

# Einführung des Reflektierenden Teams in einem Kurs für Psychosomatik am Institut für Psychosomatik und Psychotherapie

Gunhild Remus

## Zusammenfassung

*Die Technik des Reflektierenden Teams ist eine Methode, die auf der Meta-Ebene ermöglicht, ein Interview unter verschiedenen Aspekten zu betrachten und sowohl dem Interviewer als auch dem oder den Interviewten verschiedene Sichtweisen aufzuzeigen. Dies kann sich auf den Inhalt oder die Form des beobachteten und gehörten Dialoges beziehen. Die Mitglieder des Reflektierenden Teams befinden sich wie die Interviewpartner im selben Raum, jeder kann jeden sehen und hören. In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch beschrieben, diese in der systemischen Therapie angewendete Technik in einem Kurs für Psychosomatik an der Medizinischen Fakultät der Universitätsklinik Köln einzuführen. Es wird aufgezeigt, wie die Studenten in Schritten an die fremde Technik herangeführt wurden und wie die Patienteninterviews abliefen. In einem kurzen Fragebogen konnten die Studenten diese Technik bewerten. Zusammenfassend beurteilten sie diese beim Einüben von Patienteninterviews als sehr hilfreich.*

## Einführung

Meine Ausbildung im Institut für Familientherapie Weinheim schloss ich mit einer Arbeit über die Einführung des Reflektierenden Teams in einem Kurs für Psychosomatik an der medizinischen Universität zu Köln ab. Im WS 95/96 setzte ich die Idee, die zum Kursinhalt gehörenden Patienteninterviews nicht im klassischen Setting – Interviewer und Interviewter – zu gestalten, sondern durch ein RT (Reflektierendes Team) zu erweitern, erstmalig um. Herr Professor Köhle, Direktor des Instituts für Psychosomatik und Psychotherapie, unterstützte mich dabei wohlwollend.

## Der Ort des Geschehens

Das Institut für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin der Universität zu Köln ist noch in einem der recht alten Gebäude der Universitätsklinik untergebracht. Der für den Kurs zur Verfügung gestellte Raum ist zwar sehr hoch, was vielleicht das Denken erleichtert, aber nicht sehr geräumig, sodass die Entfaltungsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt waren.

## Die Teilnehmer des Kurses

(Um nicht ständig -er/-innen schreiben zu müssen, habe ich mich für die kürzere männliche Form entschieden.) Die Teilnehmer dieses Pflichtkurses waren 13-14 Studenten des 4. Klinischen Semesters mit sehr unterschiedlicher Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit.

Die Vorstellungen und Wünsche an den Kurs reichten von „nur den Schein kriegen“ bis hin zu sehr konkreten Themen wie „Gespräche mit Sterbenden und deren Angehörigen“, „Sucht“, „Umgang mit Behinderten“ oder „Therapieverfahren und Krankheitsbilder besprechen“. Das heißt, die Studenten sahen im Vordergrund das zu besprechende Thema.

## Der Kurs

Im Kurs sollten die Studenten die Möglichkeit haben, den Patienten in seiner bio-psycho-sozialen Gesamtheit zu sehen, um dies in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. Daneben wurde die Arzt-Patienten-Beziehung zum Gegenstand der Betrachtung und Reflexion, um sie für den medizinisch therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. Ein weiterer Aspekt war das Erfassen und Verdeutlichen der Beziehungsangebote der Patienten. Oder anders formuliert: Was will der Patient von seinem Arzt? Was will der Arzt vom Patienten? Das heißt, neben den verschiedenen Themen wie Krankheitsbilder, Sucht usw. war ein wesentlicher Kursinhalt das Sensibilisieren für das, was der Patient im Gespräch anbietet, um mit ihm darüber eine tragfähige Beziehung aufbauen zu können. Die Kursdauer betrug jeweils eine Doppelstunde pro Woche während eines Semesters.

## Die Idee zur Arbeit

### Hypothese

Trotz der überschaubaren Teilnehmerzahl und der Tatsache, dass die Kursteilnehmer sich vermutlich mehr oder weniger gut kennen, dürfte der das Interview durchführende Student einer erheblichen Stressbelastung ausgesetzt sein. In einer den Präsentiertellercharakter verstärkenden Umgebung sitzt er dem ihm unbekanntem Patienten mit der Vorstellung gegenüber, ein gutes Interview machen zu wollen. Die übrigen Kursteilnehmer dürften je nach Persönlichkeit und Geschichte des Patienten bzw. der Art des sich entwickelnden Gesprächs mehr oder weniger interessiert sein, wie es auch für die verschiedenen Themen anzunehmen ist.

### Umsetzung

Bei meinen Überlegungen, einerseits die Arbeit mit der Gruppe nicht wie im Frontalunterricht zu gestalten, andererseits den Stress für den Interviewer zu reduzieren und mehrere Teilnehmer zu integrieren, kam mir die Idee, versuchsweise ein RT einzuführen. Im weiteren Verlauf erwies sich die Einführung des RT, mit dem auf Meta-Ebene über das Interview und die damit im Zusammenhang stehenden Fragen und Themen nachgedacht und diskutiert werden konnte, als hilfreich.

## Die Vorbereitung

Um die Studenten mit dieser Technik vertraut zu machen, übten sie im Rollenspiel diese Form des „unterbrochenen Interviews“. Eine Übungsgruppe bestand aus „ärztlichem Interviewer“, „Patient“ und zwei bis drei Teilnehmern im RT, die entweder der Interviewer

sich ausgesucht oder die sich freiwillig gemeldet hatten. Die Bereitschaft, sich freiwillig für den Part des Interviewers oder des RT zu melden, war in den einzelnen Semestern sehr unterschiedlich. Die Erklärung, dass dieses Einüben im Interesse des zu einem späteren Zeitpunkt zu interviewenden Patienten hilfreich sei, ermöglichte Einzelnen dann doch, sich auf ein Rollenspiel einzulassen. Leichter wurde es für die Teilnehmer, als ihnen im weiteren Übungsverlauf klar wurde, dass es nicht um be- und abwerten ging, und sie verstanden, wie schwierig es sein kann, Gedanken und Überlegungen ohne Werturteil im Hinblick auf das zuvor Gesagte zu formulieren.

Der „Patient“ versetzte sich in die Situation eines Kranken, der an funktionellen Beschwerden wie Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen litt. Im ersten Kontakt berichtete er dem Interviewer seine Beschwerden, dieser erhob eine kurze Anamnese und entschied, was er an Diagnostik veranlassen wollte. Dieser Gesprächsteil wurde in der Rollenspielsituation einmal unterbrochen. Während der Unterbrechung und am Ende des Interviews unterhielten sich die Teilnehmer des RT darüber, was sie im Hinblick auf Sprache, Körperhaltung, die Art der Kontaktaufnahme und die sich entwickelnde Beziehung beobachtet hatten. Für die Studenten war besonders aufschlussreich zu registrieren, wie unterschiedlich die Äußerungen des „Patienten“ von jedem Einzelnen aufgenommen und interpretiert wurden. Forderung an das Gespräch auf der Meta-Ebene war, dass weder der Interviewer noch der Interviewte durch die Aussagen des RT abgewertet werde.

Das führte in der Übungssituation dazu, dass zwischen dem RT und mir in der Überlegung, wie negative oder sehr kritische Bemerkungen dennoch geäußert werden können, eine zweite Meta-Ebene eingeführt wurde, um gemeinsam an diesen Formulierungen zu arbeiten.

In der zweiten Sequenz des Interviews teilte der „Arzt“ dem „Patienten“ mit, dass alle Untersuchungsergebnisse erfreulicherweise ohne ernsthaften pathologischen Befund vorliegen. Er befand sich in der Situation, dem „Patienten“ klar zu machen, dass dieser organisch gesund ist und seine Beschwerden Ausdruck eines durch irgendetwas ausgelösten innerseelischen Prozesses seien, er dem Patienten somit die Diskrepanz zwischen Befund und Befinden verständlich machen musste. Sollte dies gelingen, muss er den Patienten da abholen, wo dieser sich in seinem Prozess befindet und ihm in verständlicher, bildhafter Sprache einen anderen Blickwinkel eröffnen, damit dieser sich über seine derzeitigen Bewältigungsstrategien Gedanken machen kann.

In diesem zweiten Gesprächsabschnitt lag der Beobachtungsschwerpunkt des RT darauf, ob es dem „Arzt“ gelingt, dem „Patienten“ zu signalisieren, dass er sein Leiden versteht und mitfühlen kann, der „Patient“ sich ernst- und angenommen fühlt und allein oder mit dem Arzt nach einer anderen Sichtweise oder einem anderen Weg suchen kann.

### Das Patienteninterview

Den Leitfaden für das Interview entnahm ich im Wesentlichen aus „Anamnese und Körperuntersuchung“ von Adler und Hemmeler.

1. Berührung und erster Eindruck
2. Beschwerden, Erfassen der Symptome
3. Jetziges Leiden
  - wann und seit wann
  - wie und wie stark
  - wo lokalisiert
  - was wirkt verschlimmernd / lindernd
4. persönliche Lebensgeschichte
5. Familiengeschichte
6. Soziale Faktoren und Systemanamnese
7. Fragen, Vorstellungen und Pläne des Patienten – erste therapeutische Überlegungen und Vorbereitung für die körperliche Untersuchung

Bei den Patienteninterviews wanderten die einzelnen Interviewer ganz unterschiedlich durch die Geschichte des Patienten. Für das RT war jetzt zusätzlich von Bedeutung, zu registrieren welchen Teil seiner Geschichte der Patient nicht anspricht, welcher Teil auch vom Interviewer nicht nachgefragt wird und Spekulationen und Fantasien über den Sinn des Vergessens oder Auslassens anzustellen. Dabei war wichtig, dass beiden Gesprächspartnern bewusst war, dass weiße Flecken durchaus auf der Landkarte bleiben durften. Weder der Patient musste Dinge offenbaren, die er nicht sagen wollte, noch sollte es für den Studenten zu persönlich werden. Eine weitere Aufgabe des RT war das Abwägen von Alternativen der Gesprächsführung.

Das Interview unterbrechen konnte entweder der Interviewer, der Hilfe von außen wollte, oder ich, sobald ich das Gefühl hatte, der Interviewte bräuchte eine Pause. Um Ideen, Fragen, Beobachtungen, Wahrnehmungen, Hypothesen und Alternativen des RT zu diskutieren, wurde planmäßig unterbrochen. In Interviews, in denen es hakte, wurde mit dem RT, das die Interaktion zwischen den beiden Gesprächsteilnehmern von außen viel leichter beobachten und beschreiben konnte, erarbeitet, woran die Schwierigkeit oder Störung liegen könnte. Mit Hilfe von ungewöhnlichen Gedanken und Überlegungen wurden andere Perspektiven eröffnet. Dem Interviewer eröffnete sich damit die Möglichkeit, einen anderen Faden aufzunehmen. Für die Überlegungen und Interventionen des RT wurden jeweils 5 bis 10 Minuten angesetzt.

Nach zweimaligem Rollenspiel zum Trainieren lud ich Patienten aus meiner Praxis zu den Interviews ein. Alle ausgesuchten Patienten hatten selber schon Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge entwickelt und waren nach meiner Meinung soweit belastbar, dass ein möglicherweise belastendes Interview keine Krise auslösen würde, was auch

glücklicherweise nicht eintrat. Die Patienten wählte ich anhand ihrer Krankengeschichten so aus, dass gleichzeitig ein bestimmtes Thema besprochen werden konnte. Für diese mittels Tonband dokumentierten Interviews wurde ungefähr eine Stunde angesetzt.

Nach zwei Interviews mit ausgewählten Patienten wurden für die folgenden Gespräche Patienten aus der Universitätsklinik eingeladen. Hierbei half mir ein mit dieser Aufgabe betrauter, mir zur Seite gestellter Student, der selbst nicht zu den Kursteilnehmern gehörte. Er informierte sich auf verschiedenen Stationen, ob ein Patient bereit sei, sich den Studenten vorzustellen, ich selber lernte den Patienten unmittelbar vor der Kursstunde kennen.

In einem kurzen Gespräch informierte ich den Patienten, dass er unliebsame Fragen nicht beantworten müsse und jederzeit abbrechen könne. Ich erklärte ihm die geplanten Unterbrechungen, in denen das RT laut nachdenken würde, wobei er selber zuhören oder abschalten könne, ganz nach Lust und Laune.

Von Seiten der Patienten wurde dieses Setting mit großem Interesse angenommen. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv, wobei ich die Patienten der Praxis später darauf ansprach oder von ihnen direkt angesprochen wurde. Mit den Patienten der Klinik unterhielt sich der Student, wenn er sie zurück auf ihre Station begleitete. Alle fanden es sehr aufschlussreich und spannend zuzuhören, wenn andere über sie und den geführten Dialog nachdachten und diskutierten.

Bei den Gesprächen sprengte lediglich eine sehr klinikerfahrene Patientin einmal das Setting. Sie war eloquent und nicht zu bremsen, während der Unterbrechung für das RT war sie kurz still, hörte zu und verwickelte dann die Teammitglieder in eine Diskussion.

Da ich die einzelnen Kursteilnehmer nicht so gut kannte, um einschätzen zu können, wie sie auf die Rollenkonfusion reagieren würden, fasste ich die Quintessenz des bisher Gesagten zusammen, beendete die für das RT geplante Sequenz und übergab wieder an den Interviewer. Nach wenigen Worten verwandelte die Patientin das Gespräch in einen Monolog, bei dem sich der junge, angehende Kollege wie unter einem Wasserfall fühlte. Nach Verabschiedung der Patientin hoffte das RT zum Zug zu kommen, um das Gespräch, und was es ausgelöst hatte, zu reflektieren. Das Verhaltensmuster der Patientin übertrug sich jedoch auf alle Kursteilnehmer, die ihrerseits nun ständig das RT unterbrachen.

In dieser, auf ihre Weise sehr spannenden Stunde hatten die Studenten erlebt, wie das Verhaltensmuster eines Einzelnen die Dynamik einer ganzen Gruppe verändert hatte.

### Die Auswertung

Wie bereits erwähnt, fanden alle Patienten, die an Interviews teilgenommen hatten, diese Art der Interviewtechnik interessant und aufschlussreich. Eine Befragung der interviewten Patienten, was sie gut und hilfreich, aber auch was sie störend und schlecht empfunden hatten, wäre sicher lohnend, war jedoch nicht Gegenstand meiner Arbeit.

### Wie war es für die Studenten?

Nachdem im WS 96/97 von den Studenten des Kurses diese Art des Patienteninterviews sehr positiv aufgenommen worden war, alle ein hohe Bereitschaft und Motivation der Mitarbeit gezeigt hatten, legte ich am Ende des SS 97 den Studenten einen sehr kurzen Fragebogen vor, um die Einschätzung durch die Studenten und ihrer Beurteilung klarer zu erfassen. Den anonymisierten Fragebogen gestaltete ich folgendermaßen:

#### Fragebogen zum Kurs

Sie können Patienteninterviews mit und ohne RT vergleichen.

1. Spricht die Technik mit RT Sie an?
2. Sehen Sie darin eine zusätzliche Hilfe für den Interviewer?
3. Macht diese Technik das Interview für den Zuhörer interessanter?
4. Liefert diese Technik zusätzliche Hinweise oder Aspekte im Hinblick auf das Gespräch bzw. die Gesprächsführung?
5. Hilft diese Technik zu erkennen, worauf im Interview zu achten ist?
6. Sollte der Dozent als Moderator im RT mitarbeiten?

Werteskala 1 bis 5, wobei 1 der geringsten Wertung entspricht.

Die beiden letzten Fragen bitte frei beantworten.

Was finden Sie gut?

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

#### Auswertung

Die statistische Auswertung der Fragen 1, 2 und 5 ergab, dass die Interviewtechnik als ansprechend und hilfreich gesehen wurde. Bei den Antworten auf die Fragen 3 und 6 war die Streubreite so groß, dass keine verwertbare Auswertung möglich war.

Die Inhalte bei den freien Antworten wiederholten sich teilweise. Ich zitiere im Auszug:

Was finden Sie gut?

„Die Möglichkeit, das Gespräch zu unterbrechen und Interviewer und Patient unangenehme Situationen zu ersparen.“

„Dem meist noch ungeübten Interviewer bieten sich durch das RT kurze Pausen um die Gedanken zu ordnen.“

„Hinweise auf evtl. Schwächen in der Gesprächsführung.“

„Man fühlt sich nicht ganz so allein, sondern hat immer eine Hilfe zur Seite.“

„Man bekommt durch das RT neue Ideen.“

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

„Nach der Unterbrechung Hilfestellung zum Einstieg geben.“

„Zu viele Ideen und Richtungsänderungen pro Unterbrechung verwirren.“

„Mehr spezielle Hinweise zur Gesprächsführung.“

Bei der Ausarbeitung der Bögen beschäftigte mich die Frage, welche der Wünsche ich im nächsten Semester realisieren könnte. Für das Thema Fragetechnik müsste ich ein Interview mit Video aufzeichnen, sodass die einzelnen Sequenzen ausführlich besprochen werden können. Während für die allgemeine Besprechung die nachfolgende Kurseinheit ausreichte – ich übernahm jeweils die wichtigsten Gesprächsabschnitte vom Band – müssten in diesem Fall zwei bis drei Kurseinheiten angesetzt werden. Damit würden einerseits andere geäußerte Wunschthemen unberücksichtigt bleiben müssen, andererseits würde von dem einen interviewenden Studenten eine hohe Bereitschaft zur Selbstoffenbarung gefordert. Er wäre sich dessen nicht bewusst, da erst im Kursverlauf die Studenten ein Gefühl dafür entwickelten, wieviel sie durch ihre Fragen von sich preisgaben. Die Vorstellung vom Arzt, der das Gespräch in der Hand hat, mit seiner Persönlichkeit hinter der Rolle oder Maske des Arztes verschwinden kann, herrschte vor und war vertraut.

## **Zum Schluss**

Während der Arbeit mit den Studenten wurde mir bewusst, wie sich mein Verständnis von und für Sprache während meiner gesamten Ausbildung – sowohl der tiefenpsychologisch fundierten Therapieausbildung als auch der systemischen Familientherapieausbildung – geändert hat. Glaubte ich früher, wie die Studenten heute, an die Objektivität der Worte, bin ich mir jetzt der Instabilität von Bedeutungen bewusst.

## **Literatur**

- Adler, R., Hemmeler, W. (1992). Anamnese und Körperuntersuchung. Gustav Fischer.
- Anderson, T. [Hrsg.] (1990). Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund: modernes lernen.
- Capra, F. (1990). Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild. München: Scherz.
- De Shazer, S. (1996). „Worte waren ursprünglich Zauber“. Dortmund: modernes lernen.
- Dormeyer, D. (1995). Systemberatung eines Kolloquiums. In: Systema 9 (1), pp. 35-52.
- Schlippe, A.v., Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 5. Aufl. 1998.
- Schlippe, A.v. (1986). Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn: Junfermann.
- Schulz von Thun, F. (1991). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.
- Watzlawick, P., Beauvin, J. H., Jackson, D. D. (1969). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.

Dr. Gunhild Remus  
Zur Hafenwiese 8  
51503 Rösrath-Forsbach