



Kinderleichte Lösungen

Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie

Manfred Vogt-Hillmann / Wolfgang Burr (Hrsg.)

borgmann



Wolfgang Burr

Schau mal, was schon da ist!

Ressourcenfocussierende Diagnostik

Hier geht's los

Liebe Leserin, lieber Leser, indem Sie dies lesen, haben Sie die erste Hürde auf einem etwas schwierigen Weg der Erkenntnisgewinnung übersprungen. Sie haben sich als an lösungsorientierter Therapie Interessierte von dem Wort „Diagnostik“ nicht daran hindern lassen weiterzulesen, obwohl unter engagierten Therapeutinnen und Therapeuten das Wort „Diagnostik“ zumindest in seiner traditionellen Bedeutung als Unwort gelten kann. Wie kann ich Sie also für die Idee interessieren, das Handeln im Prozess lösungsorientierter Therapie als Diagnostik zu beschreiben, so dass Sie einen Erkenntnisgewinn für diffizile Gelegenheiten am Beginn einer Therapie erwarten können?

Die Aufgabe, einen Workshop, der von Rede und Gegenrede, Handeln und konkreter Erfahrung lebt, in Schriftsprache lebendig werden zu lassen, ist nicht ganz leicht. Als lösungsorientierte Therapeuten wissen/glauben wir schließlich, dass das konkrete Fragen und Antworten und Antworten und Fragen in einem Interview viel lebendigeres Verständnis hervorbringen kann, als das Lesen eines zusammenhängenden Textes.

Diejenigen von Ihnen, die diese Erfahrung teilen, möchte ich deshalb zunächst einladen, sich ein Kind in Erinnerung zu rufen, das Sie mit seiner Unruhe in der Vergangenheit häufiger genervt hat. Dann beantworten Sie den folgenden Fragebogen in bezug auf das Kind (siehe nächste Seite):



	Ausmaß der Aktivität			
	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich stark 2	sehr stark 3
1. ist unruhig oder übermäßig aktiv				
2. ist erregbar, impulsiv				
3. stört andere Kinder				
4. bringt angefangene Dinge nicht zu einem Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne				
5. ist ständig zappelig				
6. ist unaufmerksam, leicht abgelenkt				
7. Erwartungen müssen umgehend erfüllt werden, ist leicht frustriert				
8. weint leicht und häufig				
9. zeigt schnellen und ausgeprägten Stimmungswechsel				
10. hat Wutausbrüche, explosives und unvorhersagbares Verhalten				

Im Anschluss beantworten Sie sich die Frage, was wohl als erstes geschehen müsste, um eine Änderung zu erreichen. Danach vollziehen Sie die selben Schritte mit dem folgenden Fragebogen:

	Ausmaß der Aktivität			
	kaum 0	wenig 1	viel 2	sehr viel 3
1. ist angemessen aktiv				
2. kontrolliert Erregung				
3. kooperiert mit anderen Kindern				
4. beendet angefangene Dinge				
5. ist ruhig				
6. ist aufmerksam				
7. kann abwarten				
8. ist fröhlich				
9. zeigt angemessene Stimmung				
10. zeigt Wut angemessen				



Diejenigen unter Ihnen, denen Lesen genug ist, möchte ich vorschlagen, die beiden Fragebögen auf ihre Unterschiede hin zu untersuchen und sich zu fragen, welche unterschiedlichen Wirkungen die Bögen wohl auf die Eltern haben mögen, die solch einen Bogen beantworten, und auf die Therapeuten, die ihn für sich auswerten.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops beschrieben die Unterschiede u.a. so: „Ich hatte den Eindruck, zwei völlig verschiedene Kinder zu beschreiben.“ „Nach Beantwortung des 2. Bogens hatte ich viel mehr Ideen, wie eine Änderung geschehen könnte.“ „Das Kind war mir viel sympathischer, als ich den 2. Bogen ausgefüllt hatte.“ Wie erging es Ihnen?

Der erste Fragebogen ist einem renommierten Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie entnommen und dort als diagnostische Hilfe zur Differenzierung der Problematik „hyperaktiver“ Kinder gedacht (Steinhausen, 1993), während der zweite Bogen eine Übersetzung in eine Form von Einschätzbogen darstellt, wie er ausführlicher vom Milwaukee-Team um Steve de Shazer und Insoo Kim Berg entwickelt wurde und in mehreren Variationen vom Bremer NIK-Team (Vogt-Hillmann und Burr, 1995) verwendet wird. Die Beobachtungen während des Vergleiches beider Bögen legen nahe zu glauben, dass neben dem möglichen Erkenntnisgewinn eines Beobachters vor allem eine Intervention stattfindet, die dazu führt, dass ein Kind oder ein Problem einmal so und einmal so erlebt wird. Die Wahrnehmung und das Denken eines Beobachters wird im ersten Fall auf das Problem gerichtet, im zweiten Fall auf Bereiche, die nicht mit dem Problem verbunden sind. Insofern dient der Fragebogen aber auch der Konkretisierung der Wahrnehmung in Bezug auf ein Ziel. Kein Zweifel, dass der erste Fragebogen dazu dienlich sein soll, die Tiefe des Problems auszuloten, während der zweite Bogen etwas ganz anderes leistet, was zunächst einmal nur mit „guter Stimmung“, „Sympathie“, aber auch mit „Ideen zur Veränderung“ in Zusammenhang zu bringen ist. Es liegt nahe anzunehmen, dass der zweite Fragebogen mehr Informationen darüber hergibt, was schon vorhanden ist auf dem Wege zu einem wie auch immer gearteten Ziel. Es scheint so, als ob beide Fragebögen etwas ganz Unterschiedliches leisten, oder aber, dass der erste Fragebogen eine Wahrnehmungshandlungsschleife des Systems „Therapie“ in Richtung auf das Problem einleitet, während der zweite Bogen dies vermeidet und gleich auf mögliche Therapie(Änderungs)ziele fokussiert. Der Kurztherapie wird häufig unterstellt, sie sei bezüglich der Problemexploration zu oberflächlich,



während Kurztherapeuten argumentieren, die Untersuchungsschleife zum Problem hin sei häufig überflüssig oder sogar hinderlich. Ist diese Streitfrage entscheidbar?

Beides statt entwederoder

Lösungsorientierte Therapie stellt eine ganze Reihe von Techniken zur Verfügung, die dazu dienen, den kurzen Weg zum Ziel zu gehen. Die dabei verwendeten Prinzipien sind kurzgefasst so dargestellt:

- Formulierung einer Beschwerde
- Formulierung von Zielen, die klein, konkret, realistisch und beobachtbar sind (Vogt-Hillmann, Eberling und Burr, 1992)
- Interview über Ausnahmen von der Beschwerde
- Hervorhebung von Verhaltensweisen, die als günstig erkannt wurden
- Vorschläge der Therapeutin oder des Therapeuten zur Weiterentwicklung günstiger Verhaltensweisen

Wichtig dabei ist, dass in der therapeutischen Interaktion mit Hilfe lösungsorientierter Fragetechniken eine „Lösungsebene“ erreicht und gehalten wird, die dann konkrete Lösungen hervorbringen kann. Dieses Verfahren hat sich in verschiedenen Kontexten, die man als psychotherapeutisch oder beratend definieren kann, als hilfreich erwiesen.

Das Wirkprinzip der lösungsorientierten Vorgehensweise gegenüber der traditionellen Art, Probleme durch Ursachenanalyse zu bewältigen, können Sie vielleicht erleben, wenn Sie die Augen schließen und sich einen großen Misthaufen vorstellen, der genau vor Ihnen liegt. Und Sie beginnen nun, die Ursachen des Gestanks, den Sie verspüren zu ergründen, um ihm zu entfliehen. Sie kommen vielleicht auf die Idee, sich von ihm zu entfernen, indem Sie weggehen. Aber, wenn Sie gleichzeitig das Problem im Blick behalten wollen, müssen Sie rückwärts gehen. In wie viele Kuhfladen werden Sie treten, während Sie langsam und unsicher Abstand gewinnen? Und wo werden Sie ankommen? Mit ein wenig Glück nicht gerade in der Jauchegrube.

Wenn Sie aber sich zunächst einfach umdrehen und das Problem Problem sein lassen, statt dessen sich lebhaft vorstellen, wie es dort sein wird, wo Sie jetzt lieber sein möchten, können sie schließlich vorwärts auf Ihr Ziel los gehen, mit allen möglichen Hindernissen im Blickfeld.



Was jedoch, wenn Patienten mit der Erwartung kommen, nur ein Experte könne mit seinem Handeln eine Änderung bewirken. In beratend-psychotherapeutischen Arbeitsbereichen kann man noch darauf vertrauen, mit der Frage nach der Expertenschaft relativ selten konfrontiert zu werden, weil schon vorher eine Selektion stattgefunden hat. Im medizinischen und auch kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitsbereich ist jedoch eher das Gegenteil die Regel¹. Die Hilfesuchenden gehen davon aus, dass sie sich einem Experten anvertrauen, dem sie zutrauen, vor allem mit *seinen* besonderen Erkenntnissen und Mitteln Beschwerden zu behandeln. Dieses Vertrauen ist oft so groß, dass die Aufforderung, selbst aktiv zu werden, geradezu als Affront verstanden wird. Darüber hinaus gibt es besonders im medizinischen Bereich die Notwendigkeit, zuverlässig zu erkennen, wann Expertenhandeln unabdingbar gefordert ist. Als Beispiel mag die Beschwerde „Kopfschmerz“ dienen: Auch ein überzeugter lösungsorientierter Therapeut würde vermutlich verständnislos den Kopf schütteln, käme ein Arzt auf die Idee, als nächstes die Wunderfrage zu stellen, wenn ein Patient die Beschwerde äußerte, er leide seit 4 Wochen unter kontinuierlich zunehmenden Kopfschmerzen, verspüre in den letzten Tagen häufig Übelkeit und habe heute morgen sogar erbrechen müssen. Kein Zweifel, dass ein Arzt in dieser Situation sofort an die Möglichkeit denkt, dass ein Hirntumor die *Ursache* dieser Beschwerden sein könnte und weiß, dass er als Experte in Sachen Krankheitserkennung gefordert ist und sich auf die Suche nach den Ursachen der Schmerzen begibt. Ebenso würde eine lösungsorientierte Therapeutin vermutlich in Unruhe geraten, wenn sie erführe, dass ein Arzt einer Patientin, die meist, wenn der Ehemann am Wochenende zu Hause ist, regelmäßig über Kopfschmerzen klagt, ebenso regelmäßig kommentarlos Medikamente aufschriebe, statt ihr Gelegenheit zu geben, mit der Patientin ein Interview zu führen. Zwei Beispiele aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mögen zeigen, dass die Entscheidung zu ursachenzentriertem oder lösungsorientiertem Vorgehen nicht nur in seltenen Extremsituationen erforderlich ist:

Eine Mutter stellt ihren 6-jährigen Sohn vor, weil der tagsüber zwar mit 3 Jahren trocken war, nachts aber noch regelmäßig einnässe. Eine körperliche Untersuchung hat keine Abweichungen ergeben. Eine

¹ Eine Analyse von 48 Neuvorstellungen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis ergab, dass nur 17 Patienten oder Bezugspersonen einen Rat erhofften, während 27 Aufschluss über Ursachen wünschten und 4 andersartige Expertenhilfe erhofften (Burr, 1996).



Behandlung mit einem Klingelgerät (Enuresistherapiegerät) ist Mittel der ersten Wahl, weil in 80% der Fälle ohne weitere Behandlungstermine erfolgreich.

Eine Mutter stellt ihre 10-jährige Tochter vor, die nach völlig unauffälliger Entwicklung seit 1/4 Jahr wieder einnässt, nachdem die Eltern sich getrennt hatten und die Mutter (bei der die Tochter lebt) seit einem Jahr mit einem neuen Partner zusammenlebt. In diesem Fall ist es sicherlich am erfolgreichsten, möglichst frühzeitig ein lösungsorientiertes Interview zu führen.

Therapeutische Entscheidungen in diesen Fällen erscheinen unmittelbar plausibel. Die Frage aber, wie es dazu kommt, dass sich ein Therapeut einmal entscheidet, als Experte in Sachfragen (z.B. Gesundheit) oder aber als Experte für Moderation therapeutischer Gespräche zu handeln, bleibt unbeantwortet. Wir könnten uns damit zufrieden geben, den Vorrang organmedizinischer Abklärungen und Behandlungen, die ursachenzentriert durchgeführt werden, den Vorrang einzuräumen, wie dies oftmals gefordert wird, und uns als Psychotherapeuten und Berater nur für das zuständig fühlen, was als unbehandelbar übrig bleibt. Das Dilemma bleibt jedoch – besonders für diejenigen, die versuchen, beides zu tun. Weder Psychotherapieschulen, noch die Organmedizin stellen hierfür Orientierungshilfen zur Verfügung. Müssen wir uns deshalb darauf zurückziehen, Heilkunde sei eben eine Kunst und deshalb therapeutische Entscheidungen nicht weiter erklärungsbedürftig?

Im folgenden soll ein Weg gezeigt werden, wie durch eine Sichtweise, die den lösungsorientierten Konzepten verbunden ist, ein kooperativer und respektvoller Weg gefunden werden kann, der *beides* ermöglicht: *sowohl* Ursachenanalyse, *als auch* Lösungsorientierung.

Ressourcenfokussierende Diagnostik

Der Ansatz lösungsorientierter Therapie und damit auch die ressourcenfokussierende Diagnostik geht davon aus, dass Hilfesuchende Kunden sind, die mit dem gebührenden Respekt behandelt werden möchten und die vor allem einen mehr oder weniger großen Erfahrungsschatz aus ihrem bisherigen Leben mitbringen. Dies bedeutet für uns Therapeuten, dass wir mit allem, was wir tun, von den Vorstellungen und Wünschen unserer Patienten ausgehen, und wir sind uns klar darüber, dass wir, je weiter wir uns mit unseren Vorschlägen von der



Vorstellungswelt unserer Kunden fortbewegen, einen um so größeren Erklärungs- und Verhandlungsbedarf erzeugen.

Es gibt viele ernstzunehmende Unterschiede zwischen dem Vorgang, ein Auto zur Inspektion in die Werkstatt zu bringen, und dem, zu einem Psychotherapeuten zu gehen. Eines aber ist ähnlich: Wenn Sie Ihr Auto zur Inspektion bringen, erwarten Sie, dass es nach einem Plan des Herstellers durchgesehen und gewartet wird. Sie wären jedoch sehr verwundert, wenn gleich auch die kleine Beule in der Tür, die Sie schon lieb gewonnen haben, repariert würde. Mit Recht würden Sie sich beschweren. Würde der KFZ-Meister Ihr Verhalten dann Widerstand nennen? Mag sein, sicher wäre jedoch, dass Ihr Verhältnis gestört, wenn nicht sogar zerstört wäre. Wenn Sie andererseits als Mutter oder Vater mit Ihrem Sohn oder Tochter einen Kindertherapeuten aufsuchen, weil ihr Kind nachts noch nicht trocken ist, und der Therapeut begänne zügig, Ihre Ehe zu durchleuchten, um Paar- und Generationenkonflikte zu finden, und würde als nächstes Ihnen eine Psychotherapie vorschlagen, würden Sie vermutlich ein Verhalten an den Tag legen, das der Therapeut unter Umständen als Widerstand bezeichnen würde. Und Ihr Verhältnis würde in eine Schiefelage geraten.

Wenn wir also kraft- und zeitsparend arbeiten wollen, tun wir gut daran, nicht ohne Not ganz eigene Vorstellungen zu entwickeln, sondern engstmöglich an den Vorstellungen unserer Kunden entlangzuarbeiten, ohne dabei unser Expertenwissen aus dem Blick zu verlieren. Solch ein Verhandlungsprozess lässt sich als Vier-Schritte-Modell darstellen:

Schritt 1: Beschwerde verstehen

In der Regel ist es der Therapeut oder die Therapeutin, die mit einer Frage das Gespräch eröffnet, wenn ein Patient oder eine Klientin das erste Mal die Praxis aufsucht. Auch in der Medizin haben Eröffnungsfragen, wie „Wo fehlt's denn?“ oder „Wo tut's denn weh?“ nur anekdotischen Wert. Es ist allgemein akzeptiert, offenere Fragen zu stellen. In Dienstleistungsbereichen, bei telefonischen Beratungsdiensten etc. wird man oft mit der Frage „Was kann ich für Sie tun?“ oder „Womit kann ich Ihnen helfen?“ begrüßt. Systemische Therapeuten ziehen es oft vor, offen zu lassen, ob sie es sind, die „helfen“ oder „tun“ und ziehen Formulierungen vor wie: „Was müssen Sie hier heute erleben, damit dieser Besuch für Sie nützlich ist?“ oder „Woran werden Sie nachher erkennen, dass dieser Besuch nützlich für Sie



war?“ oder „Worüber müssen wir mindestens gesprochen haben, damit sie hinterher sagen können, der Besuch habe sich gelohnt?“ Solche Eingangsfragen in einer Arztpraxis gestellt, führen allerdings oft zu Verwirrung bei den Patienten und werden nur schwer verstanden, weil sie zu ungewohnt sind. Bewährt hat sich dagegen die sehr einfache Frage, die von Steve de Shazer oft verwendet wird („What brings you here?“) „Was führt Sie her?“ Diese Frage lässt zunächst offen, was weiter passieren wird und zentriert sehr klar darauf, die wie auch immer geartete Beschwerde des Hilfesuchenden zu erfahren. Hierüber gleich zu Beginn ein klares Bild entstehen zu lassen, ist enorm wichtig, um überhaupt zu wissen, wofür denn Lösungen benötigt werden. Wenn lösungsorientierte Therapeuten sich für die Natur des Problems kaum interessieren, heißt dies jedoch nicht, dass die Beschwerde ebenfalls ohne Belang wäre, denn zunächst ist zu klären, welche Art Lösungen gewünscht werden. Nicht für alle Beschwerden können ohne weiteres Lösungen gefunden werden. Steve de Shazer schildert z.B. eindrücklich, wie im Gespräch zu Beginn einer Therapie aus der Beschwerde „Nymphomanie“ die Beschwerde „Einschlafproblem“ wird, die viel leichter zu beheben ist (De Shazer, 1992).

Solch ein Klärungsprozess, der Unterschiede hervorbringt, die Entscheidungen über den weiteren Weg des Therapieprozesses ermöglichen, werden im Allgemeinen als „Diagnostik“ bezeichnet. Lösungsfokussierende Diagnostik heißt in diesem Zusammenhang

- die Beschwerde auf Ihre Lösbarkeit zu untersuchen,
- herauszufinden, ob die Beschwerde aus mehreren Teilen besteht, die mehr oder weniger verbunden sind,
- herauszufinden, ob sich aus der Sicht der Patienten Hierarchien ergeben, in der Weise, dass sie vermuten, dass Beschwerde „C“ von selbst verschwindet, wenn Beschwerde „A“ gelöst ist, Beschwerde „B“ aber die drängendste ist,
- herauszufinden, wer die Notwendigkeit einer Therapie sieht. (Die diagnostischen Klassifizierungen „Besucher“, „Klagender“, „Kunde“ sind hier manchmal hilfreich)(de Shazer, 1989),
- herauszufinden, wer was wie wann tun kann, damit Schritte zum Ziel möglich werden.

Oft haben Patienten in der Stresssituation eines Ersttermins nicht alle Informationen gleich parat, die sie selbst als wichtig empfinden, oder es gibt Peinlichkeiten zu berichten, die sie nicht gleich aussprechen



möchten, oder aber sie befürchten schlimme Nachrichten über ungünstige Zukunftsaussichten, an denen sie irgendwie hoffen, vorbeizukommen, wenn sie nicht darüber reden. Hilfreiche Hinweise verstecken sich dann manchmal in Nebensätzen (wohlgemerkt *im Text* und nicht zwischen den Zeilen), so dass es sich bewährt, das Interview über die Beschwerde mit der Frage abzuschließen: „Ist es das, was Sie herführt, oder gibt es noch andere Dinge, über die wir noch nicht gesprochen haben?“ Dieser erste Schritt lösungsorientierter Diagnostik dauert manchmal nur 5 Minuten, manchmal aber auch eine halbe Stunde, und am Ende steht für den Therapeuten ein erstes Bild darüber, wofür der Patient Hilfe wünscht.

Schritt 2: Gemeinsame Erfahrungen sammeln

Eltern und Bezugspersonen haben dem Therapeuten in der Regel eine jahrelange Erfahrung miteinander voraus, die respektvoll gewürdigt werden sollte. Die neugierig fragende, nicht vorschnell urteilende Haltung eines systemischen Therapeuten kann als eine solche Respektbezeugung wahrgenommen werden. Wenn aber die Patienten und ihre Angehörigen darauf bestehen, Expertenrat hören zu wollen, kann dies allerdings auch gründlich schief gehen. In solch einem Fall steht der Experte vor dem schwierigen Problem, in sehr kurzer Zeit genügend Informationen zu sammeln, um passende Beschreibungen zu entwickeln. Passend, das heißt, Beschreibungen, die genügend unterschiedlich sind, um von den Patienten als *neu und bedeutsam* (siehe auch: Burr-Fulda, S. 107 in diesem Band) eingeordnet zu werden, und dadurch zur Veränderung anregen, aber nicht so ungewohnt, dass sie außerhalb aller Denkschemata der Patienten zu liegen scheinen und deshalb abgelehnt werden. Darüber hinaus bedeutet passend, dass Sachverhalte, die unmittelbares Expertenhandeln erfordern, nicht übersehen werden. Viele übliche diagnostische Vorgehensweisen eignen sich hierfür: z.B. Tests, medizinische Untersuchungsverfahren, etc.. Ressourcenfokussierendes Vorgehen heißt hierbei

1. Spaß haben
2. Herausfinden, was die Patienten *können*
3. Herausfinden, wie weit eine Entwicklung schon in Richtung auf das gewünschte Ziel fortgeschritten ist

In der Medizin sind die Untersuchungsverfahren in der Regel darauf ausgerichtet, Defizite bzw. *Symptome* als Hinweiszeichen auf *Krankheiten* zu finden. Die Dokumentation für solche Befunde ist in der



Regel sehr genau und sprachlich elaboriert, während Hinweise auf *Gesundheit* in der Regel mit einem nichtssagenden „o.B.“ beschrieben werden. Die Kinderneurologie hat hier in den letzten Jahren allerdings eine etwas andere Entwicklung genommen. Grobe neurologische Auffälligkeiten bei Kindern sind nämlich selten und erfordern dann meist unmittelbares Expertenhandeln. Dagegen lässt sich bei aufmerksamer Beobachtung recht detailliert die Entwicklung des Nervensystems und seiner Funktionen prüfen und so für viele Bereiche ein *Entwicklungsstand* feststellen. Diskrepanzen hierbei sind dann in der Regel gut verwertbar, um Therapieentscheidungen zu unterstützen.

Auch die Testpsychologie hat eine Unmenge differenzierter Verfahren entwickelt, um in kurzer Zeit Aufschluss über spezielle Sachverhalte zu geben. Aus der Sicht ressourcenfokussierender Diagnostik sind hierbei insbesondere Funktions- und Leistungstests wertvoll, weil Ergebnisse dieser Tests in der Regel Fähigkeiten oder Fertigkeiten beschreiben. Besonders Tests, deren Aufgaben im täglichen Leben nachvollziehbar und beobachtbar sind und deren Ergebnisse als Profile darstellbar sind und so unterschiedliche Leistungsbereiche gegenüberstellen, sind wertvoller als Tests, die einen oder wenige Werte als Ergebnis haben und oft auf für die Patienten unzureichend nachvollziehbare theoretische Konstrukte gründen. Bei Kindern mit Schwierigkeiten in der Schule entsteht z. B. oft die Frage nach ihrer Lernfähigkeit. Traditionelle Intelligenztests, die einen „IQ“ als Ergebnis haben, der auf Aufgaben fußt, die die Kinder im täglichen Leben kaum zu bewältigen haben, ermöglicht (aus der Sicht der Eltern und Kinder) nur die Unterscheidung zwischen „schlau“ und „dumm“. Dies ist jedoch kaum jemals hilfreich.

Selbstverständlich wissen wir als Experten für Testdiagnostik, dass diese Unterscheidung eine unzulässige grobe Vereinfachung darstellt. Doch was nützt uns dieses Wissen, wenn Eltern selbstverständlich aus unseren differenzierten Mitteilungen solche vereinfachenden Schlussfolgerungen ziehen, was immer wir auch tun, um es zu verhindern.

Neuere entwicklungsbezogene Tests, wie z.B. die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), ergeben zwar auch „IQ“-vergleichbare Werte, jedoch lassen sich die Ergebnisse in den einzelnen Skalen im Vergleich interpretieren und die Testaufgaben lassen sich Fähigkeiten und Fertigkeiten zuordnen, die die Eltern und Kinder auch im täglichen Leben beobachten. So sind die Ergebnisse in einem Befundgespräch viel reichhaltiger nutzbar, um eine gemeinsame Beschreibung



dafür zu finden, an welcher Stelle des Weges zum Ziel sich der Therapieprozess gerade befindet.

Auf ähnliche Weise lassen sich auch projektive Testverfahren verwenden, um mehr darüber zu erfahren, wie Kinder sich und ihre Umwelt wahrnehmen. Der in der Kindertherapie weit verbreitete Sceno-Test und auch zeichnerische Verfahren, wie z.B. „Familie in Tieren“, sind gute Medien, um nützliche Informationen zu gewinnen. Im Unterschied zur traditionellen Anwendung versucht ressourcenfokussierende Diagnostik bei der Durchführung und Auswertung jedoch nicht, verborgene Konflikte aufzudecken oder weitere noch nicht benannte Aspekte der Beschwerde zu finden, sondern fragt, welche *Ressourcen* sich in dem Dargestellten ausdrücken und wenn möglich, welche davon hilfreich in Bezug auf die Beschwerde sein könnten. Besonders auf diesen Aspekt ausgerichtet sind z.B. das Reden-Fühlen-Handeln Spiel (Vogt-Hillmann, 1996) und das Reporter-Spiel (Burr-Fulda und Burr, 1997).

Das Reden-Fühlen-Handeln Spiel ist ein Gesellschaftsspiel, das viele Elemente bekannter Brettspiele mit Aufforderungen zur Beantwortung von Fragen zu kindlichen Lebensbereichen und Handlungsaufforderungen verbindet, die in lustiger Atmosphäre eine spielerische Exploration ermöglichen.

Das Reporterspiel fordert die Kinder auf, von Personen ihrer Umwelt Stellungnahmen zu ihren besonderen Ressourcen zu sammeln. Beide Spiele fokussieren schon von ihrer Konstruktion her direkt auf Ressourcen.

Schritt 3: Erfahrungen (mit)teilen

Wenn wir bis hierher gediehen sind und der Meinung sind, eine Reihe von möglicherweise für Lösungen nützlichen Erfahrungen gesammelt zu haben, entsteht die Frage, was wir denn nun damit anfangen. Im Ablauf traditioneller Diagnostik würden wir jetzt dazu übergehen zu überlegen, welche Diagnose wir stellen und welche therapeutischen Konsequenzen sich daraus ergeben, und dies dann den Patienten mitteilen. Mit dem Wissen jedoch, dass unsere Erfahrungen kontext- und situationsabhängig sind und dass unsere Befunde besonders im Verhaltensbereich kaum je eindeutig zu interpretieren sind, sind wir auf die Hilfe der Patienten bzw. der Eltern angewiesen. D.h., wir suchen die Gelegenheit herauszufinden, in welchen unserer gemeinsamen Erfahrungen erste Anzeichen von Lösungen



enthalten sind. Dazu dient das Befundgespräch, in dem wir mit der gebührenden Wertschätzung unsere Beobachtungen mitteilen und im Gespräch herausfinden, welche dieser Beobachtungen geteilt werden und welche unterschiedlich zu den bisherigen Erfahrungen von Eltern und Kindern sind. Wertschätzung zu signalisieren ist wichtig, weil Eltern wie Kinder vor und am Beginn einer Therapie fast regelmäßig voller Selbstzweifel und Schuldgefühle sind, die eine konstruktive Arbeitshaltung eher behindern als fördern. Wertschätzung zu signalisieren fällt andererseits besonders leicht, wenn der Therapeut bis hierher seine Beobachtungen als Ressourcen dokumentiert hat und nicht als Defizite. Gleichwohl werden in solch einem Gespräch neben den Fähigkeiten des Kindes auch die Schwierigkeiten angesprochen, diese aber in besonderer Form. Z. B. würde ein Kinderneurologe über einen 5-jährigen Jungen vielleicht (verkürzt) sagen: „Ihr Sohn konnte nur 3 Sekunden auf einem Bein stehen, darin drückt sich ein Defizit seiner Entwicklung in der Steuerung des Gleichgewichts aus“. Wir würden in dieser Situation bevorzugen zu sagen: „Ihr Sohn musste sich ordentlich Mühe geben beim Einbeinstand, 3 Sekunden hat er es geschafft. Ich kann mir vorstellen, dass er manchmal ärgerlich über sich ist, wenn er sich mit anderen Kindern vergleicht“. Und wir würden hinzufügen: „Ist diese Beobachtung neu für Sie, oder können Sie das nachvollziehen“?

Schritt 4: Expertenschaft verhandeln

In psychotherapeutischen Kontexten ist möglicherweise schnell klar, dass die „Kundigkeit“ (Hargens, 1993) für die Beschwerde beim Kunden (Klienten, Patienten) liegt und so Schritt 2 und 3 sehr kurz sein können, in medizinischen Kontexten ist dies, wie oben geschildert, jedoch keineswegs so. Oftmals kommen die Patienten mit der Hoffnung, gegen die Kopf- oder Bauchschmerzen, Aufmerksamkeitsprobleme und unruhiges Verhalten möge ein Medikament helfen. Auch in der Medizin, die bislang entsprechende Patientenerwartungen eher unterstützt hat, setzt sich zunehmend die Erfahrung durch, dass Medikamente zwar oftmals das Schlimmste lindern, aber dafür negative Langzeitfolgen und hohe Behandlungskosten hervorbringen, so dass immer häufiger über alternative Behandlungsmethoden nachgedacht wird. Diese erfordern jedoch oftmals Aktivität und zielgerichtetes Handeln der Patienten selbst. Der Therapeut steht dann vor der Schwierigkeit „Compliance“ herzustellen. Das heißt, der Therapeut muss die



Grenzen seiner Expertenmöglichkeiten mitteilen und es entsteht die Frage „Wer kann was tun?“.

An erster Stelle ist dabei zu fragen, welche Vorstellung die Patienten davon mitbringen. Ein Gespräch darüber kann man mit der Frage „Was kann ich für Sie tun?“ oder etwas pointierter mit „Was möchten Sie, dass ich für Sie tue?“ einleiten. Hierbei erfährt der Therapeut meist sehr genau, ob ein Rat gewünscht wird, ob eine Ursachenforschung erwartet wird, oder ob der Arzt ein Medikament oder eine Übungsbehandlung (Krankengymnastik, Ergotherapie) verordnen soll. Wenn der Therapeut den Mut aufbringt, dies so konkret zu fragen, können meist sehr viel schneller die gegenseitigen Erwartungen und Möglichkeiten abgeglichen werden als wenn diese Frage ungestellt bleibt. Patientenantworten auf diese Frage müssen nicht bedeuten, dass die Therapeutin in ihrem Handeln festgelegt wird, aber sie erfährt, wo sie erklären und erläutern muss, wenn sie Abweichendes in Erwägung zieht und welchen Bewegungsrahmen sie ohne erneute Verhandlung zugestanden bekommt.

Besonders in der Entwicklungstherapie von Kindern hat sich gezeigt, dass Behandlungserfolge sehr viel schneller zu erreichen sind, wenn Eltern aktiv die Lebensumwelt der Kinder entwicklungsfördernd gestalten. Dafür ist es aber notwendig, dass sie die Gedanken der Therapeuten verstehen und nachvollziehen können und die Therapeuten verstehen, welche Ressourcen die Eltern und deren Lebenskontext bieten.

Wenn wir den Prozess lösungsorientierter Diagnostik so verstehen, dass wir auf eine Weise Unterschiede erzeugen, dass wir erfahren und verhandeln können, wer, welche Ressourcen zur Behebung einer Beschwerde beitragen kann, dann kommt es vor allem darauf an, eine Möglichkeit zu schaffen, sich gegenseitig den verfügbaren „Pool“ an Ressourcen zu zeigen und gemeinsam ein Passen zu entwickeln.

Der Kreis schließt sich

Lösungsfokussierende Diagnostik wurde hier als linearer Vorgang beschrieben, obwohl dies den Prozess nur ungenügend abbildet. Dies ist als Konzession an die Linearität von Sprachsequenzen zu verstehen und insbesondere von Schriftsprache. So werden Sie, liebe Leserin, lieber Leser, sich vielleicht gefragt haben, ob nicht bei dem oben skizzierten Modell Schritt 3 und 4 auch austauschbar wären,

