

Baethge, Gisela

Kindertherapie oder Familientherapie? - Überlegungen zu Fragen der Indikation

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 5, S. 159-165

urn:nbn:de:bsz-psydok-28546

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Kindertherapie oder Familientherapie?

Überlegungen zu Fragen der Indikation*

Von Gisela Baethge

Zusammenfassung

Es werden die unterschiedlichen Ansätze von analytischer Kindertherapie und analytischer Familientherapie dargestellt. Dabei wird die wichtige Rolle der begleitenden Elternberatung, die ein Teil der Kindertherapie ist, darin gesehen, daß sie die Möglichkeit hat, die Umwelt des Kindes mit in die Behandlung einzubeziehen. Familientherapeutisches Gespräch und Elternberatung werden einander gegenübergestellt.

Das systemisch-zirkuläre Denken, das die Grundlage der Familientherapie ist, und der linear-kausale Ansatz, der der Psychoanalyse zugrundeliegt, haben jeweils bestimmte Konsequenzen für Diagnostik und Therapie. So ist die Frage der Indikation, zu der Beispiele aus der Literatur herangezogen werden, auf diesem Hintergrund weiter zu überprüfen.

I. Einleitung

1. Das Dilemma des Kindertherapeuten

Seit Aufkommen der Familientherapie und der Veröffentlichung von eindrucksvollen Fallberichten, in denen die schnelle Heilung eines schweren Symptoms geschildert wird, fragen sich manche Kindertherapeuten, ob ihre Methode der mühsamen Arbeit mit einem Kind und dessen Eltern vergleichsweise noch effektiv genug sei. So zeigt sich gerade bei

ihnen ein besonderes Interesse an Familientherapie, und viele suchen nach einer Möglichkeit, sich familientherapeutisch auszubilden und besuchen z.B. workshops und Tagungen. Das Resultat ist nicht unbedingt befriedigend, denn wenn ein Kindertherapeut versucht, seine Kenntnisse umzusetzen, kann er plötzlich zwischen sämtlichen Stühlen sitzen: Kollegen halten ihn für abtrünnig, die Familientherapeuten für dilettantisch – mit der Begründung, Familientherapie sei ganz anders, habe einen total anderen Ansatz –, und er selbst muß sich fragen, welches seine therapeutische Identität eigentlich ist. Zudem muß er bei der Entscheidung, welcher Ansatz bei welchem Fall der richtige sei, seine diesbezügliche Unsicherheit zugeben, die u. a. durch die recht widersprüchliche Lage in der Literatur verursacht ist; kann man doch von der Behauptung, es gäbe überhaupt keine Kontraindikation für Familientherapie, bis zu der neuerdings vom Familientherapeuten unternommenen Verteidigung der Kindertherapie alle Meinungen finden.

2. Ansatzpunkte einer Klärung

Hier soll nun versucht werden, die Lage etwas zu klären, indem Familientherapie und Kindertherapie – bzw. ihre unterschiedlichen Ansätze und Möglichkeiten – in einigen Punkten gegenübergestellt werden. Denn ich meine, daß die Klärung der Unterschiede sehr wichtig ist, weil auf diesem Hintergrund die praktischen Erfahrungen, die mit Familientherapie im einzelnen gemacht wurden (und die ich im vierten Teil darstelle), in einem anderen Rahmen gesehen

* Rudolf Adam zum 60. Geburtstag gewidmet.

werden könnten, der eventuell eine genauere Sicht der Indikationsprobleme zuläßt. Ich beschränke mich nur auf die *analytische* Kindertherapie und die *analytische* Familientherapie, da sie mir am besten bekannt sind. Es muß dabei im Auge behalten werden, daß letztere – wie alle anderen familientherapeutischen Schulen – ein systemisches Modell vertritt, sich aber von ihnen durch folgende Punkte unterscheidet:

- a) Beachtung der intrapsychischen Prozesse
- b) Aufarbeitung der Psychogenese, u. a. durch die Beachtung und Einbeziehung der Familie nicht nur mit ihren gegenwärtigen Mitgliedern, sondern auch der Großelterngeneration.

Bei dem Vergleich möchte ich in zwei Schritten vorgehen. Zuerst soll ein der Kindertherapie wesentlicher Bestandteil, die begleitende Elternberatung, mit dem familientherapeutischen Gespräch verglichen werden. Mir scheint in diesem Bereich der Kindertherapie eine sehr wichtige Funktion zu liegen, denn hier wird die Umwelt des Kindes in die Behandlung hineingebracht, auf die der Therapeut, anders als in der Erwachsenentherapie, einen gewissen Einfluß hat. Dieses zu betonen, ist mir deshalb so wichtig, weil in der Abgrenzung der Familientherapie von der Psychoanalyse – und umgekehrt – immer nur die Erwachsenentherapie als Ausgangspunkt des Vergleichs gesehen wird. So wird die z. T. sehr heftig geführte Diskussion, welches Modell den besseren therapeutischen Zugang darstellt, für die Kindertherapie in anderer Weise zu entscheiden sein, was m. W. noch nicht genug in den Blick gekommen ist. Folgend wird das psychoanalytische Modell, das die Therapie des Kindes bestimmt und auch eine theoretische Basis der begleitenden Elternarbeit („analytisch orientiert“) ist, dem familientherapeutischen gegenübergestellt.

Es ist mir klar, daß ein großes Problem darin liegt, den Unterschied zwischen dem linear-kausalen Denken, welches die Psychoanalyse vertritt, und dem systemischen, das der Familientherapie zugrundeliegt, richtig darzustellen. Denn einmal besteht die Gefahr, immer wieder in Kausalitäten zu denken – da unsere Sprache und unser ganzes Denken nach diesem Prinzip funktionieren – und so dem Systemansatz nicht gerecht zu werden; zum andern wird vieles notwendigerweise ungenau sein, da diese komplizierten Sachverhalte hier, wo es darum geht, einen Überblick zu geben, nur kurz behandelt werden können.

II. Elternberatung und Familientherapie

1. Historische Entwicklung von begleitender Elternarbeit und analytischer Familientherapie

Kindertherapie und Elternberatung leiten sich in ihrem Selbstverständnis von der Therapie des „Kleinen Hans“ durch Freud her. In der Tat war diese Therapie im Grunde eine ambulante Elternberatung, weil Freud den Vater darüber beriet, wie er mit seinem Sohn und dessen Ängsten umgehen müsse. Später, als die Kindertherapie sich zu etablieren begann, vertrat Anna Freud die Meinung, es sei am besten, wenn die Eltern der Therapiekinder selbst eine

psychoanalytische Behandlung durchmachten, damit die Behandlung des Kindes wirklich erfolgreich sein könnte. Dann ging man dazu über, die Eltern parallel zur Behandlung des Kindes zu beraten.

Es ist auffallend, daß die Elternberatung, die ja recht schwierig ist, erst seit etwa 25 Jahren – und immer noch zu wenig – in ihrer Bedeutung gesehen und in der Literatur theoretisch bearbeitet wird.

Die wichtige Rolle der einzelnen Familienmitglieder und der ganzen Familie für den Patienten wurde schon früh gesehen: 1936 gab es bereits einen Kongreß der Analytiker über „Familienneurose und neurotische Familie“, es folgte dann die simultane Behandlung von Mutter und Kind in Amerika. Als dort in den sechziger Jahren die Schizophrenieforschung entstand, geriet die Familie als ganzes immer mehr in den Blickpunkt. In Deutschland hatte A. Dührssen die Bedeutung der Familie für die Entwicklung des Kindes – und auch für seine Therapie – hervorgehoben, ohne allerdings den individualpsychologischen Ansatz aufzugeben. Dieser wurde dann von einigen anderen deutschen Psychoanalytikern verlassen, indem sie die Gedanken der amerikanischen Familienforschung aufnahmen. So beschrieb Richter die paranoide, zwangsneurotische und die hysterische Familie; Stierlin stellte die bei der Behandlung von Jugendlichen unterschiedlichen Modi – Delegation, Ausstoßung und Bindung – in Familien dar, und Sperling betonte – u. a. – besonders die Bedeutung der Mehrgenerationenperspektive.

2. Die unterschiedlichen Ansätze

Die Elternberatung ist kindzentriert. Sie ist daran interessiert, die Eltern zu befähigen, Verständnis für die Schwierigkeiten ihres Kindes zu entwickeln und ihre eigenen Gefühle bezüglich dieser Schwierigkeiten kennen zu lernen, um besser damit umzugehen, d. h. der Entwicklung des Kindes nicht entgegenzustehen. Dazu gehört auch, daß sie auf die Veränderungen, die während der Behandlung in dem Kind vor sich gehen, vorbereitet werden. Es geht in der Beratung natürlich auch darum, den Eltern Orientierungshilfen zu geben und Erziehungsfragen, z. B. Taschengeld, zu besprechen; aber das Wichtigste ist, ihnen eine affektive Veränderung zu ermöglichen, die ihren Umgang mit dem Kind verbessern soll. Es geht also in der Elternberatung um das Kind – die Eltern sind sozusagen die Hilfsgruppe.

Die Familientherapie geht hingegen nicht von dem Individuum und der in ihm lokalisierten Störung aus, sondern von der ganzen Familie als System. Dabei ist wichtig, daß hier nicht mehr das linear kausale Denken bestimmend ist; es wird also nicht nach dem Verursacher einer bestimmten Störung, oder einem Patienten, gefragt, sondern wesentlich ist die gestörte Kommunikation in dem System Familie. Nach der Systemtheorie zeichnet sich dieses u. a. – und etwas vereinfacht gesehen – aus durch Ganzheit und Streben nach Gleichgewicht. Wenn sich also eine Person ändert, wird das Familiensystem darum bemüht sein müssen, diese Veränderung so zu verarbeiten, daß wieder ein Gleichgewicht hergestellt wird.

Es wird häufig mit Subsystemen gearbeitet: Mutter und Kind – Vater und Mutter – Großmutter und Enkel, je nach-

dem, wie es sinnvoll erscheint. Das Ziel der begleitenden Beratung einer Kindertherapie ist, den Eltern dabei zu helfen, die Entwicklung des Kindes zu fördern. Das Ziel einer Familientherapie ist es, den Indexpatienten zu entlasten, die Schuld, Verantwortung und Last gleichmäßig auf alle Familienmitglieder zu verteilen und mit der ganzen Familie die Beziehung untereinander neu zu definieren und zu bearbeiten, so daß ein Symptom verschwinden kann, aber nicht ein neues auftauchen muß.

3. Einige Fragen der Technik in der Gesprächsführung bei einer analytischen Familientherapie und bei begleitender Elternarbeit

Einige Probleme der Gesprächsführung werden in beiden Formen jeweils mehr oder weniger unterschiedlich gelöst. Ich möchte drei davon hier herausgreifen, die mir wichtig erscheinen.

a) Umgang mit dem Behandlungsauftrag

Bei der begleitenden Elternberatung ist zwischen dem formulierten Behandlungsauftrag der Eltern und dem latenten zu unterscheiden, gegebenenfalls auch dem des Kindes. Es ist für den Therapeuten sehr schwer, den latenten Behandlungsauftrag in die Gespräche mit einzubeziehen und nicht durch ihn in seiner Arbeit total boykottiert zu werden.

In dem familientherapeutischen Gespräch ist es durch das andere Setting etwas einfacher, diese Diskrepanz in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken (vor allem, wenn noch Videoaufnahmen gemacht werden, die von der Familie später angesehen werden können). Man kann in der Situation, in der nicht *über* jemanden geredet wird, der nicht dabei ist, sondern alle über sich reden, leichter auf das zu sprechen kommen, was vielleicht verbal und in den Gesten unterschiedlich ausgedrückt wird, und was von allen gleich deutlich wahrgenommen werden kann.

b) Empathie

Dührssen und auch andere Autoren betonen immer wieder, wie außerordentlich wichtig es in der Elternberatung ist, daß der Therapeut die Eltern gefühlsmäßig voll akzeptiert. Das ist für ihn als „Advokat“ des Kindes nicht immer leicht und manchmal kaum möglich. Er muß sich auf das intellektuelle wie auf das gefühlsmäßige Niveau der Eltern einstellen, auch wenn er versucht, es zu verändern. Dabei geht er möglichst von konkreten Beispielen aus, die er sich von den Eltern erzählen läßt, und versucht, sie auf ihren gefühlsmäßigen Gehalt hin – für alle Beteiligten – zu besprechen, d.h. er verteilt sein Verständnis möglichst gleichmäßig auf Eltern und Kind, wenn er auch in erster Linie das Wohl des Kindes im Auge hat. Er gibt den Eltern Orientierungshilfen und vermeidet jede Kränkung, indem er bei schwierigen Fragen mit Fremdbeispielen arbeitet. Wenn die Eltern selbst über ihre persönlichen Probleme sprechen, kann man mit ihnen gemeinsam überlegen, ob sie eine eigene Analyse machen oder in eine Elterngruppe gehen sollten; das ist aber in den seltensten Fällen möglich. Auf jeden Fall wird der Therapeut verständnisvoll auf die Eltern eingehen, aber er wird nicht

stärker deren Genese berücksichtigen können, sondern immer nur darauf zentrieren, wie weit dieses alles für das Kind und seine Entwicklung von Bedeutung ist.

Hier liegt wohl der größte Unterschied zum familientherapeutischen Gespräch, denn in diesem arbeitet der Therapeut mit „vielgerichteter Parteilichkeit“, d.h. er wechselt in seiner Empathie von einer Person zur anderen, wie es für die Situation in der Sitzung und das gesamte Familiengefüge gerade sinnvoll erscheint. Dabei muß er seine Gegenübertragung sehr gut handhaben; auch aus diesem Grunde arbeiten manche Familientherapeuten mit dem Co-Therapeuten zusammen, der hier als Regulativ wirkt. Auf diese Weise ist es eher möglich, die Aufmerksamkeit auf die Genese z.B. eines Elternteils zu legen, die sich in dem jetzigen Familiensystem als wichtiger Faktor erweist, und sie – vielleicht in Einzelsitzungen oder mit dem entsprechenden Großelternpaar – aufzuarbeiten.

Auch wenn es um die Probleme von einzelnen Familienmitgliedern geht, können alle dabei sein, denn man nimmt an, daß die Schwierigkeiten eines jeden, z.B. der Eltern, sowieso geahnt werden, und daß sie durch das Verbalisieren einiges an Unheimlichkeit verlieren, wenn der Therapeut alle Beteiligten mit seinem Mitgefühl stützt und für das System Empathie empfindet.

c) Die Aktivität des Therapeuten

In der Elternberatung ist der Therapeut aktiver als normalerweise in einer Therapiestunde; er strukturiert mehr: einmal deswegen, um wichtige Punkte zu besprechen, aber auch, um eine Regression der Eltern zu verhindern. In dem familientherapeutischen Gespräch ist es nun noch wichtiger, daß er aktiv ist und z.B. mehr konfrontiert, weil er sonst von der Familie, die ihm zahlenmäßig überlegen ist und deren Hang zu ihrem spezifischen Gleichgewicht stärker ist als ihr Wunsch zur Heilung, sozusagen aufgesogen wird, und er so nicht mehr eine Veränderung bewirken kann. Aus diesem Grunde arbeitet er mit Zielen, die er auch der Familie mitteilt und die natürlich jeweils in eine andere Reihenfolge gesetzt oder ergänzt werden können:

1. Erhaltung des Therapiesystems, d.h. keiner darf fehlen
2. Umstrukturierung von Macht und Verantwortung
3. Definition der Wandlungsmöglichkeit
4. Befreiung von Angst in der familiären Kommunikation
5. Befreiung von Angst bzgl. der Gesellschaft, z.B. Angst vor Blamage
6. Terminierung der Behandlung
7. „Wiederverheiratung“ der Eltern, da deren Beziehung meistens gestört ist
8. Bearbeitung des Eltern-/Großelternkonflikts

III. Das psychoanalytische und das familientherapeutische Modell

1. Die Betonung des inneren oder äußeren Konflikts

In der Psychoanalyse werden Symptom und Widerstand als Ausdruck eines inneren Prozesses gesehen; ihr liegt ein

Konfliktkonzept zugrunde, das innerhalb der Instanzen – Es–Ich–Überich – den Kampf des Menschen angesiedelt sein läßt, wobei dann Beziehungskonflikte Ausdruck eines inneren Dramas des Menschen sind. Dabei übersieht die Psychoanalyse keineswegs, daß die Inszenierung dieser inneren Konflikte außen entstanden ist, aus der Interaktion des kleinen Kindes mit seinen Eltern oder anderen Bezugspersonen. Das therapeutische Konzept läßt aber diesen Beginn außer acht und setzt die Behandlung bei dem intrapsychischen Konflikt an, wobei das wichtigste Moment der Therapie die Übertragung ist. Der Erfolg der psychoanalytischen Behandlung liegt darin, daß der Mensch sich durch affektive Einsicht verändert, genauer gesagt: die Einsicht ist nur die Voraussetzung der Veränderung, denn ihr muß das Durcharbeiten folgen, da in der Wiederauflage der Vergangenheit der Wiederholungszwang beseitigt werden muß („Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“).

In der Theorie der Familientherapie nun sind Symptom und Widerstand dazu da, um das Gleichgewicht der Familie zu erhalten; der Konflikt liegt nicht mehr nur im Menschen selbst, sondern außen, er spielt sich in der Familie ab. Der Beziehungskonflikt ist dann nicht Folge der inneren Konflikte, sondern beide bedingen sich ständig gegenseitig. So setzt die Therapie bei dem äußeren Konflikt an, wobei sie seine Fortwirkung innerhalb des Menschen zwar sieht, dies aber nicht beachtet, sondern ihn auf den Punkt fixiert, wo er weiter Nahrung erhält. Hier zeigt sich der Erfolg als Produkt der Erforschung der Familie und der Veränderung ihres interpersonellen Kontextes.

2. Die Rolle des Kindes

Im systemischen Denken werden Kinder nicht mehr ausschließlich als Ergebnis ihrer Anlagen und des elterlichen Verhaltens gesehen, sondern sie sind auch aktive Teilhaber eines Austauschprozesses und Helfer ihrer Eltern, um das System aufrechtzuerhalten. So betont *Boszormenyi-Nagy* immer wieder, daß das größte Problem für den Therapeuten die Loyalitätsbindungen sind, die innerhalb einer Familie bestehen, und er meint, jemand würde in einer Einzeltherapie nur schwer etwas sagen, was eine Loyalitätsverletzung ist; sondern nur in einer Familientherapie könnte dieses versucht werden und mit Hilfe des Therapeuten und in der realen Interaktion mit ihm gelöst werden. Er geht sogar so weit zu behaupten: „Für meinen Teil habe ich gelernt, dem anscheinend zornigen Wunsch eines Kindes oder Jugendlichen nach Emanzipation, der durch ein Alleinlassen seiner ängstlichen, ihn hemmenden, Schuld provozierenden, ‚parentifizierenden‘ oder ‚infantilisierenden‘ Eltern realisiert werden müßte, keinen Glauben zu schenken. Ich ziehe es vielmehr vor, nach der Struktur der unterschwellig, widersprüchlichen, schulderzeugenden Loyalitäten sowie nach der Struktur der lähmenden existentiellen Schuld, die aus dem Loyalitätsverrat am System erwächst, zu forschen. Ich kann, kurz gesagt, diese schulderzeugenden Loyalitätsstrukturen nicht voll erfassen, ohne alle Mitglieder des Beziehungssystems zu kennen und mich um sie zu sorgen“ („Familiendynamik“ 2/1976 S. 170f.)

3. Die Bedeutung beider Modelle für die Praxis

Sieht man also die Theorien, die hinter der analytischen Kindertherapie und auf der anderen Seite hinter der Familientherapie stehen, an, so kann man sagen, daß sie sehr verschieden sind, bzw. die Akzente unterschiedlich gesetzt werden. So wird die Betonung der Familientherapeuten, es handele sich bei der Familientherapie nicht um eine andere *Methode*, sondern um ein ganz anderes *Denken*, verständlich, und auch ein einfaches Überwechseln von der Einzeltherapie zur Familientherapie scheint nun nicht mehr möglich.

In diesen Zusammenhang gehört auch der komplizierte Versuch, systemisch-horizontales Denken mit dem konflikt-haft-vertikalen Denken in der analytischen Familientherapie miteinander zu verbinden. Dabei scheint es mir sehr wichtig, gerade diesen Ansatz zu betonen, denn in ihm läßt sich neben dem psychoanalytischen auch das so wichtige Verdienst-Schulden-Modell *Boszormenyi-Nagys* einbauen, und hier ist auch die Möglichkeit, den jeweils historischen Kontext, der die Abhängigkeit des Menschen von den Gegebenheiten seiner Zeit und die daraus resultierenden Erlebnismuster und Erfahrungen bedingt, in den Blick zu bekommen.

Das Problem, wie intrapsychisches und interpsychisches Denken miteinander zu verbinden wäre, kann nur so gelöst werden, daß man in dem deutlichen Bewußtsein dessen, daß zu jeder Kommunikation ein Zusammengreifen von Interpsychischem und Intrapsychischem gehört, das intrapsychische Modell im interpsychischen funktionieren läßt. Das heißt auf die Praxis übertragen, daß der Therapeut beide Ebenen sehen muß, aber immer genau weiß, auf welcher er gerade arbeitet. Es gehört dann zur Indikationsstellung, daß vorher, in der Diagnostik, getrennt nach beiden Ansätzen geurteilt wird, um erst dann eine Entscheidung zu fällen.

4. Voraussetzungen der Diagnostik

Das bedeutet u.a. auch, daß sich der Blick von dem Ansatz, ein Individuum sei krank, für den unsere gesamte Diagnostik geschaffen wurde, abwenden und zu einem neuen Ansatz gelangen kann, der die Erkrankung des Systems erkennt und diagnostiziert. Dafür stehen allerdings noch nicht genug Kriterien zur Verfügung, wenn auch u.a. *Stierlins* „Beziehungsdynamische Perspektiven“ (Bezogene Individuation, Interaktionsmodi Bindung und Ausstoßung, sowie Delegation, Mehrgenerationenperspektive von Vermächtnis und Verdienst) und die bei *Overbeck/Overbeck* angegebenen Beobachtungsebenen (Fusion und Fusionsverschränkung, Rolle und Auftrag, Systemregulation) jeweils gute Prozeßbeschreibungs- und Diagnostikkriterien abgeben.

In diesem Zusammenhang muß auch gesehen werden, daß es durchaus eine Bereitschaft zur Neurose gibt, sei es durch Anlage, z.B. durch die von *Schultz-Hencke* betonten Faktoren Hypermotorität, Hypersensibilität und Hypersexualität, sei es durch eine zerebrale Störung, o.ä. Das bedeutet, daß immer ganz genau geprüft werden muß, inwieweit hier ein individuelles Problem, das auch die Familie in Mitleiden-schaft zieht, oder eine Systemerkrankung vorliegt. Häufig

spielt beides eine Rolle; dann wird, um zu einer Entscheidung bezüglich der Indikation zu kommen, zu überlegen sein, wo die Priorität der Störung bzw. der Akzent der Therapie liegen soll.

IV. Probleme der Indikationsstellung

1. Indikation zur Familientherapie

Die Familientherapie will also einen Konflikt wieder an den Ort bringen, wo er tatsächlich liegt, d.h., was inzwischen internalisiert ist, wird wieder in die Beziehung gebracht, also in der Interaktion mit der Familie bearbeitet. Bei der Frage nach der Indikation läßt sich sagen, daß nach der Literatur – es gibt leider noch nicht viele Veröffentlichungen zu diesem Thema – folgende Fälle für eine Familientherapie besonders geeignet sind:

1. Schwierigkeiten des Kindes, denen Ehekonflikte zugrundeliegen, die zeigen, daß die Eltern nichts miteinander anfangen können; worauf dann das Kind z.B. mit Angstträumen, Schulversagen, Enuresis, Schlafstörungen oder psychosomatischen Symptomen antwortet, um die Eltern zu schützen.
2. Das familiäre Gleichgewicht wird durch ein Symptom des Kindes wieder hergestellt, um interfamiliäre Veränderungen wie Geburt oder Tod zu verarbeiten.
3. Anpassungsprobleme bei Eintritt in eine neue Bezugsgruppe – Kindergarten oder Schule, wodurch das Kind in die Schwierigkeit gerät, die familiären Werte und Normen in einer andersartigen Außenwelt zu verteidigen, um so einen Loyalitätskonflikt zu lösen („Schwellensituation“), z.B. durch stottern.
4. Das Kind steht in einem Konflikt, die unterschiedlichen Delegationen nicht verwirklichen zu können, sei es deswegen, weil die Aufträge der Eltern nicht miteinander zu vereinbaren sind, sei es, daß der elterliche Auftrag nicht seinen Fähigkeiten entspricht.
5. Ein Loyalitätskonflikt, in den in spezifischer Form Angehörige von Minoritäten geraten, die die Angst haben müssen, ihre Herkunft zu verraten, wenn sie sich mit dem Neuen arrangieren, z.B. Gastarbeiterfamilien.
6. Psychosomatische Krankheiten – etwa Asthma (das ja auch nach der psychoanalytischen Theorie einen deutlichen Beziehungsaspekt hat) oder Magersucht (die in primäre und sekundäre zu unterscheiden ist, wobei *Buddeberg/Buddeberg* sehr einleuchtend zeigen, wie sie hier mit unterschiedlichen familientherapeutischen Ansätzen arbeiten, – sekundäre: ein konfliktaufdeckendes Verfahren: primäre: ein systemorientierter Ansatz).
7. Die Ablösungsproblematik Jugendlicher.

2. „Kontraindikation“ zur Familientherapie

Wenn auch ein Teil der Familientherapeuten behauptet, es gäbe keine Kontraindikation, so wird doch hin und wieder in der Literatur ein Fallbericht gegeben, in dem deutlich wird, daß sich absolut nichts verändert hat, z.B. weil der Widerstand so stark oder die Entfremdung der Familienmitglieder zu groß war. Es wird dann überlegt, ob nicht eine

Einzeltherapie einen besseren Zugang geboten hätte. Ich greife hier die wichtigsten Beispiele heraus:

1. Wenn eine Schlüsselfigur physisch oder psychisch nicht verfügbar ist.
2. Wenn der designierte Patient wegen seiner Krankheit, z.B. starker Retardierung der Ichfunktionen, nicht den Sitzungen folgen kann.
3. Wenn die Familie sich schon völlig aufgelöst hat.
4. Wenn die Familiengrenze schwierig ist (z.B. Stief- und Pflegeeltern).
5. Wenn der designierte Patient den Attacken der Familie nicht gewachsen ist (dann sollte zumindest eine Phase der Einzeltherapie vorher laufen, etwa bei starker Suicidgefahr).
6. Wenn der Konflikt schon völlig internalisiert ist (wobei allerdings zu überlegen wäre, ob nicht durch Familientherapiesitzungen zu Beginn eine Einzeltherapie sehr erleichtert wird).

Es werden noch andere Kontraindikationen genannt, wie paranoide Symptome, die erfolgte Ausstoßung eines Kindes (z.B. in ein Heim), die Gefährdung der körperlichen Gesundheit eines Familienmitglieds, Streitehen, Inzest, Homosexualität und Psychosen von Familienmitgliedern. Diesen Themen haftet eine starke Tabuisierung an, so daß viele Therapeuten sie nicht mit einer Gruppe von Menschen oder im Beisein von Kindern besprechen mögen. Mir scheint jedoch, daß das offene Aussprechen solcher Schwierigkeiten die Angst der auch entfernt Beteiligten mildert. So meine ich, daß gerade diese Kontraindikationen noch genauer überprüft werden müßten.

3. Die Situation des Therapeuten

Die Persönlichkeit des Therapeuten spielt die größte Rolle; d.h. er muß sich fragen, inwieweit er in der Lage ist, mit seinen ganz spezifischen eigenen Gegebenheiten bestimmte Familien auszuhalten, ist doch das Problem der Gegenübertragung – wegen der geballten Form bzw. Anwesenheit der Familie – genauer zu bedenken als in der Einzeltherapie, da es für den Familientherapeuten schwerer ist, dem Anspruch der „vielgerichteten Parteilichkeit“ zu genügen, wenn er seine eigene Familiengeschichte nicht aufgearbeitet hat.

Einige technische Faktoren – außer denen, die bisher aufgezeigt wurden – sollte er zudem bedenken, bevor er eine Entscheidung bezüglich der Indikation fällt:

- a) Die Vorteile der Kindertherapie mit begleitender Elternberatung liegen in folgendem:
 1. In der Beratung ist es einfacher, sich auf einen bestimmten Focus zu beschränken.
 2. Es ist leichter, auf Erziehungsfragen durch Information einzugehen.
 3. Es besteht die Möglichkeit, das Arrangement der Familie zu belassen, also nur mit dem Kind und den Eltern im Hinblick auf das Kind zu arbeiten, und somit den Widerstand zu akzeptieren, anstatt ihn zu verstärken. Das wäre z.B. günstig bei sehr kränklichen Eltern, die es wegen ihrer Schuldgefühle nötig brauchen, daß nicht sie, son-

dern ihr Kind der Kranke ist. In diesem Falle könnte man schonender und langsamer, sozusagen auf einem Umweg über das Kind, ihre Beteiligung am Problem des Kindes angehen.

b) Die Vorteile der Familientherapie sind diese:

1. In der Familientherapie besteht für jeden einzelnen weniger die Möglichkeit, mit den Abwehrmechanismen der Spaltung, Projektion und Verleugnung zu reagieren. Denn er wird eher gezwungen, die emotionalen und sonstigen Gegebenheiten der Familie zur Kenntnis zu nehmen. Das ist z.B. bei Frühstörungen mit Wahrnehmungsproblemen von Vorteil, oder in der Therapie mit Jugendlichen, die sich hier real mit ihren Eltern auseinandersetzen müssen; wird doch dann die Möglichkeit gegeben, daß sie sich von ihren internalisierten Elternimages trennen können.
2. Der Therapeut kann direkt in das System der Familie eingreifen und erreicht in kürzerer Zeit mehr Personen.

Für die therapeutische Arbeit mit Kindern ist die Frage „Kindertherapie oder Familientherapie?“ also jeweils in der Weise zu beantworten, daß auf dem Hintergrund der schon in der Literatur belegten Fälle zu den Gegebenheiten des Therapeuten, der Klärung der diagnostischen Fragen nach beiden Modellen, der Entscheidung über die Priorität von Systemstörung und individueller Störung auch die technischen Vor- und Nachteile beider Modelle für die Arbeit mit einer Familie, die ein krankes Kind hat, genau überlegt werden müssen.

Es ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, wie weit eine Institution, die beide Therapiemöglichkeiten anbietet, dies auch äußerlich in Rechnung stellt. Hier wären z.B. das Aufnahmeverfahren zu nennen und die Erhebung der Anamnese. Man könnte auch überlegen, ob nicht grundsätzlich die Anamnese in einer Familiensitzung erhoben werden sollte, denn gerade zu diagnostischen Zwecken eignet sich meiner Ansicht nach diese mehr als die herkömmliche Form der Anamnesenerhebung.

Vorerst ist es wichtig, die dargestellten Indikationen und Kontraindikationen zu überprüfen. Dabei wäre es gut, wenn in der Familientherapie – wie schon lange in der Kindertherapie – katamnestische Untersuchungen gemacht würden, die allerdings auf eine zeitlich weitere Strecke angelegt sein müßten als in der Kindertherapie.

Summary

Child Therapy or Family Therapy? Considerations as to Their Indication

Described are the differences in the approaches of analytic child therapy and analytic family therapy. In this context the important role of the accompanying parent counseling which is part of child therapy is seen in the fact that it offers an opportunity of incorporating the child's milieu into therapy. The conversations in family therapy on the one hand and the parent counseling on the other hand are contrasted with one another.

The methodical circular thinking which is the basis of family therapy and the linear causative approach of psychoanalysis have specific consequences for diagnostic and therapy. In the light of this background information, therefore, the question of indication which is illustrated by case histories from the literature has to be further investigated.

Literatur

- Adam, R.: Die Familiendynamik als Indikationskriterium zur Kinderanalyse. In: Familiendynamik und analytische Kindertherapie, Methoden u. Probleme, hrsg. v. J. Zauner, Göttingen 1976, S. 30ff. – Ders.: Probleme der Elternarbeit in der analytischen Kinderpsychologie. In: Handbuch der Kinderpsychotherapie, hrsg. v. G. Biemann, S. 111ff. – Boszormenyi-Nagy, J.: Loyalität und Übertragung. Familiendynamik 2/1976, S. 152ff. – Buddeberg, B. u. C.: Familientherapie bei Anorexia nervosa. Praxis 2/1979, S. 37ff. – Buddeberg, B.: Indikation zur Familientherapie in der Kinderpsychiatrie. Familiendynamik 2/80, S. 125ff. – Clarkin, J.: Frances, Moodie, Selection Criteria for Family Therapy. Family Process, Vol. 18, Dec. 1979 S. 391ff. – Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern u. Jugendlichen. Göttingen 1954. – Dies.: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1960. – Freud, S.: Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Ges. Werke VII, Frankfurt 1965. – Glantz, R.: Kinderanalyse, Grenzen und Möglichkeiten. Psyche 1/75, S. 1ff. – Grunebaum, H. u. Chasin, R.: Kritisches zu Umdeutungen oder: Die Vorteile eines pathologischen Begriffssystems. Familiendynamik 2/80, S. 106ff. – Haley, J.: Direktive Familientherapie, Strategien für die Lösung von Problemen. Leben lernen 27, München 1977. – Ders.: Gemeinsamer Nenner Interaktion, Strategien der Psychotherapie. Leben lernen 34, München 1978. – Ders.: Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte. In: Kontext, Informationsblätter der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie e.V. 2/1980, S. 76ff. Reprint aus dem Journal of Marriage and Family Counseling Vol. I Nr. 1 (1975). – Kaufmann, L.: Familientherapie. In: Psychiatrie der Gegenwart, S. 269ff. – Lutz, Ch.: Die tiefenpsychologische Arbeit mit der Familie. Beiträge zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 25/78. – Montalvo, B.; Haley, J.: Zur Verteidigung der Kindertherapie. Familiendynamik 4/1977, S. 322ff. – Müssig, R.: Das Symptom in der Betrachtungsweise einer konzeptintegrierenden Familientherapie – als Folge, Ausdruck und Teil dysfunktionaler Transaktionen. Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 26/78, S. 12f. – Ders.: Eine Einführung in die Familientherapie mit dem Entwurf eines Curriculums. Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 18/75, S. 19ff. 20/76, S. 19ff., 21/76, S. 9ff. – Nash De Witt, K.: Die Wirksamkeit von Familientherapie, Eine Übersicht über Untersuchungen zur Erfolgskontrolle. Familiendynamik 1/80 S. 73ff. – Ornstein, A.: Die Herstellung des Kontaktes mit der inneren Welt des Kindes. Familiendynamik 4/1977, S. 282ff. – Overbeck, A. u. G.: Asthma bronchiale und Familiendynamik. Psyche, 10/1978, S. 929ff. – Dies.: Familiendynamische Perspektiven in der Untersuchung psychosomatischer Krankheiten. Praxis 1/1979, S. 1ff. – Richter, H.E.: Eltern, Kind, Neurose. Stuttgart 1963. – Ders.: Patient Familie. Hamburg 1970. – Rücker-Embsen, R.: Familientherapie. Beiträge zur Psychagogik, 13–14/1974, S. 44ff. – Sperling, E.: Familientherapie. In: Biemann: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänz.Band S. 129ff. – Ders.: Familientherapie. In: Familiendynamik und analytische Kindertherapie, Methoden und Problem, hrsg. v. Zauner, Göttingen 1976, S. 59ff. – Ders.: Familientherapeutische Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung.

Familiendynamik, 3/1977, S. 182ff. – *Ders.*: Einzel- versus Familientherapie schizophrener Patienten: ein Ausblick. Familiendynamik 2/1976, S. 112ff. – *Ders.*: A. Ornstein und die Empathiegefühle. Familiendynamik 4/77, S. 319ff. – *Stierlin, H., Ravenscroft, K.*: Jugendliche in der Familientherapie. Psyche 8/1974, S. 719ff. – *Stierlin, H., Rücker-Embsen I., Wetzel, M. Wirsching*: Das erste Familiengespräch. Psyche 9/1977 S. 786ff. – *Strachwitz v., E.*: Elternarbeit bei der ambulanten Kindertherapie. In: Familiendyna-

mik und analytische Kindertherapie, Methoden und Probleme, hrsg. von *J. Zauner*, Göttingen 1976, S. 18ff. – *Zauner, J.*: Zur Rolle der Familiendynamik in der Kindertherapie. In: Familiendynamik und analytische Kindertherapie, Methoden und Probleme, hrsg. v. *J. Zauner*, Göttingen 1976, S. 9ff.

Anschr. d. Verf.: Gisela Baethge, Kinder- u. Jugendl.-Th., Goerdeler Weg 3, 3400 Göttingen.