

Bonney, Helmut

Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 7, S. 499-510

urn:nbn:de:bsz-psydok-40802

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDALSZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPER, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition ...	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung ...	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg ...	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt ...	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit –schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch ...	617
PIONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLE, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung ...	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen ..	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362

Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation

Helmut Bonney

Summary

Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation

The effects of an systemic approach to outpatient child and adolescent psychiatry was hardly proved up to now. According to a study of clinical evaluation we analyzed a sample of more than 600 cases out of our work with about 1900 children, adolescents and young adults and their families. This study includes a catamnestic exploration regarding to the two-years-outcome. As a result we found, that the systemic approach is of high clinical utility in outpatient therapy with young clients and their families. The indication of systemic therapy is discussed.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ist ein Arbeitsbericht über die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch eine multiprofessionelle Kassenarztpraxis in einer ländlichen Region mit einem Radius von 50–90 km und mehr als 300000 Einwohnern. Sie bezieht sich auf eine Gesamtheit von 1898 Klienten und deren Familien, die innerhalb von 4½ Jahren die Institution in Anspruch genommen haben. Die Charakteristik dieser Gesamtheit wird anhand einer unausgewählten Teilstichprobe von 632 Fällen dargestellt. Die Studie umfaßt eine katamnestiche Untersuchung, die sich auf 148 Klienten/Familien bezieht. Als Ergebnis einer klinischen Nützlichkeitsprüfung zeigt sich, daß bei zwei Drittel der Fälle nach im Mittel 5,3 Kontakten über zwei Jahre stabile, positive Verläufe zu verzeichnen sind.

Klavierspielen gibt es nicht!
Ich hab' es gestern versucht.
Es ist nicht gegangen.
(P. WATZLAWICK)

1 Einleitung

Die Studie stellt die Arbeitsweisen und Ergebnisse einer multiprofessionell arbeitenden Kassenarztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Unter praktischem und theoretischem Bezug ist uns daran gelegen, im Rahmen einer klinischen Evaluationsstudie

Hinweise auf die Wirksamkeit der eingesetzten Arbeitsweisen im Feld der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erarbeiten. Wir waren uns von Anfang an bewußt, daß unser Arbeitskontext in keiner Weise die Durchführung einer Therapievergleichsstudie zuläßt, der wissenschaftliche Anerkennung gezollt werden kann.

Es geht uns trotzdem um einen diskussionsfähigen Beitrag, der die wissenschaftlich etablierte Kinder- und Jugendpsychiatrie anregt, die Integrierbarkeit systemischer und familienbezogener Positionen in die bestehenden Therapieansätze zu prüfen. Ferner mangelt es angesichts der von GRAWE (1995) gegebenen Beurteilung zur Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Verfahren an neueren Studien, die sich mit den Effekten systemischer Arbeit befassen.

2 Arbeitszusammenhänge

Wir arbeiten in einem Team in einer Kassenarztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in folgender Zusammensetzung:

- ein Kinder- und Jugendpsychiater, der zugleich Kinderarzt ist und über eine tiefenpsychologisch fundierte und systemische Qualifikation verfügt;
- ein familientherapeutisch ausgebildeter Co-Therapeut;
- eine Sozialarbeiterin;
- zwei Organisationskräfte mit halber Stelle;
- eine ärztliche Psychotherapeutin mit tiefenpsychologisch fundierter und systemisch/familientherapeutischer Qualifikation für den Erwachsenenbereich, die assoziiert ist;
- eine analytische Kunsttherapeutin als Honorarkraft;
- eine Heilpädagogin;
- eine ausgebildete Kindertherapeutin mit non-direktiver Orientierung.

Das Arbeitsteam folgt in seiner Zusammensetzung den Vorschriften für Kassenpraxen, die aufgrund der Sozialpsychiatrieverordnung autorisiert sind, an der Versorgung teilzunehmen.

Die Praxis arbeitet in einer Stadt von etwa 70000 Einwohnern, die Zentrum einer Region mit rund 300000 Bewohnern ist. Am Ort gibt es eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung mit 30 Behandlungsplätzen ohne Pflichtversorgungsauftrag. Die nächste stationäre Einrichtung mit Pflichtversorgung ist etwa 90 km entfernt.

Benachbart zur nächsten Großstadt in 30 km Entfernung arbeitet eine Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Region sind mehrere Beratungsstellen in öffentlicher und kirchlicher Trägerschaft, Jugendämter und schulpsychologische Dienste mit auffälligen Kindern, aber weniger mit deren Familien befaßt.

Das Praxisteam begreift seine Arbeit nicht allein additiv entsprechend der gegebenen multiprofessionellen Kompetenz, sondern als multiprofessionell/systemisch integrierte Gesamtleistung. Das innerhalb der Praxis im Rahmen der kassenarztrechtlichen Möglichkeiten konstruierte Netzwerk versteht und sucht seine Wirksamkeit eingebettet in eine größeres Netz, das beansprucht, alle Institutionen in der Umgebung miteinzu-

beziehen und zu nutzen, mit denen die Praxisklienten und Familien in Berührung kommen.

Das beobachtende Team versteht seine systemische Arbeit im Sinne des Mitgliederkonzeptes nach LUDWIG (1992) und weiß um die Bedeutung der Entscheidungen, die die Klienten bzw. Familien treffen, und ist mit breit gestreuter Wahrnehmungsfähigkeit dafür sensibel, die Bedeutung anderer Mitglieder im System zu erkennen. Es ist darum bemüht, Eskalationen in der Weise symmetrischer Kommunikationsmuster zu vermeiden. Die therapeutische Aufmerksamkeit geschieht innerhalb eines kontinuierlichen Prozesses, der die Unterscheidung zu treffen sucht, wie kontextuelles Handeln und inhaltsbezogene Interventionen miteinander zu verbinden sind.

3 Klientel

Die Untersuchung bezieht sich auf eine Grundgesamtheit von N=1898 Klienten bzw. deren Familien, die innerhalb von 4½ Jahren Kontakt mit der Praxis hatten. Aus der Grundgesamtheit wurden die ersten 632 Klienten in die Auswertung einbezogen, die nach Einführung der Datenverarbeitung die Praxis konsultierten.

Die deskriptive Statistik differenziert im folgenden neben der Alters- und Geschlechtsverteilung, nach Diagnosen, geklagter Symptomatik anhand einer Beschwerdeliste und familienbezogenen Variablen. In allen Bereichen beziehen wir uns auf Einfachnennungen.

3.1 *Geschlecht und Alter*

Von den 632 Klienten waren 357 Jungen (56,5%) und 275 Mädchen (43,5%). Abbildung 1 zeigt den Altersgipfel bei 7-10 Jahren. In der Stichprobe finden sich 38 junge Erwachsene (> 19 J.) mit adolescententypischen Problemkonstellationen. Die Behandlung von jungen Erwachsenen ergab sich aus der Erfahrung, daß den Bedürfnissen dieser Gruppe in der Erwachsenentherapie oft nicht entsprochen wurde.

3.2 *Führende Symptomatik*

Die Verteilung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter (MAS; REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1977) liefert nur geringe Aufschlüsse über Behandlungsanlässe und gewählte Therapieansätze, weshalb hier auf die Darstellung der Verteilung verzichtet wird. Die Auflistung der Beratungsanlässe macht inhaltlich differenzierter deutlich, welche Aufträge die Klienten oder deren Familien implizit erteilten.

In 139 Fällen konnte keine führende Symptomatik eruiert werden (U). Die nächstgrößte Gruppe bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, deren Schulerfolg bedroht erscheint (S). Innerhalb dieser Gruppe zeigten sich nur in einzelnen Fällen Begabungsmängel, dagegen überwogen seelische Störungen oder problematische Beziehungskonstellationen, in deren Folge die Leistungsfähigkeit der Klienten in der Schule nur eingeschränkt ver-

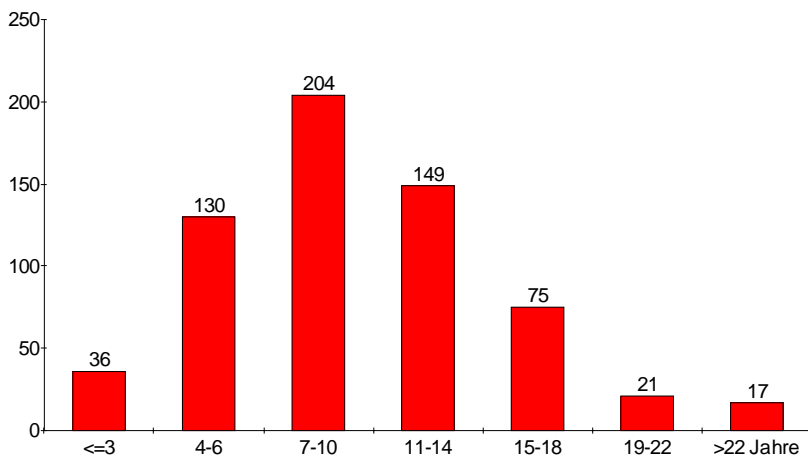
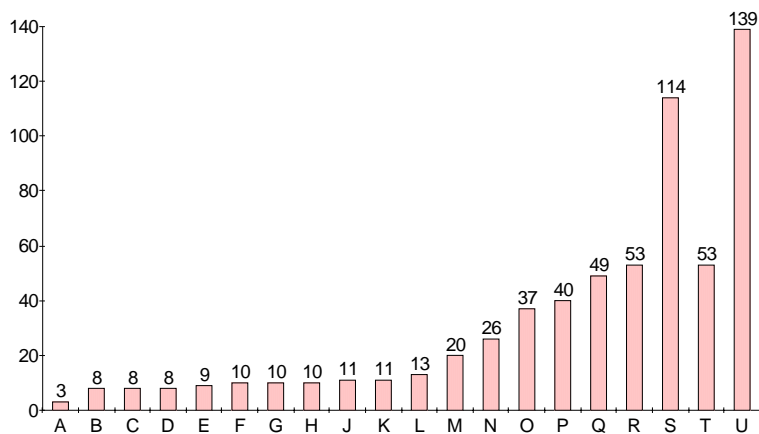


Abb. 1: Altersverteilung



Legende:

A Asthma
 B autistoides/autistisches Verhalten
 C verschiedene Schmerzmuster
 D Ekzeme und Neurodermitis
 E Tic-Muster
 F Stottern
 G schulphobisches Verhalten
 H Enkopresis
 J erlittene Mißhandlungen und sexuelle Übergriffe

K aggressives Verhalten
 L suizidale Absichten
 M ängstliches Verhalten
 N verschiedene Muster der Entwicklungsverzögerung
 O hyperkinetisches Verhalten
 P Enuresis
 Q depressive Verstimmung
 R Beziehungsschwierigkeiten
 S Schulschwierigkeiten
 T andere Spezifikationen
 U keine führende Symptomatik

Abb. 2: Führende Symptomatik

füßbar war. Der Größe nach folgen die Gruppierungen: Beziehungsschwierigkeiten mit Klagen über die mangelnde Durchsetzung im sozialen Umfeld (R) und depressive Ver-

stimmung (Q). Die Enuresis (P) wird viermal so häufig problematisiert wie Enkopresis (H). Die kleineren Gruppen werden von der mit Selbsttötungsabsichten oder parasuizidalen Handlungen (L) angeführt.

3.3 Familiäre Charakteristik

In Anlehnung an Achse 5 des MAS (Abnorme psychosoziale Umstände; REMSCHMIDT und SCHMIDT 1977) und unter Berücksichtigung der familiendiagnostischen Konzeption von OLSON (GREEN et al. 1991: Kohäsion/Adaptibilität) und gemäß den Kategorien Funktionalität/Dysfunktionalität haben wir Ratings der uns am bedeutsamsten erscheinenden familialen Charakteristika vorgenommen und Aspekte der Familienkonstellation bewertet. Die somit von uns als bedeutsam gewerteten Charakteristika haben eine unterschiedliche Datenqualität. Das Rating ist nicht als „objektive Familiendiagnostik“ zu verstehen. In insgesamt 319 Fällen (50%) bewerteten wir die Familien als unauffällig. Bei etwa der Hälfte der Familien (n=313) gelangten wir zu der in Tabelle 1 genannten Verteilung.

Tab. 1: Psychosoziale Problemlagen bei 632 Klientenfamilien

Adoptionskonstellation	2%
Psychische Erkrankung eines Elternteils	3%
Disharmonie	3%
Emotionaler Mangel in den innerfamilialen Beziehungen	5%
Verzerrte innerfamiliäre Kommunikation	6%
Kohäsive gegen Autonomieentwicklung gerichtete Dynamik	10%
Unvollständige Familie/Fremdplatzierung	20%
Ohne Auffälligkeiten	50%

4 Zuweisungen

Seit Praxisgründung 1988 hat der Anteil der Familien, die auf eigene Initiative nach Hilfe suchen, deutlich zugenommen. Die meisten haben sich zuvor darüber versichert, daß sie nicht mit Arzneiverordnungen rechnen müssen, und sie wissen bereits, daß in der Praxis das familiäre Geschehen berücksichtigt wird. Überweisungen durch andere Ärzte sind in der Minderzahl.

Passend zur großen Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Schulschwierigkeiten geht die Anregung zum Kontakt mit der Praxis häufig von Lehrern aus. Kinder und Jugendliche, die primär stationär behandelt wurden, finden sich in unserer Klientel kaum. Umgekehrt weisen wir nur durchschnittlich einen Fall jährlich zur Krankenhausbehandlung ein.

Anmeldemodalität: Es hat sich bewährt, nach der telefonischen Kontaktaufnahme durch die Klienten die Rücksendung eines kurzen Anmeldeformulars zu verlangen. Wir bitten darin um Stellungnahme zu vier Fragebereichen:

1. „Sorgen machen wir uns um ...“,
2. „Anlaß zur Vorstellung ist ...“,
3. „Besteht akute Gefahr?“,
4. „Welche Veränderungen möchten Sie erreichen?“

Die auf diese Weise gewonnen Daten bilden die erste Grundlage für unsere Hypothesenbildung. Die vierte Frage macht schon zu Anfang deutlich, daß es darum gehen wird, Lösungen zu erarbeiten. Wir haben wöchentlich mehrstündige Team-Sitzungen, bei denen wir auch die vorausgehenden Informationen prüfen und im Sinne der Vorsitz nach dem Mailänder Modell (BÖSE u. SCHIEPEK 1989) nach relevanten Hypothesen suchen. Wir entscheiden dabei auch, ob wir es der Familie überlassen, wer zum Erstinterview kommt, oder ob wir gemäß der Hypothesenbildung Subsysteme einladen. Ergeben sich im Verlauf der Sitzung offene Fragen wegen möglicher körperlicher Erkrankungen, bitten wir die Klienten/Familien, dies vorab klären zu lassen.

5 Semistandardisiertes Erstinterview und Beratungsverlauf

Abbildung 3 zeigt die Stellung des Erstinterviews innerhalb des gesamten Beratungsprozesses. Am Erstinterview beteiligen sich in der Regel zwei Therapeuten. Am Anfang steht die Analyse des Zuweisungskontextes einschließlich der Beschreibung der bisherigen Bemühungen seitens der Familie, die gewürdigt und positiv konnotiert werden. Die größte Aufmerksamkeit ist auf die kontinuierliche kontextuelle Klärung, die Exploration gesunder Anteile und die Differenzierung der Auftragslage gerichtet.

Das Interview orientiert sich am Mailänder Modell und nutzt als konstruktivistisch geführter Prozeß das gesamte systemische Inventar der Gesprächsführung mit dem zielgerichteten Blick auf passende Lösungen. Fortlaufend eingestreute Interaktionen oder Interventionen im Sinne des „Reflecting Team“ sind die Regel, Pausen eher die Ausnahme. Zum Ende des Erstinterviews wird in Anbetracht der erarbeiteten Auftragslage das weitere Vorgehen vereinbart.

Der *Beratungsprozeß* im Anschluß an das Erstinterview eröffnet drei wesentliche Möglichkeiten: (a) das Ende des Kontaktes mit dem Erstinterview; (b) die Planung und Durchführung diagnostischer Verfahren sowie (c) die unmittelbare Vereinbarung (weiterer) therapeutischer Kontakte.

5.1 Ende mit dem Erstinterview und Veranlassung kontrollierender Maßnahmen

Kommt es im Verlauf des Erstinterviews nicht zu einem Behandlungsauftrag, ist die Beratung abgeschlossen. Dabei ist es möglich, daß eine gegenseitige Entscheidung zur Zusammenarbeit nicht zustande kam. LUDWIG (1993) hat in einer eigenen Untersuchung einer ambulanten kinderpsychiatrischen Klientels herausgefunden, daß in etwa einem Drittel der Fälle den Klientenfamilien daran gelegen war, lediglich in den gewählten Coping-Mustern bestätigt zu werden.

Eine weitere Gruppe von Klienten nutzt die neuen Erfahrungen des Erstinterviews als Auftakt für neue Lösungsmuster. Eine weitere Beratung hat sich in diesen Fällen

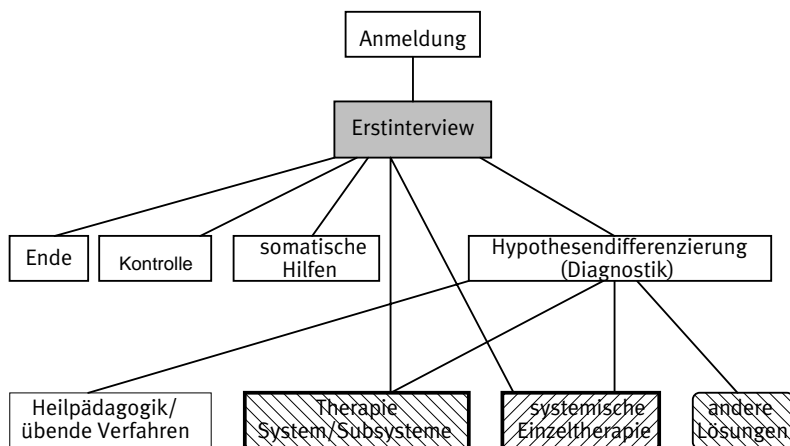


Abb. 3: Anmeldung und Beratungsverlauf

erübrigt. Schließt sich angesichts einer nicht zu beherrschenden Selbst- oder Fremdgefährdung die ambulante Therapie aus, werden kontrollierende Maßnahmen (stationäre Einweisung) veranlaßt.

5.2 Hypothesendifferenzierung und Diagnostik

Angesichts des hohen Anteils schulbezogener Fragestellungen bewähren sich je nach Auftragslage anschließende diagnostische Sitzungen. Es gelangt eine Testbatterie zum Einsatz, die neben der Leistungsmessung auch projektive Verfahren umfaßt. Je nach Alter werden Zeichnungen (z.B. „Mensch-Test“, „Verzauberte Familie“) angefertigt oder der Szeno-Test und der TAT angewendet. Die Äußerungen innerhalb der projektiven Verfahren dienen der Differenzierung und Erweiterung der Hypothesen.

Im Anschluß an eine diagnostische Phase ist zu entscheiden, ob ein allein heilpädagogisches Vorgehen gerechtfertigt ist, systemische/familienbezogene Beratungsmuster angezeigt oder andere Lösungen zu favorisieren sind.

5.3 Planung primärer therapeutischer Kontakte und Therapiemodalitäten

Während den Familien häufig daran gelegen ist, daß im Sinne eines medizinischen Erklärungsmodells diagnostiziert wird, fällt es den Therapeuten eher schwer, den Familien unter bewußtem Verzicht auf die Nennung psychopathologisch orientierter Positionen primär Beratung anzubieten, die die gegebene und/oder zu erarbeitende Funktionalität in ihr Zentrum stellt.

Auftragsbezogen steht in der Folge bisweilen die heilpädagogische Arbeit im Vordergrund, wenn dies nach der Leistungsdiagnostik als sinnvoll erscheint. Sind die identifizierten Patienten jünger als 12 Jahre, bezieht sich die Arbeit mit der Familie in den meisten Fällen auf das Elternsubsystem. Mit Jugendlichen erfolgt häufig neben der therapeutischen Einzelarbeit parallel eine Familienarbeit. Bewährt sich der die Sprache

nutzende Therapieprozeß nicht oder nicht ausreichend, machen wir in Einzelfällen ein kunsttherapeutisches Angebot.

6 Katamnese

Im folgenden stellen wir die Katamneseergebnisse bei 148 Klienten/Familien dar, die wir zwei Jahre nach der Erstvorstellung befragt haben. Dabei handelt es sich um Klienten, die innerhalb der ersten sechs Monate des Erhebungszeitraums die Praxis erstmals in Anspruch genommen hatten.

Hinsichtlich der Methodik stimmen wir mit LUDWIG (1992, S. 86) überein: Da in der Regel die telefonisch vorgenommene Anmeldung zu einem Beratungsprozeß führt, der sich mit einem beklagten Problemfeld befaßt, sind spätere telefonische Informationen zur Lage eines Klienten/einer Familie von gleichem heuristischen Wert wie die fernmündlich gewonnenen Anfangsinformationen. Wir klärten daher durch eine standardisierte, telefonische Nachexploration zwei Fragen:

- (1) „Besteht der frühere Beratungsanlaß (führende Symptomatik) fort, oder ist eine andere Störung aufgetreten?“
- (2) „Hat der Klient/die Familie mittlerweile eine Beratung an anderem Ort in Anspruch genommen?“

6.1 *Verläufe und Konflikthäufigkeiten*

39 Familien/Klienten konnten wir nicht erreichen. Bei den verbleibenden 109 Fällen fanden wir 72 Familien/Klienten (entsprechend 66%, im folgenden „Erfolgsgruppe“ genannt), die keine weiteren Klagen vorzubringen hatten; lediglich vier von diesen hatten an anderer Stelle eine Therapie in Anspruch genommen.

In 21 Fällen (entsprechend 19,3%, im folgenden „Mißerfolgsgruppe“ genannt) wurde von fortbestehenden Sorgen berichtet. Davon hatten jedoch 15 Familien keinen ausreichenden Anlaß für eine spätere Beratung gesehen. In vier Fällen waren wegen fortbestehender Symptomatik andere ambulante Stellen eingeschaltet worden. In weiteren zwei Fällen war eine stationäre Behandlung ohne bleibenden Erfolg. 16 Klienten (entsprechend 14,7%) wurden zum Katamnesezeitpunkt noch von uns behandelt.

Die „Erfolgsgruppe“ hatte bei uns im Mittel 5,3 Kontakte in Anspruch genommen. Die „Mißerfolgsgruppe“ haben wir durchschnittlich 8,4mal gesehen. Die Klienten, die zum Katamnesezeitpunkt noch bei uns in Beratung waren, erhielten durchschnittlich 17,7 Sitzungen. Die Familien/Klienten, die wir zum Katamnesezeitpunkt nicht erreichen konnten, nahmen uns im Mittel 4,3mal in Anspruch.

6.2 *Führende Symptomatik*

Die „Erfolgsgruppe“ wird angeführt von guten Ergebnissen bei Klienten mit ängstlichem Verhalten (80,9%), es folgt die Gruppe der Klienten mit Schulschwierigkeiten (76,4%), gefolgt von Kindern und Jugendlichen mit depressiver Verstimmung (66,6%)

und denjenigen, bei denen aggressives Verhalten im Vordergrund stand (62,5%). Bei Klienten mit hyperkinetischem Verhalten und solchen mit Enuresis wurde bei 50% bzw. 33,3% Symptombfreiheit berichtet.

6.3 Familiäre Charakteristika

In Anbetracht der Stichprobengröße von 148 haben wir die betreffenden Familien lediglich als „funktional“ oder „dysfunktional“ eingestuft.

In der Abbildung 4 werden, bezogen auf die einzelnen Gruppen, die familienbezogenen Einstufungen nach funktional und dysfunktional dargestellt. Die als dysfunktional beschriebene Gruppe enthält alle Fälle „abnormaler familiäre Verhältnisse“, „innerfamiliärer Disharmonie“ und „verzerrter Kommunikation“ (vgl. Tab. 1).

Die „Erfolgsgruppe“ (n=72) zeigt den höchsten Anteil der als funktional eingeschätzten Familien. Innerhalb der „Mißerfolgsgruppe“ (gestört, n=21) erscheint der Anteil dysfunktionaler Familien mit 64% deutlich höher als in der Gesamtstichprobe (42%) und in der „Erfolgsgruppe“ (49%).

In der Therapiegruppe wurden alle 16 Familien als dysfunktional eingeschätzt. Es handelte sich hier vor allem um Klienten, die kunsttherapeutisch behandelt wurden, nachdem das systemisch-familienbezogene Vorgehen entweder klientenseits abgelehnt oder von uns nicht (mehr) als indiziert beurteilt worden war.

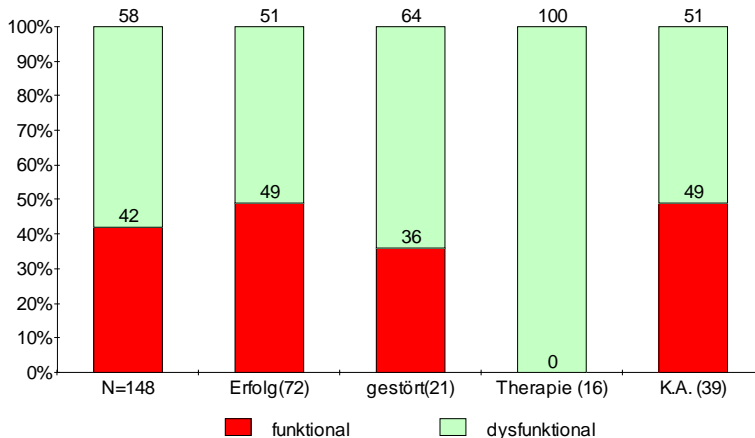


Abb. 4: Familie nach Funktionsgrad und Therapieergebnis

7 Diskussion

7.1 Klinische Evaluation

Neben der meist nur im universitären Zusammenhang durchführbaren Psychotherapieforschung befürwortet REITER (1995) die klinische Evaluation im Rahmen des Konzepts

der „klinischen Nützlichkeit“, um die Indikation und Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zu beurteilen.

In diesem Zusammenhang taucht die Frage auf, welches Wissen Wissen (für die Praxis) sein soll? (LUDEWIG 1992). REITER fordert von Publikationen in diesem Feld auch einen engen Bezug der referierten Ergebnisse zur therapeutischen Praxis.

Dementsprechend entstand unsere Untersuchung auch aus der Neugier, zu einer Übersicht darüber zu gelangen, mit welchen Problemfeldern wir uns in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis tatsächlich befassen, und mit welchem „Erfolg“ wir bei der von systemischen Gesichtspunkten geleiteten Vorgehensweise rechnen können.

7.2 *Wirksamkeit*

Die dargestellten Ergebnisse der Zwei-Jahres-Katamnese deuten darauf hin, daß die erarbeiteten Lösungsmuster in zwei Drittel der Fälle bei durchschnittlich 5,3 Sitzungen langfristig wirksam sind. Dabei haben wir nicht unterschieden, mit welchem methodischen Schwerpunkt im jeweiligen Einzelfall gearbeitet wurde. Die Familien berichten davon, daß auch zwei Jahre nach Abschluß der Behandlung keine Therapieanlässe mehr bestanden und zwischenzeitlich keine Beratung durch andere Stellen in Anspruch genommen wurde.

Wir sind uns bewußt, daß unsere Studie insbesondere für diejenigen von Wert sein kann, die die subjektive Bewertung der Klienten als Maßstab anerkennen. Wer sich einem „objektivem“ Krankheitsbegriff verpflichtet fühlt und wem in erster Linie daran gelegen ist, „aus der Verworrenheit und Dunkelheit der Symptome das Prinzip und die Ursache der Krankheit herauszufinden, ... (und) sich zum Herren der Kranken und ihrer Beschwerden zu machen ...“ (FOUCAULT 1993, S.102), der wird diese Studie wenig nützlich finden.

7.3 *Indikationsstellung*

Unser Beitrag zur Frage der spezifischen Indikationsstellungen bedarf der weiteren Differenzierung. Die Breite der in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellten führenden Symptomatiken erlaubt es keineswegs, ohne Auswahl systemisch-konstruktivistisch zu arbeiten.

Wenn das kindliche oder jugendliche Verhalten nicht von vornherein „auf Beziehungen zu rechnen ist“ (zit. nach LUHMANN 1985), muß dazu das bekannte Wissen aus Entwicklungs- und/oder Psychopathologie zum Einsatz kommen. In solchen Fällen ist Diagnostik im linearen Sinne erforderlich und nützlich, wenn sich daraus etwa heilpädagogische Konzepte ableiten lassen. Die Durchführung testpsychologischer Untersuchungen erlaubt andererseits die Bestimmung solcher Problemlagen, die schließlich doch erst dann verstanden werden können, wenn die Beziehungsdynamik Berücksichtigung finden kann.

Abgesehen von diesen Fällen erscheint systemisch-familienbezogenes Handeln in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis in der Regel angezeigt. In bestimmten Fällen fühlten wir uns dazu veranlaßt, unsere therapeutische Arbeit unter primärer

Nutzung der Sprache zu verlassen. Dabei mußten wir aber schließlich erkennen, daß gerade in diesen Fällen hochauffällige Familien gemäß der von uns verwendeten Kriterien bestehen.

Dieses Ergebnis muß uns dazu veranlassen, kritischer zu prüfen, in welchen Fällen die familienbezogene Arbeit bevorzugt werden sollte. Es ist anzunehmen, daß die in dieser Gruppe festgestellte höhere Sitzungsfrequenz und längere Therapiedauer nicht nur durch die gewählte Behandlungsmodalität (analytische Kunsttherapie), sondern auch durch die Komplexität der familiären Problematik bedingt ist.

7.4 Systemische Therapie – „Allgemeine Psychotherapie“

GRAWE (1995) fordert, eine von ihm so genannte „Allgemeine Psychotherapie“ zu entwickeln, der nach seiner Auffassung die größte Wirksamkeit und Nützlichkeit zukommen würde. Anlässlich der 16. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF) 1995 hat G. SCHIEPEK in seinem Vortrag: „Allgemeine Psychotherapie – ein systemisches Projekt“ mit Bezug auf die Forderung GRAWES dargelegt, daß die systemische Therapie seinen Vorstellungen mehr als entspricht: Das Wissen um die Therapeut-Klient-Beziehung, um den Stellenwert von Ressourcen im Leben von Klienten und in ihren sozialen Bezugssystemen und um die Bedeutung aktiver Arbeit an Problemen und deren Bewältigung sind zentrale Themen, die in der systemischen Therapie Gewicht haben und im Konzept der „Allgemeinen Psychotherapie“ thematisiert werden.

Wir gehen davon aus, daß das von uns konstruierte Netzwerk in umfassender Weise dazu geeignet ist, den Ansprüchen an eine allgemeine Psychotherapie im Sinne eines systemischen Projekts (SCHIEPEK 1995) genügt. Dieses Selbstverständnis geht über die Annahme einer lediglich additiv aus Multiprofessionalität heraus begründeten Wirkung hinaus. Die Erfahrung zeigt, daß die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie erst dann aufgesucht wird, wenn die Familien an anderer Stelle nicht zum gewünschten Ergebnis gekommen sind. Auf ihrem Weg kommen Familien mit einer Fülle von Theorien in Berührung, die in der Regel auf linearen Ursache-Wirkungsannahmen beruhen. Wenn das Praxisteam gewährleisten will, daß die Familien angesichts der neuen Bemühungen im Rahmen der systemisch-familienbezogenen Therapie nicht nur weitere Theorien als hinzugefügt erleben, ist es von Bedeutung, wie es sich selbst als Mitglied im gewachsenen Problemsystem einzuordnen versteht. Wenn die Familie das neue therapeutische Unterfangen schlicht als wirkungsvoll erfährt, erübrigt sich ein konkurrierender Vergleich mit vorausgegangenen oder fortbestehenden Theoriebildungen und deren Beurteilungen der Situation.

7.5 Bewältigung der Informationsflut in der Praxis

Zum Schluß sei noch auf einen kritischen ökonomischen Aspekt der systemischen Arbeit hingewiesen, dem sich der darauf verpflichtete Kassenarzt-Psychotherapeut stellen muß. Auch unsere Studie weist darauf hin, daß Therapien nach durchschnittlich 5-6 Sitzungen erfolgreich abgeschlossen werden können. Für den Kassenarzt folgt dar-

aus, daß er angesichts der dann rasch aufeinanderfolgenden Neuvorstellungen innerhalb eines Zeitabschnitts eine sehr große Datenmenge bewältigen muß.

Der systemische Therapeut arbeitet aktiv, schöpft mit großer Intensität Informationen und vermehrt die entstehende Informationsmenge, indem er bedeutungsvolle Daten auch durch seine Fragetechnik und die kontextbezogene Erweiterung des Blickwinkels fortlaufend erzeugt. So gerät er in die Gefahr, methodenbedingt in einen Strudel von Informationen zu geraten, den er zu bewältigen hat. Und diese Gefahr wächst auch deshalb, weil er nicht nach der Menge der bewältigten Informationen, sondern nach der Anzahl der Therapiestunden honoriert wird. Der Kontext der Selbständigkeit in der Kassenarztpraxis verlangt unter finanziellen Gesichtspunkten, daß die Zahl von Therapiestunden in solchem Umfang entsteht, daß das materielle Auskommen gesichert wird.

Die Curricula, die zur kompetenten systemischen Therapie befähigen, enthalten jedoch keine Bausteine, die Kandidaten große Datenmengen bewältigen helfen. Die Praxis zeigt, daß, bezogen auf den Heidelberger Kongreß „... das Ende der großen Entwürfe“, aber das „Blühen der systemischen Kassenarzt-Praxis“ an die Leistungsfähigkeit eines – um im Bild zu bleiben – gleichsam „sportlichen Gärtners“ gebunden ist.

Literatur

- BÖSE, R./SCHIEPEK, G. (1989): Systemische Theorie und Therapie. Heidelberg: Asanger.
- FOUCAULT, M. (1993): Die Geburt der Klinik. Frankfurt: Fischer.
- GRAWE, K. (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40, 130-145.
- GREEN, R.G. (1991): Evaluating FACES III and the Circumplex Model. Family Process 30 (1) 55-73.
- LUDEWIG, K. (1992): Systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LUDEWIG, K. (1993): Nützlichkeit systemischer Therapie in Klinik und Praxis. Vortrag Detmold.
- LUHMANN, N. (1985): Soziale Systeme. Frankfurt: Suhrkamp.
- REITER, L. (1995): Das Konzept der „Klinischen Nützlichkeit“ – Theoretische Grundlagen und Praxisbezug. Zeitschrift für systemische Therapie 3, 193-197.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber.
- SCHIEPEK, G. (1995): Allgemeine Psychotherapie – ein systemisches Projekt. Vortrag auf der 16. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Helmut Bonney, Rohrbacher Str.61, 69115 Heidelberg.