

1 Was ist Systemische Therapie?

Kirsten von Sydow

»Ich lebe nicht mit mir allein, ich werde Teil von dem, was mich umgibt.«
(Lord Byron, 1788-1824, englischer Dichter)

1.1 Begriffsklärung

Die Definition von Systemischer Therapie, auf die sich die deutschen systemischen Dachverbände – orientiert an international gebräuchlichen Definitionen – geeinigt haben, lautet:

Definition

Systemische Therapie ist »ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten (»Indexpatienten«) weitere Mitglieder des für die Patientin oder den Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weiterer sozialer Umwelt.« (vgl. Pinsof & Wynne, 1995, S. 586; Sydow et al., 2007a, S. 15)

Betrachtet werden Wechselwirkungen zwischen intrapsychischen, biologisch-somatischen und interpersonellen Prozessen von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen.

Auf dieser Definition aufbauend wurde die Systemische Therapie in Deutschland wissenschaftlich anerkannt (WBP, 2009). Andere Texte definieren Systemische Therapie – sehr weit – als das »Schaffen von Bedingungen für Selbstorganisationsprozesse« (Schiepek et al., 2013), was weder spezifisch für Psychotherapie noch für systemische Psychotherapie ist (von Sydow, 2015).

Ziel der Systemischen Therapie ist es, symptomfördernde familiäre Interaktionen und Strukturen, dysfunktionale Lösungsversuche und starre/einschränkende Familienerzählungen infrage zu stellen und die Entwicklung neuer, gesundheitsfördernder Interaktionen, Lösungsversuche und Erzählungen anzuregen.

Die psychologische Grundlagenforschung belegt die theoretischen Grundannahmen der Systemischen Therapie und stützt die systemische Prämisse, dass Kontexterweiterungen und ein Fokus auf zwischenmenschliche Beziehungen für das Verstehen und Behandeln individueller Pathologie entscheidende therapeutische Vor-

teile bieten. Die Ausführungen in diesem Kapitel orientieren sich an von Sydow (2015) und von Sydow et al. (2007).

Systemische Therapie und Paar-/Familientherapie

»Systemische Therapie« beschreibt eine theoretische Orientierung; diese kann als Einzel-, Paar-, Familien-, Gruppen- oder Multifamiliengruppentherapie realisiert werden. »Paar-/Familientherapie« bezeichnet dagegen ein therapeutisches Setting bzw. eine Anwendungsform. Neben der Systemischen Familientherapie existieren auch behaviorale, psychodynamische und humanistische Familientherapien (Scheib & Wirsching, 2004).

Systemische Therapie und Paar-/Familientherapie überlappen sich, sind aber nicht identisch. Systemische Therapie ist historisch aus der Familientherapie hervorgegangen. Die meisten Familien- und Paartherapeuten in Deutschland und im Ausland orientieren sich theoretisch und methodisch (nur oder auch) an systemischen Konzepten (von Sydow et al., 2007). In den USA ist ein systemisches Grundverständnis obligatorisch für die Akkreditierung aller Paar- und Familientherapie-Ausbildungsgänge bei der *American Association for Marriage and Family Therapy* (AAMFT; zit. n. von Sydow et al., 2007, S. 14).

Familie und Partnerschaft sind wesentliche soziale Kontexte des menschlichen Lebens. Orientiert an einem offenen Familienkonzept (Schneewind, 2010) bezieht die Systemische Therapie Partner, Eltern, Kinder, manchmal weitere Verwandte und andere Bezugspersonen sowie das weitere professionelle Helfersystem (Ärzte, Lehrer, Sozialarbeiter u. a.) in die Behandlung ein. Bezugspersonen werden direkt »in vivo« einbezogen (Arbeit im Mehrpersonensetting) oder indirekt, indem Fragen zum Verhalten, mutmaßlichem Erleben und den Intentionen abwesender Bezugspersonen gestellt werden. Paartherapie mit hetero- oder homosexuellen Paaren wird als eine Variante von Familientherapie verstanden.

Überblick zu grundlegenden Systemischen Therapieansätzen

Tabelle 1.1 gibt einen vereinfachten Überblick zu grundlegenden Perspektiven der Systemischen Therapie. Es wird deutlich, dass unser Buch, ebenso wie alle anderen Systemische-Therapie-Lehrbücher, stark auf die strukturelle und die ressourcenbezogene Perspektive setzt. Daneben räumen wir auch der Mehrgenerationen- und Bindungsperspektive und den neuen »Trademark-Therapien« einen hohen Stellenwert ein.

Tabelle 1.1 Überblick zu grundlegenden Perspektiven der Systemischen Therapie

Name der Perspektive/Grundidee	Prominente Vertreter	Zentrale Interventionen und Manuale	Mehr dazu in Kapitel
<p>Strukturell-strategische Perspektive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Klimische Probleme werden als Ausdruck dysfunktionaler, nicht (mehr) entwicklungsgerechter familiärer Strukturen gesehen. ▶ Familien werden als regelgesteuerte Systeme betrachtet, deren Struktur von außen erkennbar und therapeutisch gezielt beeinflussbar ist. Zirkuläre Kausalität (»Teufelskreise«). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Salvador Minuchin ▶ Jay Haley ▶ Cloe Madanes ▶ Mara Selvini-Palazoli 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Joining (Beziehungsaufnahme und -gestaltung) ▶ Enactments (Inszenierungen alltäglicher Interaktionsprobleme im Therapieraum) ▶ Blick auf strukturelle Merkmale von Familien ▶ Aufgaben und Verschreibungen ▶ Dosierte Konfrontation ▶ Fokus auf Koalitionen und Familienengeheimnisse ▶ Zirkuläre/triadische Fragen ▶ Hypothesen bilden und paradoxe Interventionen 	<p>Das gesamte Buch, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ fast alle Manuale für Störungen Erwachsener und Störungen von Kindern/Jugendlichen (Teil VIII, IX) ▶ Kap. 71: Londoner Manual ▶ Kap. 72: EFT ▶ Kap. 73: Leeds-Manual ▶ Kap. 75: BCT ▶ Kap. 79: ABFT ▶ Kap. 80: FBT ▶ Kap. 81: MDFT ▶ Kap. 82: MST
<p>Mehrgenerationen-, Bindungs- und Mentalisierungsperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verknüpft psychodynamische, bindungstheoretische, psychotraumatologische und systemische Konzepte. ▶ Bindungsmuster, Desorganisation und Differenzierung ▶ Mentalisierung ▶ Fokus auf transgenerationale Transmission von Traumatisierungen und Ressourcen ▶ Familiäre Delegationen, Vermächtnisse und Loyalitäten ▶ Familiäre »Schuld- und Verdienstkonten« 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ John Bowlby ▶ Murray Bowen ▶ Ivan Boszormenyi-Nagy ▶ Helm Stierlin ▶ Eia Asen & Peter Fonagy ▶ David Schnarch 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Genogrammarbeit ▶ Mehrgenerations-Familiengespräche ▶ »Familienrekonstruktion« als Selbsterfahrungsansatz in der Psychotherapieausbildung ▶ Paar- und individualtherapeutische Interventionen mit einem Fokus auf Bindungssicherheit ▶ »Differenzierung« ▶ Mentalisierungsorientierte Familientherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kap. 13: Genogramm ▶ Kap. 22: Mentalisieren und Spiegeln ▶ Kap. 74: Differenzierungsorientierte Paar-/Sexualtherapie ▶ Kap. 72: EFT ▶ Kap. 79: ABFT ▶ Kap. 85: MBT-F

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

Name der Perspektive / Grundidee	Prominente Vertreter	Zentrale Interventionen und Manuale	Mehr dazu in Kapitel
Experientelle (erlebnisaktivierende) Familientherapie <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verknüpft humanistische und systemische Konzepte ▶ Emotionsaustausch in Partnerschaften / Familien Selbstwert-Regulation ▶ Nähe-Distanz-Wünsche 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Virginia Satir ▶ Carl Whitaker 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Familienskulptur ▶ EFT 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kap. 15: Skulptur / Aufstellung ▶ Kap. 72: EFT
Lösungsorientierter Ansatz <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fokus auf Ressourcen und Lösungen statt auf Probleme / Symptome ▶ Abstimmung der Interventions-Intensität auf die Therapiemotivation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Steve de Shazer ▶ Insoo Kim Berg 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ »Solution talk« ▶ Lösungsorientierte Fragen und positive Umdeutungen ▶ Diagnostisches Raster zur Einschätzung der Therapiemotivation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kap. 12: Ressourcenaktivierung und positive Umdeutung ▶ Kap. 14: Systemische Fragen ▶ Kap. 70: Lösungsorientierte KZT
Selbstorganisations-Perspektive <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fokus auf Selbststeuerung ▶ Selbstorganisation ▶ strukturelle Autonomie ▶ Verzicht auf normative Vorstellungen über Familien und Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gianfranco Cecchin 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wertschätzende Neutralität ▶ Infragestellen von Grundüberzeugungen 	
Narrative Perspektive <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fokus darauf, wie durch Sprache Realität und Identität mitkonstruiert wird 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Michael White ▶ Jaakko Seikkula ▶ Harlene Anderson 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ »Dekonstruktion« dominanter Erzählungen und Entwicklung / Entdeckung von Alternativerzählungen ▶ »Reflektierendes Team« ▶ »Offener Dialog« 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kap. 20: Reflektieren und Metakommunizieren ▶ Kap. 23: Externalisieren von Problemen ▶ Kap. 26: Internalisieren von Lösungen ▶ Kap. 68: Schreiben in der ST

4 Das Erstgespräch mit Einzelpersonen

Kirsten von Sydow

4.1 Grundlagen

Während bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zwar oft auch mit Einzelsitzungen gearbeitet wird, werden dort jedoch fast immer auch Eltern und andere Bezugspersonen mit einbezogen (meist in gemeinsamen, manchmal auch in getrennten Sitzungen; s. Kap. 5, 30). Anders bei Erwachsenen: Hier wird manchmal rein einzeltherapeutisch gearbeitet, beispielsweise wenn kein Partner vorhanden ist, der Partner nicht an einer Therapie teilnehmen will oder aber die Erwachsene das Einzelsetting zur Bearbeitung ihrer Probleme vorzieht.

Es existieren verschiedene Lehrbücher zur Systemischen Einzeltherapie mit Erwachsenen (s. Kap. 28; Grossmann, 2014; Watzlawick et al., 2008; Weiss & Haertel-Weiss, 1991). Die Manuale zur Lösungsorientierten Kurzzeittherapie von de Shazer (2012; s. Kap. 70) sowie von Schwartz (2004; s. Kap. 76) zur Systemischen Therapie mit der inneren Familie werden ebenfalls überwiegend bei der Einzeltherapie Erwachsener eingesetzt.

4.2 Klinische Praxis

Bereits durch den Internetauftritt und den Anrufbeantwortertext des Therapeuten oder der Institution sowie beim telefonischen Erstkontakt werden erste Weichen gestellt: Je nach Arbeitskontext erfolgt der telefonische (oder E-Mail-)Kontakt mit einer Sekretärin und/oder der Therapeutin selbst. Entweder werden nur organisatorische Fragen (Termine, Abrechnung/Honorar) geklärt oder aber der erste Kontakt wird bereits zur Informationssammlung und Hypothesenbildung genutzt. Zum Teil werden auch vorab schon Fragebögen an die Klienten versandt.

Je nach Setting, Lebensalter und Eigenheiten der Klienten, organisatorischem Kontext und persönlichem Stil des Therapeuten variiert das genaue Vorgehen beim Erstgespräch. Doch allen Therapeuten stellen sich im Erstgespräch mehrere miteinander verzahnte Aufgaben. Im Folgenden werden die zentralen Elemente des Erstgesprächs dargestellt (s. von Schlippe & Schweitzer, 2012/2013; von Sydow, 2010, 2015).

Übersicht

Zentrale Aspekte des Erstgesprächs mit Einzelpersonen

- ▶ eine tragfähige Beziehung mit der Klientin herstellen (und auch konstruktiv auf abwesende Bezugspersonen zu blicken)

- ▶ Informationen über die Klientin und ihre(n) Lebenskontext(e) zu gewinnen – sowohl auf der Sachebene (einschließlich Diagnostik, Prüfen der Therapieindikation), als auch auf der Beziehungs- und emotionalen Ebene
- ▶ neue Informationen in das System einführen, die dazu beitragen, das Blickfeld der Beteiligten zu erweitern
- ▶ die Indikation(en), Kontraindikationen und alternative Behandlungen zu prüfen und den Klienten darüber zu informieren
- ▶ eine Vereinbarung (Kontrakt) darüber zu treffen, ob eine Therapie stattfinden soll, was die Ziele der Therapie und die äußeren Rahmenbedingungen sind (Frequenz/Zeiten, Bezahlung/Abrechnung, Stundenzahl, Absaugeregelung).

Beziehungsaufbau und Interaktion

Die Therapeutin bemüht sich aktiv um eine Einstimmung auf die Klientin und um die Herstellung einer tragfähigen, positiv gerahmten Arbeitsbeziehung (s. a. Kap. 2 und 3).

In der Systemischen Therapie wird die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Therapeutin und Klientin/Klienten beachtet. Auffällige Verhaltensweisen und interaktionale Probleme können einen Hinweis auf Eigenarten der Klientin (und der Therapeutin) geben. Hilfreich ist die ursprünglich psychodynamische Technik, die eigenen Gefühle der Therapeutin (Gegenübertragung) als Information (auch) über die Klientin zu beachten und nonverbales Verhalten auf freundliche und fragende Weise aufzugreifen.

Meine eigene therapeutische Haltung ist auch traumasensibel, insofern als dass ich genau auf die Körpersprache von Klientinnen achte und sie aktiv dazu auffordere, ihre Grenzen zu wahren, z. B. wenn sie auf bestimmte Fragen von mir nicht eingehen möchten (s. a. Kap. 1 und 40; von Sydow, 2008).

Fallbeispiel

Grenzen respektieren und zur Grenzziehung – auch der Therapeutin gegenüber – ermuntern

Eine Klientin kommt mit einer depressiven Problematik und berichtet auch von »ernsten Problemen« in ihrer Partnerschaft und Sexualität. Als ich nachfrage, worin genau sich denn die »ernsten Partnerschafts- und sexuellen Probleme« zeigen, wird ihr zuvor offenes und zugewandtes Gesicht plötzlich verschlossen, sie blickt zu Boden und scheint sich unwohl zu fühlen. Ich beschreibe dann, dass ich den Eindruck habe, dass ihr die Frage unangenehm ist, und frage, ob mein Eindruck richtig ist. Sie bejaht. Ich danke ihr für ihre Offenheit und betone, dass sie selbst entscheidet, ob und wann sie auf meine Fragen antworten möchte. Sie möchte erst mal nicht mehr dazu sagen. Ich beschreibe diese Entscheidung ressourcenorientiert als »gelungene Abgrenzung« und kläre noch, ob – sofern wir weiter zusammenarbeiten – die Klientin das Thema bei Bedarf wieder aufbringen wird oder ob sie sich von mir wünscht, dass ich das Thema wieder aufgreife.

Problem- und Ressourcenexploration. Es ist wichtig, zunächst die Sicht der Klientin genau zu erkunden. Vorhandene Vorinformationen der Therapeutin durch etwaige Vorbehandler sollten explizit gemacht und zusammengefasst werden. Die Klientin benötigt initial erst mal Raum dafür, ihr Problem zu schildern. Gegebenenfalls müssen auch Informationen gesammelt werden, die notwendig sind, um eine klinische Diagnose stellen (z. B. nach ICD-10) und die Therapieindikation prüfen zu können. Dabei können auch Fragebögen hilfreich sein (s. Kap. 7).

Es sollte aber vermieden werden, dass Therapeutin und Klientin in eine »Problem-Trance« fallen. Ein Gegengewicht sind systemische Fragen (s. Kap. 14) und positive Umdeutungen (s. Kap. 12). Selbst bei extrem traumatisierten und belasteten Klienten lässt sich z. B. immer noch erkunden: »Was hat Ihnen geholfen, diese unerträgliche Situation zu überleben?«

Erkundung des Auftrags- und Überweisungskontexts. In der Systemischen Therapie ist die initiale Klärung von Therapieanlass, Anliegen und Auftrag wesentlich. Dabei werden sowohl die Perspektiven des Indexpatienten, seiner (abwesenden oder anwesenden) Bezugspersonen als auch die von überweisenden Ärzten/Therapeuten und anderen involvierten Professionellen (z. B. Beratern, Lehrern, Ärzten, Justizsystem) erfragt.

Gerade bei sog. »Multiproblem-Individuen«, die mit vielen professionellen Helfern zu tun haben, und bei akuten schweren psychischen Krisen ist es wichtig zu klären, welche Helfer involviert und was deren Ziele sind. Sofern der Klient den Therapeuten und die anderen Helfer schriftlich von der Schweigepflicht entbindet und die zeitlichen Möglichkeiten existieren, ist es wünschenswert, zu den anderen Helfern Kontakt aufzunehmen (z. B. zu Hausärztin, Psychiater) und klare Absprachen darüber anzustreben, wer was macht und welche Konzeption verfolgt wird.

Es wird auch der »Überweisungskontext« erkundet: Wer hat der Klientin geraten, sich an diesen Therapeuten oder die Institution zu wenden und welche Intentionen und Ziele verfolgt der Überweisende damit mutmaßlich (»Was denkt Ihr Psychiater, was das Problem ist?« oder »Woran erkennt Ihre Tochter, dass Sie keine Therapie mehr brauchen?«). Es geht dabei sowohl um »offizielle« Überweiser wie Ärzte, als auch um private Bezugspersonen, die der Klientin zur Therapie geraten haben.

Hier sollte auch die Therapiemotivation der Klientin exploriert werden (s. Kap. 70). Nur mit Klienten mit eigenem Anliegen kann ein Veränderungskontrakt geschlossen werden (de Shazer, 1988/2012).

Im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie müssen auch die Diagnosen, Indikationen und Kontraindikationen geprüft und der Klient auf mögliche Alternativbehandlungen hingewiesen werden (s. Kap. 6 und 8).

Genogramm-Erhebung. Ein Genogramm (Familienstammbaum) stellt die Familienstruktur und wichtige familiäre Daten grafisch dar und ermöglicht den Zugang zu familiären Belastungen und Stärken und der historisch-kulturellen Einbindung eines Familiensystems. Es kann bereits im Erstgespräch erhoben und danach immer wieder weiter ergänzt werden (s. Kap. 13).

Gemeinsam entwickelte Therapieziele. Die Therapieziele werden zu Beginn der Therapie zusammen mit den Patienten bestimmt (ausführliche Darstellung s. Kap. 6). Und im weiteren Verlauf wird die Zielerreichung geprüft und auch erkundet, ob sich die Ziele inzwischen verändert haben (s. Kap. 7 und 9). Systemische Therapeuten akzeptieren im Prinzip jedes Ziel (abgesehen von solchen, die sie moralisch ablehnen) – auch solche, die den Therapeuten als zu kleiner Schritt oder als Umweg erscheinen. Es wird darauf vertraut, dass die Patienten dann von sich aus den nächsten Schritt machen werden. Typisch systemisch ist es, mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Veränderungen vorab anzusprechen und sich an überprüfbaren und kleinen Änderungsschritten zu orientieren (»Was wäre ein erstes kleines Zeichen für eine Veränderung in die gewünschte Richtung?«, »Woran würden Sie merken, dass es 5 % besser geworden ist?«).

Konkrete, begrenzte und positiv formulierte Therapieziele werden mithilfe systemischer Fragen (z. B. »Woran würden Sie merken, dass Sie keine Therapie mehr brauchen?«; s. Kap. 14) und anderer Techniken (z. B. Skulptur vom Ist- und Zielzustand; s. Kap. 15) herausgearbeitet. Die Therapeuten bemühen sich auf diesem Weg, ihre Klienten da »abzuholen«, wo sie stehen.

Therapieziel ist, die Person, das Paar oder die Familie aus der Stagnation in »ein Stadium schöpferischer Unruhe« zu führen und Flexibilität zu induzieren. »So verstanden ist Therapie eine Kunst, die das Leben nachahmt« (Minuchin & Fishman, 1985).

Schließlich ist der Therapeut gefordert, eine systemische Problemdefinition zu entwickeln, die das Problem in einen interaktionellen Kontext stellt. Eine gute Problemdefinition weckt Zuversicht, indem sie das Gute im Schlechten herausarbeitet und indem sie impliziert, dass Änderungen möglich sind.

Fallbeispiel

Therapieziele entwickeln

Im Erstgespräch mit einem jungen Mann, der wegen einer depressiven Episode nicht mehr arbeitsfähig ist, wurde bereits in seinen ersten Worten deutlich, dass er sehr eng mit seiner Freundin verbunden und ihr sehr zugetan ist. Die Freundin ist ebenfalls wegen psychischer Probleme in Einzeltherapie. Bei der Genogramm-Erhebung entfaltete sich dann eine komplexe Familiensituation mit Eltern aus ganz unterschiedlichen Kulturen: Der Vater – ehemaliges Kriegskind mit einer Gehbehinderung, der als Kind über sehr lange Zeit im Krankenhaus war – ist wesentlich älter als die Mutter und fand in Indonesien eine jüngere Frau, die wahrscheinlich durch eine Vergewaltigung schwanger und dann alleinerziehende Mutter geworden war, und die laut Aussage des Sohnes sehr oft weinen muss. Trotz dieser schweren Belastungen und der kulturellen und Altersunterschiede gelang es Vater und Mutter, stabil zusammenzufinden, und die erstgeborene Tochter der Mutter sowie den gemeinsamen Sohn (den Index-Klienten) gemeinsam liebevoll aufzuziehen. Der Klient war in seiner Kindheit lange Zeit das perfekte Kind: sehr gut in der Schule, gleichzeitig auch noch ein engagierter Sportler und Musiker. Bis im Jugendalter der

12 Ressourcenaktivierung und positive Umdeutung

Liz Nicolai

12.1 Hintergrund und allgemeine Merkmale

Ressourcenverständnis im systemischen Kontext

Ressourcenorientierung gilt als eine der zentralen Grundlagen Systemischer Therapie. Sie durchzieht als ein Behandlungsprinzip von Beginn an den gesamten Therapieprozess und ist eng verbunden mit der Haltung der Neugier gegenüber dem Neuland, das der Therapeuten mit dem Klienten gemeinsam betritt und exploriert.

Systemisches Denken und Handeln in Therapie und Beratung geht von der Prämisse aus, dass die Klienten Experten für sich selbst sind und ihre Veränderungsprozesse autonom und selbstreferenziell (Luhmann, 1993) steuern. Nicht die Methoden und Techniken der Therapeuten, sondern die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Entwicklungspotenziale, positiven Erfahrungen und Ausnahmen vom Problemverhalten der Klienten stehen im Vordergrund. Der Therapeut begleitet den Veränderungsprozess wertschätzend, hilft die Potenziale und Ressourcen aufzuspüren, während der Klient entscheidet, was davon er in welcher Weise für einen möglichen Veränderungsprozess nutzt.

In der Therapie wird davon ausgegangen, dass jede Person, ganz gleich mit welchen inneren und äußeren Problemlagen sie zu tun hat, Ressourcen hat, sich zu entwickeln und ihre Situation in einer günstigen Weise zu verändern. Bereits die Tatsache, dass Menschen ihr Leben – eben im Rahmen ihrer aktuellen Möglichkeiten – leben, zeugt vom Vorhandensein von Ressourcen. Menschen, die zudem nach einer traumatischen Erfahrung, wie etwa Vergewaltigung, dem unerwarteten Verlust naher Angehöriger oder Kriegserlebnissen nicht aufgeben, sondern wieder in ein normales Leben zurückfinden, nennt man »resilient«. Resiliente Menschen haben die Fähigkeit, »... Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen« (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006, S. 13).

In der Resilienzforschung hat man viele Faktoren identifiziert, die die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen jedoch immer nur indirekt beschreiben. Interessant ist dabei, dass es weniger die belastenden Situationen oder Reize als solche sind, die entscheiden, ob Stress entsteht, sondern die Art und Weise, wie das Individuum die Situation bewertet. Ein positiver Bewertungsstil schützt langfristig vor stressbedingten Erkrankungen und hilft Menschen, schwere Krisen zu bewältigen. Die Aktivierung individueller Ressourcen stärkt nachweislich die Resilienz auch angesichts existenziell bedrohlicher Lebenssituationen.



Therapie bietet einen Rahmen, in dem die Klienten wieder Hoffnung schöpfen und Zutrauen in ihre Ressourcen und Möglichkeiten gewinnen können, was ihnen eine positive Bewertung der eigenen Situation erlaubt. Die Grundidee, dass immer Kompetenzen vorhanden sind, stärkt das Vertrauen in die eigene Kraft und hilft, langfristig Veränderungsprozesse im Leben umzusetzen.

Ressourcen im Kontext biografischer Narrative

Wenn Menschen grundsätzlich über Ressourcen verfügen, kann man sich fragen, wie es dazu kommt, dass sie auf ihre Ressourcen im Sinne von Fertigkeiten, Fähigkeiten, Erfahrungen und Potenzialen kurz- oder langfristig nicht zugreifen können.

Ob Ressourcen als solche wahrgenommen und zudem entsprechend genutzt werden können, ist abhängig von der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung der Wirklichkeit, die in jedem Individuum über die gesamte Lebensspanne wie ein dichtes Gewebe von Überzeugungen, Erfahrungen und Narrativen entstanden ist. Michael White (2007) beschreibt diesen Zusammenhang in seinem narrativen Ansatz (vgl. Kap. 1).

Die Bedeutung narrativer Strukturen. White postuliert, dass Menschen ihr Leben rund um Geschichten organisieren. Diese Geschichten, sogenannte narrative Strukturen, ermöglichen es Einzelnen und Systemen, einerseits Erfahrung und Wahrnehmung von Wirklichkeit, andererseits Handeln und Interaktionen zu strukturieren. In Geschichten über unsere Erfahrungen erzeugen wir Sinn, Bedeutung und Zusammenhänge, denen entsprechende Reaktionen und Verhaltensweisen folgen, die wiederum unsere Konstruktionen bestätigen. Was wir über uns wissen, was wir über uns denken, welche Überzeugungen wir über unsere Fähigkeiten, Begabungen und Defizite haben, setzt sich aus unzähligen kleinen und größeren – uns bewussten oder unbewussten – Geschichten zusammen, die wir und unsere Umwelt in wiederholten Erzählungen aus Geschehenem gemacht haben. Welches Leben wir führen, hängt demnach davon ab, welchen Geschichten wir Bedeutung geben, Aufmerksamkeit schenken, welche wir anreichern und dominant werden lassen, welche wir als wesentlich auswählen und vor allem wie wir sie erzählen.

Der Teppich der Geschichte wird im Wechselspiel zwischen den Selbstbeschreibungen einer Person und den Beschreibungen oder Erzählungen ihrer Umwelt gewoben. Die im gemeinsamen Erleben entstehenden Wirklichkeitskonstruktionen werden zunehmend stabiler, indem wir uns wechselseitig die erwarteten Feedbacks geben. Für die Wahrnehmung der eigenen Ressourcen spielen also neben dem Selbstbild auch die Erwartungen, Werte und Normen der Umwelt eine Rolle, die kontinuierlich im Verlauf des Lebens zwischen dem Individuum und der jeweiligen psychosozialen Umwelt interagieren.

Fallbeispiel**Ressourcen nutzen**

Frau M. sucht therapeutische Hilfe, da sie im Laufe der Jahre soziale Ängste entwickelt hat und zunehmend das Gefühl hat, sozialen Stresssituationen nicht mehr standhalten zu können.

In einer aktuellen Situation erzählt Frau M., dass ihr an ihrer Arbeitsstelle eine neue verantwortungsvollere Aufgabe angeboten wurde, die sie eigentlich gerne machen möchte. Frau M. traut sich jedoch nicht zuzusagen, da sie den Ärger einer konkurrierenden Kollegin fürchtet. Grundsätzlich ist sie für die neue Aufgabe qualifiziert und von den Vorgesetzten autorisiert, aber in der aktuellen Situation zögert sie und bildet innerlich Sätze wie »Dafür bist du zu schwach«, »Einer wie der hast du nichts entgegenzusetzen«. Sie ist sich nicht sicher, ob sie unter den gegebenen Umständen – mit der Kollegin in einem Büro und dabei in einem möglichen Konflikt – überhaupt wagen kann, sich dieser Aufgabe zu stellen. In der Therapie entdeckt sie Ähnlichkeiten mit früheren Erlebnissen, die sie mit ihrer Zwillingsschwester hatte. Sie erlebte sich häufig als unterlegen und glaubte, dass ihre Eltern ihr einerseits nicht zutrauten, sich durchzusetzen, aber auch um des Friedens willen sie nicht darin unterstützten, sich einem schwesterlichen Konflikt zu stellen. Soweit das zugrunde liegende Narrativ, das auch heute noch Frau M.s Einschätzung ihrer Konfliktfähigkeit so stark bestimmt, dass sie sich bereits zweimal krankschreiben lassen musste. Frau M.s Ehemann riet ihr daraufhin fürsorglich und wohlwollend von der neuen Aufgabe ab, um sie zu entlasten. Frau M. ist also gerade dabei, ihrer Hauptgeschichte mit dem inneren Satz »Ich habe so jemandem nichts entgegenzusetzen ...« eine weitere bestätigende Erfahrung hinzuzufügen. Sie nimmt sich vor, einer ähnlichen Herausforderung in Zukunft schon weiträumig aus dem Weg zu gehen.

Auch das Narrativ der Vorgesetzten passt sich nun an und wird zu einem stabilisierenden Feedback für Frau M.: Sie wird als kompetente Mitarbeiterin eingeschätzt, sei aber bedauerlicherweise größeren Herausforderungen nicht gewachsen. Frau M. selbst sieht sich mit einer weiteren Erfahrung darin bestätigt, dass sie in Konfliktsituationen nicht für sich einstehen kann. Im ungünstigen Falle stabilisiert sich ein limitierendes Narrativ, mit dem sie sich den Zugang zu ihren Ressourcen verwehrt.

In der Therapie konnte Frau M. bisher von ihr weitgehend unbeachtete Erfahrungen gelungener Konfliktlösungen erinnern, Ressourcen fokussieren, die sie dabei genutzt hatte, und langsam alte Glaubenssätze infrage stellen. Im weiteren Verlauf begann sie, Erfahrungen zu relativieren und selbst das Scheitern entwicklungsorientiert zu betrachten. Zunehmend entdeckte sie ihre ganz eigenen Fähigkeiten und Ressourcen, die sie in Stresssituationen nutzen konnte. Es entstanden neue Überzeugungen und Geschichten, die ihr halfen, sich Herausforderungen – auch am Arbeitsplatz – souverän und reflektiert zu stellen.

Die von ihr selbst wahrgenommenen, subjektiven Ressourcen stellten dabei eine weitaus bedeutendere Grundlage für ihren Umgang mit Problemen und Herausforderungen dar als jede von außen an sie herangetragene Ermutigung.

Probleme anders betrachtet – die positive Umdeutung. Das Konzept der positiven Umdeutung basiert auf der Annahme, dass Verhalten und Symptome, ganz gleich wie pathologisch sie erscheinen mögen, eine stabilisierende Funktion in einem System erfüllen. In dem Maße wie menschliche Denkmuster, Zuschreibungen und Erwartungen einen sich selbst erhaltenden Rahmen für die Wahrnehmung der Wirklichkeit darstellen, binden sie Menschen an ihre eigenen negativen Interpretationen. Im therapeutischen Prozess regen ressourcenorientierte Umdeutungen dagegen neue Bezüge an: Der Therapeut unterstellt positive Motive für Symptome und geht davon aus, dass selbst pathologisches Verhalten einen Beitrag zum Erhalt des jeweiligen Systems leistet. Das Mädchen, das das Essen verweigert, stabilisiert vielleicht die Beziehung der Eltern, was es ihr wiederum schwieriger macht, das schädliche Verhalten einfach wieder aufzugeben.

Selvini-Palazzoli et al. (1980) formulierten die Notwendigkeit, dass nicht nur das als problematisch erlebte Verhalten eines Familienmitglieds, sondern alle Kommunikationen im System rund um das Verhalten gewürdigt werden. Wenn sich die Bedeutung und Bewertung eines Verhaltens verändert, verändern sich zwangsläufig auch die folgenden Interaktionen der Familienmitglieder. Solche Veränderungen haben eine günstige Grundlage, wenn sich die Klienten nicht in der Defensive befinden. Die Würdigung der Anstrengungen aller Familienmitglieder – auch wenn sie nicht zum gewünschten Ergebnis führen – stärkt die therapeutische Beziehung und öffnet die Möglichkeiten eines erfolgreichen Joinings. Die positive Konnotation eröffnet den Blick auf die Ressourcen im Symptomverhalten und hilft diese Erkenntnis zu nutzen, um ungünstige zirkuläre Interaktionsmuster zu verflüssigen.

Ressourcenorientierung und die therapeutische Beziehung

Ressourcenorientierung im therapeutischen Gespräch fördert das Entstehen einer positiven Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Sie kann zu einer exemplarischen Erfahrung veränderter Feedbackschleifen werden – von der entmutigenden inneren Überzeugung »Das kann ich sowieso nicht« zum gemeinsamen neugierigen Erkunden der Ressourcen und bisherigen gelungenen Erfahrungen. Ressourcenorientierte Gespräche stören gewohnte negative Gedankengänge und innere Dialoge.

Stattdessen entstehen positive Selbstverstärkungsprozesse: Ressourcen und Möglichkeiten werden wahrgenommen, die daraus entstehenden positiven Emotionen stellen aus neuropsychologischer Perspektive einen günstigen Lernkontext dar, denn sie befeuern maßgeblich die Motivation zu lernen, die Kreativität und das Durchhaltevermögen in Veränderungsprozessen.

28 Systemische Einzeltherapie

Konrad Peter Grossmann

28.1 Einleitung

Gegenstand Systemischer Therapie sind »äußere wie innere Kommunikationen« von Klientinnen in ihrem Zusammenhang mit gegebenen biopsychosozialen Leidenszuständen (Kuttenreiter & Thomanetz, 2010). Einzeltherapie und Therapie im Mehrpersonensetting bilden keinen Gegensatz, sondern die beiden Enden eines Kontinuums – während Einzeltherapie zumeist stärker auf die Selbstbeziehung und auf innere Kommunikationen von Klientinnen fokussiert, stehen im Mehrpersonensetting zumeist ihre sozialen Bezüge sowie äußere Kommunikationen im Vordergrund.

Systemische Therapie wurde über lange Zeit hinweg als Synonym von Familientherapie gedacht, aber ihre Gleichsetzung ist längst nicht mehr gültig und war es wohl auch nie: Ein Setting der Familientherapie ist längst nicht mehr zentrales Bestimmungstück systemischer Praxis. Zu der langsamen Annäherung zwischen Systemischer Therapie und Einzeltherapie trugen u. a. folgende Prozesse mit bei:

- ▶ die konstruktivistische Wende Systemischer Therapie Ende der 1970er-Jahre
- ▶ der Verschiebung ihres Fokus auf Narrative bzw. Prozesse individueller wie sozialer Bedeutungsgebung (White, 2007)
- ▶ ein erweitertes, die Person einschließendes Systemverständnis (Ludewig, 1993)
- ▶ ein verstärkter Bezug auf Modelle Allgemeiner Psychotherapie (Schiepek et al., 2013) und Ergebnisse therapeutischer Wirkforschung (Hubble et al., 2001; von Sydow et al., 2007)
- ▶ die Entwicklung der Synergetik (Haken & Schiepek, 2010)
- ▶ der Einbindung bindungstheoretischer Überlegungen (von Sydow, 2008), traumatherapeutischer Modelle (Phillips & Frederick, 2003), schematherapeutischer Modelle (Wagner & Russinger, 2016), von Modellen der Ego-States-Therapie sowie von Teile-Konzeptionen des psychischen Systems (Schwartz, 1995; Penn & Frankfurt, 1994)

Die Annäherung von Systemischer Therapie und Einzeltherapie war und ist nicht zuletzt eine Reaktion auf Therapievorstellungen und -wünsche von Klienten. Der verstärkte Wunsch von Klienten nach Einzeltherapie steht mit gesellschaftlichen Transformationsprozessen in Zusammenhang. Einzeltherapie wird im Kontext eines zunehmenden sozialen wie familiären Entbettungsprozesses (Giddens, 1995) zu einem immer wichtigeren Entwicklungsraum für eigene Identität, zuweilen auch zur vorübergehenden Zuflucht vor einer Welt, die immer schneller, komplexer und unberechenbarer wird.



Einzeltherapie ist ein möglicher Rahmen für die individuelle Bewältigung soziokultureller Veränderungen. Dass sich Systemische Therapie immer häufiger als Einzeltherapie verwirklicht (Schiepek, 1999; Leitner et al., 2012), ist unter anderem Ausdruck einer verstärkten »Kundenorientierung« systemischer Therapeutinnen.

Systemische Einzeltherapie kann Klientinnen unter anderem helfen, einen positiven Selbstbezug zu stärken oder zu entwickeln. Wie eine »Kartierung des eigenen Selbstbezugs« sinnvoll eingesetzt werden kann, zeigt das folgende Beispiel.

Fallbeispiel

Positiven Selbstbezug stärken

Im Kontext der Therapie mit einer Klientin, die unter Angst und depressiver Verstimmung litt, war ihr entwertender Umgang mit sich selbst Thema eines der Therapiegespräche.

Vorgehensweise. Wir erkundeten, wie diese dominante Form der Selbstreferenz entstanden war und welche anderen Weisen des Selbstbezugs sie noch realisierte. Ich bat sie, all ihre Weisen des Selbstbezugs in Analogie zu unterschiedlichen »Stimmen« in einem Chor auf dem Flipchart zu visualisieren. Als Rahmen diene eine gezeichnete Silhouette, in deren Mitte ein Kreis das Selbst der Klientin markierte. Innerhalb dieser Silhouette verortete sie die einzelnen Stimmen, indem sie sie in Form von Kreisen und anderen Figuren in unterschiedlicher Größe und Farbe nahe oder weiter entfernt von ihrem Selbst einzeichnete. In der Darstellung ihrer erlebten Gegenwart waren die Stimmen des »Ich bin nichts wert« und des »Ich bin nicht liebenswert« groß gezeichnet und nahe dem Selbst positioniert, während jene Stimmen, die ihre Wertschätzung und Anerkennung für sich selbst zum Ausdruck brachten, klein und weit entfernt davon eingetragen waren.

Im Kontext der gemeinsamen Betrachtung der so veranschaulichten »Landschaft« ihres Selbstbezugs erforschten wir, welche Auswirkung die Dominanz ihrer selbstentwertenden Stimmen auf ihr Befinden, ihre Symptomatik und ihre Beziehungen barg. Dann bat ich sie, in einer neuen Zeichnung einen kleinen erwünschten Unterschied der stimmlichen Anordnung ihres »Chors« zu zeichnen, den wir in der Folge konkretisierten und mit einer die Therapiestunde abschließenden Empfehlung verknüpften.

28.2 Die Vielfalt systemischer Einzeltherapie

Systemische Therapie hat viele Gesichter. Das gilt auch für systemische Einzeltherapie. Systemische Einzeltherapie ein Überbegriff für höchst vielfältige Erzählformen

- ▶ für ambulante, stationäre und aufsuchende Einzeltherapie;
- ▶ für Einzeltherapie, die einem lösungsfokussierten, narrativen, hypnosystemischen oder anderem Paradigma folgt;
- ▶ für Einzeltherapie, in deren Mittelpunkt die Dekonstruktion dominanter (Selbst-)Erzählungen und Sichtweisen steht, wie für Einzeltherapie, die auf das Entwickeln alternativer Fühl-Denk-Verhaltensmuster fokussiert (Grossmann, 2016);
- ▶ für Einzeltherapie, die auf problem-/störungsbezogene Annahmen weitgehend verzichtet (de Shazer, 1985), wie für Einzeltherapie, die auf einem »bescheidenen Expertentum von Therapeuten« (Weingarten, 1999) beruht.

Gemäß einem Paradigma »bescheidenen Expertentums« lässt sich therapeutisches Handeln nicht allein aus einer konstruktivistischen bzw. konstruktionistischen Epistemologie ableiten. Es bedarf einer klinischen Theorie, die ein Missing-Link zwischen Erkenntnistheorie und therapeutischem Tun überbrückt (von Sydow, 2008). Es impliziert so die Orientierung an »diagnostischen Hypothesen, die als Konstruktionen im Arbeitsprozess gesehen und zur Handlungsorientierung genutzt werden, die für Korrekturen offenbleiben und im Verlauf einer Therapie falsifiziert, erweitert oder differenziert (werden)« (Schwing, 2014, S. 156) bzw. realisiert sich als »anhaltender spiralförmiger Prozess von Hypothesenbildung, Verstehen und Verändern« (Wirsching, 2002, S. 164). In ein entsprechendes Fallverständnis fließen subjektive Problemtheorien von Klientinnen ebenso mit ein wie theoriegeleitete Annahmen von Therapeutinnen (Wagner & Russinger, 2016).

28.3 Wirkfaktoren und Outcome von Einzeltherapien

Das Ergebnis einer Einzeltherapie wird wesentlich durch Klienten- bzw. extratherapeutische Faktoren, durch die von Klientinnen erlebte Qualität der Therapiebeziehung, durch Placeboeffekte, Hoffnung und Erwartung sowie in geringem Maß durch Modell- oder Technikfaktoren determiniert (Hubble et al., 2001). Während das Outcome einer Paar-, Familien- und Gruppentherapie in hohem Maß durch die zwischen Partnern, Familienmitgliedern bzw. den Mitgliedern einer Therapiegruppe realisierte »positive Reziprozität« mitbestimmt wird (Sexton et al., 2004), stellt in Einzeltherapien das Entwickeln einer positiven Selbstbeziehung durch Klientinnen einen das Therapieergebnis zentral bestimmenden Faktor dar (Grossmann & Russinger, 2011). Die Wirksamkeit Systemischer Einzeltherapie für unterschiedlichste biopsychosoziale Leidenszustände ist durch eine Vielzahl kontrollierter randomisierter Outcome-Studien belegt (von Sydow et al., 2007; Schiepek, 1999). Systemische Einzeltherapie ist zumeist mit geringen Drop-out-Raten von Klientinnen, durch eine hohe Kundenzufriedenheit sowie durch eine günstige Kosten-Nutzen-Relation charakterisiert.

28.4 Zur Praxis von Einzeltherapie: Würdigen und Anregen

Systemische Einzeltherapie lässt sich mit Freeman et al. (2000, S. 65) als Vorgang der »Ko-Konstruktion heilender Narrative« denken. Dieses Ko-Konstruieren birgt eine inhaltliche und eine relationale Dimension.

Therapeutinnen tragen zu diesem Ko-Konstruieren bei, indem sie sowohl Bestätigung/Würdigung als auch Anregung realisieren (Ludewig, 2002) bzw. indem sie »Destabilisierung« (Anregung) in einen Kontext von »Stabilisierung« (Bestätigung) einbetten (vgl. Kap. 3). Das explorative Verhalten von Klientinnen bedarf – so Schiepek et al. (2013) – eines emotional sicheren Orts, von dem es ausgeht und an den es zurückkehren kann. Je belasteter Klientinnen sind, desto mehr Bestätigung bzw. Stabilisierung müssen sie im Kontext der therapeutischen Beziehung erfahren und desto dosierter muss sich therapeutische Anregung und Destabilisierung gestalten (Grossmann, 2005).

Therapeutische Bestätigung bzw. Würdigung realisiert sich in

- ▶ einem Aktualisieren von Empathie und Wertschätzung,
- ▶ einer hohen Ressourcenorientierung,
- ▶ einer expliziten Kooperations- sowie Ziel- und Auftragsorientierung,
- ▶ einem Wahren (mitfühlender) Neutralität,
- ▶ einem mittleren Grad an Führung,
- ▶ einem Bemühen um Egalität und in der Anerkennung gleichwertigen Expertentums (Klientinnen sind Expertinnen für die in einer Therapie entwickelten Lösungen, Therapeutinnen Expertinnen für hilfreiche kommunikative Such- und Entwicklungsvorgänge).

28.5 Klinische Praxis

Mit White (2007) bzw. Retzer (2007) lässt sich Einzeltherapie als dreiphasiger Übergangsprozess verstehen. Die grundlegenden Aufgaben zu Beginn einer Einzeltherapie sind jene des Herstellens einer kooperativen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin, jene des Förderns eines positiven Selbstbezugs von Klientinnen und jene des Konstruierens von »guten« Problemen und Zielen, die als Sinnthemen einer Therapie fungieren können.



Für ein gelingendes Erstgespräch wie auch für hilfreiche therapeutische Folgegespräche ist die Abstimmung therapeutischen Handelns auf gegebene motivationale Zustände von Klientinnen von entscheidender Bedeutung.

Potenziallandschaften erkennen, verstehen, bearbeiten. Im Kontext eines synergetischen Verständnisses lässt sich menschliche Persönlichkeit einer vielfältigen Potenziallandschaft gleichsetzen – einer Tal- und Hügelandschaft, innerhalb welcher die Täler unterschiedliche Fühl-Denk-Verhaltensmuster darstellen und die Hügel Übergänge

36 Depressionen

Ulrike Borst

36.1 Diagnostik, Epidemiologie, Risiko- und Schutzfaktoren

Kernsymptome der Depression sind nach ICD-10 eine deutlich gedrückte oder traurige Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit, sowie verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen. Häufig treten auch Schlaf- und Appetitstörungen sowie verschiedene körperliche Beschwerden auf. Menschen, die unter Depressionen leiden, sind meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt: Es gelingt Betroffenen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen mit hohem Leidensdruck einher. Typisch für Depressionen ist ein episodischer Verlauf, d.h. die Krankheitsphasen sind meist zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen wieder ab.

Die Diagnose einer Unipolaren depressiven Störung wird im ICD-10 weiter unterschieden in (rezidivierende) depressive Episoden, anhaltende affektive Störungen (Dysthymie) und »andere affektive Störungen« (F32, F33, F34.1, F38). Als Reaktion auf schwere Belastungen kann auch eine »Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion« (F43) kodiert werden. Die Diagnostik von Depressionen orientiert sich an den ICD-10 Kriterien sowie standardisierten Fragebögen und Interviews (s. Kap 7; DGPPN et al., 2015).



Wichtig ist, dass bei Betroffenen immer auch eine Suizidanamnese durchgeführt wird (s. Kap. 56).

Epidemiologisch gesehen (Zusammenfassung bei Jacobi et al., 2014) zählen Depressionen zu den häufigsten seelischen Störungen.

- ▶ Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt weltweit bei 16-20 %. Etwa 8 % der 18-79-Jährigen in Deutschland berichten, dass sie aktuell unter einer depressiven Symptomatik leiden. Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die innerhalb von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, bei ca. 6,2 Mio.
- ▶ Bei Frauen werden etwa doppelt so häufig wie bei Männern depressive Störungen diagnostiziert (12-Monats-Prävalenz: 11 % vs. 5 %). Dafür werden verschiedene Ursachen diskutiert, evtl. zeigen Männer Bedrücktheit weniger offen als Frauen oder sie flüchten sich häufiger in Alkohol oder Drogen.

- ▶ Depressionen treten in jedem Lebensalter auf, selten schon bei Kindern, häufiger ab dem Jugendalter und auch im hohen Alter häufig. Die Suizidrate («vollendete Suizide») steigt kontinuierlich mit dem Lebensalter an und ist bei Hochbetagten am höchsten.
- ▶ In Bezug auf sozioökonomische Faktoren ist das Depressionsrisiko geringer bei Menschen mit höherem Bildungsniveau und sicherer beruflicher Anstellung.

Eine vertrauensvolle Partnerschaft oder eine andere enge Beziehung ist ein wichtiger Schutzfaktor. Getrennte, geschiedene und verwitwete Personen und solche ohne enge Bezugspersonen erkranken eher. Es bestehen auch empirisch gut belegte Zusammenhänge zwischen geringer Partnerschaftsqualität und Stimmungslage bzw. Depressionen. Die Forschung hierzu entstammt mehreren Ursprüngen und Forschergruppen, und aus ihr lassen sich verschiedene Therapieziele ableiten:

- (1) Zusammenhang Stress und Partnerschaftsqualität (Bodenmann 2000)
Therapieziel: Stress senken
- (2) Zusammenhang Partnerschaftsqualität und Depression (zusammenfassend: Whisman & Beach, 2015)
Therapieziel: Partnerschaftsqualität verbessern
- (3) Zusammenhang 'high expressed emotion' (high EE) und Rückfallrisiko (z. B. Leff et al. 2000)
Therapieziele: (ursprünglich) high EE senken; (später) Veränderung der Paar-Kommunikation
- (4) traumatische Erfahrungen im Kindesalter als gemeinsame Ursache («dritte Variable») für Depression (Mandelli et al. 2015) und Beziehungsprobleme
Therapieziel: bindungsorientierte / emotionsfokussierte Paartherapie (s. Kap. 72).

Die besondere Herausforderung für Forschung und Therapie liegt darin, dass die Frage: »Was kam zuerst – Paarproblem oder Depression?« oft nicht zu beantworten ist. Es handelt sich häufig um eine Wechselwirkung, einen zirkulären Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Depression.

»**Komorbidität**«. Depressive Störungen treten oft gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf. Unter den Menschen, die bezogen auf die letzten zwölf Monate die Kriterien einer unipolaren depressiven Störung erfüllten, erfüllten 61 % auch die Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung – bei 24 % wurden sogar drei und mehr zusätzliche Diagnosen diagnostiziert. Besonders häufig zeigt sich ein gemeinsames Auftreten von Depression und Angst-, Substanz-, Ess-, somatoformen, Persönlichkeits- und Zwangsstörungen. Depressionen stehen auch in einer komplexen Wechselwirkung mit somatischen Erkrankungen (DGPPN et al., 2015). Patienten mit komorbiden Erkrankungen haben ein höheres Chronifizierungs- und Suizidrisiko und eine ungünstigere Prognose.

Auswirkungen auf das soziale/familiäre Umfeld. Eine depressive Störung stellt auch an Partner und Familienangehörige enorme Anforderungen. Eine Depression eines Elternteils kann zu erheblicher Verunsicherung der Kinder und zu einer möglichen Vernachlässigung der Kinder führen. Studien konnten bei Kindern depressiver Mütter eine

verlangsamte motorische und geistige Entwicklung, Schulprobleme, Verhaltensauffälligkeiten und verringertes Selbstwertgefühl nachweisen (DGPPN et al., 2015, S. 23).

Ursachen. Ätiologisch gesehen, können Depressionen multifaktoriell durch biopsychosoziale Faktoren erklärt werden. Die komplexe Interaktion zwischen genetischer Disposition, frühkindlichen Erfahrungen, somatischen Erkrankungen und psychosozialen Faktoren (Armut, Trennung/Scheidung/Verwitwung, Vereinsamung, gesellschaftlicher Statusverlust, Stress) ist für das Entstehen sowie den Verlauf depressiver Störungen von besonderer Relevanz. Doch die Bedeutung der verschiedenen Faktoren kann von Patient zu Patient erheblich variieren.

Historisch gesehen, wird die »Melancholie«, später die »Depression«, seit Jahrtausenden und in unterschiedlichen Kulturen auch als Teil der »conditio humana« (z.B. Rottenberg, 2014) gesehen. Sie ist Begleiterscheinung historischer Ereignisse (z.B. der Wirtschaftskrise in den 1930er-Jahren); es sind auch historische Phänomene und Zeiterscheinungen, die Depressionen auslösen (vgl. Rosa 2011); es ist auch Gender-Thema, wie Depressionen ausgedrückt werden (Elkhaouda, 2010).

Sowohl aus individueller Perspektive, wenn etwa nach dem Verlust der Arbeitsstelle die Frage nach dem Sinn des Lebens überhandnimmt und in der Bilanz negativ beantwortet wird, als auch aus interaktioneller Perspektive, wenn z. B. Rückzug, Schweigen und Niedergeschlagenheit Kommunikationsbeiträge gegenüber der vorwurfsvollen Partnerin sind und umgekehrt durch die Vorwürfe der Partnerin noch verstärkt werden: es ist dann nicht mehr von einer Krankheit – einem »Morbus« – im medizinischen Sinne zu sprechen; der Betroffene »krankt« dann vor allem an psychosozialen und interaktionellen Problemen. Das subjektive Leiden und die Einschränkungen arbeitsrelevanter Fähigkeiten sind jedoch so groß, dass die Störung Krankheitswert bekommt und zu Recht auf Kosten der Solidargemeinschaft der Versicherten behandelt wird.



Für die Psychotherapie bedeutet das, dass die allgemeinen Wirkfaktoren (allen voran die therapeutische Beziehung, die Arbeit an gemeinsamen Zielen, Hoffnung, Aktivität) von besonders großer Bedeutung sind, daneben aber auch die extratherapeutischen Faktoren wie Arbeitssituation und Paarbeziehung. Entsprechend »idiografisch« und individualisiert sollte das therapeutische Vorgehen geplant werden.

Es gibt aber auch systemisch-integrative Manuale mit nachgewiesener Wirksamkeit bei Depressionen. Sie werden gesondert dargestellt, nämlich die »Lösungsorientierte Kurzzeittherapie« (als Einzeltherapie, Kap. 70) sowie zwei Paartherapien (s. Kap. 71, 72).

36.2 Systemtherapeutische Ziele und Strategien

Der Trend in der Depressionsbehandlung geht in Richtung einer allgemeinen, störungsspezifischen und individualisierten Psychotherapie (Grosse Holtforth et al., 2013), in der Elemente mehrerer Therapieverfahren miteinander verbunden werden.

Systemtherapeutische Strategien beziehen sich auf das ätiologische Modell, das depressives Verhalten und depressiven Ausdruck als Teil des interaktionellen Geschehens, etwa in einer Paarbeziehung (vgl. Asen, 2013) betrachtet, z. B.:

- ▶ als Aufforderung an den Partner, sich mehr zu engagieren;
- ▶ um den Partner in der Beziehung zu halten;
- ▶ um Hilfe zu erhalten;
- ▶ als Zeichen von Loyalität (»Warum soll es mir besser gehen als ...«).

Schon lange sind jedoch hermeneutisch basierte, emotionsfokussierende Ansätze in der Systemischen Therapie auf dem Vormarsch (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004).

Die folgende Tabelle 36.1 listet dementsprechend ein breites Spektrum an Behandlungsstrategien auf und verweist auf andere Kapitel dieses Buchs sowie weiterführende Literatur. In Abschnitt 36.3 sind einzelne spezifisch antidepressiv wirkende Methoden und paartherapeutische Methoden ausführlich beschrieben.

Tabelle 36.1 Systemtherapeutische Behandlungsstrategien bei Depressionen

Bereich/ Thema	Ziele	Strategien	Literatur
allgemein	Positive Erfahrungen vermehren	Verhaltensaktivierung; Sport, Bewegung	Lochmann & Hoyer (2013), Holz & Michael (2013)
	Im Gespräch ermutigen Probleme lösen Information	»sokratischer Dialog« lösungsorientierte ST Psychoedukation	Beck (2004) Kap. 70 DGPPN et al. (2015), Kap.16
	Prävention für Stärkung der Familien	praktische Hilfestellungen	
akute Krise	Suizidprävention	Sprechen über suizidale Gedanken	Borst & Hepp (2012)
	Krisenentwicklung verstehen, Fenster der Krise nutzen	alle relevanten Bezugspersonen versammeln	Seikkula & Arnkil (2007), Kap. 33
depressive Symptomatik	negatives Denken und Fühlen reduzieren Bedeutung depressiven Verhaltens verstehen, durch anderes Verhalten ersetzen	(hypnosystemische) Aufmerksamkeitslenkung Ressourcenaktivierung/ Erhöhung der Selbstwirksamkeit	Meiss (2016); Schmidt (2017); Kap. 21 Willutzki (2016); Kap. 12
	Wechsel zwischen Stimmungslagen ermöglichen	Externalisierung/Reframing/ Utilisation / inneres Team	Kap. 12, 21, 23
interaktionelle Probleme	Verbesserung der Interaktionen	Interpersonelle Therapie (IPT)	Weissman et al. (2009)
Paarbeziehung	Veränderung der Interaktionsmuster (emotional und kommunikativ)	1. Phase: Partner als »Co...«	Reiter (1997); Kap. 71 Kap. 71, 72

46 Esstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Dagmar Pauli

46.1 Diagnostik, Epidemiologie und Komorbidität

Die Anorexia nervosa ist nach ICD 10 (s. Tab. 46.1) definiert als absichtlich herbeigeführter Gewichtsverlust bis unter einen Body-Mass-Index (Gewicht in kg geteilt durch Größe in Zentimetern zum Quadrat) von 17,5 bei einer Selbstwahrnehmung als »zu dick«. Für Kinder und Jugendliche sind die Kriterien der ICD-10 in mehrfacher Hinsicht problematisch. Da der BMI altersabhängig ist, müssen zur Bestimmung des Grenzwertes zum Untergewicht BMI-Perzentilenkurven verwendet werden. Die zehnte Altersperzentile wird als unteres Gewichtskriterium empfohlen, da sonst bei vorbestehendem Gewicht im oberen Normbereich und raschem Gewichtsverlust eine diagnostische Unterschätzung droht (Hebebrand et al., 2004). Die Körperwahrnehmung der Jugendlichen muss äußerst sorgfältig exploriert werden. Aufgrund von sozial erwünschten Äußerungen oder geringer Selbstreflexion wird die Absichtlichkeit des Gewichtsverlustes häufig verneint. Es zeigt sich aber bei genauer Befragung, dass dennoch große Ängste vor Gewichtszunahme vorliegen. Bei der Anorexie wird der Gewichtsverlust teilweise nur durch Hungern erzeugt (restriktiver Typ), bei anderen Betroffenen zusätzlich durch Maßnahmen wie Erbrechen oder exzessive Bewegung (purgativer Typ).

Bei der Bulimia nervosa stehe Essattacken im Vordergrund, welche von Gegenmaßnahmen gefolgt sind, meist Erbrechen aber auch exzessive sportliche Betätigung oder Medikamentenabusus (z. B. Abführmittel). Das Binge Eating zeigt sich durch Essattacken ohne Gegenmaßnahmen und ist häufig von Adipositas begleitet.

Tabelle 46.1 Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa nach ICD-10

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Gewichtsverlust (BMI < 17,5) oder fehlende Gewichtszunahme	Essattacken während drei Monaten mindestens zweimal pro Woche
Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust	Andauernde Beschäftigung mit dem Essen Gier und Zwang zu Essen
Selbstwahrnehmung als »zu dick« niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst	Gegenmaßnahmen: Erbrechen, Hungerepisoden, Medikamente, exzessiver Sport
Endokrine Störung	Selbstwahrnehmung als »zu fett«
Kriterien der Bulimia nervosa nicht erfüllt	Exzessive Angst zu dick zu werden

Epidemiologie. Die Prävalenz der Anorexia nervosa liegt bei ca. 0,5%, der Bulimia nervosa bei ca. 1-2% und des Binge-Eating bei ca. 3% (Nielson, 2007). Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Mischformen von Essstörungen und atypische Formen mit einer Prävalenz von bis zu 5% ebenso häufig vorkommen wie die klassischen Krankheitsbilder (Le Grange et al., 2012). Bei Jugendlichen überwiegt die restriktive Anorexie, wobei diese häufig nur eine erste Krankheitsphase darstellt und die Symptomatik später ins bulimische Spektrum kippt. Wie bereits in Tabelle 46.1 ersichtlich, überlappt sich die Symptomatik der verschiedenen Essstörungen und die Diagnose für die Betroffenen wechselt nicht selten im Lebenslauf, weshalb für die Behandlung transdiagnostische Ansätze entwickelt wurden (Fairburn & Harrison, 2003).

Die Angststörung ist mit ca. 75% die häufigste Komorbidität bei Essstörungen und geht dieser im Lebensverlauf häufig voraus (Flament, 2001). Eine depressive Symptomatik ergibt sich meist als Folge der Unterernährung, kann aber mit bis zu 18% auch als echte komorbide Störung vorliegen (Giovanni et al., 2011). Häufig kann erst durch den Ernährungsaufbau demaskiert werden, ob die depressive Verstimmung und Verlangsamung als Folge des körperlich reduzierten Zustandes und Energiemangels besteht oder als eigenständige Problematik zu behandeln ist.

Adoleszente mit Essstörungen weisen mit 25% eine erhöhte Rate von Persönlichkeitsstörungen auf, wobei die restriktive Essstörung mehr mit einer zwanghaften Persönlichkeit und die bulimische mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ einhergeht (Cassin & von Ranson, 2005). In der Beurteilung ist Vorsicht geboten, weil die neurophysiologischen Begleiterscheinungen der Essstörung eine Verstärkung von prämorbid bestehenden Charakterzügen bedingt, welche bei kürzerer Krankheitsdauer im Jugendalter und gutem Verlauf teilweise reversibel ist. Traumatisierungen treten in der Lebensgeschichte von jungen Menschen mit Essstörungen gehäuft auf, insbesondere bei Essstörungen vom purgativ-anorektischen und bulimischen Typ (Jaite et al., 2013).



Insbesondere im Kontext von unfreiwilligen Behandlungen junger Menschen mit Essstörungen ist besonders auf die Vermeidung von Retraumatisierungen zu achten.

46.2 Systemtherapeutische Ziele und Strategien

Kinder und Jugendliche präsentieren sich dem Behandler in einer ersten Phase der Essstörung häufig in unfreiwilligem Kontext und mit nicht selten rapidem Gewichtsverlust. Dies bedingt besondere Herausforderungen, da das erste Ziel in einer zeitnahen Unterbrechung des Gewichtsverlustes liegen muss, ohne dass die Betroffenen bereits zu Beginn die notwendige Kooperation zeigen. Das eigentliche Dilemma liegt darin, dass die notwendige Zeit für den Beziehungs- und Motivationsaufbau bis zum

Beginn einer Gewichtszunahme häufig nicht gegeben werden kann, eine Behandlung ohne Motivation der Betroffenen aber gleichzeitig zum Scheitern verurteilt ist.

Die wichtigsten systemtherapeutische Ziele lauten wie folgt:

- ▶ Etablieren regelmäßiger Mahlzeiten
- ▶ Unterbrechen von familiären Interaktionen, welche die Essstörung aufrechterhalten
- ▶ Coachen der familiären Bezugspersonen im Umgang mit der Essstörungsproblematik
- ▶ Einbinden der Familie als Ressource für den Genesungsprozess
- ▶ Fördern des gegenseitigen Verständnisses zwischen Betroffenen und ihrer Familie
- ▶ Motivationsaufbau bei den Betroffenen
- ▶ Angehen der interaktionellen Prozesse, welche die Essstörung mitbedingen
- ▶ Auflösen der Blockade im adoleszenten Reifungs- und Ablösungsprozess

Dabei können störungsspezifische systemtherapeutische Strategien eingesetzt werden:

- ▶ Therapievereinbarungen
- ▶ Externalisieren; die Essstörung wird als Krankheit definiert und somit als unabhängig von der Person der Betroffenen gesehen; dies ermöglicht eine Vorgehensweise »gemeinsam gegen die Essstörung«
- ▶ Psychoedukation und Kommunikationsschulung für das familiäre System

In der familienbasierten Therapie werden die Eltern angeleitet, vorübergehend die Verantwortung für die Mahlzeiten der betroffenen Jugendlichen zu übernehmen (Manuale: Lock et al., 2001; Le Grange et al., 2007). Ziel ist es, dass die Betroffenen in einem zweiten Schritt die Eigenverantwortung wieder übernehmen und danach die altersentsprechenden Ablösungsprozesse gefördert werden können.

46.3 Klinische Praxis

Ein guter Therapieplan gibt der Therapeutin sowie dem familiären System Sicherheit. In der Krise einer akuten Essstörung, in der die Eltern meist komplett hilflos sind, erweisen sich strukturierte therapeutische Interventionen als wirksam, welche sowohl für die Betroffenen als auch für die Eltern klare Handlungsempfehlungen enthalten.

Erstkontakt

Das Erstgespräch erfolgt bevorzugt mit den Betroffenen gemeinsam mit den Eltern, die initial meist die Auftraggeber sind, da sie sich Sorgen um ihr Kind machen. Eine Vorbesprechung mit den Eltern wird nicht empfohlen, da die Therapeutin in der Folge meist stark als mit den Eltern koalierend erlebt wird. Eine allparteiliche Exploration im Familiensetting validiert sowohl die Sorge der Eltern als auch die häufig starke Abwehr und Angst der Jugendlichen.

Beispiel

Therapeutin: »Ich höre, dass Sie als Eltern sich starke Sorgen machen, weil Ihre Tochter in nur drei Monaten zehn Kilo verloren hat. Sie fühlen sich hilflos und wissen nicht, wie Sie Ihre Tochter erreichen können. Andererseits höre ich von dir, dass du dich von deinen Eltern bedrängt fühlst und meinst, sie sehen dich nur noch als krank und wollen dich ständig zum Essen zwingen. Du findest nicht, dass du zu wenig Gewicht hast und hast große Angst, dass dir dein Körper nicht mehr gefallen wird, wenn du zunehmen musst. Das ist ein großes Dilemma.«

Die bisherigen Bemühungen der Familie werden durch die Therapeutin wertgeschätzt, jedoch als aufrechterhaltende Interaktionen demaskiert.

Therapeutin: »Sie haben versucht, Ihren Sohn durch Druck und ständige Ermahnungen zum Essen zu bringen. Damit wollten Sie Ihre Verantwortung wahrnehmen und ihm helfen, aus dem Hungern herauszukommen. Nun höre ich wiederum von ihm, dass er das Gefühl hat, erst recht nicht mehr essen zu können, wenn das am Tisch immer Thema ist.«

Das Ziel des Erstkontaktes ist eine Einschätzung des Schweregrades, der Beziehungsaufbau zu allen Beteiligten sowie ein Ausblick auf erste Maßnahmen. Es werden weitere Gespräche mindestens im Wochenrhythmus vereinbart.

Psychoedukation

Indem die Essstörung genau erklärt wird, gelingt es, das typische Verhalten der Betroffenen (z. B. Ausreden, Lügen) als essstörungsbedingt zu erkennen und somit Entlastung zu schaffen. Eine Externalisierung der Essstörung ermöglicht es der Therapeutin, die Familie anzuleiten, sich gemeinsam gegen »Ana« (Anorexie) oder »Mia« (Bulimie) zu verbünden, anstatt gegeneinander zu kämpfen. Es wird zum Beispiel erklärt, dass das Verstecken von Essen oder der Bewegungszwang als typische Symptomatik bei Essstörungen häufig vorkommen. Hierdurch werden moralisierende Vorwürfe der Eltern an die Jugendlichen entkräftet.

Vereinbarung des Therapieziels

Die Zielvereinbarung zwischen Eltern und Betroffenen sollte sich nicht hauptsächlich auf ein Gewichtsziel fokussieren. Vielmehr geht es um ein für die Betroffene nützliches und gesundheitsförderndes Verhalten. Dazu gehört meist, dass gemeinsame Mahlzeiten (wieder) eingeführt werden. In der Regel schöpfen die Eltern das Essen, wobei es wichtig ist, dass die Menge und Zusammensetzung nicht diskutiert wird. Eine nützliche Regel für die Vereinbarung lautet: »Beim Essen wird nicht über das Essen diskutiert sondern andere Themen besprochen«. Hierdurch werden störungsaufrechterhaltende »Essstörungsgespräche« (bei denen um jeden Löffel gestritten wird) unterbrochen. Die Gewichtszunahme ist dann die logische Folge des vereinbarten gesunden Essverhaltens. Eltern fühlen sich unter Umständen mit dem Anspruch einer klaren und autoritativen Haltung in Bezug auf den Nahrungsaufbau überfordert und benötigen

56 Krisenintervention und Suizidalität bei Erwachsenen

Urs Hepp

56.1 Hintergrund und spezielle Aspekte von Krisen- und Notfallsituationen

Krisen- und Notfallsituationen in der Psychiatrie zeichnen sich durch Einschränkung der Autonomie der Beteiligten aus. Professionelle Helfer kommen dadurch in die Situation, dass sie die Verantwortung übernehmen und die Betroffenen noch mehr in ihrer Autonomie einschränken, was zu einer Negativspirale führen kann. Die Unterscheidung von Notfall- und Krisensituation ist nicht bloß eine akademische Abgrenzung, sondern eine hilfreiche Differenzierung, die sehr direkt auch handlungsrelevant wird. In Notfallsituationen sind die professionellen Helfer regelhaft in einer aktiven, entscheidenden Rolle. Gefahr liegt im Verzug, es bestehen eine hohe Dringlichkeit und ein akuter Handlungsbedarf (Stunden oder sogar Minuten).

Notfallinterventionen sind auf das Individuum zentriert. Eine Krise dagegen ist gekennzeichnet durch weniger hohe Dringlichkeit, der zeitliche Rahmen des Handlungsbedarfs ist größer (24 bis 48 Stunden). Kriseninterventionen sind individuum- und systemorientiert (Hepp, 2014; Rupp, 2017). Daraus kann abgeleitet werden, dass es hilfreich und therapeutisch sinnvoll ist, wann immer möglich rasch aus einer Notfalldynamik herauszukommen und die Situation in eine Krisendynamik zu überführen (s. folgend).



In der Krisendynamik ist die Autonomie weniger eingeschränkt als unter Notfallbedingungen.

Unter Zeit- und Handlungsdruck sind gute und originelle Lösungen selten möglich, der Handlungsspielraum und die Handlungsoptionen sind eingeschränkt. Strategien im Umgang mit Druck sind daher wichtig, um den Handlungsspielraum und die Zahl möglicher Optionen zu erhöhen (Hepp, 2012).

Ein weiteres Merkmal der Notfall- und Krisensituationen ist die Tatsache, dass Entscheidungen auf der Grundlage begrenzten Wissens getroffen werden müssen (Rupp, 2017). Es ist oft nicht möglich, die gesamte Vorgeschichte zu explorieren, und dennoch sind Entscheidungen notwendig. Oft muss gehandelt werden, ohne dass bereits eine umfassende und abschließende Diagnostik erfolgt ist. Aus der systemischen Sichtweise ist dies aber nur begrenzt ein Problem, da die Auswirkungen von Interventionen in einem System ohnehin nur begrenzt vorhersehbar sind. Die Vorstellung, eine Notfall- oder Krisensituation vollständig unter Kontrolle zu haben, ist unrealistisch. Das systemische Denken kommt dieser Situation entgegen, da sich darin Diagnostik ohnehin nicht auf ein ICD-10- oder DSM-5-Label begrenzt, sondern sich

letztlich aus der Interaktion ergibt (Borst, 2003; vgl. Kap. 10). Eine interessante Entwicklung ist die Personenzentrierte Integrierte Diagnostik (Mezzich & Salloum, 2007) als Ergänzung zur rein nosologischen Diagnostik, die die Person in ihrem Lebensumfeld auf drei Ebenen (Gesundheitszustand, subjektive Erfahrung von Gesundheit, Beiträge zur Gesundheit) sowohl mit positiven (Ressourcen) als auch krankheitsbezogenen Merkmalen narrativ beschreibt. Die Personenzentrierte Psychiatrie stellt das Interesse an den subjektiven Erfahrungen der Patienten in den Fokus (Mezzich et al., 2010).

Oft wird von Therapeuten infrage gestellt, ob der Aufbau einer therapeutischen Beziehung in Notfall- und Krisensituationen überhaupt möglich ist. Die Qualität einer therapeutischen Beziehung ist aber nicht nur von der Dauer der Beziehung abhängig, und auch in kurzer Zeit kann gerade in schwierigen Situationen Vertrauen aufgebaut werden, das für die Bewältigung von Krisen sehr wichtig ist (Schnyder & Hepp, 2004).

Die Rolle der Therapeuten in Notfallsituationen ist aber oft eine Gratwanderung zwischen Hilfe und Kontrolle (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004). Gerade die Psychiatrie, aber auch die soziale Arbeit, bewegt sich nicht nur in rein therapeutischen Gefilden, sondern bekommt von der Gesellschaft auch ordnungspolitische Aufgaben zugeteilt. In der Psychiatrie wird dies unmittelbar deutlich bei Selbst- und Fremdgefährdung, wo auch Behandlungen gegen den Willen der Patienten von Gesetzes wegen vorgesehen sind oder im Bereich des Kinderschutzes. Es ist eine Herausforderung, in diesem Spannungsfeld, im Wissen um die implizite und gelegentlich auch explizite Machtposition der Professionellen, dennoch eine tragfähige therapeutische Allianz aufzubauen (Horvath et al., 2011).

56.2 Anwendung systemischer Konzepte

Die Autonomie der Lebenspraxis hat im systemischen Denken einen hohen Stellenwert. Ziel therapeutischen Handelns ist gerade die Sicherung der Autonomie der Lebenspraxis in einer Situation, in der diese bedroht oder beschädigt ist. Es geht also nicht primär um individuelles Wohlbefinden als Therapieziel (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004). In Notfallsituationen ist es aber ein zentrales Anliegen, möglichst viel Autonomie den Patienten und ihren Angehörigen zurückzugeben, dabei dürfen wir uns aber auch nicht der Verantwortung entziehen. Autonomie ist immer auch mit Verantwortung verbunden, und gerade in Krisensituationen können oder wollen Betroffene diese Verantwortung nicht immer wahrnehmen.

Die systemische Haltung der Problem- und Veränderungsneutralität ist hilfreich in Krisensituationen und insbesondere in suizidalen Krisen.

Suizidalität. Das Akzeptieren von Suizidwünschen und von Suizid als möglicher Handlungsoption ermöglicht eine ganz andere therapeutische Auseinandersetzung (Borst & Hepp, 2012). Wenn die Professionellen, sei es aus Angst und dem Bedürfnis nach absoluter Sicherheit oder sei es aufgrund ihrer persönlichen Einstellung, eine allzu ablehnende Haltung einnehmen, wird das kaum zur Entspannung der Situation

führen. Auch die Angst vor juristischen Konsequenzen hindert eine konstruktive therapeutische Auseinandersetzung. Bei Suizidalität können Alternativwege aufgezeigt werden.



Der Begriff Neutralität wird oft falsch verstanden: das heißt nicht, dass der Therapeut keine Stellung beziehen kann oder darf.

Häusliche Gewalt. Bei häuslicher Gewalt ist klar, dass Problemneutralität fehl am Platz ist. Hier braucht es eine klare Positionierung: Gewalt ist nicht akzeptabel (s. a. Kap. 57, 59). Dennoch kann man als Therapeut die Haltung einnehmen, dass ein Problem vorliegt, das es zu lösen gilt, und ohne moralische Ausführungen und Schuldzuweisungen an die Thematik herangehen, was bei den Betroffenen meist schon zu einer gewissen Entspannung führt. Hier hilft der Ansatz des Externalisierens von Problemen von White und Epston (2013) (vgl. Kap. 23). Dabei wird ein Problem (z. B. Gewalt in der Familie) von den beteiligten Personen losgelöst und ermöglicht Fragen wie: »Was macht die Gewalt mit jedem einzelnen der Beteiligten?«

In Krisen- und Notfallsituationen ist es sehr hilfreich, Angehörige mit einzubeziehen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Dabei bewährt es sich, auch in einer Krisensituation Gespräche soweit möglich nach den üblichen Kriterien eines Mehrpersonengesprächs zu gestalten (Riehl-Emde, 2008).

56.3 Klinische Praxis

Das Wichtigste in Notfall- und Krisensituationen ist, Ruhe zu bewahren und nicht selbst in Aktivismus zu verfallen. Häufig fühlt man sich selbst unter Druck. Die folgenden Fragen wurden sowohl für die Supervision als auch für die Selbstsupervision in Anlehnung an das »Auftragskarussell« (Hepp, 2012; von Schlippe & Kriz, 1996) entwickelt. Sie helfen, den Druck einzuordnen und Fragen der Zuständigkeit zu klären. In der Praxis hat sich diese Checkliste sehr bewährt (s. Übersicht). Wenn es anhand dieser Liste gelingt, den Druck zu bezeichnen, widersprüchliche Erwartungen zu erkennen und Verantwortlichkeiten zu klären, bringt das schon viel Entlastung. Diffuser undefinierter Druck blockiert das eigene Handeln.

Übersicht

Checkliste: Umgang mit Druck

- ▶ Woher kommt der Druck?
- ▶ Was macht die Drucksituation aus?
- ▶ Kann ich den Druck benennen?
- ▶ Kann ich Drucksituation in einzelne Erwartungen, Ansprüche etc. aufgliedern?
- ▶ Wer ist involviert? Wer hat welche Erwartungen? (oft spielen auch Abwesende eine entscheidende Rolle, z. B. kleine Kinder zu Hause)

- ▶ Kommt der Druck von außen oder von mir selbst?
- ▶ Ist es »gerechtfertigter« Druck, den ich übernehmen muss?
(z. B. »psychotischer« Patient mit imperativen, suizidalen Stimmen)
- ▶ Handelt es sich um unerfüllbare/widersprüchliche Erwartungen? (Familie, Behörden, Polizei etc.)
- ▶ Sind die eigenen Ansprüche zu hoch?
- ▶ Grundet der Druck in meiner eigenen Biografie oder meinen Erfahrungen?
- ▶ Bin ich überhaupt zuständig? (z. B. Gewalt, ohne dass eine psychiatrische Ursache vorliegt)
- ▶ Welchen Druck bin ich bereit zu übernehmen?
- ▶ Welchen Druck gebe ich an wen und in welcher Form zurück/weiter?

Zwei Beispiele zu häuslicher Gewalt sollen der Verdeutlichung dienen.

Beispiel

- (a) Ein Mitarbeiter der Strafverfolgungsbehörde schickt ein Ehepaar zur Behandlung bei häuslicher Gewalt auf die Notfallstation. Auf die Rückfrage nach dem Auftrag und nach juristischen Maßnahmen antwortet der Mitarbeiter, Ziel sei, dass der Ehemann gewaltfrei werde. Eine richterliche Maßnahme bestehe nicht.
- (b) Ein psychotischer Mann kommt auf die Notfallstation. Er habe zu Hause in wahnhafter Verknennung mit dem Messer versucht, seine Mutter zu attackieren.

Während im ersten Fall unklar ist, ob überhaupt ein psychiatrisches Problem vorliegt, und der Auftrag unklar ist, ist im zweiten Fall klar, dass ein psychiatrischer Ausnahmezustand für die Gewalt verantwortlich ist. Im zweiten Fall fühle ich mich als Psychiater klar zuständig, während ich im ersten Fall, obwohl auch viel Druck in der Situation herrscht, den Auftrag in dieser Form nicht entgegennehme. Die Psychiatrie und Psychotherapie darf sich nicht instrumentalisieren lassen – wenn jemand gewalttätig ist, ist dies primär ein strafrechtliches Problem.

Risikoeinschätzung. Bei suizidalen Krisen und selbstverletzendem Verhalten werden oft Evaluationen von Risikofaktoren und Assessments empfohlen. Allerdings ist der klinische Wert von Risikofaktoren – die oft auch nicht beeinflussbar sind wie Alter und Geschlecht – begrenzt (Madsen et al., 2017). Die NICE-Guidelines raten sogar explizit vom Gebrauch von Instrumenten zur Einschätzung der Suizidalität ab (»Do not use risk assessment tools and scales to predict future suicide or repetition of self-harm«, National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Hingegen ergeben Fragen zur Einschätzung der Suizidalität Sinn, da sie helfen, mit den Betroffenen in Dialog zu treten (s. Übersicht).

70 Lösungorientierte Kurztherapie (nach Steve de Shazer)

Stefan Beher

70.1 Hintergrund

Dass therapeutisches Wirken auf die Behandlung von Beschwerden zielt, darüber wird man wohl – bei allen Differenzen – schulenübergreifend einigen Konsens erreichen. Die spezifische Typik von Beschwerden gilt als instruktiv für Diagnostik und Behandlungstechnik; ihre genaue Analyse als zentral für eine Therapie im Allgemeinen. Diese vermeintliche Selbstverständlichkeit wird durch die *Lösungsorientierte Kurztherapie (Brief Solution Focused Therapy, BSFT)* schon seit längerem radikal infrage gestellt. Entwickelt von Steve de Shazer und Kollegen in den 1970er- und 1980er-Jahren am Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee, wurde sie inspiriert von Ideen der Hypnotherapie Milton Ericksons, in der schon zuvor konsequent bekannte und noch unbekannte Ressourcen genutzt, Symptome in einem positiven Sinn »utilisiert« und therapeutische Beiträge an die verbalen und nonverbalen Rückmeldungen von Patienten rückgekoppelt wurden. In einer späteren Phase kam es zu einem Austausch mit der Palo-Alto-Gruppe um Paul Watzlawick (Weakland et al., 1974), ihrerseits beeinflusst von dem Anthropologen Gregory Bateson, die schon länger zentral mit systemtheoretischen Kommunikationsmodellen arbeitete, innerhalb derer auch psychische Störungen stets im Rahmen sozialer Bezugnahmen verstanden wurden (s. auch Kap. 1).

Aus diesen Wurzeln wird die konstruktivistische und systemtheoretische Prägung der BSFT deutlich. De Shazer geht davon aus, dass Lösungen einer eigenen Logik folgen und mehr miteinander gemein haben als mit den ihnen zugrunde liegenden Problemen. Therapien sind dann weder problem- noch diagnosespezifisch, und Lösungen können deutlich einfacher strukturiert sein als die Probleme, die durch sie behoben werden sollen. Für die Therapie bedeutet dies, dass Probleme gar nicht erst in aller Ausführlichkeit erhoben werden müssen. Dahinter steht die Annahme, dass die Bezugnahme auf das Problem nur tiefer in den Problemstrudel führt, während Gespräche über Lösungen umgekehrte Kräfte freisetzen: »Problem talk creates problems; solution talk creates solutions« (Das Sprechen über Probleme erzeugt Probleme, das Sprechen über Lösungen erzeugt Lösungen)« (de Shazer). Lösungsorientierte Gespräche zielen nicht primär auf die Beseitigung unerwünschten Verhaltens: Man plant weniger, das Rauchen aufzugeben, und stattdessen mehr, mit joggen anzufangen – um dann in der Folge weniger zu rauchen.

70.2 Indikationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Durch die konsequente Fokussierung auf Lösungen kann die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie relativ unabhängig von der zugrunde liegenden Problematik des

Klienten sehr breit eingesetzt werden: bei der Behandlung von »normalen Problemen des Lebens« bis hin zu schwereren psychiatrischen Auffälligkeiten. »Diagnosen« erscheinen dem lösungsorientierten Therapeuten eher als Zementierung von Problemkonstruktionen, die im Therapieverlauf aber gerade relativiert und verflüssigt werden sollen.

70.3 Klinische Praxis

BSFT kann im Wesentlichen als Abräumen von Barrieren zwischen Ist-Zustand und Lösung verstanden werden, das vor allem über die Arbeit mit Ausnahmen von Missständen, über Umdeutungen, aber auch über positive Zukunftsfiktionen erreicht wird. Für de Shazer war stets das »therapeutische System«, also die soziale Interaktion zwischen Therapeuten und Klienten, ein zentraler Bezugspunkt seiner Arbeit: Ihm zufolge offenbaren Klienten im Gespräch, in welcher Art und Weise sie eine Kooperation mit dem Therapeuten eingehen möchten. Bekannt geworden ist in diesem Zusammenhang de Shazers Typologie, die Klienten nach deren Behandlungsmotivation unterscheidet (s. Übersicht).

Übersicht

Typologie von Klienten

- (a) »Besucher« ohne explizite Beschwerde und manifesten Veränderungsauftrag, die geschickt oder mitgenommen wurden, sollten nicht davon überzeugt werden, dass sie eine Therapie benötigen. Stattdessen sollten sie freundlich behandelt und ggf. mit Komplimenten bedacht werden.
- (b) »Klagenden« mit Beschwerden, die die Veränderung von anderen erwarten (z. B. vom Therapeuten oder vom Partner), können Verhaltensbeobachtungs- und Denkaufgaben gestellt werden.
- (c) Nur mit »Kunden«, also Klienten mit Beschwerden und aktiver Veränderungsmotivation, kann ein *Veränderungskontrakt* geschlossen werden. Sie erhalten Beobachtungs- und auch verhaltensrelevante Aufgaben.« In deutschen Übersetzungen wird der von de Shazer beschriebene »customer« gewöhnlich mit dem merkantilen Begriff des »Kunden« übersetzt. Für den therapeutischen Kontext könnte man vielleicht besser von »Klient mit Anliegen« sprechen.

(de Shazer, 1988, S. 103ff.)

Die Orientierung an dieser Typologie vermeidet ein Überengagement des Therapeuten und führt zu einer konsensuellen und kooperativen Beziehung mit einem Klienten, der seine Lösung selbst definieren und entwickeln muss, aus seinen persönlichen Möglichkeiten und seinem idiosynkratischen Verhältnis zur Welt heraus. Widerspruch, Ablehnung oder das Fallenlassen von Ideen wären dann in

diesem Sinn positiver zu deuten, denn mit Blick auf die inhaltliche Zielgestaltung gilt der Klient und nicht der Therapeut als Experte.



Wenn der Therapeut andere Vorstellungen über therapeutische Ziele entwickelt als der Klient, dann liegt der Therapeut falsch («then the therapist is wrong», nach de Shazer). Das psychoanalytische Konzept des »Widerstands« gilt daher in der lösungsorientierten Therapie als Hinweis darauf, dass der Therapeut einen Fehler gemacht hat.

»Lösungen« können dementsprechend sehr unkonventionell und kontrovers ausfallen. De Shazer und Berg (1998) berichtet von einer Klientin, die sich von einem Fachmann beibringen ließ, sich mit einer Klinge selber so zu verletzen, dass keine tiefen Narben zurückblieben. Sogar die Entscheidung eines Alkoholikers, ein Bier zu trinken, würde in lösungsorientierter Perspektive als Fortschritt gelten – insofern er das Bier nicht mehr trinken »muss«, sondern sich nun bewusst dafür entscheidet, es zu trinken. Das Trinken desselben Bieres ist dann ein völlig anderer Sachverhalt; der zuvor bloß Erlebende wird nun zum Handelnden; das Opfer zum »Täter«.

Therapiesitzungen werden im klassischen Setting der BSFT auf Video aufgezeichnet und hinter einem Einwegspiegel von einem Team beobachtet, das über eine Sprechanlage mit dem Therapieraum verbunden werden kann. Den Ablauf der ersten Sitzung beschreiben de Shazer und Kollegen im Detail (s. Übersicht).

Übersicht

Ablauf der ersten Therapie-/Beratungssitzung

- (1) **Erläuterung des Settings** für den Klienten, der seine Zustimmung zur Videoaufzeichnung geben muss und auf besonderen Wunsch hin auch die Möglichkeit erhält, die Teammitglieder hinter dem Einwegspiegel kurz kennenzulernen.
- (2) Der Therapeut beginnt mit einer **Frage nach der Beschwerde**, die den Klienten in die Therapie führt, und versucht, diese Beschwerde so konkret wie möglich zu verstehen: Was geschieht genau, Schritt für Schritt? Wer ist alles involviert? Macht es einen Unterschied, wer zu welchem Zeitpunkt in die Beschwerde verwickelt ist oder nicht? Mit welcher Regelmäßigkeit tritt die Beschwerde auf? Je mehr Details bekannt werden, desto mehr Interventionsmöglichkeiten und Ziele können sich daraus ergeben.
- (3) Die Frage nach Regelmäßigkeiten führt direkt zu der nach **Ausnahmen**: In diesem Teil geht es darum, herauszufinden, was passiert, wenn die Beschwerde nicht auftritt, und wie der Klient und seine Familie diese Ausnahmen ermöglichen. Denn Ausnahmen zeigen dem Klienten nicht nur, was aktuell schon funktioniert, sie befördern ebenso die Erwartung, dass ein künftiges Leben ohne die Beschwerde möglich ist. Dabei kann man sich auch den

Umstand zunutze machen, dass oft positive Veränderungen bereits im Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und der ersten Therapiesitzung stattfinden.

- (4) Solche Beobachtungen führen häufig wie von selbst zur **Entwicklung konkreter Ziele**, die ebenfalls die Änderungserwartungen des Klienten stärken, sich aber auch als Gradmesser für den Erfolg (und die Beendigung) der Therapie eignen.
- (5) Da Klienten häufig nur vage Vorstellungen über ihre Ziele haben, hat es sich als nützlich erwiesen, den Klienten darüber zu befragen, woran er erkennen würde, wenn seine Probleme gelöst wären (**Wunderfrage**) und was dann anders wäre.
- (6) Es wird nun angestrebt, das **Gespräch vorrangig auf die Abwesenheit der Beschwerde zu fokussieren**, weil Beschwerden sich insbesondere über die Erwartung stabilisieren, dass sie wieder und wieder auftreten.
- (7) **Unterbrechung der Therapiesitzung** durch den Therapeuten nach etwa 30 bis 40 Minuten für 10 Minuten, um sich mit dem Team zu beraten oder selbst über den bisherigen Verlauf nachzudenken. Auch dabei liegt der Fokus auf dem, was gut für den Klienten ist, auf den Ausnahmen vom gewohnten Muster sowie darauf, wie der Klient einst sein wird, wenn die Beschwerde endgültig überwunden worden ist.
- (8) Während der Pause wird eine **Abschlussintervention** entwickelt, die aus **Komplimenten** und aus **weiterführenden Vorschlägen** besteht. Komplimente zeigen dem Klienten an, was bereits gut läuft. Damit unterstützen sie ihn nicht nur in einer flexibleren Deutung seiner Situation, sondern stärken auch die therapeutische Beziehung, auf deren Boden dann die weiteren Schritte desto mehr gelingen. Diese bestehen aus therapeutischen Vorschlägen, Aufgaben oder Direktiven, die den Klienten näher an die Lösung bringen. Sofern die Beschwerden von Klienten noch nicht klar genug benannt sind, um dazu passende Interventionen zu entwickeln, wird – einer Idee von Erickson folgend – dazu angeregt, bis zur nächsten Sitzung zu überlegen, was sich im Leben alles *nicht* verändern sollte.
- (9) Die **Intervention** wird häufig noch in der Pause **verschriftlicht und dem Klienten anschließend verlesen**. Diese formal exponierte Phase der Sitzung, die zusätzlich von der nach der Pause erhöhten Aufnahmebereitschaft des Klienten profitiert, soll nur wenige Minuten in Anspruch nehmen und die Sitzung schnell und freundlich beschließen. Weitere Belange, wie etwa die Vereinbarung eines neuen Termins, finden an einem anderen Ort statt.

(de Shazer et al., 1986)

Während der Therapiesitzungen stehen zentrale Fragen im Vordergrund, die es mit dem Klienten zu besprechen gilt.

83 »ich schaff's« – das lösungsfokussierte Programm für Kinder und Jugendliche

Thomas Hegemann • Christina Achner

83.1 Hintergrund

»ich schaff's« ist die deutschsprachige Fassung eines lösungsfokussierten Motivationsprogramm für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es wurde von Ben Furman (2008a, 2008b) in Helsinki unter dem Namen »Kids Skills« entwickelt, um Kinder mit Problemen dabei zu unterstützen, Fähigkeiten zu lernen, mit denen sie diese Probleme bewältigen können. Konzeptionelle Grundlage ist die Idee der Lösungsfokussierung (Hegemann, 2012) wie sie von Steve de Shazer (de Shazer & Dolan, 2008) und Insoo Kim Berg (de Jong & Kim Berg, 2010) beschrieben wurde (s. auch Kap. 70). Lösungsfokussierung steht in Zusammenhang mit dem Konzept der Zirkularität. Verhalten ist demnach am besten in der Interaktion mit anderen und in seinem Kontext erklärbar. Andererseits basiert sie auf den Konzepten der Hypnotherapie von Milton Erickson (Zeig, 2006). Furman hat als einer der ersten diesen Ansatz konsequent an die Arbeit mit Kindern adaptiert. Hegemann und andere (Bauer & Hegemann, 2008; Achner & Hegemann, 2014) haben *ich schaff's* mit Modifikationen in Stil und Aufbau für die Arbeit mit Jugendlichen adaptiert.

Übersicht

Grundideen von »ich schaff's«

- ▶ Jeder kann auf Ressourcen und bisherige Kompetenzen aufbauen.
- ▶ Lernen gelingt leichter mit Zuversicht, Freude und in der Vernetzung mit anderen.
- ▶ Profis haben die Aufgabe, Kinder und Jugendliche, die wenig Zuversicht haben, die resigniert und schlecht vernetzt sind, genau hierin zu unterstützen.

83.2 Indikationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Der Ansatz lässt sich in unterschiedlichen psychotherapeutischen Kontexten (Einzel-, Gruppentherapie und stationäre Therapie in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken) und in verschiedenen anderen Kontexten (z. B. Jugendhilfemaßnahmen, an Schulen, im Förderbereich, im Sport, in der Physio-, Logo- und Ergotherapie) einsetzen zum Erwerb emotionaler, sozialer wie auch körperlicher Kompetenzen.

Es gibt nur wenige Kontraindikationen. »ich schaff's« ist nur anwendbar mit Kindern und Jugendlichen, mit denen man ins Gespräch kommen kann. Insofern

bestehen Kontraindikationen für kleine Kinder (jünger als drei Jahre), Kinder und Jugendliche mit schweren geistigen Einschränkungen oder solchen, die unsere Sprache nicht ausreichend beherrschen.

Klagen kommen eher von Profis, denen es nicht gelingt, Motivation herzustellen. Wie de Shazer (1984) anschaulich darstellt, ist »Widerstand« aus lösungsfokussierter Perspektive eine nicht hilfreiche Konstruktion. Hilfreicher ist es, sich Gedanken darüber zu machen, wie ein guter Rapport hergestellt werden kann, um mit Kindern und Jugendlichen ins Gespräch zu kommen.

83.3 Klinische Praxis

Die folgende Übersicht zeigt den Ablauf für Jugendliche (Bauer & Hegemann 2008). Für jüngere Kinder gibt es geringfügige Modifikationen (Furman, 2008b).

Übersicht

Ablauf von »ich schaff's« in 15 Schritten

- (1) **Leben als Zeitreise betrachten:** Hier geht es darum, auf bisherige Lernerfolge zu achten, Visionen für ein besseres Leben zu entwickeln, aktuelle Probleme einzugrenzen etc.
- (2) **Ziele setzen:** Lernfelder abzustecken, festzulegen, was zu lernen ist.
- (3) **nach dem Nutzen suchen:** den das Erlernen neuer Fähigkeiten mit sich bringt
- (4) **Fähigkeiten erlernen:** festlegen, welche kleinstmögliche Fähigkeit realistisch in überschaubarer Zeit gelernt werden kann
- (5) **Helfer suchen:** möglichst mehrere Personen aus unterschiedlichen Kontexten ausmachen, die mit der Bitte um konkrete Unterstützung angesprochen werden.
- (6) **imaginäre Helfer festlegen:** Symbole, Mottos, Power Animals festlegen, diese ständig erinnern
- (7) **Gründe für Optimismus suchen:** Ressourcen, frühere Erfolge, Kompetenzen etc. ausfindig machen, die dafür sprechen, das auch jetzt erfolgreiches Lernen wahrscheinlich ist
- (8) **Zuversicht fördern:** die genannten Helfer gezielt fragen, welche guten Gründe sie sehen, dass das Lernen der neuen Fähigkeit gelingen wird.
- (9) **einen Stufenplan erstellen:** die Abfolge nacheinander folgender Lernschritte festlegen
- (10) **Starten:** Verbindlich festlegen, wann es genau mit dem ersten kleinen Schritt losgeht
- (11) **Protokollieren:** eine Methode festlegen, mit der man sich und anderen Rechenschaft ablegen kann, wie die Fortschritte ablaufen
- (12) **sich auf Rückschläge vorbereiten:** Rückschläge gehören zu allem Lernen dazu! Daher gilt es, die Helfer frühzeitig zu bitten, wie sie in diesem Fall unterstützen sollen.

- (13) **Feiern und Danken:** rechtzeitig überlegen, wie der Fortschritt gebührend gefeiert werden kann, wann der Anlass dazu gegeben ist, wie den Helfern angemessen gedankt werden kann.
- (14) **neu erlernte Fähigkeiten weitergeben:** nachdenken, welche Menschen von diesen Lernfortschritten profitieren können
- (15) **an die Zukunft denken:** Jetzt geht es darum, an Schritt 1 anzuschließen, das Leben als einen kontinuierlichen Lernprozess zu betrachten und sich den nächsten Lernschritt zu überlegen.

Wesentlich für die Arbeit mit *ich schaff's* ist es, eine gute Vertrauensbeziehung zwischen Profis und Klienten herzustellen. Dafür werden manchmal viel Zeit und Mühe benötigt. Manchmal gelingt es auch nicht, weil die Umstände es nicht zulassen.

Eine zweite grundlegende Voraussetzung ist es, einen sicheren Rahmen zu schaffen, vor allem in Gruppensettings. Respektloses oder gar verletzendes Verhalten, darf von Profis nicht geduldet werden. Es gilt in solchen Fällen den Prozess sofort zu unterbrechen, bis eine Arbeitsatmosphäre von gegenseitigem Respekt wiederhergestellt ist.



Die Methodik ist immer Träger einer inneren Haltung, das gilt auch für dieses Motivationsprogramm.

Fallbeispiel

Julian, 14 Jahre mit Christina Achner

Hintergrund. Der Kontakt wurde durch die alleinerziehende Mutter hergestellt, vermittelt durch Julians Lehrerin. Sie erklärte mir, dass sie mit Julian vor einiger Zeit, bei einem Kinder- und Jugendtherapeuten vorstellig wurde und die Hypothese »Asperger-Syndrom« geäußert wurde.

Die Mutter beschreibt, dass Julian sich sowohl im Schul- als auch im privaten Kontext zurückziehe, keine Freundschaften habe und traurig wirke. Weiterhin raste er aus, wenn sie ihm ihre Sorgen mitteile; er schließe sich ein, schmeiße Gegenstände an die Wand – einschließlich seiner selbst gebauten Modelle.

Vorgehensweise. Zum Start beginne ich mit einem Ressourceninterview: Julians großes Interesse gilt dem Modellbau. Jede freie Minute verbringt Julian in seinem Zimmer, der »Werkstatt von Daniel Düsentrieb«. Er liebt es, wie aus tausend kleinen Teilen, unter seinen Händen ein Ganzes entsteht, ist stolz auf sein Fingerspitzengefühl, seine Ausdauer und legt größten Wert auf Schönheit und Korrektheit. Er verbindet dieses Interesse mit »stolz auf sich sein, abschalten von nervigen, komischen Gedanken und Gefühlen, sich wirksam erleben«.

Auf meine Frage, was ihn denn nerve, berichtet er Folgendes: Am meisten ärgere er sich über sich selbst. Er möchte gerne in Kontakt sein mit Jugendlichen, sehe keinen Weg das umzusetzen und fühle sich wie im Gefängnis. Seine nützlichste

Strategie sei, sich in sein Zimmer zu beamen. Seit einiger Zeit nehme der Stress mit seiner Mutter zu, die ihn ständig mit ihren Sorgen bedränge.

Auf meine Frage »Angenommen, du entscheidest dich dafür, dass wir beide uns in nächster Zeit öfters treffen, wozu möchtest du die Zeit denn nutzen?« lautete die Antwort: »Mein Gefängnis verlassen können.«

Wir begannen mit der Vision. Er griff die ihm vorgestellte Strategie Walt Disneys (Alexa Mohl, 1996), Problemen zu begegnen, sofort auf und bestimmte im Raum drei Positionen, wobei er Position zwei und drei für sich übersetzte in »der Strategie und der Vorsichtige«. In der Position des Visionärs reiste und träumte sich Julian in die Zukunft die er »Alles easy« nannte. Aus den Notizen seiner Ideen entstand eine »Alles-easy-Landschaft = AeL«. Im Mittelpunkt von »AeL« träumte sich Julian in einen Tüftler und Erfinder. Menschen suchen ihn auf, bitten ihn um Rat in schwierigen technischen Fragen. Er erfindet die wildesten Ideen, die vor ihm niemand erdacht hat. Julian sieht sich dabei inmitten von mehreren Personen, denen er von seinen Ideen erzählt und zusammen versuchen sie die Ideen umzusetzen. Er sieht sich in einer Gruppe Motorradfahren, mit Zelt und Gepäck. Er lebt in einer WG und das ist so richtig cool.

Die Position des Strategen nutzte Julian um konkret zu werden und Ziele zu formulieren, um sich seinem Traum anzunähern:

- ▶ lernen, Gedanken und Gefühle steuern zu können
- ▶ lernen, Geduld mit sich zu haben
- ▶ lernen, auf andere zugehen, sie anzusprechen und sich mitteilen
- ▶ lernen, auch wenn es schwer und fast unmöglich erscheint, es trotzdem tun

Die Position des Vorsichtigen diente Julian dazu, genauachtzugeben. Er möchte z. B. kleine Schritte gehen, experimentieren und daraus lernen, sich Unterstützer suchen, sich auf Zeiten vorbereiten, wenn es mal nicht so läuft.

Julian entschloss sich dazu, aus seinem Vorhaben ein Projekt zu machen, es bekam das Motto, »DD« (für Daniel Düsentrieb). Mit »DD« kam eine vierte Position in den Raum, als Metaposition, die sich im Verlauf des Prozesses als nützliche Ressource entfaltete. Julian genoss es in die Position von »DD« zu schlüpfen. Bei unserem zweiten Treffen interviewte ich »DD« zu Julians Gefängnis. »DD« empfahl Julian, dass Gefängnis zu behalten. Er soll daraus in seiner Vorstellung einen sicheren und coolen Ort entwickeln. Ein Ort der Freiheit und Sicherheit. Julian nahm diesen Tipp sehr ernst und integrierte ihn in sein Vorhaben.

Wichtige Unterstützer für Julian waren:

- ▶ seine Mutter: für ihren Wunsch selbst die Verantwortung für sich zu übernehmen
- ▶ seine Lehrerin: für Ihre Vermittlung im Kontext Schule
- ▶ sein Vater: für seine Hilfe im Projektmanagement, die er aus USA über Skype als praktische Tipps einbrachte.
- ▶ imaginärer Helfer »DD «: als Mutmacher

86 Ethik und Berufsrecht

Martin Stellpflug • Jan Moeck

Ethik und Berufsrecht sind eng miteinander verbunden. Während sich die Medizin- und Psychotherapieethik mit den Fragen danach befasst, was aus moralischer Sicht im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit gewollt und erlaubt ist, formuliert das Berufsrecht Antworten auf diese Fragen und normiert Handlungspflichten und -optionen. Die Ethik kann helfen, Rechtsvorschriften und rechtliche Freiräume oder Lücken unter moralischen Aspekten zu überprüfen und Argumente zu ihrer Beibehaltung oder Reform zu liefern (Schöne-Seifert, 2007).

86.1 Ethik in der Psychotherapie

Im Bereich der Medizinethik wird ein kohärentistischer Begründungsansatz vertreten, wonach vier allgemein befürwortete Moralprinzipien (Respekt der Patientenautonomie, Schadenvermeidung, Nutzenmehrung, Gerechtigkeit), die ethischen Grundlagen für Handeln im Gesundheitswesen widerspiegeln. In Konstellationen von ethischer Relevanz sollen die vier Prinzipien gleichgewichtig beachtet werden. Indem die Implikationen der Situation und mögliche Verhaltensweisen für alle vier Prinzipien geprüft und erwogen werden, lässt sich eine differenzierte Betrachtung ethischer Gemengelagen erreichen. Dabei kann eine klare Benennung des ethischen Konflikts oft der erste Schritt auf dem Weg zu einer Problemlösung sein (Marckmann, 2015).

Respekt der Patientenautonomie. Aus diesem Prinzip lässt sich ableiten, dass derjenige, der psychotherapeutische Behandlung sucht, frei und ohne äußeren Druck eine selbstbestimmte Entscheidung über die Inanspruchnahme von Psychotherapie treffen soll. Um eine autonome Entscheidung zu gewährleisten, muss er über die Behandlung angemessen aufgeklärt werden. Patientenautonomie umfasst zudem das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, welche den Schutz von Geheimnissen (Schweigepflicht) und den Anspruch auf Informationen über den Gang der Behandlung (Einsichtsrecht) beinhaltet.

Schadensvermeidung. Das Prinzip der Schadensvermeidung umfasst sowohl das Unterlassen von Handlungen, die schädigende Wirkung haben (können), als auch das Begrenzen von eingetretenen bzw. nicht abwendbaren Schäden. Es gehört zur Pflicht von Psychotherapeuten, ihre Interventionen auf mögliche schädigende Wirkung zu überprüfen und ggf. korrigierend oder schadenbegrenzend zu reagieren (Stellpflug & Berns, 2015).

Prinzip der Nutzenmehrung. Mit diesem Prinzip ist die originäre Aufgabe der Psychotherapeuten angesprochen, die Behandlung psychischer Erkrankung und die Linderung der Beschwerden des Patienten, die nach bestem Vermögen zu leisten sind.

Gerechtigkeit. Dieses Prinzip beinhaltet die Forderung nach Fairness und Gleichheit im Sinne fehlender Diskriminierung.

Beispiel

Eine verlässliche Einhaltung von vereinbarten Sitzungsterminen oder angekündigten Telefonsprechzeiten, das Unterlassen einer nicht aufgrund therapeutischer Indikation gerechtfertigten Bevorzugung einzelner Patienten bei der Terminvergabe und die Erhebung einer angemessenen Vergütung entsprechen einem fairen Umgang mit Patienten.

86.2 Rechtsgrundlagen des Berufsrechts

Für alle Angehörigen der Heilberufe regeln die Kammer- und Heilberufsgesetze der Bundesländer einige Berufspflichten; darüber hinaus ermächtigen sie die Heilberufskammern, Berufsordnungen zu erlassen. Psychotherapeuten werden mit Erhalt der Approbation automatisch Mitglied der Kammer, in deren Bereich sie ihren Beruf ausüben oder ihren Wohnsitz haben. Die Berufsordnung »ihrer« Kammer ist für die Kammermitglieder verbindlich.

Zum Ziel einer Vereinheitlichung der Berufsordnungen der Landeskammern hat der Deutsche Psychotherapeutentag eine *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verabschiedet (MBO)*. Im Wesentlichen orientieren sich die Berufsordnungen der Kammern an der MBO. Da es vereinzelt Abweichungen gibt, wird im Folgenden auf die MBO abgestellt.

Nach § 4 Abs. 1 MBO sind Psychotherapeuten verpflichtet, sich neben den Vorschriften der Berufsordnung selbst, auch über weitere für die Berufsausübung geltende Vorschriften unterrichtet zu halten, diese zu beachten und darauf gegründete Anordnungen und Richtlinien zu befolgen. Solche Vorschriften sind z. B. diejenigen über den *Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)*. Für die zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten umfasst dies u. a. auch die Vorgaben im *Bundesmantelvertrag-Ärzte* und der *Psychotherapie-Richtlinie*.

86.3 Allgemeine Berufspflichten

Die allgemeinen Berufspflichten sind in § 3 MBO geregelt. Nach § 3 Abs. 1 MBO sind Psychotherapeuten verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Die Konkretisierung dieser Pflicht obliegt den Kammern und Heilberufsgerichten.

Beispiel

Es entspricht der Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung, dass Psychotherapeuten zeitnah Berichte an die private Krankenversicherung des Patienten verfassen und einreichen, da dies für die Erstattung der Behandlungskosten von erheblicher Bedeutung ist (Berufsgericht Gießen, MedR 2016, S. 745 f. mit Anmerkungen Moeck).

Im Rahmen einer Systemischen Therapie / Familientherapie dürfte es einer gewissenhaften Berufsausübung entsprechen, die Allparteilichkeit gegenüber den am Therapieprozess Beteiligten sicherzustellen.

Einer allgemeinen Berufspflicht entspricht schließlich auch die Beachtung der bereits genannten vier ethischen Prinzipien, § 3 Abs. 2 MBO.

86.4 Spezielle Berufspflichten

Die MBO enthält einen umfangreichen Kanon an Berufspflichten, Obliegenheiten und Handlungsempfehlungen. Im Folgenden soll auf einige Berufspflichten, die als besonders praxisrelevant gelten, näher eingegangen werden.

Aufklärung und Einwilligung

Das Erfordernis der Einwilligung des Patienten in die psychotherapeutische Behandlung resultiert verfassungsrechtlich aus dem Gebot der Achtung und dem Schutz der Würde und der Freiheit des Menschen und seines Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Um eine sinnvolle Entscheidung über die Einwilligung treffen zu können, muss der Patient adäquat aufgeklärt werden.



Fehlt es an einer informierten Einwilligung (informed consent), ist die Behandlung grundsätzlich rechtswidrig, und zwar auch dann, wenn sie therapeutisch indiziert ist und lege artis durchgeführt wird.

Aufklärungs- und Informationspflichten. Neben der Aufklärung über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände u. a. betreffend Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken sowie Erfolgsaussichten der psychotherapeutischen Behandlung, umfasst die Aufklärungspflicht auch die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung und damit z. B. Honorarregelungen.



Da Systemische Therapie bislang keine Leistung der GKV ist, treffen Psychotherapeuten in diesem Bereich spezifische Informationspflichten: Weiß der Psychotherapeut, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte, insbesondere durch die GKV, Fürsorgeeinrichtungen nach dem