

Hess, Thomas

## **Einzels psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend?**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 7, S. 253-260*

urn:nbn:de:bsz-psydok-29323

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . .	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . .	25
In Memoriam Hermann Stutte . . . . .	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy) . . . . .	207
<b>Aus Praxis und Forschung</b>			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . .	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . .	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . .	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . .	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . .	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices) . . . . .	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . .	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . .	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . .	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . .	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . .	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . .	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . .	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . .	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . .	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . .	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . .	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . .	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . .	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . .	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling) . . . . .	56	G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . .	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . .	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . .	41	P. Zech: Konflikte und Konflikt Diagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . .	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . .	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		<b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b>	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . .	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . .	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . . .	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children). . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

## Aus Praxis und Forschung

### **Einzels psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend?**

Von Thomas Hess

#### **Zusammenfassung**

In den letzten Jahren fand die Familientherapie Eingang in das Arbeitsgebiet der Kinderpsychologen und Kinderpsychiater. Teils wird sie als Alternative eingeführt, teils an eine psychodynamisch orientierte Abklärung angeschlossen. Mißerfolge solcher Kombinationen geben Anlaß zur kritischen Betrachtung: Es soll die Unterscheidung der beiden grundlegenden Therapieansätze nicht durch das Setting – ob Einzelgespräche oder Familiengespräche – sondern durch die unterschiedliche Denkweise der Therapeuten bestimmt werden. Für die Wahl der Methode ist darauf zu achten, in welchem Entwicklungsstadium eine Familie steht. Die meisten in kinderpsychiatrischen und kinderpsychologischen Beratungsstellen Rat suchenden Familien stehen im Stadium der Auseinandersetzung mit der Umwelt bzw. der Klärung ihrer gegenseitigen Beziehung. Aus diesem Grunde ist im Anfangsstadium das familiendynamische Denken vorzuziehen. Dazu kommt der Vorteil der besseren Motivationschance, wenn alle Familienmitglieder in direktem Kontakt mit dem Therapeuten stehen. Fragen der Motivation und der Diagnostik innerhalb des Familiensettings werden diskutiert. In der eigentlichen Therapiephase sollen als Kriterium, ob Familientherapie oder Einzeltherapie angewendet wird, weder die Lokalisierung des Konfliktes (ob intrapsychisch oder interpersonal), noch die Erreichbarkeit der Symptomträger bzw. das Zusammenleben mit der übrigen Familie, ausschlaggebend sein. Als wesentlichstes Kriterium wird die Stärke der gegenseitigen Resonanz der Familienmitglieder postuliert: eng verstrickte Familien sollten immer als gesamte Familie behandelt werden. Bei klarerer Abgrenzung der einzelnen Familienmitglieder voneinander, insbesondere bei zu geringem, gegenseitigem Engagement, besteht größere Chance im einzeltherapeutischen Vorgehen. Bei notwendig werdendem Wechsel des Therapieansatzes ist es wichtig, der Familie gegenüber klar zu deklarieren, welches der Denkmodelle bzw. welcher der Therapeuten dem andern über- bzw. untergeordnet ist, um eine Konkurrenzierung der zwei „Realitäten“ zu vermeiden.

Im Arbeitsfeld von Kinderpsychologen und Kinderpsychiatern hat sich in den letzten Jahren eine recht deutliche Veränderung gezeigt, in dem familientherapeutische Arbeit v. a. in vielen entsprechenden Institutionen Eingang gefunden hat. Es wird Familientherapie als eine mögliche Behandlungsform am Ende einer einzeldiagnostischen Abklärung in die Wege geleitet. Die Indikation dazu – was immer die diagnostischen Kriterien seien – wird teilweise von familientherapeutisch nicht ausgebildeten Fachleuten gestellt. Häufig führen diese Behandlungen dann nicht zum erhofften Ziel, werden vorzeitig abgebrochen oder allenfalls gar nie begonnen. Der unkritische Betrachter könnte daraus schließen, daß entweder die Familientherapie als Methode oder der Therapeut versagt hat. Selten wird die vorherige Abklärung bzw. der Wechsel des Therapieansatzes an sich in Frage gestellt.

Meines Erachtens kann diese neue Behandlungsform nicht auf solch einfache Art und Weise in die konventionelle Kinderpsychiatrie und -psychologie eingebaut werden. Vielmehr müssen wir das gesamte Untersuchungs- und Behandlungsmodell neu überdenken. Eine Untersuchung und die anschließende Behandlung eines psychisch kranken Kindes sollte unbedingt eine Einheit darstellen. Falls nicht dieselben Personen Abklärung und Behandlung durchführen, muß zumindest das gleiche Denkmodell dem Handeln der untersuchenden und behandelnden Fachleute zugrunde liegen.

#### **Therapeutische Ansätze für Kinder und Jugendliche: Einst und heute**

Psychotherapie für Kinder und Jugendliche wurde schon bald nach der Entdeckung der psychoanalytischen Methode eingeführt. Wie auch die Psychoanalyse selbst, war sie einem Wandel unterworfen. Ursprünglich wurde mit den Kindern ebenfalls eine eigentliche Analyse, analog derjenigen bei Erwachsenen, angestrebt. Lediglich die freie Assoziation wurde durch das Spiel ersetzt. Bereits *Anna Freud* jedoch wies auf die wesentlichen Unterschiede zwischen Analyse von Erwachsenen und der für Kinder geeigneten Behand-

lungsformen hin und hat damit bereits den Weg zur heutigen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche vorgezeichnet: sie wies darauf hin, daß das Kind nie aus eigener Initiative sondern immer fremdmotiviert in Therapie kommt. Außerdem zeigte sie, daß die Auseinandersetzung mit den Liebesobjekten, die während der Analyse noch voll im Gang ist, anderen Charakter hat, als bei Erwachsenen, wo eine vergangenheitsbezogene Arbeit notwendig ist. Entsprechend wurde dem Einbezug der Eltern zunehmend Beachtung geschenkt. Anfänglich galt das Interesse vor allem der Entwicklungsanamnese, später wurde daraus eine Erziehungsberatung. Im Zentrum stand aber und steht auch heute noch das behandelte Kind. Eine ganz andere Entwicklungslinie, aus der Schizophrenieforschung nämlich, führte in den 50er Jahren ebenfalls dazu, daß zuerst die Mütter der Schizophrenen, später die ganzen Familien, in die Beobachtung miteinbezogen wurden. In den 60er Jahren wurde diese zuerst nur zu Forschungszwecken verwandte Methode auch als therapeutischer Ansatz propagiert. Interessanterweise fand diese Entwicklung in verschiedenen Forschungszentren – vorerst unabhängig voneinander – gleichzeitig statt. Daraus hervorgegangen ist eine Vielzahl verschiedener Schulen und Richtungen in Familientherapie, die hier nicht alle beschrieben werden können. Es soll jedoch ein kurzer Blick auf die Palette der heutigen Angebote geworfen werden: Je nach Unterscheidungsgesichtspunkt werden zwischen vier und sieben Richtungen genannt. Die Hauptunterschiede liegen allerdings viel mehr in der theoretischen Begründung der prinzipiell sehr ähnlich gelagerten therapeutischen Vorgehen. Während die einen Autoren sich sehr stark am psychoanalytischen Verständnis jedes einzelnen Familienmitgliedes, teilweise mit starker Gewichtung der Dreigenerationenperspektive (*Boszormany-Nagy, Stierlin*) orientieren, betonen andere die Notwendigkeit der Klärung von Gefühlen, teils ebenfalls auf dem psychoanalytischen Hintergrund (*Ackerman*), teils mehr mit Einbezug von Selbsterfahrungs- und Encountertechniken (*Satir, Kirschenbaum*). Als systemisch wird eine weitere Familientherapierichtung bezeichnet, die sich vorwiegend an Kybernetik und Kommunikationstheorie orientiert. Ihr Hauptaugenmerk liegt auf der Struktur der Familie, d.h. der Hierarchie, der Bildung von Bündnissen. Nach der Art und Weise des therapeutischen Vorgehens kann diese Form noch unterschieden werden in strukturell (*Minuchin*) oder strategisch (*Haley, Watzlawick, Selvini*). Allen familientherapeutischen Ansätzen gemeinsam ist die starke Betonung des Beziehungsaspektes und der Einbezug aller Familienmitglieder in die Betrachtungsweise.

### Vergleich zwischen dem psychodynamischen und dem systemischen Denkmodell

Im folgenden wird nun das psychodynamische Modell, das in der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie wohl am häufigsten verwendet wird, selbstverständlich mit meiner eigenen Gewichtung, der systemischen Familientherapie gegenübergestellt.

Vorerst möchte ich kurz den Unterschied zwischen diesen Denkmodellen aufzeigen: Die *herkömmliche Kinderpsychiatrie und -psychologie* betrachtet primär den Patienten. Seine

Symptome werden auf innerpsychische Prozesse zurückgeführt und kausalanalytisch erklärt. Die Umgebung des Patienten wird unter dem Aspekt von „pathogener Faktor“ und/oder „in Mitleidenschaft gezogene Angehörige“ gesehen. Die *Systemtheoretiker* hingegen betrachten die soziale Gruppe, meist die Familie, als eine Einheit. Diese ist grundsätzlich etwas anderes als die Summe seiner Einzelmitglieder. Sie ist ein System, das die Tendenz hat, im Gleichgewicht zu bleiben, d.h. es ist resistent gegen Veränderungen. Das Verhalten eines Familienmitgliedes wird nicht, wie in der hergebrachten Kinderpsychiatrie mit innerpsychischen Prozessen oder früherer Traumatisierung erklärt, sondern als Ausdruck der Interaktion und der Beziehungen zwischen den Familienangehörigen betrachtet. Es gibt damit also keine Aktion und Reaktion, keine Ursache und Wirkung mehr, sondern nur noch Interdependenz. Dies bedeutet, daß die Frage nach der Kausalität (im volkstümlichen Sinne) aus dem Interessenbereich verschwindet. Sehr oft kann damit die Schuldfrage ausgeklammert werden<sup>1</sup>. Der Therapeut konzentriert sich im systemischen Ansatz nicht so sehr auf den Inhalt des Gesagten, sondern viel mehr auf die Interaktionen, die während einer Familiensitzung stattfinden. Er beobachtet das Verhalten der Familienmitglieder. Im Gegensatz zum analytisch geschulten Psychologen, der die Vergangenheit wieder aufleben läßt, bewegt sich der Systemtherapeut ausschließlich in der Gegenwart.

Dieses kurz skizzierte Interaktionsdenken wird als zirkulär – im Gegensatz zum linearen Denken – bezeichnet. Eine der wesentlichsten Folgen davon ist, daß die Familie nicht mehr in kranke und gesunde Mitglieder aufgeteilt wird. Man spricht in der System- bzw. Familientherapie deshalb nur noch von Indexpatienten, bzw. identifizierten Patienten oder bezeichnet die ganze Familie als dysfunktional – aber eben nicht als krank. Man meint damit, daß die Familie als Ganzes gesund und funktionstüchtig ist, in einem Knotenpunkt jedoch die Kommunikation blockiert oder gestört ist, aber wieder zum Funktionieren kommt, sobald dieser Knoten gelöst – oder zerschnitten ist.

Auf die Unterschiede zwischen den zwei verschiedenen therapeutischen Haltungen wurde und wird immer wieder aufmerksam gemacht. Insbesondere hat kürzlich *Guntern* [9] sehr eindrücklich auf die Notwendigkeit des Paradigmenwechsels, der vergleichbar sei mit der „kopernikanischen Revolution“, hingewiesen. Einen Spielraum für Synthemöglichkeiten sieht dieser Autor nicht. Die Entgegnung auf diesen Artikel von *Buchholz* [4], der die Psychoanalyse verteidigt und als Wegbereiter des systemischen Paradigmas bezeichnet, weist darauf hin, daß die systemische Betrachtungsweise eine notwendige Ergänzung – bzw. schon immer vorhandene, zusätzliche Sichtweise – gegenüber dem medizinisch orientierten Psychiatrieverständnis darstelle. Eine ähnliche Grundhaltung liegt dem Beitrag von *Montalvo und Haley* [15] zugrunde, die die Kindertherapie generell als auf

<sup>1</sup> Hier entstehen oft Schwierigkeiten in der Motivation, falls sie von analytisch orientierten Therapeuten durchgeführt wird: Es wird von Störungen oder gar Krankheit der ganzen Familie gesprochen, vielleicht gar von Verursachung von Einzelproblemen durch die Familie. Dies wirkt sich angstaussendend aus und ist im Widerspruch mit dem Denken des Systemtherapeuten.

das Familiensystem wirkend bezeichnen und sie damit in die Nähe der Familientherapie rücken. Es besteht also eine große Diskrepanz der Meinungen bezüglich der Vereinbarkeit der beiden Therapieansätze.

Unklarheit besteht auch um die Frage, ob die therapeutische Einstellung oder das Setting ausschlaggebend sein soll für die Etikettierung einer Therapieform. Im allgemeinen wird als Familientherapie bezeichnet, wenn ein Therapeut mit einer Familie zusammensitzt und Gespräche führt. Als Einzeltherapie hingegen versteht man Behandlungsformen, in welchen hauptsächlich das betroffene Kind bzw. der Jugendliche mit dem Therapeuten alleine arbeitet. Diese Form der Unterscheidung scheint mir nicht haltbar: Die *Trennungslinie sollte zwischen unterschiedlicher Denkweise und therapeutischen Handlungsstrategien und nicht zwischen zwei Formen von Settings* liegen. Es kann nämlich sehr wohl in Einzelsetting systemisch gearbeitet werden: falls der Therapeut sich bewußt ist, was er im Gesamtfamiliensystem mit einer Intervention oder Deutung beim einzelnen erreichen will, kann dieses gezielt eingesetzte Vorgehen oft auch mehr bringen als ein Familiengespräch. Andererseits kann natürlich auch in Anwesenheit von Familienmitgliedern, insbesondere des Ehepartners, einzeltherapeutisch, also auf der psychodynamischen Grundlage, gearbeitet werden.

Psychotherapeutische Schulen können auch nicht grundsätzlich gleichgesetzt werden mit dem einen oder dem anderen Denkmodell: Es ist unrichtig, alle Analytiker als monokausal-reduktionistisch zu bezeichnen, genau so wie sie nicht pauschal als systemisch denkend betrachtet werden können. Sowohl die psychoanalytische wie auch andere Schulen lassen genügend Spielraum, um ein systemisches Arbeitskonzept mit dem Grundgedanken der Theorie in Einklang zu bringen. Obwohl verschiedene Ansätze – je angelehnt an psychoanalytische Schulen – für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen bestehen, ist die Literatur dazu noch recht beschränkt. Aus diesem Grunde besteht hier ein noch größerer Freiraum bzw. die Notwendigkeit, daß die Therapeuten sich ihre Arbeitshypothese, sozusagen im Baukastensystem, aus verschiedenen Bereichen selber zusammenstellen.

Nach diesen allgemeinen Erörterungen ist es nun wichtig, zu konkreten Vorschlägen betreffend der Entscheidung, welches Handlungskonzept gewählt werden soll, vorzustoßen.

Zu dieser Frage also, wann welche Methode optimal anwendbar ist, sollte nicht nach Indikationskriterien je nach Krankheitsbild gesucht, sondern vor allem unterschieden werden zwischen den Phasen des Untersuchungs- bzw. Therapieprozesses. Dabei kann Untersuchung und Behandlung nicht getrennt betrachtet werden.

### Abklärungs- und Motivationsphase

#### Erstgespräch

Eltern, die mit einem ihrer Kinder zur Erziehungsberatungsstelle, zum Psychologen oder zum Kinderpsychiater kommen, haben immer eine sehr hohe Schwelle von Angst-, Scham-, Schuldgefühlen überwinden müssen, um diesen

Schritt zu wagen. Das Kind selber ist fast immer auch einem besonderen Streß ausgesetzt, sei es durch direkte Äußerungen der Eltern, sei es durch das Erspüren der besonderen Spannung, die in der familiären Luft liegt. Im ersten Interview schildern die Eltern mehr oder weniger geordnet und mehr oder weniger neutral die Störungen und Symptome des angemeldeten Kindes. Die Erwartungen an Psychologen und Ärzte jedoch werden meist schon viel diffuser, oft überhaupt nicht auf direkte Art und Weise mitgeteilt. Jeder Kinderpsychiater und Psychologe weiß, daß es gilt, in den ersten Gesprächen mit Eltern und Kind nicht nur die formulierten Störungen, nicht nur die *expressis verbis* gewünschten Veränderungen im Verhalten zu erspüren. Der Fachmann muß versuchen, auch latente, unausgesprochene Erwartungen mitzuerfassen und in den Therapieplan einzubeziehen. Daß solche Inhalte aus den averbalen Mitteilungen entnommen werden können, ist ebenfalls sattem bekannt. Ein Gespräch – und die Beobachtung des Verhaltens – mit allen wichtigen Bezugspersonen eines als gestört erlebten Kindes, kann aus diesem Grunde am meisten Aufschluß geben, wie die Symptome erlebt und unbewußt beantwortet werden von der Familie. Nach meinen Erfahrungen haben sich Erstgespräche mit der ganzen Familie bei kinderpsychiatrischen Fällen als sehr viel fruchtbarer erwiesen als die Aufnahme der Anamnese mit den Eltern alleine. Ein Erstgespräch mit einer Familie jedoch, die noch nicht motiviert ist für eine Familientherapie (was beim Kinderpsychologen oder -psychiater fast immer der Fall ist), ist äußerst anspruchsvoll und sollte nie von einem familientherapeutischen Anfänger durchgeführt werden. Die Ziele eines solchen Familien-Erstgesprächs sind prinzipiell dieselben wie in jedem andern Erstgespräch mit einer Familie, doch mit gewissen Abweichungen:

1. Emotionales Erreichen jedes Familienmitgliedes, und damit verstehen und akzeptieren eines jeden einzelnen.
2. Verstehen und Ernstnehmen des Leidens der Familie als Ganzes, wenn immer möglich mit Bezugnahme auf das Hauptproblem, das die Familie zum Therapeuten geführt hat. Dazu gehört auch das Akzeptieren der Widerstände und der Ängste vor Veränderung aller Familienmitglieder.
3. Der Therapeut muß erspüren, wie groß die Widerstände sind und von wem sie hauptsächlich auf welche Art und Weise ausgedrückt werden (es sollte immer von Widerständen der gesamten Familie ausgegangen werden und nicht von denjenigen einzelner Familienmitglieder, da dies oft trügt).
4. Der Therapeut muß durch einzelne Interventionen oder allenfalls eine Schlußerklärung, die den Behandlungsplan enthält, zeigen, daß er die Familie verstanden und akzeptiert hat und aufzeigen, wie er Veränderungen durchführen kann und wird.
5. Aufstellen eines Behandlungs- bzw. Untersuchungsplanes, der der Familie in deren Sprache und um deren Problemdefinition herum angeordnet, offeriert werden kann. Dieser Plan sollte eine neue erweiterte Problemdefinition im Sinne einer Fokuserweiterung enthalten, so daß nicht mehr nur der identifizierte Patient im Zentrum steht, und für alle Familienmitglieder akzeptierbar sein.

Hierbei muß besondere Beachtung auf latente Erwartungen, Hoffnungen und Ängste, die nicht verbal formuliert wurden, geachtet werden.

Die Hauptunterschiede zwischen einem kinderpsychologischen/kinderpsychiatrischen Familien-Erstgespräch und einem solchen, bei welchem sich die Familie selber zur Behandlung familiärer Beziehungsprobleme angemeldet hat, sind folgende:

- a) Es besteht noch keine einheitliche Problemdefinition.
- b) Der Unterschied zwischen den Problemdefinitionen der Familienmitglieder und den latenten Erwartungen, die als Grundlage für die Problemdefinition des Therapeuten dienen, kann sehr groß sein. Entsprechend kann es sehr anspruchsvoll sein, ein erstes Behandlungsziel zu formulieren, das von allen Familienmitgliedern akzeptiert werden kann und therapeutisch sinnvoll ist. Oft muß dabei auf zwei Ebenen gesprochen werden: einerseits in der linearen und von uns Fachleuten üblicherweise verwendeten Sprache, andererseits in der Analogsprache, indem Bilder, Ausdrücke mit doppeltem Sinn verwendet werden oder durch die Satzstellung neue Verbindungen hergestellt werden. Wirksam ist hier natürlich auch die Persönlichkeit des Therapeuten und insbesondere die Tatsache, daß er „durchblickt“ und eine optimistische Grundhaltung zeigt.

Je nach Verlauf dieses ersten Schrittes werden anschließend mit Subsystemen, d. h. Einzelpersonen oder Untergruppen der Familie, weitere Informationen gesammelt, dabei jedoch bereits mit dem therapeutischen Konzept, das nach der Erstsitzung erarbeitet wurde, behandelt.

### Motivation

Anna Freud hat in ihrer grundlegenden Publikation über die Kinderanalyse [7] bereits festgestellt, daß einer der wesentlichsten Unterschiede zwischen der Analyse mit Kindern und derjenigen mit Erwachsenen die Motivationsfrage ist: sie sprach davon, daß zuerst die Fremdmotivation des Kindes in eine Eigenmotivation umgewandelt werden müsse. Sie ging davon aus, daß, wenn eine Mutter oder ein Vater ein Kind zur Analyse brachte – damals natürlich noch ein Schritt, den nur besonders aufgeschlossene Eltern machten –, sie selber motiviert waren dafür, daß das Kind einem therapeutischen Prozeß unterzogen werde. Heute gelangen jedoch recht viele Kinder zu einem Therapeuten, deren Eltern unter Umständen unter Druck stehen oder mit sehr ambivalenten Gefühlen „einmal einen Versuch machen“ wollen. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich eine komplexere Konstellation von möglichen Motivationen: sowohl die Eltern können je einzeln eigenmotiviert oder fremdmotiviert sein, wie auch die Kinder/Jugendlichen selber.

Es ist bekannt, daß die Anfangsphase jeder Behandlung besonders kritisch ist. Immer wieder gibt es in den ersten Stunden einer Einzelpsychotherapie Aussteiger, plötzliche Therapieabbrüche. Auch bei Familiengesprächen kommt dasselbe vor. Ich bin der Überzeugung, daß dies zusammenhängt mit Fehleinschätzungen bezüglich Motivation aller am Therapieprozeß beteiligten Personen. Es genügt nicht, einzu-

teilen in motiviert und nicht motiviert, sondern jeder Beteiligte – oder die Familie als Ganzes – ist bis zu einem gewissen Grade ambivalent einem in Gang zu bringenden Entwicklungsprozeß gegenüber. Er – sie – ist getrieben von Erwartungen und Hoffnungen, was sich zu seinen – ihren – Gunsten verändern könnte, aber auch gebremst durch Ängste und Befürchtungen. Je besser es nun dem Therapeuten gelingt, die meist nicht ausgesprochenen Erwartungen und Ängste zu erfassen und damit umzugehen, desto besser gelingt es, die Bahn freizubekommen für den therapeutischen Prozeß, an welchem sich ja alle Familienmitglieder beteiligen müssen – egal ob Familientherapie oder Einzeltherapie.

Nicht nur die Einschätzung der verschiedenen Motivationsgrade, sondern auch die Motivationsarbeit kann selbstverständlich viel besser durchgeführt werden, falls der Therapeut in direkten Kontakt mit allen am Prozeß beteiligten Familienmitgliedern steht. Obwohl es eine Selbstverständlichkeit ist für jeden therapeutisch arbeitenden Arzt, Psychologen oder Sozialarbeiter, daß die Grundlage für die Zusammenarbeit aus einem vorbehaltlosen Akzeptieren der Patienten in ihrem So-Sein besteht, läuft man immer wieder Gefahr, ein Familienmitglied, das nicht anwesend ist und allenfalls von den Anwesenden negativ beschrieben wird, innerlich nicht völlig anzunehmen oder übermittelte Urteile mitzuübernehmen. Bei einseitigem Einstieg ins Familiensystem, d. h. wenn beispielsweise mit einem Kind und der Mutter gearbeitet wird, geschieht sehr leicht, daß sich der Therapeut mit dem Prinzip der Veränderung in der Familie verbündet und mit den am Veränderungsprozeß interessierten Familienmitgliedern zusammenarbeitet. Diejenigen Beteiligten jedoch, die die homöostatische Seite vertreten, bleiben zu Hause. Eine symmetrische Eskalation zwischen dem Prinzip der Veränderung und demjenigen der Homöostase ist unausweichlich und führt oft zum Therapieabbruch. Ein anfänglich nicht einbezogenes Familienmitglied später dazuzuholen, ist – entgegen der Behauptung vieler, mehr einzeltherapeutisch ausgerichteter Vertreter – viel schwieriger, als diese vorher telefonisch oder schriftlich zu überzeugen, auch dabeizusein. Dies, weil bereits vor Therapiebeginn eine Aufsplitterung der Familie in therapiefreundliche und therapiefeindliche Mitglieder eintreten kann. Je stärker nämlich nach Beginn der Untersuchung oder Behandlung der Therapeut und die am Abklärungsprozeß beteiligten Familienmitglieder zu motivieren versuchen, desto mehr besteht bei den zu Hause-Gebliebenen der Eindruck, sie würden nun als Schuldige oder Kranke ebenfalls zitiert. Sehr oft sind es auch die beispielsweise anwesenden und „engagierten“ Mütter, die zwar behaupten, der Ehemann wolle nicht kommen, jedoch selber im Grunde gar nicht wünschen, daß der Vater des angemeldeten Kindes auch einbezogen wird.

### Diagnostische Fragen

Die Psychodiagnostik ist aus dem medizinischen Denken entstanden. Damit geht sie von der Grundunterscheidung zwischen gesund und krank, von einem Defizitdenken aus. Sehr oft ist schon darauf hingewiesen worden, daß dieses Schema für weite Bereiche der Psychologie und Psychiatrie

schwierig anzuwenden ist. Besonders nachteilig wirkt sich aus, daß hauptsächlich Eigenschaften und Merkmale aufgezählt werden, die eine negative Wertung zugeschrieben erhalten. Sehr oft werden hervorstechende positive Persönlichkeitsmerkmale übersehen, so daß insgesamt ein negatives Bild des Patienten entstehen kann. Immer wieder stellt sich auch die Frage der Norm und damit die Frage der Objektivität einer Diagnose.

Dennoch sind nosologische Kriterien notwendig, um mit Kollegen kommunizieren zu können über gemeinsames Patienten- bzw. Klientengut. Dies, obwohl die Systemtheoretiker sich weigern, Diagnosen für einzelne Familienmitglieder zu stellen, da sie diese immer im Zusammenhang des Gesamtbezugsfeldes sehen möchten. Meines Erachtens aber schließt sich die Beschreibung eines Familiensystems mit derjenigen eines einzelnen Mitgliedes davon nicht aus, sofern sich Diagnostiker und Empfänger der Diagnose bewußt sind, daß es sich um eine relative Zuschreibung handelt, die nur gültig war in einem bestimmten Zeitpunkt und in einem gewissen diagnostisch/therapeutischen Kontext. Das medizinische Denken verlangt, daß vor einer Behandlung eine klare Diagnose steht. Dies ist in der Psychiatrie kaum rigoros anwendbar, da, wie H.S. Herzka [12] und A. Dührssen [6] betonen, jede psychodiagnostische Abklärung auch Therapie ist, genau so wie jede Therapie auch zu einer Diagnose führt. Vielmehr sollte im Sinne von Herzka ein diagnostisch-therapeutischer Kreisprozeß stattfinden, in dem jeder neue diagnostische Gesichtspunkt allenfalls eine Kursänderung des Therapieverlaufes mit sich bringt und jeder therapeutische Schritt wieder zu neuen diagnostischen Einsichten führt. Dies bedeutet einerseits, daß anamnestische Daten zwar immer sehr wichtig sind, eine forcierte Anamnese jedoch die betreffenden Eltern vor den Kopf stoßen können und die Veränderung der Gefühlslage gebremst wird wegen der verstärkten Abwehrhaltung. Es gilt also immer sorgfältig abzuwägen, welche Fragen wie gestellt werden können, um dem Therapieprozess dadurch förderlich zu sein.

Sofern innerhalb einer Familientherapie testdiagnostische Sitzungen durchgeführt werden müssen, ist es wichtig, daß die therapeutische und die diagnostische Arbeit mit Kindern und deren Familien entweder von denselben Personen oder zumindest mit demselben therapeutisch-diagnostischen Grundkonzept durchgeführt wird. Obwohl die Gefahr für eine Verwirrung deutlich geringer ist, wenn eine Diagnostik-sitzung mit einem einzelnen Kind während einer Therapiephase durchgeführt wird, als wenn dies zuvor geschieht, kann es trotzdem zum Bremsen des Gesamtprozesses kommen, da sofort wieder die Tendenz bestehen kann, das getestete Kind als einzig gestörtes oder womöglich schuldiges an Mißständen in der Familie zu sehen. Es muß deshalb versucht werden, die diagnostische Sitzung innerhalb des Familiengesprächs zu begründen und darauf hinzuweisen, daß es nicht um eine Frage von krank und gesund, sondern um eine spezifische (meist für außenstehende Instanzen benötigte) Erfassung geht.

Bei dieser Betrachtungsweise der psychodynamischen und systemischen Methode liegt auf der Hand, daß die Arbeitsteilung zur gegenseitigen Ergänzung dieser Modelle anders

sein muß, als dies in vielen kinderpsychologischen und -psychiatrischen Institutionen traditionellerweise der Fall ist: In der Anfangsphase, in welcher die Familie als Ganzes gewonnen werden muß, ist es besser und rationeller, mit der Familie zu arbeiten, bis eine echte Motivation erreicht ist und die Beziehungen ein Stück weit geklärt sind. In dieser Phase wird auch meist das „Selbstwertgefühl des Systems“ aufgebaut, so daß das Risiko einer Veränderung eingegangen werden kann.

### Therapiephase

Nachdem nun gezeigt wurde, daß es sich für die Anfangsphase empfiehlt, auf jeden Fall die ganze Familie miteinzubeziehen, stellt sich nun die Frage, welche Form der Therapie angeschlossen werden soll.

Bisher wurde verzichtet, die einschlägigen Arbeiten zu referieren. Im folgenden will ich nun auf einige darin aufgeworfene Indikationskriterien eingehen.

#### *Intrapsychische versus interpersonale Konflikte*

B. Buddeberg [5] nennt als Richtlinie zugunsten einer Einzelpsychotherapie das Vorhandensein intrapsychischer Konflikte, betont jedoch, daß andere Aspekte auch der gesamten Familie zu beachten seien. Diese Autorin postuliert, daß intrapsychische Konflikte nur in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten gelöst würden. Auf den ersten Blick leuchtet dieses Argument ein, hält jedoch bei genauerer Betrachtung nicht stand: zwar kann der Familientherapeut nicht die Rolle des Einzeltherapeuten übernehmen und eine analoge Übertragungsbeziehung entstehen lassen, doch besteht, wie H. Stierlin [18] erwähnt, meist die einmalige Chance, daß die Eltern selber, mit welchen das Kind die traumatisierenden Erlebnisse, die es neurotisch werden ließen, durchgemacht hatte, für eine Korrektur des Erlebten herangezogen werden können. Durch die Tatsache, daß die Eltern und das symptomtragende Kind eine viel engere Beziehung haben, als es diejenige zwischen Patient und Analytiker sein kann, und daß die zusammen verbrachte Zeitdauer sehr viel größer ist, ist die Wirksamkeit einer auch nur minimalen Veränderung der elterlichen Haltung gegenüber dem Kind um vieles stärker, als wenn ein Therapeut dem Kind andere Reaktionsweisen auf sein Verhalten zeigt, als dieses gewohnt ist.

Dasselbe Argument trifft zu, wenn es darum geht, Kinder und jüngere Jugendliche zu stützen, deren Selbstwertgefühl und damit die Selbstakzeptation zu erhöhen. Auch hier ist der rascheste und gangbarste Weg nicht derjenige, daß der Therapeut in Einzelsitzungen dem Kind oder Jugendlichen sein Selbstwertgefühl „aufbessert“. Viel effizienter ist es, die Familienangehörigen und allenfalls auch Lehrer zu einer positiveren Einschätzung zu bringen, so daß das Verpaßte nachgeholt werden kann.

#### *Erreichbarkeit von Familienmitgliedern*

Es muß unterschieden werden zwischen physischer und psychischer Erreichbarkeit. Wenn es den Therapeuten nicht gelingt, ein Familienmitglied, das sich weigert, an der Fami-



lientherapie teilzunehmen, zu motivieren, scheint mir die Erfolgchance sowohl für die Familientherapie wie auch für eine geplante Einzelpsychotherapie gering: die Gefahr, daß die indirekte Beeinflussung auf den Symptomträger eine Neutralisierung des Therapieeffektes zur Folge haben kann, wird von verschiedenen Autoren sowohl für die Familientherapie wie auch für die Einzelpsychotherapie genannt.

Ist ein Familienmitglied, das wichtig wäre für den Gesamttherapieprozeß, körperlich nicht imstande, an der Behandlung teilzunehmen (gesundheitliche Gründe, große Entfernung), ist es nicht von vornherein unmöglich, mit dem sich anbietenden Subsystem der Familie zu arbeiten. Die Therapie ist jedoch einiges anspruchsvoller, da immer eine Unbekannte in der systemischen Hypothese bleibt. Oft ist es aber möglich, durch Aussagen der vorhandenen Mitglieder über die abwesende Person deren Rolle im Familiensystem zu erkennen und mit zu beeinflussen – sofern diese nicht abwesend ist, um Widerstand der Familie auszudrücken. Fallbeispiele von Behandlungen gar ohne Anwesenheit des Indexpatienten sind bekannt.

Die Indikation, ob Einzelpsychotherapie oder Familientherapie sollte also nicht vom Kriterium der Erreichbarkeit aller Familienmitglieder abhängig gemacht werden, sondern von weiter unten zu besprechenden Variablen.

#### *Außerhalb der Familie lebender Symptomträger*

Als Faustregel für das Setting bei Familientherapie gilt bekanntlich, daß alle Familienmitglieder, die in derselben Gemeinschaft leben, als Einheit zu betrachten sind und bei der Therapie anwesend sein müssen. Würde man diese Regel stur auslegen, könnte man mit Symptomträgern, die nicht mehr in der Familie leben, keine systemische Therapie mehr durchführen. Vor allem *Stierlin* [18, 19] hat darauf hingewiesen, daß Bindungen zwischen Jugendlichen und deren Eltern noch jahrelang anhalten, auch wenn die räumliche Trennung schon lange vollzogen ist. Besteht noch eine intensive psychische Abhängigkeit, was bei Jugendlichen, die vorzeitig das Elternhaus verlassen haben, und noch viel stärker bei Kindern, die in ein Heim plazierte wurden, fast immer der Fall ist, sind diese zusammen mit der Restfamilie als eine Einheit zu betrachten. Allerdings muß auch die Bezugsgruppe, in welcher der Jugendliche oder das Kind wohnt, zumindest teilweise in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen werden. Die Erfahrung zeigt immer wieder, daß Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen, die nicht bei den Eltern wohnen, wenig Erfolg bringen – wohl immer dann, wenn noch zu starke Bindungen und Loyalitäten vorhanden sind.

#### *Resonanz*

Unter Resonanz versteht man den Grad von Engagement, das die Familienmitglieder sich gegenseitig entgegenbringen. Der Idealfall ist ein gutes Einfühlungsvermögen, gekoppelt mit klarer Grenze zwischen Ich und Du. Säuglingen und Kleinkindern gegenüber ist eine hohe Resonanz, im Extremfall, also kurz nach der Geburt eine symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind, bekanntlich normal. Mit zunehmendem Alter der Kinder jedoch sollten die Eltern zur Abgrenzung fähig sein. Ist dies nicht der Fall, sondern be-

steht nach wie vor eine enge Verstrickung (enmeshment) der Familienmitglieder, ist die Resonanz besonders hoch. Dies ist der Fall bei psychosomatischen und psychotischen Familiensystemen. Wegen der sehr starken Abhängigkeit der Familienmitglieder voneinander besteht auch eine überstarke Loyalität – auch wenn sich die Mitglieder nach außen hin sehr aggressiv gegeneinander verhalten. Ein Familienmitglied bei verstrickten Familien verrät dem Einzeltherapeuten die wesentlichen Probleme kaum oder wird, falls es dies doch tut, von der übrigen Familie als Verräter zurückgeholt und die Einzeltherapie wird abgebrochen. Die geringe Chance bzw. die sehr mühselige Arbeit bei psychosomatischen und psychotischen Patienten bestätigt dies: Das Auseinanderreißen von eng verbundenen Individuen durch ein Therapiesetting – oder allenfalls durch die Wegplazierung eines symbiotisch gebundenen Familienmitgliedes außerhalb der Familie – mobilisiert oft ungeahnte Kräfte innerhalb der gesamten Familie gegen den Therapeuten. Viel erfolgversprechender ist hier das systemische Vorgehen, in dem die Familie inkl. den symbiotischen oder sonst überstark gear teten Beziehungen akzeptiert wird.

Das andere Extrem, zu geringe Resonanz, besteht in völlig gleichgültigen Familienmitgliedern, „Familien, die keine Familien mehr sind“. Bei solchen Individuen, die von ihren Familienangehörigen innerlich befreit sind (z.B. ausgestoßene Kinder und Jugendliche) ist es meines Erachtens wenig sinnvoll, die Familie zusammenzusuchen, um systemisch zu arbeiten. Hier scheint es mir sehr gut möglich, primär mit Einzeltherapie zu beginnen. Bei jungen Kindern ist natürlich darauf zu achten, daß bei zu geringer Resonanz zwischen der nächsten Umgebung und dem Kind diese primär erhöht wird, was jedoch nicht unbedingt in Gesprächen mit ganzen Familien geschehen muß. Entsprechend sind auch Familientherapien am wenigsten versprechend, wenn wenig oder kein Engagement der einzelnen Familienmitglieder füreinander vorhanden ist.

Im Zwischenbereich zwischen Verfilzung und Desengagement, den „durchschnittsneurotischen“ Familien, können sowohl familientherapeutische wie einzeltherapeutische Ansätze Erfolg haben. Prinzipiell scheint es mir wichtig, daß die Abgrenzung der Familienmitglieder untereinander bis zu einem möglichst hohen Grade vollzogen ist, bevor eine Therapie eines einzelnen Familienmitgliedes begonnen wird, und daß die Eltern oder wichtigsten Bezugspersonen echt dazu motiviert sind.

Für den Gesamttherapieverlauf heißt dies, daß bei Familien, in denen eine Verstrickung – einzelpsychologisch betrachtet: starke Abwehrmechanismen, vor allem Projektionen und Identifikationen – besteht, vorerst mit dem gesamten System gearbeitet werden sollte, bis die einzelnen Familienmitglieder voneinander abgegrenzt sind. Anschließend ist eine Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen erfolgversprechend. Selbstverständlich kann die Phase von Einzeltherapie und diejenige der systemischen „Abgrenzungsarbeit“ überlappen, jedoch sollte mit der Einzelarbeit eines Kindes erst dann begonnen werden, wenn Gewähr besteht, daß die Eltern weiterhin an Eltern- oder Paargesprächen teilnehmen, und zwar nicht mehr nur „zur Heilung ihres Kindes“

## Zum Wechsel vom einen Therapieansatz zum andern

Das Hauptanliegen dieses Aufsatzes ist es, aufzuzeigen, daß unkritische Vermischung und abrupte Wechsel der hier diskutierten Therapieansätze dem therapeutischen Anliegen abkömmlich sind. Es wurde ein mögliches Modell zum Vorgehen bei kinderpsychiatrischen bzw. kinderpsychologischen Patienten kurz skizziert. Ich möchte jedoch nochmals darauf hinweisen, daß es ungünstig ist, wenn familientherapeutisch nicht ausgebildete Ärzte und Psychologen nach dem systemischen Verfahren vorgehen. In diesem Falle ist es sinnvoller, den erprobten und sicheren Weg zu gehen, so lange bis genügend Erfahrung mit einfachen familientherapeutischen Fällen gesammelt wurde. Sollte sich dann ein Wechsel von einem Therapiemodell auf das andere aufdrängen, müssen sich die beteiligten Therapeuten darüber klar sein, daß die betroffenen Familienmitglieder einer großen Anforderung gegenüberstehen: Eine bisher gültige Betrachtungsweise wird durch eine neue ersetzt. Falls dieser Übergang plötzlich ist und nicht klar deklariert wurde, wie die beiden Denkmodelle zueinander stehen, wird die Familie bzw. der einzelne Klient in große Schwierigkeiten kommen bzw. immer die Möglichkeit haben, wenn es für ihn unbequem wird, in die alte Betrachtungsweise zurück umzusteigen. Aus diesen Gründen ist eine Hierarchie der Therapieansätze, die den Klienten mitgeteilt wird, notwendig: Entweder muß der erste Therapeut eingestehen, nicht mehr weiterzukommen mit seiner Arbeitsweise und nun einen (hierarchisch höhergestellten) Fachmann zuzuziehen. Oder der zweite muß sich mit einem Teilauftrag innerhalb des durch den ersten Therapeuten gesteckten Rahmens zufrieden geben. Solche Übergänge lassen sich verständlicherweise am besten gestalten, wenn die zwei Therapeuten sich kennen und vor allem voneinander wissen, wie sie arbeiten. Als ideal scheint mir eine gemeinsame Sitzung beider Therapeuten mit der Familie, während welcher die Beziehung der Therapie-modelle sowie die Übergabe gemeinsam formuliert wird.

Beim Verfassen dieses Aufsatzes stieß ich immer wieder auf analoge Schwierigkeiten: Ich versuchte primär zwei verhältnismäßig extreme therapeutische Grundhaltungen einander gegenüberzustellen, indem ich in der je gültigen Terminologie zu formulieren versuchte. Ich fürchte aber, daß mancher Leser auf Ungereimtheiten und ebensolche Vermischungen, wie ich sie ankreide, stößt. Vermutlich wird auch wahrnehmbar sein, daß für mich das psychodynamische Modell eine dem systematischen untergeordnete hierarchische Stellung hat.

Obwohl ich mich zum Systemdenken als Grundidee bekenne, muß ich deshalb nicht die gesamte Psychoanalyse, jedes psychodynamische Denken und insbesondere die Kausalität als solche als ungültig erklären. Diejenigen Systemtheoretiker, die die Psychiatrie und Psychoanalyse der Einseitigkeit bezichtigen, jedoch ebenso einseitig behaupten, „es muß das Umfeld eines einzelnen und nicht der einzelne therapeutisch beeinflusst werden“, heizen lediglich eine symmetrische Eskalation der beiden Therapieansätze an und verlieren selber an Glaubwürdigkeit. Um ein Verhalten eines Kindes zu verstehen, ist es meines Erachtens notwendig, aufzuschlüsseln zwischen angeborenen Verhaltensweisen

(aus der Verhaltensforschung bekannte, durch angeborene Auslösemechanismen hervorgerufene Reaktionsweisen, vgl. dazu [10]) und erlernten Verhaltensweisen, die durch früher stattgefundenes, operantes Konditionieren erklärbar sind. Dazu kommen in der Therapiesituation fortbestehende, dauernde, gegenseitige Beeinflussungen, die der Therapeut ebenfalls durchschauen muß. Um ein Verhalten verändern zu können, kann nur gegenwartsbezogen interveniert werden. Die Frage aber, welcher Art solche Interventionen sein müssen, je nach der Verursachung des zu verändernden Verhaltens, ist ein noch unbearbeitetes Feld. Es ist zu vermuten, daß bei Verhalten, das auf angeborenen Mechanismen beruht, andere Interventionsformen wirksamer sind als bei einem erlernten Verhaltensmuster. Solche Zusammenhänge aufzuzeigen, scheint mir ein wichtiges Anliegen zukünftiger Forschungsarbeit, die im Sinne von G. Bateson [3] auf der Grundlage von Ethologie, Kybernetik, Sozialwissenschaften und Psychologie aufbauen muß.

## Summary

### *Individual or Family Therapy?*

Family therapy has been introduced in the field of child psychology and child psychiatry in the last few years, either as an alternative to traditional methods or as treatment of choice following psychodynamically oriented diagnosis.

Failures of such combinations are the reason for this critical review. It is argued that the choice between the two basically different approaches should not be determined by the setting (i. e. individual or family interviews) but by the therapist's epistemology. In regard to choice of methods, the developmental stage of the family needs to be considered. At the beginning of the therapeutic process, thinking in family dynamics is preferable as most families who seek help are at a stage of active interaction among their members as well as with their environment. In addition, chances of motivation for the therapeutic process are better when all family members are involved with the therapist. Questions of motivation and diagnosis within the family setting are discussed.

In the actual therapeutic stage, the author considers as the main criterion for family or individual therapy neither the localisation of the conflict (intrapsychic vs. interpersonal) nor the availability of the identified patient or his family. The main criterion should be the intensity of the mutual involvement of the family members: enmeshed families must always be treated as a unit. If family members are clearly detached from each other, individual therapy offers a better chance. In situations where the therapeutic approach has to be changed, the family needs to be clearly informed on priorities of the therapeutic models as well as the hierarchical positions of the respective therapists, in order to avoid revalry among two ways of defining reality.

## Literatur

- [1] Baethge, G.: Kindertherapie oder Familientherapie? Praxis 5 (1981). – [2] Bateson, G. / Jackson, D. D. / Wynne, L. C. / Lidz, T. / Laing, R. D.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt

a. M., 1977. – [3] *Bateson, G.*: Oekologie des Geistes: anthropolog., psycholog., biolog. und epistemolog. Perspektiven. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1981. – [4] *Buchholz, M.B.*: Psychoanalyse – Familientherapie – Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel. Praxis 2 (1981). – [5] *Buddeberg, B.*: Indikation zur Familientherapie in der Kinderpsychiatrie. Familiendynamik 2 (1981). – [6] *Dührssen, A.*: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1960. – [7] *Freud, A.*: Geist und Psyche. Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Kindler, München, 1973. – [8] *Glantz, R.*: Grenzen und Möglichkeiten der Kinderanalyse. Psyche 1 (1975). – [9] *Gunter, G.*: Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. Familiendynamik 1 (1980). – [10] *Hassenstein, B.*: Verhaltensbiologie des Kindes. Piper, München, 1973. – [11] *Henningsen, H.*: Die Entwicklung der analytischen Kinderpsychotherapie. Psyche 18 (1964–65). – [12] *Herzka, H.S.*: Psychopathologie des Kindes- und

Jugendalters. Schwabe, Basel/Stuttgart, 1981. – [13] *Jones, S.L.*: Family Therapy, R.J. Brady Co., Maryland USA 1980. – [14] *Minuchin, S.*: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart 1981. – [15] *Montalvo, B. / Haley, J.*: Zur Verteidigung der Kindertherapie. Familiendynamik 4 (1977). – [16] *Okkel, H.H.*: Probleme der Integration familientherapeutischer Konzepte mit dem psychoanalytischen Modell innerhalb der Ausbildung zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Familiendynamik 1 (1981). – [17] *von Soden, K.*: Kindertherapie, Erwachsenentherapie und die Bedeutung der Familientherapie. Praxis 6 (1978). – [18] *Stierlin, H.*: Das erste Familiengespräch. Klett-Cotta, Stuttgart 1977. – [19] *Ders.*: Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1975.

Anschr. d. Verf.: Th. Hess, leitender Arzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Graubünden, Fontanastr. 15, CH-7000 Chur.