

Gehring, Thomas M.

**Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten
Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 6, S. 218-224

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29915

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>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<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>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<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>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistosopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<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>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<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>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>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
<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>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>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>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>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>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>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>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<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>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<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>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>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>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<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>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<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>Hobrücker, 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 (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71

Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21
<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

Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312
<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>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186

Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315

Literaturberichte: Buchbesprechungen

<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>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<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

Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie

Von Thomas M. Gehring

Zusammenfassung

Basierend auf einer Kritik der am medizinischen Störungsmodell sich orientierenden Individualdiagnostik wird aufgezeigt, wie, ausgehend vom Familienerstinterview, die Para-

digmakontroverse zwischen individuumzentrierten und systemischen Handlungsstrategien in der ambulanten Kinderpsychiatrie überwunden werden kann. Dabei sind die auf unterschiedlichen Epistemologien beruhenden Ansätze nicht alternativ anzuwenden. Auch ist darauf zu achten, daß beim

Praxis der Kinderpsychologie 32: 218–224 (1983), ISSN 0032-7034

© Vandenhoeck & Ruprecht 1983

Transfer der verschiedenen Störungskategorien inhomogene Gleichungen vermieden werden. Es empfiehlt sich, im Rahmen einer Familiendiagnose individuelle und interaktiv-kommunikative Aspekte unter Berücksichtigung von systemischen Regelprozessen zu erfassen. Eine solche Vorgehensweise schließt weder zusätzliche individualdiagnostische Untersuchungen grundsätzlich aus, noch impliziert sie a priori eine familientherapeutische Indikation. Des weiteren werden einige organisatorische und methodische Vorschläge bezüglich Durchführung und Auswertung des Familieninterviews gemacht. Eine solche Arbeitsweise erfordert eine hohe Fachkompetenz (Psychopathologie, System- und Familientheorie bzw. Familientherapie) und vermehrte Anstrengungen im Bereich der klinischen Ausbildung und Forschung.

Einführung in die Problemstellung

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter werden primär anhand von Interaktionen zwischen dem „gestörten“ Individuum und seinen Interaktionspartnern in Sozialisationssystemen wahrgenommen und vorwiegend von letzteren als solche definiert. Solche Wahrnehmungs- und Definitionsprozesse führen dann zur Anmeldung für eine kinderpsychiatrische Konsultation, welche meistens nicht durch den definierten Patienten erfolgt.

Das Verständnis für menschliche Interaktionen basiert auf einer Erfassung von Kommunikationsstrukturen und -prozessen, sofern man davon ausgeht, daß interaktive Verhaltensweisen auch als Kommunikation definiert und begründet werden können. Diese bildet somit nicht nur eine Manifestation von Interaktionen, sondern kann, ausgehend von einer theoretischen Konzeption, auch zum Verständnis derselben beitragen. Kommunikation wird im folgenden weder als lineares Reiz-Reaktions-Verhalten noch als wechselseitige kausal-lineare Beeinflussung verstanden, sondern auf der Ebene von systemischen Regeln zu erfassen versucht. Methodisch bedeutet dies, daß die an der Kommunikation beteiligten Familienmitglieder als Elemente eines Systems verstanden werden, wobei dessen Eigenschaften mehr als die Struktur der einzelnen Interaktionen umfaßt (Watzlawick *et al.*, 1969, S. 129f). In einem Familiensystem verlaufen diverse Prozesse simultan, ganzheitlich und zirkulär, so daß eine isolierte Begründung von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen die bestehende Komplexität nicht zu erfassen vermag (Selvini *et al.*, 1978).

Basierend auf der primären Sozialisation bildet das familiäre Kommunikationssystem für das Individuum einen bedeutenden Bezugsrahmen sowohl für den Erwerb der Grundformen seines sozialen Verhaltens als auch für seine Individuation. Familienbezogenes Denken und daraus resultierende klinische Handlungsstrategien gewinnen zunehmend an Relevanz für die Kinderpsychiatrie und -psychologie. Die verschiedenen methodischen Ansätze, welche die Familie als „psychologische Einheit“ definieren, basieren jedoch auf zum Teil sehr unterschiedlichen Theoremen, welche oft noch antagonistisch verfochten werden. Trotz der vielfältigen Unterschiede innerhalb dieses Paradigmas gibt es

wesentliche gemeinsame Faktoren. Nach Dorsch (1976, S. 184) basiert die gemeinsame Grundlage der verschiedenen Richtungen auf der Annahme, daß eine klinische Beeinflussung (auch Diagnose) auf der Ebene der Familie auch zu Änderungen im Erleben und Verhalten der einzelnen Familienmitglieder führen kann. Die reziproke Aussage hat ebenso Gültigkeit. Im Hinblick auf die Diagnostik, beziehungsweise auf mögliche daraus abzuleitende therapeutische Interventionen, ist eine optimale Berücksichtigung der Beeinflussungszusammenhänge zwischen Individuum und Familie anzustreben.

Die sozialwissenschaftliche Relevanz des medizinischen Störungsmodelles

Der klassische medizinische Störungsbegriff orientiert sich an naturwissenschaftlich-materialistischen Modellen und hat berechtigterweise in vielen somatischen Anwendungsbereichen eine grundlegende Bedeutung. Bewegen wir uns aber im Bereich von kinderpsychiatrischen und psychosomatischen Störungen, können Verunsicherungssituationen entstehen bei der konzeptuellen Integration von somatischen und psychosozialen Faktoren. Die notwendige interdisziplinäre Beurteilung derselben führt oft zu Kompetenzkonflikten und Verständigungsschwierigkeiten, welche auf der Ebene von gegenseitigen Vorurteilen infolge unterschiedlicher Ausbildungsidentität der verschiedenen fachlichen Mitarbeiter sowie institutioneller und organisatorischer Strukturen begründet werden können (Gehring, 1982 a). Das von Herzka (1981, S. 195f) vorgeschlagene gemeinsame wissenschaftliche Gespräch zwischen Vertretern der zahlreichen therapeutischen Schulen, um die Probleme der Indikation und Integration zu lösen, bildet einen wichtigen Faktor für die Überwindung der heute noch bestehenden Paradigmakontroverse.

Psychotherapeutische Indikationen werden in der Klinik aufgrund von Diagnosen gestellt. Diese wiederum basieren auf psychopathologischen Störungsmodellen und Hypothesen, welchen unterschiedliche Epistemologien zugrunde liegen. Eine Steigerung der Effizienz von klinischen Handlungsstrategien bedarf einer sozialwissenschaftlichen Fundierung und Erweiterung bisheriger Störungskategorien. Dabei ist es von Bedeutung, daß operationalisierbare systemtheoretische Konzepte in der Kinderpsychiatrie vermehrt zur Anwendung gelangen und auch im Bereich der Forschung mehr berücksichtigt werden.

Als wesentlicher Kritikpunkt am medizinischen Denkmodell als konzeptuellem Raster für die Diagnostik von kinderpsychiatrischen Störungen muß erwähnt werden, daß dieses ein Vorgehen begünstigt, nach welchem auch somatisch nicht begründbare (z. B. sozialisationsabhängige) Problemfaktoren, analog zu organmedizinischen Pathologievorstellungen, anhand individuumzentrierter Kategorien verstanden werden. Die Implikationen eines solchen Erklärungsansatzes führen dann dazu, daß von einer bestimmten Norm abweichende Verhaltensweisen eines Patienten vorzugsweise mit in ihm tieferliegenden Ursachen begründet werden.

Keupp (1974, S. 122) erwähnt, daß psychopathologische Begriffe in ihrer individuumzentrierten Anwendung identisch seien mit den Kategorien der medizinischen Pathologie, welche zwischen „gesund“ und „krank“ differenziert.

Am Beispiel von unterschiedlichen interaktiv-kommunikativen Strukturen in verschiedenen Sozialisationssystemen kann gezeigt werden, wie das gleiche Verhalten eines Sozialisanden in Abhängigkeit zu den jeweiligen Normen, je nachdem als normal oder gestört beurteilt wird (Gehring, 1982 b). Becker (1973, S. 8) geht davon aus, daß gesellschaftliche Subsysteme abweichendes Verhalten konstruieren können, indem sie Regeln aufstellen, deren Übertretung Devianz konstruiert (labeling approach, Reaktionstheorien). Bezogen auf das familiäre Sozialisationssystem können entsprechende Verhaltensstörungen nicht ausschließlich mit Regelüberschreitungen beziehungsweise daraus resultierenden inner- und außerfamiliären Sanktionen erklärt werden. In Familiensystemen mit störungsinduzierenden Transaktionsmustern lassen sich Regeln feststellen, die, indem sie nicht überschritten werden, symptomatische Störungen bei einem Indexpatienten hervorrufen (Watzlawick, Weakland et al., 1980).

Trotz der zunehmenden Anerkennung sozialer und familialabhängiger Determinanten von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, werden diese implizit oft noch zu einseitig anhand individuumzentrierter Diagnosekriterien zu objektivieren versucht. Eine a priori Differenzierung zwischen am Individuum sich manifestierender Symptomatik und eigentlicher Störung im Sinn einer modellhaften Konstruktion eines Kausalnexus zwischen spezifischen Erlebens- und Verhaltensweisen und deren somatischen und/oder intrapsychischen Basis kann sich als inadäquat erweisen (Lorenzer, 1973, S. 50). Watzlawick verwendete im Zusammenhang mit seiner Kritik solcher Vorgehensweisen anlässlich einer Gastvorlesung („Kriterien der Wirklichkeit“) am 19.6.1982 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich den Ausdruck „*Psychopathologie der Psychopathologie*.“ Diesbezüglich erwähnt Keupp (1974, S. 128), daß das „Sprachspiel der Psychopathologie“ nicht nur eine deskriptive Funktion hat, sondern ätiologische (linear-kausale) Vorannahmen miteinschließt, welche der zu behandelnden Komplexität oft nicht gerecht werden kann. Der Transfer von Pathologiemodellen in den Bereich des sozialen Handelns ist deswegen so leicht möglich, weil das Individuum zugleich als Organismus und Subjekt definiert werden kann (Herriger, 1979). Dies bildet mit ein Grund, weshalb medizinische und individualpsychologische Konzeptionen, im Gegensatz zu systemorientierten (familienbezogenen), auf klinischer Ebene so großen Einfluß gewannen.

Patient und Familie

In der klinischen Praxis kann man nicht davon ausgehen, daß sich eine Familie als „Patient“ definiert und auf dieser Grundlage dann um Hilfe nachsucht. In der Regel gestaltet es sich so, daß der Kontakt zu einer Familie auf die Eltern (oft die Mutter) und den angemeldeten Patienten (u. U. Symptomträger) beschränkt bleibt. Informationen über das

Familiensystem können somit nur indirekt aufgenommen werden (z. B. Familienzeichnung, Familienanamnese). Die diagnostische Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beinhaltet in besonderem Maße die Erfassung der Leistungsfähigkeit, Probleme, Störungen und des Leidensdruckes des angemeldeten Patienten. Ausgehend von individualdiagnostischen Verfahren kann ein erhöhtes Risiko entstehen, diesen in seiner Rolle noch zu verstärken oder umgekehrt ist es möglich, daß ein Untersucher infolge beschützender Parteilichkeit gegenüber andern Familienmitgliedern in einen Loyalitätskonflikt gerät. Auf der andern Seite können bei einer ausschließlichen familienbezogenen Diagnostik individuelle Aspekte auf Kosten der angestrebten „Allparteilichkeit“ vernachlässigt werden.

Es ist empirisch evident, daß bei einem oder mehreren Familienmitgliedern symptomatische Erlebens- und Verhaltensweisen im Kontext von im Familiensystem vorfindbaren Regeln auftreten können oder sich im Zusammenhang mit solchen verfestigt haben. Individuumzentrierte klinische Handlungsstrategien können sich, bezogen auf das Familiensystem, vor allem dann als kontraindiziert erweisen, wenn dieses nicht einer direkten Beobachtung und Beeinflussung zugänglich ist. So zum Beispiel ist es möglich, daß ein Veränderungswiderstand einer Familie eine erhöhte Bereitschaft auslöst, störungsinduzierende Regelstrukturen noch in verstärktem Maße aufrechtzuerhalten. Praktisch bedeutet dies, daß es einem Kind oder Jugendlichen (Indexpatient) nicht möglich ist, seine Symptome „aufzugeben“, ohne daß ein anderes Mitglied seine Patientenrolle „übernimmt“, weil die Familie im Sinne einer Homöostase die bestehende Regelstruktur nicht verändert. Bezugnehmend auf solche Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge empfiehlt Buddeberg (1980, S. 125) eine Differenzierung zwischen Störungstyp und strukturellen Merkmalen eines Familiensystems vorzunehmen. Es ist jedoch grundsätzlich davon auszugehen, daß eine individuelle Symptomatik, wie immer sie auch differentialdiagnostisch begründet wird, stets auch eine interaktiv-kommunikative und somit soziale Realität bildet. Bezogen auf die Familie bedeutet dies, daß zwischen individuellen Störungen und Regeln im Familiensystem eine zirkulärwirkende Beeinflussungsdynamik besteht. Diese kann erst mittels noch neu zu schaffenden Diagnosekriterien in ihrer Komplexität widergegeben werden. Der Fokus einer solchen Betrachtungsweise richtet sich dann nicht mehr vorwiegend auf den Patienten, sondern berücksichtigt vermehrt die interaktiv-kommunikative Regelstruktur in einem systematischen Kontext. Somit wird es möglich, das am medizinischen Modell sich orientierte diagnostische Störungskonzept mittels familienbezogenen Kriterien so zu erweitern, daß nicht mehr primär das „kranke“ Individuum als ein Korrelat von medizinischen und psychosozialen Komponenten im Zentrum der Untersuchung steht.

Zur Überwindung der Ursachen-Reaktions-Kontroverse

Eine wissenschaftsideologisch bedingte Ausschließlichkeit in der Verfechtung individuumzentrierter beziehungsweise systemorientierter Handlungskonzepte, welche ja auf ver-

schiedenen Epistemologien basieren, hat in beiden Fällen schwerwiegende Konsequenzen für die zu behandelnden Patienten. Während erstere Betrachtungsweise die gesellschaftliche Relevanz verstärkender und/oder konstituierender Faktoren, wie Stigmatisierungs- oder Sündenbockstrategien (Goffman, 1967, Vogel et al., 1969), von psychischen Störungen zu wenig berücksichtigt, läßt sich die rein systemische Perspektive insofern nicht verantworten, als auf diese Weise die medizinische Verantwortung (Diagnose organischer Störungen, z. B. Infantiles Psychoorganisches Syndrom) nicht mehr ausreichend wahrgenommen werden kann. Gerade der Gewichtung dieser beiden Faktoren ist im Rahmen der Kinderpsychiatrie große Bedeutung beizumessen, werden doch in diesem Fachgebiet Personen (Patienten und weitere Familienmitglieder) mit den verschiedensten Störungsbildern, Problemen und Anliegen mittels klinischer Interventionen erfaßt. So schreibt dann auch Klessmann (1982, S. 148), daß das „Entweder-oder-Favorisieren“ der beiden Paradigmen ein theoretisches Konstrukt sei, welches sich in der Praxis faktisch nicht bewährt.

Ruether (1975) verweist darauf, daß sich die Ausschließlichkeit dieser beiden Konzeptionen überwinden läßt, wenn man zwischen Handlungsdisposition, -produktion und -definition differenziert. Während unter der Handlungsdisposition die klinisch nachweisbaren medizinisch-psychologisch objektivierbaren Störungsfaktoren eines Individuums zu subsumieren sind, umfaßt die Handlungsproduktion die sozialisationsabhängigen und biographischen Rahmenbedingungen für die Entstehung und Aktualisierung der problematischen Verhaltensweisen. Die Definition und Beurteilung dieses Verhaltens im Sozialisationssystem kann als Handlungsdefinition bezeichnet werden. Obengenannte Aspekte störungsinduzierender Faktoren dürfen nicht kausal-linear zueinander in Bezug gesetzt werden und sind im besonderen unter Berücksichtigung systemischer Kriterien der Familie zu verstehen. Es ist offensichtlich, daß eine solche Konzeption noch kein theoretisch geschlossenes und empirisch gesichertes Erklärungsmodell liefern kann und somit vorerst einmal heuristischen Wert aufweist. Sie ermöglicht jedoch, eine „individuelle“ Symptomatik differenzierter zu erfassen, indem man auch eruiert, welche familialen Mechanismen die spezifische Entwicklung und den Zustand eines als „gestört“ definierten Sozialisanden beeinflussen, beziehungsweise inwieweit permanente, zirkuläre Faktoren auf der Ebene der familialen Kommunikation für deren Entstehung und Aufrechterhaltung sowie für das Familiensystem von Bedeutung sind (Kaufmann, 1972).

Eine entsprechende Relativierung individualdiagnostischer Beurteilungskriterien für am Individuum sich manifestierende psychische Störungen führt zur vermehrten Anwendung von klinischen Handlungsstrategien, welche eine direkte beobachtbare Erfassung des familialen Sozialisationssystems eines Patienten beinhalten. Diesbezüglich gilt es eine „Familienpathologie“ als Klassifikationssystem zu begründen, die individuelle (auch somatische), interaktionistische und systemische Kategorien umfaßt. Dabei sollte besonders auf die Problematik der Übertragung individueller Pathologiebegriffe auf die Familie als Sozialisationssystem geachtet werden, da sonst ein erhöhtes Risiko entsteht, beim

Synthetisieren von individuellen Diagnosen mit Familienkonflikten inhomogene Gleichungen zu machen (Brenghmann, 1967).

Institutionelle und organisatorische Aspekte

Die Organisation von Psychiatrischen Kliniken, Polikliniken und ähnlichen Institutionen, in ihrer Differenzierung nach speziellen Alters- und Störungsgruppen und spezifischen therapeutischen Angeboten bildet oft Erschwernisse, die Familie als System zu erfassen (Howells, 1978). Des weiteren hat sich eine eigentliche Familienpsychiatrie als auch integrierter Bestandteil der Kinderpsychiatrie auf institutioneller Ebene weder ausbildungs- noch forschungsmäßig angemessen etablieren können. Die Kinderpsychiatrie wäre jedoch aufgrund ihrer Infrastruktur und interdisziplinären Vielfalt sowie ihres Patientengutes besonders geeignet, um diesbezüglich einen wesentlichen Beitrag zu leisten. Um dies zu erreichen, ist es primär notwendig, die im weiteren aufgeführten organisatorischen und arbeitstechnischen Vorkehrungen zu treffen, welche eine familienorientierte Diagnostik ermöglichen.

Schon beim Erstkontakt im Rahmen der Anmeldung, welcher oft telefonisch erfolgt, muß versucht werden, den Anrufer für eine Konsultation mit der Familie zu motivieren. Dies ist eine schwierige, strategische Aufgabe, mit welcher eine Sekretärin ohne spezifische Fachkenntnisse überfordert ist (Stierlin et al., 1977, S. 64 ff). Unter solchen Umständen sollte sie sich darauf beschränken, den Anmeldungsgrund und spezifische Angaben betreffend der Familie (z. B. Kinderzahl) aufzunehmen, damit dann anschließend die geeigneten Fachkräfte die Einladung, wenn möglich schriftlich, vornehmen können. Dabei empfiehlt es sich, der Familie angemessene Terminvorschläge (evtl. Ausweichdaten) zu unterbreiten, welche sie dann noch zu bestätigen hat. Jellouschek (1982, S. 160) erwähnt, daß es grundsätzlich gelingen sollte, daß alle im selben Haushalt wohnenden Familienmitglieder am Erstinterview teilnehmen und man diese für eine Mitarbeit gewinnen kann.

Auf institutioneller Ebene muß der Rahmen der interdisziplinären Arbeit insofern modifiziert werden, als der konventionelle Untersuchungsablauf (Entwicklungs- und Familienanamnese, Körper- und Psychostatus) mit anschließender Individualdiagnose vor der Behandlung nicht mehr routinemäßig und zwangsläufig in dieser Reihenfolge durchzuführen ist. So können fallspezifisch, aufgrund der Resultate im Familienerstinterview, individuumzentrierte Testverfahren zugunsten einer Prozeßdiagnose (Erfassen der interaktiv-kommunikativen Struktur des Familiensystems) in den Hintergrund rücken oder sich sogar als kontraindiziert erweisen. Eine solche Vorgehensweise läßt sich in einer kinderpsychiatrischen Poliklinik erst dann erfolgreich gestalten, wenn die verschiedenen Mitarbeiter aufgrund ihrer methodischen (Familien- und Systemtheorien) und klinischen (Psychopathologie, Familienpathologie) Kenntnisse untereinander einen praktikablen Konsensus finden. Dies

wiederrum setzt ausbildungsmäßig einen hohen Standard voraus (Mattejat, Remschmidt, 1981), der sich dann auch im Bereich der Wahrnehmung und Delegation von Verantwortung (Hierarchiestruktur) über die Berufsgrenzen niederschlagen sollte. Ein weiterer wichtiger Faktor für eine fundierte familienbezogene klinische Diagnostik bildet die Supervision (v. a. Live-Supervision), welche zwar personalintensiv, jedoch unerlässlich ist, um eine überprüfbare, kompetente Arbeitsweise zu gewährleisten.

Aufbau und Durchführung des Familienerstinterviews

Unmittelbar vor dem Beginn des Familiengesprächs sollte man den Eltern einen Fragebogen zur Beantwortung geben. Dieser dient zur Erhebung folgender Informationen über die Familie beziehungsweise ihre Herkunftsfamilien:

- Anzahl Familienmitglieder (Zivilstand, Geburts- evtl. Todesjahr, Dauer der Ehe bzw. Partnerschaft)
- Staatsangehörigkeit, Konfession
- Schul- und Berufsbildung (heutige Stellung)
- Schwere Krankheiten (bereits behandelte psychische Störungen)

Anschließend bittet man die Familie, sich im Sitzungszimmer einzufinden. Der Untersuchungsleiter informiert nun die Anwesenden über die Rahmenbedingungen und Formalitäten seines Vorgehens. In einem weiteren Schritt unterrichtet er sie über seinen Wissensstand von der Familie beziehungsweise über das bisherige Anmeldeprozedere. Dies ist insofern von Bedeutung, als schon von Beginn an versteckte Koalitionen verhindert werden müssen. Nun kann das eigentliche Interview beginnen. Dabei ist es außerordentlich wichtig, daß man wie die Heidelberger Gruppe (Stierlin et al.) und die Mailänder Gruppe (Selvini et al.) das Interview deutlich strukturiert und interaktiv-kommunikative Prozesse und Regeln sichtbar machen kann. Fragen nach der Ursächlichkeit oder solche, die das Symptom an sich betreffen, begünstigen individuumzentrierte, kausal-lineare Erklärungsmuster und erhöhen zudem das Risiko für Attribuierungs- beziehungsweise Stigmatisierungsstrategien seitens einzelner Familienmitglieder und sollten deshalb, wenn möglich, nicht gestellt werden. Des weiteren ist es problematisch, wenn der Sitzungsleiter zu diesem Zeitpunkt (Exploration) Interpretationen und Stellungnahmen vornimmt. Zudem ist es von Bedeutung, daß man graduelle Unterschiede erfragt. Auf diese Weise wird es möglich, unspezifische Antworten wie „ich weiß nicht“ oder „alle gleich“ weiter zu differenzieren (Selvini et al., 1981). Zur Überwindung von Widerständen empfiehlt es sich auch, triadische und hypothetische Fragen zu stellen. Bei einer triadischen zum Beispiel fragt man die Tochter, wie sich die Mutter verhält, wenn der Vater etwas bestimmtes tut. Somit wird schon allein durch die Fragestellung wesentliche Information abgegeben (Differenzierung: Selbst-, Fremd- und geglaubte Fremdwahrnehmung). Hypothetische Fragen eignen sich zur Eruiierung des Stellenwertes eines individuellen Störungsbildes für die Aufrechterhaltung einer bestimmten Regelstruktur in einem Familiensystem beziehungsweise umgekehrt. Eine solche

Frage könnte sinngemäß wie folgt lauten: „Was würde sich in ihrer Familie ändern, wenn der Patient seine Symptome aufgeben würde?“

Grundsätzlich ist die Befragung zirkulär durchzuführen. Unter Berücksichtigung der erwähnten methodischen Hinweise sollten in der ersten Sitzung, wenn möglich, Fragen zu folgenden Punkten gestellt werden:

- Ereignisse betreffend Überweisung und Anmeldung beziehungsweise Motivation der Familie
- Problemdefinition der anwesenden Familienmitglieder
- Bisherige therapeutische und andere institutionelle Kontakte und Bemühungen zur Behandlung der angegebenen Problematik
- Situation in der Familie und den Herkunftsfamilien bevor das Problem auftrat
- Erfolgte Beziehungsänderungen seit dem Auftreten der als Problem definierten Störungen und Konflikte
- Frühere und heutige Stellung der Kindseltern in ihrer Herkunftsfamilie
- Art und Weise, wie sich die Kindseltern kennenlernten, beziehungsweise wie sie sich entschieden, zu heiraten und Kinder zu bekommen
- Änderungen, die sich nach der Geburt der einzelnen Kinder ergaben

Am Ende des Interviews gibt man den Familienmitgliedern noch die Möglichkeit, selber Fragen zu stellen oder bis anhin nicht erwähnte Anliegen zu äußern. Anschließend an dessen unmittelbare Auswertung können seitens des Teams erste Hypothesen gebildet sowie das weitere Vorgehen geplant und der Familie in geeigneter Form mitgeteilt werden. Ein solches Erstgespräch dauert in der Regel 1 1/2 Stunden.

Auswertung und klinische Konsequenzen

Außer qualitativ-interpretativen Verfahren gibt es für die Untersuchung von Familiensystemen bis anhin wenig methodisch gesicherte, praktikable Vorgehensweisen (Brunner et al., 1982). Dementsprechend ist man vorläufig noch darauf angewiesen, einzelne Transaktionsmuster in ihrer Ursachen-Wirkungs-Dynamik zu erkennen und zu begründen (Guntern, 1981). Prozesse menschlicher Kommunikation weisen einen Inhalts- und Beziehungsaspekt auf, welche jedoch im Falle von psychischen Störungen oft nicht kongruent sind (Watzlawick et al., 1969). Für die Erfassung von Familienkonflikten ist es von grundlegender Wichtigkeit die Kommunikations- und Beziehungsstrukturen beziehungsweise deren Wirkungszusammenhänge zu eruieren. In der Praxis erweist es sich als angezeigt, die nachfolgenden von Kaufmann (1972, S. 91 ff) zusammengestellten und klinisch geprüften Diagnosekriterien für die Beurteilung von Kommunikationsstörungen in Familiensystemen zu verwenden:

- Rigide Kommunikationsstruktur (keine Metakommunikation)
- Divergente Logik im interpersonellen Kommunikationsablauf (paradoxe Kommunikation, Doppelbindungen)

- Divergenz zwischen digitaler (verbale Botschaften) und analoger (nonverbale Botschaften) Kommunikation
- Divergierende Interpunktion von Kommunikationsabläufen
- Asymmetrische Kommunikation
- Kommunikationsabbruch

In Ergänzung dazu sollten für die differenzierte Beurteilung der Beziehungsebene noch zusätzliche Kriterien angewendet werden. Dabei scheinen folgende, teilweise in der neueren wissenschaftlichen Literatur begründeten Kategorien für die Erfassung der Systemstruktur und -dynamik von grundlegender Bedeutung zu sein:

- Qualifikationen/Disqualifikationen, Harmonisierung/Konfliktbetonung
- Bindung/Separation, Grenzverwischung/Abgrenzung, Nähe/Distanz, Individuation/Symbiose
- Rollenflexibilität/Rollenrigidität, Symmetrie/Komplementarität (Dominanz, Unterwerfung)
- Introversion/Extraversion
- Altruismus/Egoismus

Um verbindliche diagnostische Aussagen und Hypothesen zu formulieren, ist es unerlässlich, daß anhand von interaktiv-kommunikativen Prozessen und Beziehungsmustern Regelstrukturen aufgedeckt werden können. Darauf aufbauend ist dann zu begründen, sofern die als Anmelungsgrund angegebene oder sonst eine Störung anzunehmen ist, inwieweit diese durch spezifische Eigenschaften des Familiensystems beeinflusst wird, beziehungsweise dieses beeinflusst. Je nachdem sind noch weitere Konsultationen mit der Familie angezeigt, und/oder es bedarf zusätzlich der Durchführung individuumzentrierter Untersuchungsverfahren. Letztere werden mit Vorteil von einem bis anhin nicht involvierten Untersucher (Arzt, Psychologen) durchgeführt. Was eine anschließende therapeutische Intervention betrifft, impliziert die Durchführung von diagnostischen Familiengesprächen weder zwangsläufig noch ausschließlich eine therapeutische Intervention auf der Ebene der Familie. Auch *Stierlin et al.* (1977, S. 11f) erwähnen, daß bei einer allfälligen Familientherapie die Arbeit mit einem oder mehreren Subsystemen oder eine Individualtherapie adäquat sein kann. Was letztere betrifft, ist diese, vor allem wenn sie gleichzeitig stattfindet, mit Vorteil nicht von einem bereits in der Familie engagierten Psychotherapeuten durchzuführen, da sonst dessen Integrität und Loyalität in Frage gestellt werden könnte.

Durch eine systembezogene primäre Diagnostik anhand von Familiengesprächen wird schon von Beginn an verhindert, daß sich der Konfliktfokus vorwiegend auf den definierten Patienten richtet. Des weiteren wird die Familie in ihrer Verantwortlichkeit für das Kind oder den Jugendlichen „angesprochen“ (keine Delegation von Verantwortung). Auch können mögliche Koalitionen und Loyalitätskonflikte besser erfaßt und kontrolliert werden. Zudem läßt sich eruieren, inwiefern die nicht als Patienten definierten Familienmitglieder Störungsdispositionen oder Störungen aufweisen, beziehungsweise deren Zusammenhang mit interaktiv-kommunikativen Regelprozessen (*Bachmann, 1978*).

Durch die direkte Beobachtung des Familiensystems wird es möglich, die notwendigen Interventionen unmittelbar und direkt vorzunehmen und für alle Familienmitglieder verbindlich zu deklarieren.

Schlußbemerkung

Aufgrund der bisherigen Ausführungen könnte der Eindruck entstehen, eine erste kinderpsychiatrische Konsultation sei a priori auf der Ebene der Familie durchzuführen. Daß dies nicht der Fall sein muß, zeigt sich schon in der täglichen Praxis, so zum Beispiel bei der Ausübung von gutachtlichen oder konsiliarischen Funktionen, sowie bei Familien, deren Mitglieder nicht zusammenleben (infolge Scheidung, Heimeinweisung usw.), beziehungsweise bei grundsätzlich motivationalen Problemen derselben. Unter solchen Bedingungen stößt man auf strukturelle Voraussetzungen, welche den Rahmen der in dieser Arbeit erörterten Probleme überschreiten. In Anbetracht der äußerst vielfältigen Störungen und Fragestellungen, die im Bereich der ambulanten Kinderpsychiatrie behandelt werden, müssen noch Anstrengungen unternommen werden zur Erforschung von Indikations- und Auswertungskriterien für das systemorientierte Familienerstgespräch als Grundlage für diagnostisches und therapeutisches Handeln. Diesbezüglich ist es von Bedeutung, die vielfältigen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen individuellen Symptomen und den Systemen, in denen sie auftreten, weiter zu differenzieren.

Summary

The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnostics in Ambulant Child Psychiatry

The medical concept of the individual diagnosis of psychiatric disturbances is evaluated. The initial family interview is a means to overcome the controversy between two diagnostic concepts, one of which is centered around the individual, whereas the other is centered around the family system. It is emphasized that the two concepts should not be used as mutually excluding alternatives but as integrated parts of diagnostics in child psychiatry. The initial family interview serves to form the diagnostical hypothesis which does not necessarily imply a family therapy, nor does it exclude additional individual diagnosis. Practical suggestions are made, how to improve diagnostics under the above mentioned aspects.

Literatur

- Bachmann, P.* (1978): Das Familienerstinterview in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. S. 152–162. – *Becker, H.S.* (1973): Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt a/M: Fischer. – *Bengelmann, J.C.* (1967): Bedingte Reaktionen, Lerntheorien und Psychiatrie. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 1, Berlin: Springer. – *Brunner, E.J., et al.* (1982): Interaktionsanalyse in der systemorien-

- tierten Familientherapie. In: Familiendynamik. S. 129–138. – *Buddeberg, B.* (1980): Indikation zur Familientherapie in der Kinderpsychiatrie. In: Familiendynamik. S. 125–139. – *Dorsch, F.* (1976): Psychologisches Wörterbuch, Bern: Huber. – *Gehring, T.M.* (1982 a): Zur Psychopathologie der nichtärztlichen Psychotherapie. In: Bulletin der Schweizer Psychologen. S. 209–212. – *Gehring, T.M.* (1982 b): Identitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter unter Berücksichtigung der Familie als Sozialisationssystem. Psychol. Diss., Universität Zürich. – *Goffman, E.* (1967): Stigma. Über die Technik der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a/M: Suhrkamp. – *Guntern, G.* (1981): Die Transformation von Humansystemen. Brig: ISO-Stiftung. – *Herringer, N.* (1979): Verwahrlosung. Eine Einführung in Theorien sozialer Auffälligkeit. München: Juventa. – *Herzka, H.S.* (1981): Fehdehandschuh begraben! (Editorial). In: Acta Paedopsychiatrica. S. 195–196. – *Howells, J. G.* (1978): Familienpsychotherapie. München: Reinhardt. – *Jellouschek, H.* (1982): Familientherapie – und die Folgen. In: Familiendynamik. S. 159–170. – *Kaufmann, L.* (1972): Familie, Kommunikation und Psychose. In: Aktuelle Probleme in der Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie. – *Keupp, H.* (1974): Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: „Medizinisches Modell“ und mögliche Alternativen. In: *Kraiker, C.* (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler, S. 117–148. – *Klessmann, E.* (1982): Möglichkeiten und Probleme der Integration einzel- und familientherapeutischer Ansätze: ein Erfahrungsbericht! In: Familiendynamik. S. 139–149. – *Lorenzer, A.* (1973): Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder Sprache und Interaktion. Frankfurt a/M: Surkamp. – *Mattejat, F., Renschmidt, H.* (1981): Übungseffekte bei der Beurteilung von Familien. Voruntersuchung zur Entwicklung eines familiendiagnostischen Trainingsprogrammes. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. S. 317–33. – *Ruether, W.* (1975): Abweichendes Verhalten und labeling approach. Köln: Heymanns. – *Selvini, M. et al.* (1978): Der entzauberte Magier. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Selvini, M. et al.* (1981): Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. In: Familiendynamik, S. 123–139. – *Stierlin, H. et al.* (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Vogel, E. F., Bell, N. W.* (1969): Das gefühlsgestörte Kind als Sündenbock in der Familie. In: Bateson, G. et al. (Hrsg.): Schizophrenie und Familie. Frankfurt a/M: Suhrkamp, S. 245–273. – *Watzlawick, P. et al.* (1969): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber. – *Watzlawick, P., Weakland, J. H.* (Hrsg.) (1980): Interaktion. Bern: Huber.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Thomas M. Gehring, Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Freiestr. 15/16, Postfach 139, CH-8028 Zürich.