht, den offenbar „Falschen“ in stationäre Behandlung aufzunehmen. Wichtigstes Prinzip der Therapie ist von Anfang an, den Unterschied zwischen Krankenhausrealität und äußerer Realität zu thematisieren, also ständig eine Übergangssituation zu konstellieren, um der Familie Veränderung als therapeutisches Agens zu vermitteln und auf diese Weise das unter den gegebenen Umständen erreichbare konkrete Veränderungspotential zu entwickeln.

Dadurch wird das Krankenhaus zwar nicht zum Anstellungsträger der Therapeuten reduziert, aber flexibler gehandhabt, eben instrumentalisiert im Sinne der Entwicklungsinteressen der Kranken. Es hat dann mehr die Funktion eines Stütz-Punktes und einer „Ausbildungsstation“ für die Vermittlung von Bereitschaften, Fähigkeiten und Techniken, um in der sozialen Realität zu bestehen<sup>8</sup>.

5. Um das Bestehen in der sozialen Realität zu ermöglichen, müssen die folgenden Rehabilitationsziele mit der Bezugsgruppe (in der Regel eine Familiengruppe) kommuniziert werden. Als Zielhorizont könnte man anbieten, Störungen in einem System, das aus dem Gleichgewicht geraten ist, zu beseitigen, um entweder zu dem alten Balancezustand vor der Erkrankung zurückzuführen oder auf einem neuen Niveau einen tragfähigen Gleichgewichtszustand herzustellen<sup>9</sup>.

Wenn man Familien als ein System betrachtet, in dem die Mitglieder

voneinander abhängen, so muß sich auch hier Erkrankung als Störung des funktionierenden Gleichgewichts äußern und Therapie zu stabiler Funktionsfähigkeit führen. In der aktuellen Psychiatriepraxis stellt sich Behandlung meist so dar, daß entweder ein Familienmitglied als Dauerpatient Spannungen zuverlässig kanalisiert, oder daß ein ständiger Wechsel zwischen pathologischem Gleichgewicht — Erkrankung des Patienten und seine Ausgrenzung — Wiederherstellung des alten pathologischen Gleichgewichts — Wiedererkrankung des Patienten usw. erfolgt.

Wie sieht dagegen die Zielsetzung der familientherapeutisch akzentuierten Rehabilitation aus?

Wenn wir Erkrankung/Dekompensation als Ausdruck einer Krise im Familiensystem sehen, so muß Therapie dazu verhelfen, die Regulationsmechanismen so zu reorganisieren, daß die Notwendigkeit der Erkrankung oder Ausgrenzung eines oder mehrerer Mitglieder entfällt. Zudem muß diese Regulation über den Therapiezeitraum hinaus tragfähig bleiben. Das Wunschziel wäre dabei, daß die Gruppe lernt, den Signalcharakter von Symptomen nicht mit Angst und Ausgrenzungstendenzen zu beantworten, sondern als Hinweis auf einen ungelösten Gruppenkonflikt zu sehen, der eine Veränderung der bestehenden Situation erfordert. Die Arbeit an der Konfliktodynamik sollte zu einer größeren Autonomie im Umgang mit Beziehungen im Rahmen der Bezugsgruppe führen. Dieses Wunschziel, daß die Richtung unseres autonomie- und konfliktbezogenen Ansatzes beschreibt, läßt sich in den konkreten Therapien häufig nicht realisieren.

Manchmal gelingt es stattdessen, den Patienten aus der Gruppe zu entlassen und den Rest der Familie auf einem neuen — wenn auch immer noch pathologischen Gleichgewicht — zu stabilisieren. Häufiger noch ergibt sich ein dritter Weg. Der Primärpatient bleibt krank, was besonders bei schon sehr lange anhaltenden Krankheitsprozessen der Fall ist. Die Gruppe aber lernt in der therapeutischen Arbeit, sich auf einem gesünderen Niveau zu stabilisieren. Auch diesen Ansatz halten wir für legitim, da er ausgesprochen präventiven Charakter hat, besonders, wenn man die Mehrgenerationentheorie der Psychosegenese in Betracht zieht. So lernten beispielsweise die Geschwister eines unserer Patienten an ihren Kindern Verhaltensformen erkennen, wie sie sie von dem Kranken aus dessen Kindheit erinnerten. Durch gezielte Arbeit konnten hier Einstellungsänderungen der Eltern zu diesen Kindern erreicht werden, die weitere psychotische Dekompensationen in diesen Geschwisterfamilien weniger wahrscheinlich machen dürften (siehe dazu auch Anmerkung 8!).

6. Wie verhält sich nun dieser familientherapeutische Rehabilitationsansatz zu unserem gesundheitspolitischen System?

Er scheint sich unter mehreren Aspekten nicht in den gegebenen Rahmen einzupassen. Denn einmal kontaktieren in diesem Ansatz ein Therapeut oder sogar mehrere Therapeuten (als Gruppe) mit einer ganzen Gruppe von Patienten, die ein Beziehungssystem zur Behandlung anbieten. Zum anderen verläßt der Therapeut das sonst die Arzt-Patient-Beziehung normierende Feld der Institutionen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Praxen, Kuranstalten, Rehabilitationseinrichtungen usw.) und begibt sich an den sozialen Ort des Patienten. Damit setzt er sich „ungepanzert“, d. h. als

Person erreichbar, den Eindrücken der Umgebung „der anderen“ aus. Das bedeutet für ihn Konfrontation und Auseinandersetzung mit einer anderen sozialen Situation und damit die kritische In-Frage-Stellung eigener gewohnter Positionen, die in eine Beziehung zu der Realität der anderen sozialen Gruppe gebracht werden müssen.

Für die Familien und Gruppen, welche mit einer konfliktbezogenen und Autonomie fördernden Behandlungsstrategie arbeiten lernen, ergibt sich eine ähnliche Konsequenz. Wenn durch die Therapie eine Erweiterung der Autonomie im Umgang mit Beziehungen im Rahmen sozialer Gruppen erreicht wird, kann diese Autonomie nicht auf das eigene Beziehungssystem begrenzt werden, sondern wird als autonomes Verhalten auf den Umgang mit institutionellen Einrichtungen des Gesellschaftssystems sich auswirken. Die Funktion autonomen Verhaltens ist nun aber auch die Fähigkeit zu konstruktiver und kritischer Auseinandersetzung mit dem umgebenden Gesellschaftssystem und damit gleichbedeutend mit der Entwicklung politischer Entscheidungsfähigkeit. Wer diese Perspektive aus seinem therapeutischen Zielhorizont ausklammert, entmündigt den Patienten für weite Bereiche des sozialen Lebens.

Im Rahmen des Leistungsgefüges unseres heutigen Sozialversicherungssystems aber ist Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsbereitschaft des Patienten praktisch nicht vorgesehen. Leistungen können nicht durch Entscheidungen des Patienten in Anspruch genommen oder aufgegeben werden, sondern die Regulierung von Leistungen erfolgt auf der „objektivierten“ Ebene der Interaktion von Gesundheitsfachleuten (vor allem Ärzten) und Verwaltungen. Der Patient, der sich als verwaltetes und diagnostiziertes Objekt akzeptiert, ist aber Aufgabe für den Familientherapeuten, nicht das Ziel seiner therapeutischen Bemühungen.

So bewegt sich sozial- und autonomiebezogene Familientherapie an der Grenze zu sozial- und gesundheitspolitischer „Devianz“. Das zeigt sich einmal in der fehlenden Bereitschaft der Sozialversicherungsträger, solche Arbeit in ihren Leistungskatalog aufzunehmen, zum anderen in der Tendenz der offiziellen medizinischen und psychiatrischen Fachgremien, solche Ansätze zu isolieren oder in die Subkultur abzudrängen<sup>10</sup>.

Die konsequente Einführung solcher Ansätze in die gesamte Psychiatrie oder in die Medizin setzt ein verändertes Selbstverständnis der Patienten, der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, vor allem der Ärzte, sowie auch der Verantwortlichen bei den Sozialversicherungsträgern voraus. Daß diese Forderung nicht eine Außenseiterposition markiert, weisen zahlreiche Vorschläge von Experten aus, die am „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ mitgearbeitet haben<sup>11</sup>.

Das Erlernen der schrittweisen Übernahme von Verantwortung für sich selber und die eigene Gesundheit durch den Patienten würde konsequent zu einem präventiven Verhalten führen, in der utopischen Ausformung zu einem kooperativen Umgang zwischen Therapeuten, Patienten und Institutionsvertretern, zu einer „präventiven Kultur“, in der gemeinsam an der Erhaltung oder der Wiedererlernung gesunder Balancezustände gearbeitet wird<sup>12</sup>.

Anmerkungen

1 Schadewaldt, H.: „Die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.“ Die Wissenschaftstheorie bei Rudolf Virchow. Deutsches Ärzteblatt/Ärztl. Mitteilungen 69, 35—38 (1972) 20 Seiten.

2 Rudnitzki, G.: Rehabilitationsmedizin zum Beispiel. Zum gesellschaftlichen Auftrag der Medizin. Ethnomedizin II, 1/2 (1972) 133—139.

3 Rudnitzki, G., Huber, R.: Integrale Psychotherapie. Erfahrungen mit psychotherapeutischer Arbeit im Kommunikationsfeld umfassender Rehabilitationsmaßnahmen. Heidelberg: Verlag der Stiftung Rehabilitation 1975. Seiten 22—34.

4 Fenichel, O.: Hysterien und Zwangsneurosen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1973.

5 Searles, H. F.: Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. München: Kindler 1975.

6 Greenson, R. R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett, 1973.

7 Siehe dazu die demnächst in Psychiatrische Praxis erscheinende deutsche Fassung einer auf dem V. Internationalen Symposium über Psychotherapie der Schizophrenie in Oslo/Norwegen (13.—17. 8. 75) referierten Arbeit von Huber, R. und Rudnitzki, G.: Familientherapie am sozialen Ort — Beispiel einer vernetzten Familientherapie. S. auch Rudnitzki, G. und Huber, R.: a.a.O.

8 Rudnitzki, G., Huber, R.: a.a.O., S. 138—165.

9 Menninger, K.: Das Leben als Balance. München: Piper 1968.

10 Siehe z. B. Situation der Free Clinic in Heidelberg. Autoren-Team der Free Clinic Heidelberg: Selbsthilfe durch Selbstorganisation. psychologie heute 2, 11 (1975) 12—17.

11 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Darin vor allen Dingen die Kapitel B. 2, B. 3, B. 4 und B. 6.

12 Siehe Huber, R., und Rudnitzki, G.: Möglichkeiten sozialer Therapie (am Beispiel eines familientherapeutischen Ansatzes) im Rahmen unseres sozialpolitischen Systems. Referat anlässlich des 6. Reisenburg-Gesprächs am 29. 11. 1975.