

Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie mit Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

Alexander Trost und Franz Wienand

Die lösungsorientierte Kurztherapie nach ST. DE SHAZER und I. K. BERG gilt als effektive Interventionsmethode in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit Familien und Einzelnen. Sie wird zunehmend und mit gutem Erfolg auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis angewandt. Besonders bewährt sich dabei die Kombination mit einer analytisch-systemischen Grundhaltung, wie sie beispielsweise von FÜRSTENAU beschrieben wurde.

Inhalt der **Arbeitsgruppe** war eine Einführung in das integrative Gesamtkonzept. Hierzu gehören: die Grundhaltung des Therapeuten, die Grundannahmen des Ansatzes und die wichtigsten methodischen Elemente. In einer trotz der großen Teilnehmerzahl (>60) lebendigen Diskussionsrunde war anschließend Raum zur Erörterung von Wirkfaktoren, Möglichkeiten und Grenzen des Ansatzes.

Am darauffolgenden Sonntag fand in der Ev. Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen das **Aufbauseminar** zum Thema mit 23 TeilnehmerInnen statt. Nach einer Klärung der Zielvorstellungen der Beteiligten wurden zunächst die Grundkonzepte der

psychoanalytisch-systemischen Therapie wiederholt und exemplarisch vertieft. In einem weiteren Schritt wurden von den TN eingebrachte Fälle experimentell im Rollenspiel behandelt und supervidiert. Das Engagement der TeilnehmerInnen und die Eigenerfahrung der Mitwirkenden in der Therapeuten- bzw. Patientenrolle ermöglichte dabei eine vertieftes Verständnis des Prozesses und eine kritische Auseinandersetzung mit den angenommenen Wirkfaktoren, den Indikationen und Grenzen dieser Therapierichtung.

Mittlerweile ist aus dem Teilnehmerkreis eine kontinuierlich tagende Supervisionsgruppe in Aachen entstanden.

In den vergangenen Jahren ist das Interesse an systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie (KZT) bei Kinder- und Jugendpsychiatern offenbar stark angewachsen. Das wird u.a. durch die hohen Anmeldezahlen bei unseren Workshops und Seminaren zum Thema belegt. Im Rahmen der Berufsverbandstreffen gibt es Beiträge dazu seit der Eisenacher Jahrestagung. Das Konzept bietet sich im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis und auch in klinischen Settings¹ an, da es:

- (a.) gut beschreibbare und in ihrer Wirkung leicht nachprüfbare Vorgehensweisen und methodische Instrumente für das kinder- und jugendpsychiatrische Gespräch bietet,
- (b.) dem Wunsch nach Komplexitätsreduktion angesichts immer komplexer erscheinender Ursachen- und Kontextbedingungen bei unserer Patienten(-familien) entgegenkommt,
- (c.) anscheinend vergleichsweise leicht lern- und durchführbar ist.
- (d.) Last not Least: Es soll auch Spaß machen, so zu arbeiten.. (natürlich *allen* Beteiligten!).

Besonders der Punkt (c.) hat in der Vergangenheit mitunter Anlaß zu Mißverständnissen und Enttäuschung bei Therapeuten und Patienten gegeben. Bei KollegInnen und MitarbeiterInnen, die "systemisch anbehandelte" Familien

bei ihrem nächsten Therapieversuch sehen, kam die "klassische" systemische Arbeit bisweilen schlecht weg: "Mechanistische" Vorgehensweisen, "konstruierte" Lösungen, kein "wirkliches Verständnis" für die (ja

oftmals wirklich schwierige) Lage der Betroffenen, und ein zu geringes Eingehen auf die Gefühle der Beteiligten wurden beklagt. Die Kritik richtete sich dabei offenbar weniger gegen die Methode, als vielmehr gegen die von PatientInnen erlebte Art und Weise der Beziehungsgestaltung seitens der Behandler.

Nachdem die wesentlichen Aspekte lösungsorientierter Kurzzeittherapie bereits im Forum IV/97 durch Franz WIENAND² ausführlich beschrieben worden sind und hier als bekannt vorausgesetzt werden, sollen deshalb in dem vorliegenden Werkstattbericht einige häufig gestellte **Fragen zur KZT** thematisiert werden.

1. Wodurch ist die therapeutische Beziehung in der KZT gekennzeichnet?
2. Welches sind die theoretischen und methodischen Quellen der KZT?
3. Wie vertragen sich systemische und psychoanalytisch orientierte Therapie?
4. Welche Nachweise gibt es zur Wirksamkeit systemisch-lösungsorientierter Therapie?

Zu 1.: Aspekte der therapeutischen Beziehung in der KZT

Wie bei allen Therapiemethoden, die nicht nur eine Ansammlung von Techniken sind, handelt es sich bei der KZT im Wesentlichen um die Verwirklichung einer Haltung des Therapeuten, die dieser seinen Patienten entgegenbringt. Die bekannten Vorgehensweisen wie das Stellen von Wunder- und Skalenfragen, Umdeutungen und positive Konnotation können nur auf dem Hintergrund einer wirksamen therapeutischen Beziehung weiterführen. Eine solche Beziehung ist lehr- und lernbar, sie läßt sich aber kaum genau dokumentieren, da sie im wesentlichen durch analoge Kommunikationsaspekte gekennzeichnet wird. Indirekt wird sie durch

die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, durch Erfolge bei der Behandlung und, bei kritischer Selbstreflexion, durch das Empfinden eines Im-Fluß-Seins des Therapeuten selbst bei der Behandlung erfassen.

Eine wichtige, wahrscheinlich *die* wesentliche Voraussetzung für eine "gute" therapeutische Beziehung ist ein passendes Menschenbild, das sich aus einer Reihe von bewußten und unbewußten Vorannahmen oder Grundannahmen zusammensetzt. Grundannahmen kann man nicht nicht haben, so wie man auch nicht nicht kommunizieren kann.

Übung: Ihren eigenen Grundannahmen, soweit sie nicht bereits bewußt sind, kommen Sie auf die Spur, indem Sie die drei für Sie wichtigsten oder am häufigsten in der Therapie benutzten Sätze aufschreiben, und auf ihre impliziten Vorannahmen hin untersuchen. Ein häufig verwendeter Satz ist beispielsweise die Frage: "Wie fühlen Sie sich dabei?" Implizite Vorannahmen dazu wären u.a.: (1) Die KlientIn fühlt (2) Sie kann ihre Gefühle ausdrücken und (3) das Ausdrücken dieser Gefühle ist nützlich für den Fortgang der Behandlung.

Eine Auflistung bedeutsamer Grundannahmen lösungsorientierter Therapie findet sich u.a. bei

WIENAND (1997, S. 67) Folgende Statements können u.a. dazu gezählt werden:

1. Die Qualität der therapeutischen Beziehung bemißt sich maßgeblich nach der Fähigkeit des Behandlers, einen guten Rapport zum Klienten(-system) aufzubauen.
2. Psychische Auffälligkeiten sind keine „harten“ Fakten, sondern Ergebnisse von zirkulären, sprachlichen Rückkopplungseffekten zwischen Menschen, die bestimmten Ereignissen bestimmte Bedeutungen geben.
3. Bei der Kommunikation zwischen Patient und Arzt spielen die unbewußt und bewußt wirksamen und vermittelten Konzepte von Krankheit und Gesundheit beim Therapeuten eine wichtige Rolle. Damit beeinflußt ein defizienzzentriertes oder ressourcenorientiertes Menschenbild jeweils den Interaktionsprozeß. Da der größte Teil der Kommunikation unbewußt und nichtverbal abläuft, teilt sich das Denken und Fühlen des Behandlers auch vorzugsweise durch die Körpersprache mit und wirkt so unmittelbar auf das Erleben der Patienten. Eine kongruente Kommunikation ist daher wesentlich.

4. PROBLEMTRANCE ist das „natürlicherweise“ auftretende Phänomen, wenn Menschen einen Helfer aufsuchen. Die Beschäftigung mit dem Problem bewirkt eine Bewußtseinseinstellung auf beiden Seiten. Die Problemtrance ist meist mit einem Gefühl von Ohnmacht, Schuld und Ausweglosigkeit verknüpft.
5. Ausnahmen vom Problemverhalten können oft bereits als Modelle für Lösungen dienen. Das mobilisiert Ressourcen und schafft bei Patient und Bezugspersonen ein Gefühl von Kompetenz und Kontrolle über ihr Leben. Ein positives Erleben von Selbstwert und Autonomie wird gestärkt.
6. Die Aufgabe des lösungsorientierten Therapeuten ist es, den „Versuchungen“ der Problemtrance zu widerstehen, indem er immer wieder neue Lösungsansätze im Verhalten der Beteiligten entdeckt und redundant versprachlicht= LÖSUNGSTRANCE

Eine für mich besonders wichtiger Aspekt liegt darin, daß Menschen, wenn sie unsere Hilfe suchen, sich in der Regel in einer subjektiv erlebten Sackgasse befinden. Das bedeutet, daß ihre Selbstüberzeugungen bezüglich eigener Handlungsfähigkeit (**Autonomie**) und ihres Gefühls, als Personen, Eltern, Kind, Jugendlicher etc. "in Ordnung" zu sein (**Selbstwert**) stark erniedrigt sind. Als Therapeut muß ich nun wissen, daß jede therapeutische Kommunikation Einfluß auf diese beiden existentiellen Variablen Einfluß ausübt: Entweder der Patient fühlt sich in seiner augenblicklichen Einengung bestätigt, oder er erlebt etwas anderes: Zutrauen zu seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten, das Problem zu lösen. Effektive Diagnostik und Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis läßt sich als fortwährende **Gratwanderung zwischen Problem- und Lösungstrance** verstehen. Die (Selbst-)Zuschreibung eines *Expertenstatus* verführt zur ausschließlichen Fokussierung auf das Problem(-Kind). Häufig werden so zunächst Lösungen 1. Ordnung (= von der Beziehungsstruktur her gesehen: mehr Dasselben!) angestrebt, die, unbeabsichtigt und zunächst unbemerkt, eine (Selbst-)Schwächung der familiären Zuschreibung von Selbstwert und Autonomie bei den Hilfesuchenden bewirken. Dies löst dann in der Regel Streßreaktionen im Sinne derselben rigiden Interaktionsmuster aus,

die zur Definition des Problems und zur Konsultation des „Experten“ geführt haben.

Dieser „Nebeneffekt“ professioneller Arbeit läßt sich durch ein konsequent ziel- und lösungsorientiertes Vorgehen weitgehend auffangen. Veränderte Bewertungen und Sichtweisen des Problems ermöglichen neue, lösende Schritte im Entwicklungszyklus der Familie. Außerdem werden durch das Herausarbeiten bereits vorhandener Ressourcen und Lösungsansätze die Selbstorganisationskräfte der Familie aktiviert. Dadurch werden Autonomie und Selbstwert beim Patienten als selbstverständlich vorhanden und ausreichend für die Lösung der Probleme unterstellt und damit gestärkt, neue Problemlösungsstrategien bleiben auch für spätere und andere Konfliktsituationen verfügbar. Wie bereits erwähnt, vermitteln sich beide Zuschreibungen im wesentlichen durch analoge Kommunikationaspekte, d.h. durch Mimik, Gestik, Intonation, Akzentuierung usw., nur zu einem kleineren Teil durch die Auswahl der benutzten Worte und erzeugten Sinnzusammenhänge, also digital. Damit spielen suggestive (hypnotische) Elemente eine besondere Rolle. Die Begriffe Problemtrance und Lösungstrance umschreiben die dazugehörigen unterschiedlichen Bewußtseinszustände.

Eine kleine Übung, die ich Ihnen vorschlagen möchte, verdeutlicht das:

Übung: "Problem-Talk - Solution-Talk": Sprechen Sie mit einer PartnerIn fünf Minuten lang über ein Problem, indem Sie es beschreiben lassen, ausloten, vertiefend analysieren usw. Achten Sie dabei auf die Fragen, die Sie stellen und auf Ihre Gefühle und körperlichen Reaktionen, wenn Sie die Antworten hören, die Sie erhalten. Bitten Sie Ihre Partnerin, auf Ihre eigenen affektiven Reaktionen zu achten. Die nächsten fünf Minuten konzentrieren Sie sich ausschließlich auf Lösungs-Sprache: auf Zeiten, in denen das Problem nicht auftaucht, auf bereits bewältigte Anteile des Problems etc. Achten Sie und Ihre PartnerIn

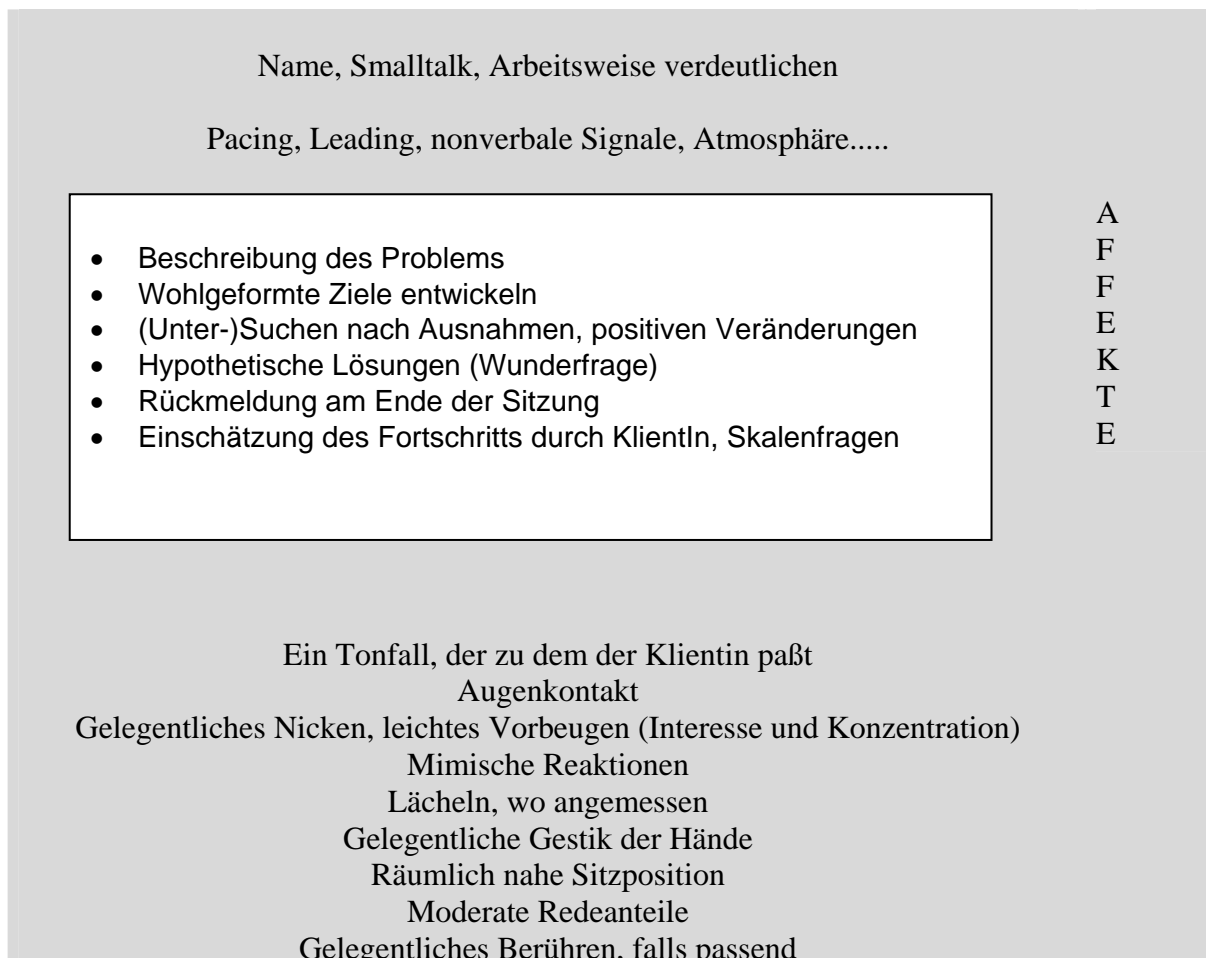
wiederum auf affektive Wirkungen und semantische Strukturen und vergleichen Sie diese mit der Vorerfahrung.³

Aus dieser Übung wird der meist in die eine oder andere Richtung verfestigende hypnotische Charakter der Gesprächssituation deutlich. Nicht immer, aber häufig wirken diese, hier polar gezeichneten Gesprächshaltungen direkt auf das Autonomie- und Selbstwerterleben der KlientInnen.

Heutige Therapieverfahren sind in den seltensten Fällen völlig neue Verfahren; sie beziehen ihre Vorannahmen, Theorien und Handlungsmodelle in der Regel aus bereits existierenden wissenschaftlichen oder philosophischen Erkenntnissen. Die innovative Leistung besteht dann in der Anwendung einer speziellen "Brille" und einer Auswahl an effektiven und von bestimmten Werten geleiteten Methoden.

Die lösungsorientierte Kurtherapie in unserem Praxisfeld verlangt sowohl kinder- und jugendpsychiatrisch-fachliche Kompetenz als auch fundierte Kenntnisse in systemischem Denken und in der Anwendung hypnotherapeutischer Konzepte. Mittlerweile kann es ja als Basiswissen angesehen werden, daß kinderpsychiatrische Behandlung dann dem Kind am meisten nutzt, wenn auch das gesamte Primärsystem (...die Familie) durch die Therapie gestärkt und unterstützt wird. Der Kinderpsychiater sollte daher – entsprechend den Erkenntnissen von neuerer Coping-Forschung und Salutogenese (Antonovsky⁴) – die Aspekte der Bewältigung des Problems beim Patienten und seinen Bezugspersonen höher ansiedeln als eine Fokussierung auf das Problem selbst.

Abb. 1 Phasen des Lösungen-Findens:



RÜCKMELDUNGEN:

0. Pause
1. Komplimente
2. Überleitung
3. Aufgaben:
 - Beobachtungsaufgaben: Unterschiede wahrnehmen
 - Handlungsaufgaben: Weiter so, so tun als ob, hilfreiches Verhalten intensivieren
 - Standardbotschaften beachten: Besucher, Klagende, Kunden

Der "gute" Beziehungsrahmen, durch den das "Containment" oder auch "Holding" (Winnicott), der sichere Raum oder auch die vertrauensvolle (An-)Bindung als Voraussetzung für kreative Veränderungsprozesse geschaffen wird, muß also als entscheidend für die Bereitschaft des Gegenübers zu neuen Schritten angesehen werden. Zu diesem Beziehungsrahmen gehört auch eine angemessene Resonanz auf die im Zusammenhang mit der Problemschilderung bzw. mit dem (Er-)Finden von neuen Lösungsmöglichkeiten vom Klienten geäußerten Affekte und Emotionen. Dieser Aspekt der Arbeit wurde vor allem durch die Auseinandersetzung mit der Säuglingsforschung und der neueren Bindungsforschung wiederbelebt. Die "ersten Familientherapeuten" hatten - angesichts der Erfahrung von Verstricktwerden in die ja meist affektiv hoch besetzte Familiendynamik - zunächst großen Abstand zu Gefühlen gesucht, um der Wucht familiärer Selbst- und Fremdhypnose standhalten zu können, und somit überhaupt hilfreich agieren zu können. Zudem war die Familientherapie der siebziger Jahre auch auf dem Hintergrund stark gefühlsagierender Verfahren der humanistischen Psychologie entstanden, die ja für entscheidende Familiendramen auch keine Abhilfe schaffen konnten. Mit der Begeisterung über die Wirksamkeit struktureller, strategischer oder systemischer Interventionen geriet die affektive Grundlage von therapeutischen Beziehungen so eine Weile aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit. Dies wird durch die gegenwärtige Entwicklung in Theorie⁵ und Praxis zunehmend korrigiert.

Trotz der in der systemisch - lösungsorientierten Kurzzeittherapie vielfach verwandten Skalierungs- und „Wunder“-fragen ist die Methode natürlich kein „Wundermittel“. Viel

mehr als eine mechanistische Anwendung von leicht zu erlernenden Techniken verlangt sie eine fundierte ressourcenorientierte, wertleitetete Haltung des Therapeuten, die auch nonverbal kongruent kommuniziert wird. Dabei ist die Beherrschung systemisch-hypnotherapeutischer Basisfertigkeiten wie Pacing und Leading, Reframing, Ankern erwünschter Zustände, und konsequentes Aufspüren von Erfolgen eine wichtige Voraussetzung.

Kurztherapie heißt auch nicht hastig oder kurzatmig therapieren. Im Gegenteil: je ruhiger und sorgfältiger eine sensorisch genaue, überprüfbare und für den Patienten angemessene Zielvorstellung erarbeitet wird, um so wahrscheinlicher wird auch das Finden von Ausnahmen zum Problemverhalten. Je besser die Kooperation mit dem „Problemsystem“ gelingt, um so ausgeprägter der Effekt der Stärkung von Selbstwert und Autonomie bei den beteiligten Personen. Dies ebnet dann auch den Weg zu evtl. zusätzlich notwendigen anderen Maßnahmen wie Einzel-/ Gruppentherapie, heilpädagogischen Förderungsmaßnahmen, Medikation oder sozialpädagogischen Hilfen.

Trotzdem gibt es immer wieder Situationen, in denen eine Zusammenarbeit schwierig sein kann: Wenig zu Veränderungsarbeit motivierte Bezugspersonen („Besucher“ = von anderen Geschickte), oder „Klagende“ = mit hohem Bedürfnis sich auszuklagen und ohne das Bewußtsein eigener Beteiligung am Problem, oder feindselige, latent oder offen aggressive Patienten/Familien stellen eine große Herausforderung an die therapeutische Professionalität und Geduld des Behandlers.

Andererseits betonen die Begründer des Verfahrens auch immer wieder dessen Anwendbarkeit auch bei schwierigsten und

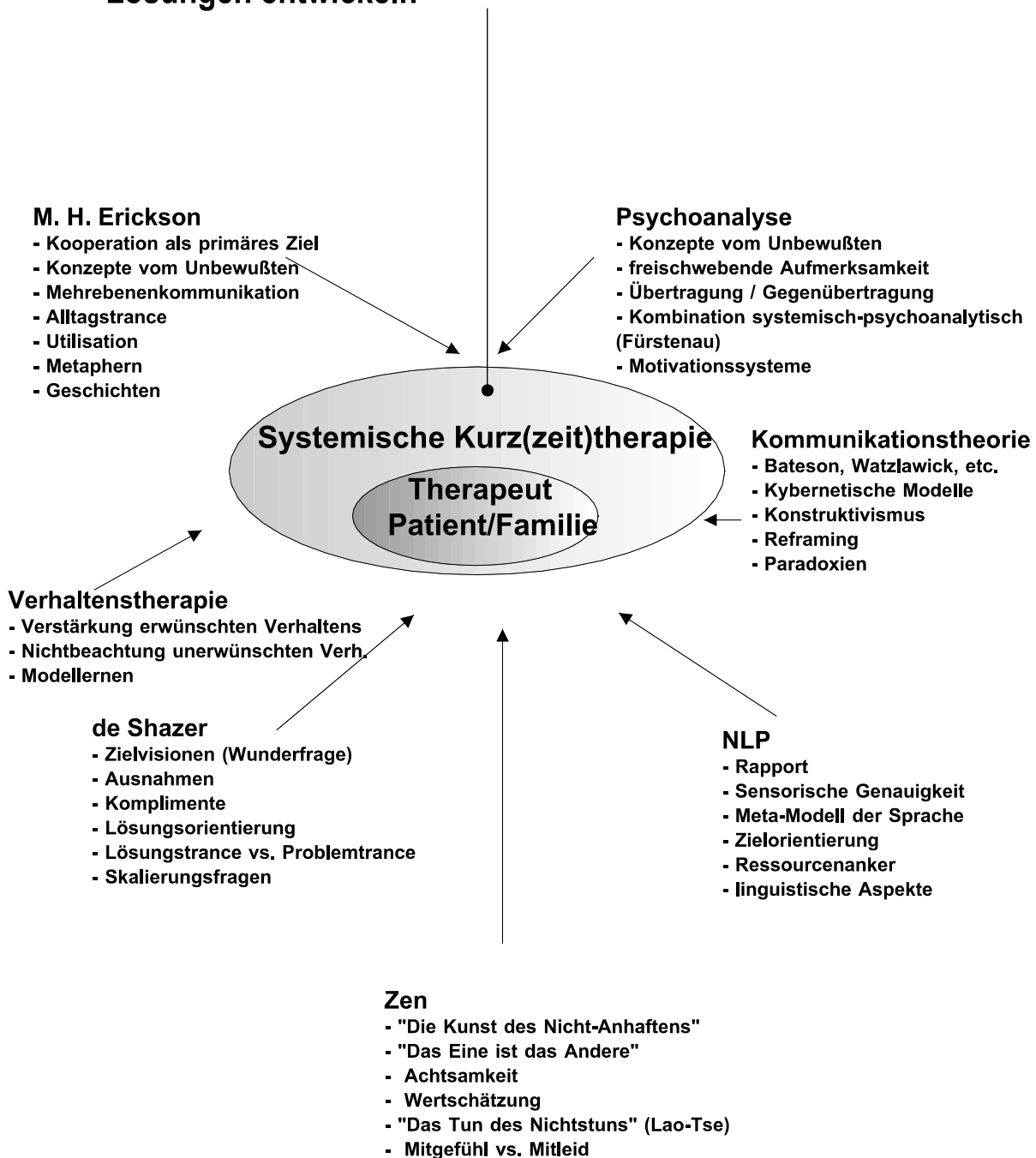
chronifizierten psychischen Problemen oder auch bei Multiproblemfamilien. Hinweise dazu finden sich beispielsweise bei BERG (1992)

Zu 2. Welches sind die theoretischen und methodischen Quellen der KZT?

Einige Hinweise dazu soll die nachstehende Grafik geben. Sie erklärt sich selbst und kann daher an dieser Stelle unkommentiert bleiben.

Abb.2 Ursprünge und Ziele der KZT

"Holding", Selbstwert, Autonomie und Identität stärken Lösungen entwickeln



Zu 3.: Wie vertragen sich systemische und psychoanalytisch orientierte Therapie?

Franz WIENAND hat in dem bereits mehrfach erwähnten Artikel dazu bereits angemerkt, daß eine Integration des psychoanalytischen Ansatzes mit der lösungsorientierten Therapie durchaus Synergieeffekte zeitigen könne, die eine Kombination sinnvoll erscheinen läßt. Damit ergibt sich eine breite Anwendbarkeit, eine flexible Handhabung der einzelnen, an die Klientel adaptierten methodischen Anteile, was sich sowohl fachlich, als auch ökonomisch

günstig auswirkt. Hierbei geht es insgesamt mehr um eine Orientierung für Therapeuten, als darum, eine neue Form zu propagieren.

Ein führender Vertreter dieser synergetischen Richtung, Peter FÜRSTENAU, benennt das so: "**Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren!**" Im Folgenden schlaglichtartig eine detailliertere Aufstellung dazu:

PSYCHOANALYSE UND SYSTEMISCHE THERAPIE⁶

Fürstenau übernimmt von der Psychoanalyse:

- Die Entwicklungstherapie
- Die Abwehrlehre
- Die Bedeutung der Übertragung

Er übernimmt nicht von der Psychoanalyse:

- Die Betonung der Pathologie
- Die Bedeutung der Regression für die Heilung
- Die hochfrequente Therapie
- Die Präferenz der Einzeltherapie
- Die Rolle des Therapeuten als deutungsgebender Experte für das Unbewußte
- Die faszinative Fixierung des Patienten an die Überlegenheit des Therapeuten
- Die psychoanalytische Deutungstechnik
- Die passive Therapeutenhaltung

Er übernimmt von der systemischen Therapie:

- Die Bedeutung des Kontextes
- Die Einschätzung der Chancen von Suggestionen
- Die Ressourcenorientierung
- Die Lösungsorientierung (die auch in der psychoanalytischen Kurzzeittherapie nicht ausgeprägt ist)
- Die Interventionsformen (z.B. Paradoxien, Umdeutung)
- Den Ansatz der kurz- und mittelfristigen Therapien
- Die unterschiedlichen Settings
- Die Verhaltensorientierung

Er übernimmt nicht von der systemischen Therapie:

- Das prononcierte Ausklammern von Verstehen und Geschichte
- Das Ausklammern der emotionalen Entwicklungen und der Abwehrstrategien
- Das Primat der Fragetechnik ohne tiefenpsychologisch - theoretischen Hintergrund

Im Sinne des Werkstattberichtes muß es auch bei diesem Punkt bei der unkommentierten Darstellung Denk- und Handlungsanregung

bleiben. Etwas mehr Raum soll dagegen dem letzten Punkt der Erörterung gegeben werden:

Zu 4.: Welche Nachweise gibt es zur Wirksamkeit systemisch-lösungsorientierter Therapie?

Bislang liegen erst wenige nicht-kontrollierte Studien zur lösungsorientierten Therapie bei einer kinder- und jugenpsychiatrischen Klientel (BURR, W., 1993, EISENBERG, J. und WAHRMAN, O. 1994) vor, deren Ergebnisse bei Abschluß der Behandlung und in Katamnesen eine hohe Effektivität der Methode belegen. Auch die Ergebnisse anderer, mehr auf Erwachsene bezogene kontrollierter und nicht kontrollierter Studien (vgl. TREFFEHN 1996 und SHADISH et al. 1997) sind ermutigend im Hinblick auf die Wirksamkeit systemischer Therapie. Insbesondere die Metaanalyse von SHADISH et al., der 163 kontrollierte Studien analysierte, ergab eine Wirksamkeit mit einer Effektstärke, die mindestens so hoch ist, als sie in der Regel in medizinischen, chirurgischen und pharmazeutischen Wirksamkeitsstudien festgestellt werden kann. Einen guten Überblick über den Forschungsstand liefert die dem wissenschaftlichen Beirat "Psychotherapie" übergebene, ausführliche Dokumentation "Materialien zur Theorie, Praxis und Evaluation der Systemischen Therapie".⁷ Damit braucht sich die systemische Therapie bezüglich der wissenschaftlichen Qualität nicht mehr hinter anderen psychotherapeutischen Verfahren, deren Wirksamkeit überprüft wurde, zu verstecken, auch wenn die Gutachterkommission zum Psychotherapeutengesetz die systemische Therapie im Wesentlichen wegen einer zu geringen Anzahl kontrollierter Studien nicht als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren akzeptierte.⁸

BEHANDLUNGSERGEBNISSE:

Die Sitzungszahl bis zur deutlichen Besserung der Symptomatik betrug zwischen eins und drei, der einvernehmliche Behandlungsabschluß erfolgte nach einer (plus Telefonat) achten Sitzung. ($x = 4,6 \pm 3,0$). Typische Kommentare der Eltern und der Kinder waren z.B., man käme jetzt alleine weiter, das Familienklima habe sich mehr entspannt, man würde wieder Land sehen oder: das Problem

Zum Schluß soll noch eine eigene kleine Studie zur KZT dargestellt werden:

Im Anschluß an die Darstellung der Behandlungsmethode und Patientengruppe einer Untersuchung des Jahres 1992 (TROST1993), wurden die Behandlungsergebnisse fünf Jahre nach Behandlungsabschluß überprüft. Es handelt sich um eine Gruppe von 17 Patienten und ihren Familien, die ohne Vorauswahl – nicht kontrolliert – nach der Methode der lösungsorientierten systemischen Kurztherapie behandelt worden waren. Organische Faktoren, neurologische Störungen und Teilleistungsschwächen waren ausgeschlossen bzw. entsprechend behandelt worden – wobei das Problem ja eher selten bei diesen förderungsbedürftigen Störungen direkt liegt, als in der Organisation der Familie und der anderen beteiligten Bezugssysteme wie Kindergarten, Schule "um die Störung herum". Das Alter der Kinder – sechs Mädchen und elf Jungen variierte zwischen vier und siebzehn Jahren, mit einem Schwerpunkt zwischen sechs und elf Jahren. Die MAS-Diagnosen umfaßten ein breites Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten, darunter mehrfach ein hyperkinetisches Syndrom, Tic-Störungen, emotionale Störungen mit Bauchschmerzen und Ängsten, Störungen des Sozialverhaltens mit Aggressivität, zwei Schulphobien.

sei ganz gelöst. In einem Fall erhielt ein Junge noch eine kunsttherapeutische Einzeltherapie über ein halbes Jahr, in einem anderen Fall wurde ein Junge zum Abschluß der Behandlung zum Erlernen des autogenen Trainings weiter überwiesen.

KATAMNESE:

1. Methodik:

Im April 1997 wurde die gesamte Stichprobe mittels eines Katamnesefragebogens, der von WEAKLAND und WATZLAWICK im Mental Research Institute MRI in Palo Alto, Ca. entwickelt und bereits in mehreren katamnestischen Untersuchungen systemischer Therapien verwandt wurde, vom Autor nachbefragt. (vgl. WEAKLAND et al. 1974, BURR 1993, sowie TROST 1995)

1. was sich seit dem Entlassungszeitpunkt in Bezug auf das Therapieziel verändert habe,
2. ob sich in der Zwischenzeit andere oder neue Symptome entwickelt hätten,
3. ob seitdem andere oder weitere Therapie oder Beratung in Anspruch genommen wurde,
4. und wie sie den Entspannungs- bzw. Spannungszustand der Familie im Vergleich zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns erleben und heute einschätzen würden.

2. Ergebnisse:

Dreizehn Familien gaben an, das Behandlungsziel sei erreicht. In einem Fall war nach zwei Jahren eine depressive Krise mit Suizidversuch, die einige Monate Einzeltherapie erforderte, erfolgt. Eine weitere Familie gab an, es habe sich in Bezug aufs Therapieziel nichts Positives verändert, der Junge sei mittlerweile in stationärer Unterbringung in einem heilpädagogisch-therapeutischen Heim. Eine dritte Familie gab an, daß das Behandlungsziel nur teilweise erreicht werden konnte, daß zwei Jahre später eine einjährige Einzeltherapie erfolgt sei.

Im übrigen seien keine neuen Symptome aufgetreten und auch keine weitere Therapie sei erforderlich geworden.

Dreizehn Familien gaben an, daß das Familienleben seitdem noch entspannter geworden sei. Zwei weitere gaben eine eingeschränkte

Von den siebzehn Patienten wurden 16 mittels eines telefonischen Interview erreicht. Die Gespräche wurden mit einem oder beiden Elternteilen und teilweise zusätzlich mit dem Kind geführt. Dabei wurden die Gesprächspartner an die damals genannten Behandlungsziele erinnert und befragt,

Besserung und eine Familie, die sich allerdings vorher schon als entspannt beschrieben hatte, gab keine weitere Änderung an.

Aus Sicht des Behandlers haben neun der sechzehn Familien das Behandlungsziel voll erreicht, sechs sind dem Behandlungsziel näher gekommen. Bei einer Familie gab es keine Besserung, eine Verschlechterung der Symptomatik war in keinem Fall eingetreten.

Die vorliegende Untersuchung ist eine praxisnahe und für Praktiker durchführbare Nachuntersuchung einer unausgewählten kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe. Durch die Erfassung von möglichem neuen symptomatischen Verhalten wird der subjektive Charakter der Befragung der Behandelten durch den Behandler teilweise korrigiert.

Abb. 3: Zusammenfassung der Praxisstudie:

Klientel: 17 Patienten (6 Mädchen, 11 Jungen, 4 -17 J , unausgewählt, nicht kontrolliert).

Diagnosen: HKS, Tourette-Syndrom, Schulphobien, Emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens

Behandlungsabschluß: nach 1 – 8 Sitzungen (45 – 60 min) Mittelwert= $4,6 \pm 3,0$

Katamnese: nach 5 Jahren (n=16) Telefonische Nachbefragung
mittels MRI-Fragebogen

Ergebnisse:

Aus Sicht der Familien: 13 Patienten haben das Behandlungsziel erreicht
2 Patienten Behandlungsziel teilweise erreicht
1 Patient: keine Veränderung

weitere Entspannung im Familienleben geben 13 Familien an.

Aus Sicht des Behandlers:

9 Patienten haben Behandlungsziel voll erreicht
6 Patienten Behandlungsziel teilweise erreicht
1 Patient: keine Veränderung

Die Ergebnisse liegen in dem Rahmen, der auch von anderen Autoren angegeben (z.B. W. BURR) wird. Für die Zukunft ist zu hoffen, daß bald Ergebnisse von größer angelegten, möglichst kontrollierten Studien vorliegen werden. Mittlerweile haben sich auch in Europa einige Arbeitsgruppen, u.a. auch im

Bereich der Suchttherapie zusammengefunden, die auf größere Behandlungszahlen zurückgreifen können. Es ist jedenfalls zu hoffen, daß der lösungsorientierte Ansatz sich weiter ausdifferenziert und als effektives Instrument der Psychotherapie weitere Verbreitung findet.

Satelliten-Seminar während der Jahrestagung des BKJPP am 12.06.1999 in Aachen

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Alexander Trost
An der Siep 44
41238 Mönchengladbach

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Berliner Str. 31
71034 Böblingen

Literatur:

Berg, Insoo Kim (1992): Familien - Zusammenhalt (en). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Burr, Wolfgang (1993). Evaluation lösungsorientierter Kurztherapie. Familiendynamik 18 (1), S. 11-21

De Shazer, Steve (1989). Der Dreh. Heidelberg: Auer.

De Shazer, Steve (1992). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

De Shazer, Steve (1996). „..... Worte waren ursprünglich Zauber“: Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

- Eisenberg, J. und Wahrman, O.** (1994). Brief Strategic Therapy in a Child Community Clinic: A follow Up Report. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 31 (1), 37 - 40).
- Deissler, Klaus, Zitterbarth, Walter** (1996). Psychotherapieforschung als sozialer Diskurs. *Zeitschrift für systemische Therapie* 14 (2), S. 88 - 97.
- Fürstenau, P.:** Entwicklungsförderung durch Therapie - Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München (Pfeiffer) 1992
- Fürstenau, P.:** Lösungsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie - Effizienzsteigerung und Behandlungsverkürzung durch Synergie. In:
- Hennig, H. u.a. (Hrsg.):** Kurzzeitpsychotherapie in Theorie und Praxis. Pabst, Lengerich, 1996 (1200 Seiten Überblick über theoretische Konzepte und praktische Erfahrungen)
- Hesse, Joachim (Hrsg.):** Systemisch-lösungsorientierte Kurztherapie. Göttingen (V&R) 1997
- De Jong, Peter, I.K.Berg:** Lösungen (er-)finden - Das Werkstattbuch zur lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund (vml) 1999
- Grinder, John, Bandler, Richard:** (1984). Therapie in Trance. Stuttgart: Klett Cotta.
- Lipchik, Eve** (1994). Die Hast, kurz zu sein. *Zeitschrift für systemische Therapie* 12 (4), S. 228 - 235.
- Ludewig, Kurt** (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett Cotta.
- Ludewig, Kurt** (1996). Systemische Therapie in Deutschland. *Familiendynamik*, 21 (1), S. 95 - 115
- Ludewig, K., et al.:** Stellungnahme der AGST zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates "Psychotherapie" über die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie. In: *Z.system.Ther.* 18 (2) 2000
- Miller, G., de Shazer, St.:** Mit Gefühlen arbeiten. *Familiendynamik* 25 (2) 2000
- Ochs, Matthias, von Schlippe, Arist, Schweitzer - Rothers, Jochen** (1997). Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie. *Familiendynamik* 22 (1), S. 34 - 63.
- Satir, Virginia** (1975). Selbstwert und Kommunikation. München: Pfeiffer.
- Schiepek, Günther et al.** (1995). Die systemische Analyse der systemischen Therapie. *Familiendynamik* 20 (1), S. 15 - 31.
- Schiepek, Günter** (1996). Systemische Praxis und das Konzept der allgemeinen Psychotherapie. Kontext - *Zeitschrift für Familientherapie*, 27 (1), S. 65-80.
- Schiepek, G.:** Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie, Praxis Forschung. Herausgegeben von der AGST. Göttingen (V&R) 1999
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J.** (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen Vandenhoeck und Ruprecht.
- Shadish, William et al.** (1997): Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik* 22 (1), S. 5 - 33.
- Treffehn, Guido** (1997) Sekundäranalyse zur Wirksamkeit der systemischen Therapie. Versuch einer Bestandsaufnahme neuerer Evaluationsforschung. Diplomarbeit des psychologische Instituts der Universität Münster.
- Trost, A.** (1993). Systemische Kurzzeittherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis - erste Ergebnisse. Unveröffentlichter Vortrag bei der 23. wissenschaftlichen Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Köln.
- Trost, A.** (1995): A Systemic Approach in Day Care Child Psychiatry: Clinical Settings and Results. Unveröffentlichter Vortrag beim Zehnten Kongress der European Society for Child- and Adolescent Psychiatry – ESCAP, Utrecht.
- Trost, A.:** (1997) Wenn Hilfe zu, Problem wird... oder: lösungsorientierte Ansätze in der Kinder- und jugendpsychiatrie. Unveröffentlichter Postervortrag beim XXV. Kongress der DGKJPP, Dresden
- Trost, A.:** Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: **Schwarzer, W., Trost, A.**(Hrsg): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. Dortmund (vml) 1999
- Vogt-Hillmann, Manfred, Burr, Wolfgang (Hrsg):** Kinderleichte Lösungen – Lösungsorientierte

Kreative Kindertherapie. Dortmund (vml) 1999

Walter, John, Peller, Jane: Lösungs - orientierte Kurztherapie. Dortmund (vml) 1994.

Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, T., Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process 13: 141-168.

Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B (Hrsg): Gefühle und Systeme. Heidelberg (Auer) 1998,

Anmerkungen:

¹ z.B. in der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Marienkrankenhauses 26871 Aschendorf (Leiter: Dr. Filip Caby) oder in der Abt. f. Kinder- und Jugendlichen-Psychosomatik der Hardberg-Klinik in Wald-Michelbach (Leiter: Dr. med. Dipl. rer. pol. Gunther Schmidt

² Wienand, Franz: Kurzzeittherapeutische Ansätze in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. FORUM BKJPP IV/97

³ vgl: Walter, J, Peller, J: Lösungs-orientierte Kurztherapie - Ein Lehr- und Lernbuch. Dortmund (vml) 1994

⁴ z B.: Antonovsky, Aaron: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M.(Hrsg) Psychosomatische Gesundheit. Tübingen (dgv-Verlag) 1993

⁵ vgl. z. B.: Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B (Hrsg) Gefühle und Systeme. Heidelberg (Auer) 1998, oder Miller, G., de Shazer, St.: Mit Gefühlen arbeiten. Familiendynamik 25 (2) 2000

⁶ Fürstenau, P.: (1996) Persönliche Mitteilung

⁷ Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie, Praxis Forschung. Herausgegeben von der AGST. Göttingen (V&R) 1999

⁸ vgl. hierzu u.a.: Ludwig, K., et al.: Stellungnahme der AGST zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates "Psychotherapie" über die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie. In: Z.system.Ther. 18 (2) 2000

Erschienen in: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 10 /2 (2000)