

Die Integration poststrukturalistischer Modelle in der Kurzzeittherapie

Stefan Geyerhofer und Yasunaga Komori

Zusammenfassung

Es werden Richtlinien für Familien-Kurzzeittherapie präsentiert, fokussierend auf das präsentierte Problem und seine Lösung innerhalb der Lösungsressourcen der Familie. Basierend auf Modellen systemischer Kurzzeittherapie (Kurztherapiemodell des MRI, lösungsorientierte Modelle, White und Epstons narrativer Ansatz) berücksichtigen wir die dem Problem zugrundeliegenden pathologischen Strukturen weniger als die vorhandene Interaktion zwischen den Familienmitgliedern und ihre Geschichten über das Problem. Mit der einfachen und kurzen Behandlungsmethode hatten wir bemerkenswerten Erfolg bei der Arbeit mit Familienproblemen wie Essstörungen, Enuresis, Schulverweigerung, Tics, Schlafstörungen, Aggressionen, Drogenmissbrauch und verschiedenen psychosomatischen Beschwerden. Eine Katamnese unserer Arbeit im Kontext einer Kinderklinik und eines Familientherapie-Institutes wird präsentiert.

Schlüsselwörter: Kurzzeittherapie, Katamnese

Summary

The article presents guidelines for Brief Family Therapy that focuses on the presented problem and its solution within the context of resources the family has to solve problems. Based on Systemic Brief Therapy Models (MRI's Brief Therapy Model, Solution Oriented Models, White and Epston's Narrative Approach) our work does not put high emphasis on pathological structures underneath the problem but on the present interaction between family members and their stories around the problem. With a simple and brief method of treatment we have had remarkable success in working with family problems, including eating disorders, enuresis, school refusal, tics, sleeping disorders, aggression, drug abuse and various forms of psychosomatic diseases. A follow up study of our work will be reported within the context of child psychotherapy in a Pediatric Clinic and in a Family Therapy Institute.

Key words: Brief Family Therapy, follow up

Integration poststrukturalistischer Therapiemodelle

In unserer Arbeit haben wir drei Hauptrichtungen der Kurzzeit-Familientherapie integriert - den problemzentrierten Kurztherapie-Ansatz des Mental Research Institutes (MRI) in Palo Alto (Weakland, Fisch, Watzlawick u. Bodin 1974, Watzlawick, Weakland u. Fisch 1974, Fisch, Weakland u. Segal 1982), die lösungsorientierte Kurztherapie nach de Shazer und seinen Kolleginnen und Kollegen in Milwaukee (de Shazer 1988, 1991, 1993, Gingerich et al. 1988) mit den weiteren Entwicklungen durch O'Hanlon und Weiner-Davis (O'Hanlon 1993,

O'Hanlon u. Weiner-Davis 1989, Weiner-Davis 1993) und den narrativen Ansatz nach White und Epston (White 1985, White u. Epston 1990, Durrant u. Coles 1991).

Neben allen Unterschieden zwischen den drei Ansätzen gibt es einige Aspekte, die sie vergleichbar und einander ergänzend machen. Alle drei Modelle legen ihr Hauptaugenmerk nicht auf die dem Problem zugrundeliegenden pathologischen Strukturen wie andere traditionelle Therapierichtungen. Unbewusste Konflikte oder pathologische Familienstrukturen sind von geringem Interesse. Der Fokus liegt vielmehr auf den vorhandenen Interaktionen der Familienmitglieder und auf deren Geschichten rund um das Problem.

De Shazer (1991, 1994) und Berg (Berg u. de Shazer 1993) waren die ersten, die in der Beschreibung dieser Therapiemodelle, die sich hauptsächlich mit dem, was die Klienten einander und dem Therapeuten erzählen - mit der Interaktion zwischen "Text", "Lesern" und "Autoren" der in der Therapie konstruierten Geschichten - beschäftigen, den Ausdruck "poststrukturalistisch" verwendeten. "Während der Strukturalismus die Wahrheit 'hinter' oder 'in' einem Text sieht, betont der Post-Strukturalismus die Interaktion zwischen Leser und Text als einen produktiven Prozess." (Sarup 1989). Für diese theoretische Position sind die Arbeiten von Derrida (1978), de Man (1979), Harland (1987) und Wittgenstein (1980) von Bedeutung. Eine Zusammenfassung kann in de Shazers beiden letzten Büchern gefunden werden (de Shazer 1991, 1994).

Beeinflusst durch die klinische Arbeit von Milton H. Erickson (Erickson 1954, 1964, Erickson u. Rossi 1983) und die theoretischen Überlegungen von Gregory Bateson (1972, 1980) haben de Shazer und Berg ein enormes Interesse an Sprache als dem zentralen Mittel der Therapie. Gerade die neueste Literatur beschäftigt sich explizit mit Sprache und Therapie (de Shazer 1993, 1994, Weakland 1993, White u. Epston 1990), obwohl die einzelnen Beiträge eine leicht unterschiedliche Terminologie gebrauchen. Aber es kann kein Zweifel daran sein, dass "Text-Analogie" weiteren Einfluss auf die Entwicklung der Kurzzeit-Familientherapie haben wird (Geyerhofer u. Komori 1995).

Für uns sind die drei Modelle jedoch nicht nur ähnlich in ihrem poststrukturalistischen Denken, sondern sie scheinen auch komplementär in zwei anderen Dimensionen - der Dimension "Problem-Lösung" und der Dimension "Verhalten-Kognition". Während der MRI-Ansatz und de Shazers Arbeit nicht ausschließlich aber doch hauptsächlich auf das Verhalten der ins Problem involvierten Personen fokussieren, sind White und Epston mehr an den Kognitionen und Beschreibungen des Denkens in Form von "Geschichten" interessiert. Ihre "Dekonstruktions- und Rekonstruktionsfragen" können etwa auf der Problem-Seite platziert werden, die Fragen für das "Umschreiben" der Geschichten der Klienten und Klientinnen auf der Lösungsseite (White u. Epston 1990).

Der MRI-Ansatz kann klar zur verhaltens- und problemorientierten Seite gezählt werden. Die einzige Technik, die auf die Sichtweisen über die Probleme abzielen, sind

die "Reframing"-Techniken. Alle anderen Fragen und Interventionen (Problem-
beschreibung, Beschreibung interaktiver Muster, Beschreibung der versuchten
Lösungen, 180 Grad Interventionen etc.) sind eindeutig verhaltensorientiert.

Der lösungsorientierte Ansatz des Teams um de Shazer kann fast genauso eindeutig
auf der verhaltens- und lösungsorientierten Seite platziert werden.
Lösungsorientierte Therapeuten und Therapeutinnen sind wenig an einer guten
Problembeschreibung interessiert. Von der ersten Sitzung an suchen de Shazer und
sein Team nach Ausnahmen und Lösungen. Abbildung 1 versucht die
komplementären Differenzen, die in diesem Absatz beschrieben worden sind, zu
veranschaulichen.

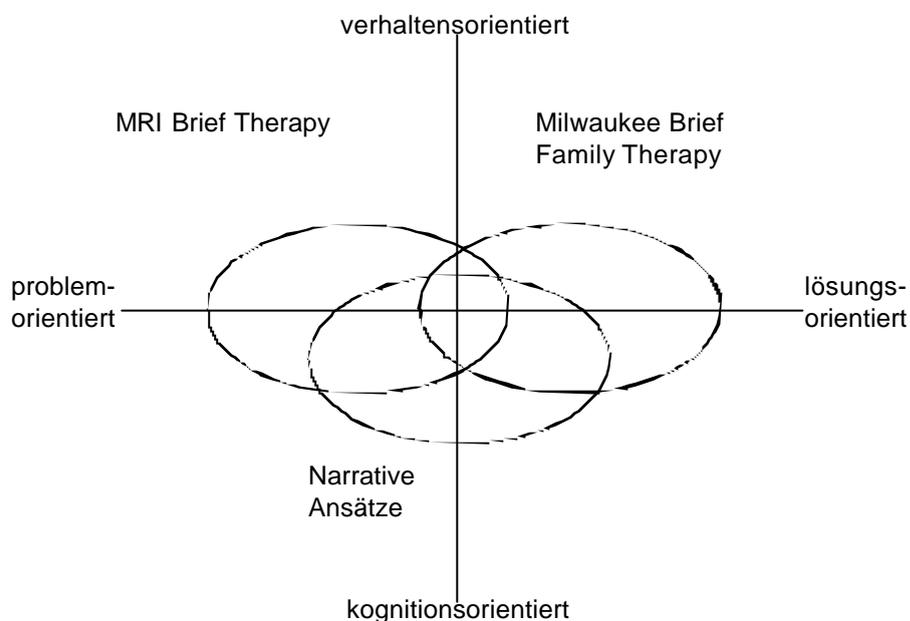


Abb.1. Integration poststrukturalistischer Modelle der Kurztherapie auf zwei Dimensionen

Für unsere klinische Arbeit hat sich die Integration der drei Modelle entlang dieser
zwei Dimensionen als sehr nützlich erwiesen. Bei Nutzung nur eines Modells
beschränken sich Therapeuten und Therapeutinnen oft in ihrem Denken und Handeln
zu sehr, denn Therapiemodelle sind nicht nur Richtlinien für therapeutisches
Handeln, sondern können auch die Entwicklung neuer Ideen behindern. Allerdings
wollen wir auch nicht in unreflektierten Eklektizismus verfallen. In jedem Moment
ihres Handelns sollen Therapeuten und Therapeutinnen von konsistenten klinischen
Theorien geleitet sein. Systemische Kurztherapie bietet diese Anleitung - in all ihren
Variationen. Warum aber sollen wir uns nur auf eine dieser erfolgreichen Variationen

beschränken, vor allem wenn sie so gut zusammenpassen und einander so perfekt ergänzen. Wenn ein Klient so weit ist nach Ausnahmen und Ressourcen zu suchen, warum sollten wir dann bei der Definition möglicher Probleme verharren? Wenn ein Klient mehr Zeit für Beschwerden und Beschreiben seines Leidens braucht, warum sich so schnell in Richtung Lösung und Verbesserung bewegen? Bei einem ausschließlich lösungsorientierten Ansatz werden Klienten und Klientinnen oft in ihrem jahrelangen Leiden und Dagegen-Kämpfen zu wenig anerkannt. Wenn Kurzzeit-Familientherapie das volle Spektrum zwischen einem problem- und einem lösungsorientierten Vorgehen bietet, warum sollte man die ganze Spannweite nicht nützen? Wenn wir uns in allen Dimensionen frei bewegen, haben wir die besten Chancen, den Bedürfnissen und Erwartungen der Klienten und Klientinnen in adäquater Weise zu begegnen. Dazu braucht es nur mehr, ihnen sorgfältig zuzuhören und uns zur Lösung im dazu notwendigen Tempo führen zu lassen.

Manchmal erreichen Klienten und Klientinnen in einem sehr frühen Stadium der Therapie ein anderes Verständnis ihrer Probleme. Reframing oder das Externalisieren von Problemen (White u. Epston 1990) sind machtvolle Mittel, die Sichtweisen der Klienten und Klientinnen über ihre Problemsituation zu verändern. So erhöht sich die Chance für Verhaltensänderungen. Wenn wir die Dinge anders sehen, handeln wir selten in der selben Form weiter. Aber nicht immer führt eine Veränderung der Sichtweisen bereits zu einer Veränderung des Handelns und umgekehrt. Die Integration von Verhalten und Kognition innerhalb narrativer und strategischer Ansätze wurde bei Eron und Lund (1993) und innerhalb aller Ansätze systemischer Familientherapie bei Geyerhofer (1995) beschrieben.

Durch die Integration der oben erwähnten Modelle können wir den wechselseitigen Einfluss von Verhalten und Kognition variationsreicher benutzen und leichter vom "problem talk" zum "solution talk" und wieder zurück wechseln - je nachdem, wie es besser zu den Bedürfnissen der Klienten und Klientinnen passt. Das bedeutet eine Verringerung von Einschränkung ohne den Verlust eines konsistenten theoretischen Hintergrunds. Während die Diskussion über die theoretische Integration der drei Modelle schon eine Weile geführt wird, haben Therapeuten und Therapeutinnen auf der ganzen Welt dies bereits erfolgreich in ihre klinische Praxis integriert (Furman 1991, Todd und Selekman 1991, Furman u. Ahola 1992, Chang u. Phillipps 1993, Eron u. Lund 1993). Besonders anschaulich ist Selekman's Buch "Pathways to Change - Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents" (Selekman 1993).

Im Folgenden sollen unsere praktischen Erfahrungen mit der Integration der drei Modelle und eine erste Studie über deren Effektivität in der Kinderpsychotherapie präsentiert werden.

Richtlinien für Kurzzeit-Familientherapie

Schwierige Jugendliche und ihre Familien können eine große Herausforderung für jeden Therapeuten sein. Aber sie müssen nicht schwierig zu behandeln sein, wenn man bei jedem neuen Fall sich gewissenhaft bemüht

- Festschreibungen zu vermeiden,
- zu erwarten, dass die Klienten die Kraft für Veränderung haben,
- die Therapie als ein gemeinsames Unterfangen zu sehen, in dem die Klienten die Ziele definieren,
- herauszufinden, was die Klienten an früheren Therapien schätzten oder nicht,
- den Jugendlichen individuell Zeit zu geben herauszufinden, was sie erwarten,
- bereits involvierte Helfer aktiv einzubeziehen
- therapeutisch flexibel zu sein und wenn nötig zu improvisieren.

Die folgenden Punkte sind Richtlinien für die erste und die folgenden Sitzungen mit den Familien, die uns aufsuchen. Selbst der Erstkontakt (oft telefonisch) und die dabei getroffenen Entscheidungen folgen diesen Richtlinien. Natürlich heißt das nicht, dass sie genau eingehalten werden müssen, da wir niemanden in ein Schema pressen wollen.

Definition der "Kunden"

Entscheidung mit welchen Personen gearbeitet wird

Definition des Problems (der Probleme)

Definition der therapeutischen Ziele

<i>Problemorientierter Kurs</i>	<i>Lösungsorientierter Kurs</i>
versuchte Lösungen	Ausnahmen
180 Grad Interventionen	Wunderfrage
Reframing	Internalisieren von Lösungen
Externalisieren von Problemen	Skalierungsfragen
problem talk	Umschreiben von Geschichten
	solution talk

Feed Back

Im ersten Kontakt versuchen wir herauszufinden, wer als "Beschwerdeführer" definiert werden kann. Dies ist für uns jede Person, die ein Problem beschreibt und uns um Hilfe bittet. Alle anderen, die mitkommen wollen, nennen wir "Besucher". ("Jeder, der mitkommen möchte, um bei der Problemlösung zu helfen, soll kommen.") Einige Fragen, die zur Definition des Beschwerdeführers nützlich sind:

- "Wer hat das Problem?"
- "Wer sonst denkt, das sei ein Problem?"
- "Wer in ihrer Familie leidet am meisten?"
- "Wer in ihrer Familie sucht noch Hilfe?"
- "Wer möchte eine Therapie, wer nicht?"

Nach diesen Fragen und den Antworten darauf, erleben wir eine Vielfalt von Personenkombinationen in unseren Therapien. Wenn die Kinder kein Problem sehen

und auch keine Hilfe von uns wollen, zögern wir nicht, nur mit den Eltern zu arbeiten. Wenn alle mithelfen wollen, sollen alle kommen. In unserer Praxis kam es nie vor, dass ein Kind von sich aus Hilfe suchte. Bis zum Alter von sechzehn Jahren sind bei einem Problem mit den Kindern immer die Eltern (oder ein Elternteil) zumindest auch die Beschwerdeführer. Sehr häufig sind sie die einzigen.

Familien mit Kind- oder Jugendlichen-Problemen haben oft frühere Erfahrungen mit verschiedenen Helfersystemen. Am Institut für Systemische Therapie in Wien berichten 67,6% aller Familien von früheren Experten-Kontakten (wegen des selben Problems), z.B. mit Psychologen, Ärztinnen, anderen Psychotherapeuten etc. Häufig sind manche von ihnen interessiert auch weiter mit zu helfen, wurden aber früher nie gefragt, an den weiteren Versuchen der Problemlösung teilzunehmen. Sie sind jedoch nicht nur eine nützliche Quelle für Informationen, sie können auch helfen neue Geschichten, Ausnahmen oder Ergebnisse zu etablieren. (Selekman (1993) beschreibt möglichen Wege der Zusammenarbeit mit Helfern aus größeren Systemen.)

Während die ersten beiden Schritte unserer Richtlinien meist während des Anmelde-Telefonats erledigt sind, brauchen wir für den dritten Schritt den größten Teil der ersten Sitzung.

“Was genau ist das Problem, weswegen Sie hier sind?”

“Was war der Anlass für Ihren Anruf?”

“Wer entschied eine Therapie in Anspruch zu nehmen?”

“Was soll sich ändern?”

Dies sind typische Fragen, um einen ersten Eindruck über das Problem zu bekommen. Um das Problem konkret zu erkennen, braucht es aber auch manchmal mehr als eine Sitzung.

Auf die Definition des Problems folgt die Definition des Ziels der Therapie. Oft werden beide Definitionen ineinander verschränkt entwickelt, da es bei der oft diffusen Problembeschreibung helfen kann, sich den Zustand auszumalen, wie es wäre, wenn das Problem gelöst wäre. Dabei helfen Fragen wie:

“Was soll anders sein?”

“Wie sollen die Dinge sich ändern?”

“Was wäre in Ihrem Leben anders, wenn das Problem gelöst wäre?”

“Wie würde Ihre Familie merken, dass Sie etwas verändert haben?”

“Wenn Sie nicht mehr gegen das Problem kämpften, was täten Sie statt dessen?”

“Was wäre das erste kleine Anzeichen, das Ihnen sagt, Sie sind am richtigen Weg?”

Diese Fragen helfen nicht nur ein Therapieziel zu entwickeln, sie weisen auch in eine Richtung, in der Veränderung erkennbar, formulierbar, ja sogar unvermeidbar werden kann.

Die Integration von problem- und lösungsorientierten Ansätzen erlaubt uns, den

richtigen Zeitpunkt für dieses zentrale Umschwenken im Therapieverlauf zu finden. Weder verharren wir zu lange beim Problem und beginnen "fest zu stecken", noch übergehen wir durch zu frühes Lösungs-Suchen das mögliche Bedürfnis der Klienten und Klientinnen, den langen Weg ihrer Leiden ausführlich zu schildern. Problem- und Lösungsorientierung sind nicht einander ausschließende, sondern einander ergänzende Wege in der Therapie. Das Feed Back der Klienten und Klientinnen hilft dem Therapeuten oder der Therapeutin dauernd zu überprüfen, ob er oder sie gerade den richtigen Kurs eingeschlagen hat. In diesem Prozess der Ko-Kreation der besten Ausgangsbasis für Veränderung beeinflussen Klienten und Therapeuten einander gegenseitig. Die Stärke dieses gegenseitigen, unvermeidbaren Einflusses ist öfter als angenommen aus beiden Richtungen gleich groß, wie Weakland (1993) beschreibt: "Der Klient braucht die Hilfe und das Fachwissen des Therapeuten, aber der Therapeut braucht sein Honorar und der Klient ist der Kunde - Hierarchie schneidet beide Wege ab. Dies gilt auch für "Expertenwissen". In unserem Ansatz (MRI Brief Therapy) definiert der Klient das Problem, auch wenn der Therapeut eine große Rolle dahingehend spielt, die oft diffusen Beschreibungen zu präzisieren. Das heißt, der Klient ist Experte in der Bestimmung des Endzustands der Behandlung. Der Therapeut ist der Experte für die Mittel, dieses Ziel zu erreichen. Nach der praktischen Erfahrung kann der Therapeut auch Experte sein in der Beurteilung der Realisierbarkeit mancher erhoffter Ziele und in der Passung bestimmter Mittel zu bestimmten Zielen."

Es gibt während des Therapieverlaufs häufige Wechsel zwischen "problem talk" und "solution talk". Manchmal bleibt der Kurs aber nach der Definition der Therapieziele der gleiche. Die einfache Regel hinter dieser Beobachtung lautet: "Wenn was funktioniert, mach mehr davon."

Auch wenn es nicht immer leicht ist zwischen den beiden Richtungen zu unterscheiden, gibt es dennoch für jede jeweils charakteristische Interventionen, wie weiter oben aufgelistet.

Während des gesamten Therapieverlaufs dienen die Antworten oder nonverbalen Reaktionen der Klienten und Klientinnen als Feed Back für den Therapeuten oder die Therapeutin. Das Feed Back enthält notwendige Informationen über Richtung und Fortschritt der Behandlung. Sie bestimmen nicht nur den Fokus der Interventionen, sondern zwingen auch zur dauernden Überprüfung der definierten Therapieziele.

Die eben erläuterten Richtlinien haben uns in der Arbeit mit unterschiedlichen Problemen oft geholfen und sind bewährt in Einzel-, Paar- und Familientherapie. In allen Settings tragen sie dazu bei, die Behandlung kurz zu halten, durchschnittlich unter zehn Sitzungen.

Katamnese in zwei verschiedenen klinischen Settings

Den oben beschriebenen Richtlinien folgend haben wir zwei Katamnesen während eines fixen Zeitraums durchgeführt. Das Design entspricht nicht allen Standards

moderner klinischer Forschung, es ist lediglich eine Erhebung der Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen mit dem Ergebnis der Behandlung.

In einem privaten Familientherapieinstitut (Institut für Systemische Therapie in Wien, Österreich¹) und einer Kinderklinik (Psychosomatic Clinic at Gifu University, School of Medicine, Department of Pediatrics, Gifu, Japan) wurden folgende Fragen gestellt, um die Klientenbeurteilungen des Ergebnisses der Behandlungen sechs Monate nach deren Ende zu erheben:

1. Als Sie das erste Mal in die Klinik (in das Institut) kamen, waren Sie besorgt über (kurze Beschreibung des Problems und der Symptome, die in der ersten Sitzung präsentiert wurden). Ist diese Sorge jetzt größer, gleich oder kleiner geworden?
2. Sind neue Probleme aufgetreten, seit die Behandlung beendet worden ist?
3. Ist es zu Besserungen oder Lösungen anderer Probleme gekommen, seit die Behandlung beendet worden ist?
4. Haben Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder eine andere Behandlung begonnen, seit die Behandlung bei uns beendet worden ist? Wenn ja, welche Art Behandlung für welches Problem?

Diese Fragen wurden in ähnlicher Ausführung auch in früheren Studien verwendet (Weakland et al. 1974, de Shazer 1991, Nardone u. Watzlawick 1993, Macdonald 1994), daher können die Ergebnisse in einem größeren Kontext verglichen und diskutiert werden.

An der Studie nahmen im Rahmen des Instituts für Systemische Therapie (IST) 34 Mütter oder Väter mit Beschwerden über mindestens eines ihrer Kinder teil. 17 Klienten oder Familien (50%) wurden von einem Therapeuten behandelt, 6 (17,6%) von zwei Therapeuten im selben Raum und 11 (32,4%) von einem Therapeuten in selben Raum und einem Therapeuten im Nachbarraum hinter dem Einwegspiegel (genannt Family Therapy Center FTC). Die durchschnittliche Behandlungsdauer war 2 Monate (Maximum 9 Monate) mit einer durchschnittlichen Anzahl von 3 Sitzungen (Minimum 1, Maximum 11). 23 Familien (67,6%) berichteten von früheren Kontakten mit anderen Helfern, darunter Praktische Ärzte, Psychologinnen, andere Psychotherapeuten. Die Hälfte der Familien hatten die Probleme länger als ein Jahr. Zu den präsentierten Problemen zählten Anorexie, Schlafstörungen, Depression, Schulverweigerung, Tics, Drogenmissbrauch, Adoleszenzkrisen, Ängste und Zwänge, Aggressionen, Essstörungen und psychosomatische Beschwerden. Mit 20 Klienten (58,5%) wurde die Therapie einvernehmlich beendet. Die restlichen 14 Familien beendeten die Behandlungen von ihrer Seite aus - entweder riefen sie an, um mitzuteilen, dass sie die Therapie nicht länger benötigten oder sie kamen nicht zur nächsten vereinbarten Sitzung. 2 Familien konnten bei der nach 6 Monaten durchgeführten Katamnese nicht erreicht werden, 2 waren nach der ersten Sitzung an andere Einrichtungen überwiesen worden und wurden nicht kontaktiert. Für die Katamnese verblieben 30 Familien, die die oben angeführten Fragen beantworteten.

Zur selben Zeit wurden an der Kinderklinik in Gifu 34 Kinder mit sogenannten

psychosomatischen Beschwerden aufgenommen. Sie waren von Praktischen Ärzten, Kinderärzten oder Kollegen der Universitätsklinik überwiesen worden. 26 Kinder erhielten Familientherapie mit einem Therapeuten, die anderen wurden medizinisch behandelt oder in die Psychiatrie transferiert. Die erste Sitzung dauerte jeweils 60 Minuten, die folgenden 30 Minuten. Die Intervalle zwischen den Sitzungen betragen meist 14 Tage. Die durchschnittliche Anzahl an Sitzungen war 4 (Minimum 1, Maximum 10). Unter den Eingangsdiagnosen waren Polakisuria (alle 5-10 Minuten vermeintlicher Harndrang), Essstörungen, Enuresis, Schulverweigerung, Tics und verschiedene psychosomatische Symptome. 4 Familien stiegen aus und konnten nicht in die Katamnese einbezogen werden. Die restlichen 22 Familien wurden 6 Monate nach Behandlungsende kontaktiert.

Klassifikationssystem zur Auswertung der Antworten auf die Fragen der Katamnese

Erfolg	Symptom und Besorgnis sind verschwunden. Keine weitere Behandlung erforderlich.
Verbesserung	Entweder das Symptom oder die Besorgnis sind noch vorhanden.
Keine Veränderung	Weitere Behandlung für dasselbe Problem ist nötig.
Verschlechterung	Die Probleme wurden größer, oder der Patient musste stationär aufgenommen werden.

Vergleich einiger Variablen und Ergebnisse der beiden Untersuchungsorte

	IST	Kinderklinik
Variablen		
Durchschnittliche Sitzungszahl	3	4
Minimum Sitzungszahl	1	1
Maximum Sitzungszahl	11	10
Fallzahl	34	22
Ergebnisse		
Erfolg	18 (60%)	16 (61%)
Verbesserung	8 (27%)	3 (12%)
Keine Veränderung	4 (13%)	3 (12%)
Verschlechterung	0	0
Drop out	4	4

Am IST waren 60% und an der Kinderklinik 61% der Behandlungen erfolgreich. Das Problem war verschwunden und keine weitere Behandlung war erforderlich. Es gab auch keine Besorgnis mehr bezüglich der Schwierigkeiten, die zur Behandlung geführt hatten.

Auch in früheren Studien (Weakland et al. 1974, de Shazer 1991, Macdonald 1994) wurde vom Auftreten von anderen Problemen in manchen Fällen berichtet. Am IST war dies bei 17 Familien (56,7%) der Fall. Allerdings sagten 16 (55,2%) davon, dass sie damit

in einer anderen Art als früher umgingen, sodass sie das Problem entweder lösen könnten oder im Griff hätten. Dieser Generalisierungseffekt ist aus der Literatur bekannt.

27% der Fälle am IST und 12% der Fälle an der Kinderklinik wurden im Bereich der "Verbesserung" eingestuft. In diesen Fällen waren entweder das Problem (die Symptomatik) oder die Besorgnis darüber verschwunden. Es wurde keine weitere Behandlung gebraucht.

Insgesamt stützt die Erfolgsrate der Untersuchung in beiden Institutionen (87% am IST, 73% an der Kinderklinik) die Ergebnisse der anderen erwähnten Studien im Feld der Systemischen Kurzzeittherapie.

Tabelle 1 und Tabelle 2 zeigen einige Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungs-orten. In Wien war die Anzahl der männlichen "Indexpatienten" höher als die der weiblichen (24 m, 10 w), in Gifu umgekehrt (10 m, 16 w). Das Durchschnittsalter der Kinder in Wien war 12,7 Jahre, das der Kinder in Gifu 9,6 Jahre. 4 Vorschulkinder waren unter den Patienten in Japan, während man in Österreich den Eindruck gewinnt, die Probleme beginnen erst mit dem Schuleintrittsalter. Allerdings kann sich der Altersunterschied auch aus den unterschiedlichen Zuweisungssituationen ergeben haben.

Die Tabellen geben auch Informationen über die Familiensituation zur Zeit der ersten Sitzung. In Österreich treten weniger Familien mit beiden Eltern auf als in Japan. Einige Unterschiede lassen sich auch im Auftreten der verschiedenen Probleme oder Diagnosen feststellen. Dies kann aber nur spekulativ nach dem Augenschein beurteilt werden, da die kleinen Fallzahlen keine statistisch signifikante Absicherung zulassen.

Manche Unterschiede könnten auf den unterschiedlichen Überweisungskontext zurückgeführt werden, manche auf kulturelle Verschiedenheiten (z.B. Scheidungsrate). Für andere Differenzen sind eventuell unterschiedliche Therapeutenaktionen verantwortlich. In Wien waren öfter mehrere Familienmitglieder in der Therapiestunde anwesend, auch wurde öfter die Sitzungszeit für Eltern und Jugendliche geteilt. In Gifu arbeitete der Therapeut öfter nur mit den Beschwerdefühern oder -führerinnen und vom Setting her vorwiegend alleine. Ein letzter Unterschied besteht in der unterschiedlichen Behandlung der Therapieabbrecher, die in Wien in die Nachbefragung miteinbezogen wurden und in Gifu nicht, (was beim Vergleich der beiden Gruppen berücksichtigt wurde.)

In den Tabellen werden auch die Therapiedauer, die Anzahl der Sitzungen, das Ergebnis der Katamnese und die Richtung des Ansatzes (problem- oder lösungsorientiert) gezeigt. Eine detailliertere Datenanalyse versuchte mehr über Indikatoren zur Vorhersage von Therapieerfolg herauszufinden. Weder das Setting, noch Dauer und Art des Problems, noch die Anzahl der Sitzungen oder der Überweisungskontext erwiesen sich als gute Indikatoren. Als einzig nützliche Variable zu diesem Zweck stellte sich die Art des Therapieabschlusses heraus. Die Klienten und Klientinnen die einvernehmlich mit den Therapeuten die Therapie beendeten, hatten später eine höhere Erfolgs- bzw. Verbesserungsrate. Keine Veränderung kam signifikant häufiger in der Gruppe vor, die von sich aus die Therapie beendeten ($r = 0,65$, $p < 0,001$).

Tabelle 1: Ergebnisse am Institut für Systemische Therapie in Wien

Nr	Geschl	Alter	Familie	Klient	Setting	Sitzungen	Dauer	Problem, Symptom, Diagnose	Ansatz	Ergebnis
1	m	18	ja	Familie	Einzel	1	9 Monate	Paranoide Psychose	PO	Verbesserung
2	m	19	V gestorb	M, P	Einzel	10	3 Monate	Epilepsie, Persönlichkeitsentwicklungsstörung	PO	Erfolg
3	m	17	ja	V, M, P	Einzel	3	4 Monate	Stehlen	PO	Erfolg
4	m	10	ja	V, M	Koher	2	1 Monat	Aggressives Verhalten, Schlafstörungen	beides	Erfolg
5	m	8	ja	Familie	Einzel	3	2 Monate	Elektiver Mutismus	PO	keine Veränderung
6	m	8	gesch.	V, M	Koher	6	3 Monate	Verhaltensschwierigkeiten	LO	Erfolg
7	m	14	gesch.	M	BTC	4	4 Monate	Essstörung, Depression	PO	Erfolg
8	m	13	ja	M, V	BTC	1		Schulverhalten	beides	Erfolg
9	m	10	ja	M	Einzel	2	1 Monat	Depression, Selbstmordversuch	beides	Erfolg
10	w	7	ja	M, P, S	BTC	1		Weglaufen	PO	Verbesserung
11	w	13	ja	Familie	BTC	8	3 Monate	Anorexia nervosa	beides	Erfolg
12	m	8	ja	M, P, S	Einzel	11	6 Monate	Astma	beides	Erfolg
13	m	10	gesch.	M, P	BTC	2	1 Monat		PO	keine Veränderung
14	m	11	ja	Familie	BTC	3	1 Monat	Verhalten in der Schule	beides	Erfolg
15	w	16	adopt.	M, V	BTC	3	2 Monate	Schulverweigerung	PO	Verbesserung
16	w	10	ja	M, V, P	BTC	3	2 Monate	Anorexia, Tic	beides	Erfolg
17	m	15	gesch.	V, P	BTC	10	5 Monate	Schulverweigerung, Depression	beides	Erfolg
18	w	18	ja	M	Koher	3	4 Monate	Diabetes	beides	Verbesserung
19	m	12	gesch.	M	Einzel	5	3 Monate	Schulverweigerung, Sozialverhalten	PO	Erfolg
20	m	13	gesch.	M, P, S	Einzel	2	1 Monat	Aggressives Verhalten	PO	keine Veränderung
21	m	13	ja	Familie	BTC	5	3 Monate	Wäschzwang, Sozialverhalten	PO	keine Veränderung
22	m	9	ja	M	Einzel	7	7 Monate	Aggressives Verhalten	PO	keine Veränderung
23	m	10	gesch.	M	Einzel	1		Verhalten in der Schule	beides	Erfolg
24	w	13	ja	V, M, P	Koher	3	1 Monat	Anorexia	LO	Verbesserung
25	w	14	ja	V, M, P	Einzel	2	2 Monate	Anorexia	beides	Erfolg
26	w	16	gesch.	M, P	Einzel	5	4 Monate	Depression, Selbstmordversuch	beides	Verbesserung
27	m	17	ja	M, V	Koher	1		Aggressionen gegen Vater	PO	Abbruch
28	m	6	ja	M, V	Einzel	3	2 Monate	Kopfschmerz	beides	Verbesserung
29	m	11	gesch.	M, P	Einzel	1		Schulverweigerung	LO	Erfolg
30	w	16	ja	M, V	Einzel	7	5 Monate	Drogenmissbrauch	beides	Erfolg
31	w	14	ja	M, V	Einzel	1		Drogenmissbrauch	PO	weggezogen
32	m	14	gesch.	Familie	BTC	3	3 Monate	Schulverweigerung, Abgängigkeiten	beides	weggezogen
33	m	18	gesch.	Familie	Einzel	3	2 Monate	Drogenmissbrauch	beides	Verbesserung
34	m	13	ja	Familie	Einzel	1			LO	Abbruch

Tabelle 2: Ergebnisse an der Kinderklinik in Gifu

Nr.	Geschl.	Alter	Kernfamilie	Klient	Setting	Sitzungen	Dauer	Problem, Symptom, Diagnose	Ansatz	Ergebnis
1	w	3	nein	M	Einzel	2	1 Woche	Verhaltensschwierigkeit "Mas tub ation"	PO	Erfolg
2	w	3	ja	M	Einzel	2	1 Monat	Fokalurie	PO	Erfolg
3	w	3	ja	M	Einzel	3	6 Monate	Essen	PO	Erfolg
4	w	5	ja	M	Einzel	2	1 Monat	Enuresis	PO	Erfolg
5	w	8	ja	M	Einzel	1		Atmungsbeschwerden	LO	Erfolg
6	w	7	ja	V	Einzel	8	2 Monate	Bauchschmerzen	beides	Erfolg
7	w	8	nein	M	Einzel	6	6 Monate	Schulverweigerung	LO	Erfolg
8	m	9	ja	V	Einzel	4	6 Monate	Tic	beides	Verbesserung
9	w	9	ja	M	Einzel	2	2 Wochen	Haarenschleien	LO	Verbesserung
10	m	9	ja	M	Einzel	8	5 Monate	Alopezia (extremer Haarausfall an Kopf u. Körper)	LO	keine Veränderung
11	m	9	ja	P	Einzel	10	5 Monate	Bauchschmerzen	beides	Erfolg
12	w	10	ja	M	Einzel	4	6 Wochen	Husten, Hörschmerz	PO	Erfolg
13	m	10	ja	P	Einzel	5	7 Wochen	Verhaltensprobleme	beides	Erfolg
14	m	11	ja	P	Einzel	5	1 Monat	Alopezia	beides	keine Veränderung
15	w	12	ja	M	Einzel	5	2 Monate	Bauchschmerzen, Übelkeit	beides	Verbesserung
16	w	12	ja	M, P	Einzel	10	4 Monate	Schulverweigerung	LO	Erfolg
17	w	13	ja	M	Einzel	5		Erbrechen	LO	Erfolg
18	m	12	nein	M	Einzel	3	3 Monate	Bauchschmerzen, Müdigkeit	LO	Erfolg
19	w	14	ja	P	Einzel	3	1 Monat	Kopfschmerzen, Müdigkeit	LO	Erfolg
20	m	14	nein	M	Einzel	3	2 Monate	Schwundende Muskelkraft	LO	Erfolg
21	m	14	nein	M	Einzel	2	1 Woche	Bauchschmerzen	LO	keine Veränderung
22	m	14	nein	M	Einzel	3	5 Wochen	Schulverweigerung	LO	Erfolg
23	m	3	ja	M	Einzel	1		Schmerzen in Händen und Füßen	LO	Erfolg
24	w	9	nein	GrM	Einzel	2	1 Woche	Schulverweigerung	LO	Drop out
25	w	12	nein	M	Einzel	4	3 Wochen	Kopfschmerzen, Schulverweigerung	LO	Drop out
26	w	16	nein	M	Einzel	1		Gewicht	LO	Drop out

Tab. 1 und 2: Abkürzungen
 prob. lementiert, m = männlich, w = weiblich, M = Mutter, V = Vater, P = Patient(in), S = Schwester, GrM = Großmutter, PO =

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Wie andere zuvor (Furman u. Ahola 1991, Todd u. Selekman 1991, Selekman 1993, Chang u. Phillips 1993) haben wir es geschafft, die drei Hauptsätze der Kurzzeit-Familientherapie zu integrieren. Diese sind nicht nur theoretisch kompatibel sondern sie eröffnen auch viele neue Möglichkeiten in der praktischen klinischen Arbeit mit Familien. Auf den zwei Dimensionen "Problem-Lösung" und "Verhalten-Kognition" können sich Therapeuten und Therapeutinnen frei bewegen unter Bezugnahme auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Klienten und Klientinnen. Es ist möglich, einzelne Fragen und Techniken der Kurzzeit-Familientherapie auf diesen beiden Dimensionen zu lokalisieren und damit die Richtung des Therapieprozesses zu reflektieren. Die beschriebenen praktischen Richtlinien können helfen Therapien zu strukturieren und haben sich als hilfreiche Instrumente in der Arbeit mit Einzelnen, Paaren und Familien erwiesen. Es erwachsen aber auch viele Fragen aus unserer Arbeit. Was bringt uns zu einem Wechsel unseres Fokusses? Welche Reaktionen der Klienten und Klientinnen bewegen uns dazu mehr problem- oder mehr lösungsorientiert zu intervenieren? Wie genau benutzen wir die Interaktion von Verhalten und Kognition während der Therapie? Welche Rolle haben Gefühle in dem Ganzen? Wir werden mit der Ausarbeitung dieser und anderer Fragen fortfahren, in zwei verschiedenen Ländern, zwei verschiedenen Kulturen, zwei verschiedenen Arbeitsumfeldern - und miteinander.

Während wir versuchen diese Ansätze für unsere Klienten und Klientinnen weiter zu entwickeln, erheben sich neue Untersuchungsziele. Wir hoffen schon bald neue Ergebnisse über eine Familientherapie präsentieren zu können, die ihr Hauptaugenmerk auf Ressourcen, Stärken, Möglichkeiten, Probleme und deren Lösung und nicht auf Pathologie, Unfähigkeit, Einsicht, Schuld und Gegenbeschuldigung legt. Dadurch hoffen wir ein wenig zur "Drehung des Windes" (O'Hanlon 1993) im Feld der Familientherapie während der letzten zehn Jahre beizutragen.

¹ Ich danke Johannes Ebmer für seine Hilfe bei der Durchführung dieser Studie.

Literatur

- Bateson G (1972) Steps to an ecology of mind. Ballantine, New York
 Bateson G (1980) Mind and nature: A necessary unit. Ballantine, New York
 Berg IK, de Shazer S (1993) Wie man Zahlen zum Sprechen bringt. Die Sprache in der Therapie. Familiendynamik 18
 Chang J, Phillips M (1993) Michael White and Steve de Shazer: New directions in Family Therapy. In: Gilligan S, Price R (Eds) Therapeutic Conversations. Norton, New York
 de Man P (1979) Allegories of reading. Yale, New Haven
 Derrida J (1978) Writing and difference. University of Chicago Press, Chicago
 Durant M, Coles D (1991) The Michael White approach. In: Todd TC, Selekman MD (Eds) Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Allyn and Bacon, Needham Heights
 de Shazer S (1988) Clues: Investigating solutions in brief therapy. Norton, New York
 de Shazer S (1991) Putting differences to work. Norton, New York

- de Shazer S (1993) Creative Misunderstanding: There is no escape from language. In: Gilligan S, Price R (Eds) *Therapeutic Conversations*, Norton, New York
- de Shazer S (1994) Words were originally magic. Norton, New York
- Erickson MH (1954) Pseudo-orientation in time as a hypnotic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2:161-283
- Erickson MH (1964) The confusion technique in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 6:183-207
- Erickson MH, Rossi E (1983) *Healing in hypnosis*. Irvington, New York
- Eron JB, Lund TW (1993) How problems evolve and dissolve: Integrating narrative and strategic concepts. *Family Process* 32:291-309
- Furman B, Ahola T (1991) The neverending story: Or, the problem as solution. *A.N.Z. Journal of Family Therapy* 12:53-55
- Geyerhofer S (1995) Towards a systemic model of learning - Application for individual and family therapy. Paper presented at the National Congress of Family Therapy in Niigata, Japan
- Geyerhofer S, Komori Y (1995) Bringing forth family resources in therapy. *Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik* 20(3)
- Gingerich W, de Shazer S, Weiner-Davis M (1988) Constructing change: A research view of interviewing. In: Lipchik E (Ed) *Interviewing*. Aspen, Rockville
- Harland R (1987) *Superstructuralism: the philosophy of structuralism and poststructuralism*. Methuen, London
- Komori Y, Geyerhofer S (1993) Reading Success Stories - Chief Complaints and Therapeutic Goals. *Japanese Journal of Family Psychology* 7
- Macdonald AJ (1994) Brief Therapy in Adult Psychiatry. *Journal of Family Therapy* 16:415-426
- Nardone G, Watzlawick P (1993) *The Art of Change: Strategic Therapy and Hypnotherapy without Trance*. Jossey-Bass, San Francisco
- O'Hanlon WH (1993) Possibility Therapy. From Iatrogenic Injury to Iatrogenic Healing. In: Gilligan S, Price R (Eds) *Therapeutic Conversations*, Norton, New York
- O'Hanlon WH, Weiner-Davis M (1989) *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. Norton, New York
- Sarup M (1989) *Post-structuralism and postmodernism*. University of Georgia Press, Athens, GA
- Selekman MD (1993) *Pathways to Change: Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents*. Guilford, New York
- Todd TC, Selekman MD (1991) Beyond structural-strategic family therapy: Integrating other brief systemic therapies. In: Todd TC, Selekman MD (Eds) *Family therapy approaches with adolescent substance abusers*. Allyn and Bacon, Needham Heights
- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. *Family Process* 13 (2):141-168
- Weakland JH (1993) Conversation - but what kind? In: Gilligan S, Price R (Eds) *Therapeutic Conversations*, Norton, New York
- Weiner-Davis M (1993) Pro-constructed realities. In: Gilligan S, Price R (Eds) *Therapeutic Conversations*, Norton, New York
- White M (1985) *Fear-busting and monster-taming: An approach to the fears of young children*. Dulwich Centre Review
- White M, Epston D (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. Norton, New York
- Wittgenstein L (1980) *Culture and value*. University of Chicago Press, Chicago

Stefan Geyerhofer und Yasunaga Komori
 Institut für Systemische Therapie
 Am Heumarkt 9/2/22
 A-1030 Wien