

Heekerens, Hans-Peter

**Institutionelle Aspekte familientherapeutischer Arbeit in der
Ambulanz für Kinder und Jugendliche**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 3, S. 98-105

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29675

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

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

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.</i> : Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224	<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.</i> : Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom).	206
<i>Buddeberg, B.</i> : Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273	<i>Pauls, H.</i> : Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Büttner, M.</i> : Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45	<i>Paulsen, S.</i> : Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.</i> : Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93	<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.</i> : Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Dellisch, H.</i> : Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305	<i>Perinelli, K., Günther, Ch.</i> : Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Diepold, B.</i> : Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298	<i>Saloga, H. W.</i> : Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Fries, A.</i> : Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132	<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.</i> : Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Gehring, Th. M.</i> : Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218	<i>Schönke, M.</i> : Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Geuss, H.</i> : Ursachen der Wirksamkeit Tachistoskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37	<i>Steber, M., Corboz, R.</i> : Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Glanzer, O.</i> : Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95	<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Kind, J.</i> : Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53	<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.</i> : Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257	<i>Sturzbecher, K.</i> : Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Klosinski, G.</i> : Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245	<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.</i> : Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.</i> : Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293	<i>Wiese, J.</i> : Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1
<i>Lempp, R.</i> : Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161		
<i>Meier, F., Land, H.</i> : Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Merkens, L.</i> : Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4	<i>Dellisch, H.</i> : Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.</i> : Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278	<i>Ertle, Ch.</i> : Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
		<i>Hagleitner, L.</i> : Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
		<i>Hobrucker, B.</i> : Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assesment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142	lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell...“	82
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behavioraly Disturbed Mean according to Different Points of View) . . .	16	<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71	In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Berichte aus dem Ausland		Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21	Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein ‚Mental Health Institute‘ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26	Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315
Tagungsberichte		Literaturberichte: Buchbesprechungen	
<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312	<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310	<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114	<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29. 3.–1. 4. 1983 in Cannes, Frankreich	186	<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
Kurzberichte		<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-		<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
		<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II.	234
		<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
		<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316
		Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318	

Institutionelle Aspekte familientherapeutischer Arbeit in der Ambulanz für Kinder und Jugendliche

Von Hans-Peter Heekerens

Zusammenfassung

Es wird anhand der Frage, wie die Phase der ersten Kontaktaufnahme zwischen Klient(enfamilie) und Kinder- und Jugendambulanz organisiert ist, der Zusammenhang zwischen ganz bestimmten theoretischen Konzepten von psychischen Störungen einerseits und je spezifischen Organisationsformen andererseits aufgezeigt. Zunächst wird deutlich gemacht, daß die übliche Anmelde- und Aufnahmepraxis wie sie in Ambulanzen für Kinder und Jugendliche noch weitgehend üblich ist, der Logik eines ganz bestimmten Krankheitsbegriffes, dem „medizinischen Modell“, folgt.

Sodann wird begründet, weshalb der von der Familientherapie vollzogene Paradigmawechsel auf der Ebene des Krankheitsbegriffes notwendigerweise Änderungen in der Organisationsform der Kontaktaufnahme nach sich zieht.

Einleitung

In der familientherapeutischen Literatur nimmt die Behandlung institutioneller und arbeitsorganisatorischer Gesichtspunkte ganz allgemein einen recht bescheidenen Raum ein. In den Beiträgen dieser Zeitschrift haben sich *De Clerck-*

Sachße (1978) und Gerhardt (1981) mit einigen Aspekten dieses Problemkreises befaßt.

De Clerck-Sachße hat unter der Überschrift „Einige Probleme von Familienberatung und Therapie im Kontext institutioneller Zielsetzungen“ drei Problemkreise beleuchtet, die in der praktischen Arbeit mit Familientherapie in ambulanten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu Schwierigkeiten führen:

„– Der erste betrifft die Neigung des Beraters/Therapeuten, sich mit dem ‚Leidenden‘ zu identifizieren; bei Institutionen, die so organisiert sind, daß Familien wegen eines ‚gestörten‘ Kindes eine Behandlung suchen, ist dies also meistens das Kind;

– der zweite betrifft Überlegungen zur Funktion des Symptoms für das dynamische Gleichgewicht des Familiensystems und darauf bezogen Hindernisse für die Wirkungsweise therapeutischer Interventionen in der Institution;

– der dritte behandelt die Motivationslage der ‚geschickten‘ Klienten ...“ (309)

An diesen drei Problemkreisen kann die Autorin aufweisen, wie der Umstand, daß Familientherapie in einer ambulanten Beratungseinrichtung mit öffentlichem Auftrag stattfindet, Auswirkungen auf den therapeutischen Prozeß hat, konkreter: den Berater/Therapeuten zu technischen Fehlern (i. S. des Paradigmas) verleiten kann.

Frau Gerhardt hat mit „Familientherapie – Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit“ Ergebnisse einer Untersuchung von 67 Einrichtungen, in denen familientherapeutisch gearbeitet wird, darunter 60 Beratungsstellen (mit verschiedenen Trägern und wechselnden Namen), vorgelegt. Das wohl interessanteste Ergebnis dieser Untersuchung ist, daß familientherapeutische Arbeit v.a. in „reinen“ Erziehungsberatungsstellen auf größte Schwierigkeiten stößt. Überraschend ist dieses Ergebnis aus mehreren Gründen: zum einen, weil ich als Mitglied des Teams einer Erziehungs- und Lebensberatungsstelle seit 1977 selbst an der Umorientierung auf Familientherapie beteiligt war und uns dabei andere Erziehungsberatungsstellen (z.B. die Städtische Jugend- und Familienberatungsstelle Erlangen; vgl. Gerlicher u.a. 1977) schon Beispiel und Vorbild waren, zum anderen, weil sowohl die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung wie einzelne Landesarbeitsgemeinschaften (vgl. LAG hess. Erziehungsberatungsstellen 1978) den neuen Impuls rasch und freudig aufgriffen und schließlich, weil die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen aus sachlichen Gründen „eine Domäne der Familientherapie“ (Stierlin u.a. 1977, 13) ist.

Ich selbst möchte mich dem Feld institutioneller/arbeitsorganisatorischer Aspekte familientherapeutischer Arbeit in ambulanten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Erziehungsberatungsstellen, kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen usw.) von einer anderen Seite nähern, indem ich anhand eines kleinen Ausschnittes der Frage nachgehe, welche arbeitsorganisatorischen Voraussetzungen im Rahmen der genannten Institutionen möglich und nötig sind, will man dort Familientherapie erfolgreich betreiben. Näher ins Auge gefaßt werden soll die Frage, wie in einer familientherapeutisch orientierten Ambulanz die Phase der Kontaktaufnahme zwischen „Patient Familie“ und Thera-

peut zu organisieren sei. Wer sich ein breiteres Bild institutioneller Veränderung, die mit einer familientherapeutischen Umorientierung einhergehen, verschaffen will, sei verwiesen auf die Erfahrungsberichte von Gerlicher (Familientherapie in der Praxis der Jugend- und Familienberatung Erlangen. 1977), Heekerens & Henkelmann-Strickler (Von der herkömmlichen zur familientherapeutisch orientierten Beratung. 1980) und Jellouscheck (Familientherapie – und die Folgen. 1982).

Die Behandlung des Themas außerhalb der Familientherapeutischen Literatur

Die Phase der ersten Kontaktaufnahme, von dem Zeitpunkt des ersten Anrufs in einer Einrichtung bis zum ersten Kontakt zwischen Fachkraft und Klient, hat im alltäglichen Bewußtsein von Praktikern meist nur den Charakter eines bloßen Vorspiels und wird als Thema in der Literatur außerhalb der familientherapeutischen weitgehend ignoriert.

So unterscheiden beispielsweise Schmook u.a. (1974) ganz sinnvoll zwischen verdeckter und offener Therapiestratifikation. Mit „Therapiestratifikation“ ist gemeint, daß Aufnahme und Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung von einer Reihe Entscheidungsprozessen bestimmt werden, die zur Selektion von Klienten führen. Als „verdeckte“ werden dabei Entscheidungsprozesse vor, als „offene“ solche nach der Kontaktaufnahme bezeichnet. Für das erste gibt es eine stattliche (v.a. soziologisch orientierte) Literatur, das zweite gehört zum Standardthema jeder therapeutischen Schulrichtung. Was zwischen beiden herunterfällt, ist der Prozeß des Kontaktaufnehmens selbst.

Nun geht es uns ja hier nicht einfach um „Kontaktaufnahme“, sondern um dessen *institutionelle Organisiertheit* in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehung. Vertreter verschiedener therapeutischer Schulen könnten sich wohl schnell darauf einigen, daß Psychotherapie wesentlich mitbestimmt ist durch die Art der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, daß dieser Beziehung ein sich von der Anfangssituation an entwickelnder Prozeß ist und schließlich: daß in diese Prozesse *institutionelle Bedingungen* hineinspielen. Jenseits dieses allgemeinen Statements aber dürften Divergenzen auftreten; vor allem aber mangelnde Konkretion bei der Beschreibung dieser Prozesse.

Das angeschnittene Problem der institutionellen Determinierung der therapeutischen Beziehung wurde für den Bereich geschlossener Einrichtungen (Psychiatrie) ziemlich intensiv erörtert. Eine Thematisierung der Frage, wie die therapeutische Beziehung in der freien Praxis qua „freier Praxis“ geprägt wird, findet so gut wie nicht statt. Der Berufsstand der Psychoanalytiker, der hierüber zu reflektieren wie kein zweiter berufen wäre, läßt seine Überlegungen unter Stichworten wie „analytisches Milieu“ zumeist an den vier Wänden des Behandlungszimmers enden. Erst dort, wo er unter dem Druck gesundheitspolitischer Veränderungen seine angestammte Heimat verläßt und sich in „medizinischen Einrichtungen mit dem organmedizinischen Krankheitsbegriff“ anzusiedeln beginnt, entstehen darüber hinausgehende Überlegungen zur institutionellen Verankerung und

zu arbeitsorganisatorischen Abläufen (Pohlen 1978). Für die Ambulanz hat v.a. die Arbeitsgruppe um Strotzka (vgl. den Sammelband „Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen“. 1980) Beiträge geliefert. Zu der auch dort noch vermißten spezifischen Analyse über die Art der Wirksamkeit institutioneller Belange auf den therapeutischen Prozeß hat Jaeggi (im Druck) einen ersten Beitrag geleistet.

Man könnte also für die weitgehende Nichtbeachtung des uns interessierenden Ausschnittes der institutionellen Organisation der therapeutischen Beziehung außerhalb der familientherapeutischen Literatur anführen, die Diskussion des ganzen Themenkomplexes stecke noch in den Anfängen und speziell die Phase der Kontaktaufnahme werde ganz allgemein als wenig bedeutsam angesehen. Doch stellt dies noch keine Erklärung dar, und ich denke, daß man eine solche geben muß und kann.

Ich sehe den Grund darin, daß in die Ambulanzen für Kinder und Jugendliche unreflektiert Organisationsformen der (organ-)medizinischen Versorgung übernommen wurden. Für die kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen, die wie die Psychiatrie überhaupt dieses Modell weitgehend unverändert in den psychosozialen Bereich fort-schreibt, bedarf dies wohl keiner gesonderten Erklärung. Für die Erziehungsberatungsstellen ist darauf zu verweisen, daß ihre Konzeption nach dem 2. Weltkrieg durch die US-amerikanische Tradition der „Child Guidance Clinics“ geformt wurde. Zum Problem, praktisch wie theoretisch, wird diese Konzeption überhaupt erst im Licht einer familientherapeutisch orientierten Sichtweise.

Die Konzeption der „klassischen“ Erziehungsberatung

Trotz sicherlich nicht unbedeutender Unterschiede zwischen Erziehungsberatungsstelle und kinder- und jugendpsychiatrischer Ambulanz zeigen sich doch recht große Gemeinsamkeiten in grundsätzlichen Sicht- und Vorgehensweisen sowie Organisationsformen; Gemeinsamkeiten, die daher rühren, daß sie Ausfluß eines spezifischen, beiden gemeinsamen, Krankheitsbegriffes sind, nämlich des „medizinischen Modells“, worunter verstanden sein soll „das in der Psychiatrie vorherrschende Krankheitsverständnis, das durch die berufliche Vorrangstellung der Psychiatrie im System der psychosozialen Versorgung und durch seine gesetzlich abgesicherte Verordnung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe den Status eines allgemeinverbindlichen Krankheitsbegriffes erlangt hat“ (Keupp 1982, 225).

Der Einfluß dieses Modells auf die Arbeit auch an Erziehungsberatungsstellen läßt sich ermessen, betrachtet man sich einige Charakteristika des „klassischen“ Konzepts der Erziehungsberatung (zum Nachfolgenden vgl. Gerlicher 1977, 30–32; Heckerens & Henkelmann-Strickler 1980, 38f; Neeral 1978, 26–30; Wirsching u.a. 1979, 1081):

1. Die Vorgehensweise ist in Diagnostik und Therapie individuum-, genauer: kindzentriert. (Dies ist zwar kein Spezifikum des „medizinischen Modells“, für dieses aber ebenso konstitutiv wie für andere individuum-zentrierte Ansätze.)

2. Werden weitere Familienmitglieder (anders denn als Informationsquellen) in Diagnostik und Therapieplanung einbezogen, so ganz im Sinne des linearen Kausalitätsmodells. Hinter Begriffen wie „überprotektive Mutter“ oder „schizophrenogene Mutter“ (Fromm-Reichmann) stehen Modellvorstellungen, nach denen andere Familienangehörige (ganz in Analogie zu organmedizinischem Denken) als Streßfaktoren oder „psychische Noxen“ angesehen werden. Die begrüßenswerte Erweiterung des Blickfeldes vom Einzelnen (Kind) zur Dyade (Elternteil-Kind) brachte von selbst noch kein interaktionelles Verständnis von Krankheit mit sich. In willkürlicher Interpunktion des zirkulären Prozesses wurde (vereinfacht ausgedrückt) das Verhalten eines Elternteils als „Ursache“, das Problem des Kindes als „Folge“ festgelegt. Auf dem fruchtbaren Boden des Helfersyndroms wuchs sich dies zu einer Aufspaltung der Familie in „Täter“ und „Opfer“ aus (vgl. dazu De Clerck-Sachße 1978, 310–312), weshalb Erziehungsberatung leicht zu einer Art „Hexenjagd auf lieblose Mütter“ (Ackermann 1969, 668) geriet und Kinderpsychologen (nur in den USA?) in den Ruf von „mother murderers“ (Gerlicher 1977, 32) kommen konnten. Auch Familientherapeuten sind von solcher Gefahr nicht frei, wenn sie systemisches Denken nur im Kopf haben, unbewußt das linear-kausale Modell aber affektiv fort-schreiben und nun auf die Familie übertragen: dann ist eben die Rest-Familie „schuld“, wenn es einem Mitglied schlecht geht.

Elternberatung, sei sie begleitend zu einer tiefenpsychologischen, klientenzentrierten oder verhaltenstherapeutischen Kindertherapie (einzeln oder in Gruppen), sei sie eine eigenständige Maßnahme im Sinne von Elterntrainings oder pädagogischer Beratung einzelner Eltern(teile), bleibt immer kindzentriert: den Eltern kommt die Funktion einer „Hilfs-truppe“ (Baethge 1981, 160) zu.

3. Das Verständnis von psychischen Auffälligkeiten wird in der klassischen Erziehungsberatung, tradiert durch tiefenpsychologische Einflüsse und nur punktuell durchbrochen von verhaltenstherapeutischen Ansichten, geleitet von der – in der Organmedizin konstitutiven – Unterscheidung zwischen Symptom und *im Individuum* zu suchender Ursache. Auch in psychoanalytischer Anschauung ist ein Symptom Ausdruck eines inneren Prozesses. „Dabei übersieht die Psychoanalyse keineswegs, daß die Inszenierung dieser inneren Konflikte außen entstanden ist, aus der Interaktion des kleinen Kindes mit seinen Eltern und anderen Bezugspersonen. Das therapeutische Konzept läßt aber diesen Beginn außer acht und setzt die Behandlung bei dem intrapsychischen Konflikt an ...“ (Baethge 1981, 162).

Anders die Familientherapie. Nun heißt dies keineswegs, wie man aus verhaltenstherapeutischer Perspektive meinen könnte, die fundamentale Unterscheidung zwischen Symptom und *Syntptom*-produzierenden Strukturen solle eingegeben werden. Aber diese werden nicht mehr im Individuum selbst verortet, sondern in seinem *aktuellen* Sozialfeld, der Familie. Damit aber erhält psychodynamische Warnung vor einer bloß symptomatischen Besserung neue Aktualität (Watzlawick u.a. 1980, 222f.).

Daß wir das Phänomen der „Symptomverschiebung“ in diesem gewandelten Sinne recht selten beobachten und uns

daher in dem guten Glauben wiegen können, es wäre gar nicht existent – allenfalls eine analytische Erfindung, die jetzt im neuen (systemischen) Gewande daherkommt – hat vielfältige Ursachen. Da man, wie ein bekannter Reiseführer als absatzförderndes Motto verkündet, nur sieht, was man weiß, wird man des Ereignisses nur gewahr, wenn man eine systemische Brille aufhat.

Aber auch dann kann das Ereignis außerhalb des Gesichtsfeldes bleiben. Die neu auftretenden Schwierigkeiten müssen ja nicht in jedem Fall dazu führen, daß ein anderes Familienmitglied Klient oder Patient wird – z.B. wenn sich die Ehefrau, die sich so beharrlich für den ehemals alkoholabhängigen Mann aufgeopfert hat, nun von dem „unausstehlich“ gewordenen Partner scheiden läßt (zum Problem des „Co“ vgl. *Hambrecht* 1982). Kommt es zu klinischen Symptombildungen, die fremder Hilfe bedürfen, so führt der Weg erwachsene Mitglieder sowieso in andere Einrichtungen; erfreulicherweise aber auch gelegentlich in die Erziehungsberatungsstellen oft angegliederte Lebens- oder Eheberatung. Auch für ein erkranktes Geschwister gibt es viele Alternativen und nur gute Kooperation mit anderen Einrichtungen bringt die Familie mitunter wieder mit einem neuen Indexpatienten in die Beratungsstelle zurück. Glück haben wir, wenn die Familie auch das zweite Kind wieder bei derselben Stelle anmeldet. Es war nicht zuletzt das ausführliche Studium solcher „Problemfamilien“, die uns, das Team einer Erziehungsberatungsstelle, zur Umorientierung auf Familientherapie bewogen (vgl. dazu unseren Bericht: *Heekerens & Henkelmann-Strickler* 1980).

4. In der traditionellen ambulanten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird arbeitsmethodisch nach dem, oft von langen zeitlichen Intervallen zergliederten, Drei-Schritt: Untersuchung – Diagnose – Maßnahme vorgegangen. Dies ist in seiner konkreten Ausgestaltung dem „medizinischen Modell“ völlig adäquat. Aus familiendynamischer Sicht bedeutet das Untersuchungs-*Procedere* mit der (test)psychologischen Untersuchung des Indexpatienten, der Anamnese-Erhebung mit einem Elternteil, in der Regel der Mutter, als neutral gedachter Informationsquelle, der Hinzuziehung weiterer ebenfalls kindzentrierter externer Befunde wie Arztbrief, Lehrerfragebogen etc. die nun mit den „höheren Weihen“ einer Fachstelle versehene Fortschreibung der Definition des Familiensystems: „der oder die ist krank“.

Nicht daß sorgfältige (differential-)diagnostische Arbeit in der Familientherapie nun überflüssig würde. Auch ist es nicht so, daß systemorientierte Diagnostik individuumzentrierte völlig verdrängen würde. Nur: einzeldiagnostische Maßnahmen müssen immer auf das Ganze der Familie bezogen bleiben und in diese zurückgeführt werden. Dazu gehört schon, sehr genau zu eruieren, welches Familienmitglied oder aber auch welche externe Stelle (z.B. Lehrer, Arzt) eigentlich welche kindzentrierte Untersuchung wünscht, welche Absichten damit verbunden sind, welche vorab schon bestehenden Erklärungsmodelle (und das heißt im familiären System auch immer: welche Schuldzuschreibungen) denn hiermit bestätigt oder verworfen werden sollen. Oft erfährt man schon im Familienerstgespräch, daß unterschiedliche Familienmitglieder höchst divergente Ansichten darüber äußern, welche Untersuchungen beim Kind eigent-

lich nötig seien. Kurzum: Familientherapeuten sind sich sehr bewußt darüber, daß einzeldiagnostische Maßnahmen nicht einfach ein sachlicher Vorgang sind, sondern einerseits schon Ausfluß familiendynamischer Prozesse darstellen und auf diese zurückwirken und andererseits die therapeutische Beziehung wesentlich mitbestimmen.

Der das Maß sachlicher Notwendigkeit bei weitem übersteigende Umfang kindzentrierter Diagnostik in der klassischen Erziehungsberatung hat schützende Funktion indes nicht nur für das System Familie, sondern auch für den Berater: „Die Diagnostik war somit gewissermaßen der ‚Expertenmantel‘, den sich der Berater anzog, um seine Ängste vor einer gefürchteten Auseinandersetzung mit den Eltern zu dämpfen. Kein Wunder also, wenn nachher eine eher distanzierte, beherrschende und besserwisserische Atmosphäre vom Berater verbreitet wurde, die gewiß nicht Eltern dazu ermutigte, ihre Zweifel und Ängste zu äußern.“ (*Neer* 1978, 27f.)

5. Es ist nicht nur Karikatur, wird die Tätigkeit einzelner Mitarbeiter in der Erziehungsberatungsstelle folgendermaßen beschrieben: der Sozialarbeiter erhebt die (Sozial-)Anamnese, der Psychologe testet und der Psychologe/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut therapiert. Tatsächlich geht das klassische Konzept der Erziehungsberatung üblicherweise einher mit einer Zuständigkeits- und Arbeits(zer)teilung, die das Maß sachlicher Notwendigkeit übersteigt und die Kraft, die aus einer wirklichen Integration verschiedener beruflicher Kompetenzen erwachsen könnte, zu wenig zur Entfaltung kommen läßt.

6. Es fügt sich ganz in den skizzierten Rahmen der klassischen Erziehungsberatungsarbeit, daß dort die Verwaltungskraft/Sekretärin und in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz ebenfalls eine Verwaltungskraft/Schwester die Anmeldegespräche (und auch den größten Teil wichtiger Außenkontakte wie: Absagen, Bitten um oder Drängen auf Terminverschiebungen, Erbitten eines „kurzen Rates“ etc.) führt; in annähernd der gleichen Weise, wie dies die Aufnahmeschwester im Krankenhaus oder in der ärztlichen Privatpraxis die Sprechstundenhilfe tut. Mag diese Organisationsform in den beiden letzten Fällen noch eben angemessen sein, für eine therapeutisch arbeitende Einrichtung halte ich sie für bedenklich und für eine familientherapeutisch orientierte kontraindiziert: „Dieses sonst übliche administrative Vorgehen würde unserer Meinung nach die Familie in ihrer Ansicht bestärken, daß das Symptom eines Familienmitglieds (meistens handelt es sich um ein Kind) ihr eigentliches und einziges Problem sei.“ (*Stierlin* u.a. 1977, 64)

Die Zähigkeit, mit der sich Organisationsformen des „medizinischen Modells“ auch dort halten, wo es als Denkmodell für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung seelischer Krankheiten (auf kognitiver Ebene) schon überwunden zu sein scheint, bedarf besonderer Erklärung. Familien hängen an diesem Modell, weil es nicht nur zu ihren Vorerfahrungen mit pädagogischen und medizinischen Einrichtungen paßt, in seinem linear-kausalen Denken dem Allgemeinheitsbewußtsein entspricht, sondern v.a. weil es ebenso systemstabilisierend ist wie die „Produktion“ eines Indexpatienten, dessentwegen die Beratungsstelle ja aufgesucht wird. Bei den professionellen Helfern ist es die Nei-

gung, sich mit dem als gestörten Kind zu identifizieren, die Familie in „Opfer“ und „Täter“ aufzuspalten und mit den Eltern (als der bessere Vater/die bessere Mutter) in Konkurrenz zu gehen. Diese Neigung hat, wie *De Clerck-Sachße* (1978, 310–312) gezeigt hat, drei Quellen: biographische Hintergründe bei Helfern (Stichwort „Helfer-Syndrom“; *Schmidbauer* 1977), berufliche Sozialisation und Berufsrolledefinition des Therapeuten in öffentlichen Einrichtungen.

Im Familie-Therapeut-System ergibt sich daher in der Regel ein positiver Feedback-Mechanismus, der gerade auch in der Arbeit von Erziehungsberatungsstellen immer wieder in Gang kommt: „Es zeigt sich sehr deutlich ..., daß in allen Beratungsstellen, die ‚nur‘ als Erziehungsberatung ausgewiesen sind, familienzentrierte Beratung auf größere Schwierigkeiten stößt und kaum oder nur am Rande vorübergehend möglich wird. Es besteht also eine erkennbare Wechselwirkung, bei der sich einerseits die Identifikation der dort Tätigen mit der Stelle und ihrer beruflichen Sozialisation, andererseits die Abwehrhaltung der Familie, die ja ‚nur Hilfe für ein erziehungskrankes Kind‘ sucht, sich selbst aber nicht als krank und gestört fühlt, unglücklich verstärken.“ (*Gerhard* 1981, 278)

Nach dem bisher Gesagten wird verständlich, daß man bei der Analyse, weshalb eine Familie nicht einmal zu einem einzigen gemeinsamen Gespräch (z.B. dem Familienerstgespräch) zu gewinnen ist, immer wieder auf dieselben Ursachen stößt. Es sind im wesentlichen drei (miteinander interagierende) Faktoren: „institutionelle Barrieren, Schwierigkeiten des Therapeuten selbst, Widerstände der Familie“ (*Wirsching* u.a. 1979, 1081).

Die Organisierung des Erstkontaktes bei der familientherapeutischen Arbeit

Ich habe schon eingangs erwähnt, daß Vertreter verschiedener therapeutischer Schulen sich wohl gut einigen könnten darüber, daß Psychotherapie wesentlich mitbestimmt ist durch die Art der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, daß diese ein sich von Anfang an entwickelnder Prozeß ist und schließlich: daß in diesen Prozeß institutionelle Bedingungen hereinspielen.

Ein Spezifikum der Familientherapeuten scheint es zu sein, daß sie es nicht nur mit „von-Anfang-an“ ernst meinen, sondern auch, daß sie bereits den ersten Kontakt des Systems des Klienten (die Familie) mit dem System des Therapeuten (die ambulante Einrichtung für Kinder und Jugendliche) als therapeutisch hoch bedeutsam einschätzen. Dies ist übrigens ein praktiziertes Beispiel dafür, daß systematisches Denken sich nicht nur nach außen (auf die Familie) wendet, sondern auch auf die Binnenstruktur der Ambulanz zurückwirkt.

Familientherapeutische Arbeit beginnt also beim (zumeist telefonischen) Erstkontakt (*Gerlicher* 1977, 38; *Heekerens & Henkelmann-Strickler* 1980, 40; *Jellouschek* 1982, 160–163; *Selvini Palazozoli* 1977, 21–23; *Stierlin* u.a. 1977, 64–66). Aber auch Erziehungsberatungsstellen ohne dezidierte familientherapeutische Ausrichtung haben die Bedeutung des telefonischen Erstkontaktes erkannt und legen ihn in die Hände von Beratern bzw. Therapeuten

(*Meile & Frey* 1982, 162). Manche familientherapeutisch arbeitenden Teams lassen den Telefonkontakt in Händen der Sekretärin, die dann aber instruiert wird, neben den Daten des Indexpatienten und der Eltern auch die der anderen Geschwister aufzunehmen, und darauf hinzuweisen, daß die ganze Familie, zumindest aber das Elternpaar zum Erstgespräch zu kommen habe (*Team des Instituts für Beratung und Therapie von Eltern und jungen Menschen Wiesbaden* 1978, 48). Diese Arbeit kann auch zweigeteilt werden: die Sekretärin nimmt die Familiendaten auf, um die Einladung zum Familienerstgespräch kümmert sich dann im Rückruf der Familienberater (so z.B. in Erlangen; vgl. *Gerlicher* 1977, 38f.). In größeren ambulanten Einrichtungen, in denen einer Umstrukturierung auf ein konsequent familientherapeutisches Vorgehen zu große Hindernisse entgegenstehen, läßt sich diese Zweiteilung auch in der Form realisieren, daß man statt des üblichen Schreibens der Einrichtung, das Kind an einem bestimmten Termin „vorzustellen“, ein eigenes Schreiben für die einem zugewiesenen „Fälle“ versendet, in dem man die ganze Familie zu einem ersten Gespräch bittet. Ein Kollege, der dieses Vorgehen in einer großen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz praktiziert, berichtet, daß immerhin drei Viertel der Familien dann vollständig zu einem Familienerstgespräch kämen.

In manchen Erziehungsberatungsstellen erhält die Sekretärin ein spezielles Training für den telefonischen Erstkontakt mit der Familie (z.B. Erziehungsberatungsstelle Erlangen; vgl. *Gerlicher* 1977, 38), oder sie übernimmt diese Arbeit (zunächst unter Supervision), nachdem sie zuvor eine therapeutische Kraft als Modell erlebt hat (Familienberatungs- und Behandlungsstelle im Psychotherapeutischen Zentrum Stuttgart-Sonnenberg; vgl. *Jellouschek* 1982, 162). Das Team der Erziehungsberatungsstelle, an der ich gearbeitet habe, entschloß sich, nach dem Vorbild des Heidelberger und Mailänder Teams, den telefonischen Erstkontakt selbst zu führen. Dazu übernahm jeweils ein Mitarbeiter eine Woche lang den Telefondienst für zwei fixe Stunden. Diese telefonischen Anmeldezeiten um die Mittagszeit wurden den Personen und Einrichtungen, die uns Klienten „zuwies“, bekanntgegeben, ferner wurden diese Anmeldezeiten durch Öffentlichkeitsarbeit in den regionalen Tageszeitungen bekannt. Rief eine Familie dennoch außerhalb dieser zweistündigen Anmeldezeit an, so erhielt sie den Hinweis, daß sie (bei einem Vormittagsanruf) noch am selben Tag oder (bei einem Nachmittagsanruf) gleich am nächsten Tag mit einem Berater ausführlich sprechen könne. Eine kontrollierte Statistik über drei Monate zeigte, daß alle so informierten Familien wieder zur Anmeldezeit anriefen.

Damit sind wir bei einem sehr wichtigen Punkt. Bei der Umstellung des Anmeldeverfahrens taucht in den Bedenken von kritischen, dem traditionellen Konzept der Erziehungsberatung verhafteten, aber auch in den eigenen Köpfen immer wieder die Befürchtung auf, damit werde die „soziale Schwelle“ der Beratungseinrichtung erhöht. Man sollte dies nicht einfach als Abwehrmechanismus und Ausfluß des Helfer-Syndroms abtun. Kontrollierte Statistiken zum Problem (*Heekerens & Henkelmann-Strickler* 1980, 42; *Team des Instituts für Beratung und Therapie von Eltern und jungen Menschen* 1978, 48) zeigen aber, daß die Anzahl der

Absagen, Terminverschiebungen oder des Nichterscheinens keine signifikanten Änderungen zwischen vorher und nachher aufweisen. Wie unsere fortlaufenden Jahresstatistiken ferner ausweisen, ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Veränderungen in der sozialen Zusammensetzung der Klientel.

Zu diesem Gelingen dürften neben anderen Faktoren zwei institutionelle Bedingungen eine wesentliche Rolle beitragen: zum einen die gleich noch näher zu betrachtende Art, wie der telefonische Erstkontakt geführt wird; zum anderen eine Umstellung der Arbeitszeit. Bei mindestens einem berufstätigen Familienmitglied und/oder einem schulpflichtigen Kind kommen als (fortlaufende) Termine für Familiengespräche oft nur der späte Nachmittag und der frühe Abend in Betracht. Auch wenn, v.a. für Familienerstgespräche, Ausnahmen möglich sind, so bedeutet familientherapeutisch zu arbeiten doch in der Regel eine Umstellung der Arbeitszeit (vgl. *Heekerens-Henkelmann-Strickler* 1980, 41; *Jellouschek* 1982, 163). Solche Veränderungen der Arbeitszeit auch über die im öffentlichen Dienst üblichen Gleitzeiten hinaus sind nicht nur an kleinen Beratungsstellen, sondern auch an großen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen, die familientherapeutisch arbeitende Berater haben, möglich (vgl. v. *Villiez* 1979, 44).

Ziele des Erstkontaktes

Der Therapeut hat zunächst einmal die, nicht auf familientherapeutisches Vorgehen beschränkte, Aufgabe, eine emotionale Beziehung zum Anrufer herzustellen. Was aber üblicherweise nur hinsichtlich eines sich selbst anmeldenden Klienten hervorgehoben wird, soll für jedes Mitglied der Familie, welches anruft (in den wenigsten Fällen ist es der Index-Patient selbst), gelten, ja auch für eine außerhalb stehende Person, die mit oder ohne Auftrag der Familie anruft (ehemalige Klienten, Lehrer, Sozialarbeiter). Durch ihren Anruf zeigen diese Personen, daß sie in gewisser Hinsicht Teil des Systems sind.

Eine weitere Aufgabe, die ebenfalls nicht familientherapiespezifisch ist, aber in ihrem Inhalt natürlich davon geformt, betrifft das Sammeln von Informationen zu diagnostischen Zwecken: Wer ruft an? Wer alles gehört zur Familie? Wer gilt als „Problem“? Wer sieht dies ebenso wie der Anrufer, wer hat vielleicht andere Anschauungen („für meinen Mann sieht das alles nicht so wild aus“)? Welche Ursachenerklärungen (und damit Schuldzuschreibungen) bestehen bereits? Welche Vorbehandlungen wurden wo mit welchem Erfolg bereits in Angriff genommen? Schließlich kann man schon beim telefonischen Erstkontakt wichtige Beziehungsmuster erfassen: „die Eigenart der Kommunikation, den Tonfall, Weinerlichkeit oder eine gebieterische Art, Auskünfte zu verlangen, sofortige Manipulationsversuche, um einen bestimmten Termin zu bekommen, den Versuch einer Rollenumkehr, so daß es scheint, als hätten die Therapeuten die Familie aufgesucht und nicht umgekehrt“ (*Selvini-Palazzoli* u.a. 1977, 21f.).

Eine weitere Aufgabe ist schon sehr spezifisch für familientherapeutisches Vorgehen. Schon im ersten Gespräch kann (und muß bis zu einem gewissen Teil) der Therapeut

die Sicht des Problems, so wie es vorgetragen wird, ändern. Die Änderung geht einmal in Richtung der Entlastung von einzelnen (oft präsentieren sich Mütter, die anrufen, in selbstanklägerischer Weise als „schuldig“), zum anderen dahin aufzuzeigen, daß wohl niemand in der Familie von dem Problem eines einzelnen nicht betroffen sei, und schließlich sollte angesprochen werden, daß die Familie in ihrer Gesamtheit mehr Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung hat als nur ein einzelner.

Ist schon dies ein Stück therapeutischer Arbeit, so nicht minder die Vereinbarung für ein gemeinsames Familienerstgespräch. Dies ist der erste und wohl entscheidende Vertrag in der Familientherapie.

Der Nachdruck, der auf ein gemeinsames Familienerstgespräch gelegt wird, könnte dem Mißverständnis Vorschub leisten, Familientherapie sei an ein ganz bestimmtes Setting, eben die vollständige Anwesenheit aller Familienmitglieder gebunden. Dies ist keineswegs der Fall: „Die jeweiligen (von der Familie und vom Therapeuten) verfolgten Therapieziele, die Gesamtsituation sowie die Phasen des therapeutischen Prozesses bestimmen, wann am zweckmäßigsten mit welchem System oder Untersystem (ganze Familie, Ehepaar, Individuum etc.) zu arbeiten ist.“ (*Stierlin* 1982, 98)

Montalvo & Haley (1977), beide sicherlich unverdächtig, Gegner einer systemischen Sichtweise zu sein, greifen unter dem Titel „Zur Verteidigung der Kindertherapie“ die auch unter Familientherapeuten weitverbreitete Ansicht an, „daß es sich um eine ‚altmodische‘ Methode handle, wenn nicht die ganze Familie im gleichen Raum zusammen ist“ (323). Nicht etwa, daß die Autoren nun nicht mehr die ganze Familie als Problemeinheit betrachteten und die Eltern in traditioneller Anschauung nur als Streßfaktoren oder „psychische Noxen“ in den Blick kämen! Aber da sie „in der Familientherapie eine Einstellung zu einem Problem, und nicht eine Behandlungsmethode“ (325) sehen, können sie aufzeigen, daß durch die Einbeziehung eines Therapeuten in das Familiensystem auch eine „klassische“ Kindertherapie mit begleitender Elternberatung geeignet sein kann, Veränderungen in der Gesamtfamilie herbeizuführen.

Die vollständige Anwesenheit der Familie ist für Familientherapeuten keineswegs immer und unter allen Umständen unerläßliche Voraussetzung für familientherapeutisches Vorgehen. Dennoch ist sich die Mehrzahl der Familientherapeuten darin einig, daß es in der Regel sinnvoll und notwendig ist, daß die Familie gerade zum Erstinterview vollständig erscheint. Zum einen, weil nur so wichtige diagnostische Fragen, wie sie nur durch die direkte Beobachtung familiärer Prozesse zu klären sind, beantwortet werden. Zum anderen, weil schon der Akt, als Familie gemeinsam zur Beratungsstelle zu gehen, therapeutisch bedeutsam ist. Schließlich zeigt die Erfahrung, daß man ganz gut zuerst mit der Gesamtfamilie, danach (auch) mit Teilsystemen arbeiten kann, diesen Prozeß aber umzukehren oft unmöglich ist (*Jellouschek* 1982, 161; *Wirsching* u.a. 1979, 1080).

Anforderungen an den Therapeuten beim Erstkontakt

Die wichtigste Anforderung an den Therapeuten beim familientherapeutischen Erstkontakt ist die, daß er das

Paradigma der Familientherapie wirklich bejaht und von der Notwendigkeit eines Familienerstgesprächs überzeugt ist (Jellouschek 1982, 161; Stierlin u.a. 1977, 66). Mir hat in schwierigen Gesprächssituationen zudem geholfen, daß ich mich sicher fühlen durfte in einem Team, das meine Ansichten teilt. Nur so denke ich sind mögliche Fehler zu vermeiden: sich von den Widerständen der Familie manipulieren zu lassen oder sich autoritär-rigide („Wenn Sie nicht alle kommen, melden Sie sich besser woanders an!“) zu verhalten. Ich denke, daß alles, was sonst noch an zu fordernden Fertigkeiten genannt wird (vgl. Jellouschek 1982, 161; Stierlin u.a. 1977, 65f.) bzw. sich aus den oben genannten Zielen ergibt, von dieser Grundanforderung abhängig und nur auf ihrem Boden zu leisten ist.

Veränderungen in der Teamstruktur

Es ist offensichtlich, daß all dies ohne Überforderung des einzelnen wohl nur gelingen kann, wenn nicht einzelne Mitarbeiter in der Ambulanz für Kinder und Jugendliche Familientherapie als *Methode* betreiben wollen, sondern wenn sich die Gesamtheit der Mitarbeiter, das therapeutische Team, zu dem man auch die sonst eher außenstehende Verwaltungskraft rechnen muß, sich im Sinne einer *Neuorientierung* auf Familientherapie ausrichtet (Gerlicher 1977, 44).

Dies bringt eine qualitativ andere Zusammenarbeit zwischen den aus unterschiedlichen Berufsgruppen stammenden Teammitgliedern, wie sie am deutlichsten in der kollegialen Life-Supervision zutage tritt, mit sich. Damit verbunden sind nicht nur Vorteile, sondern anfangs auch eine ganze Reihe von Unsicherheiten (jeder verläßt das aus der Berufssozialisation und Arbeitsrolle bekannte Terrain) und Ängste (die Arbeit jedes Mitarbeiters wird transparenter und damit auch kritisierbarer) mit sich. Aus unseren Erfahrungen empfehlen wir deshalb Teams, die sich zu einer solchen Umorientierung entschließen, für diese Zeit neben der Fach-Supervision für Familientherapie auch eine zeitweilige Supervision für die Dynamik im Team in Anspruch zu nehmen (Heekerens & Henkelmann-Strickler 1980, 42).

Familientherapeutische Arbeit des Gesamtteams verändert ferner die, oft durch Unterschiede in der Arbeitsanforderung legitimierte, hierarchische Struktur unter den Fachkräften einer Ambulanz (Gerlicher 1977, 45). Zu fragen ist, ob nicht Team-Leitung mit jährlich wechselndem „Vorsitz“ (Sprecher) einem familientherapeutisch arbeitenden Team angemessener ist als die noch vorherrschende Struktur mit einem Leiter.

Schließlich stellt sich angesichts weitgehender Angleichung der Arbeitstätigkeit, ohne daß dabei jeder einzelne seine spezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten verleugnen müßte, die Frage, wodurch unterschiedliche Besoldung eigentlich noch gerechtfertigt ist (Gerlicher 1977, 45f.; Jellouschek 1982, 168f.). Die in Stuttgart-Sonnenberg praktizierte Lösung, wonach alle Mitarbeiter denselben Honorarsatz ungeachtet ihrer beruflichen Ausbildung bekommen, ist nur bei freien Mitarbeitern möglich. Im kirchlichen und öffentlichen Dienst bedarf es längerfristig institu-

tionsüberschreitender Initiativen gegenüber dem jeweiligen Arbeitgeber und auch den Gewerkschaften.

Schlußfolgerungen

Die bisherigen Ausführungen legen die Annahme nahe, daß familientherapeutische Arbeit in der Ambulanz für Kinder und Jugendliche tiefgreifende Veränderung in der Arbeitsweise der gesamten Einrichtung nach sich zieht bzw. ohne diese wohl nur mäßige Chancen auf Erfolg hat (Gerlicher 1977, 45; Heekerens & Henkelmann-Strickler 1980, 41f.; Jellouschek 1982, 169). Solche Veränderungen hat es weder bei der Einführung der klientenzentrierten Spieltherapie (mit begleitender Elternberatung) oder verhaltenstherapeutischer Arbeit mit Kindern, Jugendlichen oder deren Bezugspersonen (einzeln oder in Gruppen) bedurft. Auch die Aufnahme von Angeboten wie Trainings für Eltern, Lehrer und Erzieher, die Erweiterung des Spektrums um soziotherapeutische und präventive Aspekte hat den Kern der „klassischen“ Erziehungsberatungskonzeption weitgehend unverändert gelassen.

Vermutlich sind mangelnde organisatorische „Passung“ mit dafür verantwortlich, daß familientherapeutische „Einzelkämpfer“ so häufig Schiffbruch erleiden bzw. ihre Arbeit marginal bleibt, und wahrscheinlich trägt auch die Scheu vor den institutionell-arbeitsorganisatorisch in Angriff zu nehmenden Veränderungen ein Großteil dazu bei, daß die „in der ‚klassischen‘, individuumszentrierten Erziehungsberatungstätigkeit verwurzelten Therapeuten/Berater ... sich nur schwer von ihrer Arbeitsweise lösen (können), wengleich gerade sie die Notwendigkeit einer familienzentrierten Arbeit besonders deutlich sehen, da die Therapie des Kindes bzw. ‚Indexpatienten‘ und eine getrennte Beratung der Eltern praktisch meist wenig erfolgreich ist“ (Gerhardt 1981, 278).

Vielleicht stehen Erziehungsberatungsstellen angesichts der Familientherapie auch an einem Scheideweg: sich entweder in konsequent familientherapeutisch arbeitende Ambulanzen i.S. eines „Familienzentrums“ (Jellouschek 1982, 169) zu entwickeln, womit therapeutische Angebote für einzelne Subsysteme nicht ausgeschlossen sind, oder sich auf ein eher pädagogisches Konzept zu gründen, von dem uns ein Entwurf kürzlich in dieser Zeitschrift vorgestellt wurde (Meile-Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung, 1982).

Summary

Some Institutional Aspects regarding Family Work with Outpatients within the Field of Child and Adolescent Psychiatry

With emphasis on work with out-patients within the field of child and adolescent psychiatry the author emphasizes that particular models as to what causes the referred patient's problems assert themselves in the way how initial contacts and first interviews come about. The presently most influential model still is the medical one which more or less

fixates the problem within the individual. Consequently the new systemic paradigm adopted by family therapists requires new models for the establishment of initial contact and following procedures.

Literatur

Ackermann, N.: Familientherapie, Theorie und Praxis. In: Biermann, G. (Hg.), Handbuch der Kinderpsychotherapie II. München-Basel: Reinhardt 1969, 666–677. – Amman, A.: Familientherapie – Ein Überblick über die wichtigsten neuen Entwicklungen (I). Psychologie heute, 6, 1979, 47–53. – Baethge, G.: Kindertherapie oder Familientherapie? Praxis 30, 1981, 159–165. – De Clerck-Sachße, R.: Einige Probleme von Familienberatung und Therapie im Kontext institutioneller Zielsetzungen. Praxis 27, 1978, 309–319. – Gerlicher, K. u.a. (Hg.): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Weinheim-Basel: Beltz 1977. – Gerlicher, K.: Familientherapie in der Praxis der „Städtischen Jugend- und Familienberatung Erlangen“. In: Gerlicher, K. u.a. (Hg.): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Weinheim-Basel: Beltz 1977, 25–46. – Hambrecht, M.: Wenn Helfer zu Komplizen werden. Psychologie heute, 9, 1982, 28–33. – Heekerens, H.-P. & Strickler-Henkelmann, S.: Von der herkömmlichen zur familientherapeutisch orientierten Beratung. Mitteilungen, 1980, 38–42. – Hoffmann, I.: Psychological versus medical psychotherapy. Professional Psychology, 1979, 571–579. – Jaeggi, E.: Psychotherapie in der Ambulanz: Was bestimmt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient? Psychologische Rundschau (im Druck). – Jellouschek, H.: Familientherapie – und die Folgen. Familiendynamik 7, 1982, 159–170. – Keupp, H.: Krankheitsbegriff und Normalität. In: Bastine, R. u.a. (Hg.) Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim-Deerfield Beach, Florida-Basel: edition psychologie 1982, 224–227. – Landesarbeitsgemeinschaft hessischer Erziehungsberatungsstellen: Familientherapie in der Erziehungsberatung. Frankfurt/M.: Selbstverlag 1978. – Meile, B. &

Frey, M.-H.: Educational Psychotherapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung. Praxis 31, 1982, 160–170. – Montalvo, B. & Hayley, J.: Zur Verteidigung der Kindertherapie. Familiendynamik 2, 1977, 322–340. – Neeral, T.: Probleme in Erziehungsberatungsstellen bei der Umorientierung kindzentrierter zu familienorientierter Beratungsarbeit. In: LAG hess. Erziehungsberatungsstellen (Hg.), Familientherapie in der Erziehungsberatung. Frankfurt/M.: Selbstverlag 1978, 26–32. – Pohlen, M.: Die Zukunft der Psychoanalyse. Psychologie heute, 5, 1978, 26–36. – Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer. Reinbek: Rowohlt 1977. – Schmook, C. u.a.: Verhaltensanalyse. In: Schraml, W. J. & Baumann, U. (Hg.), Klinische Psychologie II. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1974, 353–375. – Selvini-Palazzoli, M. u.a.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta 1977. – Stierlin, H.: Dynamische Familientherapie. In: Bastine, R. u.a. (Hg.), Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim-Deerfield Beach, Florida-Basel: edition psychologie 1982, 98–103. – Stierlin, H. u.a.: Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta 1977. – Strotzka, H. (Hg.): Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen: Erfahrungen, Forderungen, Fallbeispiele. München: Urban & Schwarzenberg 1980. – Team des Instituts für Beratung und Therapie von Eltern und jungen Menschen Wiesbaden: Darstellung der gegenwärtigen Arbeit mit Familien. In: LAG hess. Erziehungsberatungsstellen (Hg.), Familientherapie in der Erziehungsberatung. Frankfurt/M.: Selbstverlag 1978, 46–52. – Von Villiez, Th.: Eröffnungsschritte für eine familiendynamisch orientierte Enuresis-Therapie. Praxis 29, 1979, 43–46. – Watzlawick, P. u.a.: Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1980. – Wirsching, M. u.a.: Das Familienerstinterview. In: Heigl-Evers, A. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. 8 Zürich: Kindler 1979, 1080–1088.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Dr. Hans-Peter Heekerens, Institut für Psychologie der Technischen Universität Berlin, Dovesstraße 1–5, 1000 Berlin 10.