

Vogt-Hillmann, Manfred / Burr, Wolfgang und Eberling, Wolfgang
**Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 8, S. 286-293

urn:nbn:de:bsz-psydok-35781

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

INHALT

Erziehungsberatung

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psychic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) .. 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-
VAKJP vom 28.–30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 ... 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMAN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen .. 308
- GRISSEMAN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind .. 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich	267	SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens	229
HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend	311	SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion	99
IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen	151	SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie	192
JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt	149	SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45	69
KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie	270	SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibungsschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden	100
KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft	235	SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt	70
KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie	269	SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik	190
LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker – Die frühen Formen der Kommunikation	308	STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters	69
LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	231	SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe	67
LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit	336	TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung	267
LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie	378	TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe	268
LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern	149	THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch	270
MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle	34	TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik	377
MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie	68	TÖLLE, R.: Psychiatrie	231
MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch	307	TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch	191
MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkommentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz	102	TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3	339
MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels	338	TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration	66
MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie	233	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung	378
NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	230	VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch	338
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989	31	WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen	149
ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen	150	WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz	98
PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention	32	WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder	234
QUEKELBERGHE, R.v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie	67	ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	271
RANDOLPH, R.: Psychotherapie – Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis	309	ZINKE-WOLTER, P.: Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen	232
RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte	235		
REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit	99	Editorial 344	
REITTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West	98	Mitteilungen der Herausgeber 265	
ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis	376	Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374	
ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung	33	Diskussion/Leserbriefe 266	
ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher	337	Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374	
SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften	312	Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382	
		Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382	

Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Manfred Vogt-Hillmann, Wolfgang Burr und Wolfgang Eberling

Zusammenfassung

Die Kontroverse zwischen Familientherapie und systemischer Therapie stellt den Ausgangspunkt für einen Entwurf einer synergetischen¹ Kurztherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis dar. Einige Grundannahmen des radikalen Konstruktivismus, der Systemtheorie und der narrativen Psychologie werden vorgestellt und im Zusammenhang mit Konzepten einer lösungsorientierten Kurztherapie diskutiert. Eine Falldokumentation zeigt die Möglichkeiten dieses Modells in der ambulant-psychiatrischen Praxis.

1 Trends in der Psychotherapie

In der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein Wandel in Theorie und Behandlungsverfahren stattgefunden. Die zunehmende Orientierung an familien- und kurzzeittherapeutischen Therapiekonzeptionen hat Modelle wie die systemische Therapie in Medizin und Psychologie salonfähig gemacht und etabliert. Während die klassischen individuumsbezogenen Psychotherapiemodelle mehr oder weniger an tiefenpsychologischen Konzepten orientiert sind, wurde mit den systemischen Ansätzen der Anspruch verbunden, eine grundsätzliche paradigmatische Wende in der Psychotherapie einzuleiten (GUNTHERN, 1980). Die systemische Therapie analysiert und behandelt die Kommunikations- und Interaktionsformen und daraus begründete Beziehungsmuster, die eine pathogene Entwicklung einzelner Systemmitglieder erklären. Persönliche Eigenschaften und Charakterzüge treten in den Hintergrund der Betrachtung. Familientherapeutische Konzepte die angetreten waren, eine Konfliktbewältigung am Ursprungsort zu erzielen (STIERLIN u. WIRSCHING, 1982) sind durch eine ressourcenorientierte Behandlung sozialer Systeme ergänzt bzw. abgelöst worden (REITER et al., 1988). Die systemische Perspektive hat sich von frühen Konzepten der Familientherapie emanzipiert (vgl. VOGT, 1990b) und Eingang in die Einzelbehandlung gefunden (WEISS, 1988). In den letzten Jahren hat dies zu einem wahren Boom systemischer Theorien geführt. In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden systemische Konzepte ebenso genutzt, wie die in jüngster Zeit stark einbezogenen Modelle und Verfahren der ERICKSONSchen Hypno-

therapie und des Neuro-Linguistischen Programmierens (MROCHEN, 1990; ROTHHAUS, 1985; OUDSHOORN, 1985; VOGT, 1990a).

Viele der etablierten systemischen Therapiekonzepte sind allerdings weniger revolutionär, als sie dies von sich behaupten. Bei aller Euphorie scheint die propagierte paradigmatische Wende an dem klassisch-strukturalistischen Verständnis von Therapie verhaftet geblieben zu sein. In diesen Konzepten scheinen die Begriffe der „Psyche“ durch jene der „Beziehungsstruktur“ oder „Funktion“ ersetzt. Der Begriff „Individuum“ ist dem des „Systems“ gewichen (vgl. DE SHAZER, 1991).

Der beabsichtigte Wandel zu einem revolutionierten Therapieverständnis bleibt ein Lippenbekenntnis, wenn anstatt der psychischen Struktur die Beziehungsstruktur im Vordergrund einer psychotherapeutischen Behandlung angesehen wird, in der ebenfalls aus einer normativ scheinbar objektivierten Perspektive dysfunktionale Strukturen behandelt werden.

Einen evolutionären Sprung in der therapeutischen Modellbildung sehen wir in einer ziel- und lösungsorientierten Psychotherapie, die anstatt mit Konzepten wie Funktionalität-Dysfunktionalität an den systemimmanenten und externen Ressourcen anknüpft und die Wahlmöglichkeiten von Entwicklungsperspektiven erhöht. Die Ansätze von ANDERSEN (1991), DE SHAZER (1989) und GOOLISHIAN u. ANDERSON (1988) sind an diesen Kriterien ausgerichtet. Eine Integration wesentlicher Elemente dieser Konzepte stellt die Basis für post-strukturalistische Therapiekonzeptionen in einem synergetischen Modell der Kurztherapie dar.

Diese Konzepte beziehen sich mehr oder weniger explizit auf die erkenntnistheoretische Position des radikalen Konstruktivismus, die allgemeine Systemtheorie und die Sprachtheorie einer narrativen Psychologie. In unserem Entwurf einer lösungsorientierten synergetischen Kurztherapie werden wir einige Grundannahmen dieser Ansätze und die Folgerungen für die psychotherapeutische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen und diskutieren.

2 Eine radikal konstruktivistische Perspektive in der Psychotherapie

Die zentrale These dieser erkenntnistheoretischen Position besagt, daß wir die Welt in der wir leben selbst erschaffen, indem wir sie internal erfinden bzw. konstru-

¹ Synergetik: die Lehre vom Zusammenwirken (vgl. HAKEN, 1981).

ieren. Wir können keine äußere Realität im Sinne einer len, sondern kreieren subjektive-interpretative Bedeutungs-generierungen. Unser Gehirn ist ein operational geschlossenes und energetisch offenes System. Energie empfängt es zur Aufrechterhaltung seiner selbst von außen, seine konstruktiven Operationen sind innerhalb der Welt der Neuronen geschlossen. Mit anderen Worten: Wir erfinden unsere Wirklichkeit permanent durch die Art und Weise, wie wir Ordnung in dem Chaos einer uns umgebenden Welt von internalen und externalen Reizen erzeugen.

Mit ihren Studien zur Wahrnehmungs- und Erkenntnisbildung haben die Neurobiologen Maturana und Varela (1982; 1987) aufgezeigt, daß unser Nervensystem keine Informationen von „da draußen“ empfängt, sondern, „es bringt vielmehr eine Welt hervor, indem es bestimmt, welche Konfigurationen des Milieus Perturbationen darstellen und welche Veränderungen diese im Organismus auslösen“. (Maturana et al., 1987, 185) Externe Reize verlieren im Gehirn ihre ursprüngliche Qualität und unterliegen einer organisierenden Interpretation. „In den Erregungszuständen einer Nervenzelle ist nicht die physikalische Natur der Erregungsursache codiert. Codiert wird lediglich die Intensität dieser Erregungsursache, also ein wieviel, aber nicht ein was.“ (Foerster, 1973, 43) Codierung und Decodierung sind physiologische Operationen psychologischer Konstruktionen.

Glaserfeld spricht von einem „aktiven Operieren des Subjekts in bezug auf das, was wir Regelmäßigkeit oder Konstanz in der Erlebniswelt nennen. Sowohl Regelmäßigkeit als auch Konstanz setzen wiederholtes Erleben voraus, und Wiederholung kann nur auf Grund eines Vergleichs festgestellt werden, der ein Gleichheitsurteil liefert“ (1984, 35). Auf der Ebene der Psyche vollzieht sich dieser Prozeß in Sprache. „Wenn die Sprache entsteht, dann entstehen auch Objekte als sprachliche Unterscheidungen...“ (Maturana et al., 1987, 227). Sprache erscheint, wenn Operationen in sprachlichen Bereichen zur Ordnungsbildung von Handlungsprozessen führen, die selbst zum sprachlichen Bereich führen.

Die Position einer radikal-konstruktivistischen Erkenntnisperspektive, die Unmöglichkeit einer objektiv wahrnehmbaren Welt zu postulieren, impliziert, daß alle Aussagen über eine vermeintlich objektive Realität immer kontextbezogen die Beobachterperspektive betonen muß, um die Sinnhaftigkeit von Aussagen bestimmen zu können. Dieser Standpunkt hat weitreichende metatheoretische Implikationen einer klinischen Psychologie (vgl. Vogt, 1989) und führt zu einer kritischen Auseinandersetzung mit einer an Objektivitätskriterien orientierten Diagnostik und Psychotherapie. An ihre Stelle treten pragmatische Viabilitäts- oder Nützlichkeitskriterien, die Sinn und Ethik therapeutischer Interventionen bestimmen und innerhalb therapeutischer Systeme in Form von sprachlichen Konsensbildungen entwickelt und überprüft werden. Die Überzeugung, tiefgründige Ursachenforschung für ein Symptom- oder Problemverständnis erleichterte bzw. ermöglichte erst die Entwicklung von Lösungen, verliert an Gültigkeit.

3 Systemtheoretische Grundannahmen

Der Begriff „System“ und „systemisch“ ist innerhalb der familientherapeutischen und systemischen Modellbildungen inflationiert worden. Nach dem Prinzip „alles hängt mit allem irgendwie zusammen“ haben sich unterschiedliche therapeutische Schulen entwickelt. Zur Klärung erachten wir es als nützlich einige Prämissen der Systemtheorie zusammenzufassen, die die Grundlage der von uns praktizierten Kurzzeittherapie bilden.

Wesentliche Prämissen sind:

- die Annahme der *Ganzheitlichkeit*: Elemente eines Systems sind Bestandteile eines komplexen Netzwerks. Veränderungen eines Elements wirken auf alle anderen Elemente des Systems. *Beispiel*: Verändert ein Mitglied eines Systems die Wahrnehmung zu einem beklagten Verhalten, so kann das rückzüglich Auswirkungen auf besagtes Verhalten haben, das dann auch von anderen anders gesehen wird, was wiederum zu einem veränderten Umgang einlädt, innerhalb dessen das beklagte Verhalten durch andere Handlungsstrategien ersetzt sein kann;
- die Annahme der *Übersummation*: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Selbstorganisierende Systeme steuern Attraktorzustände an und bilden systemische Eigenwerte in Form neuer Qualitäten. *Beispiel*: Bekommen zwei Menschen ein Kind miteinander summiert sich das System zu insgesamt drei Mitgliedern, die mehr sind als ein Paar plus Kind, nämlich eine Familie. Neue Beziehungsdefinitionen zwischen den Partnern werden erforderlich. Die Herausbildung von familiärer Identität, Familienregeln und Familienmythen im Zusammentreffen zweier Mitglieder unterschiedlicher Herkunftsfamilien führen zu einer neuen Beziehungsqualität zwischen den ursprünglichen Partnern.
- Annahmen von *Äquifinalität* und *Multifinalität*: Der erste Begriff meint, daß ein angestrebtes Ziel durch verschiedene Möglichkeiten und Wege erreicht werden kann. Multifinalität beschreibt die andere Seite: Ein und derselbe Ausgangspunkt kann zu unterschiedlichen End- bzw. Zielpunkten führen. *Beispiel*: Einerseits können unterschiedlich gewählte Gesprächssettings mit verschiedenen Personen zu ähnlichen Zielen führen und andererseits kann ein und die gleiche Gesprächsrunde unterschiedliche Zielperspektiven erzeugen. Eine Voraussagbarkeit über die Wirkung einzelner Interventionen innerhalb sozialer Systeme ist aufgrund der Eigendynamik selbstorganisierender Prozesse unmöglich;
- die Annahme von *rekursiver Zirkularität*: Kausale Zusammenhänge werden nicht als Wenn-Dann-Kausalität i. S. eines linearen Ursache-Wirkungs-Denken konstruiert, sondern durch die Annahme, daß Wirkungsprozesse innerhalb von Systemen selbstrückbezüglich sind, d. h. Interaktionsprozesse in sozialen Systemen können als koevolvierende Muster beschrieben werden, innerhalb derer keinem einzelnen Element eine eindimensional verursachende Wirkung zugeschrieben werden kann. Für therapeutische Interventionen bedeutet dies, daß sie Veränderungsprozesse anregen aber nicht kausal linear bewirken können.

Diese allgemeinen Annahmen eröffnen unterschiedliche Erkenntnis- und Behandlungsperspektiven. Eine systemische Betrachtung sozialer Systeme kann sich soziologisch verstanden auf die Mitglieder und deren Rollenverteilungen und -zuschreibungen konzentrieren. Oder sie betrach-

tet die Individuen als weniger bedeutsam und hebt die kommunikative Verhaltensebene von sozialen Handlungssystemen hervor (LUHMANN, 1984).

In unserem Beispiel gehen wir über die Begriffe wie Systemmitglieder oder Verhaltensmuster und Handlungssysteme hinaus. Auf der Grundlage der narrativen Psychologie fassen wir als Systeme die sprachlich konstituierenden Bewertungs- und Bedeutungsgenerierungen und Sprachspiele zwischen Menschen. Menschliche Systeme werden als linguistische Systeme verstanden (GOOLISHIAN u. ANDERSON, 1988).

4 Sprache, Narrative und Wirklichkeitskonstrukte

Klagen und Beschwerden von Klienten können als sprachlich repräsentierte Wirklichkeitskonstrukte beschrieben werden. Individuelle Wirklichkeitskonstruktionen beruhen auf Organisationsformen von spezifischen Wirklichkeitskriterien (STADLER u. KRUSE, 1990), die die Grundlage subjektiver Reizverarbeitung und Informationserzeugung begründen. Diese Organisationsformen determinieren die Bildung subjektiver Vorannahmen, Werthaltungen und Glaubenssysteme. Wirklichkeitskonstruktionen des einen führen z.B. zur verstärkten Wahrnehmung von halb-vollen Gläsern, während sich andere eher von halb-leeren Gläsern umgeben sehen. Den einen nennen wir optimistisch den anderen pessimistisch. Individuelle Kausalitätsverknüpfungen von Ereignissen, formieren unsere Lebenserfahrungen und begründen unsere Lebensentwürfe. Diese Verknüpfungen organisieren sich rekursiv in musterbildenden Prozessen und führen uns zu der uns gewohnten Ordnung der Dinge. Wir präsentieren und re-präsentieren unsere derart begründeten Wirklichkeitskonstrukte in sprachlich formulierten Geschichten, bzw. Narrativen.

Der Begriff des Narrativs meint, die Form von individuellen Geschichten innerhalb derer Menschen in symbolischen Reflexionen im Rahmen zeitlicher Dimensionen sinnstiftende und wirklichkeitskonstruierende Verknüpfungen und Zusammenhänge herstellen. Narrative sind Geschichten von Menschen, die ihre sozialen Realitäten und Handlungen konstruieren und reflektieren (GERGEN u. GERGEN, 1986). Sprache kommt eine größere Bedeutung zu, als ihre mediale Funktion der Übermittlung von Informationen. Sprache ist ein Medium des In-Formation-Sein eines Selbst bzw. eines sozialen Systems (ANDERSEN, 1991).

Für konstruktive psychotherapeutische Interventionen erscheint es nützlich Narrative z.B. wie folgt zu unterscheiden:

- progressive Narrative, die darauf verweisen, daß sich Menschen ihren Zielen annähern,
- stabile Narrative, die die Folgerung zu lassen, daß sich nichts im Leben verändert,
- digressive Narrative, aus denen geschlossen werden kann, daß sich Menschen von ihren Zielen fortbewegen (vgl. MILLER u. DE SHAZER, 1991).

Durch die Art der therapeutischen Konversationen werden Klienten zu progressiven, d.h. zielorientierten Geschichtenerzählungen eingeladen. So wird ohne eine ausgedehnte Ursachenforschung mit dem Anspruch der Bewußtwerdung von vermeintlich problemverursachenden Kommunikationsmustern oder dysfunktionalen Beziehungsstrukturen von Beginn an eine neue Geschichte angeregt, die den Klienten für die Auflösung von formulierten Beschwerden hilfreich erscheint.

5 Theorie lösungsorientierter Kurzzeittherapie

Mit dem sprachtheoretischen Konzept von GOOLISHIAN u. ANDERSON und dem lösungsorientierten Ansatz von DE SHAZER sind Modelle in der systemischen Kurztherapie entwickelt, die über das erwähnte strukturalistische Therapieverständnis hinaus gehen. GOOLISHIAN und ANDERSON definieren ein System als einen durch Sprache konstruierten sozialen Zusammenhang einzelner Individuen. Sie schlagen eine Definition für soziale Systeme vor, die besagt, daß menschliche Systeme nicht per se, sondern nur im Bereich intersubjektiv erzeugter sprachlicher Realität und Bedeutungsentfaltung von beschreibenden Beobachtern von Ereignissen existieren. Ein Problem existiert nicht als solches in einem System, sondern wird in Form von Sprache benannt. Soziale Systeme als Bezugspunkt beraterisch-therapeutischer Praxis stellen demnach all diejenigen Personen dar, die sich durch die Form ihrer kommunikativen Beteiligung während einer Bedeutungsgenerierung zu sozialen Phänomenen in einem sprachlich konsensuellen Bereich bewegen und sich zu beklagten Schwierigkeiten und Problemen in Beziehung setzen. All diejenigen Menschen, die ein Phänomen, z.B. ein problematisches Verhalten bezeichnen, bestimmen, was ein problematisches Verhalten darstellt und determinieren ein Problem. In der Therapie sind wir mit individuellen oder gemeinsam subjektiven Beschwerden oder Klagen von sozialen Ereignissen konfrontiert. Klagen sind in Narrativen organisiert.

Die therapeutische Behandlungseinheit ist somit ein sprachliches System, auf der Basis interpretativer Kommunikationen. Begriffe wie Individuum, Familie, Nachbarschaft etc. werden zugunsten der Analyse der sprachlichen Kopplungsprozesse von gegenseitig bedeutungsschaffenden Interpretationen und Narrativen zurückgestellt. Ein zu berücksichtigendes System zum Verständnis einer Problemgenese schließt all die Personen ein, die in einem sprachlichen Kontext zum Problem stehen. Ein problem-determinierendes System kann kleiner als eine Familie sein, kann eine Familie sein, kann größer als eine Familie sein, oder aus untereinander relativ fremden Personen bestehen. In der lösungsorientierten Kurzzeittherapie bedeutet dies, daß nicht alle Mitglieder eines Problemsystems anwesend sein müssen, um systemrelevante Lösungen zu konstruieren. Wir sprechen hier von Lösungssystemen, die unterschiedliche Personen ein- oder ausschließen können.

Erzeugt ein sprachliches Lösungssystem genügend Eigendynamik und Bedeutung für die betreffenden Personen

werden sogenannte systemische Eigenwerte erzeugt. Diese Eigenwerte ermöglichen je nach ihrem Attraktivitätsgrad für alle Beteiligten, daß Lösungsentwürfe auf einer qualitativ anderen Ebene eine wirklichkeitskonstituierende Eigendynamik entfalten. Nach der Grundannahme der Übersumation können die konsequente sprachliche Fokussierung über konkrete Lösungsperspektiven diese zu neuen Attraktorzuständen i.S. neuer sprachlicher Koppungen und konsensueller Bereiche führen. Nach dem systemischen Ganzheitsprinzip wird davon ausgegangen, daß minimale Änderungen in einem Teil eines Systems weitreichende Veränderungen für das Gesamtsystem zur Konsequenz haben können.

Therapeutische Aufgabe ist die Konstruktion therapeutischer Narrative, die durch die Betonung von erreichbaren und praktikablen Zielen eher Veränderungen erlauben, als jene Narrative, die einem Problemverständnis nachgehen und dieses als unabdingbare Voraussetzung erfolgreicher Therapie definieren. Der Therapeut führt durch die Art seiner Fragen Unterbrechungen in den Konversationen und Bedeutungsgenerierungen der Klienten ein. Hierdurch werden Überzeugungen und Glaubenssätze über kausale Problemzusammenhänge hinterfragt und die Geschichten der Klienten destabilisiert. In der Phase der Instabilität innerer Ordnungszustände sind neue Verknüpfungen von Ereignissen eher in neuen Geschichten möglich. In diesen Neu-Konstruktionen können Ereignisse als Elemente übergreifender systemischer Muster und als neue sinnstiftende Verknüpfungen lösungsorientierte Wirkung entfalten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die zentrale These der Theorie problemdeterminierter Systeme besagt, daß es nicht Systeme sind – welcher Art sie auch immer konstruiert werden – die Probleme erzeugen und hervorbringen, sondern, daß subjektive Klagen Problem-Systeme schaffen. Ein therapeutisches System ist ein System, das Klagen und Beschwerden organisiert und durch den Prozeß von kognitiven und emotionalen Bedeutungs-, Umdeutungs- und Bewertungsprozessen dazu beiträgt, Lösungen zu konstruieren, so daß sich Probleme relativieren und auflösen können. Für eine zielorientierte Psychotherapie bedeutet dies, daß sie als Lösungssystem von Beginn an zukunfts- und lösungsorientiert organisiert werden kann.

Für den Therapeuten ergeben sich aus dem sprachsystemischen Modell folgende Konsequenzen:

- Der Therapeut übernimmt mit dem Einbringen seiner dialogisch-sprachlichen Kompetenzen die Verantwortung, Gesprächsbedingungen zu schaffen, die eine gegenseitige respektvolle Zusammenarbeit im Suchprozeß einer gemeinsamen Problemdefinition fördern. Eine gemeinsame Problemdefinition ermöglicht eine systemisch-konstruktive Zielformulierung der angestrebten Vorstellungen aller am System beteiligten Personen;
- dazu hält sich der Therapeut mit Kommentaren und Expertenmeinungen zurück. Stattdessen stellt er Fragen, deren Antworten Anlaß zu weiteren Fragen bieten und somit externale sowie internale Auseinandersetzungen mit den Gesprächsinhalten für alle Beteiligten eröffnen;
- hilfreich ist es, hierzu die Sprache der beteiligten Systemmitglieder zu lernen und zu verstehen. So wird ein Rahmen geschaffen, in dem veränderte und neue Bewertungs- und Bedeutungsgenerierungen an bestehende Sprachsysteme angekoppelt werden können;
- der Therapeut bemüht sich dabei um einen kooperativen Sprachstil, der gleichzeitig auf widersprüchlich erscheinende Ideen aus einer neutralen Perspektive eingehen kann. Er vermeidet Bewertung von „wahr vs. falsch“ und hebt stattdessen die Gültigkeit unterschiedlicher Aussagen zu verschiedenen Wahrnehmungsperspektiven unter dem Kriterium der Nützlichkeit hervor;
- darüber hinaus muß auch der Therapeut mit sich selbst ein dialogisches Gespräch führen. Ebenso wie die Mitglieder von Problem- und Lösungssystemen muß er zu Veränderungsprozessen bereit sein.

Der Therapeut realisiert diese Kriterien, indem er sprachlich wohlgeformte Zielformulierungen anregt. Kriterien hierzu sind:

- Ziele sollen für alle Teilnehmer des Systems wichtig sein und ihnen ins Auge springen, wenn sie erreicht sind;
- Ziele sollen als klein, und von den Betroffenen als realisierbar und erreichbar formuliert sein;
- Ziele sollen die Anwesenheit von etwas, wie z.B. ein neues Verhalten zum Gegenstand haben, anstatt die Abwesenheit von einem beklagten Verhalten;
- Ziele sollen den Beginn von etwas und nicht das Ende von etwas fokussieren;
- Ziele müssen konkret und für andere wahrnehmbar sein, d.h. erreichte Ziele sollen eine durch Beobachtung nachvollziehbare Veränderung in einem Verhalten darstellen;
- Zielformulierungen sollen individuell originär und nicht auf Vergleiche zu anderen aufgebaut sein, wie z.B. „Ich möchte, daß mein Kind so ist wie alle anderen“ (vgl. DE SHAZER, 1989).

In folgendem Fallbeispiel demonstrieren wir Möglichkeiten unseres Vorgehens.

6 Praxis lösungsorientierter Kurztherapie – ein Fallbeispiel

Eine Mutter stellt ihren 5jährigen Sohn Ralf zur Behandlung seines anstrengenden und trotzigsten Verhaltens vor. Seitdem er laufen gelernt hat sei er bockig, trotzig und provoziere die Mutter häufig, indem er sich Forderungen widersetze. Darüber hinaus reagiere er mit massiven Wutanfällen, wenn ihm Wünsche verweigert werden. Dabei war er nach einer komplikationslosen Schwangerschaft und medikamentös eingeleiteter Spontangeburt immer ein lieber Säugling gewesen und habe sehr früh durchgeschlafen. Mit Geburt des jüngeren Bruders habe sich die Situation für die Mutter verschlimmert, weil der zur Zeit der Vorstellung 2 1/2jährige Bruder auch sehr lebhaft sei und unter Schlafstörungen leide. Dieser sei von einem Kinder- und Jugendpsychiater als hyperkinetisch diagnostiziert worden. Die Mutter erhielt dort den Rat, selbst in ihrem eigenen Verhalten ruhiger zu werden, was sich positiv auf das Verhalten der Kinder auswirken könne. Bisher habe sie noch nicht in Erfahrung bringen können, wie der gut gemeinte Rat realisiert werden könnte.

So haben wir zu Beginn die Klagen der Mutter über ihre zwei Söhne, die sich von umtriebig, lebhaft, trotzig und bockig über Wutanfälle bis zu Schlafstörungen erstrecken. Dazu hören wir die Diagnose eines Psychiaters, der das Verhalten des jüngeren als hyperkinetisch bezeichnet und der das Problem innerhalb eines der Kinder und einer irgendwie unruhigen Mutter sieht.

Im Sinne eines ganzheitlichen Vorgehens wird in der folgenden Diagnostik über den sprachlichen Zuschreibungsprozeß von Verhaltensbeobachtungen und Auffälligkeiten hinausgegangen, indem eine körperlich neurologische Untersuchung durchgeführt wird, die die motorischen und sensorischen Entwicklungsaspekte einbezieht. Hier geht es darum, von seiten der allgemeinen Entwicklung sowie der Wahrnehmungsfähigkeiten und Motorik Hinweise zu erhalten, ob körperliche nichtsprachliche Anteile verhaltensdeterminierende Auswirkungen haben. Dabei zeigte sich eine niedrige muskuläre Grundspannung der Beine, die zu einer Unsicherheit der motorischen Feinsteuerung und der Körperwahrnehmung führte und mit einer taktilen Überempfindlichkeit verbunden war.

Da die Mutter gleich zu Beginn des Interviews den Wunsch geäußert hatte, für sie praktikable Handlungsanweisungen zu bekommen, um ruhiger zu werden, wurde ihr darüber hinaus ein Experiment vorgeschlagen, das sie bis zum nächsten Termin gemeinsam mit Ralph durchführen sollte: Um sicherzustellen, daß Ralph die Mitteilungen der Mutter wahrnimmt, wenn er sich unruhig zeigt, soll sie in Zukunft in solchen Situationen seinen Kopf in ihren Händen halten, ihn anschauen und erst dann ihre Botschaften formulieren. Beide sollen dabei auf gemeinsamen Augenkontakt achten und Ralph soll wiederholen, was er von dem verstanden hat, was seine Mutter gesagt hat.

Die Aufgabe wurde als Experiment formuliert, um deutlich zu machen, daß es sich nach Ansicht des Therapeuten um ein komplexes Problem handelte, daß nicht mit einer einfachen Anweisung sicher gelöst werden könne, sondern die Bereitschaft zur Erforschung von Neuem erforderlich machen würde.

Die als Problem definierte Ordnung der geschilderten Verhaltensweisen zwischen Sohn und Mutter wird mit Hilfe eines ritualisierten Handlungsablaufs (Augenkontakt herstellen, Kopfberührung des Kindes und Wiederholung sprachlicher Formulierungen durch den Sohn) destabilisiert. Beide Interaktionspartner wechseln Aspekte ihrer herkömmlichen Wahrnehmungsperspektive, was sich rekursiv auf zukünftig ähnliche Situationen verändernd auswirken kann. Das Experiment knüpft an die Vorstellung einer komplexen Problemvorstellung der Mutter an und unterscheidet sich somit von einem einfachen Ratschlag des Kollegen. Die Mutter kann sich in ihrer Klage ernst genommen fühlen und ihre Kooperation bezüglich einer konstruktiven Lösungssuche steigt.

Um Ralfs Verhaltensrepertoire sowie seine seelische Entwicklung näher kennenzulernen, wurde ein weiterer Untersuchungstermin vereinbart, in dem in einer Einzelsituation verschiedenes Spielmaterial angeboten wurde. Ralf zeigte wenig Interesse für Figuren, die zu Rollenspielen anregen und war noch nicht in der Lage, figürlich zu malen. Dagegen spielte er ausdauernd Funktionsspiele und zeigte sich mit dem Therapeuten sehr kooperativ. Er verhielt sich teilweise sehr fordernd, ließ sich aber gut leiten und zeigte sich lebhaft und interessiert. Es entstand der Eindruck einer gut altersgemäßen intellektuellen Entwicklung. In einem abschließenden bewertenden Gespräch mit der Mutter, in dem sie berichtet, daß das „Kopf-Hände-Experiment“ zu einer Beruhigung zwischen Ralf und ihr selbst geführt habe, wird von ihr eine weitere Klage über die Schlafprobleme des jüngeren Bruders vorgetragen.

Das Problem hat sich insofern verändert, als mit einer Verbesserung im Bereich der ersten Klage (unruhiges Verhalten von Ralf) eine zweite Klage (Unruhe beider Kinder) in den Vordergrund gerückt ist.

Nach einem Austausch der sich aus der Diagnostik ergebenden Befunde und fachlichen Meinungen, die als solche mit der gebührenden Distanz und Vorsicht formuliert werden, wird als weiteres Procedere folgendes vereinbart:

- (1) Untersuchung des jüngeren Bruders Maik,
- (2) Gespräch mit beiden Eltern,
- (3) Durchführung einer Moto- und Wahrnehmungsdiagnostik bei Ralf.

Die Untersuchung des jüngeren Bruders anläßlich eines 3. Termins ergab keinen neurologischen Befund oder sonstige Auffälligkeiten innerhalb seiner Entwicklungsgeschichte. Vom Verhalten her zeigte er sich lebhaft. Er war für sein Alter ein bärenstarker Junge. Anhaltspunkte für ein wie auch immer geartetes „hyperaktives“ Verhalten zeigte sich nicht. Ralf wurde wegen seiner motorischen Entwicklung eine psychomotorische Übungsbehandlung angeboten, auf die die Mutter große Hoffnungen gesetzt hatte.

Im Sinne einer ganzheitlichen systemischen Perspektive bezüglich der Narrative der Mutter, daß eine irgendwie körperbezogene Behandlung notwendig sei, erhielt Ralf die Möglichkeit körperliche Entwicklungsschritte zu stabilisieren. Die Mutter fühlte sich in ihren Vorstellungen und Sorgen bestätigt und war weiterhin sehr kooperativ.

Im darauffolgenden 4. Termin mit beiden Eltern berichtete die Mutter, daß sie nach Beginn der psychomotorischen Behandlung, zu deren ersten diagnostischen Terminen sie anfangs mitgegangen war, nun selbst besser unterscheiden könne, in welchen Situationen Ralf aufgrund seiner motorischen Entwicklungsphase unzufrieden und aggressiv erscheine, und wann sie seinem Bewegungsdrang mehr Raum geben müsse. Mit dem vorgeschlagenen Experiment des verstärkten Augenkontakts hatte die Mutter sehr gute Erfahrungen gemacht. Es gelinge ihr jetzt häufiger, zu erreichen, daß Ralf auf ihre Hinweise höre. Dadurch sei die ganze Familie mehr zur Ruhe gekommen.

Im Mittelpunkt stand jetzt die Klage über das Verhalten des jüngeren Bruders Maik. Er sei ebenfalls zu lebhaft und seine langandauernden Wutanfälle machten sowohl dem Vater, der die Mutter vertrat, wenn sie abends stundenweise arbeitete, als auch der Mutter zu schaffen. Dazu komme, daß er zur Zeit nur aufgrund eines vom Kinderarzt verordneten Medikaments durchschlafe. Einer längerandauernden Medikamenteneinnahme ihres Sohnes standen beide Eltern sehr kritisch gegenüber. Als neue Zielformulierung der weiteren Behandlung wurden von beiden Eltern Alternativen zum Umgang mit Maiks Wutanfällen und Schlafverhalten gewünscht. Im weiteren Gespräch brachte der Vater überraschend die Idee ein, daß vielleicht ein größeres Bett Maik helfen könne, durchzuschlafen. Ralf hätte in seinem größeren Bett auch besser geschlafen. Die Mutter äußerte nochmal ihre Vermutung, daß Grundlage der Störungen in der Familie die Unruhe der Kinder sowie ihre eigene Nervosität seien.

Vaters Assoziationen wurden als lösungsorientierte Perspektive eigener Lösungsideen gewürdigt. Die Mutter schien mehr an Ursachenforschung interessiert. Anstatt seine Gedanken als leichtgläubig und destruktiv für die Behandlung eines psychodynamisch beschreibbaren Konflikts zwischen Mutter und Kindern zu registrieren, und ihre Gedanken als wenig nützlich für das Finden konstruktiver Lösungen zu bewerten, i. S. des Prinzips des Sowohl-als-auch wurden

die Perspektiven beider Eltern zusammen in die Idee eines weiteren Rituals integriert.

Es wurde deshalb der Zielformulierung der Eltern folgend (mehr Ruhe) ein weiteres Experiment vorgeschlagen, das besonders der Vater, weil er nach einhelliger Meinung der Ruhigste in der Familie sei, durchführen sollte: Im Falle unangemessener Wutausbrüche von Maik sollten sie ihn auf dem Schoß festhalten, bis er sich beruhigt habe. Bezüglich des Schlafens kamen Eltern und Therapeut überein, daß Kleinkinder möglichst ein gleichbleibendes Zubettgeh-Ritual bräuchten, um ruhig einschlafen zu können. Den Eltern wurde deshalb vorgeschlagen, zunächst unter dem Schutz des Medikaments ein passendes Ritual zu erfinden und dies dann gegen alle Unwägbarkeiten durchzuhalten, um das Medikament dann zu reduzieren, wenn sie den Eindruck hätten, daß sich eine Regelmäßigkeit eingestellt habe. Die Eltern stimmten diesen Ideen optimistisch zu.

An einem 5. Termin berichten die Eltern, daß zunächst eine Besserung eingetreten sei, aber Maik dann wieder vermehrt nachts aufwache, so daß sie sich entschieden hätten, ihm ein größeres Bett zu kaufen. Seitdem schlafe Maik ohne Medikamente und Störungen. Die Wutanfälle hielten sich begrenzt und waren in den Rahmen einer tolerierbaren Normalität gerückt. Die Eltern sollten weiterhin diese positive Entwicklung beobachten und registrieren, was jeder dazu beiträgt.

Nach 3 Monaten wurden die Eltern zu einem dritten gemeinsamen Gespräch der insgesamt 6 Termine umfassenden Behandlung eingeladen. Beide Eltern berichteten übereinstimmend, daß die Besserung angehalten habe. Die veränderte Wahrnehmungsperspektive gegenüber dem Bewegungsdrang und der einhergehenden Verhaltensweise der Kinder, die Entwicklungsfortschritte im Verhalten von Ralf und Maiks verbesserter Schlafrhythmus hatten zu einer erheblichen Entspannung in der Familie geführt.

Trotzdem erschien die Mutter weiterhin klagend. Darauf angesprochen erwiderte sie, daß sie häufiger Kritik ihrer Mutter und Schwester ausgesetzt war, die bemängelten, daß beide Kinder zu lebhaft und zügellos seien, was darauf schließen ließ, daß sie zu einer ordentlichen Erziehung nicht in der Lage sei, obwohl sie im Gegensatz zu ihrer Schwester nicht wesentlich berufstätig sei. Sie selbst fand ihre Kinder aber keineswegs so unerzogen wie die Verwandten, sondern war Stolz auf deren Unbefangenheit und Mut.

Sie sagte dann (und es entstand der Eindruck, daß es ihr nicht leicht fiel), daß sie erkannt habe, daß das Leben als Hausfrau und Mutter unbefriedigend sei. Der Therapeut nahm ihre Überlegungen ernst und würdigte sie gemeinsam mit der großen Mühe, die sie auf sich nahm. Er bezweifelte aber, ob dies je gebührend anerkannt werde.

Die erreichten Ziele haben zu einer veränderten Wahrnehmungsperspektive der Mutter beigetragen und erlauben ihr die eigene Situation zu reflektieren und eigene Ziele zu fokussieren. Die Äußerungen des Therapeuten deuten die Klagen der Mutter in unerkannten Mühen und Sorgen um.

Besondere Bedenken bereitete der Mutter ein bevorstehendes Familientreffen, das sicher wieder Anlaß für Kritik bieten würde. Begeistert nahm sie die vorgeschlagene Umdeutung des Therapeuten auf, sich vorzunehmen, auf jede Kritik am Verhalten ihrer Söhne zu sagen, daß es sie große Mühe gekostet hätte, ihnen dies Verhalten so beizubringen, und daß sie stolz darauf sei. Die Mutter war von der Idee fasziniert und wollte sie unbedingt bald ausprobieren.

Die gesamte Behandlung umfaßte insgesamt 6 Treffen über einen Zeitraum von 7 Monaten einschließlich dreier Termine für die Basisdiagnostik bei zwei Kindern. Die psychomotorische Übungs-

behandlung dauerte über diesen Zeitraum an. Ein angebotener 7. Termin wurde von den Eltern nicht für notwendig erachtet, weil sich die Probleme gelöst hätten. Später erfuhren wir, daß die Mutter sich verstärkt ihrer eigenen Entwicklung widmete und eine Halbtagsbeschäftigung begonnen hatte.

7 Diskussion

Nach Abschluß der Therapie läßt sich erkennen, daß drei Beschwerdekompexe behandelt wurden, die ausgeprägt ineinander verwoben waren:

- (1) Eine Verzögerung der neurologischen Entwicklung von Ralf, die für die Eltern als solche nicht erkennbar war und zu Unzufriedenheit bei Ralf führte, weil er mit Aufgaben Schwierigkeiten hatte, die er nach seiner sonstigen Entwicklung eigentlich beherrschen mußte.
- (2) Eine schwer einzugestehende Unzufriedenheit der Mutter mit ihrer familiären Situation bezüglich der eigenen und ihrer Herkunftsfamilie, die sie in ihrer Version selbst zu verantworten schien und nach dem „mehr desselben Muster“ zu bekämpfen suchte, indem sie mehr Erziehung praktizieren wollte, als für die Kinder nützlich war.
- (3) Schlafprobleme des jüngeren Bruders, die zunächst durchaus alterstypisch, durch allgemeine Unruhe und Unzufriedenheit der anderen verstärkt wurden.

Zum Wesen des skizzierten Therapiekonzeptes gehört die Annahme, daß solche Konstruktionen über Beschwerdekompexe, Syndrome oder symptomatischer Verhaltensauffälligkeiten wegen der Komplexität der Zusammenhänge nicht vor einem erfolgreichen Abschluß einer Therapie angestellt werden können. Eine Schlußfolgerung ist somit erst ex post möglich. Obschon in einem lösungsorientierten Vorgehen bestimmte Schlüsselinterventionen auf ganz unterschiedliche Fälle angewendet werden, sind die o. g. Folgerungen nicht verallgemeinerbar. Therapeutische Lösungen müssen nicht erkennbar im hypothetisch rekonstruierten Zusammenhang von Klagen und Beschwerden angesiedelt sein, wie das im dargestellten Fall besonders deutlich an der Bedeutung des respektvoll würdigenden Umgangs mit der Mutter und dem zweifellos nützlichen Einfall des Vaters, ein neues Bett anzuschaffen, gesehen werden kann. Das im Fall skizzierte lösungsorientierte Vorgehen ist die Basis eines synergetischen kurztherapeutischen Ansatzes in der Psychotherapie. Der Therapeut verzichtete nicht vollständig auf Expertenmeinungen und Kommentare, achtete aber darauf, diese nahe genug bei den Konstruktionen der Klienten und immer mit einem „vielleicht“ versehen zu formulieren. Er schaffte somit ein sprachliches Lösungssystem, indem wenig Etikettierungen aber viel Kreativität der beteiligten Personen und Raum für alternative Bedeutungsgenerierungen Wirkung entfalten konnten. Auf diese Weise bilden Therapeut und Klienten ein Lösungssystem, in dem sie bis zum Verschwinden der Beschwerden miteinander kooperieren und Lösungen ko-konstruieren.

Die Aufgabe des Therapeuten ist es, ein experimentierfreudiges optimistisches Klima herzustellen, das den Klienten erlaubt bisher unerprobtes Verhalten zu erkun-

den und unausgesprochene Gedanken auszusprechen. Der Therapeut achtet dabei besonders auf die Verhaltensweisen und Gedanken, die Lösungen hervorbringen können und mit den von den Klienten formulierten Zielen verbunden sind. Der Therapeut unterstützt diesen Prozeß, indem er mit potentiellen Lösungen verbundene Aspekte auf der konkreten Verhaltensebene exploriert und als Experimente oder Aufgaben vorschlägt.

8 Schluß

Im Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Praxis spielt die Betonung der eigenen Entwicklung von Ressourcen und Fähigkeiten eine besondere Rolle. In den verschiedenen Altersstufen werden unterschiedliche Kompetenzen von den Kindern erwartet. Dabei werden spezifische Entwicklungsphasen, bzw. einseitig entwickelte Fähigkeiten häufig nur schwer als solche erkannt. Oftmals stellen sie den Anlaß für beklagte Verhaltensweisen dar. Es erscheint deshalb hilfreich, vor Beginn einer Therapie alle entwicklungsspezifischen Aspekte diagnostisch abzuklären und in die Therapieplanung einzubeziehen, so daß unterschiedliche Behandlungsansätze im Sinne einer positiven Rückkopplung zusammenwirken. Der praktizierte Ansatz synergetischer Kurztherapie wird diesen Anforderungen gerecht, da seine Prämissen eine ressourcen- und zielorientierte Praxis begründen. Aus einer systemischen Perspektive stellt er den Rahmen für ein ganzheitliches Behandlungsnetzwerk unterschiedlicher Therapieangebote wie z.B. Psychotherapie und Psychomotorik, in dem einzelne Patienten und Patientensysteme behandelt werden, dar.

Eigene Untersuchungen zur Erfolgsquote lösungsorientierter Kurztherapie weisen auf 77% Therapieerfolg aller in einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis behandelten Fälle hin (BURR, 1992)². Gründe dafür sehen wir in der flexiblen Kreativität lösungsorientierter Interventionsformen, der ressourcenorientierten ökosystemischen Perspektive, die es Klienten ermöglicht, das eigene Expertentum ihres Lebens zu entfalten und eigene Kräfte und Fähigkeiten ins Spiel zu bringen. Die Integration der systemischen Perspektive, der lösungsorientierten Kurztherapie und psychomotorischen Behandlungskonzepte sowie die Nutzung hypnotherapeutischer Vorgehensweisen und Interventionsformen des Neuro-Linguistischen Programmierens, die in dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt werden können (vgl. hierzu VOGT, 1991) stel-

len einen synergetisch-kreativen Ansatz für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis dar.

Summary

A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents

The controversy between the concepts of family therapy and systemic therapy is one issue to design a synergetic concept of brief therapy in the psychiatric treatment of children and adolescents. Some principles of the radical-constructivism, systemic theory and the psychology of narrativity will be discussed and related to concepts of solution-oriented brief therapy. A case example demonstrates the perspectives of this approach in the ambulant psychiatric treatment.

Literatur

- ANDERSEN, T. (1991): Relationship, Language and Pre-Understanding. Tromsø: Systeme, im Druck. – BURR, W. (1992): Evaluation eines kurztherapeutischen Ansatzes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Familiendynamik, im Druck. – DE SHAZER, S. (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. – DE SHAZER, S. (1991): Putting Difference to Work. New York: Norton. – FOERSTER, H. v. (1973): Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: P. WATZLAWICK (Ed.): Die erfundene Wirklichkeit (pp. 39–60). München: Piper. – GERGEN, K. J. & GERGEN, M. J. (1986): Narrative form and the construction of psychological science. In: T. R. SARBIN (Ed.): Narrative Psychology: The storied nature of the human conduct (pp. 22–44). New York: Praeger. – GLASERSFELD, E. v. (1984): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: P. WATZLAWICK (Ed.): Die erfundene Wirklichkeit. München: Piper-Verlag. – GOOLISHIAN, H. & ANDERSON, H. (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: L. REITER, E. J. BRUNNER & S. REITER-THEIL (Ed.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive (pp. 189–216). Berlin: Springer. – GUNTERT, G. (1980): Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie. Familiendynamik, 2, 2–41. – HAKEN, H. (1981): Erfolgsgeheimnisse der Natur. Frankfurt/M.: Ullstein, (2. Aufl. 1991). – LUHMANN, N. (1984): Soziale Systeme. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – MATURANA, H. (1982): Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg. – MATURANA, H. & VARELA, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz-Verlag. – MILLER, G. & DE SHAZER, S. (1991): Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In: L. REITER & C. AHLERS (Ed.): Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß (pp. 117–135). Berlin: Springer. – MROCHEN, S. (1990): Die Ansätze von M. H. Erickson und F. Baumann in der hypnotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Hypnose und Kognition, 7(1), 76–80. – OUDSHOORN, D. N. (1985): Kinder- und adolescenten Psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus. – REITER, L., BRUNNER, E. J. & REITER-THEIL, S. (1988): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin: Springer. – ROTTHAUS, W. (1985): Psychotherapie mit Jugendlichen. Dortmund: Verlag modernes lernen. – STADLER, M. & KRUSE, P. (1990): Über Wirklichkeitskriterien. In: V. RIEGAS & C. VETTER (Ed.): Zur Biologie der Kognition. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – STIERLIN, H. & WIRSCHING, M. (1982): Krankheit und

² Die Studie beschreibt die Ergebnisse einer Nachfrage bei 53 Fällen, die ambulant mit Kurztherapie behandelt wurden. In 77% der Fälle zeigte sich 6–12 Monate nach Beendigung der Therapie die zur Vorstellung führende Beschwerde gebessert. Die durchschnittliche Sitzungszahl betrug vier Termine. Es zeigte sich kein Unterschied zu früheren Studien anderer Autoren. Bemerkenswert ist, daß es keine Rolle zu spielen scheint, ob systemisch-orientierte Therapiepraxis von einem einzelnen oder einem Therapeutenteam durchgeführt wird.

Familie. Stuttgart: Klett-Cotta. – VOGT, M. (1989): Konstruktivistische Metatheorie und systemisch-klinisch Praxis. unveröffentl. Manuskript. – VOGT, M. (1990 a): Hypnosetherapie mit Kindern und Jugendlichen n. M. H. Erickson ohne klassische Tranceinduktion. Zeitschrift für Experimentelle und Klinische Hypnose 6(1), 7–20. – VOGT, M. (1990 b): „At the frontiers of Family Therapy“-Bericht von der „IV International Conference of Family Therapy“, Brüssel Mai, 1989. Familiendynamik 15(1), 85–89. – VOGT, M. (1991): Entwurf einer konstruktivistischen Hypnosetherapie

für die Behandlung von Kindern und Jugendliche (im Druck). – WEISS, T. (1988 a): Zur Technik der systemischen Einzeltherapie. In: W. SCHNÜFFEL (Ed.): Sich gesund fühlen im Jahre 2000 (pp. 521–525). Berlin: Springer.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Manfred Vogt-Hillmann, Dr. Wolfgang Burr, Dr. Wolfgang Eberling, Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie (NIK), Parkallee 30, 2800 Bremen 1.