

Cierpa, Manfred und Frevert, Gabriele

Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 7, S. 250-260

urn:nbn:de:bsz-psydok-38468

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

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach)	23
--	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--	--

trolliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenile Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung . .	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten . .	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie . .	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy . .	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext . .	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse .	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft .	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie . .	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte . .	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe . .	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz*

Manfred Cierpka¹ und Gabriele Frevert²

Zusammenfassung

Die Forschung über die Entscheidungsprozesse, welches Problem des Patienten oder welche interpersonale Konfliktkonstellation zur Indikationsstellung einer Familientherapie führt, hinkt hinter der klinischen Realität hinterher. Die klinischen Indikationsentscheidungen zur Familientherapie/-beratung bedürfen der empirischen Untermauerung, um zu einer genaueren Kenntnis der Kriterien zu kommen, wann an ein bestimmtes familientherapeutisches Verfahren gedacht werden und ein bestimmtes Setting zur Anwendung kommen soll. Die differentielle wird durch die adaptive Indikationsstellung ergänzt insofern, als die Interaktion zwischen dem Therapeuten- und dem Familiensystem die differentielle Indikationsstellung um den prozeßhaften Charakter erweitert. In unserer Studie über die Entscheidungsprozesse in einer psychotherapeutischen Ambulanz konnten wir an einer Stichprobe ($n = 67$) zeigen, daß eine bestimmte Auswahl von Behandlungsformen in der diagnostischen Phase getroffen wird. Sowohl die Art der Behandlung, ob Einzel- oder Familientherapie als auch die Art der Durchführung, entweder allein, kombiniert oder sequentiell, hängt von Parametern des Patienten oder der Familie ab. Schon die Anmeldeform, also ob sich eine Familie als Familie zur Behandlung meldet oder ein Patient für sich allein, scheint für den Therapieversuch und die nachfolgende Therapievereinbarung bahrend zu sein.

In den letzten Jahren hat sich die Familientherapie als psychotherapeutische Methode im Spektrum der Verfahren fest etabliert. Nicht nur an fast allen Beratungsstellen, auch in psychotherapeutischen Praxen und an Universitätsambulanzen hat die Familientherapie in der differentiellen Diskussion der Therapiemodalitäten an Wert gewonnen. Es ist davon auszugehen, daß die Indikation für eine Familientherapie in der heutigen Generation der Psychotherapeuten wesentlich häufiger gestellt wird als früher.

* Aus der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Kächele).

¹ Schwerpunkt Familientherapie in der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen.

² Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm.

1 Äußere von klinischen Überlegungen weitgehend unabhängige Motive bei der Indikationsstellung

Bei der Indikationsstellung für eine psychotherapeutische Behandlung werden sowohl klinische Überlegungen als auch davon unabhängige Parameter handlungsleitend. Für die Entscheidung der Therapeuten sind nicht nur rationale, sondern darüber hinaus eine Reihe von anderen Gründen maßgebend, ob ein Patient eine Therapie erhält oder nicht. SANDER (1985) führt historische, kulturelle und ökonomische Gründe an, die verstärkt dazu beitragen, daß auf familientherapeutische Methoden zurückgegriffen wird.

(a) *historische Gründe:* Als Dora von ihrem Vater bei FREUD zur Konsultation vorgestellt wurde, bezog FREUD bei den Überlegungen zur Symptomenentstehung die familiären Beziehungen als kausal-genetisch wirksame Faktoren mit ein, die Behandlung der Familie wäre damals jedoch noch undenkbar gewesen. Erst als die Behandlung der gesamten Familie als Familientherapie 50 Jahre später legitimiert war, konnte eine derartige Entscheidung getroffen werden. ELLENBERGER (1970) wies darauf hin, daß eine Therapieform erst dann wirklich wirksam werden kann, wenn sie in der Gesellschaft und von den Therapeuten dieser Gesellschaft als adäquate Methode anerkannt ist.

(b) *wirtschaftliche Gründe:* Auch wirtschaftliche Faktoren spielen eine große Rolle. So lange die Familientherapie im Abrechnungsverfahren über keine Gebührensätze verfügt, werden individuelle Ansätze bevorzugt. Die Mühe, die es kostet, mit Krankenkassen zu Vereinbarungen zu kommen, die die Erstattung der Rechnungen garantieren, schreckt meist schon ab. In Beratungsstellen hingegen wird Familientherapie oft angewandt, denn dort spielt die Abrechnungsfrage eine wesentlich geringere Rolle.

(c) *nicht beachtete Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen:* Als weitere mehr oder weniger bewußte Momente spielen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen eine Rolle. So gibt es Gründe, warum ein einzelner Patient oftmals ein Paargespräch vermeiden möchte oder auch bevorzugt. Wir können beobachten, daß Patienten, die sich in einer Trennungs- oder Scheidungskrise nicht trennen wollen, eher die Paartherapie wählen, während Partner, die sich eher scheiden lassen möchten, bevorzugt auf die Einzeltherapie zurückgreifen. GURMAN und KNISKERN (1978) wiesen darauf hin, daß die Wahl der Thera-

piemethode auch mit dem Erfolg korreliert. Patienten, die wegen ihrer Eheprobleme in die Einzeltherapie kommen, trennen sich häufiger und betrachten dies dann als Therapieerfolg. Patienten, die wegen ihrer Partnerschaftskrisen nach einer Paarbehandlung fragen, betrachten eine Trennung häufiger als therapeutischen Mißerfolg. Schließlich spielen auch Gegenübertragungsgefühle beim Therapeuten eine Rolle, die manchmal auch mit seinen eigenen Konflikten in der Herkunftsfamilie zusammenhängen. Anzunehmen ist auch, daß die Entscheidung, welches Therapieverfahren man wählt, auf ‚arbeitshygienische‘ Gründe zurückzuführen ist. Wenn man zum Beispiel einen Patienten als sehr anstrengend erlebt, kann die Überlegung aufkommen, daß man sich „die Familie des Patienten nicht auch noch antun möchte, wenn schon der Patient so anstrengend ist“.

(d) *institutionelle Gründe*: Außerdem müssen institutionelle Momente als Kriterien bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden. Die Selektionsprozesse beim Aufsuchen der Therapeuten durch die Patienten spielen eine große Rolle. Vom Gesetzgeber ist intendiert, daß sich Patienten mit Beziehungsproblemen in Lebenskrisen im allgemeinen an die Beratungsstellen wenden sollten. Patienten mit psychoneurotischen oder psychosomatischen Symptombildungen werden eher von den niedergelassenen Kollegen oder an den Universitätsambulanzen behandelt.

2 Klinische Indikationskriterien in der Familientherapie

Die Psychotherapeuten stimmen darin überein, daß eine Familientherapie vor allem dann indiziert ist, wenn das präsentierte Problem eines Patienten/Klienten als interpersonales Problem definiert werden kann und die Familienmitglieder motiviert werden können, dieses Problem auch als gemeinsames zu sehen. Als empirisch gesichert gilt dementsprechend, daß Familientherapie im Hinblick auf die Veränderung der individuellen Symptomatik fast ebenso erfolgreich ist wie andere einzeltherapeutische Behandlungsformen (insbesondere Verhaltenstherapie), bei Veränderungen von innerfamiliären Beziehungsproblemen jedoch erfolgreicher (Grawe et al. 1994). Bei neurotischen, psychosomatischen, psychotischen Krankheitsbildern ist der Anteil der Beziehungsprobleme maßgebend für den Erfolg der Familientherapie. Konsequenterweise verspricht man sich gegenüber der Einzeltherapie in der Familientherapie dann bessere Ergebnisse, wenn die familiäre Problematik im interpersonalen Beziehungsfeld überwiegt.

Die klinische Indikationsentscheidung zur Familientherapie/-beratung kann aus der Perspektive der Therapeuten und aus der Perspektive der Familie auf der Basis unterschiedlicher Einflußfaktoren getroffen werden (vgl. Cierpka 1995):

Aus der Perspektive der Therapeuten spielen die folgenden Überlegungen eine Rolle:

- Der Therapeut nimmt an, daß die Symptome des Patienten Manifestationen von Familienproblemen/interpersonellen Schwierigkeiten/Systemdysfunktionalitäten der Familie darstellen.
- Der Patient ist meistens ein Kind oder ein Jugendlicher. Die Therapeuten erachten die unterstützende Funktion der Familie für Veränderungen im Verhalten, in den Beziehungen, und im Leben des Patienten für notwendig (z. B. Ablösung von Zuhause, Berufswechsel, Wegzug vom Wohnort).
- Die Familie befindet sich in einer aktuellen Krise, die alle Mitglieder betrifft. Der Therapeut arbeitet entsprechend mit der gesamten Familie.
- Mehrere Familienmitglieder weisen Störungen auf bzw. berichten über Probleme (Multiproblemfamilien). Statt mehrerer Einzelbehandlungen ist eine Behandlung der Familie indiziert.
- Die Familientherapie/-beratung übernimmt Unterstützungsfunktion bei anderweitig durchgeführten (psycho)therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel bei einer stationär psychotherapeutischen Behandlung (Reich u. Rüger 1994; aber auch z. B. bei medizinischen Eingriffen) bei einem Familienmitglied.
- Die Familientherapie/-beratung soll eine andere psychotherapeutische Maßnahme vorbereiten (z. B. zu einer Suchtbehandlung motivieren).
- Die Familie mißtraut der Einzelbehandlung des Patienten und mischt sich ständig ein. Dann ist es manchmal besser, die ganze Familie temporär zur Behandlung dazu zu bitten, um die Unsicherheiten und die Ängste zu besprechen. Meistens gelingt es dem Therapeuten in solchen Fällen das Einzelsetting aufrechtzuerhalten, selten muß die Behandlung in eine Familientherapie umgewandelt werden.

Für die Familie können die folgenden Faktoren eine Rolle spielen:

- Die Familie selbst definiert ihr Problem als Familienproblem und möchte an den Familienbeziehungen arbeiten.
- Das Problem, die Störung, das Symptom eines Familienmitglieds hat Auswirkungen auf die Interaktion und das Zusammenleben in der Familie. Die Familie sucht Rat.
- Der Patient wünscht eine Therapie/Beratung zusammen mit der Familie, um seine Probleme in der Familie zu klären.
- Eine Familientherapie/-beratung wird nach einer anderen psychotherapeutischen Maßnahme bei einem Familienmitglied gewünscht, um mit den therapeutisch induzierten Veränderungen in der Familie zurechtzukommen.

In einer eigenen Pilot-Studie (Zander et al. 1995) konnten wir bestätigen, daß diese Kriterien für den Indikationsprozeß maßgebend sind. Am häufigsten wurden als Indikationsgrund für die Familientherapie von den Therapeuten Manifestationen dysfunktionaler Interaktionssequenzen und Beziehungsmuster genannt, genauso häufig war aber auch die Einschätzung der Therapeuten, daß die Familie ihre Probleme als Familienproblem sieht. Alle anderen Gründe spielten auch eine Rolle, wurden jedoch seltener als ausschlaggebend für die Entscheidung zur Familientherapie angegeben.

Clarkin et al. (1979) haben ein Stufenmodell vorgeschlagen, das bei der Indikationsfrage zur Familientherapie eine Rolle spielt. Die Stufe 1 stellt dabei die Entscheidung zu einem Familiengespräch dar, das immer einer

Therapie vorausgeht. Familiengespräche können aber auch allein zur diagnostischen Evaluation der Stärken und Schwächen in einer Familie eingesetzt werden, um zum Beispiel abschätzen zu können, ob familiäre Faktoren bei der Ätiopathogenese einer schweren psychiatrischen Erkrankung des Indexpatienten (IP) beteiligt sind. In der Stufe 2 wird die Familientherapie im Vergleich zu anderen Methoden als indiziert angesehen (differentielle Indikation). In der 3. Stufe wird die Intensität und Dauer der Familientherapie festgelegt. In der 4. Stufe muß man sich Gedanken über den spezifischen Interventionsansatz machen. Hier gilt es zu entscheiden, welche spezifische Methode aus dem Spektrum der familientherapeutischen Verfahren indiziert ist.

Wir selbst empfehlen die Klärung von folgenden Fragen nach einem Familienerstgespräch, die für eine Indikationsentscheidung wichtig sind:

- Lokalisierung des gegenwärtigen Problems: Ist das Problem hauptsächlich in zwischenmenschlichen Systemen, in der Gesamtfamilie oder in Teilen davon, außerhalb der Familie oder in einem Menschen begründet, dessen Schwierigkeiten auch unabhängig von der Familiensituation bestehen würden? Dies führt zur Frage nach dem Setting der Behandlung.
- Kann das Problem unmittelbar im Zusammenhang mit einer dysfunktionalen Beziehungsdynamik gesehen werden oder handelt es sich um rigide, dysfunktionale Interaktionssequenzen, die sich relativ unabhängig vom Symptom- Kontext des IP verselbständigen haben? Dies führt zur Frage nach der Methode der Behandlung.
- Besteht die Indikation für kombinierte oder sequentielle Therapiemodalitäten?
- Welche Kräfte und Schwächen in der Familie müssen wir berücksichtigen, die eine mögliche Behandlungsweise im Hinblick auf die zu einem bestimmten Zeitpunkt direkt einbezogenen Personen fördern oder modifizieren?

3 Empirische Untersuchungen zur Indikationsfrage in der Familientherapie

Die Forschung über die Entscheidungsprozesse, welches Problem des Patienten oder welche interpersonale Konfliktkonstellation zur Indikationsstellung einer Familientherapie führt, hinkt hinter der klinischen Realität hinterher. Die Frage nach der Indikation für eine familientherapeutische Intervention setzt jedoch eine genaue Kenntnis der Kriterien voraus, bei deren Vorhandensein an ein bestimmtes therapeutisches Verfahren gedacht werden und ein bestimmtes Setting zur Anwendung kommen soll. Wesentlich ist dabei, daß sich bei diesen Kriterien – sofern sie eine rationale und sinnvolle Indikationsentscheidung begründen sollen – um mehrdimensionale Kriterien handeln muß, da die Entscheidung für oder gegen die Anwendung einer bestimmten Interventionsform von unterschiedlichen Informationsquellen abzuleiten ist.

PAUL (1967) unterscheidet fünf Gruppen unabhängiger Variablen, die sich auf jede Therapie auswirken können, und die grundsätzlich für eine *differentielle* Indikationsstellung relevant sind: Behandlungsvariablen, Therapeutenvariablen, Patientenvariablen, Störungsvariablen, Randbedingungen. Bei der Frage der Patientenvariablen untersucht man z.B. den Einfluß der Patienten auf die Indikationsentscheidung. Man fragt nach den Persönlichkeitsvariablen, den Diagnosen, den Konflikten, um nach Zusammenhängen mit der Indikationsentscheidung zu suchen. Diese Untersuchungen entsprechen jedoch nicht unbedingt der Indikationspraxis, da die Indikation in der Praxis oftmals nicht differentiell erfolgt. Der ‚fit‘ zwischen dem Therapeuten und Patienten- bzw. Familiensystem spielt in der Entscheidungsfindung eine gewichtige Rolle. Das Konzept der adaptiven Indikationsstellungen (vgl. BAUMANN et al. 1978; BAUMANN 1981; BAUMANN u. VON WEDEL 1981) berücksichtigt eher das dynamische Beziehungsverhältnis in der diagnostischen Phase zwischen Patient bzw. Familie und Therapeut. Nach diesen Autoren kann adaptive Indikation in der Familientherapie verstanden werden als

- Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Bedingungen der jeweiligen Familie;
- Auswahl therapeutischer Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung bestimmter Variablen: Merkmale der Behandlung, der Therapeuten, der Familie, des Kontexts;
- Entscheidungen, die fortlaufend im Therapieprozeß erfolgen; Interaktionen in der Therapie schlechthin.

Die differentielle und die adaptive Indikationsstellung widersprechen sich keinesfalls, sie ergänzen sich eher insofern, als die Interaktion zwischen Therapeut und Patient bzw. zwischen dem Therapeuten- und dem Familiensystem die differentielle Indikationsstellung um den prozeßhaften Charakter erweitert. Gerade für die adaptive Indikationsstellung sind die Erfahrungen aus der Praxis äußerst wertvoll, um an das von den Therapeuten intuitiv angewandte Wissen bei der Indikationsstellung heranzukommen.

BUDEBERG-FISCHER (1991) berichtet über typische Kombinationsmuster von Patient und Familie in einer jugendpsychiatrisch-familientherapeutischen Praxis. Über einen 5jährigen Beobachtungszeitraum konnte sie 5 unterschiedliche Therapiesettings erkennen: Reine Familientherapie bzw. Einzeltherapie, Einzeltherapie mit gelegentlichen Familiengesprächen, Familientherapie mit nachfolgender Einzeltherapie und Mutter-Kind-Therapie. Entsprechend konnte sie in ihrer adaptiven Indikationsstellung einen zweidimensionalen theoretischen Bezugsrahmen für ihre Therapiemodalitäten identifizieren. Zum einen arbeitete sie analytisch-intrapsychisch in Einzelgesprächen und zum anderen systemisch-interpersonell im Mehrpersonensetting. Sie fand heraus, daß die Art der Therapiekombination vom Alter des Kindes oder Jugendlichen, von der Konfliktkonstellation, von der psychischen oder psychosomatischen Symptomatik und von der familiären oder individuellen Abwehr abhängig ist. Nur die Jugendlichen im Alter von 16–19 Jahren mit adoleszenten Krisen wurden einzeltherapeutisch behandelt. Bei 22 Patienten (von insgesamt 66 Patienten) wurde zunächst das Erstinterview als Familiengespräch konzi-

piert, anschließend fand eine Einzeltherapie mit gelegentlichen Familiengesprächen statt. Diese Patienten waren meist zwischen 4 und 10 Jahren alt und wiesen typische jugendpsychiatrische Symptome auf. 22,7% wurden im Rahmen eines sequentiellen Settings behandelt, zunächst Familientherapie, dann Einzeltherapie. Das Alter dieser Patienten lag im Durchschnitt bei 13 Jahren (Bereich 8–17 Jahre). Allein 8 der Patientinnen litten unter Anorexia nervosa, 2 an einer schweren Zwangssymptomatik, die übrigen 5 unter verschiedenen psychosomatischen Störungen.

BOMMERT et al. (1990) gelang es, über eine faktorenanalytische Strukturierung ihrer Daten, die sie über eine Fragebogenerhebung bei Psychotherapeuten gewannen, zu vier verschiedenen Komponenten bei der Indikationsstellung für eine Familientherapie zu gelangen. Diese bezeichneten sie als zentrale Beurteilungsdimensionen, die von den Therapeuten angegeben wurden. Für indiziert hielten die Experten eine Familientherapie, wenn Interaktionsstörungen in der Familie vorliegen, die Widerstände des Systems gegen eine gemeinsame Behandlung relativ gering sind, wenn Störungen in Subsystemen, z.B. Partnerschaftsprobleme vorliegen und wenn eine relativ offene Bereitschaft der Familie zur gemeinsamen Behandlung besteht. Dieser Katalog von Indikationskriterien hat den Vorteil, daß er schulübergreifend formuliert werden konnte. Die Autoren erfaßten den Ist-Zustand des therapeutischen Vorgehens mittels einer postalischen Fragebogenerhebung bei den Experten. HENNING (1989) wählte den Weg der mündlichen Befragung. Mit beiden methodischen Vorgehensweisen erhält man nur die Daten über die intendierten Handlungsstrategien, nicht unbedingt Daten über das, was tatsächlich in der diagnostischen Phase gemacht wurde. Um diese Diskrepanz zu mildern, ließen BOMMERT et al. zusätzlich ein fiktives Fallbeispiel in Expertengruppen diskutieren. Die Autoren weisen jedoch auf die Schwierigkeit hin, daß die Diskussion eines fiktiven Beispiels nicht unbedingt die klinische Realität widerspiegeln muß.

AHLERS und WAGNER (1991) untersuchten Zusammenhänge zwischen dem Zuweisungsmodus von Familien und der Therapieaufnahme am Institut für Ehe- und Familientherapie in Wien. Die Ausgangshypothese für diese Untersuchung basierte auf dem klinischen Eindruck, daß Patienten bzw. Familien für eine Therapie besser motiviert sind, wenn sie sich selbst anmelden. In einer Vergleichsuntersuchung zwischen der Gruppe von Familien, die zum Erstgespräch kamen und einer Gruppe, die sich zwar angemeldet hatten, aber dann nicht kamen, fanden sie keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Zuweisungsmodus, also ob die Familie sich selbst angemeldet hatte oder überwiesen wurde, und der Therapieaufnahme.

4 Die Fragestellung unserer Studie

Generell erfolgt die Entscheidungsfindung in der psychotherapeutischen Erstgesprächsdiagnostik an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm auf dem Hintergrund der Überlegung, bei welchen Patienten mit einer psychischen Störung welche psychotherapeutische Maßnahme angemessen ist, und durch welchen Therapeuten in welchem Setting sie behandelt werden muß (vgl. THOMÄ u. KÄCHELE, 1985). Unsere Hauptfragestellung in der vorliegenden Studie verfolgte das Ziel, den psychotherapeutischen Versorgungsprozeß bei zwei unterschiedlichen Anmeldeformen nachzuzeichnen, die in beiden Fällen innerhalb der Phase der psychotherapeutischen Erstgespräche an einer Universitätsambulanz zu Familiengesprächen führten. Als Anmeldeform wird hier lediglich

der Wunsch der Patienten nach einem bestimmten Setting im Erstgespräch bezeichnet. Patienten wünschen sich bei der schriftlichen und/oder telefonischen Anmeldung im Sekretariat entweder, zum Erstgespräch alleine zu kommen oder sie möchten explizit zusammen mit ihrem Partner oder gar mit ihrer gesamten Familie kommen (vgl. ZANDER u. CIERPKA 1995). Wir suchten nach systematischen Tendenzen im Indikationsprozeß, für welche Patientengruppe Familiengespräche³ angeboten und dann auch von den Patientinnen und Patienten und ihren Familien angenommen wurden, und ob wir Unterschiede zwischen den beiden Anmeldeformen im Hinblick auf diese Tendenzen finden können. Nachgezeichnet wurde nur die Entscheidungsfindung für Familiengespräche, wie sie zwischen dem Therapeuten, dem Patienten und der Familie zustandekommen.

In den Jahren 1989–1991 wurde an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm insgesamt 67mal die Indikation für Familiengespräche gestellt. Dies bedeutet, daß bei rund 5% des gesamten Inanspruchnahmeklientels familiendiagnostische Gespräche angeboten wurden. Der relativ geringe Prozentsatz ist sicher auch auf die institutionellen Bedingungen einer Universitätsambulanz für Erwachsene mit vorwiegend neurotischen Störungsbildern zurückzuführen. Die Charakteristiken des gesamten Inanspruchnahmeklientels wurden von KÄCHELE et al. (1986) und HOHAGE et al. (1987) beschrieben. Auf eine nähere Darstellung können wir verzichten, weil uns lediglich der Entscheidungsprozeß innerhalb der Unterstichprobe interessiert und wir diesen Prozeß nicht mit dem der Gesamtstichprobe vergleichen müssen. In der Studie konzentrieren wir uns auf die Fragestellung, ob innerhalb der Gruppe der 67 Fälle Zusammenhänge zwischen den beiden genannten Anmeldeformen und dem Ausgang des Indikationsprozesses – Einzelsetting oder Familiensetting (als einzige Settingform, in Kombination oder sequentiell) – festzustellen sind. Die Art der Anmeldung führte zur Unterscheidung von 2 Gruppen innerhalb der Unterstichprobe: *Gruppe A: „Ich möchte allein zu den Gesprächen kommen.“*; *Gruppe B: „Ich möchte mit meiner Familie kommen.“*

Der Entscheidungsprozeß für die beiden Anmeldeformen wird in Abbildung 1 schematisch nachgezeichnet. Anzumerken ist, daß bei der überwiegenden Mehrheit des Inanspruchnahmeklientels dann der Normalfall vorliegt, wenn sowohl Patient als auch Therapeut meinen, daß das Einzelsetting die adäquate Form darstellt. Dieser übliche Ablauf wird ganz links in der Abbildung veranschaulicht. Der Ablauf ganz rechts ist relativ selten, statt des gewünschten Familiengesprächs wird ein Einzelgespräch angeboten. Für die in unserer Studie näher untersuchte Unterstichprobe lassen sich die zwei Entscheidungsbäume zeichnen, die in der Mitte der Abbildung beschrieben werden⁴.

³ Paargespräche zählten nicht als Familiengespräche.

⁴ Ein analoges Schema könnte auch für den Entscheidungsprozeß bei Paargesprächen erstellt werden.

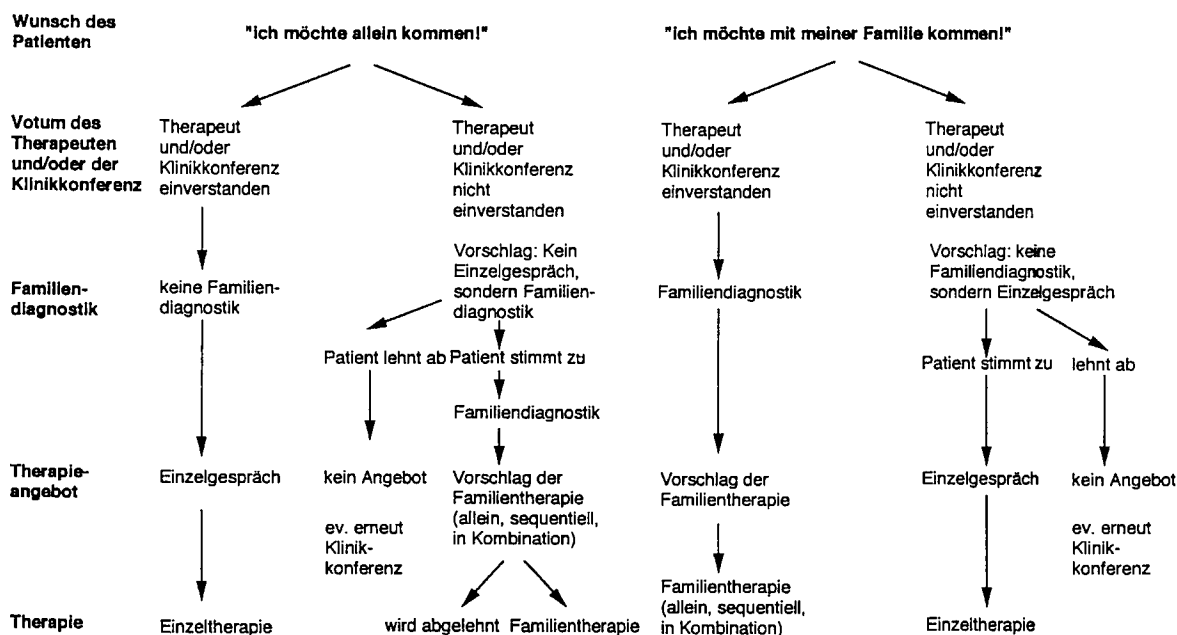


Abb. 1: Entscheidungsbaum im Indikationsprozeß

5 Methode

Wir untersuchten das konkrete Entscheidungsverhalten der Therapeuten in der Praxis, um zu Aussagen über Zusammenhänge zwischen Indikationsstellung und Anmeldeform zu kommen. Mit diesem Ansatz ist gewährleistet, daß man Daten erhält, die den diagnostischen Handlungsprozeß in praxi nachzeichnen. Die Entscheidungsfindung der Therapeuten wurde anhand der Akten von Patienten/bzw. Familien rekonstruiert. In dieser deskriptiven Analyse der Aktenaufzeichnungen wurden die Daten für jede Familie anhand der folgenden Variablen aufbereitet:

- *Patientenangaben:* Geschlecht, Alter, ICD-9-Diagnose, Ambulanz-Nr.
- *Anmeldung:* Datum des ersten Telefonkontaktes, Anmelder
- *Setting Erstgespräch:* Anmeldung zu Einzel- oder Familiengespräch, Datum, Anwesende beim Familiengespräch, Alter
- *Diagnostischer Prozeß:* Datum, Anzahl, Zeitraum diagnostischer Einzelgespräche bzw. Familiengespräche, Anwesende, Anzahl und Zeitraum der Einzelgespräche vor dem ersten Familiengespräch
- *Therapievorschlag:* Einzeltherapie, Familientherapie (als einzige Settingform, in Kombination oder sequentiell), weitere Maßnahmen
- *Therapievereinbarung:* Realisierung der empfohlenen Behandlung, Anzahl und Zeitraum therapeutischer Einzel- bzw. Familiengespräche
- *Therapieverlauf:* Anzahl, Zeitraum der Einzel- bzw. Familiengespräche
- *Indikationsprozeß:* Schematischer Ablauf des Indikationsprozesses, Bemerkungen der Therapeuten zu Indikationskriterien

Diese kategorialen und numerischen Daten dienten als Basis für die einzelnen deskriptiven und empirisch-statistischen Auswertungsschritte. Die deskriptive Analyse der

Aktenaufzeichnungen wird durch die nachfolgenden Beispiele für eine ‚Einzelanmeldung‘ und eine ‚Familienanmeldung‘ lebendig.

Ein Beispiel (Tab. 1) für die Einzelanmeldung: Eine 25jährige Patientin bittet nach der stationären Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik um einen Einzeltermin in der Psychotherapeutischen Ambulanz. Die Patientin befand sich wegen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose drei Monate in der Klinik. Nach zwei Einzelgesprächen zeigte sich, daß sie immer noch psychotisch war, sie und die Familie stimmten einer erneuten Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus zu. Nach dem stationären Aufenthalt meldete sich der Vater der Patientin, wie bereits vorher vereinbart, beim Therapeuten. Der Vater sagt beim Telefonanruf, daß sie in der Familie mit der Krankheit der Tochter nicht klarkommen würden. Er schlägt selbst vor, daß sie alle gern beim nächsten Gespräch dabei wären. Im Familienerstgespräch wurde dann eine kombinierte Therapie für indiziert erachtet. Neben der psychiatrisch medikamentösen Therapie bei einem niedergelassenen Nervenarzt kam die Familie zu 11 weiteren Gesprächen über einen Zeitraum von 7 Monaten.

Ein Beispiel (Tab. 2) für die Anmeldung einer Familie: Die Mutter eines 19jährigen Patienten meldet ihre Familie an, weil sie sich wegen der Angstzustände des Sohnes nicht mehr zu helfen wußten. Die Mutter drängt auf einen gemeinsamen, möglichst raschen Termin. Nach zwei diagnostischen Familienerstgesprächen wird mit der Familie eine Familientherapie vereinbart. Gleichzeitig sollte der jugendliche Patient an einer halboffenen Adoleszenten-gruppe teilnehmen. Nachdem in den 4 Familiengesprächen über einen Zeitraum von 6 Monaten eine Grenzziehung zwischen Mutter und Indexpatient gelang, verschwand die Symptomatik des Patienten. Die für indiziert angesehene Gruppentherapie nahm der Patient nach einem Vorgespräch beim Gruppentherapeuten nicht auf.

Tab. 1: Deskriptive Analyse einer Einzelanmeldung

Patientenangaben	Pat.Nr.XY, weiblich, 25 Jahre, paranoid-halluzinatorische Psychose (ICD-9: 295.3)
Anmeldung	01.10.87, Vater
Setting Erstgespräch	Anmeldung zum Einzelgespräch am 13.10.87
Diagnostischer Prozeß	Einzelgespräch am 21.10.87, Familiengespräch am 15.12.87 Vater (60), Mutter (58), Tochter (25, IP), Sohn (26), Sohn (18), Tochter (16), 2 Einzelgespräche in 2 Wochen
Therapievorschlag	stationäre Einweisung, Familientherapie u. psychiatrische Therapie in Kombination
Therapievereinbarung	stationäre Einweisung, Familientherapie u. psychiatrische Therapie in Kombination
Therapieverlauf	11 Familiengespräche in 7 Monaten
Indikationsprozeß/Indikationskriterien	Einzelgespräche, stationäre Einweisung, Familienerstgespräch, Familientherapie, parallel psychiatrische Einzeltherapie IP, Beratung der Familie über psychotische Erkrankung der Tochter, Verbesserung der Problemlösestrategien bei überforderten Eltern, gute Ressourcen der Geschwister

Tab. 2: Deskriptive Analyse einer Familienanmeldung

Patientenangaben	Fam.Nr.FZ, IP männlich, 19 Jahre, Hyperventilationstetanie (ICD- 9: 306.1)
Anmeldung	23.11.87, Mutter
Setting Erstgespräch	Anmeldung zum Familiengespräch am 27.11.87 Vater (46), Mutter (42), Sohn (19, IP), Tochter (13)
Diagnostischer Prozeß	Familiengespräche am 12.12.87, Vater (46), Mutter (42), Sohn (19, IP), Tochter (13)
Therapievorschlag	Familientherapie, Gruppentherapie
Therapievereinbarung	Familientherapie
Therapieverlauf	4 Familiengespräche in 6 Monaten
Indikationsprozeß/Indikationskriterien	Familienerstgespräche, Familientherapie; Harmonisierungstendenzen bei aggressiven Auseinandersetzungen in der Ablosesituation, Trennung von der Freundin, Indikation für Adoleszenzgruppe vom IP nicht wahrgenommen

6 Stichprobenbeschreibung

In der Stichprobenbeschreibung (Tab.3) sind die Daten für die Einzelanmeldung (Gruppe A) und die Familienanmeldung (Gruppe B) getrennt dargestellt. Die Verteilung der Indexpatienten auf Jugendliche oder Erwachsene ist in beiden Gruppen ungefähr gleich. Erwartungsgemäß handelt es sich bei den Indexpatienten mit großer Mehrheit um Jugendliche. Dies entspricht dem Klientel einer Erwachsenenambulanz, während sich Familien mit jüngeren Kindern in erster Linie an die entsprechenden Beratungsstellen wenden. Der hohe Anteil der Patientinnen bei der Einzelanmeldung ist überwiegend auf die Diagnose zurückzuführen. Fast ein Drittel der Patientinnen leiden an einer Eßstörung. Bei der Durchsicht der Stichprobe bekommt man somit den Eindruck, daß die Gruppe der eßgestörten Patientinnen die Charakteristiken der Stichprobe bestimmen.

Weiterhin melden sich auch Patientinnen und Patienten mit Symptomneurosen und Persönlichkeitsstörungen eher zu einem Einzelgespräch an, während Patienten mit psychischen Belastungsreaktionen bei bestehenden Beziehungsproblemen (z.B. nach der Scheidung, bei Verwitwung) häufiger in der Gruppe der Familienanmeldung anzutreffen sind. Hinter dem Etikett 'sonstige' verbergen sich Familien mit einem enuretischen oder einem verhaltensgestörten Kind. Auch hier finden wir überwiegend die Familienanmeldeform.

7 Ergebnisse

Bei 11 Patienten erfolgte nach den diagnostischen Familiengesprächen kein Therapievorschlag (4mal Anmeldeform Einzelgespräch, 7mal Anmeldeform Familiengespräch). Die Therapieempfehlungen (Tab.4) für die Gruppe der 56 verbleibenden Fälle lassen sich folgendermaßen beschreiben:

Bei der *Anmeldung zum Einzelgespräch* (Gruppe A) wurde bei 16 von 32 Patientinnen und Patienten nur ein Verfahren vorgeschlagen. Dies konnte eine Einzeltherapie, eine Familientherapie, eine stationäre Behandlung oder ein anderes Verfahren sein. Bei 7 Patienten wurde ein kombiniertes Setting empfohlen (22%). Damit ist gemeint, daß zwei oder mehrere Therapieverfahren, die zeitlich parallel durchgeführt werden sollten, als indiziert angesehen wurden (z.B. Familien- und Einzeltherapie). Bei 9 Patienten (28%) wurde ein sequentielles Setting vorgeschlagen. Diese Behandlungen sollten zeitlich versetzt durchgeführt werden; beispielsweise sollte eine ambulante Einzeltherapie nach einer stationären Therapie erfolgen.

Bei der *Anmeldung zum Familiengespräch* (Gruppe B) liegt die Häufigkeit für die Indikation nur einer Therapieform bei 33% (n = 8 von insgesamt 24). Der Anteil der sequentiellen Vorgehensweise ist gegenüber der Einzelanmeldeform größer (33%). Bei 8 von 24 Fällen sollte eine kombinierte Therapie erfolgen.

Die Zahlen der Therapievereinbarungen (Tab.4) entsprechen weitgehend den Zahlen für die Therapieange-

Tab. 3: Stichprobenbeschreibung

	Indikation für Familiengespräche (n = 67)	Einzelanmeldung Gruppe A (n = 36)	Familienanmeldung Gruppe B (n = 31)
IP			
Mutter	9	7	2
Vater	6	1	5
Kind/Jugendlicher	52	28	24
Alter x (range) in Jahren			
Eltern	42 (29–57)	39 (29–45)	46 (35–57)
Kind/Jugendlicher	19 (10–33)	20 (15–30)	18 (10–33)
Geschlecht IP			
weiblich	45	28	17
männlich	22	8	14
ICD-9 Diagnosen			
Psychose (295)	5	2	3
Symptomneurose (300)	10	6	4
Persönlichkeitsst. (301)	6	6	–
Psychog. Reakt. (308, 309)	17	6	11
Eßstörung (307.1, 307.5)	20	14	6
sonstige	9	2	7

Tab. 4: Absolute Häufigkeiten der Therapiesettings und -verfahren bei der Familien- und Einzelanmeldung. Beim sequentiellen Setting ist die Reihenfolge der Therapieverfahren jeweils beliebig.

Therapiesetting	Therapievorschlag		Therapievereinbarung	
	Gruppe A (n = 32)	Gruppe B (n = 24)	Gruppe A (n = 32)	Gruppe B (n = 24)
nur ein Verfahren	16	8	15	8
Familientherapie	3	4	4	3
Paartherapie	4	2	3	2
Einzeltherapie	4	1	4	2
Gruppentherapie	–	–	1	–
stationäre Behandlung	2	1	2	1
Rehamaßnahmen	3	–	1	–
kombiniertes Setting	7	8	4	5
Familien- & Einzeltherapie	7	4	4	4
Familien-, Paar- & Einzeltherapie	–	1	–	1
Familien- & Gruppentherapie	–	1	–	–
Familientherapie & stationär	–	1	–	–
Paartherapie & stationär	–	1	–	–
sequentielles Setting	9	8	8	8
Familien-/Einzeltherapie	–	2	–	2
Familien-/Paartherapie	–	3	–	3
Familien-/Paartherapie/Reha	1	–	1	–
Familien-/Einzel-/Gruppentherapie	2	–	1	–
Familientherapie/stationär	2	2	2	2
Familientherapie/Reha	–	1	–	1
Einzel-/Paartherapie	1	–	1	–
Einzeltherapie/stationär	2	–	2	–
Einzeltherapie/stationär/Reha	1	–	1	–
Therapievereinbarung, jedoch nicht wie vorgeschlagen			5	3

Tab. 5: Zusammenhang zwischen Anmeldeform und Therapieverfahren
(Fisher-Test, * $p < 5\%$, $\sim p < 10\%$, einseitig). Die Summe der Häufigkeiten in den Spalten ist größer als die Stichprobe, da Mehrfachnennungen gemacht wurden.

Therapieverfahren (als Einzel- oder Teilverfahren im kombinierten bzw. sequentiellen Setting)	Therapievorschlag		Therapievereinbarung	
	Gruppe A (n = 32)	Gruppe B (n = 24)	Gruppe A (n = 32)	Gruppe B (n = 24)
Familientherapie	15	19*	12	16 \sim
Paartherapie	6	7	5	6
Einzeltherapie	17	8	13	9
Gruppentherapie	2	1	2	0
stationäre Behandlung	7	5	7	3
Rehamaßnahmen	5	1	3	1

Tab. 6: Zusammenhang zwischen Familienstellung und Therapieverfahren
(Fisher-Test, * $p < 5\%$, ** $p < 1\%$, *** $p < 0.1\%$, $\sim p < 10\%$, einseitig).

Therapieverfahren (als Einzel- oder Teilverfahren im kombinierten bzw. sequentiellen Setting)	Therapievorschlag		Therapievereinbarung	
	Eltern (n = 13)	Kinder (n = 43)	Eltern (n = 13)	Kinder (n = 43)
Familientherapie	5	29	5	23
Paartherapie	9***	4	7**	4
Einzeltherapie	3	22	3	19
Gruppentherapie	0	3	0	2
stationäre Behandlung	0	12*	0	10 \sim
Rehamaßnahmen	0	6	0	4

bote. Insgesamt haben nur 8 Familien die Therapievereinbarung modifiziert. Bei den kombinierten Verfahren wurden von den 15 Vorschlägen nur 9 übernommen.

Bei der statistischen Analyse⁵ des Therapiesettings (vgl. fettgedruckte Häufigkeiten in Tab. 4) sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sowohl für den Therapievorschlag ($\chi^2 = 1.684$, Fg = 2) als auch die Therapievereinbarung ($\chi^2 = 1.632$, Fg = 3) nicht signifikant. In Tabelle 4 sind außerdem für beide Gruppen die detaillierten Häufigkeiten der verschiedenen Verfahren innerhalb der Therapiesettings aufgeführt.

Für die statistische Analyse möglicher Zusammenhänge zwischen der Anmeldeform und den vorgeschlagenen bzw. vereinbarten Therapieverfahren wurden 2×2 Tabellen konstruiert, in denen die Gruppen (A/B) dem jeweiligen Therapieverfahren, z. B. Familientherapie („ja“ – als Einzel- oder Teilverfahren im kombinierten bzw. sequentiellen Setting oder „nein“) gegenübergestellt wurden. Der Zusammenhang wurde jeweils mit dem exakten Fisher-Test überprüft. Diese Einzelergebnisse sind in der Tabelle

5 zusammengefaßt. Analog sind auch die Tabellen 6 und 7 zusammengestellt.

Wenn sich die Familie anmeldet, wird im Vergleich zur Gruppe der Patienten als Einzelanmelder signifikant häufiger eine Familientherapie vorgeschlagen ($p < 5\%$, zweiseitig). Gleiches gilt für die Therapievereinbarung, allerdings nur bei einseitiger Fragestellung, die jedoch für die Gruppe B im speziellen Fall der Familientherapie durchaus plausibel ist. Bei den anderen Therapieverfahren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

In der deskriptiven Analyse des Indikationsprozesses deutete sich außerdem an, daß vor allem dann eine Familientherapie vorgeschlagen und durchgeführt wird, wenn das Kind bzw. der Jugendliche der Patient ist (Tab. 6), während bei erwachsenen Patienten häufiger eine Paartherapie in Frage kommt. Für die besondere Subpopulation der Jugendlichen innerhalb des Ambulanzklientels ist weiterhin charakteristisch, daß sie in den verschiedenen Therapiesettings (nur ein Verfahren, kombiniertes oder sequentielles Vorgehen) auch häufiger eine Einzeltherapie und eine stationäre Therapie vorgeschlagen bekommen und dann auch beginnen. Bei der stationären Behandlung fällt auf, daß sie fast ausschließlich Frauen vorgeschlagen

⁵ Wir danken Dr. (Univ. Prag) DAN POKORNY, Biomathematiker, Universität Ulm für seine engagierte Mitarbeit.

Tab. 7: Zusammenhang zwischen Geschlecht und Therapieverfahren
(Fisher-Test, *p < 5%, ~p < 10%, einseitig).

Therapieverfahren (als Einzel- oder Teilverfahren im kombinierten bzw. sequentiellen Setting)	Therapievorschl�ag		Therapievereinbarung	
	Frauen (n = 38)	M�anner (n = 18)	Frauen (n = 38)	M�anner (n = 18)
Familientherapie	22	12	18	10
Paartherapie	7	6	6	5
Einzeltherapie	17	8	15	7
Gruppentherapie	2	1	2	0
stationäre Behandlung	11 ~	1	10*	0
Rehamaßnahmen	3	3	2	2

und vereinbart wird, während nur bei einem Mann eine Indikation gestellt wurde, die zudem auch abgelehnt wurde (Tab.7).

Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern erklären sich offensichtlich durch den hohen Prozentsatz von e gest rten jugendlichen Patientinnen in der Stichprobe, bei denen häufiger eine stationäre Behandlung vorgeschlagen (6 Indikationen bei n = 17) und vereinbart wird als bei den anderen Diagnosegruppen (5 Indikationen bei n = 37). In der klinischen Praxis wird in Abhängigkeit vom Schweregrad der Symptomatik oft zunächst eine stationäre Behandlung eingeleitet, an die sich, beeinflusst durch das Alter der Patientinnen und die familiären Probleme, Familien- und/oder Einzelgespräche anschließen. Die relativ gleichmäßige Verteilung zwischen den Therapiesettings (vgl. Tab. 8) zeigt, daß neben diesem Vorgehen bei den Patientinnen mit einer Eßstörung ebenso nur ein Verfahren oder ein kombiniertes Vorgehen indiziert und durchgeführt wird, wobei es sich wiederum in erster Linie um eine Einzeltherapie und/oder Familientherapie handelt.

Der allgemeine Zusammenhang zwischen Therapie-setting und den Diagnosegruppen (Tab. 8) war sowohl für den Therapievorschl g ($\chi^2 = 16.612$, Fg = 10) als auch die Therapievereinbarung ($\chi^2 = 17.917$, Fg = 10) in den

6 x 3 Tabellen statistisch nicht signifikant. Allerdings wurde speziell bei Patienten nach einer Psychose häufiger eine sequentielle Therapie vorgeschlagen und vereinbart (Fisher-Test, p = 0,32% mit bonferronischer Korrektur für 15 Einzelergebnisse p = 4.8%). Im ambulanten Rahmen findet dann oft eine Familientherapie statt, an die sich Rehamaßnahmen anschließen. Bei den Patienten mit einer Neurose gibt es keine sequentiellen Vorschläge, sie werden entweder einzeln oder in Kombination therapiert. Bei den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wurde überwiegend eine Einzeltherapie durchgeführt. Auch wenn diagnostische Familiengespräche vereinbart wurden, kam es nicht zu einer Familientherapie bei diesen Patienten.

8 Diskussion

Wir verstehen den Indikationsprozeß im Erstinterview nicht als statisches Konzept, das eine Entscheidung für oder gegen eine Therapie herbeiführen soll, sondern als dynamisches Konzept im Sinne der „adaptiven Indikationsstellung“ (BAUMANN u. v. WEDELL 1981). In diesem Konzept sind Patient und Therapeut aufeinander verwiesen; sie sollen zusammen in der „diagnostischen Therapiephase“ herausfinden, welche Veränderungen unter wel-

Tab. 8: Zusammenhang zwischen Diagnosegruppe und Therapiesetting
(I = nur ein Verfahren, II = kombiniertes Setting, III = sequentielles Setting).

Diagnosegruppen	Therapievorschl�ag			Therapievereinbarung		
	I (n = 25)	II (n = 15)	III (n = 14)	I (n = 30)	II (n = 10)	III (n = 14)
Psychose	0	0	4	0	0	4
Symptomneurose	6	4	0	7	3	0
Pers�nlichkeitsst.	4	1	1	5	0	1
Psychog. Reaktion	6	3	3	7	2	3
Eßstörung	7	5	5	8	4	5
sonstige	2	2	1	3	1	1

chen therapeutischen Bedingungen erreichbar sind. Die adaptive Indikationsstellung bedeutet in diesem Fall die Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Bedingungen des jeweiligen Patienten bzw. der Familie.

Unsere Untersuchung zeigt, daß eine bestimmte Auswahl von Behandlungsformen während der diagnostischen Phase getroffen wird. Die Vielfältigkeit im Vorgehen spiegelt einen konzeptuell weiten Rahmen im Indikationsprozeß für unser Klientel wider. Sowohl die Art der Behandlung, ob Einzel- oder Familientherapie als auch die Art der Durchführung – entweder allein, kombiniert oder sequentiell – hängt von Parametern des Patienten oder der Familie ab. Schon die Anmeldeform, also ob sich eine Familie als Familie zur Behandlung meldet oder ein Patient für sich allein, scheint für den Therapieversuch und die nachfolgende Therapievereinbarung bahndend zu sein.

In der erwähnten Studie von BOMMERT et al. (1990) verdeutlichte die Expertenmeinung, daß dann von einer Indikation zur Familientherapie ausgegangen wird, wenn die Widerstände des familiären Systems gegen eine gemeinsame Behandlung relativ gering sind und wenn eine relativ offene Bereitschaft der Familie zur gemeinsamen Behandlung besteht. Wenn die Familie sich zu einem gemeinsamen Gespräch anmeldet, ist es wahrscheinlicher, daß die Familienmitglieder ein interaktionelles Problem in ihrer Familie sehen, für dessen Diskussion sie offen sind. Im Entscheidungsprozeß wird diese Problemdefinition der Familie aufgegriffen, eine familientherapeutische Behandlung wird dann offensichtlich häufiger vorgeschlagen und angenommen.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vereinbarten häufiger eine Einzeltherapie. In der Fokussierung auf das Individuum drückt sich die Überzeugung der Diagnostiker aus, daß diese Störungen überwiegend durch die Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte behandelt werden müssen. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und mit neurotischen Konfliktmustern wird meistens dann eine kombinierte Therapie als induziert angesehen, wenn durch die Kombination von verschiedenen Modalitäten die Störung sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der zwischenmenschlichen Ebene behandelt werden soll. Unsere Ergebnisse zeigen allerdings, daß die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Störungen den kombinierten Vorschlägen vorsichtig gegenüberstehen. Sie entschließen sich eher zur Einzelbehandlung.

Bei Patienten mit schweren Störungen, z.B. mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, finden wir häufiger ein zeitlich versetztes Behandlungsarrangement. Die Zielsetzung bei den stationären bzw. teilstationären Maßnahmen ist zunächst die therapeutische Ich-Stärkung in einem stabilen Setting und dann zeitlich nachgeordnet die ambulante Nachbetreuung. Unsere Ergebnisse zeigen, daß diese Vorstellung des sequentiellen Vorgehens in der Ulmer Ambulanz auch verwirklicht wird.

Bei der adaptiven Indikationsstellung geht es um eine Optimierung des Beziehungsverhältnisses zwischen den bestimmenden Komponenten des psychotherapeutischen Prozesses: dem Patienten bzw. der Familie und dem Psychotherapeuten. Eine Familientherapie kann sowohl auf

Wunsch des Patienten als auch auf Wunsch des Therapeuten zustandekommen. Unsere Studie dokumentiert die Vielfältigkeit dieser Optimierungsprozesse im kombinierten und im sequentiellen Vorgehen. Sie zeigt, daß die Indikationsstellung eher patienten- als methodenzentriert erfolgt, was möglicherweise auf eine veränderte Einstellung der Psychotherapeuten – zumindest in der Ulmer Ambulanz – zurückzuführen ist (vgl. THOMÄ u. KÄCHELE 1985). Diese Veränderungen im ‚klinischen Blick‘ erscheinen uns für die zunehmende Berücksichtigung der adaptiven Indikationsstellung ausschlaggebender als die Tatsache, daß eine Universitätsambulanz auch über eine gute personelle und materielle Ausstattung verfügt, was ein für den Patienten maßgeschneidertes Vorgehen eher erlaubt.

Summary

The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic

Research about indications for family therapy is almost lacking. There are only few studies dealing with the issue which problem or which intrapsychic or interpersonal conflicts should be addressed by family therapy. Clinical decisions concerning family therapy should be based on empirical studies to get more knowledge about the criteria, in which case a specific modality of family therapy and/or a specific setting are indicated. The differential and adaptive indication process complements one another by means of the interaction of the therapist-family system. Our study includes 67 decision making processes which took place at an university outpatient clinic. Our results show that the decisionmaking process is based on a selection of indications. The modality of treatment – individual or family therapy –, run either in combination or in a sequence, is related to criteria with respect to the patient and his family. The style of application for psychotherapy – whether one family member is registering the family as a whole or the patient seeks help only for himself – makes the difference. The style of application seems to clear the way for the treatment suggested by the therapist.

Literatur

- AHLERS, C./WAGNER, H. (1991): Der systemische Überweiskontext. Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Zuweisungsmodus und Therapieaufnahme. In: REITER, L./AHLERS, C. (Hrsg.): Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Heidelberg: Springer, S.263–269. – BAUMANN, U. (1981): Differentielle Therapiestudien und Indikation. In: BAUMANN, U. (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie. München, S.199–209. – BAUMANN, U./v. WEDEL, B. (1981): Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: BAUMANN, U. (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie, Perspektiven für Praxis und Forschung. München, S.36. – BAUMANN, U./SEIDENSTÜCKER, G./KÖHNKEN, G. (1978): Entwicklung und empirische Analyse eines Beurteilungsrasters für indikationsorientierte Psychotherapiestudien. DFG-Bericht. Kiel. – BOMMERT, H./HENNING,

- TH./WÄLTE, D. (1990): Indikation zur Familientherapie. Stuttgart: Kohlhammer. – BUDDENBERG-FISCHER, B. (1991): Patient und Familie – typische Kombinationsmuster einzel- und familientherapeutischer Interventionen. *System Familie* 4: 97–106. – CIERPKA, M. (1995): Was soll im Familienerstgespräch erreicht werden? In: CIERPKA, M. (Hrsg.): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Heidelberg: Springer. – CLARKIN, J. F./FRANCES, E. J./MOODIE, J. L. (1979): Selection criteria for Family Therapy. *Family Process* 18: 391–403. – ELLENBERGER, H. (1970): *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books. – GURMAN, A. S./KNISKERN, D. P. (1978): Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect. In: GARFIELD, S./BERGIN, A. (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed). New York: Wiley. – GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe. – HENNING, T. (1989): *Indikationskriterien zur Familientherapie: Empirische Analyse therapeutischer Entscheidungen in der Praxis*. Unveröffentl. Dissertation, Universität Münster. – HOHAGE, R./KÄCHELE, H./HÖSSLE, I. (1987): Die Dokumentation des Interview- Ausganges in einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychother. Med. Psychol.* 37: 244–247. – KÄCHELE, H./MERGENTHALER, E./HÖSSLE, I. (1986): Zur Versorgungsrelevanz psychoanalytischer Therapieformen. In: HEIMANN, H./GAERTNER, H. J. (Hrsg.): *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*. Heidelberg: Springer, S. 303–309. – PAUL, G. L. (1967): Strategy in outcome research in psychotherapy. *J. Consult. Psychol.* 31: 109–118. – REICH, G./RÜGER, U. (1994): Die Einbeziehung der Familie in die stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt* 65: 313–322. – SANDER, F. (1985): Family or individual therapy: The determinants of modality choice. *Hillside Hospital Journal of Clinical Psychiatry* 7: 63–70. – THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 1: Grundlagen. Berlin: Springer. – ZANDER, B./CIERPKA, M. (1995): Der Erstkontakt und die Vorbereitung des Erstgesprächs. In: CIERPKA, M. (Hrsg.): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Heidelberg: Springer, im Druck. – ZANDER, B./STRACK, M./V. WALLMODEN, C./ANTON, S./CIERPKA, M./BALCK, F./COHEN, M.-L./HISS, I./MICHELMANN, A./SCHEIB, P./SEIDE, L./WIRSCHING, M. (1995): Kurzbericht über die Pilotphase der „Multizentrischen Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Familientherapie“. *Kontext*, 26: 62–68.
- Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Manfred Cierpka, Schwerpunkt Familientherapie, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen.