

## Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme

Arist v. Schlippe

### Zusammenfassung

Chronische Krankheit spielt sich nie in einem luftleeren Raum ab, sondern ist immer eingebettet in vielfältige systemische Zusammenhänge. Dies ist die Kernaussage des folgenden Beitrages<sup>1</sup>, der an einen Text von mir anschließt, der in Heft 1/1999 der Systema veröffentlicht wurde. Wieder werde ich mit einem Beispiel beginnen, um die zentrale Aussage zu illustrieren.

### Ein Beispiel

Zu einem Familiengespräch am Ende eines „Luftkurses“<sup>2</sup> hatten wir die allein erziehende Mutter, die 13-jährige Patientin Anna und die Oma, Mutters Mutter, eingeladen, weil dem Team im Verlauf der Kurswoche deutlich geworden war, dass es zwischen den Dreien offenbar teils sehr belastende Interaktionen gab. Im Gespräch zeigte sich schnell ein Muster, in dem jeweils die Tochter ihrer Mutter die Schuld dafür gab, selbst unglücklich zu sein: „Du hast alles falsch gemacht!“ Dieses Muster setzte sich über die Generationen fort. Es saßen dort drei Personen – zwei Mütter, die sich schuldig fühlten, zwei Töchter voller Ressentiments gegenüber ihren Müttern. Zwischen der asthmakranken Anna und ihrer Mutter hatte dieses Muster eine besondere Form gefunden.

Die Mutter fühlte sich schuldig an der Krankheit der Tochter: das Asthma sei eine psychosomatische Erkrankung und man habe ihr gesagt, dass ihre Tendenz, sich zu sehr an Anna zu klammern, die Krankheit verursacht hätte. Nicht nur die Nachbarin vertrat diese Meinung, auch eine psychologisch vorgebildete Freundin und nicht zuletzt ihre Psychotherapeutin. Anna hatte dazu passend die Einstellung entwickelt, sich an nichts halten zu müssen, was ihr die Mutter vorschrieb, dies betraf auch das eigene Krankheitsmanagement: sie war sehr nachlässig mit den vorgeschriebenen Inhalationen und dem Umgang mit Dosieraerosolen, kam immer wieder in akute Luftnotsituationen, die der Mutter nur zu deutlich ihre Schuld vor Augen führten. Die Mutter wagte nicht, sie zu konfrontieren.

Im Gespräch wurde über die Schuld als „zusätzliches Familienmitglied“ gesprochen und diese so „externalisiert“ (White & Epston 1990) (oft verwenden wir diese Intervention für das Asthma selbst, in diesem Fall war es „Mr. Schuld“). Mr. Schuld hatte sich offenbar schon sehr lange in Mutter-Tochter-Beziehungen eingemischt. Er hatte die Beziehungen „vergiftet“,

Oma und Mutter, Mutter und Tochter konnten sich nicht wohl miteinander fühlen, wenn er im Raum war, die Mütter erlebten sich dank seiner Einflüsterungen als Versagerinnen. Mr. Schuld hatte auch dafür gesorgt, dass die Möglichkeiten, wie ihre Beziehung auch sein könnte, zwar in ihnen schlummerten, sich aber nur selten zeigten. Doch es gab auch Beispiele für Ausnahmen, Momente, wo mal die Oma, mal die Mutter, mal Anna sich entschieden hatten, den Verlockungen von Herrn Schuld nicht zu folgen, sich gegenseitig negativ zu beschreiben und misstrauisch zu sein. In diesen Ausnahmesituationen, die die Frauen beschrieben, wurde deutlich, welche Chancen für eine andere Qualität von Mutter-Tochterbeziehungen in der Familie lagen.

Wir überlegten spielerisch, wie es wäre, wenn Mr. Schuld öfter einmal „frei“ hätte. Wie wäre es, wenn er seinen lang verdienten Urlaub antreten würde? Herr Schuld wurde in Form eines Kissens vor die Tür geschickt, saß dort „wartend“ auf einem Stuhl: was ergibt sich, wenn er nicht mehr da ist? Wie wird dann anders über Asthma gesprochen? Schnell entspinnt sich ein heftiger Streit zwischen Mutter und Tochter, im Verlaufe dessen die Mutter klare Forderungen stellt, verbunden mit ebenso klaren Konsequenzen. Dies mündet in entsprechende Vereinbarungen, die die Familie mit nach Hause nimmt. Tage später ruft die Mutter an: „Meine Therapeutin hat mir aber noch einmal bestätigt, Asthma ist eine psychosomatische Krankheit, also bin ich doch Schuld an Annas Zustand!“ Es war schwierig, diese absolute Wahrheit in das zurückzuverwandeln, was sie war: eine Beschreibung und in diesem Fall überhaupt keine hilfreiche.

### Chronische Krankheit und sozialer Kontext

Wir finden im Beispiel viele Aspekte, die uns auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „chronische Krankheit und sozialer Kontext“ wieder begegnen, beispielsweise:

- wie wichtig die Rolle psychischer und familiendynamischer Faktoren bei körperlicher Erkrankung sein kann,
- welche Bedeutung den subjektiven Theorien zukommt, die eine Person, aber auch die Familie über die Krankheit entwickelt hat<sup>3</sup>, und wie groß die Gefahr ist, die in der undifferenzierten Übernahme eines popularisierten Verständnisses von „Psychosomatik“ in die Alltagstheorien der Betroffenen besteht,
- welche Rolle Emotionen und Emotionsregulierung auf individueller Ebene, aber auch auf familiensystemischer spielen (hier im Beispiel Schuldgefühle und Wut) und
- wie wichtig es ist, darauf zu achten, wie Menschen in ihren verschiedensten sozialen Bezügen über Krankheit sprechen, welche Konstruktionen von Sinn und Bedeutung sie im Umfeld chronischer Krankheit vornehmen – bis hin zu Fragen sozialer Etikettierung durch externe Personen (wenn man an die Nachbarin denkt) und schließlich

1) Überarbeitete Version eines Habilitationsvortrages vor dem Fachbereich Humanwissenschaften an der Universität Osnabrück im November 2001.

2) Der sog. „Luftkurs“ ist ein stationäres Kursangebot an chronisch asthmakranke Kinder und ihre Familien. Das Konzept weist eine systemische Ausrichtung mit einem starken Familienbezug auf. Das Luftkurs-Konzept hat bundesweit breite Anerkennung unter Klinikern gefunden, die Ergebnisse der Effektstudien der Luftkurs-Gruppe und der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung halten auch internationalen Vergleichen stand (z. B. v. Schlippe et al. 2001).

3) Die geschilderte Episode ist auch ein Beispiel für die in der Selbstkonzeptforschung mehrfach nachgewiesene hohe Falsifikationsresistenz subjektiver Theorien, sofern sie als identitätsstiftend erlebt werden (Filipp 1990).

- welche Verantwortung den Fachleuten hier zukommt. Ihre Beschreibungen bilden nicht das Geschehen einfach ab, sondern *die Beschreibungen verändern das Beschriebene* (v. Schlippe 1999, 2001 a&b). Die Frage, mit welcher Begrifflichkeit, mit welchen Metaphern wir uns den Betroffenen nähern, kann entscheidend sein für ihre Erfahrung von Selbstwirksamkeit, ihr Selbstwertgefühl und ihr Bewusstsein eigener Kompetenzen.

Krankheit kann zu einem signifikanten Bestandteil familiärer Interaktion (und nicht nur familiärer) werden, um sie kann sich ein ganzes Gewebe von Kommunikationen und von Narrationen herumlagern. Das chronische Krankheitsgeschehen wird auf vielen sozialen Ebenen durch sprachliche Beschreibungen, durch „Geschichten“ „umspielt“, durch die in den jeweiligen sozialen Systemen die Bereiche dessen, was möglich und was unmöglich ist, festgelegt werden und durch die die Betroffenen gestärkt oder geschwächt werden können. Die Beschreibungen können sich festfahren, so dass schließlich die Krankheit (und damit verbundene Themen) zum zentralen Inhalt der Kommunikation in der Familie wird. Der amerikanische Familienforscher Peter Steinglass verwendet in diesem Zusammenhang<sup>4</sup> den Begriff vom „organisierenden Prinzip“ der Interaktion (1998), heute würde man vielleicht eher von einem „Attraktor“ sprechen: Krankheit wird zu dem zentralen Thema, um das sich die Kommunikation in der Familie zentriert. Wie Wittgenstein sagt, wird die Bedeutung eines Wortes durch seinen Gebrauch bestimmt. Das heißt: Begriffe können sich verändern, können in die Alltagstheorien von Menschen Eingang finden, wie das Wort „psychosomatisch“, das heute oft so benutzt wird wie früher das Wort „hysterisch“.

In dieses Gewebe von Interaktionen sind selbstverständlich auch professionelle Helfer mit einbezogen – die Rolle der Emotionsregulierung der Helfer ist beispielsweise als wesentlicher mediiender Faktor bei der Bewältigung von Krebs nachgewiesen worden (Noeker 2002). Mehr als das: wir BeraterInnen, TherapeutInnen und WissenschaftlerInnen sind nicht die „neutralen Beobachter“ des Geschehens, sondern unsere Beschreibungen greifen direkt in das Beschriebene ein, wie im Beispiel die Aussagen der Psychotherapeutin und ihre Konsequenzen zeigen.

So haben sich, seit man begonnen hat, anders über Krankheit nachzudenken als nur die organische Seite zu betrachten, ganz verschiedene Traditionen von Beschreibungen entwickelt, die jeweils zu sehr unterschiedlichen Aussagen über die Rolle seelischer Faktoren geführt haben. Ich beschränke mich im Folgenden darauf, die Frage, wie die Rolle der Familie eines chronisch kranken Mitgliedes wissenschaftlich beschrieben wurde, zu diskutieren und die Frage der Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis zu reflektieren. Das Schaubild zeigt die verschiedenen Positionen in einem zugegebenermaßen groben Überblick:

4) Steinglass benutzte diese Formulierung ursprünglich (1987) für Familien mit alkoholabhängigen Mitgliedern: dort wird die Flasche zum „Zentrum“ der Interaktionen.

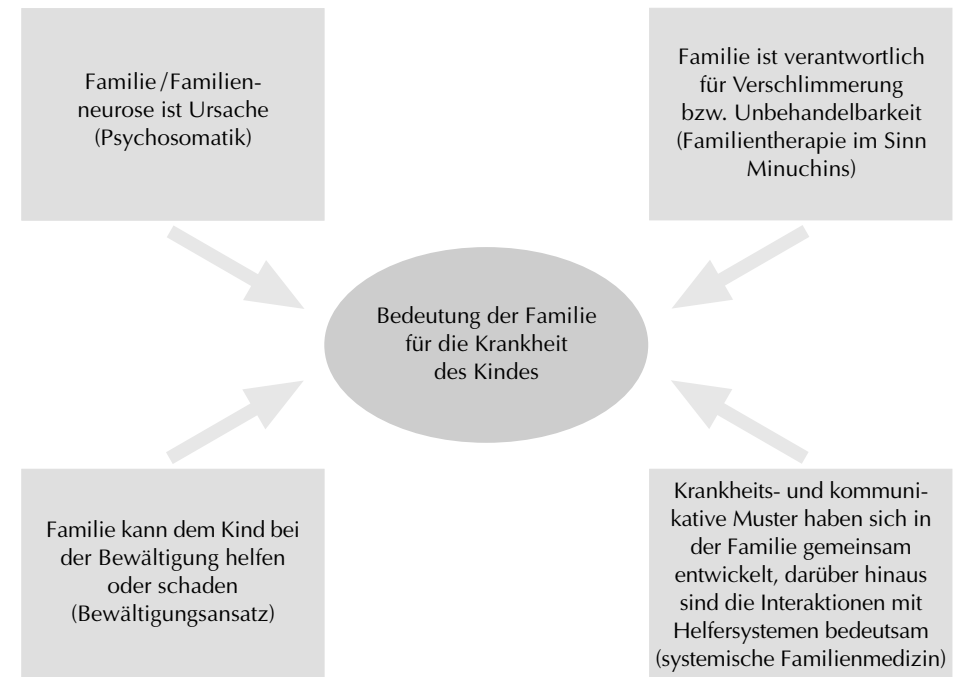


Schaubild: Positionen zur Rolle der Familie bei kindlichem Asthma

### Die pathogene Familie als Ursache von Krankheit

Es war das Anliegen der Psychosomatik, in einer Zeit der zunehmenden Technisierung der Medizin eine nachdenkliche und ganzheitliche Perspektive einzuführen, unter der Krankheit, insbesondere die klassischen psychosomatischen Krankheiten, genau genommen aber alle Krankheiten durch ein Zusammenspiel körperlicher und seelischer Vorgänge zu verstehen sind. In den Ansätzen zeigte sie sich dabei ausgesprochen „systemisch“: „Die Krankheit liegt zwischen den Menschen, ist eine ihrer Verhältnisse und ihrer Begegnungsarten“ (v. Weizsäcker zit. nach v. Rad 1983, S. 191). Doch wurde in der Tradition der Suche nach spezifischen Faktoren für die *Verursachung* psychischer Krankheiten in jener Zeit dann nach bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen „des“ Psychosomatikers (ein Stichwort: „Krebspersönlichkeit“) bzw. entsprechend nach pathogenen Familienmerkmalen gesucht. Die Erkrankung eines Familienmitgliedes galt als Zeichen einer Störung in der Familie, die als „undifferenzierte familiäre Ich-Masse“ den „emotional unreifen Patienten“ in einem „Knäuel emotionaler Beziehungen“ gefangen hielt (Meissner 1980), und in der vor allem die Mutter sich entweder kalt und abweisend oder überprotektiv und inkonsistent verhielt

(Miller & Baruch 1948, zit. nach Celano 2001). Besonders frappant sind Aussagen, in denen sich zeigt, wie wenig ein uns heute geläufiger systemisch-familiätherapeutischer Blick zur Verfügung stand. So wird über das gestörte Sexualleben der Mütter von Kranken spekuliert, Väter (als Partner in diesem gestörten Leben) waren offenbar nicht existent (Stephanos & Auhagen 1983, S. 170f). Die empirische Basis für solche Überlegungen war dünn, retrospektive Aussagen über ausführlich geschilderte Einzelfälle dominierten (s. die Kritik bei Freeman et al. 1964).

Es besteht mittlerweile Einigkeit darüber, dass die Überlegungen zur *Verursachung* von körperlichen Erkrankungen durch seelische – und noch mehr durch familiäre Faktoren eine unangemessene Form der Beschreibung darstellen. Auch wenn durch psychoneuroimmunologische Forschungen in jüngerer Zeit erneut Hypothesen über Zusammenhänge zwischen emotionaler Belastung und Verringerung der Immunabwehr aufgestellt wurden (etwa zu Zusammenhängen zwischen Trauerreaktionen und Krebs), sind diese doch äußerst komplex und nicht im Sinne einfacher Ursache-Wirkungsrelationen zu fassen (Cierpka et al. 2001). Dennoch halten sich nicht selten auch in Fachkreisen bis heute hartnäckig veraltete und einseitige Vorstellungen, die für die Betroffenen sehr belastend sein können („Asthma als unterdrückter Schrei nach der Mutter“<sup>5</sup> oder werden gar neu aufgelegt („Brustkrebs ist die Strafe, wenn man sich nicht vor der eigenen Mutter verneigt!“). Diese Art von Denken führte in der Vergangenheit zu durchaus drastischen Konsequenzen, die aus heutiger Sicht alles andere als eine Kooperationsorientierung widerspiegeln, etwa der „Parentektomie“ (wörtlich: „Herausschneiden der Eltern“), der erzwungenen Trennung des asthmakranken Kindes von den Eltern. Derartige Maßnahmen mit i. Allg. nur vorübergehender Besserung erscheinen heute als ökologisch ausgesprochen bedenklich und die Liste der Belege für die langfristige Ineffizienz eines solchen Vorgehens ist lang.

### **Krankheitsbewältigung und soziale Unterstützung**

Die moderne Gesundheitspsychologie grenzt sich explizit von Vorstellungen der „pathogenen Familie“ und der Verursachung von Erkrankungen durch familiäre Faktoren ab – wenngleich sich in Fachkreisen nicht selten veraltete und einseitige Vorstellungen (s.o.) hartnäckig halten, die für die Betroffenen sehr belastend sind, wie auch das Beispiel von Annas Mutter zeigt. Der von der modernen Gesundheitspsychologie vertretene multifaktorielle, multidimensionale Krankheitsbegriff wird heute in der Fachwelt weitgehend geteilt, unabhängig von der jeweiligen Orientierung. Körperliche Krankheit wird nicht mehr als von psychischen Konflikten *verursacht* angesehen, vielmehr liegt die Aufmerksamkeit auf der Rolle von Stress und Belastung und deren Bewältigung. Statt nach Dysfunktionalität wird nach „salutogenetischen“ Faktoren gesucht, also nach Qualitäten, die helfen, eine

5) „Asthma als unterdrückter Schrei nach der Mutter“ musste meine Frau sich zuletzt vom Dozenten einer sog. Nachqualifikationsveranstaltung 1998 anhören.

Belastung zu meistern (Antonovsky 1997). Psychische Faktoren können entweder direkt auf den Verlauf der Krankheit wirken, z. B. durch heftige negative Emotionen, oder mittelbar, wie im Beispiel Annas Weigerung zu inhalieren, bis hin dazu, dass die Belastungen durch eine Krankheit zu seelischen Störungen mit Krankheitswert führen kann. Es geht also um die Frage, wie eine Person die mit der Krankheit verbundenen Belastungen bewältigt und wie ihr soziales Umfeld ihr dabei zur Seite steht. Die subjektive Einschätzung der Erkrankung und der damit verbundenen eigenen Möglichkeiten gilt als die entscheidende Variable dafür, ob eine Krankheitserfahrung konstruktiv bewältigt wird. Das Konzept der Bewältigung stellt dabei die kognitiven Leistungen, die subjektiven Bewertungsprozesse ins Zentrum der Betrachtung: „Das Glück sitzt im Kopf“, wie S. H. Filipp schreibt. Für sie besteht Krankheitsbewältigung „aus komplexen intrapsychischen Prozessen, die darauf abzielen, das Krankheitsgeschehen in einer Weise zu deuten, zu bewerten und neu zu bewerten, dass die Krankheit als positiver Erfahrungsbestand des eigenen Lebens angenommen werden kann“ (1995, S. 20). Die Krankheit wird als „unabhängige biologische Entität“ (Jacobs 1992, S. 112) gesehen, der eine Person ausgesetzt ist, und deren psychische Leistung in der Bewältigung besteht, eine Prämisse, die übrigens durchaus kritisch hinterfragt wurde (z. B. Kriz 1997). Die auf diesen Überlegungen basierende Forschung hat in unzähligen Untersuchungen viele Bewältigungsfaktoren finden können, die erklären helfen, warum manchen Personen die Anpassung an eine Krankheit besser gelingt als anderen.

*Ein Beispiel zu unserem Beispiel: bei schwer therapierbaren Jugendlichen – wie etwa Anna – finden sich häufig Copingstile wie Verleugnung, Vermeidung und Verheimlichen (Seiffge-Krenke 1996).*

Das soziale System – und damit die Familie – kommt in der Bewältigungsforschung mit dem Begriff der „sozialen Unterstützung“ ins Spiel, der eine entscheidende Funktion im Prozess der Anpassung an schwere körperliche Erkrankungen zukommt. Es stehen dabei drei Fragen im Vordergrund (Aymanns 1992, S. 91f):

1. Von welchen Personen erhalten Patienten welche Form von Unterstützung und wie hilfreich ist diese aus Sicht der Patienten?

Die empirischen Studien verweisen immer wieder auf die Kernfamilie als wichtigste Unterstützungsquelle und auf emotionale Unterstützung als die wichtigste Form sozialer Unterstützung.

2. Erhalten Patienten tatsächlich die Unterstützung, die sie brauchen? Wann kippt Unterstützung in Belastung (das sog. Confounding-Problem)?

Bei krebsbetroffenen Patienten reagiert beispielsweise das soziale Umfeld ausgesprochen ambivalent zwischen dem Anspruch, dem Patienten freundlich und optimistisch gegenüberzutreten, und eigenen Ängsten, Ambivalenzen und Vermeidungsreaktionen. Es gehen doppeldeutige Signale von den Bezugspersonen aus und die sozialen Beziehungen werden

für den Kranken unberechenbar (Weisman 1986, zit. nach Schulz & Hellhammer 1998, S.628), in der schwersten Phase des Lebens wird so die Kommunikation im engsten Familienkreis oft zu einer Quälerei. Man stelle sich vor: weniger als ein Drittel der Paare, bei denen der Mann von einer terminalen Krebserkrankung bedroht ist, sprechen über die Möglichkeit des Sterbens (Vachin et al. 1977, zit. nach Aymanns 1992, S.93).

3. Fördert soziale Unterstützung die Krankheitsanpassung oder erweist sie sich unter bestimmten Bedingungen auch als dysfunktional?

Soziale Unterstützung hat einen positiven Einfluss auf die Überlebensdauer, dies sollte aber nicht überschätzt werden. Dagegen sind die Befunde, die auf eine Erhöhung der *Lebensqualität* hinweisen, zahlreich, wenngleich es auch Studien gibt, die zeigen, dass auch soziale Unterstützung nicht nach dem Motto „wenn viel gut ist, ist mehr besser“ funktioniert, sondern dass bestimmte Ausgangslagen und verschiedene Unterstützungsmodi durchaus differenzielle Effekte zeigen.

Ausgehend von diesen Fragestellungen lieferte die Forschung zur sozialen Unterstützung eine Fülle von Ergebnissen, die ich an dieser Stelle genauso wenig ausführlich vorstellen kann wie die Befunde der Copingforschung. Vielmehr möchte ich einige kritische Anfragen an die beiden Konzepte stellen.

#### **Kritische Anfragen an das Konzept der Krankheitsverarbeitung**

Die erste Frage gilt der begrifflichen Unschärfe des Bewältigungs- und Unterstützungskonzeptes: Die Familienmitglieder eines erkrankten Kindes sind immer auch selbst betroffen, manchmal sogar mehr als der Patient selbst – wie etwa bei kleinen Kindern, die die Dimensionen ihrer Erkrankung gar nicht gänzlich überschauen können. So lassen sich in vielen Studien immer wieder körperliche und psychische Symptome bei engen Angehörigen nachweisen, die Lebenserwartung von Care-givers in den USA liegt nachweislich deutlich unter dem Durchschnitt.

Das Konzept ist im Wesentlichen auf das Individuum ausgerichtet, nur wenige Ansätze in der Copingforschung gehen darüber hinaus (Perrez 2000). Man muss ja nicht so weit gehen wie Filipp & Aymanns (1987, zit. nach Aymanns 1992) mit dem Vorwurf, die Bewältigungsforschung finde in einem sozialen Vakuum statt, doch wäre es der Überlegung wert, ob nicht möglicherweise die Erfindung des Begriffs der „Sozialen Unterstützung“ eine Folge der individuellen Orientierung des Bewältigungsbegriffs ist. Zu befürchten ist dabei aus systemischer Sicht, dass mit dem Begriff das komplexe Spannungsfeld von körperlichen, seelischen und kommunikativen Prozessen (ausführlich hierzu v. Schlippe 1999, 2001b) „entdialektisiert“ werden könnte, wenn der Krankheit der „Vorgang Bewältigung“ gegenübergestellt wird, mit der Gefahr, psychologische und familiäre Faktoren auf ein reines Krankheitsmanagement zu reduzieren, eine Logik, der viele Schulungskonzepte folgen.

Dagegen stellt sich aus systemischer Perspektive das Familiensystem als Ort eines eng aufeinander abgestimmten gemeinsamen Lebensvollzuges dar. Man rückt sich im wahrsten Sinn des Wortes „auf den Leib“, in einem Maße wie nirgends sonst. Eine Belastung der einen Person ist in dem Moment, wo sie Teil des kommunikativen Austauschs geworden ist, unmittelbar auch die der anderen. Die wechselseitigen Erwartungsstrukturen sind so eng aufeinander abgestimmt, dass das Familiensystem eine besondere Qualität gewinnt. Kommunikationsmuster entwickeln sich, innerhalb derer Transaktionen mit enormer Geschwindigkeit ablaufen, im Sinne „geeichter Kommunikation“. Diese Qualität eines *Musters*, das sich um eine Krankheit herum entwickeln kann, wird durch die Begriffe der Bewältigung und der sozialen Unterstützung nicht abgebildet. Die Regeln eines sozialen Mikrosystems können große Kraft entwickeln im Sinne einer Formierung der Kognitionen und Emotionen der Einzelnen – das Ganze ist sozusagen „weniger als die Summe seiner Teile“ (Willke 1983), weil das Familiensystem die Optionen der einzelnen Familienmitglieder auf die Funktionsbedingungen der Ganzheit hin ausrichtet und begrenzt.

Natürlich sind diese Phänomene auch in der Copingforschung vielfach thematisiert worden, doch wird immer wieder beklagt, dass sie nicht befriedigend gelöst wurden. Ich selbst habe ausgehend von diesen Überlegungen vorgeschlagen (Schlippe & Theiling 1997), das familiäre „Bewältigungspotenzial“ als den Grad zu bestimmen, in dem die Familienregeln die für das jeweilige Individuum zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien begrenzen: die Frage, wie eine Person den durch das Mikrosystem erlaubten Rahmen seiner Optionen abschätzt, könnte so etwas sein wie ein „tertiäres Appraisal“<sup>6</sup>.

*Im Beispiel können wir uns vorstellen, dass Familienregeln bestehen, die der Mutter einen aktiven, konfrontativen Umgang mit der töchterlichen Nachlässigkeit nicht erlauben – so dass es weniger eine Frage der Kompetenzen ist – über diese verfügte sie zweifellos, wie sich zeigte, als Mr. Schuld „Urlaub“ hatte –, sondern eine Frage des sozialen Rahmens, diese Kompetenzen zu nutzen.*

Matthias Jerusalem (1997) spricht in ähnlicher Hinsicht von der „sozialen Kanalisierung der Bewältigungsoptionen“. Meinrad Perrez (2000) und Guy Bodenmann (1997a, b) sind wohl die Stressforscher, die sich am aktivsten um die Bewältigung als Prozess des sozialen Systems bemühen im Sinne eines „sozialen Copings“. Bodenmann führte dabei den Begriff des „dyadischen Copings“ ein: Bewältigungs- und soziale Unterstützungsprozesse oszillieren gemeinsam im Sinn einer wechselseitigen Emotionsregulierung beider Partner.

Mit dem Family-Self-Monitoring-System hat es Perrez möglich gemacht, eine „Stimmungs-partitur“ einer Familie abzubilden, die bestimmte Muster erkennbar macht. So wird beispielsweise deutlich, dass dysfunktionale Regulationsmuster anderen Familienmitgliedern

6) Der Begriff ist nur als kurzer Verweis für diejenigen gedacht, denen das weit verbreitete Modell der Stressbewältigung von Lazarus bekannt ist, es kann an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.



gegenüber wesentlich häufiger praktiziert werden als gegenüber Personen außerhalb der Familie (Perrez 2000, S. 81) – man lässt sich zu Hause mehr gehen. Für die Bewältigung von Stress ist dann nicht mehr allein die Wahrnehmung und Bewertung einer Person bedeutsam, sondern die Koordination der Wahrnehmungen durch wechselseitige Verständigung.

### Systemische Perspektiven auf die Familie

#### Strukturelle Familientherapie

Die frühe Familientherapie hatte sich ebenfalls von dem Konzept der pathogenen Familie abgegrenzt und versucht, *Strukturmerkmale* zu identifizieren, funktionale und dysfunktionale Familientypen als *aufrechterhaltende Bedingung* für schwer behandelbare Krankheiten. Die Arbeiten der Gruppe um Minuchin waren einerseits bahnbrechend, weil sie chronische Erkrankungen eines Kindes als Bestandteil eines komplexen transaktionalen Feldes verstanden, doch ist aus heutiger Sicht die negative Konnotation der Familie ebenfalls kritisch zu sehen: die Familie als Ganzes war „dysfunktional“, die Eltern „brauchten“ die Krankheit des Kindes, indem sie ihre Konflikte auf dieses „umleiteten“ (Minuchin et al. 1981). Dies war die Zeit der klassischen Familientherapie: die ganze Familie war betroffen, die ganze Familie musste kommen, Kooperation war weniger gefragt als die – wie Minuchin sie nannte – „Angriffe“ auf die dysfunktionalen Strukturen. Trotz einer recht guten empirischen Befundlage über die Effekte dieser Art von Vorgehen hat das Modell in den letzten Jahren an Bedeutung verloren, vor allem wegen der erwähnten problematischen Implikationen. In der Praxis erwies sich die Suche nach „zugrunde liegenden“ Konflikten und dysfunktionalen Familienstrukturen als schwierig, bestand doch immer die Gefahr der impliziten Anklage an die Familie und gefährdete die Kooperation.

#### „Systemische Familienmedizin“: *Chronic illness is a family affair*

Kooperation ist denn auch das Schlüsselwort der Familienmedizin der Gegenwart. Im Sinn einer „Family Health Psychology“ (Akamatsu et al. 1992) werden die Familienmitglieder als Betroffene angesehen, die ganze Familie ist die Einheit, die von Krankheit betroffen ist. Die Krankheit kann die familiäre Interaktion so dominieren, dass alle anderen familiären Prozesse untergeordnet sind. Gleichzeitig geht diese Perspektive aktiv über die Familiengrenze hinaus und achtet auf das Netz von Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und Behandlern, in das die Familie eingebettet ist. Die Koordinierung der innerfamiliären Herausforderungen und der notwendigen Kontakte zu Vertretern des Gesundheitssystems ist für den Krankheitsverlauf essentiell.

Es wird versucht, die Ergebnisse der Belastungsforschung und der Familienpsychologie zu berücksichtigen und ein kooperatives Feld zu eröffnen, das die Perspektiven der Betroffenen und der beteiligten Behandler möglichst optimal zusammenführt. In Amerika hat sich auf diesem Hintergrund ein internationales Netzwerk „Collaborative Family Health Care

Coalition“ entwickelt. In einem Interview unterscheidet Susan McDaniel hier verschiedene Stufen der professionellen Zusammenarbeit (McDaniel, Kröger & v. Schlippe 2002):

- **Leichtere Fälle:** Fachleute können ihre Arbeit gegenseitig weitgehend ignorieren, vertiefte Kooperation ist nicht erforderlich,
- **Standard:** zumindest gelegentliche Absprachen, Vermittlung einer wertschätzenden Haltung zur jeweiligen Tätigkeit der anderen Berufsgruppe an die Patienten,
- **Schwierigere Konstellationen:** Kooperation im eigentlichen Sinn: die Fachleute informieren einander ausführlich über die geplante Behandlung (ggf. in gemeinsamer Sitzung), kontinuierliche Information,
- **Komplizierte Konfliktlagen:** Kollaboration bedeutet im Unterschied zu einfacher Kooperation die gemeinsame Erstellung integrierter Behandlungspläne mit engmaschigen Abstimmungen und gemeinsame Arbeitssitzungen der beteiligten Berufsgruppen und der Betroffenen selbst. In dem Interview wird hier von sehr interessanten Ansätzen berichtet, diese Kooperationen über E-Mail zu vereinfachen: mit einem „Klick“ sind schnell alle Beteiligten auf dem aktuellen Stand der Ereignisse.

Das Modell der systemischen Familienmedizin sieht die Familie als betroffen von „shared experience with illness (geteilter Erfahrung mit Krankheit)“ und die Professionellen als Kooperationspartner in „shared responsibility (geteilter Verantwortung)“ (ausführlich: McDaniel et al. 1997, Kröger et al. 2000). Es geht damit auch über die Familiengrenzen hinaus auf die Ebene der Kooperation der verschiedenen Disziplinen in der Versorgung. Ausgangspunkt sind hier die gemeinsam geteilten Bedeutungsgebungsprozesse, die jeweils in einer Familie ausgetauscht werden. Dazu braucht es eine theoretische Perspektive, in der die Familie als *Reaktionseinheit* der Erkrankung gegenübergestellt wird. Hierzu möchte ich Ihnen im Folgenden einige Überlegungen präsentieren.

### Familie, mehr als ein soziales Unterstützungssystem

#### Die besondere Erfahrungswelt der Familie

Das, was familiäre Wirklichkeiten ausmacht, muss etwas qualitativ anderes sein als die Summe der subjektiven Perspektiven jedes Einzelnen. Die Erfahrungswelt einer Familie lässt sich als gemeinsame Konstruktion betrachten – hierfür fand David Reiss den Begriff „Familienparadigma“ (1981): „Die Familie hat für jedes ihrer Mitglieder eine zentrale Rolle bei der Bereitstellung von Verständnis und Bedeutung des Universums der Stimuli übernommen... ein Muster von Erklärungen, das als primärer Organisator der internen und externen Erfahrungen dient“ (S. 155). Er sieht die Familie als problemlösende Einheit, die gemeinsam über eine Gruppe von überdauernden Annahmen eine Realität konstruiert. Stierlin (1988) spricht vom „Familiencredo“ als einem Satz gemeinsam geteilter basaler Überzeugungen über die Welt. Schneewind (1991) hat in Anlehnung an Reiss den Begriff des „familienspezifischen internen Erfahrungsmodells“ vorgeschlagen, in das das subjektive

Wissen von der Familienrealität des jeweils Einzelnen einfließt. In Anlehnung an den von Jürgen Kriz (z. B. 1999) geprägten Begriff des Sinn-Attraktors könnte man auch von einem „familiären Sinnattraktor“ sprechen. Mit all diesen Begriffen wird versucht, die besondere Qualität der Familie zu beschreiben, in der die Wirklichkeitssichten, Erfahrungen und basalen Überzeugungen der einzelnen Familienmitglieder zu miteinander verbundenen Konstruktionen von Wirklichkeit ineinander fließen und stabil gehalten werden. Gemeint ist dabei nicht, dass die Wirklichkeitserfahrungen der einzelnen Familienmitglieder homogen sind<sup>7</sup>. Oft im Gegenteil, vielen Konflikten in Familien liegen ja scheinbar unvereinbare Gegensätze zugrunde. Die Wirklichkeitsbeschreibungen sind aber jeweils eng aufeinander bezogen und lassen sich oft auf bestimmte Prämissen zurückführen – wie im Beispiel von Annas Familie die Prämisse der Schuld der Mütter.

Kausalattributionen verweisen darauf, welche Rolle der auf Sprache basierende kommunikative Austausch in Familien mit chronischen Krankheiten spielt. Ohne Sprache gäbe es keine Attributionen, über den sprachlichen Austausch entwickeln die Mitglieder eines sozialen Mikrosystems eine gemeinsame „Umwelt von Bedeutung“, von Sinn um die chronische Erkrankung herum. Diese sozial geschaffene Umwelt kann mehr Einfluss auf das Erleben der Familienmitglieder bekommen als die Krankheit selbst.

### **Muster**

Im Folgenden möchte ich einen Blick auf insgesamt elf („zehn plus eins“) Muster werfen, die sich aus unserer Erfahrung in Familien mit chronischer Erkrankung entwickeln können und sich mehr oder weniger konstruktiv mit der Entwicklung der Krankheit verbinden. Sie sollten nicht als Familientypen oder als Ursache der Krankheit missverstanden werden und sie sind auch nicht zwangsläufige deren Folge, vielmehr gehen sie mit Verhaltensmustern einher, die Chronifizierung möglicherweise eher fördern als sie zu begrenzen.

Für die Beschreibung der elf Muster haben wir jeweils ein „Familiencredo“ formuliert, das das spezifische innere Erfahrungsmodell der Familie repräsentiert. Die Formulierungen dieser Muster stammen teils aus Einzelfallanalysen der Arbeit mit vielen Familien, die wir im Luftkurs erlebten, teils aus qualitativen Studien, teils nahmen wir die Anregungen aus der Literatur. In der Präsentation vor Praktikern wird dabei immer wieder deutlich, dass die Muster und unsere Anregungen zum therapeutischen Umgang damit von diesen als hoch relevant für ihre Arbeit erlebt werden – also eine Form erster pragmatischer Validierung.

7) Ein Fehler, der in der Familienstresstheorie gemacht wurde, vgl. die Kritik von Perrez 2000.

### **1. Enge Bindungen**

„Nun müssen wir zusammenhalten! Wir können uns nur aufeinander verlassen; allein ist keiner überlebensfähig!“

- Die zentrierende Wirkung der Erkrankung auf die ganze Familie kann so weit gehen, dass es kaum noch individuelles Leben gibt, es dominieren die Gemeinsamkeiten und das intensive Gefühl, füreinander verantwortlich zu sein. Dass diese Gemeinsamkeit nicht positiv gefärbt sein muss, zeigt das Beispiel vom Anfang.

### **2. Eingefrorene Rollenkonstellation**

„Jede Veränderung ist bei der Bedrohung, unter der wir stehen, gefährlich! Den eingeschlagenen Lösungsweg beibehalten!“

- In einem akuten Stadium einer Erkrankung, besonders bei einem plötzlichen Beginn, sind ganz spezifische Regulationen erforderlich, die zu einer Umstrukturierung der innerfamiliären Rollen führen. Kritisch wird es dann, wenn keine Anpassung der Rollen und Anforderungen an ein chronisches Entwicklungsstadium erfolgt. Jane Jacobs spricht von einer „Invasion in die Familienwelt“ (1992), Peter Steinglass (1998) sieht dies als besonders typisch für Familien, in denen die Krankheit mit einem massiven Schlag beginnt, etwa durch Unfall, Infarkt oder Schlaganfall. Ich vermute, dass eine derartige Erstarrung auf die affektive Desintegration hinweist, die sich ergibt, wenn basale Kernschemata erschüttert sind (Janoff-Bulman 1992).

### **3. Harmonisierung**

„Wir können uns keine weiteren Konflikte leisten!“

- Die Tendenz, Konflikte eher zu vermeiden als anzugehen, ist schon früh bei Familien mit chronischen Erkrankungen beobachtet worden. Rücksichtnahme und Vorsicht bestimmen das Familiengeschehen. Es soll nicht alles noch schlimmer werden! Damit fehlt ein wichtiger Bereich familiärer Wirklichkeit und zwar die Auseinandersetzung und damit das gemeinsame Ringen um Veränderung und Entwicklung.

### **4. Große Probleme bei Trennungen/Distanzierungen**

„Distanzierung ist gefährlich!“

- In vielen Familien erscheint es schwierig, sich neben der Belastung auch noch mit den von der Lebensentwicklung her geforderten Aufgaben auseinander zu setzen. Hier kann die Familie mit dem chronisch kranken Kind bzw. Jugendlichen verletzlicher sein als andere, da in besonders intensiver Weise Ängste freigesetzt werden: wie viel Freiraum können wir dem Kind bzw. Jugendlichen zugestehen?

### **5. Isolation nach außen**

„Die Außenwelt ist eher bedrohlich! Wir haben weder Zeit noch Energie, uns mit der Außenwelt zu beschäftigen!“

- Es werden vielfache Erfahrungen sein, die dazu führen, dass die Außenwelt entweder als schuldzuweisend oder als überfürsorglich bemitleidend erlebt wird, so dass sich in vielen Familien mit erkrankten Mitgliedern die Außenkontakte reduzieren.

### 6. Besonders enge Beziehung zwischen Mutter und betroffenem Kind

„Die Mutter ist verantwortlich für die Erkrankung des Kindes.“

- Dieses Muster, oft im Sinne der bereits kritisch diskutierten Suche nach der Ursache (miss-) verstanden („symbiotische Mutter-Kind-Bindung“), hat viel damit zu tun, wie in unserer Gesellschaft Familienrollen zugewiesen werden. Es ist fatal, wenn besonders die Mutter dafür verantwortlich gemacht wird, denn sie trägt i. Allg. die Kosten für die Spagatexistenz zwischen der Sorge für das betroffene Kind und ihren Gefühlen, den Rest der Familie zu vernachlässigen.

### 7. Die quälende und vorwurfsvolle Suche nach der Ursache

„Was haben wir (habe ich...; hast du...) falsch gemacht?“

- Diese Frage stellt sich wohl jeder Mensch, der mit einem Schicksalsschlag konfrontiert wurde. In der Beziehung der Eltern untereinander kann das Nachdenken darüber in einen fruchtlosen Regress auf möglichen Kausalitäten münden – auch hier verweise ich auf das anfängliche Beispiel.

### 8. Tabuisierung und Bagatellisierung

„Solange wir es nicht aussprechen, haben wir es noch gebannt.“

- Die Versuchung, eine Diagnose nicht bei ihrem Namen zu nennen, erleben wir sowohl auf der Eltern- als auch auf der Behandlerseite. Um andere schützen zu wollen und sie nicht unnötig zu beunruhigen, wird die Diagnose gemieden. Dabei wird jedoch häufig verkannt, dass dies kein wirklicher Schutz ist, weil die Unklarheit und Inkongruenz der Kommunikation häufig belastender ist als ein offener Umgang.

### 9. Verantwortungsdiffusion

„Wenn Mama und Papa sich nicht kümmern, mache ich auch nichts!“

- In Familien, in denen die Erwachsenen aus verschiedenen Gründen ihre „elterliche Stimme“ verloren haben und die Kinder schließlich „bestimmen“, ergeben sich oft destruktive Entwicklungen.

### 10. Bedrohliche Familiengeschichten-Mehrgenerationsmuster

„Mir kann niemand helfen; ich werde sterben, wie die Oma!“

- Da es in den Familien der asthmabetroffenen Kinder oder Jugendlichen in der Regel Vorerfahrungen aus früheren Generationen gibt, ist die Qualität der sich darum rankenden Geschichten bedeutsam (z.B. Geschichten über die Nebenwirkungen von Cortison).

### 11. Reibungsloser Umgang

„Die Krankheit ist zwar wichtig, bestimmt aber nicht unser Leben.“

- Ein reibungsloser Umgang ist durch einen Stil von „illness is at its place“ gekennzeichnet, d. h. die Krankheit wird weder unter- noch überschätzt. Beispiel: eine Familie entschied sich nach dem Luftkurs, das Inhaliergerät, das mitten im Wohnzimmer gestanden hatte, in einem kleinen Ritual ins Kinderzimmer zu bringen und der Tochter die explizite Verantwortung zu übergeben.

Ein erster Versuch, die empirische Basis zu verbreitern, ist gerade abgeschlossen, ich will einen Aspekt daraus kurz vorstellen: für 31 Familien, die am Luftkurs teilgenommen hatten, wurden die elf Muster durch jeweils das leitende Trainerpaar über ein Expertenrating eingeschätzt. In einer Faktorenanalyse<sup>8</sup> konnten die elf Muster auf eine Dreifaktorenlösung reduziert werden:

#### 1. Große Nähe und starke Bindungen in der Familie

Dieser Faktor wird bestimmt von den Mustern: „Enge Bindungen“, „Eingefrorene Rollenkonstellation“, „Probleme bei Trennung“, „Isolation nach außen“, „Enge Beziehung zwischen Bezugsperson und betroffenem Kind“.

#### 2. Verdecktes Konfliktpotenzial in den Familien

Dieser Faktor wird bestimmt von den Mustern: „Verantwortungsdiffusion“, „Tabuisierung“ und „Bagatellisierung“, „Harmonisierung“, „Suche nach der Ursache“, „Eingefrorene Rollenkonstellation“, „Isolation nach außen“. Interessant ist, dass das Muster „Reibungsloser Umgang“ zu diesem Faktor in stark negativem Zusammenhang steht.

#### 3. Bedrohliche Familiengeschichten-Mehrgenerationsmuster

Für diesen Faktor ist allein das Muster „Bedrohliche Familiengeschichten“ bestimmend.

Der letzte Faktor ist besonders interessant, da über die Rolle von über Generationen weitergegebenen Geschichten in der Literatur bislang noch nicht berichtet wurde. Unserer Vermutung nach dürfte das Muster typisch für Krankheiten sein, die wie Asthma in mehreren Generationen auftauchen können („It runs in my family“, Barth 1993). Der Begriff der „Geschichte“ führt zu einem thematischen Absatz, den ich als ausgesprochen spannende, auch wissenschaftstheoretisch interessante Herausforderung für die Psychologie empfinde, den ich aber der knappen Zeit opfern muss: den narrativen Ansatz in der Psychologie, an den sich diese Überlegungen anlehnen – um sie noch einmal zusammenzufassen: Chronizität

8) Für methodisch Interessierte: der erste Faktor klärte 33,5% Varianz auf, der zweite 29,54%, der dritte 11,2%. Die Faktorladungen der Muster auf den jeweiligen Faktoren waren angemessen hoch (zwischen .63 und .88), außer bei den Mustern „Suche nach der Ursache“, „Eingefrorene Rollenkonstellation“, „Isolation nach außen“ beim zweiten Faktor, hier lagen die Ladungen bei >.5. Die negative Ladung des Musters „Reibungsloser Umgang“ beim 2. Faktor betrug -.721.

spielt sich zu einem großen Teil in dem Bereich von Geschichten ab, denn das „organisierende Prinzip der Alltagspsychologie (ist) narrativer Art“ (Bruner 1997, S. 60). Wir sehen immer ein System, das sich um ein Krankheitsphänomen herum sprachlich organisiert hat, das nicht nur kognitive, sondern auch interaktive Ordnungsmuster um die Krankheit herum entwickelt hat. Menschen organisieren ihre Erfahrungen in gemeinsam erzählten Geschichten – und es ist ein großer Teil familientherapeutischer Arbeit mit Familien mit chronisch kranken Mitgliedern, die in ihnen erzählten Geschichten kennen zu lernen und im Prozess des Fragens neue Aspekte und Elemente einzufügen, so dass in diesen Geschichten neue Optionen entstehen.

### Fazit

Die wesentlichste „Message“ meines Textes besteht vielleicht in der Suche nach einer integrierenden Perspektive. Ich denke, es geht darum, das Wissen, über das wir auf verschiedenen Ebenen verfügen, zusammenzuführen, ohne Aspekte auszuklammern, weil sie nicht zur jeweiligen Theorie passen. Hierbei sollte alles genutzt werden, was die Psychologie bisher an sinnvollen Konzepten entwickelt hat. Ich möchte hier im Sinne einer Zusammenfassung fünf Bereiche von Wissen skizzieren:

1. Wissen über die somatischen Aspekte der jeweiligen chronischen Krankheit, also was die konkrete Krankheit ausmacht, was ihre spezifischen Anforderungen sind, die Bedingungen guten Krankheitsmanagements und guter Handhabung von Medikation.
2. Wissen um individuelle Bewältigungsprozesse, hier ist das gesamte Spektrum der psychologischen Bewältigungsforschung nutzbar, ich denke an ausgezeichnet nutzbare und fundiert untersuchte Konzepte wie:
  - Widerstandsfähigkeit (Hardiness)
  - Kohärenzgefühl
  - Selbstwirksamkeit/Kontrollüberzeugung
  - kindliche Krankheitskonzepte bzw. Krankheitstheorien Erwachsener
3. Wissen um die Qualität der Systeme, die um die Krankheit herum „semantische Umwelten“ gebaut haben, also im Laufe oft von Jahren bedeutsame Interaktionsnetze gebildet haben – Familien, Familien in ihren sozialen Lebenswelten und die Netzwerke professioneller Helfer.
4. Wissen um die Kommunikationsgestaltung der jeweiligen Arzt-Patient-Beziehung im Sinne einer Haltung von geteilter Verantwortung - "shared responsibility".
5. Wissen über Kooperationsgestaltung und Kontrakte, die die beteiligten Versorgungssysteme einbeziehen. Hier geht es um die Kommunikation der Behandler untereinander und die Kommunikationsstrukturen in den Versorgungssystemen, dazu gehört eine bewusste Orientierung an Interdisziplinarität, die etwas anderes ist als Delegation.

Schließen möchte ich mit einer weiteren „Message“. Wenn es um Geschichten geht, dann muss neben alles Expertentum, neben alles Wissen etwas anderes treten, vielleicht sogar das Wichtigste: Geschichten brauchen das Erzählen und sie brauchen das Zuhören, erst durch dieses Wechselspiel können soziale Wirklichkeiten lebendig werden und Gestalt gewinnen. Im Umberto Eco Roman „Baudolino“ findet sich die Aussage: „Ich glaube, wer Geschichten erzählt, muss immer jemanden haben, dem er sie erzählt, nur dann kann er sie auch sich selbst erzählen“ (Eco 2001, S. 241).

Daher könnte die Hauptaufgabe familienbezogener Arbeit in diesem Bereich vielleicht darin bestehen, „einen Rahmen zu schaffen, in dem die Familienangehörigen miteinander darüber sprechen können, wie sie das, was sie erleben, analysierten und interpretieren... Die Familienangehörigen brauchen einen sicheren Platz, von dem aus sie die Krankheits-situation beschreiben können“ (Grossenbacher-Boss 1993, S. 169).

### Literatur

- Akamatsu, T.J., Stephens, A., Hobfoll, S., Crowther, J. [Eds.] (1992). Family Health Psychology. Washington: Hemisphere.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Tübingen: dgvt.
- Aymanns, P. (1992). Krebserkrankung und Familie. Göttingen: Hogrefe.
- Barth, J. (1993). „It runs in my family“ – Overcoming the legacy of family illness. New York: Brunner & Mazel.
- Bodenmann, G. (1997a). Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (1997b). Dyadic coping – a systemic-transactional view of stress and coping among couples. Theory and empirical findings. European Review of Applied Psychology 47, pp. 137-140.
- Bruner, J. (1997). Sinn, Kultur und Ich-Identität. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Celano, M. (2001). Family systems treatment for pediatric asthma: back to the future. Families, Systems, and Health 19(3), pp. 285-289.
- Cierpka, M., Krebeck, S., Retzlaff, R. (2001). Arzt, Patient und Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eco, U. (2001): Baudolino. München: Hanser.
- Filipp, S.-H. (1990). Subjektive Krankheitstheorien als Forschungsgegenstand. In: Schwarzer, R. [Hg.], Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, pp. 247-262.
- Filipp, S.-H. (1995). Sind kranke Kinder glücklicher als kranke Erwachsene? In: Wahn, U., Szczepanski, R., Bullinger, M. [Hg.], Chronisch kranke Kinder. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität. Hamburg: Eumecom, pp. 3-22.
- Freeman, E., Feingold, B., Schlesinger, V., Gorman, F. (1964). Psychological Variables in Allergic Disorders. A Review. Psychosomatic Medicine 24, pp. 543-575.
- Grossenbacher-Boss, P. (1993). Die Konstruktion von Chronizität: der uneindeutige Verlust. System Familie 6, pp. 161-170.
- Hahn, P. [Hg.] (1983). Psychosomatik. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Weinheim: Beltz.



- Jacobs, J. (1992). Understanding family factors that shape the impact of chronic illness. In: Akamatsu, T. et al. [Eds.], pp. 111-127.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions. New York: Free Press.
- Jerusalem, M. (1997). Die Grenzen der Bewältigung. In: Tesch-Römer, C., Salewski, Ch., Schwarz, G. [Hg.]. Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Beltz, pp. 261-271.
- Könning, J., Szczepanski, R., Schlippe, A. v. [Hg.] (1997). Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke (neu bearbeitete 2. Auflage, erste Auflage: 1994).
- Kriz, J. (1997). Psychisch-kommunikative Prozesse als Umgebungsbedingungen für Asthma bronchiale. Eine systemische Sichtweise der Interaktion sozialer, psychischer und körperlicher Prozessdynamik. In: Könning, J. et al. [Hg.], pp. 213-231.
- Kriz, J. (1999). Systemtheorie. Wien: Facultas.
- Kröger, F., Hendrichke, A., McDaniel, S. [Hg.] (2000). Familie, System und Gesundheit. Heidelberg: Carl Auer.
- McDaniel, S., Hepworth, J., Doherty, W. (1997). Familientherapie in der Medizin. Heidelberg: Carl Auer.
- McDaniel, S., Kröger, F., Schlippe, A. v. (2002). „An Beziehungsarbeit darf nicht gespart werden“ – Susan McDaniel im Gespräch mit Friedebert Kröger und Arist v. Schlippe. In: Psychotherapie im Dialog 3(1), pp. 82-86.
- Meissner, W. (1980). Familiendynamik und psychosomatische Prozesse. In: Brede, K. [Hg.] Einführung in die psychosomatische Medizin. Syndikat, Frankfurt, pp. 193-213.
- Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. (1981). Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Noeker, M. (2002). Biopsychosoziale Leitlinien für die psychologische Arbeit bei chronisch-pädiatrischen Erkrankungen. Psychotherapie im Dialog 3(1), pp. 26-32.
- Perrez, M. (2000). Psychologie des Familien- und Paarstress: Forschungsentwicklungen. In: Schneewind, K. [Hg.], pp. 69-88.
- Rad, M. v. (1983). Gestaltkreis und medizinische Anthropologie. Das Erbe Victor v. Weizsäckers. In: Hahn, P. [Hg.], pp. 186-194.
- Reiss, D. (1981). The family's construction of reality. Cambridge: Harvard.
- Schlippe, A. v. (1999) Sprachliche Umwelten chronischer Erkrankungen. Ein Beitrag zu einer systemischen Familienmedizin. Systema 13(1), pp. 50-61.
- Schlippe, A. v. (2001a). Therapeutische Zugänge zu familiären Wirklichkeiten. Ein Beitrag zu einer klinischen Familienpsychologie. In: Walper, S., Pekrun, R. [Hg.] Familie und Entwicklung. Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe, pp. 345-363.
- Schlippe, A. v. (2001b). „Talking about asthma“: The semantic environments of physical disease - A narrative contribution to systemic family medicine. Families, Systems, and Health, pp. 251-262.
- Schlippe, A. v., Theiling, S. (1997). Familienorientierte Arbeit im Kontext chronische Krankheit. In: Könning, J. et al. [Hg.], pp. 125-137.
- Schlippe, A. v., Theiling, S., Lob-Corzilius, T., Szczepanski, R. (2001). The „Luftiku(r)s“: A German Concept for Supporting Children with Asthma and their Families. Families, Systems, and Health, pp. 263-284.
- Schneewind, K. (1991). Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schneewind, K. [Hg.] (2000). Familienpsychologie im Aufwind. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, P., Hellhammer, D. (1998). Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten. In: Reinecker, H. [Hg.], Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, pp. 625-650.
- Seiffge-Krenke I., Boeger A., Schmidt C., Kollmar F., Floß, A., Roth, M. [Hg.] (1996). Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., Reiss, D., (1987). The alcoholic family. New York: Basic Books.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. Families, Systems, and Health 16 (1/2), pp. 55-70.
- Stephanos, S., Auhagen, U. (1983). Objektpsychologisches Modell auf der Basis der französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: Hahn, P. [Hg.], pp. 156-171.
- Stierlin, H. (1988). Die Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen. Familiendynamik 13, pp. 287-299.
- White, M., Epston, D. (1990). Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Heidelberg: Carl Auer.
- Willke, H. (1983). Methodologische Leitfragen systemtheoretischen Denkens: Annäherung an das Verhältnis von Intervention und System. In: Zeitschrift für systemische Therapie 1(2), pp. 23-37.

Dr. Arist v. Schlippe  
Wielandstraße 15  
49078 Osnabrück