

Leistikow, Jürgen

## Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 4, S. 118-124*

urn:nbn:de:bsz-psydok-28476

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

|  |     |
|--|-----|
| 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. Hälgl: 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. Deutschein: Zur Erfassung gesprächs-therapeutischer 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 Hydrocephaluskindern (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 Childrenspital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept) .....                                       | 266 |

### Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

|   |     |
|---|-----|
| H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltens-auffälligen 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. Degener: 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  | <b>Tagungsberichte</b>   |     |
| F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour) . . . . .  | 62  | H. Renschmidt: 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. Merken: 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 | <b>Kurzmitteilung</b>  |     |
| 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 | <b>Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)</b>  |     |
| 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  | Halscy, 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 |
|   |     | <b>Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313</b>   |     |

# Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen

Von Jürgen Leistikow

## Zusammenfassung

Ausgehend von einer system- und kommunikationstheoretischen Betrachtungsweise wird ein Modell dargestellt, das es erlaubt, diagnostische Informationen in Therapieentscheidungen zu überführen. Das Überführungsmodell ist so aufgebaut, daß der Entscheidungsprozeß mit den Eltern von Problemkindern in deren Sprache besprochen werden kann. Die Entscheidungen können mit Hilfe des Modells logisch und verständlich begründet werden. Abschließend werden Möglichkeiten für ein konkretes diagnostisches Vorgehen vorgestellt, wie sie sich im „Institut für Kinderpsychotherapie und Elternteraining“ in Kiel bewährt haben.

## 1. Einleitung

In der kinderpsychotherapeutischen Praxis steht der Diagnostiker/Therapeut in der Regel vor der Aufgabe, den Eltern des vorgestellten Kindes als den Auftraggebern anhand der Untersuchungsergebnisse die von ihm vorgeschlagene Therapieentscheidung zu begründen und zu erklären. Dabei muß zwei Belangen gleichzeitig Rechnung getragen werden: Erstens sollen die Erklärungen und Begründungen in einer den Eltern, möglichst auch dem betreffenden Kind, verständlichen Sprache (vergleiche dazu auch *Paul Watzlawick*: „Verwendung der Sprache des Patienten“ und *Eva*

*Jaeggi*: „Die Sprache der Unterschicht in der Psychotherapie“, beide in *Partnerberatung* 1977 Heft 2, S.57ff.) gegeben werden, und zweitens sollen die tatsächlichen Sachverhalte so präzise wie möglich dargestellt werden.

Das im folgenden dargestellte Modell versucht, beiden Belangen möglichst weitgehend gerecht zu werden. Natürlich ist die Verständlichkeit der Sprache des Diagnostikers/Therapeuten wesentlich mitbedingt von seiner sprachlichen Flexibilität sowie seiner Fähigkeit, sich dem Niveau der Klienten anzupassen. Das Modell gibt dazu ein brauchbares Gerüst. Es gestattet, aus den diagnostischen Informationen abzuleiten, welche Personen in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen werden sollen. Dabei wird vermieden, einen Ursache-Wirkung-Zusammenhang herzustellen, der bei der Weitervermittlung an die Eltern leicht die Gefahr in sich birgt, einen „Schuldigen“ für das Bestehen der Problematik zu deklarieren. Diese unausgesprochene, im Ursache-Wirkung-Denkschema aber zwangsläufig enthaltene Schuldzuweisung birgt oft die Gefahr in sich, daß die Eltern, deren Verhalten in der Regel als Verursacher des Problems angesehen wird, sich gegen diese Schuldzuweisung zur Wehr setzen. Dadurch wird dann eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Eltern und Therapeut erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Im vorliegenden Modell wird davon ausgegangen, daß intraindividuelle Bedingungen beim Problemkind (orga-

nische sowie persönlichkeitsbedingte) und außerindividuelle Bedingungen (in der Um- bzw. Außenwelt liegende) miteinander in Wechselwirkung treten, wobei keinem Bedingungs-feld eine dominierende Bedeutung zukommt. Die Entscheidung, in welchem Bedingungs-feld die therapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden sollen, ist eine mehr pragmatische Entscheidung, die wesentlich auch durch ökonomische Gesichtspunkte mitbestimmt wird. Z. B. geht in die Entscheidung mit ein, bei welcher Person die Therapiemotivation am größten ist; bei welcher Person der Therapeut den größten Einfluß hat; mit welchen Kosten und mit welcher Dauer die einzelnen Maßnahmen verbunden sind usw. Das Ziel der therapeutischen Maßnahmen ist, kurz gesagt, mit einem möglichst geringen therapeutischen Aufwand ein möglichst großes Maß an Gesamtveränderung im problemaufrechterhaltenden System zu erreichen.

Um den Hintergrund, auf dem das hier vorgestellte Modell zu sehen ist, deutlich zu machen, stelle ich im folgenden einige wichtige Grundgedanken der System- und Kommunikationstheorie in Thesenform dar (Für eine Vertiefung verweise ich auf Haley (1977), Haley (1978), Leistikow (1978), Leistikow (1980), Minuchin (1977), Schulz von Thun (1977), Watzlawick u. a. (1969) und Watzlawick u. a. (1974).

## 2. Thesen zur system- und kommunikationstheoretischen Sichtweise

Erlebens- und Verhaltensstörungen sowie psychosomatische Symptome gewinnen im Laufe der Zeit kommunikative Bedeutung und stellen daher wichtige Kommunikationsmittel für das Kind dar. Das muß nicht heißen, daß diese Erlebens- und Verhaltensweisen sowie die psychosomatischen Symptome in kommunikativer Absicht produziert werden.

Jedes Kommunikationsmittel hat eine wohldefinierte Funktion in dem System, in dem es beobachtet wird. Die Funktion einer Verhaltens- oder Erlebensweise kann darin bestehen, die Aufrechterhaltung der Systemregeln und Kommunikationsmuster zu gewährleisten. Im allgemeinen vermitteln feste Regeln und Muster demjenigen, der ihnen unterworfen ist, Sicherheit bzw. besser gesagt, sie reduzieren seine Unsicherheit. Sie geben ihm Orientierungshilfen und strukturieren ihm die Wahrnehmung der Umwelt. Insofern profitiert jedes Individuum von der Aufrechterhaltung des Systems, in dem es sich gerade befindet, weil dieses sein elementares Bedürfnis nach Sicherheit und Strukturierung befriedigt.

Jedes System besitzt ihm eigentümliche Kommunikationsmuster. Sie werden durch Regeln und Normen (Metamuster) bestimmt.

Jedes Individuum wählt aus dem ihm zur Verfügung stehenden Verhaltensrepertoire diejenigen Verhaltensmuster (Kommunikationsmittel) aus, die es ihm gestatten, unter den Regeln des jeweiligen Systems eine Befriedigung seiner Bedürfnisse zu erreichen (funktionale Kommunikationsmuster).

Funktionale Kommunikationsmuster in einem Bezugssystem können dysfunktionale Kommunikationsmuster in

einem anderen Bezugssystem sein. Dysfunktional wird ein Kommunikationsmuster dann, wenn es dazu führt, daß ein Individuum aus dem System ausgestoßen wird.

Beim Wechsel von einem Bezugssystem in ein anderes versucht jedes Individuum zunächst, seine bisher erlernten und erprobten Kommunikationsmuster einzusetzen.

Der Diagnostiker (Therapeut) ist seinerseits Teil eines Bezugssystems und bildet mit dem/den Klienten ein neues System – das therapeutische System.

Der Therapeut muß die vorgefundenen Kommunikationsmuster benutzen, um sie zu verändern. D. h. er muß sich dem System anschließen.

## 3. Die Entwicklung kindlichen Verhaltens aus system- und kommunikationstheoretischer Sicht

Das Neugeborene wächst in eine bestehende Umwelt hinein. Diese Umwelt besteht zum einen aus toter Materie, zum anderen aber insbesondere aus anderen Menschen. Die ersten Menschen, auf die das Neugeborene trifft und mit denen es ständig Umgang hat, gehören in der Regel einem festen System an, dem System Familie. In diesem System sind Regeln wirksam, und es existieren bestimmte Kommunikationsmuster. Zur Befriedigung seiner vitalen Bedürfnisse muß sich das Kind an die Muster der Familie anpassen. Einerseits übernimmt es durch Beobachtung und Nachahmung Verhaltensweisen und -muster von anderen Familienangehörigen (Mutter, Vater, Geschwister u. a.), die ihrerseits wieder bestimmte kommunikative Funktion in diesem System Familie haben. Dann erfährt es, daß die kommunikative Funktion nicht nur an der Verhaltensweise selbst haftet, sondern daß es auch eine Rolle spielt, *wer* diese Verhaltensweise zeigt (Quod licet jovis, non licet bovis). Etwa gegen Mitte des 3. Lebensjahres ist das Kind mit einem Set von Grundmustern ausgestattet, die es ihm erlauben, in dieser speziellen Familie seine vitalen Bedürfnisse zu befriedigen. Mit diesem Set von Grundmustern tritt es nun in andere Bezugssysteme ein (Spielkameraden auf dem Spielplatz, Kindergarten u. a. m.). Es erfährt, welche Muster auch in diesen Systemen funktional sind und welche nicht. Andererseits wird es versuchen, neue Muster, die es außerhalb kennenlernt und vielleicht erprobt hat, nun auch in der Familie auszuprobieren. Dadurch wird das System Familie jetzt gezwungen, sich mit neuen Mustern auseinanderzusetzen und eventuell einen neuen Gleichgewichtszustand herzustellen.

Im optimalen Fall wird das Kind lernen zu unterscheiden, in welchem System welche Kommunikationsmuster funktional sind und sein Verhalten entsprechend flexibel danach ausrichten.

Im ungünstigsten Fall wird es das nicht lernen und versuchen, in außerfamiliären Systemen die gleichen Muster einzusetzen wie in der Familie. Es wird dann, wenn diese Muster im außerfamiliären Bereich dysfunktional sind, im allgemeinen ausgestoßen.

*Beispiel:* „Ein Kind hat erfahren, daß ein Wutanfall in seiner Familie dazu führt, daß die Eltern in Streit über die richtige Erziehung geraten. Die Folge ist, daß jeder der Elternteile versucht, das Kind für sich als Verbündeten gegen

den Partner zu gewinnen. Dies wird vom Kind als wohltuend erlebt. Aufgrund seiner innerfamiliären Erfahrung könnte dieses Kind versuchen, seinen Wutanfall auch in anderen Systemen (z.B. Kindergarten) einzusetzen und sich einen Erwachsenen (z.B. Kindergärtnerin) zur Verbündeten machen. Gelingt dies nicht gleich, so könnte das Kind mit verstärkten Wutanfällen nach dem Lösungsprinzip „mehr desselben“ reagieren. Da Wutanfälle vielleicht in diesem System Kindergarten dysfunktional sind, wird dieses System bei längerdauernden Versuchen damit reagieren, daß es das Kind ausschließt oder als „verhaltensgestört“ an eine therapeutische Institution überweist“.

Möglicherweise wird es auch versuchen, die außerfamiliär erlernten Muster in der Familie einzusetzen. Sind sie hier dysfunktional und geht das Kind nach dem Prinzip der verstärkten Bemühungen vor, das es vielleicht gerade in dieser Familie kennengelernt hat, wird die Familie mit Ausstoßungstendenzen reagieren. Ich nenne solche Situationen, in denen Kinder mit neuen Kommunikationssystemen Bekanntschaft machen, einfach Krisensituationen für das System Familie insgesamt.

Besonders bekannte Krisensituationen sind:

- die Geburt eines Kindes
- Aufnahme in den Kindergarten
- Beginn der Vorschule
- Einschulung
- Umschulung
- Umzug der Familie
- Tod von Familienmitgliedern
- Scheidung oder Trennung der Eltern

Es gibt noch viel mehr, u. a. auch solche, von denen das Kind direkt nicht betroffen ist, wie z.B. Wechsel des Arbeitsplatzes eines Elternteils o. ä.

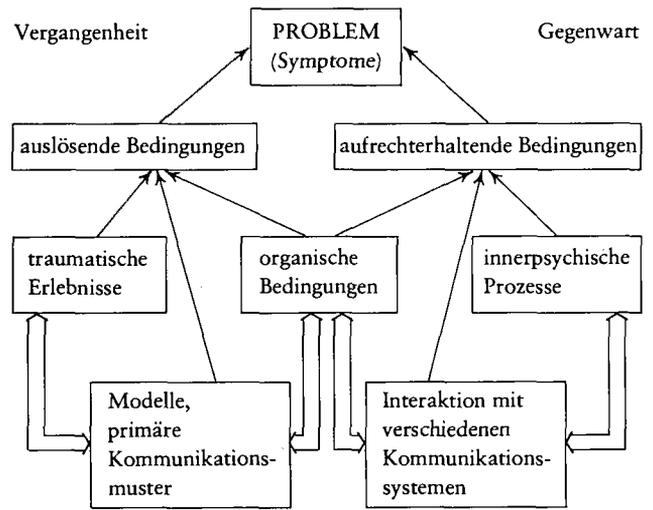
Für den Diagnostiker ist schon wichtig, wie das Kind selbst und wie die übrige Familie auf solche Krisensituationen reagiert haben. Häufig werden in solchen Situationen besonders problemträchtige Verhaltensmuster sichtbar.

Häufig liegt der Anlaß für die Vorstellung eines Kindes auch in solch einer Krisensituation, wobei der Anlaß eben schon länger zurückliegen kann, weil der Entschluß, das Kind einem Psychologen vorzustellen, erst langsam reift.

#### 4. Modell zur Genese und zur Aufrechterhaltung von Erlebens- und Verhaltensproblemen

Das Schema geht grundsätzlich von zwei unterschiedlichen Bedingungsgefügen, denen jedes Verhalten und hier insbesondere das Problemverhalten unterworfen ist, aus. Es unterscheidet zwischen „auslösenden Bedingungen“ einerseits und „aufrechterhaltenden Bedingungen“ andererseits. Dazu ein Beispiel, das ich selbst häufig den Eltern gegenüber benutze, um ihnen den Unterschied zwischen auslösenden Bedingungen einerseits und aufrechterhaltenden Bedingungen andererseits zu erklären:

„Um den Motor eines Autos in Gang zu bringen, betätige ich den Anlasser. Die Betätigung des Anlassers ist auslösende



dünne Pfeile = Bedingungswirkungen  
dicke Pfeile = Wechselwirkungen der Bedingungsfelder untereinander

Bedingung dafür, daß der Motor läuft. Ist der Motor dann angesprungen, benötige ich den Anlasser nicht mehr. Jetzt muß ich Gas geben, damit Treibstoff nachfließt. Gasgeben ist aufrechterhaltende Bedingung dafür, daß der Motor läuft. Im Bereich menschlichen Verhaltens und Erlebens ist es ähnlich; wenn auch weitaus komplizierter. Die Bedingungen, die dazu geführt haben, daß ein Problem entsteht, sind meist andere, als die Bedingungen, die dafür sorgen, daß ein Problem auch weiterhin bestehen bleibt. Statt also in der Vergangenheit die Lösung für das anstehende Problem zu suchen, schaue ich nach, was das Kind, die Eltern, die Schule oder sonstige Personen und Institutionen dazu tun, daß das Problem auch bestehen bleibt. Ziel des diagnostischen Vorgehens ist es diesem Schema zufolge, herauszufinden, in welchem Schwergewicht die drei genannten Bedingungsfelder an der Aufrechterhaltung des Problems beteiligt sind. Die Erfahrung zeigt, daß es meist nie nur ein Bedingungsfeld allein ist, welches die Aufrechterhaltung des Problems bewirkt. Wenn eine Entscheidung über die Gewichtsverteilung gefunden ist, so ergibt sich daraus auch, in welchem der drei Bedingungsfelder vor allem die therapeutischen Maßnahmen anzusetzen sind.“

Die auslösenden Bedingungen liegen in der Vergangenheit und sind nicht eigentlich Gegenstand der Diagnostik. Sie sind für den Diagnostiker lediglich hilfreich, zu einem Verständnis der vorgefundenen Entwicklung zu kommen. Sie können ihm über die Verarbeitung der Krisensituationen wichtige Hinweise auf heute noch wirksame Muster geben.

Die aufrechterhaltenden Bedingungen sind diejenigen, die zum Zeitpunkt der Befunderhebung das Problemverhalten im Gange halten. Ziel der Klienten (Auftraggeber, Kind, Eltern, Familie, Schule o. ä.) ist es nämlich, diese Bedingungen so zu ändern, daß das Problemverhalten verschwindet und daß stattdessen ein anderes, im System der Auftraggeber angemessenes Verhalten auftritt. Im folgenden will ich die drei Bedingungsfelder im einzelnen kurz beschreiben:

#### 4.1. Organische Voraussetzungen

Damit ist gemeint, daß der vorgestellte Klient von seinen organischen Voraussetzungen her gesund ist und in allen Sinnes- und Bewegungsmodalitäten (Eingabe- und Ausgabebereich) intakt ist. Ist er das nämlich nicht, so besteht die Gefahr, daß Reize nicht in der gewohnten Weise verarbeitet werden, d.h. daß möglicherweise zwischen Eingabe und Ausgabe andere Prozesse ablaufen als normal, so daß ein fremdartiges, nicht ohne weiteres einfühlbares Verhalten die Folge ist. Als Beispiel sind Hirnfunktionsstörungen zu nennen, die z.B. zu einer inadäquaten Wahrnehmung führen oder Störungen in der Ausgabe (Motorik, Sprache) zur Folge haben (Autismus, MCD usw.). Auch die intellektuelle Kapazität ist im weitesten Sinne zu den organischen Voraussetzungen zu zählen.

#### 4.2. Kommunikationsmuster der verschiedenen Umweltsysteme

Damit ist gemeint, daß die Regeln und Muster der den Klienten umgebenden Systeme *ihren* Beitrag zur Aufrechterhaltung des Problemverhaltens leisten, meistens dadurch, daß das Problemverhalten in einem dieser Systeme funktional ist. Ein solches System zeichnet sich häufig dadurch aus, daß die Kommunikation, besonders die Gefühlskommunikation, nicht offen ist und daß die Muster und Regeln wenig Toleranz gegenüber andersartigen Mustern aufweisen. Dadurch z.B. ist ein solches System dann nicht in der Lage, auf vorhandene organische Defekte mit Hilfsmaßnahmen und Unterstützung zu reagieren, sondern eher mit Ausstoßungstendenzen. Diese Muster (dysfunktionale Muster) wiederum treten in Wechselwirkung mit:

#### 4.3. Innerpsychische Gegebenheiten

Damit ist gemeint, daß jedes Individuum im Laufe der Zeit Regeln und Muster internalisiert. Weiterhin baut es ein Bild über sich selbst auf, das durch die Rückmeldung, die die es umgebenden Systeme ihm geben, geprägt ist. Sieht sich ein Individuum beispielsweise über längere Dauer Ausstoßungstendenzen gegenüber, so reagiert es zwar mit verstärkten Bemühungen, Teil des Systems zu bleiben, es baut aber andererseits durch die spezifische Rückmeldung (du taugst nichts, du gehörst nicht dazu, du bist minderwertig usw.) ein Selbstbild auf, das durch einen Mangel an Selbstwertgefühl geprägt ist. Andere Beispiele sind möglich.

Beim Beispiel des organisch defekten Kindes heißt das, daß wir neben den Hirnfunktionsstörungen häufig ein ausgesprochen niedriges Selbstwertgefühl vorfinden, so daß nicht eindeutig zu entscheiden ist, ob das gegebene Problemverhalten Ausdruck des organischen Defektes oder eher Ausdruck des niedrigen Selbstwertgefühls und damit einhergehend Mutlosigkeit, Tollpatschigkeit und mißerfolgsorientierte Motivierung ist.

Da in den seltensten Fällen nur in einem der drei genannten Bedingungsfelder Störungen vorliegen, ist die für den Diagnostiker/Therapeut, der ja eine Therapieentscheidung fällen will, wichtige Frage die, mit welchem Schwergewicht diese drei Bedingungsfelder an der Aufrechterhaltung des Problemverhaltens beteiligt sind. Diese Frage ist in der Regel

nie ganz eindeutig zu klären, zumal ja alle drei Bereiche in Wechselwirkung miteinander stehen. Oft sind es sogar die spezifischen Wechselwirkungen selbst, die zur Aufrechterhaltung des Problemverhaltens führen. Dazu kommt dann noch die nur andeutungsweise aufgezeigte Wechselwirkung verschiedener Kommunikationssysteme untereinander, wie z.B. Elternhaus und Schule miteinander kommunizieren. Ein sonst unproblematischer Schüler könnte zum Beispiel durch Kommunikationsprobleme zwischen seinen Eltern und seinem Lehrer zum Gegenstand der Auseinandersetzung dieser beiden Gruppen werden. Dadurch würde er alsbald mit Problemen reagieren, die aber nur Ausdruck der Spannungen zwischen Eltern und Lehrer sind. Für den Diagnostiker sehr wichtig ist die Tatsache, daß er selbst durch seine Aufgabe und durch seine Tätigkeit Teil eines neuen Systems, des sogenannten diagnostischen bzw. therapeutischen Systems, wird. Beschränkt er sich mit seiner Diagnostik auf den Problemträger allein, so besteht das diagnostische System aus dem Diagnostiker und dem Problemträger. In diesem System könnte es vorkommen, daß der Problemträger aufgrund der durch den Diagnostiker realisierten Bedingungen seine Problemverhaltensweisen nicht zeigt, so daß der Diagnostiker keine aufrechterhaltenden Bedingungen finden kann. Der Diagnostiker würde den Problemträger als normal oder problemlos klassifizieren. Trotzdem wird der Problemträger in anderen Systemen mit Problemverhalten reagieren.

Schlußfolgerung daraus ist, daß der Diagnostiker bemüht sein sollte, Einblick in so viele Bezugssysteme des Problemträgers wie möglich zu nehmen. Nur dann kann er vergleichen und die wirksamen von den unwirksamen Bedingungen trennen.

Weiterhin ist es wichtig, daß er durch „Anschluß“ (englisch: joining) ein Teil des jeweiligen Systems wird und so dessen Muster durch eigenes Miterleben erfahren kann. Stellt er sich außerhalb und bewertet er sofort von seinem eigenen System her, werden ihm die wesentlichen Eigenarten und Muster des aufrechterhaltenden Systems verschlossen bleiben.

### 5. Konkrete diagnostische Schritte

#### 5.1. Fragebogenauswertung

Die Diagnostik beginnt in unserem Institut mit der Durchsicht der Anmeldebögen, in denen die Eltern Angaben über die frühkindliche Entwicklung und über Art und Zahl der Probleme machen. Durch diese Angaben werden bestimmte Hypothesen über die Art der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen formuliert. Diese Hypothesen werden dann in den folgenden Diagnoseschritten überprüft.

#### 5.2. Anamnesegespräch

Der nächste Diagnoseschritt ist in der Regel das Anamnesegespräch mit beiden (wenn vorhanden) Elternteilen. Dieses Gespräch hat vier wesentliche Funktionen:

##### 5.2.1. Beziehung aufbauen

Es dient ganz wesentlich dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Eltern und Diagnostiker/Therapeut.

Alle anderen Funktionen sind demgegenüber nachrangig, denn ohne eine vertrauensvolle Beziehung ist keine Therapie möglich. Der Diagnostiker/Therapeut schließt sich also den Eltern an. Er hört zu. Er zeigt Verständnis. Er stimuliert verbal und nichtverbal. Er enthält sich bewertender Äußerungen.

### 5.2.2. Informationen sammeln

Das Anamnesegespräch dient weiterhin dazu, Informationen über auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen zu sammeln. Dies geschieht zum einen dadurch, daß der Diagnostiker/Therapeut durch konkrete Fragen Antworten der Eltern provoziert. Er fragt zum Beispiel die folgenden Bereiche ab:

- Familienkrisen (siehe Punkt 3)
- Beginn der Problematik
- Am Problem beteiligte Personen
- Bisherige Lösungsversuche und deren Erfolg
- Abklärung der organischen Grundlagen (z.B. medizinische Voruntersuchungen)
- Ziele und Erwartungen der Eltern.

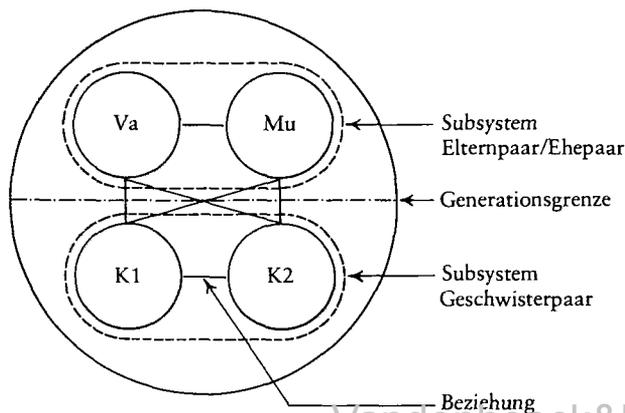
Zum anderen sammelt der Diagnostiker/Therapeut durch Beobachtung und Mitempfinden Informationen über die Muster des familiären Subsystems Elternpaar/Ehepaar. Er erfährt und erlebt, wie die Eltern mit ihm umgehen. Dadurch lernt er einige der wichtigen Regeln kennen, die im elterlichen/ehelichen Subsystem von Bedeutung sind. Er erfährt zum Beispiel, über welche Inhalte gesprochen werden darf und welche tabu sind. Er erfährt auch, ob unterschiedliche Auffassungen und Gefühle akzeptiert werden oder ob sie verschwiegen werden usw.

### 5.2.3. Hypothesen bilden

Aufgrund der erhaltenen Informationen bildet der Therapeut erste Hypothesen über die Kommunikationsstruktur der Familie und über die Prinzipien der Lösungsversuche. Aus den Hypothesen leitet er weitere Fragen zu deren Absicherung ab.

Er baut die Informationen in ein internes Kommunikationsschema ein.

- Beziehung zwischen den Elementen
- Kommunikationsregeln
- soziale Normen
- Strategien der Krisenbewältigung
- offene versus verdeckte Gefühlskommunikation



- Funktion des Problems für die gesamte Familie (welche Vorteile ziehen IP (identifizierter Patient) bzw. Familie aus der Existenz des Problems)

Dieser Prozeß der Hypothesenbildung wird für die Eltern nicht direkt sichtbar. Er spielt sich während des Gesprächs im Kopf des Diagnostikers/Therapeuten ab und seine Ergebnisse fließen in die weiteren Fragen ein.

### 5.2.4. Informationen geben und Therapiemotivation herstellen

Der Diagnostiker/Therapeut gibt (teilweise) Informationen über seinen bisherigen Kenntnisstand. Er informiert über das weitere Vorgehen. Der Diagnostiker/Therapeut baut ein Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und sich auf. Er definiert durch seine Informationen und sein Verhalten seine Rolle als Experte für die Bearbeitung des Problems. Das heißt nicht, daß er einen unangebrachten Zweckoptimismus verbreitet. Vielmehr vermittelt er den Eltern, daß er Schritt für Schritt und sachlich an das Problem herangeht.

Dadurch verhilft er den Eltern zu angemessenen Erwartungen an die Therapie. Durch die Art und Weise, wie er die Informationen vermittelt, gibt er den Eltern die Möglichkeit, Vertrauen aufzubauen. Der Diagnostiker/Therapeut stellt so die motivationale Grundlage für den weiteren Ablauf der Diagnostik und Therapie her.

Die nächsten Diagnostikschritte ergeben sich in Abhängigkeit von den bis hierher aufgestellten Hypothesen. Sie lassen sich als eine Art Suchprozedur beschreiben.

### 5.3. Einzeldiagnostik des Problemkindes

Durch die Einzeldiagnostik des Kindes wird festgestellt, welche aufrechterhaltenden Bedingungen von organischer sowie innerpsychischer Seite des Kindes gegeben sind.

#### 5.3.1. Hirnfunktionsdiagnostik

Bei Verdacht auf Hirnfunktions-, Sinnes- oder motorische Störungen genaue Diagnose dieser Bereiche, möglicherweise zum Zwecke des Ausschlusses. Wir gehen dabei im wesentlichen nach dem neurologischen Entwicklungsmodell von Doman und Delacato vor. Andere Modelle sind möglich. Dabei ist wichtig, daß eine genaue Bewertung des Stellenwertes dieses Bereiches für die Aufrechterhaltung des Problems erfolgt. Weiterhin ist wichtig, wie die Information über ein solches Problem in die wichtigsten Bezugssysteme hineinwirkt (Elternhaus, Schule). Die Information kann zum Beispiel entlastende, aber auch belastende Funktion haben, je nachdem, welche Muster und Regeln vorherrschen. Bei Problemen im Leistungsbereich ist natürlich eine ausgiebige Leistungsdiagnostik wichtig, damit die Wechselwirkungsfunktion für die Leistungsfähigkeit deutlich wird. Ich verzichte hier auf die Nennung bestimmter Verfahren.

#### 5.3.2. Persönlichkeitsdiagnostik

Damit meine ich, daß eine Beschreibung und Analyse der vom Kind bevorzugten Kommunikationsmuster stattfindet. Dies geschieht durch Verhaltensbeobachtung, unter anderem in Situationen, in denen der Diagnostiker/Therapeut durch sein eigenes Verhalten bestimmte Kommunikations-

bedingungen herstellt, zum Beispiel Stress, Verständnis, Zuwendung, Ablehnung, Ignorieren usw. Weiterhin wird eine genaue Exploration um das Problemverhalten herum durchgeführt. Zum Beispiel welche Personen dabei eine Rolle spielen? Wie die Beziehung des Problemträgers zu diesen Personen ist? Zu welchen Zeiten das Problemverhalten auftritt? In welchen Situationen? An welchen Orten? Welche Vor- und Nachteile es dem Problemträger einbringt? usw.

#### 5.4. Familieninteraktionsanalyse

Die Familieninteraktionsanalyse wird durchgeführt, wenn die bisherigen Diagnoseschritte keine plausible Erklärung für die Aufrechterhaltung des Problems gegeben haben. Sie dient dazu, dem Diagnostiker Einblick in die Kommunikationsstruktur des wichtigsten Bezugssystems des Problemträgers zu gewähren. Hier gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

- a) Beobachtungen durch die Einwegscheibe (das System bleibt für sich.)
- b) Teilnehmende Beobachtung, indem der Diagnostiker / Therapeut mit der Familie zusammen ist und auch schon selbst in die ablaufende Kommunikation eingreift.

Aufgaben und Ziele der Familieninteraktionsanalyse sind, einen Einblick in folgende Bereiche zu bekommen:

##### 5.4.1. Die Kommunikationsstruktur der Gesamtfamilie

- Kommunikationsregeln
- Verhaltensnormen
- Sicherheit versus Unsicherheit
- Kooperation versus Wettbewerb
- Widerspruch
- Offene Aussprache versus Verheimlichung von Gefühlen
- Reaktion auf therapeutische Intervention
- Funktion des Problems für den IP
- Funktion des Problems für die übrigen Familienmitglieder (Welchen Nutzen ziehen IP und die anderen aus der Existenz des Problems.)

##### 5.4.2. Gestaltung der einzelnen Zweierbeziehungen (Art der Subsysteme und Grenzen zwischen ihnen)

- Wie gehen Vater und IP miteinander um
- Wie gehen Mutter und IP miteinander um
- Wie verhalten sich die Geschwister untereinander
- Welche Unterschiede zeigen sich in der Kommunikation der verschiedenen Subsysteme
- Welchen Einfluß hat die Gegenwart oder Abwesenheit einzelner Familienmitglieder auf die Kommunikationsmuster.

##### 5.4.3. Leidensdruck des IP

- Leidet der IP selbst an seinem Problem
- Leiden die anderen Familienmitglieder unter dem Verhalten des IP
- Wer macht wen für das Problem verantwortlich
- Wer stellt sein Leiden in den Vordergrund

##### 5.4.4. Schon latent vorhandene Möglichkeiten zur Problemveränderung

- Wer zeigt welche Lösungsansätze in seinem Verhalten
- Wie bringt er diese Lösungsansätze in die Familie hinein
- Wer unterläuft (stört) wie diese Lösungsansätze
- Welche Aktionen unternimmt die Familie, um eine Lösung zu verhindern oder unmöglich zu machen
- Wie wehrt sich die Familie (einzelne Mitglieder) gegen Lösungsvorschläge des Therapeuten

##### 5.5. Interaktionsbeobachtung in anderen Systemen

Die Interaktionsbeobachtung in anderen Systemen (Schule, Kindergarten, Spielplatz, Freizeitgruppe u. a. m.) wird dann durchgeführt, wenn die bisherigen Diagnoseschritte zu keiner plausiblen Erklärung für die Aufrechterhaltung des Problems geführt haben. Die Aufgaben und Ziele der Interaktionsbeobachtung in anderen Systemen sind die gleichen wie für die Familieninteraktionsbeobachtung.

Da die Interaktionsbeobachtung in der natürlichen Umgebung des Kindes stattfindet, sollte das Kind den Beobachter nicht kennen, damit es unbefangen seine möglicherweise problemträchtigen Verhaltensweisen zeigen kann.

Für Gespräche mit Personen dieser anderen Systeme (Lehrer, Kindergärtnerinnen usw.) gelten die gleichen Regeln wie für das Anamnesegespräch mit den Eltern.

## 6. Abschlußbemerkung

Sollten sich in keinem der bisher genannten Systeme aufrechterhaltende Bedingungen für das Problem finden lassen, so stellt sich die Frage, welche Funktion das Aufsuchen des Diplom-Psychologen möglicherweise für die Eltern oder die die Eltern beratende Institution haben könnte. Das Problem könnte ja zum Beispiel auch darin bestehen, daß Eltern einfach falsch über bestimmte Entwicklungsschritte eines Kindes informiert sind und deshalb unangemessene Erwartungen haben.

Sind alle notwendigen Diagnoseschritte durchlaufen, so wird ein Therapievorschlag ausgearbeitet. Dieser soll so geartet sein, daß die Maßnahmen in den Bedingungsfeldern stattfinden, in denen die problemaufrechterhaltenden Bedingungen liegen. Der Therapievorschlag wird mit den Eltern und dem IP besprochen, und es wird gemeinsam eine Therapieentscheidung gefällt.

## Summary

*A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics*

Introduced is a model based on systemic and communicational aspects of psychological problems, which permits proceeding from information obtained in diagnostics to decisions on therapeutic measures. The main purpose of this model is to aid the therapist in discussing the decision-making process with parents and problem children in language they can comprehend. The decisions arrived at in the frame-

work of this model can be explained in a logical and understandable manner.

Finally, possibilities for concrete diagnostic procedures are pointed out, which have been tested at the "Institut für Kinderpsychotherapie und Elternt raining" (Institute for Child Psychotherapy and Parent Training) in Kiel and have proved to be helpful.

### Literatur

*Delacato, C. H.*: Diagnose und Behandlung der Sprach- und Lesestörungen. Freiburg 1970. – *Doman, G.*: What to do about your brain-injured Child. Garden City, New York 1974. – *von Dongen, T.*: Familienbeziehungen: Modelle, Diagnostik und Veränderungsmöglichkeiten, unveröff. Diplomarbeit, Kiel 1978. – *Haley, J.*: Direktive Familientherapie, München 1977. – *Ders.*: Gemeinsamer Nenner Interaktion, München 1978. – *Jaeggi, E.*: Die Sprache der Unterschicht in der Psychotherapie. Partnerberatung, 14. Jahrgang 1977, Heft 2. – *Kanfer, F. H.* u. *Saslow, G.*: Behavioral diagnosis. New York 1969, Dt. In: *Schulte, D.* (Hrsg.), Diagnostik der Verhaltenstherapie. München 1974, S. 24–59. – *Leistikow, J.*: Ein Modell zur Integration unterschiedlicher Methoden in der psychotherapeutischen Praxis. Unveröffentl. 1978. – *Ders.*: Möglichkeiten und

Grenzen der Familientherapie. In: *Schmidtchen, S.* und *Baumgärtel, F.*: Methoden der Kinderpsychotherapie – Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendung. Stuttgart 1980. – *Ders.*: Kinderpsychotherapie in der Praxis. Veröffentl. geplant, voraussichtlich 1981. – *Mandel, K.* und *Mandel, A.*: Einübung der Liebesfähigkeit. München 1975. – *Mandel, K.* und *Mandel, A.*: Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. In: *Mandel, A.*, *Mandel, K.*, *Stadter, E.* und *Zimmer, D.*: Einübung in Partnerschaft, München 1976. – *Minuchin, S.*: Familie und Familientherapie. Freiburg 1977. – *Satir, V.*: Selbstwert und Kommunikation. München 1975. – *Ders.*: Familienbehandlung. Freiburg 1977. – *Schulz v. Thun, F.*: Psychologische Vorgänge in der zwischenmenschlichen Kommunikation. In: *Fittkau, B.*, *Müller-Wolf, H. M.* und *Schulz v. Thun, F.* (Hrsg.), Kommunizieren lernen und umlernen. Braunschweig 1977. – *Selvini-Palazzoli, M.*, *Boscolo, L.*, *Cecchin, G.* und *Prata, G.*: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart 1977. – *Watzlawick, P.*, *Beavin, J.* und *Jackson, D.*: Menschliche Kommunikation. Bern 1969. – *Watzlawick, P.*, *Weakland, J. H.* und *Fisch, R.*: Lösungen. Bern 1974. – *Watzlawick, P.*: Verwendung der „Sprache“ des Patienten. Partnerberatung, 14. Jahrgang 1977, Heft 2.

Anshr. d. Verf.: Dr. rer. nat. Jürgen Leistikow, Esmarchstr. 21, 2300 Kiel.