

MFK – Info 01/2000

☑ © 1999 by MFK-Info - Münchner FamilienKolleg

**Bericht über das
MFK-Seminar im Oktober 1999**

**Scott Miller, Ph.D.
Institute for the Family, Chicago, USA**

**Lösungsfokussierte Kurzzeit-Therapie:
Arbeit mit „schwierigen“ Klienten
und „unmöglichen“ Fällen**

**Verfasser:
Gerhard Krones
unter Mitarbeit von Gaby Moskau**

Münchner FamilienKolleg
Geschäftsstelle Egenburg
Mühlstraße 6

D-85235 Pfaffenhofen/Glonn

Fon: 08134 / 92 363

Fax: 08134 / 92 365

E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de

Internet: <http://www.muenchner-familien-kolleg.de>

VORBEMERKUNGEN

„Solange die Löwen keine Schriftsteller haben, werden die Jagdgeschichten immer den Ruhm des Jägers verkünden.“ zitiert Scott Miller vom Institute for Family in Chicago ein afrikanisches Sprichwort, um im Rahmen eines Workshops beim Münchner Familienkolleg (1999) darauf hinzuweisen, dass Therapiegeschichten in der Regel heroische Erzählungen über Leistungen von Therapeuten/innen sind. Die Beiträge der Klienten/innen kommen darin kaum vor. Andererseits gibt es unzählige Berichte über hoffnungslos festgefahrene Lebensgeschichten, die Berater/innen über Klienten/innen, die sie als „chronisch“ etikettieren, untereinander austauschen.

Genau da, wo andere die Hoffnung aufgegeben hatten, fing Scott Miller zusammen mit seinen Kollegen/innen an. Er forderte dazu auf, ihm Klienten/innen zu schicken, die aufgegeben waren. Den Theorien der Klienten/innen, deren Erklärungskonzepte für das Entstehen von Problemen und ihre Veränderungsvorstellungen stellte er in den Mittelpunkt des „Projekts der unmöglichen Fälle“ und er kam zu interessanten Ergebnissen. Von diesen, den „Pfad in die Unmöglichkeit“, erzählte er im Workshop und verknüpfte diese Berichte immer wieder mit interessanten Forschungsergebnissen und letztendlich auch mit Lösungen.

DIE VIER PFADE IN DIE UNMÖGLICHKEIT

Pfad 1: Die Attribuierung als „unmöglicher Fall“

„Unmögliche Fälle“ beginnen in der Sprache, d.h. wie über sie geredet wird. Die Gründe für die Unmöglichkeit legen wir in der Regel selbst in die Klienten/innen hinein, wenn wir Verhalten als „Widerstand“, „Beziehungsunfähigkeit“ usw. bezeichnen. Scott Miller informierte in diesem Zusammenhang über eine Studie von Bartlett¹ zu Therapieabbrüchen nach der ersten Sitzung. Die befragten Therapeuten/innen vermuteten als Hauptgrund für einen Abbruch Widerstand und Beziehungsunfähigkeit der Klienten/innen, Kriterien für einen „unmöglichen Fall“, während diese selbst die fehlende Kinderbetreuung in der Einrichtung als wichtigsten Grund anführten!

Pfad 2: Theoriegeleitete Gegenübertragung

"Theoriegeleitete Gegenübertragung" bedeutet, dass Therapeuten/innen sich ihren theoretischen Traditionen gegenüber loyal verhalten. „Erzähle mir die Sorgen so, dass sie in mein Theoriesystem passen und ich diese behandeln kann.“, ist ihre Aufforderung an die Klienten/innen. Wenn diese Erklärungs- und Veränderungstheorie aber nicht paßt und sie dennoch weiter angewandt wird, dann geraten Therapeuten/innen in eine Sackgasse. Je schwieriger ein/e Klient/in erscheint, um so mehr halten Therapeuten/innen an ihrer Theorie fest und wenden weiter mehr desselben an, d.h. Prozess-Probleme werden mit mehr Prozess "gelöst". Klienten/innen dagegen haben eigene Theorien über ihre Schwierigkeiten und wie sie zu verändern sind.

In den USA dominiert im Moment das biologische Modell als Erklärungskonzept für Probleme. Versicherungen zahlen Behandlungen nur, wenn gleichzeitig Medikamente verordnet werden. Andererseits wurde 1996 in den USA eine breit angelegte Studie abgeschlossen, welche die Wirkung von kognitiver, interpersoneller, medikamentöser und

¹ Nähere Quellenangaben auch bei weiteren zitierten Forschungsergebnissen im Internet: www.talkingcure.com

von Placebo-Therapie bei Klienten/innen mit depressiven Episoden verglichen. Die Effekte für die 4 Gruppen waren alle gleich gut, woraus Scott Miller zweierlei ableitet:

1. Die Tendenz technisch besser zu werden, hilft in der Therapie nicht weiter, wenn wir nicht verstanden haben, was den Klienten bewegt, d.h. was dessen Theorie ist.
2. Was verschiedenen Therapieschulen gemeinsam ist, bringt eher Ergebnisse für die Therapie, als ihre Unterschiede.

Wenn es nicht ein bestimmtes Modell sein kann, das durchgängig wirkt, dann macht es Sinn, sich bei vielen Therapierichtungen etwas auszuleihen, was Praktiker sowieso schon tun.

Pfad 3: Mehr desselben tun

Werden Therapeuten/innen befragt, was sie weiter anwenden wollen, wenn sie in der Zusammenarbeit mit Klienten/innen steckenbleiben, gibt es zwei bevorzugte Antworten: „Dasselbe weiter und intensiver tun.“, oder: „Es muss für den/die Klienten/in noch schlimmer kommen, damit es dann besser werden kann.“

Zu Veränderungen im Rahmen von therapeutischen Prozessen formuliert Scott Miller einige wichtige Tendenzen:

- Wenn Klienten/innen am Anfang einer Therapie bei sich eine Verschlechterung feststellen, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es mit diesem/r Therapeuten/in schlechter wird.
- Je länger eine Veränderung bei einem bestimmten/r Therapeuten/in auf sich warten lässt, um so weniger wird sie bei diesem/r eintreten.
- Veränderung zu Beginn einer Therapie ist der beste Vorhersagefaktor für weiteren Therapieerfolg.
- Wenn am Anfang Veränderung war, tritt sie auch noch nach der 8. Sitzung ein, aber nicht mehr in diesem Ausmaß.
- Howard (1986) stellt fest, dass 15% der Klienten/innen sich bereits vor der 1. Sitzung verändern und die Hauptveränderung innerhalb der ersten acht Sitzungen geschieht, unabhängig vom therapeutischen Ansatz.
- Veränderung zwischen den Sitzungen ist die Regel und nicht die Ausnahme. Sieben von zehn Klienten/innen erleben Veränderungen zwischen den Sitzungen. Wenn Therapeuten/innen aber nicht von dieser Möglichkeit der Veränderung ausgehen, dann wird sie auch nicht wahrgenommen.

Pfad 4: Motivation

Es gibt keine unmotivierten Klienten/innen, sondern nur welche, die andere Ziele, andere Motive als ihre Therapeuten/innen haben. Statt Motivationsstärke stellt die Fähigkeit von Therapeuten/innen, sich auf die Ideen und Vorstellungen der Klienten/innen einzulassen einen anderen, zuverlässigeren Indikator für positive Therapieergebnisse dar. Diesem mißt Scott Miller mehr Bedeutung bei als Alter, Kultur, Chronifizierungsgrad etc.

WAS WIRKT IN DER THERAPIE?

Die amerikanische Forschung erbrachte hinsichtlich Wirkfaktoren innerhalb der Therapie folgende Ergebnisse (Abb.1) unabhängig von einer Therapierichtung:

- 40% außertherapeutische Faktoren, zufällige Ereignisse,
- 30% Beziehungsfaktoren,
- 15% Techniken, Therapiemodell,
- 15% Hoffnungen, Erwartungen der Klienten/innen, therapeutische Allianz.

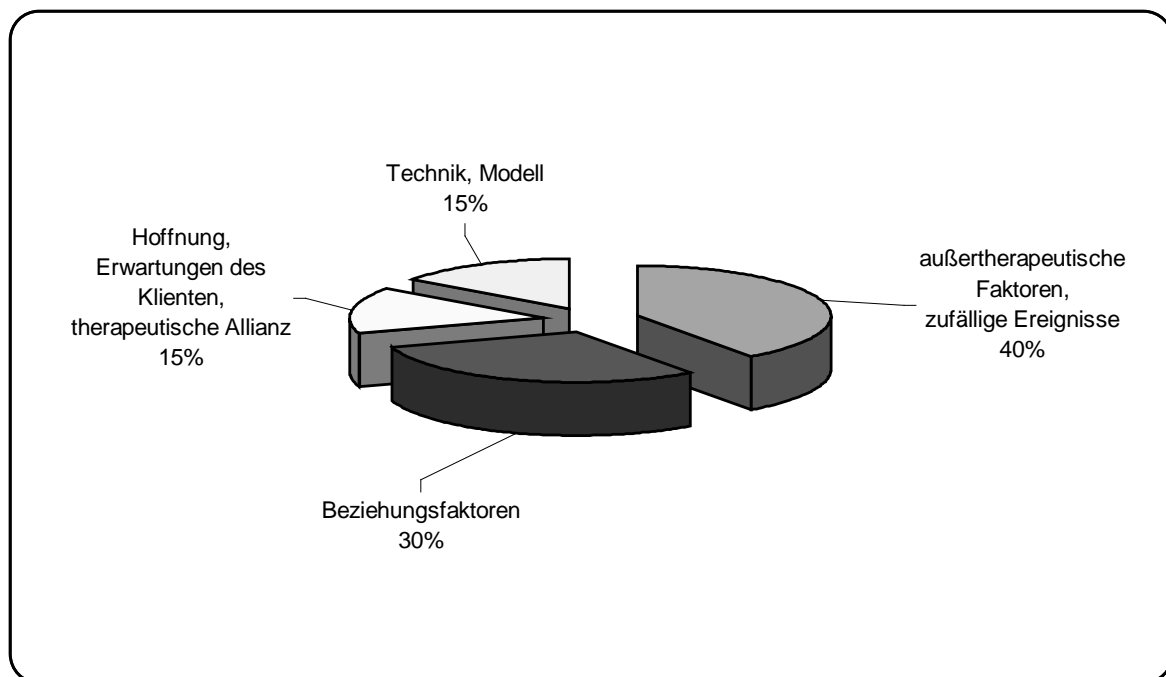


Abb. 1: Was wirkt in der Therapie?

GEGENMITTEL ZUM BESCHREITEN DER VIER PFADE IN DIE UNMÖGLICHKEIT

Aus den obigen Ergebnissen (Abb.1) entwickelt Scott Miller nun die Gegenmittel für das Beschreiten der vier Pfade ab und ordnet sie wie folgt zu:

<u>Gegenmittel</u>		<u>Pfade in die Unmöglichkeit</u>
außertherapeutische Faktoren	→	Attribuierung als schwieriger Fall
Beziehungsfaktoren	→	theoriegeleitete Gegenübertragung
Technik, Modell / Erwartungen	→	mehr desselben tun

Außertherapeutische Faktoren:

Es sind also nicht so sehr die therapeutischen Methoden, sondern eher „Zufallsergebnisse“, wie z.B. eine neue Arbeitsstelle nach langer Arbeitslosigkeit, die 40% des Therapieerfolgs ausmachen können. Daher ist die Frage bedeutsam, wie wir diese Faktoren in die Therapie mit hinein nehmen können, diese Ressourcen, die zu dem Zeitpunkt da sind, wenn ein/e Klient/in die Tür zum Therapieraum öffnet. Wie können wir sie nutzen und in den Dienst der Veränderung stellen? Fokussiere daher auf Veränderung und bleibe veränderungsfokussiert, so Scott Miller. Dabei geht es ihm nicht um Veränderungen von Mustern, Strukturen usw., sondern um die Verstärkung dessen, was der/die Klient/in an Veränderung benennt.

Beispiele:

Wenn es dann ein Medikament sein sollte, das aus der Sicht eines/r Klienten/in geholfen haben sollte, kann man dies nutzen:

„Wie hilft ihnen das Medikament, mit ihren Stärken und Ressourcen, die schon immer da waren, in Kontakt zu kommen?“

Oder, wenn ein Vater erzählt, dass ein der Aufenthalt in einem Jugendcamp seinem straffälligen Sohn zu Veränderungen geholfen hat, kann man fragen:

„Wie hat ihr Sohn das Camp zu seinem Vorteil nutzen können und was haben sie als Vater ihrem Sohn beigebracht, das er im Camp für sich nutzen konnte?“

Beziehungsfaktoren:

In der Vergangenheit wurden Beziehungsfaktoren eher als unspezifischer Wirkfaktor für Therapieergebnisse betrachtet. Scott Miller betont im Gegensatz dazu: Beziehung heilt!

Von den drei Beziehungsfaktoren:

- Beteiligung des/der Klienten/in,
- therapeutische Allianz,
- Zusammenarbeit,

hat der Faktor „Beteiligung des/der Klienten/in“ einen sehr hohen Vorhersagewert für den Therapieerfolg. Je mehr Klienten/innen überzeugt sind, dass die Beziehung gut ist, desto besser sind die Therapieergebnisse. Darüber hinaus ist bedeutsam, wie Klienten/innen aus ihrer Sicht – nicht umgekehrt - Empathie und Respekt der Therapeuten/innen ihnen gegenüber einschätzen.

Scott Miller stellt zusammenfassend fest:

- Die Qualität der Beziehung, insbesondere schon in der zweiten Therapiesitzung lässt Aussagen über ein positives Therapieergebnis zu.
- Die Wahrnehmung der Klienten/innen über die Beziehung ist wichtiger als die Wahrnehmung der Therapeuten/innen.
- Therapie sollte daher auf der Ebene der Motivation der Klienten/innen geschehen: Wie denken Klienten/innen, dass Veränderung stattfinden wird und wie denken sie, dass sie mit den Therapeuten/innen zusammenarbeiten müssen, damit ihre Probleme gelöst werden?

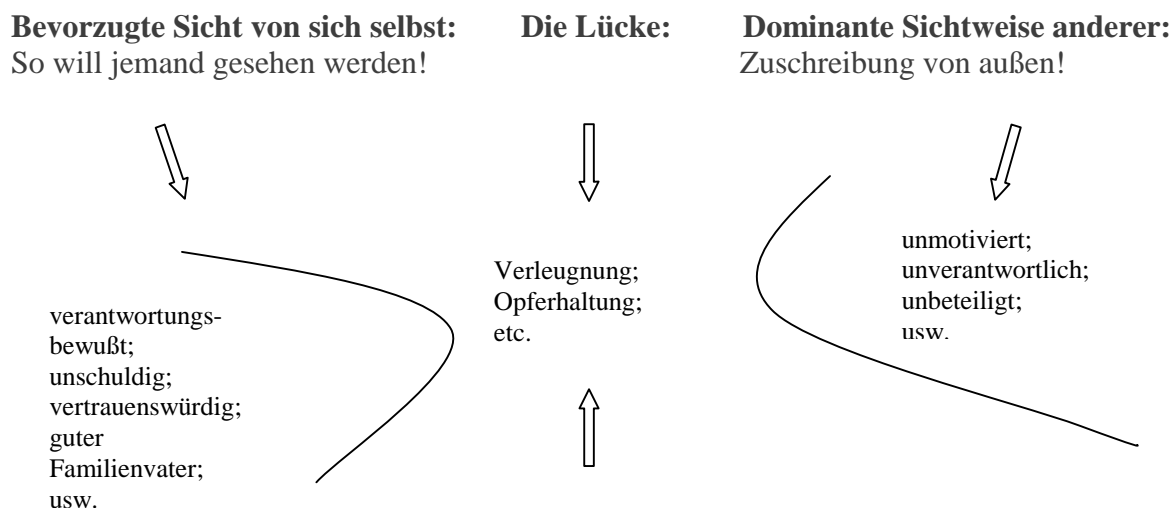
Hierzu ergab eine Untersuchung zur Therapie mit Alkoholikern/innen folgendes Ergebnis:

- Verglichen wurde Klienten/innen, die am einem 12-Schritte-Programm der AA bzw. an einem kognitiven Therapieprogramm teilnahmen.
- Am Ende der Behandlung gab es keinen Unterschied bzgl. Behandlungserfolg.
- 18 Monaten später zeigte sich jedoch ein bedeutsamer Unterschied:
Diejenigen, die Alkoholismus als Krankheit betrachteten und an einem 12-Schritte-Programm teilnahmen und diejenigen, die Alkoholismus als erlerntes Verhalten betrachteten und an einem kognitiven Therapieprogramm teilnahmen, waren jeweils erfolgreicher als die anderen.

Techniken, Therapiemodelle:

Therapiemodelle legen uns nahe, dass eine Diagnose relevant für Veränderung sei, so als wäre die Lösung das Gegenteil des Problems. Hoffnungslosigkeit entsteht jedoch nicht selten dadurch, dass Klienten/innen zunächst die Sprache ihrer Therapeuten/innen lernen müssen und diese dann die Veränderung danach einschätzen, wie Klienten/innen in der Sprache und innerhalb des Ideengebäudes der Therapeuten/innen reden.

Scott Miller propagiert gleich zu Beginn der Therapie sehr genau zuzuhören. Er zeigt wie sein Vorgehen die Sichtweisen von Klienten/innen nutzt, indem er mit der bevorzugten Sicht eines/r Klienten/in von sich mitgeht und gleichzeitig die dominante Sichtweise anderer in die Therapiesituation herein nimmt, um dann mit dem/r Klienten/in nach Wegen zu suchen, wie der andere die bevorzugte Sicht des/der Klienten/in immer deutlicher erkennen und was der /die Klient/in dazu beitragen kann (Abb. 2), d.h. das Ziel ist die "dominante Geschichte" zu de-konstruieren und eine nützlichere zu ko-konstruieren.



Der/die Therapeut/in hilft dem/der Klient/in die Lücke zu schließen.

Abb.2: Die Lücke zwischen „bevorzugter Sicht von sich“ und der „dominanten Sichtweise anderer“ über jemanden

Ziel ist es also nicht das Verhalten anzugreifen, sondern die „Lücke“ wird genutzt, um die Diskrepanz zwischen „bevorzugter Sicht von sich“ und der „dominanten Sicht anderer“ zu schließen:

- Der/die Therapeut/in hört zu, wie sich der/die Klient/in bevorzugt sieht, sich sehen möchte und gesehen werden will.
- Er/Sie fragt, wann andere ihn/sie so geschätzt haben, wie er/sie es sich wünscht.
- Er/Sie klärt, was andere noch mehr wahrnehmen können müssten, damit sie den/die Klienten/in so sehen können, wie er/sie gesehen werden möchte.

Im Rahmen dieses Vorgehens ergeben sich für die Klienten/innen viele Möglichkeiten, Verantwortung im Therapie- und Veränderungsprozeß zu übernehmen und zu zeigen.

Evaluierung

Für Scott Millers stellen sich für die Evaluierung und Qualitätssicherung seiner Therapie Fragen, die primär ergebnisorientiert sind. Jede Sitzung wird durch die Klienten/innen eingeschätzt. Bezüglich der Validität eines derartigen Fragebogens ist für ihn bedeutsam:

- Gibt er Auskunft über das, was ich wissen will?
- Was ist das intendierte, "gute" Ergebnis meiner Dienstleistung?
- Reflektiert die Therapie diese Faktoren?

Items eines Fragebogens² bzgl. Prozess und Ergebnis der Therapie sind:

- Wärme, Hoffnung und Erwartung, Zufriedenheit,
- Ergebnisse bezogen auf Symptome,
- Gefühl des Zufriedenheit,
- Übereinstimmung von Therapeut/in und Klient/in in den Zielen und den Methoden, sie zu erreichen,
- die Sicht der Klienten/innen bezüglich der Therapeut-Klient-Beziehung.

Abschließende Bemerkung

Bleibt abschließend festzustellen: Scott Miller verstand es im Rahmen des Workshops meisterhaft, komplexe Sachverhalte anschaulich und gleichzeitig unterhaltsam vorzutragen. Seinen a capella vorgetragenen Problemchor zur Erschaffung sog. "unmöglicher Fälle" würdigten die Teilnehmer/innen mit spontanem Szenenapplaus.

Freuen wir uns auf ein Wiedersehen im FamilienKolleg! ☐MFK-Info

Anschrift des Verfassers:
Gerhard Krones, Dipl.-Soz.-päd.
Mühlbergstr. 7
D-92271 Freihung

² Abrufbar im Internet: www.talkingcure.com