

Loth, Wolfgang

## Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 4, S. 250-265*



Quellenangabe/ Reference:

Loth, Wolfgang: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 4, S. 250-265 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-9418 - DOI: 10.25656/01:941

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-9418>

<https://doi.org/10.25656/01:941>

in Kooperation mit / in cooperation with:



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

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,  
Psychologie und Familientherapie

52. Jahrgang 2003

---

## Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –  
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Redakteur

Günter Presting, Göttingen

---

**V&R** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

## Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung

Wolfgang Loth

### Summary

Contract-oriented help in family counselling services

The present paper discusses the concept of Developing Clinical Contracts as a useful means to reflect professional psychosocial help focussing especially on participial forms of help. Asking for help is seen as expression of client expertness. Goals and perspectives of change are based on this client expertness. Contextual frames, premises, and proceedings will be outlined and discussed. Developing Clinical Contracts will be characterised as an effective realisation of concerted action, partially designed to produce desired change fitting into the clients' everyday life. The general attitude could be summarised as some kind of intrepid respecting.

**Keywords:** Systemic therapy – family counselling – clinical contracts – orientation to resources – participation

### Zusammenfassung

Das Entwickeln Klinischer Kontrakte wird als ein Konzept vorgestellt, das sich besonders zum Strukturieren und Reflektieren partizipativer Formen professioneller Hilfepraxis eignet. Es kann sowohl zum Optimieren des Hilfeangebots im individuellen Fall dienen wie auch dem fallübergreifenden Reflektieren von Handlungsmöglichkeiten unter Bedingungen der Nicht-Trivialität. Das Nachfragen um Hilfe wird dabei als Ausdruck von Kundigkeit aufgefasst. Auf dieser Basis geht es um das zieldienliche Erschließen neuer Möglichkeiten *für* die Klienten *mit* den Klienten. Entscheidend ist dabei der Bezug zur Alltagswirklichkeit der Hilfesuchenden. Kontextuelle Rahmen, Prämissen und Vorgehensweisen werden diskutiert. Gleichberechtigtes Kooperieren ist das Medium dafür, dass diese Rahmenbedingungen hilfreich wirken können, die grundsätzliche Haltung ist unerschrockenes Respektieren.

**Schlagwörter:** Systemische Therapie – Familienberatung – Klinische Kontrakte – Ressourcenorientierung – Partizipation

## 1 Wurzeln

Seit 25 Jahren arbeite ich im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, seit 1980 in einer Familienberatungsstelle. Rückblickend erscheint es mir bemerkenswert, wie selbstverständlich ich damals meine Arbeit als „therapeutisch“ bezeichnete. Genährt aus einem objektivistischen Wissenschaftsverständnis jener Zeit ließ sich „Therapie als kontrollierbare Strategie des Problemlösens“ betrachten, während Beratung sich in der „Diffusität des Alltags“ zu bewähren hatte (Kurz-Adam 1997, S. 47). Zugespitzt: Therapie ging „genau so“, Beratung „irgendwie“.

Mittlerweile stehen differenziertere Sichtweisen zur Verfügung. „Genau so“ und „irgendwie“ unterscheiden nicht mehr zwischen Hilfeformen, sondern finden sich zeitweise in den unterschiedlichsten Herangehensweisen wieder. Hilfesuchende kommen mit Fragen, die sie am liebsten mit einem „genau so“ beantwortet hätten, während „irgendwie“ der übliche Weg ist, sich an ein „ausreichend passend“ heranzutasten. Das Erstarken der Familientherapie hierzulande schuf dann ein Bindeglied. Sie öffnete einen „kommunikativen Raum, der das Schema der klinischen Arbeitsweise – Diagnose, Beratung, Therapie – verläßt“ (Kurz-Adam 1997, S. 51). Familientherapie wies einerseits über die spezifischen Engführungen der seinerzeit gängigen Therapieformen hinaus. Andererseits stärkte sie die Institution Erziehungsberatung, die mit dem neu gewonnen Inventar besser für den üblichen Arbeitsalltag gerüstet war. Die besondere Eignung des Familien-„therapeutischen“ Ansatzes für komplexe, das Zusammenleben betreffende Fragen war und ist für die Arbeit in Beratungsstellen besonders attraktiv. Dies gilt umso mehr seit der Weiterentwicklung „von der Familientherapie zur systemischen Perspektive“ (Reiter et al. 1988). Der anfängliche Mehrpersonenansatz wandelte sich zu einem Vorgehen, das das kommunikative Konstruieren von Problemsystemen (und eben auch: Lösungssystemen) in den Mittelpunkt rückt. Dies steigerte die Praktikabilität deutlich. Es „mussten“ nun nicht mehr alle kommen, die das Problem miteinander „hatten“, sondern es waren nun „alle eingeladen, die zu einer Lösung beitragen können und wollen“ (Loth 1998).<sup>1</sup> Insgesamt, so fasst Kurz-Adam in ihrer Studie zu neueren Entwicklungen im Alltag der Beratungsstellenpraxis zusammen, habe sich „Psychotherapie‘ in der Beratungsarbeit ... von einem längerfristigen Unternehmen, das die gesamte Arbeit der Beratungsstelle zeitlich blockiert, zu einer krisenorientierten, methodisch vielfältigen Vorgehensweise gewandelt, die an einer auch kurzfristigen Hilfe zur Selbsthilfe interessiert ist“ (1987, S. 139).

## 2 Alltag

### 2.1 *Kurz zwischendurch: Ein Rat am Telefon und das war's auch schon. War das schon was?*

In der Beratungsstelle, in der ich arbeite, gilt der selbst auferlegte Anspruch, „ohne Wartezeit“ zu arbeiten. Daher wird bereits der erste, vorher nicht vereinbarte Kon-

<sup>1</sup> Zur Kritik dieser Position siehe Abschnitt 3.2.2.

takt genutzt, in Richtung Anliegen und mögliche nächste gute Schritte voranzukommen. Es kommt dann oft zu Situationen wie der folgenden:

Eine Mutter ruft an, sorgt sich um ihr Kind, das besonders im Kindergarten „durchdrehe“. Ihre Tochter habe „Angst vor dem Alleinsein“. Sie putze sich daher auch nicht mehr die Zähne, weil die anderen Kinder früher fertig seien. Die weitere Beschreibung der Mutter thematisiert ein Vermeidungsverhalten, das sich zu generalisieren begonnen hat. Die Mutter möchte „etwas an die Hand bekommen“, was ihr helfen könne, anders mit ihrer Tochter umgehen zu können, so dass diese sich wieder in den üblichen Ablauf im Kindergarten einfinden könne. Aus ihren Schilderungen wird deutlich, dass ihre bisherigen Lösungsversuche nicht funktionierten, sie durch ihr insistierendes Verdeutlichenwollen „Du bist doch gar nicht allein“ genau das Gegenteil zu bewirken scheint. Die Mutter hält die ihr nun vorgeschlagene Idee für sinnvoll, bis zum nächsten, dann terminlich festgelegten, ausführlicheren Gespräch gemeinsam mit der Tochter ein besonders geeignetes Lieblingskuscheltier auszusuchen, das die Tochter beim Zähneputzen im Kindergarten mitnehmen kann. Und anstelle der Botschaft „Du bist nicht allein!“ heißt es nun „Ihr seid zu zweit!“. Den vereinbarten Folgetermin nimmt die Mutter zwar noch wahr, aber im Wesentlichen nur um mitzuteilen, dass sich die Situation entspannt hat, das vorgeschlagene Vorgehen funktioniere, weitere Beratung sei nicht mehr nötig.

Kein herausragendes Beispiel, alles in allem (inklusive Anfertigen von Notizen, Eingabe in die „Erziehungsberatung und Computer“-Software [EBuCO], Fallbesprechung) etwa zwei Zeitstunden. Kann man das zählen? Und wenn ja als was? Um was ging es da? Handelte es sich um eine Störung? Es fand keine Diagnostik statt, es fand keine weitergehende Anamnese statt. Das Kind wurde nicht persönlich vorgestellt, die Hauptarbeit fand im ersten Telefonat statt. Auch die Anleitung eher Standard, nicht besonders ausgeklügelt. Vermutlich passte es einfach „irgendwie genau“. So schön das ist, und so gerne solche Fallvignetten erzählt werden, so reicht es doch nicht aus, um das Professionelle der Arbeit zu kennzeichnen. Zur Profession gehört mehr.<sup>2</sup> Ein zentraler Punkt, den ich aus diesem „mehr“ herausgreifen möchte, ist der reflektierte Umgang mit „Unordnung“, das heißt, mit der Nicht-Trivialität einer Situation, deren Teil man ist (vgl. von Foerster 1988).

## 2.2 *Der Umgang mit den „Sachen, die immer durcheinander kommen“*

„Warum kommen Sachen durcheinander?“ fragt die Tochter in Batesons gleichnamigem Metalog den Vater, der ihr das zu erklären versucht. Der Vater bringt seine Antwort schließlich so auf den Punkt: Wenn jemand sich eine bestimmte Entwicklung erhoffe, vermute er, „daß es so nicht kommen wird, weil es soviel anderes gibt, was passieren könnte. Und ich weiß, daß es wahrscheinlicher ist, daß eins der vielen Dinge passieren wird, und nicht eins der wenigen“ (1983, S. 37).

Was heißt das für die Praxis professionellen psychosozialen Helfens? Zunächst: es ist notwendig, den Geltungsbereich von Aussagen im Auge zu behalten. Das Interesse für fallübergreifende Rahmenbedingungen und Entwicklungen wird eher durch statistische Mittelwerte und Gruppenvergleiche bedient. Gute Zusammenar-

<sup>2</sup> Zu Profession, Professionalität und Psychotherapie vgl. Reiter u. Steiner (1996), Buchholz (1999).

beit im individuellen Fall profitiert mehr vom konkreten Feedback der Klienten und Klientinnen. Die Kriterien einer auf Evidenz basierenden Praxis sind im Mittel der Fälle wohl andere als im individuellen Fall. Was für Frau Schmitz als Klientin evident Sinn macht und was sie daher an einer Lösung mitwirken lässt, kann sehr von dem abweichen, was ein statistisches Mittel im Gruppenvergleich als Kriterium nahe legt. Für Frau Schmitz zählt, dass sie mit ihrer Sicht der Dinge anerkannt wird. Das ermöglicht ihr, über den Tellerrand ihrer Befindlichkeit zu schauen und den nötigen Mut zu fassen, außerhalb ihrer eingefahrenen Geleise erste Schritte zu wagen. Im individuellen Fall erweist sich das als hilfreich, in allgemeinerer Perspektive gehört die individuelle Sicht der Dinge jedoch eher zum „Durcheinander“, da schlecht zu normieren. Es kommt darauf an, sich je nach Fragestellung darüber abzustimmen, was gelten soll und die Spannung auszuhalten, dass es Unschärfen gibt, die sich je nach geltenden Prämissen so oder so auslegen lassen.

### 2.2.1 Geltungsbereich Jugendhilfe/Heilkunde

In einer Auswertung an unserer Beratungsstelle zum Ausmaß, in dem sich Anlässe zur Beratung eindeutig den Geltungsbereichen des KJHG und der Gesundheitsversorgung oder beidem zuordnen ließen, konnte etwa ein Drittel einem Überschneidungsbereich zugeordnet werden: Sie ließen sich sowohl als „krankheitswertig“ beschreiben als auch mit Hilfe der V-Kodierungen als „Zustände, die nicht einer psychischen Störung zuzuschreiben sind, aber Anlaß zur Beobachtung oder Behandlung geben“. So ergaben sich für den in der Beratungsstelle betreuten Fall einer kindlichen Migräne fünf Beschreibungsmöglichkeiten (s. Tab. 1; vgl. Labatzki 1995).

Tab. 1: Zuordnungsmöglichkeiten kindlicher Migräne

Fokus	Diagnose-Schlüssel	Zuordnung
somatische Behandlung einer Beschwerde	ICD-10: G43	Heilkunde
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/ psychiatrische Behandlung	DSM-III-R <sup>1</sup> : 316.00 ICD-10: F.54	Heilkunde
Kindereinzelsitzung/-therapie	DSM-III-R: V61.20; V61.80	Jugendhilfe
Elternberatung	DSM-III-R: V61.20, V61.10	Jugendhilfe
Familienberatung/-therapie	DSM-III-R: V61.80	Jugendhilfe

<sup>1</sup> Zeitpunkt der Untersuchung: 1993, daher noch nicht DSM-IV.

Die Vielfalt der möglichen Beschreibungen verdeutlicht, wie wichtig das Abstimmen derjenigen ist, die sich „über“ das Geschehen verständigen wollen. Die Arbeit im Einzelfall kommt ohne das Berücksichtigen von Wechselwirkungen erst gar nicht aus. Dies zeigen sowohl die Bedeutung psychosozialer Belastungsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Werner u. Poustka 1996), wie auch im hier skizzierten Fall neuere Arbeiten zum Auftreten kindlicher Migräne (Ochs et al. 2002, Siniatchkin u. Gerber 2002).

### 2.2.2 Geltungsbereich Praxis

Ohne kommunikative Abstimmung ist auch die Zusammenarbeit von Hilfesuchenden und Hilfeanbietern schwer vorzustellen. Das Motto „Die Botschaft bestimmt immer der Empfänger“ illustriert prägnant die Nicht-Trivialität kommunikativer Prozesse. Das erweist sich nicht nur als folgenreich beim Bemühen um valide Diagnosen (vgl. Saile et al. 2000), sondern erst recht beim Attribuieren von Sinn, dem Motor jeglicher Veränderungsmotivation. Sinn lässt sich nicht einseitig instruieren! Neuere Ergebnisse zur patientenfokussierten Forschung weisen die Bewertung der Hilfesituation durch die Hilfesuchenden als entscheidenden Prädiktor für hilfreiche Veränderungen aus (Hubble et al. 1999, Lambert 2001a, b; Lambert et al. 2001). Es hat Konsequenzen für die Anschlussfähigkeit des Vorgehens, wenn der Deutungsrahmen der Hilfesuchenden zu sehr überschritten wird (selbst wenn es in bester Absicht geschieht).

*Fallbeispiel:* Eine Mutter und ihr neuer Ehemann hatten sich entschlossen, dem leiblichen Kind der Mutter nicht den neuen Familiennamen zu geben (obwohl der leibliche Vater zugestimmt hatte), sondern darauf zu verzichten, weil das in einem vergleichbaren Fall bei einem anderen Familienmitglied einmal nicht so gut geendet hatte. Als es Jahre später in der Schule zu „unerklärlichen“ Problemen kommt, wird im Zusammenhang mit dem Umstand, dass die Einschulung zur Zeit der Trennung der leiblichen Eltern erfolgte, der weitere Umstand wirksam, dass der Symptom-„Träger“ als einziger in der Familie einen anderen Familiennamen trägt. Allein der abweichende Name deutet darauf hin, dass Beziehungen nicht so sicher sind wie gewünscht, und dass es Gründe gibt, sich auf andere als erwünschte Weise der Aufmerksamkeit der Erwachsenen zu „versichern“. Das vorher schleppende Gespräch kam bei dieser Reflexion spürbar in Gang. Die in der Gesprächssituation selbst als hilfreich eingeschätzte Wendung schien jedoch nicht zur Veränderungstheorie der Mutter zu passen, die weiteren Einladungen zum Gespräch fernblieb.

## 3 Das Entwickeln Klinischer Kontrakte

### 3.1 Prämissen: Autonomie als Ausgangspunkt

Das Kontraktkonzept soll zu zuverlässigen und überprüfbaren Rahmenbedingungen für professionelles psychosoziales Helfen beitragen (vgl. Loth 1998, 1999a, b, 2001). Das Fundament bildet die klinische Theorie systemischer Therapie (Ludewig 1992, 1999, 2002a, b; von Schlippe u. Schweitzer 1996, Schiepek 1999). Für die Praxis ergeben sich daraus Anregungen für das „Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Ordnungsübergänge in komplexen bio-psycho-sozialen Systemen unter professionellen Bedingungen“ (Schiepek 1999, S. 30). Hier kommt die Annahme zum Ausdruck, dass ein einseitig steuerndes Eingreifen in nicht-triviale Prozesse nicht möglich ist. Autonomie wird als Ausgangspunkt akzeptiert, Helfen als besondere Form der Kooperation verstanden, deren Einschätzung als „hilfreich“ oder „nicht hilfreich“ den Adressaten der Hilfe zusteht. Dies bedeutet nicht, es sei unmöglich, überhaupt etwas tun zu können, erst recht nicht, für nichts verantwortlich zu sein. Im Gegenteil eröffnet der Perspektivenwechsel neuen Handlungsspielraum. Anstelle der Konzentration auf unilaterale Wirkfaktoren wird der Blick für Konstellationen bedeutsam (Reiter 1993), das Einstimmen auf Wechselwirkungen und Ressourcen. Hilfe erweist sich so in erster Linie als Hilfe zur Selbsthilfe. Dazu können

professionelle Helfer verantwortlich beisteuern: „Beisteuern ist nicht das gleiche wie Steuern. Es ist aber auch nicht das gleiche wie einfach dabeizusitzen. Beisteuern meint die Kompetenz, sich erkennbar, verantwortlich und anschlussfähig daran zu beteiligen, Perspektiven zu weiten und neue Möglichkeiten zu erschließen, ohne dies einseitig und allein entscheidend tun zu können“ (Loth 1998, S. 41 f.).

Vergleichbare Überlegungen ergeben sich aus dem jetzt häufiger diskutierten „Technologiedefizit“ beim Erziehen (Luhmann 1986; Rotthaus 1998; Schleiffer 2001). Auch „Empowerment“ hat nichts mit dem Injizieren von Power durch externe Instanzen zu tun, sondern mit dem Einsatz für vermehrte Möglichkeiten zur Teilhabe, was wiederum die Chance für das Heranwachsen selbst erlebter Entscheidungs- und Tatkraft vergrößert (vgl. Lenz u. Stark 2002). Ebenfalls wirken Ansätze zum Coaching „elterlicher Präsenz“ in verzweifelt erscheinenden Situationen (Omer u. von Schlippe 2002) nur dann, wenn es den betroffenen Eltern möglich wird, die angebotene Hilfe innerhalb ihres Sinngefüges anzusiedeln.

Die Befunde der neueren patientenfokussierten Forschung unterstreichen die herausragende Bedeutung von Klientenvariablen für die Varianz von Psychotherapieergebnissen. Zu diesen Variablen zählt all das, was Klienten und Klientinnen selbst mitbringen: Erfahrungen, Fertigkeiten, soziale Bezüge, zufällige und nichtzufällige Konstellationen, Vorstellungen über Probleme und Lösungen (Tallman u. Bohart 1999). 40 Prozent der genannten Varianz werden darauf zurückgeführt. Im Vergleich erreicht die therapeutische Beziehung 30 Prozent, wobei die Präzisierung entscheidend ist: der Beziehung, wie sie sich aus Sicht der Klienten darstellt! Professionelle Techniken einerseits und Erwartungen/Hoffnung/Placebo andererseits stellen jeweils 15 Prozent (Hubble et al. 1999). Als ein Schwerpunkt der Praxis schält sich heraus, die anerkannte Kundigkeit der Hilfesuchenden (Hargens 1993, 1995) so aufzugreifen, dass sich diese vermehrt mit deren eigenem Selbstwirksamkeitserleben deckt. Entsprechend besteht der Kern des Entwickelns Klinischer Kontrakte darin, gemeinsam „passende“ Aufträge herauszuarbeiten und kontinuierlich im Blick zu behalten, ob das aktuelle Vorgehen mit dem Erfüllen der Aufträge kompatibel ist. Als Leitmotiv dient die von Michael Durrant formulierte Frage: „Wie können wir – für uns wie für unsere KlientInnen – einen Kontext schaffen, der zur Erfahrung von Kompetenz beiträgt?“ (1996, S. 36).

### 3.2 *Handeln: Anliegen, Ziele, Aufträge*

Die idealtypische Sequenz beim Entwickeln Klinischer Kontrakte folgt dem Unterscheiden von Anlässen, Anliegen, Zielen und handhabbaren Aufträgen (Loth 1999b). Kriterium für die Brauchbarkeit der auf den Weg gebrachten Veränderungen ist vor allem, dass sie sich im Alltag der Hilfesuchenden bewähren. Die einzelnen Elemente des Vorgehens lassen sich in Form einer Kontraktororientierten Leistungsbeschreibung zusammenfassen (s. Tab. 2). Die Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder in Leichlingen<sup>3</sup> hat dieses Konzept im Rahmen eines Qualitätssicherungsprojekts genutzt und in einen „Leitfaden für die Kooperation mit Ratsuchenden“ übersetzt (2001).

<sup>3</sup> [www.Erziehungsberatung.net](http://www.Erziehungsberatung.net).

Tab.2: Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung (KOLB) in der Übersicht  
(Loth 1998, 1999a, b, 2001, 2002)

Kategorie	Tätigkeit
Basisarbeit	<p>⟨ <i>Ermitteln von Anlässen</i>   Was macht wem Sorgen? Wer sieht welches Problem? Wer gab den Anstoß zur Hilfesuche? In welchen Konstellationen taucht das Problem auf? In welchen Kontexten macht das Problem Sinn?</p>
	<p>⟨ <i>Ermitteln von Anliegen</i>   Wer möchte was erreichen? Wer teilt ein eigenes Interesse daran mit, dass sich etwas verändert?</p>
	<p>⟨ <i>Koordinieren unterschiedlicher Anliegen</i>   Wie passen die Anliegen verschiedener Beteiligten zueinander? Kann das unter einem Hut gebracht werden? Wie?</p>
	<p>⟨ <i>Klären von Überweisungskontexten</i>   Für den Fall, dass andere den Anstoß gaben: Was müsste geschehen, damit diese sich keine Sorgen mehr machen? Was müsste anders sein, damit die Überweisen den einer Veränderung trauen können?</p>
	<p>⟨ <i>Prüfen der Kompatibilität</i>   Sind Anliegen der Hilfesuchenden und die Prämissen des Hilfeangebots vereinbar?   Die Prämissen und Möglichkeiten des Hilfeangebots deutlich machen. Im Fall fehlender Kompatibilität: Auf geeignetere Hilfeangebote hinweisen und gegebenenfalls Kontakt herstellen</p>
Auftragsklärung	<p>⟨ <i>Klären des Settings</i>   Wer ist an Veränderungen interessiert? Wer ist motiviert teilzunehmen? Wer sollte eigentlich teilnehmen? Wie kann die Stimme wichtiger Abwesender berücksichtigt werden?   Motto: „Eingeladen sind alle, die dazu beitragen möchten, dass sich etwas ändert“</p>
	<p>⟨ <i>Die Art der Hilfeanfragen klären</i>   – werden Veränderungen im eigenen Dazutun gewünscht? (Kundschaftsbeziehung)   – werden Veränderungen im Verhalten anderer gewünscht? (Klagebeziehung)   – geht es darum, Informationen zu erhalten? (Besuchsbeziehung)</p>
	<p>⟨ <i>Ziele klären</i>   Die Richtung, in die es gehen soll, anschaulich und konkret ausmalen. Dabei ist wichtig: beachten, dass Ziele sich weiterentwickeln und möglicherweise auch im Verlauf verändern.</p>
	<p>⟨ <i>Aufträge handhabbar gestalten</i>   Die Zielideen der Hilfesuchenden und die Möglichkeiten des Hilfeangebots so verknüpfen, dass alle Beteiligten sich ein Gelingen des Vorhabens vorstellen können; Handhabbare Aufträge wirken wie ein Kompass.</p>

Tab.2: Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung (KOLB) in der Übersicht  
(Loth 1998, 1999a, b, 2001, 2002)

Kategorie	Tätigkeit
An den Aufträgen orientiertes Helfen	<p>⟨ <i>Spezifisches Helfen ...</i> (Beratung, Therapie, Anleitung, Begleitung, Information, ...)</p> <p>⟨ ... in verschiedenen Personen-Settings</p> <p>⟨ <i>Verlauf im Auge behalten</i> im Hinblick auf Kriterien für das Erreichen von Zielen</p> <p>⟨ <i>Überprüfen des Auftrags</i> (insbesondere im Fall von Feedback, dass es „nicht mehr passt“) und gegebenenfalls: Auftrag so umarbeiten, dass er wieder zum Kompass werden kann.</p> <p>⟨ <i>Kontrakt-Status im Auge behalten</i> Sich darüber abstimmen, ob/ in welchem Ausmaß die „Sollbruchstelle“ erreicht ist, „Kontrakt erfüllt“/ „noch nicht erfüllt“ ist. Im Fall von Einschätzung: „Kontrakt erfüllt“: Abrunden und Beenden; Im Fall von noch nicht kontrakterfülltem Beenden: Bereitschaft zu zukünftiger weiterer Zusammenarbeit mitteilen, bzw. über alternative Hilfeangebote informieren. Gegebenenfalls: vereinbarte Information an Überweiser abstimmen</p>
Evaluation / Dokumentieren	<p>⟨ <i>Qualitative Auswertung</i></p> <p>⟨ <i>Quantitative Auswertung</i></p>

### 3.2.1 Basisarbeit

Erster Schritt der Basisarbeit ist das Unterscheiden von Anlässen und Anliegen. In der Regel erwarten Hilfesuchende zunächst, dass das Hauptaugenmerk auf die Probleme gerichtet wird, die ihnen Anlass zum Aufsuchen der Hilfe gaben. Andererseits erweist es sich als hilfreich, die Hilfsituation nicht zu sehr durch die allzu bekannten Beschreibungen färben zu lassen. Die Idee der Anliegen kann hier ein Bindeglied darstellen, die Perspektive behutsam vom bislang dominierenden Beschwerdebild in Richtung einer erwünschteren Zukunft zu wandeln. Implizit beginnen damit Ideen über die Kundigkeit der Hilfesuchenden, ihre Ressourcen und Bewältigungspotentiale zu wirken. Die Perspektive wandelt sich in Richtung des grundlegenden Bedürfnisses, sich als Ursache von Wirkung begreifen zu können. Anliegen können sehr unterschiedlich klingen, zunächst auch unrealistisch. Worauf es ankommt ist es, ihr motivierendes Potential zu fördern und sie als Türöffner zu nutzen für das weiter gehende Entwerfen einer erwünschteren Zukunft.

Erfahrungsgemäß stellen Klagen darüber, dass eigene Anliegen nicht mit den Anliegen anderer zusammen passen, einen großen Anteil der Anlässe zum Aufsuchen der Hilfe. Daher ist es notwendig, bereits in dieser frühen Phase sowohl aufmerksam zu sein für sich widersprechende Anliegen verschiedener Beteiligter, als auch zu vermitteln, dass unterschiedliche Anliegen kein „Problem an sich“

sind, sondern der übliche Ausgangspunkt im Alltag. In dieser Phase ist es hilfreich, wenn unterschiedliche Anliegen als unterschiedliche Ausdrucksformen eines verwandten Engagements für einen ähnlichen guten Zweck verstanden werden können.

Auch wenn die Nachfrage um Hilfe dem Wunsch oder der Auflage anderer Personen oder Institutionen folgt, verliert das Ermitteln von Anliegen nichts von seiner Bedeutung. Es kommt darauf an, zu einer sinnvollen Verknüpfung von eigenem Vorteil und dem Erfüllen des Anliegens anderer zu gelangen. Der Wunsch beispielsweise, von einer überweisenden Institution in Ruhe gelassen zu werden, kann grundsätzlich ausreichen, um zu einer sinnvollen Zusammenarbeit zu motivieren.

Ob es nach der Basisarbeit zu weiterer Auftragsklärung und zu auftragsorientiertem Helfen kommt, hängt davon ab, ob sich die ermittelten Anliegen mit den Zielen und Möglichkeiten des Hilfeangebots in Deckung bringen lassen. Sollte dies nicht der Fall sein, sollte auf geeignetere Hilfeangebote hingewiesen und gegebenenfalls Kontakt dazu hergestellt werden.

#### *Eine Frage der Anpassung (1)*<sup>4</sup>

Die Mutter des sechsjährigen Franz macht sich Sorgen um ihren Sohn. Er verhalte sich so, dass er als „nicht einschulbar“ erscheine. Im Kindergarten mache er bei Wettbewerben nicht mit und entziehe sich sozialen Kontakten. Bei der U7 und der U8 habe er sich damals „vollständig verweigert“. In der Frühförderstelle, in der er vorgestellt worden sei, mache er jedoch zufrieden stellend mit, jedenfalls wenn er es mit der Betreuerin allein zu tun hat. Diese Betreuerin und die Erzieherin im Kindergarten hatten zum Aufsuchen der Beratungsstelle geraten, nicht zuletzt deswegen, weil die Zuständigkeit der Frühförderstelle mit der Einschulung ende.

In der Familie leben noch der leibliche Vater und ein jüngerer Bruder von Franz. Allgemein sei Franz immer schon anfällig für Krankheiten gewesen. Die Mutter selbst leidet häufig unter Migräne. Die Familie lebt in einer Gegend, in der es viele gleichaltrige Kinder gibt. Dies mache ihm jedoch keine Freude, wie die Mutter sagt, sondern mache ihm Druck, wegen der vielen Vergleichsmöglichkeiten.

Zusammengefasst schildert die Mutter als Anlass zum Aufsuchen der Beratungsstelle ihre Sorge darum, dass ihr Sohn im kommenden Jahr nicht eingeschult werden könne. Ihr Anliegen: Franz dabei zu helfen, dass er die Einschulung schaffe. Im folgenden Gespräch, zu dem beide Eltern kommen, ergibt sich der Eindruck, dass die Eltern mit unterschiedlichen Maßstäben an das Gespräch herangehen. Der Vater wünscht sich eine „Bestandsaufnahme“, auf deren Basis „erste kleine Empfehlungen ausgesprochen werden“ könnten. Die Mutter betont jedoch sofort, bei Franz handele es sich „um ein echtes Problem“, dass nicht mit ein paar Empfehlungen aus der Welt geschafft werden könne. Es müsse geprüft werden, ob ein spezifisches Förderangebot für Franz notwendig sei. Da der Vater sich aus beruflichen Gründen eine dauerhafte Teilnahme an weiteren Gesprächen nicht vorstellen kann, schließt er sich der Position der Mutter an und gibt ihr Prokura für das weitere Vorgehen.

Rückblickend schildert die Mutter ihre anfängliche Situation so: „ich wollte einen Teil der Verantwortung loswerden, also die Verantwortung mit jemandem teilen, damit ich nicht alleine mir die Schuld hätte geben müssen, wenn die Einschulung nicht geklappt hätte. Ich wollte mir nicht den Vorwurf machen, nicht alles versucht zu haben. Außerdem wollte ich einen längerfristigen

<sup>4</sup> Namen und identifizierbare Lebensumstände sind wie bei allen anderen Fallskizzen auch hier verändert. Eine schriftliche Zustimmung zur anonymisierten Wiedergabe in Fachpublikationen liegt vor.

Kontakt zur Beratungsstelle aufbauen, damit ich im Falle von Schwierigkeiten in der Schule gleich einen Ansprechpartner gehabt hätte“. Im Nachhinein zeigt sich somit eine etwas andere Akzentuierung (Verantwortung nicht alleine tragen wollen) als im anfänglichen Aushandeln. Dass sie die Verantwortung offensichtlich mit dem Berater und nicht mit dem Vater teilen wollte, könnte grundsätzlich hinterfragt werden. Unter normativ-strukturellen Prämissen hätte das weitere Vorgehen wohl keine Chance gehabt. Ebenfalls im Nachhinein scheint jedoch einiges dafür zu sprechen, dass die postulierte Offenheit des Vorgehens für die Besonderheiten der Hilfesuchenden, insbesondere deren Theorien zu Problem und Veränderung, gepasst hat. Für den Fall, dass sich die Erfahrungen der Mutter im weiteren Verlauf nicht mit ihrem „eigentlichen“ Anliegen und mit ihrer „eigentlichen“ Theorie der Veränderung vertragen hätten, wären die Chancen für ein kontrakterfülltes Ende der Arbeit vermutlich drastisch gesunken.

### 3.2.2 Auftragsklärung

Nach dem Ausfädeln der ursprünglichen familientherapeutischen Forderung, dass alle Beteiligten zu den Terminen zu erscheinen hätten, setzte sich zunehmend die Position durch, dass zum Erarbeiten von Lösungen und hilfreichen Veränderungen die Zusammenarbeit mit denjenigen wichtig ist, die zu dieser Veränderung beitragen wollen. Bei aller Unterstützung dieser Position durch theoretische Erwägungen<sup>5</sup>: der entscheidende Impuls kam aus der Praxis. Das normative Gebot der „Vollständigkeit“ ließ sich nicht durchsetzen. Mittlerweile lassen sich mit Hilfe der Unterscheidungen zwischen Kundschafts-, Klage und Besuchsbeziehungen (de Shazer 1989) oder mit Hilfe des Unterscheidens von Stadien der Veränderungsbereitschaft (Prochaska 1999) weitere differenzierende Überlegungen anstellen.

Im hier vertretenen Ansatz wird die Zusammenarbeit mit denjenigen angestrebt, die sich durch die Einladung zum gemeinsamen Entwickeln von Lösungsperspektiven angesprochen fühlen. Dies kann hinterfragt werden, sowohl im Hinblick auf die Teilnahme von Kindern (Reiter-Theil et al. 1993; Reiter et al. 1994; Cederborg 1997; Weston et al. 1998; Lenz 2000, 2001; Vossler 2000) als auch im Hinblick auf die Ersatzfunktion von Beratern für ausgefallene Bezugspersonen (z.B. Haid-Loh et al. 1995). Dem wird hier die besondere Aufmerksamkeit entgegengestellt, die sich aus dem Blick für Konstellationen dafür ergibt, wie in Erwägung gezogene oder bereits berichtete Veränderungen zum Alltag der Hilfesuchenden passen. Es gehört zum Repertoire, die Stimme abwesender wichtiger Anderer einzubeziehen, etwa in Form von Fragen, die Reaktionen dieser Anderen in Bezug auf besprochene Veränderungen immer wieder mit ins Spiel bringen (Walter u. Peller 2000). Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Eltern auch bei Teilnahme der Kinder an einer Familientherapie den eigenen Anteil am Ergebnis hoch gewichten. In einer Katamnesestudie von Stacey et al. (2001) schrieben 61 Prozent der befragten Eltern ein positives Ergebnis dem Umstand zu, dass sie ihr eigenes Verhalten geändert hatten. Bedeutsam (45%) war auch, dass sie selbst gelernt hatten, die Dinge anders zu sehen.

Besondere Bedeutung erhält das Auseinandersetzen mit Zielen, deren möglichst konkretem, bildhaftem Beschreiben. Orientierungshilfen liegen dazu vor (z.B. Ziegler u. Hiller 2001). So nützlich solche Anregungen auch dabei sind, die Aufmerksam-

---

<sup>5</sup> Z.B. Selbstorganisationstheorien, insbesondere deren Diskussion von Kontrollparametern, Fluktuationsverstärkungen, Symmetriebrüchen u.a. (z.B. Schiepek 1999; Schiepek u. Kröger 2000).

keit auf zukünftige hilfreiche Veränderungen zu richten, so klar muss berücksichtigt werden, dass das Sprechen über Ziele nicht automatisch mit dem übereinstimmt, worauf sich Menschen im Alltag hin bewegen. Nicht zu Unrecht warnen Efran et al., es seien „genau diese Ziele, die gut klingen, aber nicht mit den tatsächlichen Bevorzugungen übereinstimmen, die die KlientIn feststecken lassen“ (1992, S. 230). Es kommt darauf an, die momentan motivierende Wirkung von Zielideen für das Entwickeln von Handlungsoptionen zu nutzen, die sich im Alltag bewähren können, das heißt auch und besonders: im Kontakt mit den wichtigen Anderen.

Besonders dann, wenn das Hilfeangebot sich auf das Fördern von Möglichkeiten des Zusammenlebens richtet (wie in der Erziehungs- und Familienberatung), wird das Zusammenpassen der Ziele der unterschiedlichen Beteiligten wichtig. Ein Stolperstein ist oft das Passen „persönlicher“ Veränderungen zu Erwartungen, Regeln oder Wünschen des Hauptbezugssystems. Wenn es in einer neueren Arbeit über den Nutzen von Paartherapien heißt, Paartherapie sei „vor allem eine intensive Förderung der persönlichen Entwicklung“ (Meier et al. 2002, S. 182) und sie korreliere „mit einer verbesserten Gesundheit, auch wenn sie in Trennung mündet“ (S. 181), muss die Frage erlaubt sein, wie zentral im untersuchten Konzept das Passen zum Alltag der Hilfesuchenden gewichtet wurde. Im Übrigen passt der zitierte Befund zu Ergebnissen, die Grosse Holtforth berichtet (2000, vgl. auch 2001). Die Frage war, ob unterschiedliche Zieldefinitionen auch unterschiedliche Ergebnisse zeitigen. Es zeigte sich, dass „interpersonale Ziele“ am häufigsten genannt wurden (75%), dass aber offensichtlich der langfristig stärkste Effekt in dem Bereich auftrat, der den kleinsten Anteil der ursprünglichen Nennungen ausmachte (11%: Orientierung; Selbstreflexion/Zukunft/Sinnfindung). Der Eindruck könnte entstehen, dass es nach wie vor nicht einfach ist, eigene Ziele mit denen anderer wichtiger Bezugspersonen zu vereinbaren. Wenn divergierenden Zielen nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird, dürfte sich die Sphäre persönlich-individueller Sinnfindung als Ausweichmöglichkeit der Wahl anbieten.

Für das Gelingen kontraktororientierter Kooperation ist es entscheidend, sich auf handhabbare Aufträge zu verständigen. Idealtypisch verkörpern handhabbare Aufträge das Zusammenspiel von Zielideen der Hilfesuchenden und Möglichkeiten des Hilfeangebots. Da sich das hier vorgestellte Konzept am Alltag der Klienten und Klientinnen ausrichtet, hat sich das „Idealtypische“ immer wieder am „Typischen“ der konkreten Konstellation abzarbeiten. Dennoch ist es möglich, auch bei unterschiedlichen Ausgangsperspektiven zu handhabbaren Aufträgen zu gelangen. Solange unterschiedliche Vorstellungen über den Auftrag wirken, die nicht vereinbar zu sein scheinen, besteht die Aufgabe von Beratern und Beraterinnen darin, die unterschiedlichen Vorstellungen zu würdigen. Darüber hinaus achten sie konsequent auf Hinweise, die als Annäherung an eine Meta-Position verstanden werden können. Das Beisteuern der Berater besteht in dieser Phase wesentlich darin, konstruktive „Übersetzungshilfen“ anzubieten. Konstruktiv bedeutet hier wörtlich: sich auf das Herstellen einer gemeinsamen Basis konzentrieren. So kann etwa ein Paar, das bei unvereinbar erscheinenden Ausgangspositionen bleibt („Trennen“ will sich die eine, „Zusammenbleiben“ der andere), dahin gelangen, das Bemühen um gute Elternschaft als die verbindende Klammer zu betrachten, aus der heraus ein gemein-

samer Auftrag entstehen kann, beispielsweise: „Die Beratungsstelle soll helfen, dass wir trotz unterschiedlicher Trennungsabsichten gemeinsam gut und zuverlässig für unser Kind da sein können.“

### *Eine Frage der Anpassung (2)*

Im Fall von Franz bestand ein erster Schritt darin, den etwas unhandlichen Begriff „Verweigerungshaltung“ zu veranschaulichen und ihn in ein Spannungsfeld zu übersetzen: Franz zeigt, so scheint es, in Situationen, in denen etwas von ihm erwartet wird, etwas Bestimmtes zu tun, ein Verhalten, das die Eltern oder andere Bezugspersonen irritiert und besorgt macht. So gesehen lassen sich dann auch Situationen beschreiben, in denen Franz sich durchaus entsprechend den Erwartungen verhalten hat. Grundsätzlich „kann er wohl auch anders“. Die Frage schließt sich an: Unter welchen Umständen wird es wahrscheinlicher, dass er mehr von dem tut, was er anders kann? Als erste Annäherung an einen Auftrag ergibt sich: „Die Beratungsstelle soll helfen, die Befürchtungen hinsichtlich der Einschulung abzubauen und den Eltern zu helfen, die Ängste ihres Sohnes zu verstehen und zu überwinden, so dass Franz Neuem, speziell der bevorstehenden Einschulung gegenüber positiv entgegenschaut und sich vielleicht sogar darauf freut.“ Die Zielrichtung dieses Auftrages scheint klar: Aus Sicht der Eltern ist das Thema erledigt, wenn Franz sich einschulen lässt. Der Zwischenschritt „Ängste verstehen und überwinden“ ist in diesem Fall ein Tribut an die Veränderungstheorie der Mutter, die Ängste als grundlegend für das Verhalten ihres Sohnes betrachtet. Zum Setting gibt es folgende Verständigung: Während das Zielverhalten durch den Inexpatienten signalisiert wird (Franz lässt sich einschulen), ist die Mutter bereit (und wird vom Vater ideell dabei unterstützt), sich in weiteren Gesprächen damit auseinander zu setzen, was das Zielverhalten fördern kann. Franz soll erst einmal nicht eingeladen werden, zumal er ja noch die Frühförderstelle aufsucht, bei der Beobachtungen zu Franz und darauf aufbauende fachliche Erkenntnisse abgefragt werden können. Es findet auch ein Kontakt mit der Mitarbeiterin der Frühförderstelle statt, die im Wesentlichen die Beobachtungen der Eltern bestätigt.

### *3.3 Auftragsorientiertes Helfen*

Was unter „Beratung“ so griffig zusammengefasst erscheint, erweist sich im Alltag als komplexe Gemengelage unterschiedlichster Hilfeformen. Angeregt durch die Erfahrungen mit dem Psychotherapeutengesetz wird darüber wieder intensiv diskutiert (z. B. Brückner et al. 2001). Während es politisch Sinn macht, Beratung als zusammenfassenden Begriff zu benutzen, dürfte es im Arbeitsalltag nützlich sein, nach Aufträgen und Spezifika der Hilfekonstellation zu unterscheiden. So schlägt Ludewig vor, zwischen Hilfe und Fürsorge zu unterscheiden: „Hilfe reagiert auf die Bitte um Hilfe, Fürsorge auf die Veranlassung durch befugte Dritte“ (2002a, S. 66). Hilfe wiederum könne je nach Zielrichtung und Versorgungsmuster in Anleitung, Beratung, Begleitung und Therapie unterschieden werden.

Zentral für Helfen im Sinne des Entwickelns Klinischer Kontrakte ist es, den Verlauf beständig am Auftrag zu messen. „Sind wir noch auf dem Weg in die erwünschte Richtung?“ ist dabei eine Standardfrage. Das Überprüfen, wie handlungsleitend die aktuelle Vorstellung vom Auftrag (noch) ist, beinhaltet auch die Bereitschaft, Aufträge gegebenenfalls der Weiterentwicklung anzupassen. Die Sollbruchstelle dieses Vorgehens ist mit der gemeinsamen Einschätzung erreicht, dass der Kontrakt erfüllt ist. So gesehen ist der „Kontrakt geschlossen“, wenn auf der Basis einer auftragsbezogenen Einschätzung das Ende der Zusammenarbeit konstatiert wird.

Demgegenüber wird in den meisten anderen Ansätzen, die Kontrakte thematisieren, auf Voraussetzungen für die weitere Zusammenarbeit fokussiert (z. B. Orlinsky et al. 1994). Auch Esser (1985) geht von einem traditionellen Verständnis aus, bringt darüber hinaus jedoch wichtige persönliche Haltungen und das „Commitment“ von Helfern zur Sprache.

### *Eine Frage der Anpassung (3)*

Im Fall von Franz setzte sich die Mutter mit sich selbst erfüllenden Prophezeiungen auseinander, verglich die Möglichkeiten ihres aktuellen Lebensumfeldes mit den Versprechungen ihrer Lieblingstheorien. Eine Reihe von traumatischen Erfahrungen der Mutter kamen zur Sprache, die sie in Bezug auf ihre Ängste um den Sohn reflektierte. Während sie einerseits regelmäßig äußerte, dass ihr die Gespräche weiterhelfen, klangen die Mitteilungen über Franz zunehmend Besorgnis erregend. Die Frage tauchte auf, ob der geltende Auftrag der Lage (noch) gerecht werde. Überlegungen, ob nicht eine Zwangsstörung anzunehmen sei, besonders in Form von Zwangsritualen, kamen zur Sprache. Zwar wünschte sich die Mutter Klarheit darüber, ob das Verhalten des Kindes „noch normal“ sei oder nicht. Sie lehnte jedoch den Vorschlag ab, Franz kinderpsychiatrisch untersuchen zu lassen. Sie habe damit schlechte Erfahrungen gemacht. Stattdessen unterstrich sie ihren Eindruck, dass ihr unsere Überlegungen weiter helfen, wie Menschen Orientierung gewinnen, wie sie dafür sorgen, dass sie sich als Ursache von Wirkung begreifen können, wie sie Unterbrechungen ihres Selbstwirksamkeitserlebens entgegenzuwirken versuchen. Variationen einer Art störungsspezifischen Ressourcenwissens kamen zum Zug, d. h.: Wenn sich Franz verhält, wie er sich verhält, für welche Kompetenzen spricht das? Gäbe es Möglichkeiten, diese Art von Selbstwirksamkeitserleben auf einfachere Weise zu erreichen? Wie könnte die Mutter das unterstützen?

Im Hinblick auf das angestrebte Ziel zeigten sich kurz darauf sprunghafte Entwicklungen in eine hoffnungsvolle Richtung. Franz ließ sich auf ein erstes Kennenlernen der Schule ein, zeigte Interesse und ging schließlich vom ersten Tag an zur Schule. Zwar zeigt er weiterhin eine Reihe von „eigensinnigen“ Verhaltensweisen, die seine Integration in die Klasse jedoch nicht ernsthaft störten. Die Sollbruchstelle war erreicht. Die Mutter gab einige Zeit später ein ausführliches Feedback. Auf die Frage nach den wichtigsten Hilfestellungen schrieb sie:

- „meine Sorgen loswerden zu können, ausreden zu können, aber auch immer wieder unterbrochen zu werden. Stop, was folgt jetzt für mich daraus? Was kann ich ändern? Was heißt das jetzt?
  - Das war für mich wichtig, weil sich die Gedanken sonst immer im Kreis drehen und nichts dabei herauskommt als noch mehr Sorgen.“
- „Wichtig war auch, am Ende jedes Gespräches zusammenzufassen (und zwar ich selber), was heute wichtig war, so daß ich aus jedem Gespräch etwas mitgenommen habe ... Das war oft nicht leicht, aber eigentlich das wichtigste. Ich fand die Gespräche immer sehr interessant, weil ich auch den Gesprächsinhalt und -verlauf mitbestimmen konnte, aber das beste Gespräch hätte mir nichts genützt, wenn ich nichts davon behalten hätte. Ich mußte mich auch immer richtig konzentrieren, es war also kein Small-talk.“
- „Das Gefühl zu haben, daß meine Sorgen berechtigt sind und daß ich ernst genommen werde.“

## **4 Abschließende Überlegungen**

In der „Frankfurter Erklärung zur Beratung“ (Brückner et al. 2001) werden als Maximen qualitativ ernst zu nehmender Beratung Alltags- und Lebensweltorientierung, Ressourcenbezug, Prävention und Nutzerempowerment genannt. Gleichzeitig

wird auf die Notwendigkeit verwiesen, „vermehrt mit Unsicherheit, Unvorhersagbarkeit, Nichtwissen, Vieldeutigkeit und Paradoxien“ umgehen zu lernen (S. 122). Das Reflexionsschema zum Entwickeln Klinischer Kontrakte kann dabei helfen, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Es dient dem Optimieren des Hilfeangebots im individuellen Fall wie auch dem fallübergreifenden Reflektieren von Handlungsmöglichkeiten unter Bedingungen der Nicht-Trivialität. Es ist abstrakt genug, um sich für eine Vielzahl von Konstellationen als passend erweisen zu können. Grundsätzlich wird dabei das Nachfragen um Hilfe als Ausdruck von Kundigkeit aufgefasst. *Hilfe* ist dann gegeben, wenn Hilfesuchende sich entsprechend ihrer Kundigkeit wieder als ausreichende Ursache erwünschter Wirkung erleben können.  *Helfen* bedeutet, solche Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen, unter denen es wahrscheinlicher wird, dass Hilfesuchende sich wieder als ausreichende Ursache erwünschter Wirkung erleben können. Entscheidend ist dabei der Bezug zur Alltagswirklichkeit der Hilfesuchenden und eine zutrauende Haltung, die sich (im Sinne von Hargens 1995) in unerschrockenem Respektieren und in gleichberechtigtem Kooperieren verwirklichen.

## Literatur

- Bateson, G. (1983): *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beratungsstelle f. Eltern, Jugendliche u. Kinder in Leichlingen (2001): Rat suchen, Kooperation anbieten, Lösungen finden. Leitfaden für die Arbeit mit Ratsuchenden.
- Brückner, G.; Deubert, W.; Engel, F.; Keupp, H.; Kötter, H.; Lenz, A.; Nestmann, F.; Schürmann, I.; Vogt, I. (2001): Frankfurter Erklärung zur Beratung. *Beratung aktuell* 2 (2): 119-123.
- Buchholz, M.B. (1999): *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial.
- Cederborg, A.-C. (1997): Young Children's Participation in Family Therapy Talk. *Americ. J. Fam. Ther.* 25 (1): 28-38.
- de Shazer, S. (1989): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Durrant, M. (1996): *Auf die Stärken kannst Du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings*. Dortmund: modernes lernen.
- Efran, J.; Lukens, M.; Lukens, R. (1992): *Sprache, Struktur und Wandel. Bedeutungsrahmen der Psychotherapie*. Dortmund: modernes lernen.
- Esser, U. (1985): Das Erstinterview in der Erziehungsberatung. *Z. personentr. Psychol. Psychother.* 4 (1): 73-89.
- Grosse Holtforth, M. (2000): Haben unterschiedliche Therapieziele auch unterschiedliche Konsequenzen? Vortrag: dgvt-Kongress Berlin 2000.
- Grosse Holtforth, M. (2001): Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 34 (2): 225-239.
- Haid-Loh, A.; Lindemann, F.W.; Märtens, M. (1995): *Familienberatung im Spiegel der Forschung*. Berlin: Evang. Zentralinstitut f. Familienberatung.
- Hargens, J. (1993): KundIn, KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundlegung eines helfenden Zugangs. *Z.f. System. Ther.* 11 (1): 14-20.
- Hargens, J. (1995): *Kurztherapie und Lösungen – Kundigkeit und respektieren*. *Familiendynamik* 20(1): 32-43.
- Hubble, M.A.; Duncan, B.L.; Miller, S.D. (Hg.) (1999): *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. [dt.: *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: modernes lernen, 2001].

- Kurz-Adam, M. (1997): Professionalität und Alltag in der Erziehungsberatung. Entwicklungslinien und empirische Befunde. Opladen: Leske + Budrich.
- Labatzki, U. (1995): Psychodiagnostik im Spannungsfeld zwischen Therapie und Beratung. Ein Diskussionsbeitrag. *Z.f. Tanztherapie* 2/1995: 45-49.
- Lambert, M.J. (2001a): Psychotherapy Outcome and Quality Improvement: Introduction to the Special Section on Patient-Focused Research. *J. Consult. Clinic. Psychol.* 69 (2): 147-149.
- Lambert, M.J. (2001b): The Status of Empirically Supported Therapies. *J. Consult. Clinic. Psychol.* 69 (6): 910-913.
- Lambert, M.J.; Hansen, N.B.; Finch, A.E. (2001): Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *J. Consult. Clinic. Psychol.* 69 (2): 159-172.
- Lenz, A. (2000): Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49 (10): 765-778.
- Lenz, A. (2001): Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven. Weinheim: Juventa.
- Lenz, A.; Stark, W. (Hg.) (2002): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisationen. Tübingen: dgvt.
- Loth, W. (1998): Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. Dortmund: modernes lernen.
- Loth, W. (1999a): Systemische Hilfen als Kooperation nachweisen – „Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung“. *Familiendynamik* 24 (3): 298-319.
- Loth, W. (1999b): Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung (KOLB) – Idealtypisch. <http://home.t-online.de/home/kopiloht/kolbidea.htm>
- Loth, W. (2001): „Wo soll das noch hinführen?“ – Kontraktororientiertes Arbeiten in Familien mit kleinen Kindern. In: von Schlippe, A.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. Münster: Votum, S. 200-219.
- Loth, W. (2002): Ressourcen bewegen. In: Schemmel, H; Schaller, J. (Hg.): Ressourcen. Ein therapeutisches Hand- und Lesebuch. Tübingen: dgvt (in Vorb.).
- Ludewig, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (1999): Therapieziele in der Systemischen Therapie. In: Ambühl, H.; Strauß, B. (Hg.): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe, S. 251-275.
- Ludewig, K. (2002a): Systemische Therapie mit Paaren und Familien. In: Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, S. 59-78.
- Ludewig, K. (2002b): Leitmotive systemischer Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luhmann, N. (1986): Systeme verstehen Systeme. In: Luhmann, N.; Schorr, K.E. (Hg.): Zwischen Intransparenz und Verstehen. Fragen an die Pädagogik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 72-117.
- Meier, B.; Röskamp, A.; Riehl-Emde, A.; Willi, J. (2002): Trennung nach Paartherapie im Urteil der PatientInnen. Eine Katamnesestudie. *Familiendynamik* 27 (2): 160-185.
- Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J. (2002): Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51: 209-223.
- Omer, H.; von Schlippe, A. (2002): Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. „Elterliche Präsenz“ als systemisches Konzept. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Orlinsky, D.; Grawe, K.; Howard, K. (1994): Process and Outcome in Psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin, A.; Garfield, S. (Hg.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4. Aufl. New York: Wiley, S. 270-376.
- Prochaska, J. (1999): How Do People Change, and How Can We Change to Help Many People? In: Hubble, M.A.; Duncan, B.L.; Miller, S.D. (Hg.): *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, S. 227-255.
- Reiter, L. (1993): Die depressive Konstellation. Ein systemisch-integratives Konzept. In: Hell, D. (Hg.): *Ethologie der Depression. Familientherapeutische Möglichkeiten*. Stuttgart: Gustav Fischer, S. 99-124.

- Reiter, L.; Steiner, E. (1996): Psychotherapie und Wissenschaft. In: Pritz, A. (Hg.): Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien: Springer, S. 159-203.
- Reiter, L.; Brunner, E. J.; Reiter-Theil, S. (Hg.) (1988): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. 2., veränd. Aufl. 1997. Berlin: Springer.
- Reiter, L.; Reiter-Theil, S.; Eich, H. (1994): Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie – Antwort auf Kritik. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 43: 379-382.
- Reiter-Theil, S.; Eich, H.; Reiter, L. (1993): Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42: 14-20.
- Rotthaus, W. (1998): Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Saile, H.; Weiland-Heil, K.; Schwenkmezger, P. (2000): Lassen sich in klinischen Erstgesprächen valide Diagnosen erstellen? *Z. f. Klin. Psychol. u. Psychother.* 29 (3): 214-220.
- Schiepek, G. (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G.; Kröger, F. (2000): Psychotherapie aus der Sicht der Synergetik. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 32 (3): 241-252.
- Schleiffner, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. Münster: Votum.
- Siniatchkin, M.; Gerber, W.-D. (2002): Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51: 194-208.
- Stacey, K.; Allison, S.; Dadds, V.; Roeger, L.; Wood, A.; Martin, G. (2001): Maintaining the Gains: What Worked in the Year after Brief Family Therapy? *Austral. New Zealand J. Fam. Ther.* 22 (4): 181-188.
- Tallman, K.; Bohart, A. C. (1999): The Client as a Common Factor: Clients as Self-Healers. In: Hubble, M. A.; Duncan, B. L.; Miller, S. D. (Hg.): *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy.* Washington, DC: American Psychological Association, S. 91-131.
- von Foerster, H. (1988): Abbau und Aufbau. In: Simon, F. B. (Hg.) *Lebende Systeme.* Berlin: Springer, S. 19-33.
- von Schlippe, A.; Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vossler, A. (2000): Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49 (6): 435-449.
- Walter, J.; Peller, J. (2000): *Recreating Brief Therapy. Preferences and Possibilities.* London: Norton.
- Werner, K.; Poustka, F. (1996): Typische Konfigurationen psychosozialer Belastungsfaktoren psychiatrisch auffälliger Kinder und Jugendlicher. *Z. Kinder- u. Jugendpsychiat. Psychother.* 24 (4): 240-252.
- Weston, H.; Boxer, P.; Heatherington, L. (1998): Children's Attributions about Family Arguments: Implications for Family Therapy. *Family Process* 37: 35-49.
- Ziegler, P.; Hiller, T. (2001): *Recreating Partnership. A Solution-Oriented, Collaborative Approach to Couples Therapy.* London: Norton.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Wolfgang Loth, Steinbrecher Weg 52, 51427 Bergisch Gladbach; E-Mail: kopiloth@t-online.de