

Der Hut des Forschers und der Hut des Therapeuten

Ein Erfahrungsbericht aus der Eppendorfer Familientherapiestudie

von Andreas Schindler und Brigitte Gemeinhardt

Die Expertise von Sydow, Beher, Retzlaff und Schweitzer-Rothers (2006a; 2006b; s. Artikel von Stephan Baerwolff in dieser Ausgabe) versucht die Wirksamkeit systemisch-familientherapeutischer Ansätze insgesamt zu belegen. Dazu wurden alle auffindbaren randomisierten und kontrollierten Evaluationsstudien gesichtet und darauf reduziert, ob sie die Wirksamkeit dieser Ansätze belegen oder nicht. Wir hatten das Glück, an einer solchen Studie sowohl therapeutisch als auch wissenschaftlich mitarbeiten zu können. Am Beispiel dieser Eppendorfer Familientherapiestudie („EFT“, Thomasius, 2004; Thomasius, Sack, Schindler, Küstner, Gemeinhardt, Redegeld, Weiler, Zeichner, 2005) wollen wir die Komplexität derartiger Studien und die Differenziertheit ihrer Ergebnisse aufzeigen. Zudem möchten wir die Wechselwirkungen zwischen Forschung und Therapie im Rahmen solcher Studien untersuchen. Wir hoffen damit nicht zuletzt Berührungsängste systemischer Therapeuten gegenüber empirischer Forschung abzubauen. Das Beforschen eines therapeutischen Ansatzes implementiert eine zusätzliche Beobachtungsebene in das therapeutische Setting. Da die Forschung anderen Regeln gehorcht als die Therapie, ergeben sich daraus eine Reihe von Fragen und Spannungsfeldern, z.B.

- zwischen dem Wunsch Probleme klar zu definieren und quantifizierbar zu machen und dem therapeutischen Bemühen, Problemfestschreibungen zu lösen;
- zwischen dem Wunsch nach möglichst standardisierten, manualisierten, kontrollierten und randomisierten Behandlungsbedingungen und dem therapeutischen Bemühen um ein möglichst individuelles Ankoppeln an die Anliegen eines Klientensystems.
- zwischen dem Wunsch der Klienten nach der bestmöglichen Behandlung und den Zumutungen der Datenerhebung
- zwischen dem Wunsch nach objektiver Beobachtung und der Veränderung des Beobachtungsgegenstandes durch die Beobachtung
- außerdem stellt sich die Frage, wie man den Informationsfluss organisiert, wer welche Daten erhebt und wer welche Informationen bekommt?

Das System der Eppendorfer Familientherapiestudie

Das System einer Therapieevaluationsstudie ist geprägt von der Doppelstruktur als Forschungsprojekt und als Behandlungseinheit. Finanziert wurde die Studie und damit auch die Behandlungen, über den Förderschwerpunkt Drogenabhängigkeit des Bundesforschungs-

nisteriums (BMBF). Beantragt und geleitet wurde die Studie von Prof. Dr. R. Thomasius. Ziel des Projektes war, zu untersuchen, ob sich die positiven Effekte systemisch-familientherapeutischer Ansätze bei Drogenabhängigen in amerikanischen Studien auch auf europäische Verhältnisse übertragen lassen. Vorgabe war, innerhalb von drei Jahren mit drei neu eingestellten Therapeuten (auf zwei Vollzeitstellen) 70 Familien zu behandeln und die Behandlung aufwändig zu evaluieren. Hierzu wurde zusätzlich ein Statistiker eingestellt, darüber hinaus arbeiteten eine Reihe von Praktikanden und Doktoranden in der Forschung mit. Die Infrastruktur der Studie stellte die Hamburger Universitätsklinik. Die Behandlung war keine Kassenleistung, die Familien mussten selbst auch keine Kosten tragen, sie mussten „lediglich“ bereit sein, sich beforschen zu lassen. Das bedeutete, sich einer aufwändigen Diagnostik (Prä-, Post-, und Katamnesen) zu unterziehen, nach jeder Therapiesitzung Fragebögen auszufüllen und die Behandlung auf Video aufnehmen zu lassen. Auf therapeutischer Seite begann die Tätigkeit mit massiver Öffentlichkeitsarbeit, um die 70 Familien überhaupt zu finden und für das Projekt gewinnen zu können. So wurde das Projekt unter anderem in allen anderen relevanten Behandlungseinrichtungen vorgestellt.

Die Aufgaben des therapeutischen Teams waren im weiteren Verlauf dann Eingangsdiagnostik, Therapie, bzw. Co-Therapie, Verlaufsmessung, Diagnostik der Kontrollgruppe und Katamnesen. Hierbei wurde darauf geachtet, die eher problemzentrierte Diagnostik personell von der eher lösungsorientierten Therapie zu trennen. D.h. der Therapeut war nie gleichzeitig Diagnostiker in derselben Familie. Therapeutisch wurde immer mit einem Team von Therapeut und Co-Therapeut im Zweikammersystem gearbeitet. Für eine Familie war immer derselbe Behandler als Therapeut zuständig, wogegen der Co-Therapeut wechseln konnte. Alle Sitzungen wurden auf Video aufgezeichnet, um hinterher durch einen externen Beobachter die Manualtreue des therapeutischen Vorgehens überprüfen zu können. Soweit möglich, waren Praktikanten oder Doktoranden damit beauftragt, die Fragebögen der Familien auszugeben, einzusammeln und gegebenenfalls zu erklären und anzumahnen. Zu jeder Sitzung gab es eine Vor- und Nachbesprechung der Therapeuten. Hinzu kam ein externer Supervisor sowie Fallbesprechungen mit dem Projektleiter. Die Informationen aus der Prä-Diagnostik wurden den Therapeuten zur Verfügung gestellt, daneben gab es allerdings keinen direkten Rückfluss von Forschungsdaten in die Behandlung. Das therapeutische Setting umfasste immer ein therapeutisches Familiengespräch von etwa 40 Minuten, dann eine Besprechungspause der Therapeuten und einen Abschlusskommentar, seltener auch ein Reflecting Team.

Studiendesign

Die Eppendorfer Familientherapiestudie ist eine kontrollierte, naturalistische Therapieevaluationsstudie. Messungen erfolgten vor, während und nach der Therapie sowie in Form von ein- und zwei-Jahres-Katamnesen. Es wurden Quer- und Längsschnittvergleiche sowie Therapieprozessanalysen durchgeführt. Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 10.7 (SD=5.2) Familientherapie-Sitzungen.

Die Stichprobe bestand aus N=86 Familien mit einem drogenabhängigen, Opiate konsumie-

renden Jugendlichen oder jungen Erwachsenen (Alter 14 – 25 Jahre; 31% weiblich, 69% männlich). Die Studie zielte dabei auf Drogenkonsumenten mit einer beginnenden, d.h. nicht länger als zwei Jahre bestehenden Abhängigkeit. Kontrollgruppe waren N=38 stationäre Patienten einer therapeutischen Gemeinschaft. Zusätzlich wurden Referenzdaten aus der EBIS, der bundesweiten Dokumentation der Beratungs- und Behandlungsstellen im Suchtbereich (Treatment-as-Usual, „TAU“) herangezogen

Therapeutischer Ansatz

Das therapeutische Vorgehen integriert systemische, lösungsorientierte und strategisch-strukturelle Ansätze mit den speziellen Anforderungen im Suchtbereich - stark verkürzt eine Kombination aus strategisch-strukturellem Problemverständnis, systemischem Setting und lösungsorientiertem Therapieprozess skizzieren. In der ersten Therapiephase standen Anliegenklärung (z.B.: Abstinenz, familiäre Beziehungen, elterliche Paarbeziehung, psychische Befindlichkeit), Definition eines Therapieauftrags und die Erarbeitung konkreter (vorläufiger) Therapieziele im Vordergrund. Anschließend ging es um das Erreichen dieser Ziele und gegebenenfalls die Anpassung der Zielformulierung. Nach Erreichen der Haupttherapieziele (i.d.R. Drogenabstinenz und Klärung familiärer Beziehungen) wurde schließlich daran gearbeitet, die Veränderungen in den Alltag zu transferieren und weiteren Entwicklungsschritten Raum zu geben (z.B. Jugendliche: Autonomieentwicklung / Ablösung von den Eltern; Eltern: Zulassen der Ablösung / Umgang mit „Empty-nest-situation“ / Rückbesinnung auf eigene Person / Neudefinition der Partnerschaft; Entwicklung neuer Lebensperspektiven; gegebenenfalls Vermittlung in weitere therapeutische Maßnahmen)

Ausgewählte Ergebnisse

Die Studienergebnisse sind an anderer Stelle vollständig publiziert (Thomasius, 2004; Thomasius et al., 2005), wir werden uns hier darauf beschränken, einige Befunde heraus zu greifen, die die Komplexität von Therapieforschung verdeutlichen. Die Evaluationskriterien der Studie waren die Haltequote, der Sucht-Status der Indexpatienten, die Qualität der Familienbeziehungen, die Symptombelastung aller Familienmitglieder sowie deren Psychosoziale Integration und Therapiezufriedenheit.

Allgemein gilt im Suchtbereich die **Haltequote** (Wie viele Patienten brechen die Therapie nicht vorzeitig ab?) als der beste Indikator für langfristigen Erfolg. Dabei schneiden familientherapeutische Ansätze in der Regel weit besser ab als Einzelbehandlungen. Auch in unserer Studie hatte die Eppendorfer Familientherapie („EFT“) eine Haltequote von 72% (Behandlungsdauer: MW=10.7 (SD=5.2) Familientherapie-Sitzungen in 6-9 Monaten) und die Kontrollgruppe Therapeutische Gemeinschaft („TG“) 37% (Behandlungsdauer: 6-12 Monate stationär).

Beim kurzfristigen **Suchtstatus** ist das Behandlungsergebnis der Indexpatienten in der TG etwas besser. Bezieht man allerdings die Haltequote mit ein (intend-to-treat-data), so ist die EFT deutlich überlegen. Hier erreichen 73% der IP das Therapieziel „Opiatabstinenz“ bei The-

rapieende. Überraschenderweise bedeutete das nur bei 63% der IP eine mindestens „deutliche“ Verbesserung im Suchtstatus. Dies erklärt sich mit einer Zunahme von „Ersatzdrogen“ wie Cannabis und Alkohol, die weniger als die Opiate im Fokus der Behandlung standen. Langfristig zeigt sich aber eine stabile und nachhaltige Verbesserung des Sucht-Status. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass die EFT bei schwererer Opiatabhängigkeit etwas weniger erfolgreich war. Aus therapeutischer Sicht ergab sich hier der Eindruck, dass die Bearbeitung familiärer Konflikte und Verstrickungen auch bei den schwerer Abhängigen notwendig, aber nicht immer hinreichend war. Hier wurde häufiger am Ende der EFT in weitere, oft stationäre Behandlungen vermittelt.

Ein weiterer wichtiger Punkt zeigt sich im Vergleich der EFT mit den Referenzdaten aus ambulanten Beratungsstellen (Treatment-as-usual, „TAU“). Während von TAU die meisten Patienten „etwas“ profitierten, polarisierte die EFT. Ein deutlich höherer Anteil von Patienten profitierte hier so stark, dass das Problem als „vollständig gebessert“ eingestuft wurde, gleichzeitig gab es aber auch einen höheren Anteil von „nicht gebesserten“. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass EFT offenbar für einen Teil junger Drogenabhängiger sehr gut geeignet ist, für einen anderen aber eben nicht. Damit stellt sich die Frage nach den Kriterien für eine differentielle Indikation.

Bei der Belastung mit **psychiatrischen Symptomen** ergaben sich interessante Unterschiede zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Bei den zu Beginn stark belasteten Indexpatienten und Müttern zeigte sich eine nachhaltige Reduktion. Die Geschwister dagegen veränderten sich kaum, waren aber ohnehin nicht besonders belastet. Die Väter fühlten sich zu Therapiebeginn ebenfalls kaum belastet, ihre Symptome nahmen aber bis zur Mitte der Behandlung zu und erst zum Ende wieder bis zum Ausgangsniveau ab. Unsere Interpretation dieses Ergebnisses ist, dass die Schwere der Problematik für die Väter erst im Laufe der Therapie spürbar geworden ist und dann mit fortschreitendem Behandlungserfolg wieder abnahm.

66% der Familien zeigen am Ende der Therapie eine deutliche bzw. sehr deutliche Verbesserung der **Familienbeziehungen**. Diese Verbesserung zeigte sich auf allen Skalen der Familienbögen, mit Ausnahme der Skala „Kontrolle“. Hier zeigte sich eine signifikante Zunahme der Werte, was üblicherweise als Verschlechterung gewertet wird. Angesichts der Problematik der Familien verstehen wir dieses Ergebnis aber als durchaus angemessenen Entwicklungsschritt. Es bedeutet nämlich, dass die Eltern zunächst einmal mehr Kontrolle über ihr heranwachsendes Kind und dessen Drogenkonsum ausüben. Die alters entsprechende Ablösung von den Eltern und das Herauswachsen aus deren Kontrolle ist dann erst ein späterer Schritt.

Auch mit diesem erhöhten Maß an elterlicher Kontrolle halten die Indexpatienten die Beziehungen zu ihren Eltern schon bei Therapieende für verbessert und in Ordnung. Eltern und Diagnostiker sehen das erst ein bis zwei Jahre nach Therapieende so. Dies ist ein in familientherapeutischen Studien häufig beschriebener Verzögerungseffekt, der als Indiz dafür gelten kann, dass in der Behandlung Prozesse angestoßen werden, die auch nach deren Ende wei-

terlaufen.

Ein ähnlicher Effekt zeigt sich bei der **psychosozialen Integration**. Auch hier zeigen sich bei den IP bereits am Ende der Behandlung nachhaltige Verbesserungen, bei den Eltern aber erst in den Nachuntersuchungen. Dieses Ergebnis führen wir darauf zurück, dass an der psychosozialen Situation der IP sehr konkret therapeutisch gearbeitet wurde, und dass sich die Situation der Eltern erst mittelbar ändert, nachdem eine Lösung für die drängenderen Probleme der IP auf den Weg gebracht ist.

Die **Therapiezufriedenheit** lag bei allen Familienmitgliedern sehr hoch, was wir uns gerne als positives Feedback anrechnen. Einen Einfluss hatte hier sicher auch die Erwartung der Familien, dass die Therapeuten ihre Rückmeldungen zu lesen bekämen.

Dass die Zufriedenheit bei allen Familienmitgliedern gleich hoch ausfiel, werten wir als Indiz für eine offenbar gelungene Allparteilichkeit der Therapeuten.

Zusammenfassend lassen sich folgende **klinische Schlussfolgerungen** ziehen. Die EFT ist der Einzelbehandlung bei der Haltequote deutlich überlegen. Bei erheblich geringerem Aufwand zeigt sie ähnlich große Therapieerfolge wie die TG. Unter Berücksichtigung der Haltequote (intent-to-treat-data) ist die der Therapieerfolg der EFT deutlich größer. Bei schwerer und länger Abhängigen erscheint die Familientherapie als notwendige aber allein nicht ausreichende Behandlung. Außerdem wird die Notwendigkeit einer genaueren Indikationsstellung deutlich, da die EFT stärker als übliche Behandlungen (TAU) zwischen sehr erfolgreichen und gar nicht erfolgreichen Familien polarisiert. Die EFT verringert Symptombelastung von IP und Müttern. Sie verbessert die psychosoziale Integration aller Beteiligten und verbessert die familiären Beziehungen. Beide Effekte stellen sich z. T. erst nach Therapieende ein, d.h. die EFT stößt offenbar längerfristige Entwicklungen an.

Offene Fragen zur Interaktion zwischen Forschung und Therapie: Schreibt die Forschung Probleme fest?

Der Ausgangspunkt dieser Frage ist die Tatsache, dass man für eine Therapieevaluation zunächst einmal sehr genau und möglichst in standardisierter Form die Problematik der Patienten erheben muss. Es wurde daher im Projekt eine deutlich intensivere Diagnostik betrieben als sonst in der Praxis üblich. Diese Diagnostik war zudem hauptsächlich störungszentriert. Es lässt sich also nicht ausschließen, dass durch die Forschung Probleme festgeschrieben wurden und die lösungsorientierte Behandlung dadurch erschwert wurde. Wir haben diesen Punkt in der Praxis nicht als problematisch empfunden. Die Familien erlebten sich selbst in der Regel ohnehin in einer massiven Krisensituation, so dass sie das genaue diagnostische Nachfragen eher als ein Ernstnehmen ihrer Situation empfanden. Dennoch haben wir versucht, für die Familien Forschung und Therapie deutlich zu trennen. Das hieß unter anderem, dass die Diagnostik grundsätzlich nicht von dem Therapeuten der Familie durchgeführt wurde.

Eine andere Frage in diesem Zusammenhang ist die nach den Implikationen des Projekttitels „Familientherapie“. Der Rahmen des Projektes kennzeichnet damit zumindest eine Beteiligung der Familie an der Lösung des Problems. Der Begriff „Familientherapie“ kann aber auch dazu führen, dass sich Familienmitglieder als Teil des Problems definieren. Unserer Wahrnehmung nach war dies in einem Teil der Familien der Fall. Es gab aber auch Familien, in denen das Problem aus Sicht der Eltern ausschließlich bei den IP lag und aus Sicht der IP bei den Eltern. Diese gegenseitigen Problemzuschreibungen der Familienmitglieder empfanden wir als schwierig, aber im systemischen Sinne lösbar. Der entscheidende therapeutische Punkt war hier eine Auftragserarbeitung, in der sich alle Familienmitglieder mit ihren Anliegen wieder fanden.

Schränkt die Forschung die therapeutische Flexibilität ein? Wie kann man flexibel an die Anliegen der Klienten ankoppeln, wenn man manualgetreu behandeln soll?

Ein wichtiges Gütekriterium für Therapieevaluationsstudien ist die Manualtreue, also der Nachweis, dass man den Probanden die Art von Behandlung zukommen lässt, die vorher definiert wurde und nicht irgendetwas anderes. Das Verlassen des vorher definierten Behandlungsrahmens bedeutet für die Forschung einen Drop-Out. Im Falle unserer Studie wurde der Behandlungsansatz vorher unter dem Titel „Eppendorfer Familientherapie“ ausdefiniert. Die Videoaufzeichnung jeder einzelnen Therapiesitzung ermöglichte außerdem die spätere unabhängige Überprüfung der Manualtreue.

Manuale haben oft den Beigeschmack von etwas sehr Technischem, von einem Therapieprogramm, das ohne Ansehen der beteiligten Personen durchgezogen wird. Es lässt sich besser damit leben, wenn man sie als verbindliche Beschreibungen des eigenen therapeutischen Vorgehens betrachtet. Wichtig bei der Manualisierung ist, den vorher abgesteckten Rahmen der Behandlung nicht unnötig eng zu ziehen. Das Manual sollte also weit genug gefasst sein, um im Rahmen des jeweiligen Therapieverfahrens und im Hinblick auf die jeweilige Zielgruppe flexibel an die Anliegen der Klienten ankoppeln zu können. Ein Problem entsteht allerdings, wenn man im Verlaufe einer Studie bereits so viel dazu lernt, dass man das therapeutische Vorgehen einschneidend verändert. Wenn dies möglich sein soll, benötigt man entweder einen anderen Forschungsansatz oder eine zweite Studie, in deren Manual dann das neu Gelernte einfließt.

Aber ebenso wie die Beschränkung auf die Zielgruppe „Familien mit drogenabhängigem Jugendlichen/Jungerwachsenen“ stellt natürlich auch die Definition der „Eppendorfer Familientherapie“ eine Beschränkung dar, allerdings eine durchaus sinnvolle. Unser Angebot war eben nicht analytisch oder verhaltenstherapeutisch sondern systemisch. Was die Eingrenzung der Zielgruppe betrifft, so haben wir es einerseits abgelehnt, Familien zu behandeln, in denen aus unserer Sicht kein manifestes Drogenproblem vorlag (und deren Aufnahme in das Projekt möglicherweise erst mit dazu beigetragen hätten, ein solches zu konstruieren, s. o.). Andererseits haben wir auch Familien abgelehnt, bei denen wir z.B. eine eindeutige stationäre Behandlungsnotwendigkeit sahen.

Interaktion zwischen Forschung und Therapie: Verändert die Forschung die therapeutische Beziehung?

Über das Forschungsprojekt wurde das Behandlungsangebot finanziert. Das heißt, wir mussten uns weder mit den Regularien kassenfinanzierter Psychotherapie herumschlagen, noch entstanden den Familien irgendwelche Kosten. Andersherum wurden die Familien aber auch nicht für die Teilnahme am Forschungsprojekt bezahlt (ein Punkt der im Suchtbereich nicht unwichtig ist). Die Familien bekamen also die Behandlung für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Forschung. Natürlich war es nicht immer einfach alle davon zu überzeugen, regelmäßig ihre Fragebögen auszufüllen. Davon abgesehen waren unsere Erfahrungen aber sehr positiv. Wenn man den Hintergrund der Forschungsfragestellung und den Nutzen für zukünftige Therapien einigermaßen plausibel erklären kann, dann lässt sich die Akzeptanz der allermeisten Beteiligten erreichen. Unser Eindruck war sogar, dass die Forschung dem Bedürfnis der Kunden/Klienten/Patienten entgegenkommt, die „bestmögliche“ Therapie zu bekommen. In wieweit ein aufwändiges Forschungsprojekt dabei auch so etwas wie High-Tech-Schamanismus („bei so einem Aufwand muss die Therapie einfach toll sein...“) vermittelt, sei einmal dahin gestellt.

Was ein Forschungskontext in jedem Falle mit sich bringt, ist erheblich mehr an Beobachtung. Unser Eindruck war, dass dies für die Familien kein sonderliches Problem darstellte. Ihre Bereitschaft sich auf die Behandlung einzulassen, schien wie sonst auch von der Qualität der therapeutischen Beziehung abzuhängen. Alles andere (Datenerhebung, Spiegelscheibe, Videoaufzeichnungen etc.) hat den Therapieprozess nicht gestört, sofern es vorher transparent gemacht und plausibel erklärt wurde. Für uns als Therapeuten war es vielleicht die größere Umstellung, sich in der Arbeit nicht nur von seinen Klienten, sondern immer auch von Co-Therapeuten, Videoaufzeichnungen und Forschungsdaten beobachtet zu wissen. Diese zusätzlichen Reflexionsebenen bekamen den Charakter einer permanenten Supervision und Selbsterfahrung im Therapiekontext. Das war nicht unanstrengend, brachte aber auch einen unglaublichen Lerneffekt mit sich.

Verändert die Forschung ihren Beobachtungsgegenstand?

Ein solcher Lerneffekt wäre ein Beispiel für die Veränderung des Forschungsgegenstands durch die Forschung. In diesem Falle könnte man untersuchen, ob der Lerneffekt die Therapieergebnisse beeinflusst hat, ob also die Therapien am Ende des Projektes erfolgreicher waren als am Anfang.

Grundsätzlich gilt aber, dass Therapieforschung ausschließlich beforschte Therapie zu sehen bekommt. Ob und wie sich beforschte von unbeforschter Therapie unterscheidet, wäre eine hochinteressante, aber leider völlig unmögliche Forschungsfragestellung.

Literatur

Thomasius, R. (Hrsg.) (2004) Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmißbrauchs. Eine Studie zu Therapieeffekten und –prozessen. Kovac, Hamburg.

Thomasius, et al. (2005) Familientherapie als Frühintervention bei drogenabhängigen Kindern, Jugendlichen und deren Müttern: Effektstärken und individuelle Verbesserungen bei den Therapie-Beendern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.