



W u n d e r antwort

Nr. 8 Herbst 2007

DIE Fachzeitschrift für Systemisch-Lösungsorientierte

Reden ist Silber – Handeln ist Gold:

Wunderbare Lösungs-Spiel-Räume szenisch entdecken!

Nach einem Psychodrama-Ausbildungswochenende machte es bei mir «Klick»: Muss denn das Problem in all seinen Verästelungen und Tiefen dramatisch und kathartisch ein bis zwei Stunden lang ausagiert werden? Wie wäre es, stattdessen in lösungsfokussierter Art den «Tag nach dem Wunder» mit der ganzen Palette psychodramatischer Mittel zu inszenieren?

Am folgenden Psychodrama-Wochenende probierte ich es aus: Die Protagonistin machte sich grosse Sorgen um den Schulerfolg ihrer Tochter. Das gab immer wieder Stoff für viel Streit. Mit Vorliebe im Auto, wenn die Mutter die Tochter heimbrachte. Zuerst liess ich die Mutter mit einer Darstellerin ihrer Tochter so eine typische Autofahrt zeigen. Dann machte ich mit der Mutter ein kurzes lösungsfokussiertes Interview, erklärte die Bühne zum «Wunderland» und liess diese Situation nochmals spielen. Die Mutter konnte jetzt konkret ausprobieren «loszulassen» und der Tochter mehr Eigenverantwortung zu geben. Schlusssatz der Mutter als Darstellerin ihrer Tochter: «Endlich streiten wir nicht schon wieder... und heute setz ich mich hin und schau das genau an, wo ich in der Mathe-Probe Mist gebaut habe.»

Das Ganze dauerte nur etwa 30 Minuten – zum Erstaunen der Zuschauenden. Etliche meinten, so ein «Quick Fix» könne ja nichts bringen...

Am nächsten Tag sagte mir die Mutter, sie habe das «Loslassen» gestern Abend ausprobiert... es war seit langem wieder ein Abend ohne Streit.

Das war die Geburtsstunde des «Lösungs-Spiel-Raums»®, der «SolutionStage»®. Danach habe ich diese Methode schrittweise ausgebaut und auch einige durchaus lösungsfokussierte Aussagen von J.L. Moreno (dem Begründer des Psychodramas) entdeckt, z.B. diese: «Well Dr. Freud, I start where you leave off. ... You analyze their (the peoples) dreams. I try to give them the courage to dream again.» (Eine detaillierte Beschreibung dieses Falls finden Sie in: www.SolutionStage.com/origin/!)

Dr. Hans-Peter Korn, OE- & PE-Consultant, Coach / Mentor, Trainer.

Wochenend-Workshop «Experimente im Lösungs-Spiel-Raum»

10./11.Nov. 2007

18./19.Okt. 2008

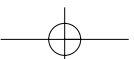
Details: www.SolutionStage.com/workshops



in diesem Heft finden Sie
das neue

wilob-Jahresprogramm!

Wir freuen uns auf ein
Wiedersehen und danken
herzlich für Ihre Treue!



nachgeforscht ...

Die vergangenen Jahrzehnte brachten einen explosionsartigen Wissenszuwachs in der neurobiologischen Grundlagenforschung. Während noch meines Studiums und meiner Facharzt Ausbildung der Wissensstand bezüglich der Biologie des Gehirns kaum relevante Beiträge zum Beruf des Psychotherapeuten bieten konnte, wachsen nun plötzlich die Publikationen zu den Zusammenhängen zwischen beiden Gebieten fast wie Pilze aus dem Boden. Ich denke es ist an der Zeit, Neurobiologie wie sie sich heute präsentiert, auch aus lösungsorientierter Therapeutenperspektive zu untersuchen. Sonst laufen wir Gefahr quasi von links überholt zu werden, sind doch die meisten Neurobiologen, sofern sie überhaupt über eine Therapieausbildung und ein Therapeuteninteresse verfügen, verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch orientiert. Die Fragen, die ich stellen möchte, lauten folgendermaßen:

A. Welche unserer lösungsorientierten Grundannahmen und Methoden finden im Licht der modernen Neurobiologie eine Abstützung?

4. Die zentralen methodischen Werkzeuge der Lösungsorientierung liegen in der konsequenten Klärung attraktiver Zukünfte mit den Klienten und in der Thematisierung und im Ausbau von Ausnahmeszeiten.

5. Diese Werkzeuge werden durch wertschätzende Komplimente und gelegentlich durch lösungsorientierte Therapieexperimente («Hausaufgaben») verstärkt.

Ich möchte im Folgenden nur einen Aspekt der aktuellen Neurobiologie herausgreifen, nämlich das Konzept der Neuroplastizität. Auf der Grundlage der Neuroplastizität werde ich die eingangs gestellten Fragen diskutieren.

Neuroplastizität meint, dass das Gehirn seine Struktur und seine damit zusammenhängende Funktion laufend verändert, der gemachten Erfahrung anpasst. In funktioneller Hinsicht wächst das Gehirn also an den durch die Person gemachten Erfahrungen. Ursprünglich war das Konzept der Neuroplastizität 1949 durch den kanadischen

Lösungsorientierung & Neuroplastizität: Was sagt die moderne

B. In welche Richtung laden uns die neurobiologischen Forschungsergebnisse ein, unser methodisches Werkzeug auszubauen?

C. Gibt es lösungsorientierte Grundannahmen oder Methoden, die im Licht der modernen Neurobiologie revidiert werden müssen?

Damit diese Fragen untersucht werden können, ist es nützlich, zunächst die Lösungsorientierung auf ihre Kernaussagen und zentralen Werkzeuge herunter zu brechen. Hierzu fünf Thesen:

1. Lösungsorientierung begegnet den KlientInnen als autonomen ExpertInnen in eigenen Angelegenheiten (Ziele, Probleme, Sichtweisen).

2. Lösungsorientierung geht davon aus, dass Menschen über Ressourcen verfügen – in der Regel über mehr als ihnen bewusst sind – und dass sie diese Ressourcen (mit Hilfe der Therapie / Beratung) noch besser nutzen können.

3. Lösungsorientierung geht davon aus, es sei leichter Neues (Verhalten / Erleben) auf- oder auszubauen als Altes zu beenden.

Neurobiologen Donald Hebb postuliert worden (Donald Hebb: «The Organisation of Behaviour». Wiley, New York, 1949), zu einem Zeitpunkt, wo noch keine Möglichkeit bestand, diese Theorie zu verifizieren oder zu falsifizieren. Hebb's Gedanke war, dass die Übertragungsbereitschaft an neuronalen Synapsen zunimmt, je öfter sie gebraucht werden. Synapsen sind diejenigen Bereiche, wo zwei Nervenzellen miteinander Verbindung aufnehmen und wo sich die elektrisch fortgeleiteten Nervenimpulse – durch sogenannte Botenstoffe vermittelt – chemisch von der einen auf die andere Nervenzelle überleiten. Schlagwortartig drückte Hebb dies aus mit dem Satz: « Cells that fire together wire together» (Zellen, die gemeinsam feuern, verdrahten sich). Heute ist man in der Lage die Neuroplastizität mit bildgebenden Verfahren am lebenden Gehirn nachzuweisen und man kann genau beschreiben, was in mikrostruktureller und in biochemischer Hinsicht passiert, das dazu führt, dass sich Synapsen durch Gebrauch bahnen, so dass sie immer leichter auslösbar werden. Neurobiologisch gründen also Lernen und Veränderung auf der Neuroplastizität. «Lernen besteht nach verbreiteter Auffassung in der Verstärkung synaptischer Verbindungen zwischen Neuronen» (Joseph LeDoux: Das Netz der Gefühle, dtv, München 2001, S 229).

Dabei geht es nicht bloss um einzelne Synapsen sondern um kleinere oder grössere sogenannte neuronale Netzwerke, welche durch Hebbs Prinzipien installiert und gebahnt werden. Sie bestimmen unser Erleben und unser Verhalten. Verändertes Erleben und Verhalten entspricht strukturell und funktionell veränderten neuronalen Netzwerken. Dieser Satz funktioniert in beiden Richtungen: Durch neues Verhalten / Erleben installieren wir neue neuronale Netzwerke, die, wenn sie regelmässig gebahnt werden, wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass dieses Erleben und Verhalten leichter gezeigt werden kann und wird.

Was heisst dies nun in Bezug auf die eingangs gestellten Fragen? Wenn Neuroplastizität bedeutet, dass Veränderung biologisch durch erfahrungsbegründete neuronale Bahnungsprozesse zu Stande kommt, so folgt daraus, Therapie / Beratung müsse darauf aus sein, den Klienten Erfahrungen zu ermöglichen, die in die Richtung der Therapie- oder Beratungsziele der Klienten weisen. Steve de Shazer: «If something works, do more of it and if something doesn't work, do something else». Klienten sollen eingeladen wer-

Daniel Mentha

Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Seit über 10 Jahren in eigener Praxis in Bern tätig, vorher und während der Facharztausbildung in verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen im In- und Ausland. Ausbildung in psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Ausbildung in lösungsorientierter Kurztherapie bei Steve de Shazer und Insoo Kim Berg. Verschiedene Weiterbildungen in systemischer Therapie und in Hypnotherapie. Lehrbeauftragter für das Wahlpflichtfach Psychiatrie an der Fachhochschule für Soziale Arbeit in Bern. Ausbildungsleiter wilob, Lenzburg.

Hirnforschung über unsere Therapie – und Beratungskonzepte?

den, mehr dessen zu tun, was in Richtung auf ihre Ziele weist. Dadurch machen ihre neuronalen «Lösungsnetzwerke» die Art Erfahrung, die zu ihrer verbesserten Bahnung führt, und die «Problemnetzwerke» verkümmern und verlieren an Einfluss. Ausserdem sollen Klienten eingeladen werden, etwas anderes zu tun, als sich dem Sog der Problemnetzwerke auszuliefern (Dazu später mehr unter dem Stichwort der Multicodierung). Etwas anderes tun im Problemkontext aktiviert automatisch andere neuronale Netzwerke als diejenigen, die unser Problemerkennen und -verhalten prägen.

Auch das Konzept der Ausnahmen und die Methoden, wie diese therapeutisch genutzt und verstärkt werden können findet eine Bestätigung. Ausnahmen beruhen ja neurobiologisch auf neuronalen Netzwerken, welche der Person Verhaltens- und Erlebensoptionen zur Verfügung stellen, die in Richtung ihrer Ziele weisen.

Wenn wir den aktuellen Stand des Wissens über Neuroplastizität noch etwas weiter ausloten, finden wir weitere interessante Ergebnisse: Es braucht nicht immer eine real gemachte Erfahrung zu sein, die neuroplastisches Lernen auslöst, obwohl diese sicher nützlich ist. Auch imaginative Erfahrungen haben neuroplastischen Impact. Die Neurobiologen

sprechen in diesem Zusammenhang von so genannten «Als – ob Schleifen». Das Gehirn behandelt Imaginiertes, als ob es sich um reale Erfahrungen handeln würde. So

konnte z. B. nachgewiesen werden, dass sich der Bereich der Hirnrinde, der für die Motorik der Finger zuständig ist, fast in gleichem Ausmass vergrösserte, wenn Versuchspersonen sich während zwei Wochen täglich zwei Stunden lang vorstellten, sie würden Klavier spielen, verglichen mit denjenigen die dies tatsächlich taten (Maja Storch, Frank Krause: «Selbstmanagement – ressourcenorientiert» Hans Huber, Bern, 2003, S. 118).

Steves Aussage: «Problem – Talk creates Problems, Solution – Talk creates Solutions» ist also neurobiologisch begründbar.

Dr. Daniel Mentha

Fortsetzung folgt in der nächsten Wunderantwort!

Erleben Sie Daniel Mentha am wilob: Er ist Leiter der FSP-anerkannten Ausbildung für systemisch-lösungsorientierte Therapie & Beratung und gibt am 22.11.2008 neu den öffentlichen Workshop «Neurobiologie & Systemisch-lösungsorientiertes Arbeiten».



Vom grossen Trunk zum kleinen Glück!

Als ich 1984 ans St. Jansspital in Brügge kam, um dort die Leitung der psychiatrischen Abteilung zu übernehmen, war ein Drittel der psychiatrischen Betten (20 von 60) von Alkoholikern besetzt. Das Dogma der Abstinenz galt damals noch so gut wie überall als absolut. So auch im St. Jans. Es erschien mir als unwissenschaftlich und unlogisch.

Unlogisch: Wenn Sucht dadurch definiert wird, dass der Süchtige nicht mehr wählen kann, sein Suchtmittel nicht zu konsumieren, besteht die Heilung in der Befreiung aus dieser Unfreiheit. Nun kann die Befreiung aus einer Unfreiheit (Sucht) nicht daraus bestehen, dass sie durch eine andere Unfreiheit (Abstinenz) ersetzt wird, sondern dass Wahlfreiheit an ihrer Stelle tritt.

Unwissenschaftlich: Die Begründung des Abstinenzdogmas mit der physiologischen Abhängigkeit trifft nicht zu, weil diese nach durchschnittlich einer Woche, maximal drei Wochen, zurückgebildet ist und bei Rückfall erstmal wieder aufgebaut werden muss. Anders steht es mit der psychologischen Abhängigkeit, die man als die Gewohnheit definieren kann, im Symptomkontext (der Kontext in dem der übermässige Alkoholkonsum auftritt, sei es ein externer Kontext wie der Stammtisch oder ein interner Kontext wie das Gefühl des Suchtdrucks) unweigerlich zuviel zu trinken. Wir wissen jetzt, dass solche Clusters von Gewohnheiten, wenn sie einmal gut automatisiert sind, anatomisch ins Gehirn eingeschrieben sind und für immer zur Verfügung bleiben. Um sie zu reaktivieren (d.h. um rückfällig zu werden) braucht es der repetitiven Wiederaufnahme des Suchtverhaltens; Es ist durchaus möglich in der Therapie mit dem Klienten Strategien zu entwickeln, um dies zu vermeiden.

Wir entschlossen uns also, den Klienten die Wahl zwischen Abstinenz und kontrolliertem Trinken anzubieten, und (von grundlegender Wichtigkeit) ihnen die Wahl zu überlassen.

In einem Jahr fiel die Rückfallquote von 60 auf 25% herunter. Unser therapeutischer Ansatz war auf Milton Erickson gegründet. 1989 las ich dann «Clues» von Steve de Shazer, und 1990 luden wir ihn nach Brügge ein. Es war sofort deutlich, dass er ganz ähnliche Folgerungen aus Erickson gezogen hatte wie wir.

Unsere Praxis bekam zudem eine weitere theoretische Untermauerung durch die Einsicht, dass «Lösung» nicht heisst, eine Antwort auf Probleme zu

finden, sondern den Problemen den Rücken zu kehren und «etwas anderes zu machen», nur natürlich nicht beliebig was anderes, sondern etwas, das mit unserem existenziellen Wählen übereinstimmt.

Dieses «Anderes», diese andere Gewohnheiten, brauchten übrigens nichts Neues zu sein: In der Besprechung der Ausnahmen fand der Klient sehr oft genügend Inspiration, wie er sein Leben neu gestalten wollte.

Anknüpfend an Yvonne Dolan's «Brief für Regentage» entwickelten wir dabei das Rückfallmanagement als ein wichtiges Thema. Wir besprachen anhand von fünf Fragen, wie der Klient gefährliche Situationen bewältigen kann:

1. Was haben Sie schon gemacht und was könnten Sie sonst noch tun, um das erste Glas nicht zu trinken?
2. Was haben Sie schon gemacht und was könnten Sie sonst noch tun, um nach dem ersten Glas aufzuhören, wenn Sie eins getrunken hätten?

Diese ersten beiden Fragen sind vor allem wichtig für Klienten, die sich für Abstinenz entschieden haben. Die drei folgenden gelten für alle:

3. Was könnten Sie machen, wenn Sie drei Gläser nacheinander getrunken hätten (für die meisten Trinker die Grenze des Kontrollverlusts)?
4. Was könnten Sie am anderen Tag machen, wenn Sie sich an einem Tag betrunken hätten?
5. Was können Sie noch machen, wenn Sie drei Tage nacheinander zuviel getrunken haben (wo unserer Erachtens ein deutlicher Rückfall stattfindet)?

Anhand dieser und anderer Techniken konnte die therapeutische Arbeit in ein deutliches Protokoll verzeichnet werden. Im 2000 fingen wir dann endlich an, uns über die 25% Misserfolge Gedanken zu machen. Bis da waren wir einfach davon ausgegangen, dass diese nun einmal den unvermeidlichen Rest vergegenwärtigen: **Man kann leider nicht zu 100% erfolgreich sein.**

Nun kam die Frage auf: zeigen diese Klienten vielleicht besondere Merkmale auf, die sie von den üblichen Alkoholikern unterscheiden?

Angeregt wurden wir als Erstes durch eine 4-Jahreskatamnese, die von Sylvie Buysse, einer Psychologiestudentin der Universität Gent, an unserer Population von Alkoholikern gemacht wurde. Sie fand die gleichen Erfolgsquoten wie bei früheren, von uns ausgeführten Katamnesen: 4 Jahre nach der

Behandlung lebten 45 % der Klienten in Abstinenz, 30 % tranken kontrolliert, 10 % waren inzwischen verstorben, und 15 % tranken weiter zuviel. Sie fand auch heraus, dass keine Persönlichkeits- oder Umgebungsfaktoren das Resultat beeinflussten, bis auf einem: Die Klienten, die ihre minimalen tagtäglichen Aufgaben nicht mehr ausführten (wie sich morgens waschen, relativ vernünftig essen, das Geschir spülen usw.) schnitten schlechter ab, als diejenigen, die das noch fertig brachten.

Das war also schon ein Merkmal. Gab es noch andere?

Dies waren die Drehtürpatienten, die jedesmal in schlimmstem Körperzustand eingeliefert wurden, die nach dem Entzug und körperlicher Verpflegung kein Interesse an einer Therapie zeigten, und die nach der Entlassung sofort rückfällig wurden.

Als wir uns jetzt mehr mit ihnen auseinandersetzten, fiel auf, dass mit ihnen jede Besprechung des Rückfallmanagements scheiterte. Wie es ihnen schon mal gelungen war, das erste Glas nicht zu trinken oder nach dem ersten Glas aufzuhören? Keine Ahnung. Ob sie mit den Gedanken dazu, die die Mitpatienten in der Gruppensitzung äusserten, etwas anfangen könnten? Dumpfes Unverständnis. Nur eine Antwort, wie eine Mantra wiederholt (die Antwort, von der sie meinten, dass der Therapeut sie erwartete): ich werde nicht mehr trinken.

Diese Kurzsicht für die Zukunft war ihnen gemeinsam.

Dabei konnten sie schon etwas vorhersagen, wenn sie wussten, dass es sich ereignen würde. So konnten sie während einer stationären Aufnahme am Morgen sagen, dass sie um drei Uhr Nachmittags Kaffee trinken würden, weil sie wussten, dass dann der Kaffee serviert wird. Aber sich eine erwünschte Zukunft (ein Optativ) einzudenken, oder sich vorzustellen was sie tun könnten wenn etwas ungünstiges auftrat (ein Conditionalis), dazu waren sie nicht im Stande.

Als Drittes stellten wir fest, dass diese Klienten zwar nicht an einem Gedächtnisverlust im Sinne eines M. Korsakow litten, aber dass sie keine Lehre mehr ziehen konnten aus dem, was ihnen an Erfolgen oder Misserfolgen begegnete. Es war als ob sie in einem ewigen Jetzt durch die Zeit schwebten, ohne Beziehung auf eine bedeutungsvolle Vergangenheit oder auf eine wünschenswerte Zukunft. Da konnte man besser verstehen, dass sie ihre tagtäglichen Aufgaben nur noch dürftig erledigten und dass sie rückfällig wurden, sobald sie wieder zu Hause waren. Die tagtäglichen Wahlen (Was mache ich jetzt?), die normalerweise von den existenziellen Wahlen (Was für ein Mensch will ich sein?) bestimmt werden, waren von diesen abgekuppelt.

Die Funktionen, die hier ausgefallen oder wenigstens beeinträchtigt sind, gehören nach den jüngsten Einsichten in den Gehirnwissenschaften hauptsächlich zum präfrontalen Kortex. Dieser ist verantwortlich für Zielsetzungen, also auch für existentielle Wahlen, und für die kritische Überprüfung, ob diese Zielsetzungen erreicht wurden. Das heisst: Was will ich tun? Und: Kann ich zufrieden sein über dem, was ich getan habe?

Die Hypothese lag auf der Hand, dass diese Klienten sich durch ihren chronischen Alkoholkonsum eine Beschädigung des präfrontalen Hirnlappens zugezogen hatten. **Gab es da überhaupt noch Chancen, etwas machen zu können?** Wir meinten, es würde sich lohnen, es wenigstens zu versuchen. Wie konnte man diese Schwierigkeit angehen? Da half uns Epikur. Für Epikur war die Frage: «Was kann ich tun um glücklich zu sein?» die zentrale Frage der Philosophie. Er hat vieles geschrieben, das meiste ist verloren gegangen, und was übrigbleibt, ist nicht immer deutlich. Doch kann man zwei Grundsätze unterscheiden:

1. Ich kann glücklich sein, wenn ich zufrieden sein kann mit dem, was ich tue;
2. Ich kann glücklich sein, wenn ich zufrieden sein kann mit dem, was ich habe.

Wir meinten, wir würden erst einmal nach Ausnahmen suchen. Also nicht gleich: Was will ich tun? (Zielsetzung), sondern zuerst einmal: Was habe ich gemacht, worüber ich zufrieden sein kann? (positive Selbstkritik). Wir beauftragten diesen Klienten, sich täglich wenigstens einmal während fünf Minuten mit den folgenden drei Fragen zu befassen:

1. Was habe ich heute getan, wodurch ich mit mir selbst zufrieden sein kann?
2. Was hat jemand anders heute getan, worüber ich zufrieden sein kann? Habe ich darauf so reagiert, dass diese Person vielleicht nochmal so etwas tun wird?
3. Was sehe, höre, spüre, rieche oder schmecke ich sonst noch, worüber ich zufrieden sein kann?

Es wurde also repetitiv eine positive kritische Einstellung induziert auf individueller, interaktioneller und kontextbezogener Ebene.

Das Resultat war sehr ermutigend. Zwei drittel dieser «hoffnungslosen» Klienten fingen schon nach drei Wochen an, ihr Leben sinnvoller zu gestalten, Freude zu erleben, an dem was sie machten und Pläne zu machen. Und: sie wurden nicht mehr oder nur noch ganz kurz rückfällig. Seitdem haben wir diese «drei Fragen zum glücklichen Leben» bei chronisch depressiven, ängstlichen und anderen Klienten mit Erfolg angewendet. Mehr und mehr Leute verwenden sie auch, um aus dem täglichen Kummer des Lebens zu steigen und sich den kleinen Freuden zuzuwenden, die im Alltag, neben dem täglichen Kummer, auch da sind: Man braucht nur auf sie zu achten. Täglich wiederholte Achtsamkeit also für die kleinen Atomen der Freude, der Dankbarkeit und, ja, des Glücks die wir täglich erleben können: ein Tagebuch des kleinen Glücks. Warum würden Sie es nicht versuchen?

Dr. Luc Isebaert

**Erleben Sie Dr. Luc Isebaert am wilob: 5./6.12.07
«Lösungsorientiertes Arbeiten im Suchtbereich!»**



vorgezeigt ...

Verdacht auf sexuelle Übergriffe bei Kindern...

Eine geschiedene Mutter beginnt am Telefon zu erzählen, Ihre fünfjährige Tochter sei von den letzten Besuchswochenenden beim Vater verstört zurückgekommen. Das Kind wolle aber nicht darüber sprechen. Zweimal habe es in letzter Zeit unvermittelt geäussert, es wolle nicht mehr zum Vater. Sie selber habe auch einmal starke Rötungen an der Scheide ihrer Tochter bemerkt.

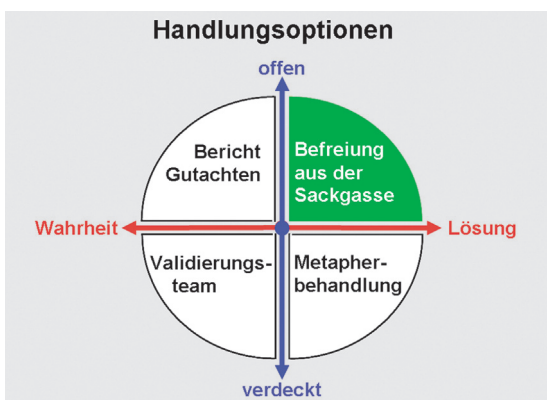
Im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung sei ein Pilzbefall festgestellt worden. Ob dieser auf sexuelle Übergriffe zurückzuführen sei, habe die Gynäkologin weder bestätigen noch entkräften können. Am Telefon spricht eine völlig verunsicherte Mutter, die nicht mehr weiter weiss. Soll sie das Kind dem Vater nicht mehr anvertrauen und mit welcher Begründung? Wie würde die Tochter darauf reagieren – wäre dies wirklich das Beste für das Kind? Was ist, wenn ihr Verdacht zu Unrecht erhoben wird?

Bis 1992 haben wir in solchen und ähnlichen Situationen aufgrund der uns bekannten gängigen Lehrmeinung gehandelt. Wir versuchten mittels Kinderbefragungen im Rahmen von Abklärungen und Gutachten herauszufinden, was wirklich geschehen war (Option «offene Wahrheitsermittlung»). Falls die Ausgangslage sehr diffus war oder der Verdacht von KindergärtnerInnen, BehördenvertreterInnen etc. geäussert wurde, sassen wir in Form von «Validierungsteams» zusammen, um der Wahrheit auf den Grund zu gehen (Option «verdeckte Wahrheitssuche»). Waren diese zwei Vorgehensweisen nicht angezeigt oder nicht möglich, so dachten wir manchmal auch an eine Metapherbehandlung (Option «verdeckte Lösungsberatung»), z.B. Aufklärungsunterricht in einer Schulklasse oder verdeckte Behandlung im Rahmen einer Musiktherapie. Die Ergebnisse der wahrheitsorientierten Vorgehensweisen waren für uns sehr ernüchternd und niederschmetternd. Vielfach kam es zu juristischen Verfahren. In den Urteilsbegründungen wurde festgehalten, dass ein Übergriff nicht auszuschliessen sei, dass aber – basierend auf dem Grundsatz «im Zweifelsfall für den Angeklagten» – ein Freispruch erfolgen müsse. Oft wurde im Anschluss daran ein übliches Besuchsrecht angeordnet. Wenn wir dann an die Kinder dachten,

fühlten wir uns hilflos, verzweifelt und traurig.

Da begannen wir (Erika Bandli und ich unterstützt von Käthi Vögtli) nach einer neuen Option zu suchen. Bei der Entwicklung des Modells war für uns die Ausrichtung auf das Wohl des Kindes zentral und logischerweise musste gelten: «Im Zweifelsfall für das Kind». Seit 1994 setzen wir nun das Praxismodell «Befreiung aus der Sackgasse» um. Wir wählen diese Vorgehensweise, wenn:

- sich die Vermutung auf sexuelle Ausbeutung auf indirekte Beobachtungen der Mutter abstützt, d.h. vom Kind keine konkreten Aussagen vorliegen,
- eine Befragung des Kindes nicht möglich oder nicht sinnvoll ist,
- der Verdacht auf sexuelle Ausbeutung juristisch kaum bewiesen werden kann.



Das Praxismodell und seine Ziele

Das entwickelte Vorgehen ist radikal kinderorientiert und basiert auf den lösungs- und ressourcenorientierten Basistheorien und Grundannahmen. Es ist von Beginn an transparent gegenüber beiden Elternteilen. Da im Behandlungsfokus sowohl Kinder stehen, die sexuell missbraucht worden sind, wie auch Kinder, bei denen der Verdacht unbegründet ist, streben wir

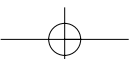
Vorteile für beide Kindergruppen an. Einige Grobziele für uns sind:

- Zukünftige mögliche sexuelle Übergriffe auf ein oder mehrere Kinder des (Familien-) Systems verhindern.
- Die negativen Auswirkungen einer sexuellen Ausbeutung oder / und der bestehenden Triangulation des Kindes im elterlichen Konflikt vermindern.
- Deblockierung der Selbstheilungs- und Selbststeuerungskräfte der Systemmitglieder, d.h. insbesondere aus einem «unentscheidbaren, verwirrenden Kontext» in einen «beurteilbaren, handlungssteuernden Kontext» gelangen.
- Bei einem Beratungsabbruch über neue relevante Daten verfügen, welche die Schutzmöglichkeiten für das Kind verbessern.

Modellphasen

Vier Hauptphasen werden im Beratungsprozess in der Regel durchlaufen.

Die erste Phase steht unter dem Motto



«Sackgasse anerkennen und neue kinderorientierte Optionen entdecken». Typisch für diese Phase ist, dass die Beteiligten erkennen, dass die bisherigen Lösungsideen nicht die gewünschten Ergebnisse für das Kind erbracht haben. Sie beginnen anzuerkennen, dass sich das Gegenüber aufgrund seiner bisherigen Wirklichkeitskonstruktion logisch und nachvollziehbar verhalten hat, z.B. weshalb die Mutter das Kind nicht mehr zu Besuch geben konnte oder der Vater den juristischen Weg einschlug. Eine Lösung durch «Klärung» der Vergangenheit (Wahrheitsebene) wird aufgegeben. Die Mutter, der Vater und die Fachleute orientieren sich strikte am Grundsatz «im Zweifelsfall für das Kind» anstelle der gesellschaftlichen Prämisse «im Zweifelsfall für den Angeschuldigten». Ein bewährtes Set von Gesprächsführungsregeln und Gesprächsverhalten ermöglicht eine zielführende Kommunikation im zumeist massiv konfliktträchtigen Gespräch. Um das Kind vor weiterem Triangulationsdruck zu schützen, nimmt es an dieser ersten Phase nicht teil.

In der zweiten Phase entwickeln die Eltern Lösungen für alle anstehenden Fragen bezüglich ihres Kindes und den Aspekten, welche ihnen Sorgen machen. Die Eltern erarbeiten unter einer straffen, strukturierenden und lösungsorientierten Gesprächsführung neue, konkrete, überprüfbare zukünftige Regeln, z.B. für das Duschen des Kindes beim Vater oder ob er das Kind vor dem Besuch eines Schwimmbades eincremt, ob und wann er das Zimmer des Kindes in der Nacht betritt usw. Auch die Themen des Vaters werden mit derselben Gründlichkeit bearbeitet. Die Regeln orientieren sich ausschliesslich am Wohl des Kindes und berücksichtigen den aktuellen Lebenskontext. Die Zufriedenheit des Vaters und der Mutter sind dabei explizit sekundär.

Eine Art Wunderfrage in diesem Vorgehen lautet: «Was ist gut für das Kind?», wobei diese situativ angepasst unzählige Male gestellt wird und immer wieder hilft auf der Elternebene zu bleiben und das Kind im Fokus zu behalten. Im Anschluss daran teilen die Eltern ihrem Kind die vereinbarten Regeln gemeinsam mit. Zudem befreien sie das Kind explizit von möglichen bestehenden Verschwiegenheitsregeln. Sie definieren unmissverständlich, was erlaubte und nicht erlaubte Beziehungen zwischen Erwachsenen und Kindern kennzeichnet. In dieser und der kommenden Phase wird die Veränderungskraft einer Vermutung genutzt, ohne dass aus der Vermutung eine unbelegte «Gewissheit» konstruiert wird.

Phase 3: Selbstschutzressourcen der Kinder ausbauen. Die betroffenen Kinder verfügen vielfach über keine hilfreichen Vorstellungen und Begriffe für den Themenbereich «sexuelle Übergriffe». In dieser Phase wird deshalb die Orientierungsfähigkeit des Kindes in diesem Themenbereich gestärkt, beispielsweise durch die Unterscheidung zwischen

«guten und falschen Geheimnissen», das Erkennen von angenehmen und unangenehmen Berührungen. Die Situation evtl. vorhandener Geschwister wird nun spätestens auch fokussiert und bei Bedarf in das Schutzsystem integriert.

Phase 4: Erprobung im Alltag. Für die Phasen 1-3 sind im Durchschnitt 6-7 Sitzungen in Abständen von 2-4 Wochen erforderlich. In der Erprobungsphase werden die Eltern in ihrer neuen kinderorientierten Kooperation mit 2-4 Sitzungen über ein Jahr hinweg bis zum Abschluss begleitet.

Praxiserfahrungen

Seit 14 Jahren wenden wir dieses Vorgehen nun an. Sehr erfreulich ist, dass allen Kindern, deren Eltern in die Beratung eingestiegen sind, mit diesem Vorgehen ein angemessener, entspannter und sicherer Kontakt zu beiden Elternteilen ermöglicht wurde – oftmals nach langen Kontaktunterbrüchen. Es ist erkennbar, dass die Kinder wieder frei sind, sich auf ihre Lebensfragen zu konzentrieren. Die konkreten, überprüfbaren Regeln wirken sich beruhigend auf die Eltern aus und reduzieren oder lösen den Triangulationsdruck auf das Kind. Alle bestehenden und weiteren Entscheidungen und Schritte rund um ihr Kind orientieren sich ab diesem Zeitpunkt am Wohl des Kindes und nicht an Rechtsforderungen oder Bedürfnissen der Erwachsenen. Die neue Kooperationsbasis befähigt die Eltern, ihre Fähigkeiten und ihr Engagement für ihr Kind sinnvoll einzubringen. Die elterliche Kooperation verbessert sich erfahrungsgemäss mindestens auf das minimal erforderliche Niveau, vielfach auf eine unerwartet konstruktive Ebene. In einem Nachuntersuchungsinterview brachte es eine Mutter auf den Punkt: «...Wir mussten hier solange miteinander reden, bis es wirklich gut war für unsere Kinder...»

Als Berater finden wir es sehr befreiend, dass wir vollständig transparent vorgehen können und durch den elterlichen Auftrag legitimiert sind, nach der Regel «im Zweifelsfall für das Kind» zu verfahren.

Daniel Pfister-Wiederkehr

Erleben Sie diesen Workshop am 6./7.11.07 im wilob!

Erika Bandli

geb. 1947, Kinder- und Jugendpsychiaterin, System- und Familientherapeutin, Leitende Ärztin KJPD Fribourg.

Daniel Pfister-

Wiederkehr geb. 1956, Sozialarbeiter, Systemtherapeut SGS, Supervisor BSO. Eigene Beratungspraxis und Lehrbeauftragter an der Hochschule Luzern.



vorgemerkt ...

Der Sommerhit von Jürgen Hargens:
 Lösungsorientierte Therapie ... was hilft, wenn nichts hilft ...
 Dortmund: borgmann, 2007,
 ISBN 978-3-86145-299-7,
 € 9,60 oder sFr 17,65

Erleben Sie viele neue Kursangebote am wilob:

Neue Workshops 1. Halbjahr 2008:

21.04.08	Ziele, Standortbestimmungen & der Raum dazwischen	Joseph Birrer
14./15.05.08	NLP-Tools & Lösungsorientierung	Daniel Pfister
16./17.05.08	Interventionskoffer für Therapeuten	Mohammed El Hachimi
28./29.05.08	Lösungsorientierte Gespräche mit Eltern	Esther Wormser
02./03.06.08	Kraftquelle Bewusstseins-Energie - Burnout verhindern	Dr. Eckhard Kuhn

Neue Workshops 2. Halbjahr 2008:

25./26.08.08	Lösungsorientiert Führen, Folgetag: 27.10.08	Dr. Sandro Vicini
01./02.09.08	Jenseits der Alltagssprache	Dr. Herbert Eberhart
08./09.09.08	Management kurz und gut: Von Analysen zu Lösungen	Dr. Hans-Peter Korn
18./19.09.08	LöA für Fortgeschrittene, Folgetag: 09.02.09	Dr. Steiner & Dr. Mentha
17.09.08	Umgang mit «Grenzfällen»	Joseph Birrer
20./21.10.08	Lösungsorientiertes Spielcoaching, Folgetag: 27.11.08	Kati Hankovszky
28./29.10.08	Lösungsorientiertes Arbeiten mit Jugendlichen	Dr. Theres Steiner
22.11.08	Neurobiologie & system.-lösungsorientiertes Arbeiten	Dr. Daniel Mentha

Neue Weiterbildungen 2008/09:

ab 10.04.08	Didaktik, Methodik und Spielcoaching	Kati Hankovszky
ab 17.07.08	Lösungsorientierte Sexualtherapie	Prof. Dr. Ulrich Clement
ab 09.10.08	Probleme sind Lösungen	Klaus Mücke, U. Fuchs
ab 13.10.08	Lösungsorientierter Trainer	Michael Dahm & Team
ab 15.06.09	Die Kraft liegt im Detail	Dr. Gunther Schmidt

AZB
 5600 Lenzburg

PP Journal
 5600 Lenzburg

(Ver-)Trauen Sie, einen Schritt vorwärts zu machen?

HIER gibt's neue wilob-Kursangebote!

verpasst ...

Werden Sie ein «gwundriges» Mitglied!

Haben Sie die letzte Ausgabe der Wunderantwort Ende Juni nicht erhalten? Dann liegt dies wohl daran, dass Sie die Fachzeitschrift noch nicht abonniert haben. Wir würden uns freuen, wenn Sie das gleich nachholen!

Bite teilen Sie uns auch mit, wenn Sie etwas an der Wunderantwort verändern und eigene Ideen und Vorstellungen einbringen möchten. Es ist uns nämlich wichtig, mit diesem Heft den Dialog mit Ihnen zu suchen und zu führen.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Ursula Fuchs

E-Mail: kontakt@wunderantwort.ch



Ursula Fuchs

Lehr-DVD:

Aufgrund der grossen Nachfrage haben wir die Lehr-DVD mit Dr. Gunther Schmidt «Das Entscheidende ist doch die Wahlmöglichkeit» professionell produzieren lassen. Bestellen Sie es doch gleich für Fr. 80.00!
 kontakt@wunderantwort.ch
 Stichwort: DVD

Impressum:

Wunderantwort, Hendschikerstr. 5,
 CH-5600 Lenzburg,
 Tel.: 062 892 90 79, Fax: 062 892 90 78
 Internet: www.wunderantwort.ch
 Verleger: wilob, CH-5600 Lenzburg
 Druck: eins Werbung & Druck,
 D-16540 Hohen Neuendorf
 Inserateannahme:
 kontakt@wunderantwort.ch
 Werbeinserate: 1/1 Seite, sFr. 1'800.00,
 Stelleninserate 1/8 Seite, sFr. 180.00
 Auflage: 4000 Exemplare, 4 x pro Jahr
 Abo: sFr. 20.00