

Kurzzeittherapeutische Ansätze in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

Franz Wienand

„Was mit weniger Aufwand getan werden kann, wird mit mehr Aufwand vergeblich getan“ : Das könnte ein moderner Kurzzeit-Therapeut gesagt haben. Wären Sie darauf gekommen, daß das Zitat von William von OCKHAM stammt, einem Theologen und Logiker des ausgehenden 13. Jahrhunderts?

So neu ist das alles gar nicht, was uns heute beschäftigt.

Meine systematische Beschäftigung mit kurzzeittherapeutischen Ansätzen - das heißt mit ressourcen- und lösungsorientierter, entwicklungsfördernder Arbeit -, war anfangs der Versuch, aus einer Not eine Tugend zu machen: In den gut fünf Jahren seit meiner Niederlassung in einer kleinen Praxis ohne „Sozialpsychiatrie“ wurden die Wartezeit immer länger und meine Termine immer rarer. Ich mußte mir also etwas einfallen lassen, um möglichst ökonomisch, aber doch fachlich zufriedenstellend und erfolgreich mit den Familien zu arbeiten, die mit den unterschiedlichsten Fragen und einem Anspruch auf Antworten in die Praxis kommen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Kurzzeittherapie (KZT) ist für mich keine Verbeugung vor dem beschleunigten Zeitgeist, der Entwicklungen nicht mehr abwarten kann. Sie hat auch nicht das primäre Ziel, Kosten zu sparen, und ist kein kinder- und jugendpsychiatrisches „fast food“.

Die analytisch-systemische, lösungsorientierte KZT, mit der ich Sie bekanntmachen möchte, stellt für mich einerseits eine definierte **Behandlungsmethodik** mit bestimmten Techniken dar, ist aber darüber hinaus inzwischen zu einer **therapeutischen Haltung** geworden, die meine Arbeitsweise in der Praxis bestimmt, soweit ich nicht nach anderen definierten Methoden arbeite, etwa in Psychoanalysen.

Herr TROST hatte 1993 in Köln und erneut in diesem Jahr in Dresden erste und ermutigende Ergebnisse mit systemischer KZT in seiner Praxis mitgeteilt.

Ich hoffe auf eine angeregte und anregende Diskussion!

Ursprünglich wollte ich die wichtigsten kurzzeittherapeutischen Verfahren einzeln vorstellen.

Also etwa Bert HELLINGERS „systemische Psychotherapie“, der mit alttestamentarischer Wucht mit den Kategorien „Bindung“, „Ordnung“ und „Ausgleich“ arbeitet, die psychologischen Grundgesetzen gleichen sollen, und

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
1997, Heft IV, S. 75-90 75 - 90

in der die Lösung über die ganzheitlich erlebte Wirkung eines einzigen Satzes oder einer Familienaufstellung geschieht.

Oder die „katathym-imaginative Psychotherapie“ Hans-Carl LEUNERS, in der das Unbewußte und die Konflikte symbolisch und mit enormer emotionaler Kraft zum Ausdruck kommen und auf der symbolischen Ebene bearbeitet werden können.

Oder die hintersinnige und paradoxienreiche Psychotherapie von Paul WATZ-LAWICK, den ich in einen Rundfunkinterview sagen hörte: „Wenn ich einem Klienten in zehn Sitzungen nicht geholfen habe, überweise ich ihn an einen Kollegen“.

Und die strategische „Ordeal Therapy“ von Jay HALEY, der die Therapie für den Klienten anstrengender gestaltet als seine Symptomatik, so daß dieser letztlich seine Symptome aufgibt, um der Therapie zu entkommen.

Auch die „Provokative Therapie“ von Frank FARELLY geht in diese Richtung. Bis hin zur „psychoanalytischen Fokalthherapie“, in der die aktuelle Übertragung und ein ausgewählter Konflikt in einer zeitlich begrenzten Psychotherapie die Hauptrolle spielen.

Die verschiedenen systemischen Ansätze haben eine gemeinsame Basis, aber auch ein gemeinsames Problem: Sie betrachten die Interaktionen in einem System, **als hätte es keine Geschichte.**

Die vergangenen Erfahrungen der Beteiligten spielen aber in Form von Projektionen, Übertragungen, Fixierungen und Identifikationen vor allem dann eine wichtige Rolle, wenn ein System entsteht oder sich erweitert, also z.B. bei der Partnerwahl oder bei der Geburt eines Kindes.

Im weiteren Verlauf schleifen sich dann Muster des Erlebens, der Interpretation und der Interaktion ein, die sich verselbständigen und ihre Ursprünge nicht mehr erkennen lassen. Das Verständnis eines Jugendlichen in einer aktuellen Krise oder einer Familie, die an einer Schwellensituation nicht weiterkommt, läßt sich vertiefen, wenn die horizontale systemische Sicht um die vertikale „genetische“ im psychoanalytischen Sinne ergänzt wird.

In dem nachfolgend dargestellten Ansatz wird versucht, psychoanalytisches Verständnis mit einem systemischen, lösungsorientierten Vorgehen zu verbinden, und zwar aus der Perspektive des Therapeuten und von seinen Aufgaben her betrachtet. Die Begriffe „Therapeut“ und „Kinderpsychiater“ verwende ich gleichbedeutend, ebenso wie „Patient“ und „Familie“ - und zwar in ihren männlichen und weiblichen Erscheinungsformen.

Der lösungsorientierte systemische Ansatz wurde, wie überhaupt die systemische Psychotherapie, stark beeinflusst von dem amerikanischen Hypnotherapeuten Milton ERICKSON und am Zentrum für Kurzzeit-Familientherapie in Milwaukee, USA, vor allem von Steve De SHAZER und seiner Frau Insoo Kim BERG weiterentwickelt. Die Verbindung mit der Übertragungsanalyse zu

einem psychoanalytisch-systemischen Konzept wurde in Deutschland von Peter FÜRSTENAU geleistet. Dort habe ich dieses Konzept auch kennengelernt. Ich meine, daß durch die Integration der beiden Ansätze Synergieeffekte möglich werden, die einer rein psychoanalytischen oder rein systemischen Therapie überlegen sein können. Und es dürfte einen wichtigen Beitrag zur dringend nötigen Konzeptualisierung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie darstellen.

In unserem Fachgebiet wird an jeder Klinik, Abteilung und Station und in den sozialpsychiatrischen Praxen mit verschiedenen Methoden gearbeitet; die meisten von uns beherrschen mehr als eine therapeutische Methode.

Eklektisch oder parallel heißt aber noch nicht integrativ.

In dem vorgestellten Ansatz sehe ich ein integratives, theoretisch und praktisch definiertes Konzept, das auch ein Einzelner anwenden kann. Dabei wird meine persönliche Variante zusätzlich beeinflusst durch meine positiven Erfahrungen mit der kathym-imaginativen Psychotherapie.

KZT in diesem Sinn meint, daß der Kinderpsychiater eine **Kurzzeitperspektive** hat, die sich kennzeichnen läßt als lösungsorientiert, gegenwarts- und zukunftsbezogen und antiregressiv. Sie läßt sich in jedem Setting anwenden, ob in der Einzeltherapie, der Familien- oder der Elternarbeit, bei akuten Krisen wie bei schweren Störungen. Sie ist **nicht** definiert durch eine bestimmte Zahl von Sitzungen, also auch geeignet zur niederfrequenten, längerfristig begleitenden Therapie mit unbestimmter Dauer.

In einer etwas künstlichen Trennung sollen die **psychoanalytischen Aspekte** und anschließend die **systemischen Grundannahmen** dargestellt, dann einige wichtige **Techniken** und schließlich gemäß dem Motto der Tagung quasi idealtypisch der Verlauf einer Familien-Kurzzeittherapie skizziert werden, wie gesagt aus der Perspektive des Therapeuten.

Psychoanalytische Aspekte der Kurzzeittherapie

Der ich-psychologische Aspekt:	Vor welcher Entwicklungsaufgabe schreckt der Patient/die Familie zurück?
Der „genetische“ Aspekt:	Auf welches Funktionsniveau regrediert er oder sie?
Der motivationale Aspekt:	Welche Motivationssysteme bestimmen die unbewußte Dynamik?
Der adaptive Aspekt:	Welchen adaptiven und interaktionellen Sinn hatte und hat die Symptomatik?
Der Übertragungsaspekt:	Welche Übertragungen wirken in der Familie und in der Beziehung zum

Therapeuten?

Abb. 1

Die wichtigste Aufgabe des Therapeuten besteht darin, daß er einen Blick für Muster und Strukturen entwickelt.

Im Mittelpunkt steht dabei die aktuelle Situation. Diese wird untersucht anhand von einigen Fragen:

1. **Ich-psychologisch:** Vor welchem anstehenden Schritt der Lebensbewältigung, vor welcher Entwicklungsaufgabe schrecken die Familie oder das Kind zurück? Wie angemessen und reif sind die Lösungsversuche?
2. Unter „**genetischen**“ Gesichtspunkten: Wohin, auf welches Entwicklungsniveau, gehen er oder sie dabei zurück, wohin regrediert er? Welche kindlichen Beziehungsformen drückt die Symptomatik aus? Welche Projektionen, Identifikationen und Übertragungen bilden sich in den aktuellen Beziehungen ab? Z. B. läßt sich die Verzweiflung einer Mutter an ihrem Kind, das nicht ihren Erwartungen entspricht, vor dem Hintergrund ihrer frustrierenden Beziehung zur eigenen Mutter besser verstehen und ihr auch verständlich machen, daß und warum sie ihr Kind unbewußt in eine Elternrolle bringt.
3. Welche unbewußte **Motivationen** bestimmen die Dynamik? Die Selbstpsychologie unterscheidet fünf wichtige, affektiv verankerte Motivationssysteme, welche für die Entwicklung des Selbst je nach Befriedigung oder Frustration maßgebend sind: die physiologischen Bedürfnisse, Bindung, Exploration und Selbstbehauptung, ein aversives System und ein sensuell-sexuelles System. Probleme entstehen üblicherweise dann, wenn in einer Familie oder Partnerschaft einer den anderen als Objekt zur Befriedigung seiner Bedürfnisse benutzt, ihn also lediglich in dieser Funktion braucht und ihn daher nicht als eigenständiges Gegenüber mit eigenen Ansprüchen wahrnehmen kann.
4. Der **adaptive** Aspekt oder welchen Sinn haben die Symptome?: Die positive Bedeutung von Symptomen wird in zweifacher Weise betont: Sie werden erstens verstanden als die zum Zeitpunkt ihrer Entstehung bestmögliche Form der Anpassung, nicht selten des seelischen Überlebens, und stellen zweitens Botschaften an die anderen dar, die entschlüsselt werden können. Die Symptomatik wird so als interaktive Strategie aufgefaßt.
5. Wie ist die **Übertragung**?: Die Beziehung der Familie zu mir trägt Züge einer Kind-Eltern-Beziehung: Die aktuelle Übertragung zu mir - vom Mißtrauen bis zu Heilserwartungen - trägt zum Verständnis der Dynamik bei. Die Interventionen wenden sich jedoch an die gesunden, vernünftigen Anteile, die Patienten werden auf ihrem höchsten Niveau ernstgenommen.

Nun möchte ich mich mehr den **systemischen** Aspekten zuwenden. Die systemische Therapie betrachtet Familien als sich selbst regulierende Systeme, die ihre eigene Wirklichkeit selbst erschaffen, ihr Gleichgewicht bewahren und sich zugleich weiterentwickeln wollen. Und in denen jeder mit jedem verbunden ist, so daß Änderungen an einer Stelle grundsätzlich das Ganze verändern.

Grundannahmen und Prinzipien lösungsorientierter Therapie

1. Die Dinge sind nie so, wie sie sind. Sie sind immer das, was man aus ihnen macht“ (ANOUILH)
2. Für das Herstellen einer positiven, den Patienten/die Familie akzeptierenden und kooperationsfördernden Arbeitsatmosphäre bin **ich** verantwortlich.
3. Dazu muß ich die Sichtweise und Zielvorstellungen der Familie akzeptieren.
4. Geistige Gesundheit wird betont, Ressourcen werden gewürdigt und genutzt.
5. Veränderung ist unvermeidlich (oder: nichts geschieht immer).
6. Gegenwart und Zukunft sind wichtiger als die Vergangenheit.
7. Lösungen und Erfolge sind wichtiger als Probleme und Versagen.
8. Sparsamkeit: Kleine Veränderungen führen zu großen Veränderungen.
9. Bescheidenheit: Ich führe den Patienten/die Familie nicht an der Hand, sondern helfe ihm/ihr über eine Schwelle
10. Akzeptieren begrenzter Ziele und kleiner Fortschritte

Abb. 2 (mod. nach Steve De SHAZER und Insoo Kim BERG)

Der **erste** Punkt bezieht sich auf den Konstruktivismus und bietet die Grundlage für die wichtige Technik der **positiven Konnotation** und des **Reframing**, des Umdeutens von Eigenschaften und Symptomen von negativ nach positiv: Sturheit in Beharrlichkeit, hyperaktiv in temperamentvoll usw. Die veränderte Sicht des Kindes und ihrer eigenen Reaktionen erlaubt den Eltern eine Distanzierung, ein wichtiger erster Schritt zur Veränderung.

Zwischen den nächsten Punkten **2, 3** und **4** besteht ein innerer Zusammenhang. Wichtig ist ein aktiv bekundetes Interesse an der gegenwärtigen Lebenssituation, Verständnis für die emotionale Verfassung der Familie einschließlich ihrer affektiven Reaktionen auf mich, ohne ihr dabei inhaltlich recht zu geben. Das bedeutet eine Abkehr vom Begriff „Widerstand“ als Eigenschaft der Familie/des Patienten hin zum Annehmen der **Herausforderung** an mich, **Vertrauen und Kooperation aktiv herzustellen**. Ein mißtrauischer Vater wird sich in der Regel verstanden fühlen, wenn ich seine erkennbare Skepsis als natürliche Folge schlechter Erfahrungen akzeptiere. Das Anerkennen der Sichtweise der Familie bedeutet Verzicht auf normative Bewertung und auf den Anspruch, besser als die Familie zu wissen, was gut für sie ist.

Neutralität und Allparteilichkeit heißt für mich vor allem, die oft naheliegende Identifikation mit dem Kind und besonders dem Jugendlichen gegen die Eltern zu vermeiden. Das wäre der sicherste Weg, die Eltern als Verbündete zu verlieren. Im Zweifel unterstütze ich eher die Autorität der Eltern, - die haben es heute meist nötiger.

Mit Betonung geistiger Gesundheit, Punkt 4, ist gemeint, daß es in diesem Ansatz nicht so sehr darauf ankommt, in aller Breite die Symptome und deren Verbindung mit den unglücklichen Aspekten der Lebens- und Familiengeschichte zu erörtern. Schon in der Anamneseerhebung werden von Anfang an die **Erfolge, Anstrengungen und Stärken** erfragt und als etwas Besonderes und keinesfalls Selbstverständliches hervorgehoben. Wenn man den Eltern und Kindern Komplimente macht für das, was sie im Leben schon alles hingekriegt haben, wird nicht nur die Bedeutung der Symptome zurechtgerückt und damit eine Distanz geschaffen, sondern die Atmosphäre verändert sich positiv, und damit verbessern sich die Chancen zur Kooperation. Ich bin immer wieder überrascht, wie niedergeschlagene Kinder, die die Klagen der Eltern über ihre Unarten anhören, aufleben, wenn ich sie - nur halb im Scherz - frage: „Und was kannst Du sonst noch gut im Leben?“ und mich bei den Eltern erkundige, worauf sie stolz sind bei ihrem Kind.

„Nichts geschieht immer“, Punkt 5, bezieht sich auf die Suche nach den **„Ausnahmen“**, nach den Situationen, in denen das Problemverhalten **nicht** auftritt: Danach muß regelrecht gefahndet werden: Was ist dann anders? Was haben die Eltern, was das Kind, was die Geschwister anders gemacht? Ich verwende hier die **Metapher vom Goldsucher**, der am Flußrand steht und die Steine durchsiebt. Das einzige, was ihn interessiert, sind die Nuggets, aber er muß jeden Kiesel genau untersuchen, bevor er ihn wegwirft, und selbst die kleinsten Goldkörnchen hebt er auf. Die Familien sind oft so fasziniert von den Kieseln, daß sie die Goldkörner übersehen und wegwerfen. Die Frage nach den Ausnahmen dient nicht nur der Relativierung und Distanzierung, sondern ist auch einer der ersten Schritte, die Kontrolle über die Symptome wiederzuerlangen.

Zu Punkt 6: Die **Ausrichtung auf die gegenwärtige Lage**, die aktuell anstehenden Aufgaben und die Entwicklung einer konkreten **Zielvorstellung** für die Behandlung, auf die sich Behandler und Patient/Familie einigen, setzen eine antiregressive Einstellung voraus. Die Anamnese ist wichtig, aber es gibt keinen Anlaß, sich allzu lange in die unglückliche Vergangenheit zu versenken. Die Patienten werden aufgefordert, sich vorzustellen, ein Wunder sei geschehen und das Problem sei gelöst. Was ist dann anders? Was fällt ihnen selbst auf, was merken die anderen in der Familie, der Schule und am Arbeitsplatz? Wie fühlen sie sich dabei? Gut eignen sich dazu die „Wunderfrage“ oder die „Zauberkugeltechnik“ („Stellen Sie sich vor, Sie schauen in eine Kristallkugel und sehen Ihre Zukunft“) und jede Art der Imagination, solange sie möglichst konkret, verhaltensbezogen ist und die affektive Seite des Erlebens einbezieht. Zusammen mit der zuversichtlichen Haltung des Therapeuten können diese Imaginationen eine enorme, suggestive Kraft ausüben, die der Patient affektiv

erlebt und die sein Selbst stärkt. Einige dieser Techniken werde ich noch vorstellen.

Mit der **Zukunftsorientierung** (Punkt 6) ist auch das Ausrichten der Aufmerksamkeit der Patienten von den Problemen hin zu den möglichen **Lösungen** (Punkt 7) verbunden. Die Kurztherapeuten sind der Ansicht, daß man einen Schlüssel braucht, um eine verschlossene Tür zu öffnen, und nicht alles über das Schloß wissen muß. Und wie die Erfahrung zeigt, genügt oft ein Dietrich: Für vergleichbare Probleme gibt es ähnliche, unspezifische Lösungsmuster.

Die Punkte **8 bis 10** lassen sich zusammenfassend besprechen: Die **Ziele**, um die es gehen kann, sind die Ziele der Patienten und nicht die meinen. Meine Aufgabe ist es, nach diesem Verständnis, den Familien zu helfen, daß sie herausfinden, was sie erreichen wollen, und ihnen bei den ersten Schritten in Richtung auf ihr Ziel zu helfen. Mehr ist oft nicht erforderlich. Je kleiner die einzelnen Fortschritte dabei sind, die angestrebt werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sie erreicht werden. Und mit jedem erreichten Fortschritt wächst das Selbstbewußtsein der Patienten und Familien und damit die Wahrscheinlichkeit weiterer Erfolge.

An dieser Stelle ist es Zeit für eine Warnung: Am Anfang einer Behandlung steht die Klärung, was die Familie will und weshalb sie kommt. Das klingt trivial, aber jeder kennt Beispiele von Frust und von vergebens investierter Energie, weil diese Frage nicht sorgfältig genug geklärt wurde. Der Analyse der Übertragung entspricht in systemischer Terminologie die pragmatische Unterscheidung der Beziehungstypen von Klienten in „**Besucher**“, „**Klagende**“ und „**Kunden**“. „Schwierige“ Familie sind meist solche, bei denen versäumt wurde, den Beziehungstyp zu klären.

„**Besucher**“ werden geschickt, bei mir am häufigsten vom Jugendamt oder der Schule, manchmal vom Gericht oder der Drogenberatung. Entweder gibt es am Ende der Sitzung kein Problem, oder jemand anderer hat es. Hier kann es hilfreich sein, die zuweisende Person oder Instanz direkt einzubeziehen und/oder den „verborgenen Kunden“ aufzuspüren: Wenn die Eltern mit ihrem Kind an sich ganz zufrieden sind, der Rektor aber mit Schulverweis droht, könnte man der Frage nachgehen, wie das Kind sich anders verhalten müßte, um an der Schule bleiben zu können - wenn es das will! -, und wie ihm die Eltern dabei helfen können. Dabei ergibt sich eventuell doch ein Ziel, und wenn es darin besteht, daß endlich die leidigen Anrufe der Lehrerin aufhören. Vielleicht ist die Familie auch kein „Kunde“ in Bezug auf das präsentierte Problem, aber es gibt etwas anderes, an dem sie arbeiten möchte.

„**Klagende**“ sind oft Jugendliche, die sich über ihre Eltern, oder Mütter, die sich über ihr Kind beschweren, die unter der Situation leiden und Verständnis

suchen. Sie können ihr Problem gut beschreiben, sehen die Lösung aber darin, daß jemand anderer sich ändert. Hier sollte der Therapeut die Beschwerden mit dem Klienten gemeinsam so untersuchen, daß eine neue Perspektive entstehen kann, die zu einer Lösung führen könnte. Die Verordnung von handlungsbezogenen Aufgaben ist nicht angebracht, hilfreich sind aber paradoxe Interventionen und Aufgaben, die eigenen Erfahrungen im Hinblick auf das Problem genau zu beobachten, ohne etwas zu ändern.

Ziel ist, herauszufinden, was die Klienten tun können, um Einfluß auszuüben.

„Kunden“ in diesem Sinn sind das, was wir uns alle wünschen: Es gibt eine Beschwerde und ein Behandlungsziel, die Familie sieht sich als Teil der Lösung und ist bereit, etwas zu tun. Wir fühlen uns in der Lage, ihr dabei zu helfen.

Wenn wir feststellen, daß wir dachten, wir hätten es mit Kunden zu tun, und uns getäuscht haben, ärgern wir uns üblicherweise über die Patienten.

„Idealtypische“ Verlaufsstruktur einer Kurzzeittherapie

Interventionen in der lösungsorientierten KZT(1): 5 nützliche Fragen

1. Was hat sich in der Zeit von der Anmeldung bis zum ersten Termin heute gebessert?
2. Die Frage nach den Ausnahmen vom Problem.
3. Die Wunderfrage: Nehmen Sie an, heute nacht, während Sie schlafen, geschieht ein Wunder und alle Probleme, weswegen Sie gekommen sind, sind gelöst. Weil Sie geschlafen haben, haben Sie davon nichts mitbekommen. Wenn Sie am Morgen aufwachen und das Wunder ist geschehen: Was fällt Ihnen als erstes auf? Was noch? Wer merkt sonst noch was davon? Welchen ersten Schritt müßten Sie tun, damit ein kleiner Teil dieses Wunders geschieht?
4. Skalenfragen: Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 bedeutet, alles war ganz schlimm, z.B. als Sie angerufen haben, und 10 bedeutet, das Wunder ist geschehen und die Probleme, weswegen Sie gekommen sind, sind gelöst: Wo stehen Sie/Ihr Kind jetzt? Woran werden Sie merken, daß Sie/Ihr Kind einen Punkt weiter sind? Was müssen Sie tun, um einen kleinen Schritt weiterzukommen?
5. Stützende Fragen haben zum Ziel, der Familie ihre Erfolge immer wieder vor Augen zu führen und damit Zuversicht und Selbstvertrauen zu stärken. Wie haben sie das geschafft? Wie machen Sie das, daß nicht alles wieder schlimmer ist? Wie schaffen Sie es, von Tag zu Tag weiterzumachen? Wie haben Sie diesen Rückschlag überwunden?

Abb. 3 (mod. nach BERG und MILLER 1993)

Während das **Verständnis** der Dynamik also unter analytischen Gesichtspunkten erfaßt wird, ist die **Interventionsstrategie** systemisch, suggestivtherapeutisch und lösungsorientiert ausgerichtet.

Die wichtigsten **Interventionen** sind: Suggestion, Anerkennung und Bestätigung, zirkuläre Fragen, Reframing, Utilisierung von Ressourcen, Suche nach Ausnahmen, Entwicklung von Zielen, die „Wunderfrage“, die „Standardverschreibung“, die Stellung von Aufgaben, Skalenfragen und stützende Fragen.

Die **Skizzierung eines Behandlungsverlaufs** aus der Perspektive des Therapeuten, von seinen Aufgaben und Zielen her, soll das vielleicht etwas verwirrende Material, das ich vor Ihnen ausgebreitet habe, ordnen und zusammenfassen. Auf eine Kasuistik habe ich zugunsten der Klarheit der Darstellung verzichtet:

Seit ich die Erfahrung bestätigen konnte, daß tatsächlich die meisten Eltern eine Symptom-Besserung in der Zeit zwischen **Anmeldung** und Erstvorstellung berichten, wenn man sie danach fragt, empfehle ich schon beim ersten Telefonat, auf solche Anzeichen zu achten. Offenbar stärkt schon der Entschluß, Hilfe zu suchen, das familiäre Selbst und entlastet die Kinder.

Diesen Effekt versuche ich zu nutzen und durch eine Veränderung der Wahrnehmung zu verstärken.

Das **Erstgespräch** hat inzwischen einen sehr viel stärkeren therapeutischen Charakter angenommen. Ich bemühe mich aktiv um eine akzeptierende, wohlwollende, vertrauenerweckende und optimistische Haltung. Bei der Anamneseerhebung widme ich mich nicht mehr mit der früheren Hingabe der Symptomatik und all dem Leid, sondern frage von Anfang an gezielt nach den „Ausnahmen“, den Stärken des Kindes und der Familie und würdige explizit, was sie versucht und erreicht haben im Leben. Ich mache den Eltern und Kindern sehr viel mehr Komplimente als früher und registriere ein optimistischeres, angstfreieres und entspannteres Arbeitsklima.

Die Familienanamnese interessiert mich besonders im Hinblick auf die Geschichte und die aktuelle Wirksamkeit unbewußter Prozesse wie Projektionen, Identifikationen und Parentifizierungen. Ich versuche, mir ein Bild zu machen, vor welcher Entwicklungsaufgabe die Familie/das Kind steht und auf welches Niveau er oder sie regrediert. Dabei erkläre ich den Patienten oft, was ich meine verstanden zu haben. Ziel ist dabei, den Patienten zu helfen, einen Sinn in ihren Handlungen zu finden, was mit einer Distanzierung vom Symptom, mit Entlastung von Schuldgefühlen und damit einer Stärkung des Selbst verbunden ist. Eine wichtige Rolle spielen dabei positive Konnotationen, also die Umdeutung von Klagen und erlebten Schwächen in Stärken.

Am Ende des Erstinterviews steht die ausdrückliche Hinlenkung der Familie auf ihre eigenen Zielvorstellungen und ihre Möglichkeiten, aktiv etwas in Richtung

auf diese Ziele zu tun. Hier hat die „Wunderfrage“ ihren Platz, deren Sinn die Weckung einer affektiv bedeutsamen, positiv getönten und konkreten Vorstellung einer symptom- und beschwerdefreien Zukunft ist.

Am Schluß der ersten Sitzung sage ich der Mutter und dem Kind, wie sich mir die Zusammenhänge auf den ersten Blick darstellen, mache ihnen ein Kompliment für ihre Anstrengungen, etwas zu ändern, und verordne eine Aufgabe, wenn sie bereit sind, mitzuarbeiten. Die Aufgabe kann eine paradoxe Intervention sein, vor allem wenn sehr viel Druck besteht, daß das Symptom verschwinden soll, aber zugleich kaum eine Kontrolle darüber erkennbar ist. Wenn die Dinge noch nicht so klar sind und die Klagen im Vordergrund stehen, verordne ich die sogenannte

„**Standardverschreibung**“ : „Achten Sie bis zum nächsten Termin auf alles, was gut funktioniert und versuchen Sie, herauszufinden, was Sie anders gemacht haben, daß es geklappt hat.“.

Die Ausrichtung der Wahrnehmung der Familie auf ihre eigenen Erfolge wird begleitet von Verständnis für die Notwendigkeit der Symptome („Symptome sind das Fieber, aber nicht die Infektion, auf die es hinweist“), die erst aufgegeben werden können, wenn an ihrer Stelle etwas Neues möglich wurde. Den Wunsch nach unmittelbarer Veränderung versuche ich zu dämpfen: „Entwicklung braucht Zeit“.

Die Wahrnehmungs- oder Verhaltensaufgaben haben den Sinn, die Ich-Fremdheit der Symptome zu vermindern und bewußte Kontrolle über die bisher spontan auftretende Symptomatik zu gewinnen. Zum Beispiel: „Was müßten Sie tun, damit alles noch viel schlimmer wird?“. Dabei hilft auch die Erörterung, in welchen Lebensbereichen die Symptomatik wichtig ist und auf keinen Fall aufgegeben werden sollte.

In den **weiteren Sitzungen** - in der Regel folgen ein bis zwei diagnostische Sitzungen mit dem Kind alleine - interessiere ich mich weiter dafür, was sich in der Zwischenzeit getan hat. Erfolge werden ausdrücklich gewürdigt und ihr Zustandekommen ausführlich untersucht.

Im sogenannten „**Abschlußgespräch**“ sind normalerweise beide Eltern und das Kind anwesend. Es geht um die relevanten Befunde und die Frage der Indikation zu einer spezifischen Therapieform, zu der für mich inzwischen auch die KZT gehört. Nicht selten hat sich die Symptomatik bis dahin deutlich gebessert und mit der Familie kann eine Vereinbarung über eine Reihe von Sitzungen in größeren Abständen getroffen werden. Der Sinn der niedrigen Frequenz liegt darin, daß Familie und Kind Zeit brauchen, um neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Das Ende der Behandlung wird vom Erreichen der Ziele bestimmt. Die Rückfallprognose und die Möglichkeit, im Bedarfsfall Frequenz oder Methode zu ändern, sollen den unmittelbaren Veränderungsdruck verringern.

Die weiteren Sitzungen sind bestimmt von der Würdigung der erreichten Fortschritte, der Anpassung und Präzisierung der Ziele und dem Finden neuer angemessener Aufgaben. Rückschritte werden als unvermeidlich betrachtet, ihre Auslöser werden analysiert, aber der Therapeut hält sich nicht lange mit der Enttäuschung auf, sondern hilft der Familie, sich sofort neu auf das Ziel einzustellen. Aufgaben, die nicht funktionieren, werden verändert oder neue entwickelt. Die vorhandenen Ressourcen werden aufgespürt, mobilisiert und erweitert. Die sinnlich-konkrete, immer wieder imaginativ aufgefrischte Zielphantasie wird gepflegt und steuert die Behandlung.

Der Abschluß der Therapie wird bestimmt von den persönlichen Vorstellungen der Familie oder des Jugendlichen. Sie entscheiden über ihre Ziele und das Ausmaß der gemeinsam angestrebten Veränderung.

Mit einem Rückblick auf den Anfang, Komplimenten an alle Beteiligten für das Erreichte und einer Rückfallprognose beende ich die letzte Sitzung.

Bezüglich technischer Fragen wird auf die Literatur verwiesen.

„Wohlgestaltete Behandlungsziele“

Interventionen in der lösungsorientierten KZT(2):

„Wohlgestaltete“ Behandlungsziele

1. sind bedeutsam für die Familie
2. sind klein, realistisch und erreichbar
3. sind konkret, präzise und verhaltensbezogen
4. beschreiben eher das Vorhandensein als die Abwesenheit von etwas
5. beschreiben eher einen Anfang als ein Ende

Ziele erreichen ist „harte Arbeit“

Abb. 4 (mod. nach BERG/MILLER 1993)

Zur Bedeutung und Indikation

Inzwischen liegt in meiner Praxis der Anteil an Kurzzeittherapien, in der Regel mit Familien, bei knapp 20 %.

Stationäre Aufnahmen machten 2% und Abbrüche 4% aus.

Die Verteilung der **Diagnosen** läßt vorläufig vermuten, daß die KZT in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem dann erfolgreich eingesetzt werden kann, wenn es um Anpassungsreaktionen geht, aber auch, wenn emotionale

Störungen im Vordergrund stehen, und bei der Enuresis. (*Anmerkung von mir: Gibt es eine Begründung, weshalb gerade diese psychosomatische Störung?*)

Ich hoffe, daß sich daraus auch eine praktikable Methodik zur Behandlung sozial auffälliger, delinquenten und drogenabhängiger Jugendlicher entwickeln läßt; das wäre dringend nötig.

Eine weitere wichtige Rolle spielt dieser Ansatz in der niederfrequenten Begleitung von Familien mit schwerwiegenden sozialen Problemen und Kindern mit Frühstörungen und kombinierten Entwicklungsstörungen.

Was heilt denn eigentlich?

Zusammenfassung und zum Schluß:

Ich habe einen integrativen Therapieansatz vorgestellt, der psychoanalytisches Verständnis mit einem systemisch orientierten, suggestivtherapeutischen Ansatz kombiniert und dadurch in der Lage ist, die Wirkung im Sinne eines Synergieeffektes zu steigern.

Die wichtigsten Kennzeichen sind:

1. die aktive Gestaltung der **Beziehung** durch den Therapeuten im Sinn einer verständnisvollen, wertschätzenden, akzeptierenden und ermutigenden Haltung. Wenn uns Familien aufsuchen, sind sie meist entmutigt und demoralisiert, stehen Hilflosigkeit, Scham und Resignation im Vordergrund. Das heißt, zu diesem Zeitpunkt ist ihre **Suggestion**sbereitschaft hoch. Wenn der Therapeut von Anfang an die Erwartungen auf Besserung unter Nutzung der Übertragung bestärkt, weckt er Hoffnung. Die Ansicht, daß die Symptomatik einen positiven Sinn hat und verstanden werden kann, entlastet von Schuldgefühlen und **stärkt das Selbst**.
2. Das Verhalten des Therapeuten wird von seiner **Theorie**, seinem Menschenbild beeinflußt. Das vorgeschlagene Modell sieht, wie die systemische Theorie überhaupt, in Familien „Systeme, die aus ihren Erfolgen lernen“. Diese Einstellung hilft den Familien, den Glauben an sich selbst wiederzufinden.
3. Eine konsequent **antiregressive Einstellung** mutet den Patienten von Anfang an und zunehmend stärker Verantwortung für ihr Verhalten zu und hilft ihnen dabei, ihre Symptome unter Kontrolle zu bekommen und die gesunden Lebensbereiche auszuweiten. Regression wird nur insoweit gefördert, als sie die therapeutische Beziehung verbessert. Die Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf vergangene Erfolge erhöht die Wahrscheinlichkeit künftiger Erfolge. Die Einräumung von Zeit, die Veränderung braucht, und die Erwartung von nur minimalen Veränderungsschritten **entlastet** die Familien von Druck.
4. Die **Erfahrung**, daß die Familien es schaffen, sich durch eigene Aktivität aus den Verstrickungen in die Pathologie und aus den damit verbundenen Enttäu-

schungen zu befreien, führt zum Erleben der eigenen Wirksamkeit und damit zu verstärkter **Autonomie** auch in anderen Lebensbereichen.

5. Die Umdeutungen und positiven Konnotationen auch von Charaktereigenschaften, die Erfahrung gegenseitiger Unterstützung und die Erweiterung außerfamiliärer Beziehungen sind geeignet, die **Beziehungen** zu verbessern. Eltern sehen sich selbst und ihr Kind unter dem Einfluß der therapeutischen Suggestionen und ihrer eigenen Kooperation in einem neuen Licht. Dadurch wird die Isolierung durchbrochen, in der sich die Kinder und oft auch ein Elternteil, nicht selten die ganze Familie befindet.

6. Die kognitiven Neubewertungen und die Erfahrungen auf der Verhaltensebene sind verbunden mit wichtigen und positiven **emotionalen Erfahrungen**. Lebensfreude, Selbstgefühl und das affektive Familienklima verändern sich nicht nur innerhalb der Sitzungen, sondern nach meiner Beobachtung durchaus dauerhaft.

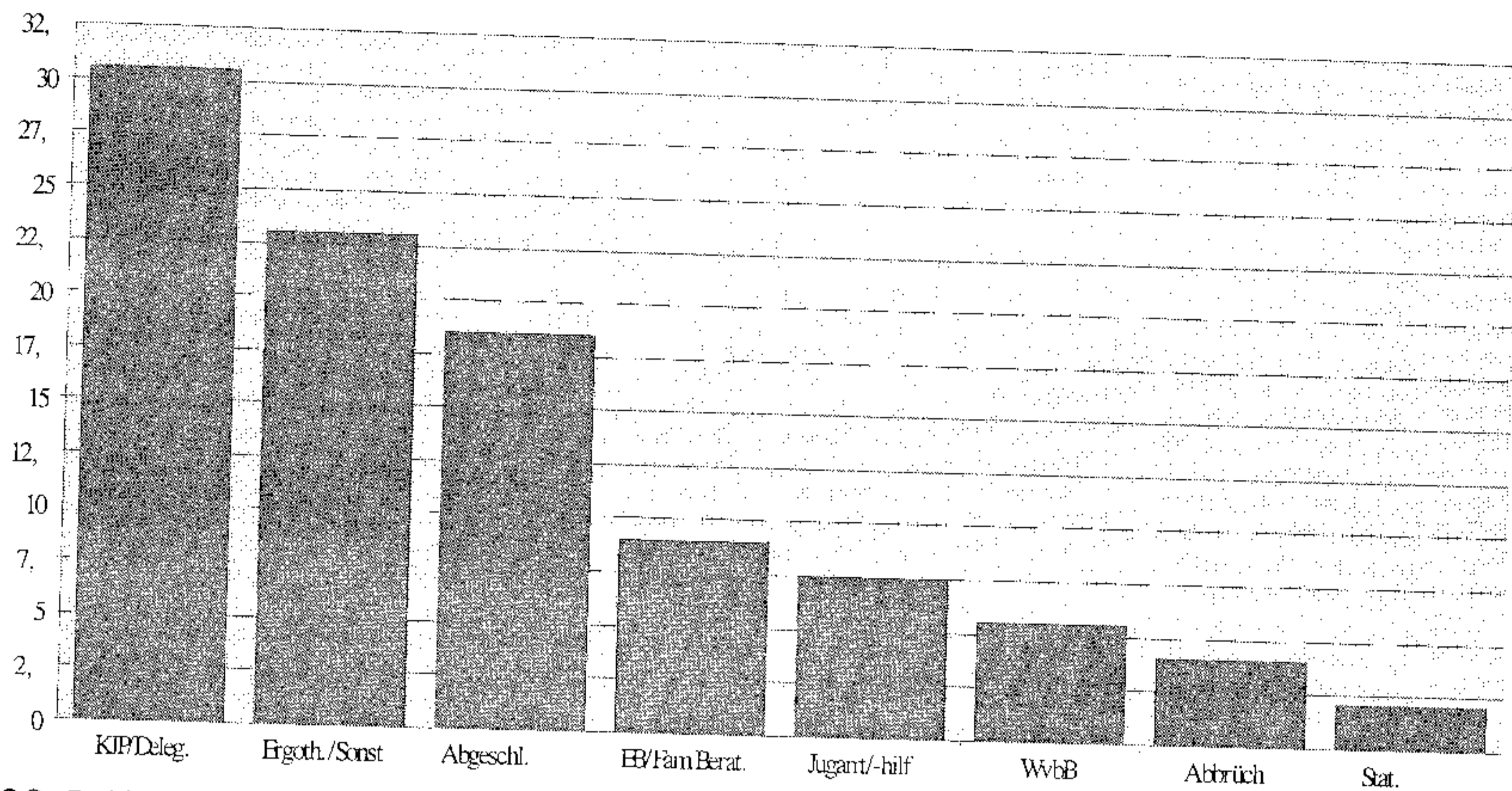
7. Wenn es denn gelingt, stellt das Meistern einer Entwicklungsaufgabe eine bleibende Erfahrung dar, die in die **Zukunft** hineinwirkt und die Kompetenz der Familie stärkt, auch künftige Krisen zu meistern.

Selbstverständlich sind die genannten wirksamen Mechanismen, - also im wesentlichen die therapeutische Beziehung, Stärkung des Selbst durch narzißtische Zufuhr, Suggestion, kognitive Umstrukturierung, neue Lernerfahrungen und emotionales Engagement -, **nicht spezifisch**, sondern wirken generell in allen Psychotherapieformen. Der vorgestellte integrative Ansatz scheint mir allerdings diese universell wirksamen Elemente zu einer anregenden, effektiven, flexiblen und ökonomischen Methodik zu verbinden, die sich für die vielfältigen Aufgaben in einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis besonders eignen kann.

An der Schnittstelle der vertikalen Entwicklung mit der horizontalen Ebene aktueller Einflüsse bringt der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die besten Voraussetzungen mit, um die wirkenden Einflüsse diagnostisch zu erfassen und therapeutisch zu bearbeiten, von der konstitutionellen Anlage über die vorgeburtliche und frühkindliche Entwicklung, über die spezifischen Hirnfunktionen und die Dimension von Reifung und Entwicklung bis hin zur Familiendynamik und der aktuellen Übertragungs-Gegenübertragungsszene.

Die vorgestellte Methode verpflichtet allerdings den Kinder- und Jugendpsychiater zur Übernahme von aktiver Verantwortung für das therapeutische Klima und zu einer antiregressiven, optimistischen, engagierten Arbeitsweise. **Das liegt nicht jedem.** Die Arbeit wird auf eine Weise anstrengender, andererseits bringt sie, - zumindest geht das mir so -, mehr Freude und Befriedigung.

**Übersicht der im 2. und 3. Quartal 1997 abgeschlossenen Fälle
N = 92 : Indikationen**



30.5 % Delegation/ Empfehlung KJP

23 % Ergotherapie/Legasthenieförderung und ähnliche

18.5 % abgeschlossene KZ - Therapien

9 % EB/Familienberatung

7.5 % Jugendhilfe

5.5.% keine Therapie

Indikation, WV b.B

Abbrüche 4 %

Stationäre Aufnahmen 2%

Abb. 5

Diagnosen der KZT- Fälle (N = 17 Patienten, 19 Diagnosen):

26 %	F 93	Emotionalstörungen
21 %	F 43.25	Anpassungsreaktionen
21 %	F 98.0	Enuresis
16 %	F 92	Sozial- und Emotionalstörungen
16 %	F 91	Sozialstörungen

Abb. 6

Literatur zur Kurzzeittherapie:

Berg, I. K., Miller, S.D.: Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Auer, Heidelberg 1993

(Allgemeine und klare Darstellung, nicht nur in Bezug auf Alkoholprobleme)

Berg, I. K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch, Verlag modernes lernen, Dortmund, 2. Aufl. 1995

Fürstenau, P.: Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, 2. Aufl. München 1994

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

Lachauer, R.: Der Fokus in der Psychotherapie. Fokalsätze und ihre Anwendung in Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie.

Pfeiffer, München, 1992

Madelung, E.: Kurztherapien. Neue Wege zur Lebensgestaltung. Kösel, München, 1996 (Knappe, aber klare Übersicht über Grundlagen und Konzepte)

Miller, S.D., Berg, I. K.: Die Wunder-Methode ! ? ! . verlag modernes lernen, Dortmund 1997

de Shazer, St.: Muster familientherapeutischer Kurzzeit-Therapie. Junfermann, Paderborn 1992

de Shazer, St.: Das Spiel mit den Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Auer, Heidelberg 1992

de Shazer, St.: Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Auer, Heidelberg 1993

de Shazer, St.: Worte waren ursprünglich Zauber. Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis.

Verlag modernes lernen, Dortmund 1996

Strupp, H. H., Binder, J.L.: Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1993
(Darstellung des psychoanalytischen Konzepts)

Trost, A.: Systemische Kurzzeittherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis - erste Ergebnisse.

Vortrag bei der XXIII. Wiss. Tagung der DGKJP, Köln 1993

Vortrag, gehalten auf der Jahrestagung des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. am 20.9.1997 in Bad Liebenzell.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Berliner Str 31, 71034 Böblingen