

Hirschberger, Rainer und Meyer, Birgit

## **Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie – Ergebnisse einer Evaluation**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 2, S. 89-100*

urn:nbn:de:bsz-psydok-49687

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# ORIGINALARBEITEN

## Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie – Ergebnisse einer Evaluation

Rainer Hirschberg und Birgit Meyer

### Summary

*Contract Focused Short Term Group Therapy – Results of an Evaluation*

A short description outlines the development of commission focused short term therapy (AFoG) for children and adolescents. Subsequently the generic principles of psychotherapy are applied to AFoG in order to underline the basic assumptions of this variation of systemic group therapy. Behavioural changes arising in different contexts (school, family, group therapy) show the need for an appropriate flexibility of group therapy techniques. The evaluation was accomplished using the Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18) at the beginning and 3 month after the end of the group therapy. The results show positive effects which finally are discussed critically.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 89-100*

### Keywords

systemic therapy with children and adolescents – commission – group therapy with children and adolescents – evaluation – short term therapy

### Zusammenfassung

Eine kurze Beschreibung skizziert die Entwicklung der Auftragsfokussierenden Gruppenkurztherapie (AFoG) für Kinder und Jugendliche. Danach werden die generischen Prinzipien von Psychotherapie auf die AFoG übertragen, um die Grundannahmen dieser Variante systemischer Gruppentherapie zu unterstreichen. Verhaltensänderungen, die in unterschiedlichen Kontexten (Schule, Familie, Gruppentherapie) erscheinen, zeigen die Notwendigkeit einer angemessenen Flexibilität von Gruppentherapietechniken. Die Evaluation wurde mittels der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18) zu Beginn und drei Monate nach Beendigung der Gruppentherapie durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen positive Resultate, die abschließend kritisch diskutiert werden.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 89 – 100 (2010), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

## Schlagwörter

Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen – Auftrag – Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen – Evaluation – Gruppenkurztherapie

### 1 Das Konzept der Auftragsfokussierenden Gruppentherapie

Im Jahr 2001 startete dank der Offenheit der Praxisinhaber einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, die im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung arbeitet, eine erste Gruppentherapie in Zusammenarbeit mit C. Naths, einer systemischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Der systemische Therapeut B. Konerding begann 2004 mit einem auf Gruppenkontexte übertragenen Konzept des therapeutischen Zauberns (Neumeyer, 1999, 2000), die Gruppentherapien mitzuleiten. In den letzten acht Jahren wurden über 90 Gruppentherapien angeboten, was bei einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von acht Kindern eine Gesamtanzahl von über 700 Kindern und Jugendlichen ergibt, die in den Gruppen an ihren Aufträgen arbeiteten.

In der Frühphase der AFoG hatten unter anderem die Forschungsergebnisse des Mental Research Institute in Palo Alto großen Einfluss auf die Konzeptentwicklung. Watzlawick, Weakland und Fisch betonten, es „[...] hat uns unsere Arbeit gezeigt, dass die Festsetzung eines konkreten, erreichbaren Ziels einen positiven Rosenthal-effekt bewirkt“ (1974, S. 137). Die Autoren vertreten die Auffassung: „Wir stimmen mit jenen Therapeuten überein, die festgestellt haben, dass eine von vornherein zeitlich begrenzte Behandlungsdauer die Aussichten auf Erfolg erhöht“ (ebenda, S. 138). Die Therapiedauer am Mental Research Institute in Palo Alto war auf zehn Sitzungen begrenzt. Die Idee einer produktiven Therapiezeitverknappung kombiniert mit einer expliziten Ziel- bzw. Auftragsklärung wurde zu einem Grundpfeiler der Auftragsfokussierenden Gruppenkurztherapie (AFoG). Bezüglich Kontrakten, die hier ähnlich wie Auftragsklärungen verstanden werden, betont Salvendy: „Obwohl die Bedeutung eines Kontrakts für den Erfolg der Einzelpsychotherapie schon seit längerem bekannt ist, wurde dies für die Gruppenpsychotherapie erst in den letzten zwei Jahrzehnten bewiesen und anerkannt“ (2001, S. 79). Für die Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen stehe der Beweis noch aus. Möglicherweise ist dieser Aufsatz ein weiterer kleiner Schritt in Richtung einer Anerkennung der Wirksamkeit von Kontrakten bzw. von Auftragsklärungen. Eine erste Studie zur Wirksamkeit der AFoG mittels des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Matzejat und Remschmidt (1998) wurde veröffentlicht (Hirschberg u. Peiser, 2006). In dieser Studie wurden 65 Fragebögen von Kindern und Jugendlichen, sowie 91 Elternfragebögen ausgewertet.

Seit dem Beginn der AFoG blieb folgendes Vorgehen gleich: Es findet ein Auftragsklärungsgespräch statt, bei Bestehen eines Auftrages folgen fünf Treffen mit den Kindern, ein Elterntreffen, daraufhin folgen weitere fünf Treffen mit den Kin-

dern und ein zweites Elterntreffen. Im Jahr 2004 kam noch ein Einschätzungstreffen dazu, an dem Kinder und Eltern gemeinsam ein Vierteljahr nach dem zweiten Elterntreffen teilnehmen.

Der Auftragsklärungsbogen umfasst seit dem Beginn folgende Fragen:

1. Was wünsche ich mir von der Gruppe, was möchte ich bekommen?
2. Was wünsche ich mir nicht in der Gruppe?
3. Was bin ich bereit, den anderen in der Gruppe zu geben?
4. Was soll sich nach neun Treffen für mich verändert haben?
5. Woran würde ich merken, dass sich etwas verändert hat?
6. Woran würden andere (meine Eltern, Lehrer, Freunde...) merken, dass sich etwas verändert hat?
7. Welche Nachteile könnte es haben, wenn ich mich ändere?
8. Wieviel Kraft will ich einsetzen, dass sich etwas ändert?

Durch das gemeinsame Auftragsklärungsgespräch mit Kindern und Eltern entstand in den meisten Fällen eine positive Grundstimmung gegenüber der Gruppentherapie. Sogenannte Widerstände, die aus systemischer Sicht eher als Therapeutenfehler gewertet werden können (vgl. u. a. de Shazer 1984), traten und treten nur bei „unsauberer“ Auftragsklärung auf. So kann jedes Kind im Beisein seiner Eltern entscheiden, was es in der Gruppe lernen will. Es wird also kein Kind in der Gruppe *behandelt*, sondern es wird *verhandelt*, was für alle Beteiligten eine akzeptable, *beobachtbare* Veränderung wäre. Isebaerts Konzept der Wahlfreiheit wurde immer wichtiger, wobei der Therapeut nicht den Auftrag habe die Patienten zu ändern, „[...] sondern ihnen dabei zu helfen einen Kontext zu erzeugen, in dem sie wählen können, sich zu ändern (2005, S. 2). Das Konzept einer Ressourcenorientierten Gruppentherapie (Hubert u. Vogt-Hillmann, 2005), die Übertragung der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie (De Shazer, 1989a, 1989b, 1992, 1996) auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (u. a. Vogt-Hillmann u. Burr, 1999; Vogt-Hillmann, Eberling, Burr, 1999; Vogt-Hillmann, 2002; Steiner u. Berg, 2008), aber auch die Idee einer Ressourcenfocussierenden Diagnostik (Burr, 1999; Andrecht u. Geiken, 1999; Hirschberg, 2008), die Kunden-, Kontext-, Zukunfts- und Ressourcenorientierung systemischer Kindertherapie, die der „[...] differenzierten Betrachtung von Anlass, Auftrag und Zielformulierung hohe Bedeutung [...] beimesse (Rotthaus, 2002, S. 526; Rotthaus, 1999), das Verständnis vom Expertentum der Klienten (u. a. Anderson, 1996; Andersen, 1996), nicht zuletzt Therapie als Ritual zu denken (u. a. Imber-Black u. Roberts, 1993; Dreesen, 1995; Dreesen u. Vogt-Hillmann, 2005) nahmen einen immer stärkeren Einfluss auf die heutige Konzeption. Ein Blick in die gängigen Trainings und Beschreibungen von Gruppentherapien mit Kindern und Jugendlichen in der Fachliteratur lässt fast gänzlich eine Auftragklärung *vor* der Gruppentherapie vermissen. Auftragfokussierende Gruppenkurztherapie wird als ein Metakzept verstanden, das den Rahmen für unterschiedliche Gruppenangebote in der Praxis darstellt.

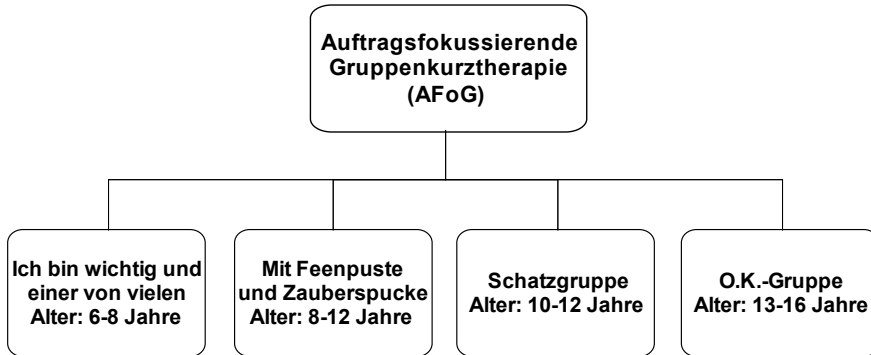


Abbildung 1: AFoG als Metakonzzept

Abbildung 1 zeigt die derzeit in der Praxis angebotenen Gruppentherapien, die nach dem AFoG-Konzept arbeiten. Eine genauere Beschreibung der Inhalte der einzelnen Gruppen findet sich bei Hirschberg (2009). In allen Gruppen finden sich folgende Elemente der AFoG:

- Eine genaue Auftragsklärung mit den relevanten Bezugspersonen als Bedingung für die Gruppenteilnahme
- Eine ritualisierte Eingangsrunde mit folgenden Elementen:
  - Kurze Benennung des Auftrags
  - Kurze Mitteilung über die derzeitige Stimmung
  - Kurze Beschreibung der beobachteten Veränderungen
  - Skalierung der Selbsteinschätzung (1 = Ich bin am Anfang, 10 = Ich habe mein Ziel erreicht)
  - Kurze Beschreibung, ob auch andere schon Veränderungen beobachtet haben.
  - Kurze Einschätzung, wie die bisherigen Veränderungen bewertet werden.
  - Die ausdrückliche Erlaubnis, dass auch Rückschritte und „schlechte“ Gefühle sein dürfen
- Eine ritualisierte Abschlussrunde mit folgenden Elementen:
  - Kurze Benennung dessen, was als gut erlebt wurde
  - Kurze Benennung dessen, was besser hätte sein können
  - Kurze Benennung dessen, was gelernt wurde bzw. hätte gelernt werden können
- Ein ritualisiertes Elterngespräch mit folgenden Elementen:
  - Benennung der beobachteten Veränderungen der Kinder und Jugendlichen
  - Einführung des Zauberswortes „Noch“
  - Betonung der Beobachtung auch noch so kleiner Veränderungen
- Eine konsequent lösungsorientierte Haltung der Therapeuten mit folgenden Elementen:
  - Fertigkeiten des Nichtwissens (De Jong u. Berg, 2003)
  - Wertschätzung der Kinder und Jugendlichen als Experten für Lösungen

- „Leading from one Step behind“ (De Shazer)
- Erzeugung eines wertschätzenden Kontextes in den Gruppen
- Haltung der Wahlfreiheit, permissive Haltung (s. o.)

Diese Zusammenfassung erfindet das Rad nicht neu, ist jedoch eine konsequente Anwendung systemischen und lösungsorientierten Denkens auf die Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. Die ritualisierte systemisch-lösungsorientierte Fokussierung auf den sich auch mitunter verändernden Auftrag wird als zentrales Wirkelement gesehen.

## 2 Hypothese über die Wirkfaktoren der AFoG

Schiepek (2001) spricht bei seiner Analyse von Wirkfaktoren in der Psychotherapie auf der Grundlage der Synergetik von generischen Prinzipien. Diese Prinzipien überträgt Vogt auf die systemisch-lösungsorientierte Therapie (2008). In der folgenden Tabelle sind die generischen Prinzipien auf die AFoG übertragen, wobei ein enger Zusammenhang zu der von Vogt dargestellten Systematik besteht (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Wirkfaktoren der AFoG

Generische Prinzipien der Psychotherapie	Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie
Schaffen von Stabilitätsbedingungen als vertrauensbildende und sicherheitsvermittelnde Maßnahme, um einen Ordnungszustand zu verlassen, um in einen anderen Ordnungszustand einzugehen	Kennenlernen von beiden Therapeuten vor der Gruppentherapie, Einbeziehung und Einvernehmen der zentralen Bezugspersonen, Erzeugung eines wertschätzenden Kontextes innerhalb der Gruppe, Wahlfreiheit bezüglich von Veränderung, Markierung von Störungen als produktives Geschehen (Cohn, 1974), Ritualisierung des Anfangs und des Endes der Gruppenstunde nach den o. g. Kriterien
Identifizieren von Mustern (Handlungsregel) relevanter Systeme, auf deren Grundlage ein Phasenübergang stattfinden kann	Reflexive Fragetechniken, wie Fragen zur Zukunftsorientierung, zur Perspektive des Beobachters, zur unerwarteten Kontextveränderung, zum normativen Vergleich, zur Klärung von Unterschieden, zur Prozessunterbrechung (vgl. u. a. Tomm, 2004), Fragen zur Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktion (vgl. zusammenfassend v. Schlippe u. Schweitzer, 2007), Suche nach Ressourcen und Ausnahmen vom Problem, Suche nach bisherigen Lösungsversuchen (vgl. Vogt, 2008)
Sinnbezug mit Patienten/Klienten herstellen	Auftragsklärung, ggf. Reformulierung des Auftrags, Vogt (2008) sieht im Sinnbezug die Grundlage therapeutischer Compliance
Kontrollparameter identifizieren und aktivieren, so dass eine Energetisierung stattfinden kann	Einfache zirkuläre Fragen wie: „Wer hat noch eine Veränderung beobachtet?“, Eltern als Kontrollparameter wertschätzen, Vogt beschreibt das „Herausarbeiten vorhandener Ressourcen, Betonen der Selbstwirksamkeit und das Erzeugen von Fortschritt- und Änderungsoptimismus (ebd.)“

Tabelle 1: Wirkfaktoren der AFoG (Fortsetzung)

Generische Prinzipien der Psychotherapie	Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie
Fluktuationsverstärker erkennen und realisieren, so dass De-Stabilisierungen des bisherigen Ordnungszustandes möglich werden	Komplimentieren von Veränderung, „Solution-“ anstelle von „Problem-Talk“, Ritualisierte Skalierungsfragen, um dadurch Transparenz des Veränderungsprozesses zu erhöhen, Feedback der anderen Gruppenteilnehmer nutzen, Eltern als Fluktuationsverstärker gewinnen, Reframing (Bandler u. Grinder, 2001)
„Kairos“ (den bedeutungsvoll passenden Zeitpunkt erkennen und nutzen)	Externalisierung des Kairos in die Zeit zwischen den Sitzungen mittels Beobachtungsaufgaben, Gelassenheit gegenüber Veränderungsprozessen
Gezielte Symmetrieunterbrechungen ermöglichen, die die Perspektive neuer Ordnungszustände ermöglichen	Beobachtungsaufgaben, die o. g. Fragetechniken, wertschätzendes Feedback durch GruppenteilnehmerInnen und Therapeuten, Dekonstruktion bisheriger Glaubenssätze
Restabilisieren, bzw. Stabilisieren innerhalb neuer Ordnungsmuster	Komplimentieren von Auftragsannäherung, Kopplung der Veränderung mit positiven Gefühlen („Wie geht es dir damit, dass ...“), Ökocheck, d. h. Klärung der Kompatibilität einer Veränderung mit gesamten Lebenssituation einer Person (vgl. u. a. Birker u. Birker, 1997)

Die einzelnen Wirkfaktoren stehen in enger, sich wechselseitig beeinflussender Beziehung zueinander. Die Aufgabe der Therapeuten wird der Erzeugung eines Möglichkeitskontextes von Veränderung nach den o. g. Kriterien gesehen.

### 3 Ein Metaplan der AFoG

Bekanntlich verändern sich Symptome und Problemwahrnehmungen in der Zeit. Goolishian und Anderson radikalieren diese Annahme folgendermaßen: „Alle Probleme lösen sich mit der Zeit auf“ (1990, S. 224). Ebenso wie sich Veränderungen der Problemwahrnehmungen in der Zeit ergeben, ändern sie sich in verschiedenen Kontexten. Diese Grundannahme wird bei der Anwendung der AFoG als ein Metaplan für ein weiteres therapeutisches Vorgehen verwendet. Der Einfachheit halber werden die Problemwahrnehmungen innerhalb der Kontexte Schule, Familie und AFoG verglichen, um Unterschiede zu erarbeiten. Die Beschreibung von Unterschieden findet innerhalb der Kinder- und Jugendlichentherapiegruppen, vor allem aber bei den Elterntreffen statt. Gleichzeitig sind die Unterschiede, die Unterschiede machen (vgl. u. a. Simon 1988), eine Orientierung für die Therapeuten für das weitere therapeutische Vorgehen. In Tabelle 2 wird unterschieden zwischen Problemwahrnehmung (PW) und keine Problemwahrnehmung (OK).

An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass Kinder unabhängig von ihrer Diagnose in die Gruppen aufgenommen werden. Aufnahmekriterium ist die Fähigkeit und Bereitschaft von Kind und den relevanten Bezugspersonen, meist seinen Eltern, einen

Auftrag zu formulieren. Nach der Gruppentherapie findet ein erneutes Auftragsklärungsgespräch mit Kind und Eltern statt, um das weitere Vorgehen abzusprechen.

Tabelle 2: Problemwahrnehmung in unterschiedlichen Kontexten

Schule	Familie	AFoG	Weiteres Vorgehen
PW	OK	OK	Einbeziehung der Sicht der LehrerInnen mittels zirkulärer Fragen, Angebot LehrerInnen bei einem gesonderten Termin mit einzubeziehen, Wertschätzung der Bereiche, in denen es funktioniert, Fragen nach Ausnahmen innerhalb des schulischen Kontextes
OK	PW	OK	Zirkuläre Fragen, Hinweis, dass Auffälligkeiten zuhause besser seien als in der Schule, da Eltern direkt etwas verändern können, Angebot der Möglichkeit einer familientherapeutischen Sitzung
OK	OK	PW	Positive Konnotation des auffälligen Verhaltens in der Gruppe als Nutzung eines Möglichkeitsraumes, ggf. Auftragsüberprüfung, da die problematischen Bereiche unauffällig sind
PW	PW	OK	Wertung des Ausdrucks sich anders zu verhalten zu können, Aussage, dass die Fähigkeit, die in der Gruppe gezeigt werde „nur noch“ in andere Situationen übertragen zu werden brauche
PW	OK	PW	Gespräch mit Kindern und Eltern, Frage wie es sich erklärt, dass es zuhause gut funktioniert (z. B. Kultur der Konfliktvermeidung? Nehmen die Kinder Rücksicht auf ihre Eltern?), erneute Auftragsklärung
OK	PW	PW	Frage, wie es gelingt, dass das Verhalten in der Schule so gut funktioniert, ggf. eine erneute Auftragsklärung, ggf. spätere familientherapeutische Treffen
PW	PW	PW	Frage, ob die AFoG sinnvoll ist, bei ausgeprägten Konzentrationsschwierigkeiten ggf. eine medikamentöse Unterstützung, in jedem Fall sollte eine erneute Auftragsklärung stattfinden
OK	OK	OK	Ist der Auftrag erfüllt? Gibt es einen weiteren Auftrag?

#### 4 Evaluation der AFoG

In den Jahren 2007/2008 wurde den Eltern der Kinder und Jugendlichen, die während dieser Zeit an einer Therapie nach dem AFoG-Modell teilnahmen, nach der ersten Sitzung (T1) die Child Behavior Checklist zur Beurteilung ihrer Kinder vorgelegt. Ein Vierteljahr nach der Therapie, beim Einschätzungstreffen (T2) wurde die CBCL ein zweites Mal erhoben.

Im Zuge der Diagnostik wird in der Praxis an die Eltern routinemäßig die Child Behavior Checklist/4-18, kurz CBCL (Döpfner et al., 1998) eingesetzt. Als bewährtes Screeninginstrument soll die CBCL hier als Indikator für psychische Auffälligkeiten genutzt werden.

Neben einem Kompetenzteil, der hier aufgrund geringer Aussagekraft und einer unzureichenden inneren Konsistenz (vgl. Achenbach u. Edelbrock, 1981 und Verhulst et al., 1985; zit. nach Remschmidt, 1990) nicht berücksichtigt werden soll, werden in der CBCL in einem Problemteil Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten



und körperliche Beschwerden erfasst. Die Eltern beurteilen ihre Kinder anhand von 120 Items auf einer drei-stufigen Skala: 0 – nicht zutreffend, 1 – etwas oder manchmal zutreffend, 2 – genau oder häufig zutreffend, wobei 0, 1 und 2 als Rohwertpunkte verrechnet werden. Die Items werden in acht Skalen zusammengefasst, die wiederum in übergeordnete Kategorien eingeteilt werden: *internalisierende Auffälligkeiten* (bestehend aus den Unterskalen *sozialer Rückzug* – 9 Items / *körperliche Beschwerden* – 9 Items / *ängstlich/depressives Verhalten* – 14 Items) und *externalisierende Auffälligkeiten* (*dissoziales Verhalten* – 13 Items / *aggressives Verhalten* – 20 Items) sowie *gemischte Auffälligkeiten* (*Aufmerksamkeitsprobleme* – 11 Items / *soziale Probleme* – 8 Items / *schizoid/zwanghaftes Verhalten* – 7 Items) und die Skala *andere Probleme* (33 Items). Anhand von t-Wert-Tabellen werden die addierten Rohwertpunkte zu einer Normstichprobe, die laut den Autoren des Fragebogenmanuals hinsichtlich der „Verteilung zentraler soziodemographischer Merkmale“ (vgl. Döpfner et al., 1998) als hinreichend repräsentativ gewertet werden kann, in Beziehung gesetzt. Bei t-Werten über 63 wird ein Kind oder ein Jugendlicher als *auffällig* beurteilt. Je höher die t-Werte als desto stärker ist die psychische Auffälligkeit zu beurteilen.

Wenn die AFoG erfolgreich ist, ist davon auszugehen, dass die Eltern ihre Kinder vor der Therapie als auffälliger beurteilen als nach der Therapie. Die Hypothese, die in dieser Untersuchung geprüft werden soll lautet daher: Ein Vierteljahr nach Anschluss der Therapie haben die Kinder und Jugendlichen signifikant niedrigere t-Werte auf den CBCL-Skalen als zu Beginn der Therapie.

Insgesamt wurden von 121 Kindern und Jugendlichen CBCL-Daten erfasst. In die Auswertung gehen jedoch nur die Daten von 82 Teilnehmern ein. Ausgeschlossen wurden unvollständige Datensätze sowie Fragebögen von Kindern oder Jugendlichen, die bei weniger als 70 % der Therapiesitzungen dabei waren. Das jüngste Kind ist bei Therapiebeginn 6, der älteste Jugendliche 17 Jahre alt. Das Durchschnittsalter beträgt 10,7 Jahre. 67 % (55) der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sind männlich, 33 % (27) weiblich. Bei der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen wurde eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend (F 90.0 - F90.9) diagnostiziert.

Nicht alle Kinder und Jugendlichen erreichten bei Therapiebeginn gleich hohe t-Werte in der CBCL. Deshalb wurde die Stichprobe in drei Auffälligkeitsbereiche eingeteilt (die Spanne der erreichten t-Werte wurde in Drittel aufgeteilt, vgl. Tabelle 3, 1. Spalte). Maßgeblich waren dafür die t-Werte zum ersten Messzeitpunkt T1. Bei Teilnehmern der AFoG, die schon zu Beginn niedrige t-Werte in der CBCL erreicht haben, wird das Problemfeld, das im Verlauf der vorangegangenen Diagnostik abgesteckt worden ist, durch die CBCL nicht gut abgebildet und hätte hier durch ein anders Verfahren erfasst werden sollen. Veränderungen bei dieser Teilgruppe können daher durch die CBCL kaum verdeutlicht werden, was sich in den nicht signifikanten Ergebnissen (siehe folgende Abschnitte) widerspiegelt.

Um festzustellen, ob die Mittelwerte aus der T1- und der T2-Messung signifikant voneinander verschieden sind, werden t-Tests für verbundene Stichproben gerechnet. Dabei wurde, wie üblich ein  $\alpha$ -Niveau von 0,05 gewählt. In Tabelle 1 sind die Ergebnisse der

Auswertung abzulesen. Wird die gesamte Stichprobe betrachtet, weichen die T1-Werte von den T2-Werten statistisch sehr signifikant voneinander ab, die mittlere Abweichung beträgt 5 t-Wert-Punkte. Beim Vergleich der beiden Messzeitpunkte, fällt auf, dass sich der Mittelwert der Gesamtauswertung vom klinisch auffälligen, in den unauffälligen Bereich (Cut bei t-Werten < 63) verschoben hat ( $M_{T1} = 64,8$ ;  $M_{T2} = 60,0$ ). Wird die Stichprobe nach den drei Auffälligkeitsbereichen unterschieden, ist für die Gruppe der nach der CBCL unauffälligen Kinder und Jugendlichen (t-Werte bis 63) keine signifikante Verbesserung zu berichten, was, wie oben schon angedeutet, an einer ungenauen Messung durch die CBCL in diesem Wertebereich liegen könnte. Für auffällige (t-Werte zwischen 64 und 70) und besonders für die sehr auffälligen Kinder und Jugendlichen (t-Werte zwischen 71 und 80) zu Beginn der Therapie fällt der t-Test signifikant aus. Auch der augenscheinliche Vergleich der Mittelwerte zeigt eine deutliche Veränderung in Richtung Unauffälligkeit. Der Mittelwert für die sehr auffälligen Kinder und Jugendlichen sinkt zwar nicht unter den Cut-Wert von 63, es muss dabei jedoch beachtet werden, dass es sich hier lediglich um den Mittelwert über alle Kinder und Jugendlichen handelt und es sich sehr wohl in einem beachtlichen Teil der Fälle um Verbesserungen handelt, die die Werte in den unauffälligen Bereich absinken lassen.

Bezogen auf die gesamte Stichprobe ist die Effektstärke ( $d = 0,55$ ) als mittelmäßig einzustufen, bei der Teilstichprobe mit Anfangs-t-Werten zwischen 64 und 70 als mittelmäßig ( $d = 0,57$ ) und bei der Teilstichprobe mit Anfangs-t-Werten ab 80 als sehr hoch ( $d = 1,88$ ) zu bewerten.

Wie in der Gesamtauswertung fallen die t-Tests für die zusammengefassten Skalen *internalisierende* und *externalisierende Störungen* für die gesamte Stichprobe sowie für die Teilstichproben der auffälligen und sehr auffälligen Kinder und Jugendlichen signifikant aus. Die Veränderungen sind auch hier derart gerichtet, dass sie auf Therapieerfolg hindeuten.

Tabelle 3: Ergebnisse für die „Gesamtgesamtauswertung“; angegeben sind jeweils der Gruppenmittelwert (M), die Standardabweichung (SD), die Gruppengröße (N), die mittlere Abweichung von T1 und T2 ( $M_{T1-T2}$ ), der T-Wert des T-Testes für verbundene Stichproben (T), die dazugehörigen Freiheitsgrade (df) und der Signifikanzwert (p).

Gruppe	Messzeitpunkt	M	SD	N	$M_{T1-T2}$	T	df	p
t-Werte bis 63	T1	56,0	6,0	31	1,4	,92	30	0,37
	T2	54,6	7,6					
t-Werte zw. 64 und 70	T1	66,0	2,1	25	4,6	2,54	24	0,018**
	T2	62,0	9,7					
t-Werte zw. 71 und 80	T1	73,6	2,6	26	9,2	6,62	25	<0,001**
	T2	64,4	6,4					
Stichprobe, ges. – alle t-Werte	T1	64,8	8,5	82	5	5,0	81	<0,001**
	T2	60,0	9,0					

\*\* Der t-Wert ist auf dem  $\alpha$ -Niveau von ,05 (2-seitig) signifikant

Die Hypothese, dass die Kinder und Jugendlichen nach der Therapie von ihren Eltern als weniger psychisch auffällig beurteilt werden als vorher, kann somit als bestätigt angesehen werden. In diesem Sinne ist ein positiver Effekt der Therapie zu verzeichnen.

## 5 Diskussion und Ausblick

Die besondere Stärke dieser Evaluation ist, dass sie auf eine mit 82 Teilnehmern vergleichsweise große Stichprobe zurückgreifen kann. Die Veränderungen sind auch noch drei Monate (zweiter Messzeitpunkt) nach Ende der Therapie nachweisbar. Dadurch, dass die Eltern bei der Gruppentherapie natürlich nicht anwesend sind, zeigt sich durch die von diesen bemerkte Veränderung eine gewisse Alltagsgeneralisierung des Therapieerfolgs. Einschränkend muss eingeräumt werden, dass durch das Fehlen einer Kontrollgruppe letztendlich nicht sicher belegt werden kann, dass die gefundenen Veränderungen tatsächlich auf die Therapie zurückgeführt werden können. Bei künftigen Untersuchungen sollte daher nicht auf eine Wartekontrollgruppe verzichtet werden. Wünschenswert wäre ebenfalls eine Untersuchung zu der Dauerhaftigkeit der Veränderungen und der Reichweite in andere Lebensbereiche. Die CBCL ist zwar ein anerkanntes, bewährtes und einen großen Verhaltensbereich abdeckendes Erhebungsinstrument, dessen Grenzen jedoch auch in dieser Evaluation deutlich geworden sind. Auch erscheinen ressourcenorientierte Messverfahren vor dem theoretischen Hintergrund der AFoG als unverzichtbar.

Insgesamt machen die Ergebnisse Mut, die AFoG als kosten- und zeitökonomisches Verfahren, das der sozialpsychiatrischen Idee *Verhandeln statt Behandeln* Rechnung trägt, vor dem Hintergrund systemisch-kurzzeittherapeutischen Denkens weiterzuentwickeln.

## Literatur

- Andersen, T. (1996). Von der Behandlung zum Gespräch. In T. Keller, N. Greve (Hrsg.), *Systemische Praxis* (S. 119-131). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Anderson, H., Goolishian, H. A. (1990). Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik*, 15, 212-243.
- Anderson, A. (1996). Therapie als Kooperation sprachlicher Systeme. In T. Keller, N. Greve (Hrsg.), *Systemische Praxis* (S. 92-117). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Andrecht, U., Geiken, G. (1999). Ressourcenorientierte Familiendiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Der Unterschied, der einen Unterschied macht. In M. Vogt, W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen* (S. 171-187). Dortmund: Borgmann.
- Bandler, R., Grinder, J. (2001). *Reframing – Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie* (7. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Birker, G., Birker, K. (1997). *Was ist NLP?* Reinbek: Rowohlt.

- Burr, W. (1999). Schau mal, was schon da ist! Ressourcenfocussierende Diagnostik. In M. Vogt, W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen* (S. 31- 45). Dortmund: Borgmann.
- Cohn, R. (1974). Zur Grundlage des themenzentrierten interaktionellen Systems: Axiome, Postulate, Hilfsregeln. In R. Cohn, *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion* (S. 120-128). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Döpfner, M., Pück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, K., Heim, H. (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Einführung und Anleitung zur Handauswertung ( 2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Dreesen, H. (1995). Rituelles Gestalten bei der Gestaltung von Ritualen. In P. Kruse, H. Dreesen (Hrsg.), *Hypnose und Kognition*, Band 12.
- Dreesen, H., Vogt-Hillmann (1999). Ressourcenorientierte Fragen zu familiären Ritualgeschichte. In M. Vogt-Hillmann, W. Burr (Hrsg.), *Lösungen im Jugendstil. Systemisch-lösungsorientierte Kreative Kinder-Jugendlichentherapie* (S. 345-359). Dortmund: Borgmann.
- Hirschberg, R., Peiser, A. (2006). Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. *Forum für Kinder-Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 16, 8-28.
- Hirschberg, R. (2008). Das Problem-Lösungs-Bild. Ein Beitrag zur Problem- und Lösungswahrnehmung in Diagnostik und Therapie. In M. Vogt (Hrsg.), *Wenn Lösungen Gestalt annehmen* (S. 85-91). Dortmund: Borgmann.
- Hirschberg, R. (2009). Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Vogt, F. Caby (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 43-59). Dortmund: Borgmann.
- Hubert, C., Vogt-Hillmann, M. (2002). Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Vogt-Hillmann, W. Burr (Hrsg.), *Lösungen im Jugendstil. Systemisch-lösungsorientierte Kreative Kinder- Jugendlichentherapie* (S. 373- 386). Dortmund: Borgmann.
- Imber-Black, E., Roberts, J. (1993). *Vertrauen und Geborgenheit*. Düsseldorf: Econ.
- Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Jong, P. de, Berg, I. K. (2003). *Lösungen (er-)finden* (5. Aufl.). Dortmund: Borgmann.
- Mattejat, F., Renschmidt, H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Neumeyer, A. (1999). „Ach könnte ich doch Zaubern – ein kleines bisschen nur“. Zaubern als Medium für die pädagogische und therapeutische Arbeit mit Kindern. In M. Vogt, W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen*. Dortmund: Borgmann.
- Neumeyer, A. (2000). *Mit Feengeist und Zauberpuste*. Freiburg: Lambertus.
- Rotthaus, W. (1999). Kundenorientierung in der stationären systemischen Psychotherapie. Vom Kontext des Versagens zum Kontext der Kompetenz. In M. Vogt, W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen* (S. 159-169). Dortmund: Borgmann.
- Rotthaus, W. (2002). Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In M. Wirshing, P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer.
- Salvendi, J. T. (2001). *Therapeutischer Kontrakt*. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 79-81). Stuttgart: Thieme.
- Shazer, S. de (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 11-21.
- Shazer, S. de (1989a). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer.
- Shazer, S. de (1989b). *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett.
- Shazer, S. de (1992). *Das Spiel mit Unterschieden*. Heidelberg: Auer.

- Shazer, S. de (1996). *Worte waren ursprünglich Zauber*. Dortmund: Modernes Leben.
- Schiepek, G. (2001). Ordnungswandel in komplexen dynamischen Systemen: Das systemische Paradigma jenseits der Therapieschulen. *Hypnose und Kognition*, 18, 89-119.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simon, F. B. (1988). *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie – Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Steiner, T., Berg, I. K. (2008). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Remschmidt, H., Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Mit Deutschen Normen für die Child Behavior Checklist*. Göttingen: Hogrefe.
- Tomm, K. (2004). *Das systemische Interview als Intervention*. In K. Tomm, *Die Fragen des Beobachters* (S. 136-168). Heidelberg: Carl-Auer.
- Vogt-Hillmann, M., Burr, W. (1999). *Es kann ja so leicht sein – Lösungen in der Kreativen Kindertherapie*. In M. Vogt, W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen* (S. 7-10). Dortmund: Borgmann.
- Vogt-Hillmann, M., Eberling, W., Burr, W. (2002). *Kinderleichte Lösungen – das Wie und Was der lösungsorientierten Kurzzeittherapie*. In M. Vogt, W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen* (S. 229-249). Dortmund: Borgmann.
- Vogt-Hillmann (2005) *Klinische Interviews mit Kindern und Jugendlichen systemisch-lösungsorientiert gestalten*. In M. Vogt-Hillmann, W. Burr (Hrsg.), *Lösungen im Jugendstil. Systemisch-lösungsorientierte Kreative Kinder-Jugendlichentherapie* (S. 15-43). Dortmund: Borgmann.
- Vogt, M. (2008). *Rituale – ihre Funktion und Wirksamkeit zum Gestalten von Kontinuität, Wandel und Bedeutung*. In M. Vogt, H. Dreesen (Hrsg.), *Rituale, Externalisieren und Lösungen – Interventionen in der Kurzzeittherapie* (S. 9-17). Dortmund: Borgmann.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974). *Lösungen*. Bern: Huber.

**Korrespondenzanschrift:** Rainer Hirschberg M. A., Gemeinschaftspraxis Dr. med Adelmund und A. Heiland, Königstr. 14, 31139 Hildesheim;  
E-Mail: Rainer.Hirschberg@web.de