

Heekerens, Hans-Peter

Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 4, S. 126-133



Quellenangabe/ Reference:

Heekerens, Hans-Peter: Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 4, S. 126-133 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8176 - DOI: 10.25656/01:817

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8176>

<https://doi.org/10.25656/01:817>

in Kooperation mit / in cooperation with:



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

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz
Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

36. Jahrgang / 1987

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle

Von Hans-Peter Heekerens

Zusammenfassung

Von familientherapeutischer und gemeindepsychologischer Seite erfährt die Arbeit an der Erziehungsberatungsstelle (EBSt) derzeit die meisten Anregungen. Während eine familientherapeutische Arbeit mit der Gefahr verbunden ist, die EBSt in eine Institution „zweiter Instanz“ zu transformieren, wird ihr Charakter als Dienst „erster Instanz“ von seiten der Gemeindepsychologie eigens betont. Am Beispiel Wartezeit, die derzeit wohl noch immer länger als ein Monat ist, und der Krisenintervention wird gezeigt, daß familientherapeutische Arbeit in der EBSt Forderungen erfüllen kann, wie sie von gemeindepsychologischer Seite zu Recht erhoben werden.

Einleitung

An anderer Stelle (Heekerens, 1986) wurde auf die Gefahr hingewiesen, daß familientherapeutische Arbeitsweise in der Erziehungsberatungsstelle (EBSt) diese von einem Dienst „erster Instanz“ zu einer Einrichtung „zweiter Instanz“ transformieren könne. Zugleich wurde die von M. Selvini Palazzoli (1983) erhobene Warnung vor einer solchen Entwicklung wiederholt. Im nachfolgenden soll gezeigt werden, daß familientherapeutische Arbeit keineswegs mit sachlicher Notwendigkeit in Richtung auf eine Institution „zweiter Instanz“ führen muß, sondern im Gegenteil den Charakter der EBSt als eines Dienstes „erster Instanz“ stärker hervortreten lassen kann. Gezeigt werden soll dies an den Beispielen „Warteliste“ und „Krisenintervention“. In der Bundesrepublik wird die Notwendigkeit, die EBSt als Dienst erster Instanz zu begreifen, vor allem von gemeindepsychologischer Seite erhoben. Deshalb werden abschließend Berührungspunkte einer familientherapeutisch und gemeindepsychologisch orientierten Arbeitsweise der EBSt aufgezeigt.

Familientherapie und Wartezeit

Das Problem der Wartezeit in der EBSt ist ein altes (vgl. zusammenfassend Smid & Armbruster, 1980, 30). Wartezeiten können auftreten zwischen Anmeldung und

Erstgespräch, Erstgespräch und diagnostischen Maßnahmen, Auswertungsgespräch und Behandlungsbeginn. Über bestehende Wartezeiten an EBStn, definiert als Zeit zwischen Anmeldung und Erstgespräch und/oder kontinuierlicher Betreuung, gibt es recht unterschiedliche Angaben.

In der Untersuchung von F. Breuer an baden-württembergischen Beratungsstellen wurden in der zweiten Hälfte der 70er Jahre im Mittel ca. 14 Wochen ermittelt (Breuer & Seeger, 1980, 327). Geringer ist die Wartezeit in den von H. Smid und E. Armbruster befragten hessischen Erziehungsberatungsstellen: 79 Prozent hatten eine Wartezeit von bis zu 12 Wochen (1980, 31, Tab. 10). Einzelne Beratungsstellen hatten in diesem Zeitraum wesentlich längere Wartezeiten: 5 (Heekerens & Henkelmann-Strickler, 1980, 41) bzw. 8 Monate (Gerlicher u. a., 1977, 40).

Stellenausbau und sinkende Geburtenraten haben zwischenzeitlich zu einer Entspannung der Lage geführt (vgl. Spittler 1984, 58). I. Beerlage (Beerlage & Bromme, 1986, 102) fand in einer 1982 durchgeführten Untersuchung eine mittlere Wartezeit von 6,4 Wochen. Im gleichen Zeitraum fanden wir selbst (Heekerens, 1984; Heekerens & Timp, 1984) das gleiche Ergebnis (Angaben von 52 Erziehungsberatern) und das Forschungsprojekt „Indikation zur Familientherapie“ (Münster, Leitung: Prof. Dr. Bommert) nach Angaben von 44 EBStn 5,7 Wochen (Mitteilung v. 19.7.86). Noch für Anfang der 80er Jahre ist im Schnitt von 6 Wochen Wartezeit auszugehen.

Die Wartezeit wird mitunter ausschließlich (z.B. Breuer, 1979, 22) oder teilweise (z.B. Beerlage, 1982, 33. 62) als Folge eines quantitativen Mißverhältnisses von Angebot und Nachfrage gesehen. Doch selbst Beobachter, die einem familientherapeutischen Paradigma nicht verpflichtet sind, räumen ein, die Wartezeit sei auch „Ergebnis der Arbeitsweise der Institution“ (Beerlage, 1982, 33). Präzisierend hat A. Overbeck (1978, 65) schon früh darauf hingewiesen, daß die Wartezeiten in unmittelbarem Zusammenhang stehen mit einem aus der Konzeption der „klassischen“ Erziehungsberatung nach dem medizinischen Modell (vgl. zusammenfassend Heekerens, 1983, 100–102) resultierenden Übermaß an kindzentrierter (Test-)Diagnostik.

An diesem Punkt lohnt es sich, weiter auszuholen. Der wesentliche Grund, der unser damaliges EBSt-Team vom traditio-

nellen Konzept Abschied nehmen ließ und zur familientherapeutischen Orientierung anregte, bestand darin, daß „wir bei der Zusammenstellung der Jahresstatistik 1976 feststellten, daß die Diagnostik einen unverhältnismäßig breiten Raum in unserer Arbeit einnahm. Die Diagnostik (30minütiges Erstaufnahmegespräch, ein bis zwei Stunden Anamnese, zwei bis drei Stunden projektive Testverfahren, ein bis zwei Stunden Leistungstests) beanspruchte sechs bis sieben Stunden pro Fall. Rechnet man hinzu, daß bei der Fallbesprechung vier Mitarbeiter eine Stunde lang einen Fall diskutierten, kommt man auf zehn bis elf Stunden. Nun stellten wir fest, daß nur wenige Ratsuchende mehr als zehn Beratungsstunden in Anspruch genommen hatten. In einem Drittel aller Fälle war der ganzen aufwendigen Diagnostik überhaupt nur ein einmaliges Beratungsgespräch, das sogenannte Auswertungsgespräch, mit der Mutter oder den Eltern gefolgt. Der zeitliche Aufwand für Diagnostik stand in einem offensichtlichen Mißverhältnis zu der daran anschließenden Beratung und Therapie“ (Heekerens & Henkelmann-Strickler, 1980, 39f.).

Daß hier kein außergewöhnlicher Einzelfall berichtet wird, zeigen Ergebnisse anderer Studien. Betrachtet man etwa die Aufteilung des Zeit-Budgets von Psychologen in der *Breuer-Studie* (1979, 66, Tabelle), so kommt man auf 11 Stunden Diagnostik pro Woche und Mitarbeiter, wenn man zur Zeit für Testdurchführung und -auswertung (ca. 8 Stunden) nur ein Viertel der Zeit für Schreibarbeiten (insg. 3,3 Stunden) und nur die Hälfte der Teamzeit (insg. 4,64 Stunden) hinzuzählt. Längerfristige beraterisch-therapeutische Maßnahmen andererseits sind auch in anderen EBStn eher die Ausnahme. So fanden etwa *E. R. Rey* u. a. (1978, 50, Tab. 8), daß bei 2373 betrachteten EB-Fällen in 70,5 Prozent keinerlei therapeutischer Kontakt stattfand. Damit in Übereinstimmung steht der Befund von *H. Smid* und *E. Armbruster* (1980, 37), daß nur in 25 Prozent der EB-Fälle eine längerfristige Maßnahme erfolgte; in 51,5 Prozent der Fälle hingegen nur Beratungen (Auswertungsgespräche, Kurzberatungen) mit einer Dauer von maximal drei (Zeit-)Stunden.

Es zeigt sich also eine erschreckende Diskrepanz zwischen zeitlichem Aufwand für (kindzentrierte) Diagnostik einerseits und längerfristiger Beratung/Therapie andererseits. Zwei methodisch sehr gut angelegte Studien an US-amerikanischen Child Guidance Clinics, die unten noch ausführlich dargestellt werden, zeigen, daß solch aufwendige (kindzentrierte) Diagnostik den Erfolg von beraterischen/therapeutischen Maßnahmen keineswegs steigert (*Ewing*, 1975; *Trankina*, 1975). Mehr noch: lange Diagnostik-Zeit reduziert Behandlungszeit nicht nur wegen Verbrauchs von Arbeitszeit der Erziehungsberater(innen), sondern auch, weil es zu erhöhten Ausfallquoten auf Klientenseite kommt. So fand *F. J. Trankina* (1975) bei der Betrachtung einer Child Guidance Clinic-Klientel, daß sich die Diagnostik im Rahmen des traditionellen Vorgehens im Schnitt über fünf Wochen erstreckte. Drei Wochen später (ein Teil der Klientel war noch in der Diagnostik-Phase, ein anderer stand auf der Behandlungs-Warteliste und ein dritter hatte die Behandlung schon begonnen) waren schon 40 Prozent der Mütter und 52 Prozent der Väter ausgefallen.

Auch Beobachter, die dem familientherapeutischen Paradigma nicht verpflichtet sind, resümieren daher: „Konsequent weitergedacht könnte eine Verringerung der Wartezeiten nur dann erreicht werden, wenn nicht allein ein quantitativer Ausbau der Stellen stattfindet, sondern primär eine Umorientierung des Krankheitsverständnisses“ (*Smid & Armbruster*, 1980, 32). In einem familientherapeutischen Ansatz geschieht solches in klarster Weise, sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene. Und so verwundert wenig, daß EBStn nach Umorientierung auf eine familientherapeutische Arbeitsweise bei gleichbleibender Anmeldungen-Mitarbeiter-Relation von einem weitgehenden Wegfall der ehemals monatelangen Wartelisten berichten (*Gerlicher* u. a., 1977, 44; *Heekerens & Henkelmann-Strickler*, 1980, 41; *Schaafhausen*, 1983, 395); in all diesen Fällen wird Reduktion (kindzentrierter) diagnostischer Maßnahmen als (Haupt-)Ursache angesehen. Daß wir es hier nicht nur mit Einzelfällen zu tun haben, zeigt ein Ergebnis des Forschungsprojektes „Indikation zur Familientherapie“: Familientherapeutisch orientierte EBStn weisen eine mittlere Wartezeit von 5, andere hingegen von 6,3 Wochen auf; daß sich der Unterschied als nicht signifikant erweist, ist der geringen ($n = 39$) Fallzahl zuzuschreiben (Mitteilung vom 19.7.86).

Die bisherigen Ausführungen sind nun nicht dahingehend zu verstehen, als sei jede individualdiagnostische Maßnahme zu vermeiden. Eine solche Vorstellung taucht bei traditionellen Erziehungsberater(in)n(en) immer wieder als Befürchtung auf; nicht zu Unrecht, da manche familientherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen tatsächlich meinen, auf jede Art der Individualdiagnostik verzichten zu können. Demgegenüber ist für die diagnostische Eingangsphase auch bei familientherapeutisch orientierter Vorgehensweise festzuhalten: „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“ (*Gehring*, 1983, 219).

Wenn man so verfährt, wird man regelmäßig zwei Erfahrungen machen: (1) Ein Großteil einzeldiagnostischer Maßnahmen, die man nach einer am Individuum orientierten Sichtweise als von der Problemlage her für notwendig hielt und/oder die von den Eltern bzw. bestimmten Bezugspersonen (z. B. den empfehlenden Lehrern oder Ärzten) gewünscht wurden, erweisen sich nach Kenntnis der familiendynamischen Verhältnisse als überflüssig. (2) Ein nicht unerheblicher Teil der von Eltern oder dritter Seite herangetragenen Diagnostik-Wünsche entpuppt sich als geplanter „Spielzug“. Solchen Wünschen nachzukommen, ohne Kenntnis dessen, was dies in einem bestimmten System bedeutet, könnte, therapeutisch betrachtet, somit äußerst verhängnisvoll sein.

Bleibt zu fragen, weshalb in vielen EBStn noch immer an einer das Maß des Erforderlichen bei weitem überschreitenden (kindzentrierten) Diagnostik festgehalten wird. Aus tiefenpsychologischer Sicht wird der Grund in

der Angst des Erziehungsberaters vor den Eltern gesehen; die aufwendige Diagnostik dient als „Expertenmantel“ ..., um ... Ängste vor einer gefürchteten Auseinandersetzung mit den Eltern zu dämpfen“ (Neeral, 1978, 27). In Analogie zu dem als „Defensiv-Medizin“ bekannten Phänomen (vgl. Brunner & Gehrman, 1985, 10) kann man von „Defensiv-Diagnostik“ sprechen.

Zwei andere Umstände, die es bei Überlegungen zur Reduktion von Wartezeiten an EBStn zu berücksichtigen gilt, seien nicht vergessen. Schon vor über zehn Jahren hat G. Biermann darauf hingewiesen, daß der Tatsache langer Wartezeiten „auch mit einem gewissen Stolz und einer gewissen Befriedigung begegnet wird“ (1975, 79). Als jederzeit bewußte Empfindung wird dies sicherlich eher selten zu finden sein; als in einem Prozeß der Bewußtwerdung zutagetretende nach aller Erfahrung indessen häufiger, als allgemein vermutet. Mehr als verständlich, reproduziert sich darin doch die (gesellschaftlich verankerte) Regel „je rarer, desto wertvoller“. Der Selbstwert des Beraters ist also der zweite Kontext, in dem man das Wartezeiten-Problem zu stellen hat.

Ein dritter ist das mehr als verständliche Bedürfnis nach Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes. Vor zehn bis fünfzehn Jahren war gegenüber den jeweiligen Entscheidungsträgern der Verweis auf lange Wartezeiten das durchschlagendste Argument für Stellenausbau. Die Zeiten haben sich gewandelt: die Stellen sind ausgebaut worden, die Finanzierungsmöglichkeiten sind gemindert, die Geburtenrate sinkt weiter ab. Unter solchen Umständen kommt dem Verweis auf lange Wartezeiten eine andere, aber nicht minder bedeutsame Funktion zu: als taugliches Indiz dafür, daß der vorhandene Arbeitsplatz auch wirklich gebraucht wird (und nicht Sparmaßnahmen zum Opfer fallen darf).

Fassen wir zusammen: Die Wartezeit ist nicht bloß, ja vielleicht nicht einmal (mehr) primär, ein gesundheitspolitisch erzeugtes Problem, sondern auch Folge einer ineffektiven Arbeitsweise. Bei Überlegungen zum Abbau der Warteliste sind zudem die zuletzt genannten drei Punkte einzubeziehen.

Familientherapie und Krisenintervention

Die vielfältigen Bemühungen, den Begriff „Krise“ im Kontext von Krisenintervention näher zu fassen, haben zu zwei verschiedenen Lösungen geführt. Nach der einen Anschauung soll von „Krise“ nur dann gesprochen werden, wenn bestimmte Umstände vorliegen, weshalb zur Abgrenzung gegenüber anderen Zuständen eine Reihe differentieller Merkmale aufgelistet wird (vgl. etwa Sonneck, 1982). Gegenüber einem solchen, über gewisse Inhalte näher bestimmten, Begriff von „Krise“ gibt es einen weiteren. Diesem zufolge ist davon auszugehen, daß jede(r) Klient/Familie, der/die um psychotherapeutische Hilfe nachsucht, eben deshalb schon als in einer Krise befindlich anzusehen ist (vgl. etwa Gerber, 1969; Lang, 1974; Newmann & SanMartino, 1969; Perlmann, 1963; Schwarz, 1971; Wolkon, 1972).

Zwei unterschiedliche Begründungen werden zur Rechtfertigung eines solchen (erweiterten) Begriffs von „Krise“ vorgebracht. Nach der einen darf man davon ausgehen, daß zum Zeitpunkt des Nachsuchens um professionelle Hilfe, ungeachtet der Vorgeschichte, die sehr wohl durch eine chronische Störung gekennzeichnet sein kann, ein Punkt erreicht ist, an dem es „nicht mehr weitergeht“; es liegt eine qualitative Veränderung der Lage vor. Nach der anderen (rollentheoretischen) Erklärung ist der Übergang von einer Rolle, in der eine Person/Familie ihre Schwierigkeiten ohne professionelle Hilfe bewältigt, zu einer, in der sie darum nachsucht, als Krise, hervorgerufen durch Rollen-Diskontinuität, anzusehen.

Krisenintervention ist, einerlei, ob wir den engeren oder den weiteren Begriff von „Krise“ zugrundelegen, gekennzeichnet durch schnelles Eingreifen; genauer bestimmt als geringer zeitlicher Abstand zwischen Hilfesuchen (Anmeldung) und Hilfestellung (beraterische/therapeutische und nicht bloß diagnostische Maßnahmen). Krisenintervention ist somit prinzipiell ein Mittel zur Reduktion von Wartezeit, zur Verminderung von (sozial differentiellen) Ausfall-Quoten (bei den unteren Sozialschichten erhöht) und zur Verhinderung weiterer Verschlechterung (sekundäre Prävention). Die entscheidende Frage lautet, ob Krisenintervention unter dem Gesichtspunkt der Effektivität betrachtet, ein Angebot „minderer Qualität“ darstellt. Zwei Untersuchungen, die, als vergleichende Effektivitätsstudien angelegt, diesem Thema gewidmet sind, zeigen, daß familientherapeutisch orientierte Krisenintervention dem Vergleich mit einem traditionellen Angebot sehr wohl standhält. Da beide Studien schwer zugänglich sind (US-amerikanische Dissertationen) und in der deutschsprachigen Literatur bislang nicht rezipiert wurden, seien sie ausführlicher dargestellt.

Beiden Untersuchungen liegt implizit ein weiterer Begriff von „Krise“, wie er schon skizziert wurde, zugrunde. Die Krisenintervention, die betrachtet wird, trägt indessen all die Kennzeichen, wie sie bei „klassischen“ Kriseninterventions-Programmen zu finden sind: geringe Wartezeit, kurze Durchführungsdauer, Zentrierung auf aktuelle Probleme, Einbeziehung des sozialen Umfeldes (im vorliegenden Falle: der Familie der kindlichen/jugendlichen Index-Patienten). Wir stoßen hier auf eine Spielart des Interventionstyps, der als „Gezielte Kurzzeitbehandlung in der Sozialen Einzelhilfe“ (Reif & Epstein, 1979) bekannt geworden ist. Kritisch anzumerken ist, daß in beiden Studien nicht ausgeführt wird, welcher theoretischen Orientierung das „Familientherapie“ genannte Treatment im Rahmen der Krisenintervention folgt. Den Setting-Beschreibungen ist lediglich zu entnehmen, daß es sich um „conjoint“-Familientherapie mit der Kernfamilie handelt. Wir finden hier eine empfindliche Informationslücke, wie sie leider für die gesamte Literatur zum Thema „Krisenintervention mit Familien“ typisch ist (vgl. Sugarman & Masheter, 1985, 1986).

Beide darzustellenden Studien sind methodisch gut kontrolliert; ihre interne Validität ist als weitgehend gesi-

chert anzusehen. „Interne Validität“ meint hier konkret: die Untersuchungsergebnisse sind mit aller Wahrscheinlichkeit nur den unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen (Treatments) zuzuschreiben. Die Untersuchung von *F. J. Trankina* (1975) ist methodisch als experimentelle Felduntersuchung, die von *Ch. P. Ewing* (1975) als quasi-experimentelle Feldstudie anzusehen. Interne Validität ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für externe Validität (*Campbell & Stanley*, 1970, 459; *Hartig*, 1975, 108).

„Externe Validität“ betrifft hier die Frage, inwiefern wir die Ergebnisse auf die Verhältnisse an hiesigen EBStn übertragen dürfen. Die Gründe, die eine solche Übertragung rechtfertigen, sind folgende: (1) Die Untersuchungen fanden „im Felde“ statt. (2) Das Feld ist in beiden Fällen eine unseren EBStn durchaus vergleichbare US-amerikanische Child Guidance Clinic. (3) Deren Klientel ist, wie den ausführlichen Beschreibungen zu entnehmen ist, in Alter, Geschlecht und Problemen der Index-Patienten sowie dem sozio-ökonomischen Status der Familien vergleichbar der von EBStn hierzulande.

Nun zu den beiden Untersuchungen im einzelnen. In der *Trankina*-Studie (1975) wurden 119 Fälle mit familientherapeutisch orientierter Krisenintervention (KI-Gruppe) mit 115 Fällen, die eine traditionelle (ganz im Sinne „klassischer“ Erziehungsberatung hierzulande; vgl. *Heekerens*, 1983, 100–102) Erziehungsberatung erhalten hatten (TEB-Gruppe), verglichen. Von den zahlreichen Einzelergebnissen betrachten wir hier nur diejenigen, die für einen „vorher-nachher“-Vergleich der Gruppen relevant sind. „Vorher“ meint: vor Behandlungsbeginn; „nachher“ meint im Falle der KI-Gruppe acht Wochen, im Falle der TEB-Gruppe neun Monate später. Zu den jeweiligen Zeitpunkten waren die Fälle in der einen wie in der anderen Gruppe (weitestgehend) abgeschlossen. Halten wir vorab fest: die Behandlungsdauer war in der TEB-Gruppe viereinhalbmal so lang wie in der KI-Gruppe!

Zur Erfolgseinschätzung wurden drei Kriteriumsvariablen betrachtet: (1) Veränderungen im Problem-Verhalten des Index-Patienten, erfaßt durch Elternangaben auf einer Child Behavior Checklist. (2) Veränderungen in der Wahrnehmung familiärer Zufriedenheit, Anpassung und Kompetenz mittels des Family Concept Q-Sort von *F. v. d. Veen* (vgl. zusammenfassend *Raskin & v. d. Veen*, 1970) und (3) Veränderungen in der elterlichen Einschätzung des Familienlebens hinsichtlich der Fähigkeit zur Kommunikation, dem Grad an Intimität/Bezogenheit und Zufriedenheit mit der familiären Beziehung. Bei keinem der vorgenommenen Vergleiche waren signifikante Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen zu finden.

Zwei nicht unwesentliche Nebeneffekte seien noch erwähnt: (1) Die Mütter der KI-Gruppe waren mit der Arbeit der Child Guidance Clinic zufriedener als die der TEB-Gruppe. (2) Die Ausfall-Quote war in der KI-Gruppe geringer als in der TEB-Gruppe; nach acht Wochen betrug sie 28 (Mütter) bzw. 34 (Väter) Prozent gegenüber 40 bzw. 52 Prozent.

Ch. P. Ewing (1975) schloß in seinen gleichgelagerten Vergleich von KI- und TEB-Gruppe je 30 Fälle ein. Die mit den unterschiedlichen Behandlungsmethoden (Treatments) verbundenen Umstände sahen folgendermaßen aus: (1) Zwischen Anmeldung und Behandlungsbeginn lagen in der KI-Gruppe im Schnitt 1,6 Wochen, in der TEB-Gruppe aber 5,3 (ca. eine dreimal so lange Dauer). (2) Die Anzahl der Behandlungseinheiten betrug in der KI-Gruppe durchschnittlich 3,65, in der TEB-Gruppe aber 36,5. (3) Die Behandlungsdauer lag in der KI-Gruppe im Schnitt bei 6,4 Wochen, in der TEB-Gruppe aber bei 38,9 (ca. eine neunmal so lange Dauer).

Zur Beurteilung der Behandlungseffektivität wurden Angaben der Mütter der Index-Patienten, gewonnen in strukturierten Interviews ca. eineinhalb Jahre nach Behandlungsende, herangezogen. Drei Variablen wurden als Maße der Veränderung gewonnen: (1) Symptomverminderung beim Index-Patienten, (2) Veränderung in dessen sozialer Anpassung und (3) Veränderung der familiären Bewältigungsmöglichkeiten. Hinsichtlich keiner der drei Kriterien fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Ein Nebenergebnis sei auch hier nicht unerwähnt: Verbesserungen beim Index-Patienten und in der Familie werden in der TEB-Gruppe eher als in der KI-Gruppe den therapeutischen Interventionen als den familien-eigenen Bemühungen zugeschrieben; bei der KI-Gruppe ist dies anders. Solch erhöhte externe Attribuierung von Erfolg dürfte sich nicht gerade förderlich auf das Kompetenzgefühl der Familienmitglieder auswirken.

Die Ergebnisse beider Studien lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: (1) Eine ausführliche (kindzentrierte) Individual-Diagnostik, deren Sinn- und Notwendigkeit in diesem oder jenem Einzelfalle gar nicht bestritten sein soll, verbessert den Behandlungserfolg in der Regel nicht. (2) Zeitlich weniger aufwendige Interventionen, wenn sie nur schnell und familienbezogen erfolgen, sind zeitlich aufwendigen, die beide Merkmale nicht aufweisen, im Schnitt nicht unterlegen. (3) Solche familienbezogenen Kurzinterventionen haben drei positive Nebeneffekte: die Zufriedenheit mit der Maßnahme steigt, die Ausfall-Quote wird gemindert und das Vertrauen in die familiäre Kompetenz ist erhöht.

Das Gesamtergebnis sollte Erziehungsberater(innen) ermutigen, viel häufiger, als bisher geschehen, Krisenintervention zu betreiben. Im Rahmen der schon eingangs genannten eigenen Untersuchung konnte beispielsweise festgestellt werden, daß Krisenintervention nur 13,6 Prozent aller beraterisch-therapeutischen Tätigkeiten ausmacht. Krisenintervention in Familien als therapeutische Maßnahme hat in den USA seit 1980 einen rapiden Anstieg erfahren (*Sugarman & Masheter*, 1985, 1986).

Familientherapeutische Kurz-Interventionen

Ebenfalls immer häufiger zu finden sind dort geplante Kurz-Interventionen in Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und Familien als Reaktion auf lange Warteli-

sten und steigenden Bedarf an schneller Hilfe (*Rosenberg & Klein*, 1980).

Eine ganze Reihe theoretisch höchst unterschiedlich orientierter familientherapeutischer Ansätze zeichnet sich durch eine recht geringe Anzahl von Behandlungseinheiten (was, wie das Mailänder Modell zeigt, nicht notwendigerweise „kurze Behandlungszeit“ heißen muß) aus; in neuerer Zeit wurden zudem ausgeführte Modelle familientherapeutisch orientierter Kurztherapien vorgestellt (vgl. etwa *Shazer*, 1982; *Shazer u. a.*, 1986). In Anfängen wird über spezielle Indikationen berichtet; so hat sich Kurzzeit-Familientherapie etwa bei pathologischen Trauerreaktionen, die anderen Behandlungen nicht zugänglich gewesen waren, als erfolgreich erwiesen (*Rosenthal*, 1980).

Dennoch: viele familientherapeutisch orientierte Erziehungsberater(innen) sind sich höchst unsicher über die notwendige (Mindest-)Dauer einer familientherapeutischen Maßnahme. Selbst Familientherapeuten, die mit einem durchschnittlichen Behandlungsumfang von zehn Einheiten gute Erfahrungen gemacht haben (die Hamburger Gruppe um *K. Ludewig* beispielsweise überschreitet diese Anzahl nie; *Ludewig*, 1983, 922), sind nicht frei von Zweifeln. Die Gründe, die zu solchen Unsicherheiten führen, sind sicherlich vielfältiger Natur; die langjährige berufliche Sozialisation, in vielen Fällen zudem die positive Erfahrung mit einer langwährenden Eigentherapie und/oder Therapieausbildung wären beispielsweise zu nennen.

Die Bewältigung der angesprochenen Unsicherheit ist für den angehenden Familientherapeuten keine leichte Aufgabe und mit Sicherheit nicht eine, die alleine auf der rationalen Ebene bewältigt sein will. Dennoch: auch vernünftige Argumente haben hier ihren Stellenwert. Es seien deshalb wichtige Ergebnisse einer sehr sorgfältig geplanten Untersuchung (von der Anlage her ein Feldexperiment) von *S. G. Fisher* (1980, 1984) dargestellt. Konkreter Anlaß der Studie war das Problem zu langer Wartezeiten an einer (US-amerikanischen) Child Guidance Clinic. Eine für die Gesamtklientel dieser Einrichtung repräsentative Stichprobe von Familien mit einem Index-Patienten zwischen 8 und 13 Jahren wurde nach einem Eingangsgespräch, das in der Regel binnen 10 Tagen nach der Anmeldung erfolgte, zufällig einer von folgenden vier (experimentellen) Bedingungen zugeteilt (in Klammern: Anzahl der Familien, für die komplette Daten vorliegen): (1) einer Behandlungsgruppe (n = 9) mit 6 Sitzungen Familientherapie im Zeitraum von 8 Wochen (nach 1-2 diagnostischen Interviews), (2) einer Behandlungsgruppe (n = 10) mit 12 Sitzungen Familientherapie im Zeitraum von 16 Wochen (nach 1-2 diagnostischen Interviews), (3) einer Behandlungsgruppe (n = 8) mit Familientherapie ohne zeitliche Begrenzung und (4) einer Warteliste-Kontrollgruppe (n = 10). Die Therapien wurden durchgeführt von 5 berufserfahrenen (Median: 9 Berufsjahre) Mitarbeitern der Stelle (3 Sozialarbeiter, 2 Psychologen), die eine mindestens zweijährige Erfahrung mit Familientherapie hatten. Die Zuteilung der

Therapeuten auf die Versuchsbedingungen und Familien erfolgte ebenfalls zufällig.

Diese 4 Gruppen, die sich hinsichtlich soziologischer und sozioökonomischer Merkmale nicht signifikant voneinander unterschieden, wurden anhand verschiedener Meßverfahren zu 5 verschiedenen Zeitpunkten miteinander verglichen: (1) beim Aufnahmegespräch, (2) nach der 6. Sitzung (die Behandlungsgruppe 1 hatte die Behandlung abgeschlossen), (3) am jeweiligen Behandlungsende, (4) 6 Wochen und (5) 1 Jahr nach Behandlungsende.

Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: (1) alle drei Behandlungsgruppen zeigten Verbesserungen, die auch 1 Jahr nach Behandlungsende erhalten blieben. (2) Zwischen den einzelnen Behandlungsgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg. (3) Im 1-Jahres-Follow-up zeigte sich, daß 7 Familien aus den Behandlungsgruppen zwischenzeitlich weitere Hilfe in Anspruch genommen hatten; auch in diesem Punkte gab es keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.

Als bedeutsame „Nebenergebnisse“ sind festzuhalten: (1) Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Therapie-Einheiten lag in der Gruppe ohne zeitliche Beschränkung im Schnitt noch innerhalb des Rahmens von 12 Einheiten (Median: 11,5 Einheiten). (2) Im gegenseitigen Einvernehmen von Familie und Therapeut wurden bis zur 6. Sitzung ca. 30 Prozent der Behandlungen in der 12-Einheiten-Gruppe und gar 44 Prozent der Behandlungen in der Gruppe ohne zeitliche Limitierung abgeschlossen. Die letztgenannte Zahl steht in Übereinstimmung mit dem Befund, daß an dieser Institution in den letzten 3 Jahren 44 Prozent der Fälle nach spätestens 6 Sitzungen abgeschlossen waren.

Bei familientherapeutisch orientierter Arbeitsweise ist am Ende des Familienerstinterviews (und ggf. notwendiger Einzeluntersuchungen) neben Fragen der Indikation und der Eignung auch zu klären, ob ein (vorerst) zeitlich limitiertes oder ein zeitlich unbeschränktes Angebot zu unterbreiten ist und welchen Umfang eine eventuelle zeitliche Beschränkung haben soll. Dies zu entscheiden, hängt von verschiedenen Umständen des Einzelfalles ab. Die vorgelegten Forschungsergebnisse im Verbund mit zahlreichen Erfahrungen aus der praktischen Arbeit und der familientherapeutischen Weiterbildung/Supervision erlauben zwei Faustregeln aufzustellen: a) Ein von vornherein auf maximal 10 Behandlungseinheiten begrenztes Angebot ist im allgemeinen ausreichend, sofern nicht bestimmte Umstände, wie sie sich aus dem Präsentierproblem des Index-Patienten, der Dynamik der Familie und/oder aufgrund einer bestimmten therapeutischen Strategie (z. B. paradoxe Intervention) ergeben können, entgegenstehen. b) Bei Überlegungen, ob eine vorläufig festgelegte zeitliche Limitierung überschritten werden soll, ist streng zu prüfen, ob solches von der Sache her erforderlich ist oder etwa ein Anzeichen dafür darstellt, daß sich bereits ein therapeutisches System etabliert hat, das (weitere) Veränderungen verhindert. Bei Klärung der letztgenannten Frage sind die von *K. Ludewig* (1982) vorge-

brachten „Gesichtspunkte für die Beendigung einer Familientherapie aus systematischer Sicht“ eine wertvolle Hilfe.

Familientherapie und Gemeindepsychologie

Nichts hat in den letzten Jahren die inhaltliche Ausrichtung der (beraterischen Arbeit in) EBStn mehr beeinflußt als die Familientherapie (vgl. zusammenfassend Heekerens, 1986) einerseits und – mit schwächerem Widerhall (so auch Nestmann, 1984, 75) – die Gemeindepsychologie andererseits (vgl. etwa Bärsch u. a., 1982; Cardenas & Gewicke, 1984; Heck, 1985; Peise-Seithe, 1982; Schubert, 1982; Sengling & Eisenberg, 1982; Spittler, 1984; Buer, 1984, 33 ff.; zu früheren Einflüssen s. Nestmann, 1984, 83 ff.).

Beide warten mit Vorschlägen auf, die eine wertvolle Bereicherung der Arbeit in EBStn darstellen. Offenkundig ist, daß sich Vertreter beider Richtungen zumeist kritisch-ablehnend gegenüberstehen (so auch Gronemeyer & Rupp, 1986). Ausnahmen, in denen etwa Familientherapie und Gemeinwesenarbeit „gleichgewichtige integrale Bestandteile des Arbeitsfeldes einer Erziehungsberatungsstelle“ sind (Eckhardt, 1983, 402), bestätigen diese Regel nur. Die sachlichen und konzeptuellen Unterschiede sind unübersehbar, und nichts wäre von größerem Schaden als aus falschem Harmoniebedürfnis geborene Verschwisterungsversuche. Dennoch sei auf einige Berührungspunkte hingewiesen, um Möglichkeiten eines konstruktiven Dialoges aufzuzeigen.

„Gemeindenähe“ wird ja nicht nur durch Sektorisierung gewährleistet. Zur räumlichen Nähe muß sich die zeitliche gesellen; Familientherapie hat sich als effektive Methode zur Reduktion von Wartezeit erwiesen; ein familientherapeutischer Ansatz eignet sich sehr gut als methodische Orientierung bei der Krisenintervention. Damit wird ein wichtiger Beitrag zur – von gemeindepsychologischer Seite völlig zu Recht geforderten – Prävention (hier: einer sekundären) geleistet. Wartezeiten wirken selektiv zuungunsten unterer Sozialschichten (so auch Beerlage, 1982, 62; Breuer, 1979, 30 f.; Buj u. a., 1984, 20); indem Familientherapie diese verringert, zieht sie am selben Strang wie die Gemeindepsychologie, wenn sie eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung gerade der unteren Sozialschichten fordert. In dieselbe Richtung geht, wenn sich Familientherapie gut als Konzept der Krisenintervention eignet, die von verschiedenen Seiten (vgl. zusammenfassend Ewing, 1975, 22 ff.) als Methode der Wahl für sozial Benachteiligte angesehen wird. Für die Arbeit mit Unterschichtsfamilien eignen sich bestimmte Formen der Familientherapie besonders, weil sie weniger gesprächs- als handlungsorientiert sind (vgl. Koschorke, 1973, 1975; zur Behandlungserwartung von Unterschicht-Klienten i. a. vgl. Ackermann, 1984 und Utz, 1985). Zu nennen wäre hier vor allem die in der Arbeit mit Familien in Slums (Minuchin u. a., 1967) entstandene Strukturelle Familientherapie.

Eine weitere Forderung der Gemeindepsychologie lautet, die traditionelle „Komm-Struktur“ psychosozialer

Einrichtungen durch eine „Geh-Struktur“ zu ersetzen. So vernünftig die Forderung klingt, bringt sie doch genau das Problem mit sich, auf das Skeptiker immer hinweisen. Eine gemeindepsychologisch orientierte Beratungsstelle, die Familien von sich aus aktiv aufsuchte, machte eben die von vielen Beratern vorhergesagte Erfahrung: Sie mußte „meist erleben, daß zu diesem Zeitpunkt getroffene Terminvereinbarungen im Sande verließen“ (Heck, 1985, 49). Dies darf kein Grund zur Resignation sein, stellt aber eine Warnung vor allzu naiven Vorstellungen dar. „Geh-Struktur“ ist mit familientherapeutischer Arbeit gut vereinbar. In der *Trankina*-Studie (1975, 85) wurde gefunden, daß in der Gruppe, die in traditioneller Weise versorgt wurde, bei nur 39 familientherapeutischen Sitzungen auch nur 13 Hausbesuche stattfanden; in der Kriseninterventionsgruppe hingegen fanden sich 193 familientherapeutische Sitzungen bei 109 Hausbesuchen.

Wie gut sich eine familientherapeutische und eine gemeindepsychologische Perspektive ergänzen können, ja: wie notwendig eine Integration von (in „Methoden“-Begriffen der Sozialarbeit gesprochen) Sozialer Einzelhilfe und Gemeinwesenarbeit ist, haben U. Becher u. a. (1982) in ihrem Bericht über ein Obdachlosen-Projekt gezeigt. Gerade im Bereich der Sozialarbeit werden in jüngster Zeit Erfahrungen gesammelt, die auch für die Arbeit an EBStn wertvolle Anregungen geben können. Daß und wie familientherapeutische Arbeit auch mit unterprivilegierten Familien im Rahmen von Hausbesuchen möglich ist, haben Richter und Röth (1986) unlängst an einem Fallbeispiel aufgezeigt.

Familientherapie und der Blick über die Familiengrenzen

Es wäre nun freilich ein nicht geringer Irrtum, die letztgenannten Ausführungen dahingehend zu verstehen, eine familientherapeutische Sichtweise möge sich exklusiv mit der innerfamiliären Dynamik beschäftigen und die Betrachtung „der Welt draußen“ dem soziologischen Blick überlassen. Die Gefahr einer solchen Blickverengung ist freilich bei einigen Familientherapeuten zu finden – und von der Sache her angelegt.

S. Minuchin (1977, 15) hat einem Individuum-zentrierten Vorgehen einst vorgeworfen: „Zwischen dem Individuum und seiner sozialen Umgebung wurde eine künstliche Grenze aufgerichtet, die zwar als künstliche erkannt, praktisch aber durch den therapeutischen Prozeß selbst aufrechterhalten wurde.“ Für Familientherapie kann mutatis mutandis der gleiche Vorwurf zutreffend sein: Die „exklusive Grenze“ bei der Familie zu errichten, ist ebenfalls eine willkürliche Scheidung von Innen- und Außen-Welt. Dies mag theoretisch sehr wohl bewußt sein und bleiben, erfährt aber bei einer familientherapeutischen Arbeit, die den Blick an den Familieninnengrenzen (wie breit auch immer „Familie“ gefaßt sein mag) enden läßt, eine pragmatische Faktizität, die den Vorwurf einer „familialistischen Blickverengung“ (vgl. etwa Wolff, 1978) allzu verständlich macht.

Indessen: Selbst Familiensysteme, die als „geschlossen“ (weniger mißverständlich wäre es, von „rigide“ oder „restringiert“ zu sprechen; vgl. *Schlippe*, 1984, 29 Anm. 5) zu bezeichnen sind, haben Austausch mit der außerfamiliären (Sozial-)Welt. Vergegenwärtigen wir uns nur beispielsweise, wie weit in die Familie hinein etwa „der lange Arm der Arbeit“ (*Meissner*, 1971) reicht. *W. Volpert* hat die diesbezüglichen Ergebnisse internationaler Studien über die Grenzen unterschiedlicher Wirtschaftssysteme hinweg unlängst zusammengefaßt (1985, 84). Es zeigt sich, daß Menschen, die an Arbeitsplätzen mit geringem Handlungs- und Entscheidungsspielraum tätig sind, die Spuren dieser Erfahrung an Leib und Seele tragen, sie in Freizeit- und Sozialverhalten nachteilig beeinflußt und als (Ehe-)Partner und Eltern beeinträchtigt sind.

Es wäre illusorisch zu meinen, Familientherapie (oder irgend eine andere Art von Therapie) könne von sich aus Arbeits(platz)bedingungen ändern. Gefährlich aber wäre, Familientherapie würde durch ihr praktisches Vorgehen die Vorstellung erzeugen oder nähren, außerfamiliäre Faktoren wie etwa die Arbeits(platz)situation eines Familienmitgliedes habe keinerlei Bedeutung für die familiäre Dynamik. Positiv gewendet: Familientherapie hat die Aufgabe und die Chance aufzuzeigen, wie sich etwa Arbeits(platz)bedingungen in familiäre Dynamik „umsetzen“. Wie solches geschehen kann, haben *U. Stuhr* u. a. unter dem Titel „Die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen aus dem Einfluß der Arbeitssituation auf das Familienleben“ (1984) gezeigt. Damit kann Familientherapie im praktischen Vollzug in Zusammenhang bringen, was meist auch die Familie selbst mit ihrer Trennung von „drinnen“ und „draußen“ auseinanderhält. Sie kann ansatzweise die von einer rein soziologischen und bloß korrelationsstatistischen Analyse offengelassene Lücke in der Erklärung, wie denn konkret sich Arbeitsplatz Erfahrungen in der familiären Dynamik „niederschlagen“, schließen. Sie liefert damit einen Beitrag zu Theorie und Praxis, wie er bislang auch von gemeindepsychologischer Seite nicht geleistet wurde.

Summary

Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance

At present, most impulses for work within child guidance come from family therapy and community psychology. Within a community psychological framework, child guidance would be part of the primary care sector. With the delivery of specialized family services, however, child guidance centers are at risk of becoming part of the secondary sector. In view of long waiting-lists for common procedure in-take, there is a strong argument for family therapeutic crisis intervention, also meeting the requirements of a community psychological orientation.

Literatur

- Ackermann, J.* (1984): Psychoanalyse, Psychotherapie und Beratung mit Arbeiterfamilien und einkommensschwachen Schichten. München: Profil-Verlag. – *Bärsch, M.* u. a. (1982): Skizzen zur ambulanten psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT. – *Becher, U.* u. a. (1982): Familienberatung als integrierter methodischer Ansatz in einem Gemeinwesenprojekt zu Bekämpfung der Armut. *Neue Praxis* 12, 333–345. – *Beerlage, I.* (1982): Zum Umgang von psychologischen Praktikern mit institutionellen Rahmenbedingungen am Beispiel der Warteliste in Erziehungsberatungsstellen. Unveröff. Dipl.-Arbeit Universität Marburg. – *Beerlage, I. & Bromme, R.* (1986): Professionelles Selbstverständnis und Warteliste. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 15, 96–109. – *Biermann, G.* (1975): Kinder als Symptomträger der Familie. *Psychologie heute*, Heft 2, 79 f. – *Breuer, F.* (1979): Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis. Heidelberg: Quelle & Meyer. – *Breuer, F. & Seeger, F.* (1980): Vorgehensstrategien psychologischer Praktiker in Beratung und Therapie. *Mitteilungen der DGVT* 12, 321–333. – *Brunner, E. & Gehrman, W.* (1985): Gesundheit als Luxus? *Die Zeit* 30/1985, 9 f. – *Buer, F.* (1984): Die Geschichte der Erziehungsberatung als Geschichte ihrer Professionalisierung. In: *Zygowski*, 1984, 9–49. – *Buj, V.* u. a. (1984): Erziehungs- und Familienberatung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Spittler & Specht*, 13–35. – *Campbell, D. T. & Stanley, J. C.* (1970): Experimentelle und quasiexperimentelle Anordnungen in der Unterrichtsforschung. In: *Ingenkamp, K.-H.* (Hg.): *Handbuch der Unterrichtsforschung* Bd. 1. Weinheim: Beltz, 449–627. – *Cardenas, B. & Gewicke, M.* (1984): Von der traditionellen zur gemeinwesenorientierten Erziehungsberatung. In: *Zygowski*, 1984, 189–206. – *Eckhardt, W.* (1983): Die institutionalisierte Erziehungsberatung. In: *Schneider*, 1983, 397–402. – *Ewing, Ch. P.* (1975): Family crisis intervention and traditional child guidance. Diss. Cornell University. – *Fisher, S. G.* (1980): The use of time limits in brief psychotherapy. *Family Process* 19, 377–392. – *Fisher, S. G.* (1984): Time-limited brief therapy with families. *Family Process* 23, 101–106. – *Gehring, Th.* (1985): Familienerstinterview in der Kinderpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32, 218–224. – *Gerber, I.* (1969): Bereavement and the acceptance of professional service. *Community Mental Health Journal* 5, 487–495. – *Gerlicher, K.* u. a. (Hg.) (1977): *Familientherapie in der Erziehungsberatung*. Weinheim: Beltz. – *Gronemeyer, R. & Rupp, K.-J.* (1986): Von der Gemeinwesenarbeit zur Familientherapie. *Sozial extra* 5/1986, 37. – *Hartig, M.* (1975): Methoden und Probleme der Psychotherapieforschung. München: Urban & Schwarzenberg. – *Heck, M.* (1985): Durchsteigen durchs Beziehungsgeflecht. *Sozial extra* 7–8/1985, 44–55. – *Heekerens, H.-P.* (1983): Institutionelle Aspekte familientherapeutischer Arbeit in der Ambulanz für Kinder und Jugendliche. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32, 98–105. – *Heekerens, H.-P.* (1984): Aspekte der Berufstätigkeit von Gestalttherapeuten. *Integrative Therapie* 10, 162–169. – *Heekerens, H.-P.* (1986): Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen. *Prax. Kinderpsychol. und Kinderpsychiat.* 35, 294–302. – *Heekerens, H.-P. & Henkelmann-Strickler, S.* (1980): Von der herkömmlichen zur familientherapeutisch orientierten Beratung. *Mitteilungen der Evangelischen Landeskirche in Baden* 8/1980, 38–42. – *Heekerens, H.-P. & Timp, D.* (1984): Klientenzentrierte Berater und Therapeuten in der Praxis. *GwG-Info* 56/1984, 92–102. – *Klug, H.-P. & Specht, F.* (Hg.) (1985): *Erziehungs- und Familienberatung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Koschorke, M.* (1973): Unterschicht und Beratung. *Wege zum Menschen* 25, 129–163. – *Koschorke, M.* (1975): Zur Praxis der Beratungsarbeit mit Unterschichtfamilien. *Wege zum Menschen* 27, 315–331. –

- Lang, J. (1974): Planned short-term treatment in a family agency. *Social Casework* 55, 369-374. – Ludewig, K. (1982): Gesichtspunkte für die Beendigung einer Familientherapie aus systemischer Sicht. In: *Junkers, G. u. a.* (Hg.): *Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern*. München: DGVT/GwG. – Ludewig, K. (1983): Die therapeutische Intervention – eine signifikante Verstärkung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In: *Schneider, 1983, 78-95.* – Meissner, M. (1971): The long arm of the job. *Industrial Relations* 10, 239-260. – Minuchin, S. (1977): *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus. – Minuchin, S. u. a. (1967): *Families of the slums*. New York: Basic. – Neeral, T. (1978): Probleme in Erziehungsberatungsstellen bei der Umorientierung kindzentrierter zu familienorientierter Beratungsarbeit. In: *LAG hessischer EBStn* (Hg.): *Familientherapie in der Erziehungsberatung*. Frankfurt: Selbstverlag, 26-32. – Nestmann, F. (1984): Beratung in der Erziehungsberatung. In: *Zygowski, 1984, 74-98.* – Newmann, M. B. & SanMartino, M. (1969): Therapeutic interventions in a community child psychiatric clinic. *Journal of the American Child Psychiatry* 8, 692-710. – Overbeck, A. (1978): Kind – Familie – Schule. *Psychosozial* 1, 64-88. – Peise-Seithe, M. (1982): Erziehungsberatung als Bestandteil von Gemeinwesenarbeit. In: *Specht & Spittler, 1982, 22-30.* – Perlmann, H. H. (1963): Some notes on the waiting list. *Social Casework* 44, 200-205. – Raskin, N. J. & v. d. Veen, F. (1970): Client-centered family therapy. In: *Hart, J. T. & Tomlinson, T. M.* (Hg.): *New directions in client-centered therapy*, Boston: Houghton, 387-406. – Reid, W. J. & Epstein, L. (1969): Gezielte Kurzzeitbehandlung in der Sozialen Einzelhilfe. Freiburg: Lambertus. – Rey, E. R. u. a. (1978): Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche aus Erziehungsberatungsstellen. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 6, 40-55. – Richter, R. & Röth, H. (1986): Beratung von unterprivilegierten Familien – Ein Ding der Unmöglichkeit. *Sozial extra* 5/1986, 34-36. – Rosenberg, B. N. & Klein, J. M. (1980): A family agency integrates planned short-term treatment. *Social Casework* 61, 619-628. – Rosenthal, P. A. (1980): Short-term family therapy and pathological grief resolution with children and adolescents. *Family Process* 19, 151-159. – Schaafhausen, Chr. (1983): Familientherapeutische Arbeitsansätze eines Beratungszentrums mit sozialpsychiatrischem Dienst. In: *Schneider, 1983, 393-397.* – Schlippe, A. v. (1984): *Familientherapie im Überblick*. Paderborn: Junfermann 1984. – Schneider, K. (1983): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn: Junfermann. – Schubert, A. (1985): Zur gesellschaftlichen Bedeutung einer stadtteilorientierten Erziehungsberatung als Form psychosozialer Versorgung. *Der Sozialarbeiter* 12, 104-108. – Schwarz, S. L. (1971): A review of crisis intervention programs. *Psychiatric Quarterly* 45, 498-508. – Selvini Palazzoli, M. (1983): Über die Familientherapie hinaus. *Familiendynamik* 8, 166-181. – Sengling, D. & Eisenberg, K. (1982): Stadtteilorientierte Erziehungsberatung. In: *Specht & Spittler, 1982, 31-39.* – Shazer, S. de (1982): Patterns of brief family therapy. New York: Guilford. – Shazer, S. de u. a. (1986): Kurztherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik* 11, 182-205. – Smid, H. & Armbruster, E. (1980): *Institutionelle Erziehungsberatung*. Weinheim: Beltz. – Sonneck, G. (1982): Krisenintervention. In: *Bastine, R.* (Hg.): *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: edition psychologie, 228-231. – Specht, F. & Spittler, H.-D. (Hg.) (1982): *Wie Berater helfen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Spittler, H.-D. (1984): Gemeindefähige Arbeitsweise von Erziehungsberatungsstellen. In: *Spittler & Specht, 1984, 57-66.* – Spittler, H.-D. & Specht, F. (Hg.) (1984): *Basistexte und Materialien zur Erziehungs- und Familienberatung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Stuhr, U. u. a. (1984): Die Entstehung psychosomatischer Krankheiten aus dem Einfluß der Arbeitssituation auf das Familienleben. *Familiendynamik* 9, 148-159. – Sugarman, S. & Masheter, C. (1985): The family crisis intervention literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 11, 167-177. – Sugarman, S. & Masheter, C. (1986): Family crisis intervention: Fish or fowl? *Contemporary Family Therapy* 8, 144-156. – Thiersch, H. (1985): Erziehungsberatung und Jugendhilfe. In: *Klug & Specht, 1985, 24-40.* – Trankina, F. J. (1975): Aggressive and withdrawn children as related to family perception and outcome of different treatment methods. Diss. University of Arizona. – Utz, K. (1985): Schichtspezifische Beratungsaufgaben in der Erziehungs- und Familienberatung. In: *Klug & Specht, 1985, 68-79.* – Volpert, W. (1985): Vor einer neuen Welle der Persönlichkeitszerstörung. In: *Keupp, H. u. a.* (Hg.): *Im Schatten der Wende*. Tübingen: DGVT 1985, 82-94. – Wolff, R. (1978): Familienkrise und Familientherapie. In: *LAG hessischer EBStn* (Hg.): *Familientherapie in der Erziehungsberatung*. Frankfurt: Selbstverlag, 6-13. – Wolkon, G. H. (1972): Crisis theory, the application for treatment, and dependency. *Comprehensive Psychiatry* 13, 1972. – Zygowski, H. (Hg.) (1984): *Erziehungsberatung in der Krise*. Tübingen: DGVT.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Hans-Peter Heekerens, Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen, Bogenhauser Kirchplatz 3, 8000 München 80.