

P. Kaimer

## Lösungsfokussierte Therapie\*

**Zusammenfassung** Der vor Ihnen liegende Artikel will einen ersten Eindruck und Überblick zu lösungsfokussierter Therapie geben. Dabei nimmt die Darstellung ihren Ausgangspunkt bei der Entwicklung aus dem Ansatz von M. H. Erickson und liefert somit einen historischen Hintergrund. In einem zweiten Schritt wird das Praxismodell in seinen Grundzügen dargelegt. Der dritte Teil zeigt mögliche erklärungs- und theoretische Ansätze zur Begründung des lösungsfokussierten Vorgehens. Abschließend werden Fragen der Verträglichkeit mit anderen Therapiekonzepten sowie gesundheitspolitische Fragen erörtert.

**Schlüsselwörter:** Lösungsfokussierte Therapie, Kurzzeittherapie, Ressourcenorientierung, konstruktivistische Therapien.

### **Solution Focussed Therapy**

**Abstract** The paper intends to give a first impression and overview to Solution Focussed Therapy (SFT) to the appreciated reader. Starting with the influences on Solution Focussed Therapy by the work of M. H. Erickson, the first part of the paper focusses on the historical background of the development of SFT. The second part outlines the basic assumptions and guidelines of the model in practice, while the last part delineates possible theoretical models for the explanation and foundation of the proceeding. In conclusion questions concerning the fitting with alternative therapy-concepts as well as the mental health policy will be discussed.

**Keywords:** Solution Focussed Therapy, brief therapy, resources of clients, constructivist therapies.

### **La thérapie centrée sur la recherche d'une solution**

**Résumé** La présente contribution met en évidence les caractéristiques de la thérapie centrée sur la recherche d'une solution, sous forme d'un narratif que l'auteur se raconte à lui-même. D'entrée on se rend compte de la manière dont le thème se réfléchit lui-même, ainsi que du fait que le langage joue un rôle extrêmement important à la fois au niveau de la procédure thérapeutique et à celui de la tentative faite pour la présenter.

Les problèmes inhérents au concept de "thérapie centrée sur la recherche d'une solution" et à la brièveté des traitements impliquée sont d'abord signalés. On présente ensuite un résumé de l'histoire du concept, à partir de Milton H. Erikson et des approches thérapeutiques très variées qu'il a inspirées: thérapie stratégique, thérapie systémique et hypnothérapie.

Les deux principales parties du travail consistent en une description de la manière dont l'application pratique de ce type de thérapie est conçue et d'une présentation de son approche au niveau épistémologique.

Concernant le modèle pratique, on en élucide d'abord les conditions-cadres, c'est-à-dire la manière dont le modèle doit être lu – en tant que modèle descriptif qui n'implique pas de prescriptions – et la structure habituellement offerte pendant les séances. Puis l'on décrit l'attitude du/de la thérapeute dans le cadre du traitement, attitude caractérisée d'une part par la manière dont il gère la relation mais aussi et surtout par le type de questions posées. Les mots de passe sont: ressources et avenir. Les types de questions – conçues ici comme instruments utilisés lors de l'interview et désignées par les Américains comme "five useful questions" – sont ensuite décrits en détail. Il s'agit de questions 'invitation' (qui charge qui de quel mandat thérapeutique?), 'émerveillement' (à quoi ressemblerait le monde du client si les problèmes qui l'on fait consulter étaient résolus?), 'exception' (quand une petite partie de ce 'miracle' s'est-elle déjà produite – même sans qu'on le remarque?), 'échelle d'évaluation' (où situer l'état actuel sur une échelle de 10 points? quel a été le nombre maximum de points jusqu'à maintenant? quelle devrait être la prochaine étape?) et 'accomplissement' (comment avez-vous réussi ... à venir ici malgré tous vos problèmes ... à gérer les principaux aspects de votre vie ... à vous lever le matin ...?). Ceci permet de présenter les principaux instruments dont on dispose lors de

\* Ich danke meinen Kollegen/innen Nicole Aufdermauer, Joachim Hesse, Sabine Leger und Heike Schemmel für klärende und korrigierende Anmerkungen zu einer ersten Version des Textes.

*l'interview. Mais une interview basée sur la solution ne s'arrête pas là, et c'est pourquoi nous consacrons deux chapitres à la construction et à la transmission d'un feedback – fourni (dans la mesure où le travail se fait en équipe) après une brève pause-discussion avec cette dernière. En fait, nous recommandons ce genre de pause même lorsque le travail se fait sans équipe. A la différence de l'interview, le feedback sert alors de synthèse et de renforcement des données acquises; il fournit également une opportunité de corriger certaines données, mais aussi d'introduire de nouveaux éléments – exemple: une nouvelle perspective ou une recommandation surprenante. La partie de l'article traitant de la pratique se termine par de brèves explications concernant les séances suivantes. Il s'agit en principe d'abord d'une évaluation: une amélioration s'est-elle produite ou pas? Dans le premier cas, on procède – nous simplifions beaucoup – selon la devise "fais encore plus de ce qui a un effet positif". Dans le second – et en simplifiant encore –, on tente de déconstruire en cernant ce qui dans la période écoulée peut être considéré comme relativement plus positif. Ceci permet éventuellement de reposer une base à partir de laquelle des questions centrées sur la recherche d'une solution pourront être posées.*

*Dans le chapitre traitant de l'épistémologie, on se réfère d'abord aux approches existantes et surtout au travail de Steve de Shazer, qui a tenté d'élaborer des*

*„Man kann für eine große Klasse von Fällen der Benützung des Wortes ‚Bedeutung‘ – wenn auch nicht für alle Fälle seiner Benützung – dieses Wort so erklären: die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch in der Sprache.“*

Ludwig Wittgenstein

*„It's better to practice a little, than to talk a lot.“*

Zen-Teaching

## 1. Einleitung<sup>1</sup>

Wenn man längere Zeit in einem Arbeitsfeld handelnd tätig ist, in dem sehr viele verschiedene Geschichten über eben dieses Handeln erzählt werden, und wenn man selbst Menschen in diesem Handeln ausbildet und regelmäßig zumindest immer wieder Kurzgeschichten erzählt, kriegt man von Zeit zu Zeit Lust, eine ein bißchen übergreifendere Geschichte zu erzählen. Dabei bin ich selbst hier mein erster Adressat. Ich erzähle mir meine eigene Geschichte und bin gespannt, wie ich sie verstehen oder mißverstehen werde. Und hier unterseide ich mich gar nicht von Ihnen, liebe Leserin,

<sup>1</sup> Es gibt keine überzeugenden Lösungen für das Ansprechen von Frauen und Männern im Text. Also spiele ich damit: mal beides, mal ein Geschlecht – und bemühe mich um Ausgewogenheit, möglichst ohne Krampf aber auch ohne unangemessene Flapsigkeit.

*explications de type linguistico-analytique en se fondant sur les derniers ouvrages philosophiques de Wittgenstein. Puis l'on présente le constructivisme social de Kenneth Gergen, le considérant comme un concept utile au niveau de l'explication. Cette approche nous a paru prometteuse du fait surtout que Gergen s'est beaucoup intéressé à la psychothérapie et a réfléchi à l'utilité de son approche dans ce domaine; en effet, ici aussi se situent au premier plan le langage, ses séductions mais aussi sa fonction de guide à l'action au niveau social. L'avantage de l'attribution d'une base socio-constructive à la thérapie est en rapport avec le fait qu'elle permet de souligner que de nouveaux discours et de nouveaux narratifs peuvent parfaitement être viables – et avec eux de nouvelles impulsions à agir hors de la thérapie, ce qui permet d'accorder à la "vie de tous les jours" une importance suffisante par rapport à la situation quelque peu artificielle de la thérapie formelle.*

*L'article se termine sur une brève discussion critique des rapports entre la thérapie centrée sur la recherche de solutions et d'autres approches thérapeutiques – peu de problèmes ici –, de la question d'une version à long terme de ce type de thérapie – elle dépendra de la définition de la thérapie à long terme –, et du contexte actuel dans le domaine de la politique de la santé, qui favorise les "thérapies brèves" pour des raisons d'ordre avant tout financier.*

lieber Leser. Zu meinem eigenen Bedauern bin ich kein so genialer Geschichtenerzähler wie etwa die Großen dieses Faches, denen das Erzählgarn nur so aus der Feder (oder der Tastatur) rinnt. Mein Metier ist viel mehr die kleine traute und persönliche Erzählrunde.

### 1.1 „Lösungsfokussierte Therapie“

Der Titel „*lösungsfokussierte Therapie*“ ist erklärungsbedürftig. Im anglo-amerikanischen Raum wird seit einiger Zeit, zumindest wenn man die Diskussionen im Internet beobachtet, zwischen lösungsorientiert und lösungsfokussiert unterschieden. Diese Unterscheidung schlage ich auch hier vor. Der Unterschied zwischen Lösungsorientierter und Lösungsfokussierter Therapie liegt einerseits in der Radikalität bezüglich der aktiven Thematisierung von präsentierten Problemen durch die Therapeuten/innen. Während Lösungsorientierte Therapie hier eine eher „weiche“ Linie verfolgt und durchaus bereit ist, das Problemverständnis zu vertiefen, verzichtet Lösungsfokussierte Therapie darauf weitgehend (wobei es vielleicht korrekter wäre zu sagen, daß sie der Versuchung widersteht ...). Andererseits kommt bei lösungsorientierter Therapie aber auch der durch die Therapeutin veranlaßte Einsatz von therapeutischen Techniken, wie sie traditionell von verschiedensten Schulen beschrieben wurden, zur Anwendung (überzeugend verkörpert durch die Arbeit von Bill O'Hanlon z.B. in O'Hanlon und Wilk, 1987; vgl.

auch „Solution oriented Hypnosis“ von O’Hanlon und Martin, 1992). Damit entspricht diese Richtung auch eher dem Bild, das man sich von einem expertenorientierten Therapieangebot macht, wo erprobte Techniken als Mittel zur Veränderung des Problemzustandes angeboten werden.

Mit dem Begriff „*lösungsfokussiert*“ beziehe ich mich speziell auf die Konzeption des Brief Family Therapy Center (BFTC – in Milwaukee, Wisconsin, USA), welche vor allem durch die Arbeiten und weltweiten Workshops von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg (de Shazer et al., 1986) verbreitet wurden und die im folgenden ausführlich dargestellt werden soll.

Im deutschen Sprachraum hat jüngst Wolfgang Loth eine ähnliche Unterscheidung wenn auch mit etwas anderer Akzentsetzung getroffen (siehe Loth, 1998).

Was nun den Begriff der Therapie betrifft, so ist fest zu stellen, daß selbst de Shazer den Begriff Therapie nur mit großem Widerstreben für lösungsfokussiertes Vorgehen nutzt, er sieht sich jedoch außerstande eine brauchbarere Alternative dafür vor zu schlagen. Die von manchen Dekonstruktivisten vorgeschlagene Methode, ein Wort durchgestrichen zu verwenden, um so anzuzeigen, daß es das Angestrebte nicht überzeugend trifft, lehnt er aus Gründen der Brauchbarkeit ab. Prinzipiell könnte man daran denken, den Begriff der Beratung zu nutzen. Aber auch der trifft die besondere Aktivität nicht, da es sich bei der lösungsfokussierten Vorgehensweise nicht um eine Beratung im traditionellen Sinn handelt, wo ein Hilfesuchender ein Problem vorträgt, zu dem eine Expertin dann ihren Rat gibt. Auch ist Beratung im Gesundheitssystem leider so assoziiert – sprich: der Begriff wird in dem Sinne gebraucht –, als wenn es sich dabei um eine weniger wertvolle Aktivität im Vergleich zu Therapie handelte. Dies ist natürlich ebenfalls nicht wünschenswert, auch wenn ein solcher Gebrauch natürlich absoluter Unsinn ist.

### 1.2 Die Kürze von Therapien

Lösungsfokussierte Therapie gilt als eine typische Kurzzeittherapie. Dabei hat de Shazer immer wieder betont, daß es lösungsfokussierten Therapeuten nie um *Kürze an sich* gehe. Es sei lediglich eine logische Folgerung, daß Therapien, wenn man sie mit dieser Konzeption verfolge, kurz werden – zwangsläufig. Und dies wird nicht als Manko angesehen, aber es wird auch nicht zwanghaft angestrebt. Im Gegenteil hat eine frühe Weggefährtin des BFTC in einem eindrucksvollen Artikel auf die negativen Folgen hingewiesen, die eine „Hast, kurz sein zu wollen“, mit sich bringt (Lipchik, 1994). Und auch de Shazer wurde nie müde, John Weakland mit seinem oft zitierten Ausspruch „If you want to make therapy brief, go slow“ in Erinnerung zu rufen.

Was Therapien kurz macht, sind die Vorannahmen in den Köpfen der Therapeuten/innen und Klienten/innen. Da jedoch – zumindest in erfolgreichen Therapien – ein Shift bezüglich dieser Prämissen auf Seiten der Klienten in Richtung derer der Therapeutinnen fest zu stellen ist, soll diesen mehr Priorität eingeräumt werden.

Kurztherapeuten/innen gehen davon aus, daß Änderung relativ schnell erfolgen kann, sie trauen also ihren Kunden rasche und signifikante Änderungen zu. Kurztherapeuten/innen sind aber wohl auch bescheidener was Änderungen betrifft. Kleine Änderungen, die trotz aller Bescheidenheit für die Klienten „harte Arbeit“ bedeuten, reichen ihnen, da diese weitere anstoßen und auf diese Weise einen Schneeballeffekt auslösen können. Kurztherapeuten sind auch bereit, ihre Kunden/innen früher zu einer Beendigung einer Therapie zu ermutigen, da ja nicht alles innerhalb der Therapie erreicht werden muß. Sobald die Klientinnen wissen, wo es langgeht, können sie den Rest des Weges alleine weiterverfolgen. Zumindest können aber relativ bald größere Abstände zwischen den Sitzungen vereinbart werden, was in Extremfällen zu langen Kurztherapien führt. Kurztherapeuten sind üblicherweise recht lokal orientiert, d.h., es geht ihnen bereits in der Zielkonstruktion eher um Änderungen im aktuellen Handeln und Bewältigen, im Gegensatz zu den oft recht globalen Zielen der Persönlichkeitsveränderung im Rahmen mancher Langzeittherapien.

Grundsätzlich zielt diese Bescheidenheit hinsichtlich erwartbarer Änderungen jedoch noch in eine andere Richtung: nämlich die harten Gegebenheiten des jeweiligen gesellschaftlichen Kontextes, die einem unbegrenzten Bewältigungsoptimismus entgegen stehen (von Kardorff, 1992).

### 1.3 Lösungsfokussierte Langzeittherapie – geht das!

Wie bereits erwähnt kann es unter besonderen Umständen zu zeitlich langen Therapien (durchaus mehrere Jahre) mit sehr geringer Frequenz (manchmal lediglich 3–4 Sitzungen im Jahr) kommen. Dies ergibt sich meist aus dem Wunsch von Klienten, eine Art Anker in der Zukunft zu haben, der häufig mit sozialer Selbstverpflichtung verknüpft ist und motiviert. Von der Vorgehensweise, den Fragen, der Haltung unterscheidet sich diese Therapie nicht von den kurz dauernden.

Meiner Einschätzung nach ist eine lösungsfokussierte Langzeittherapie dann indiziert, wenn Klienten/innen in den ersten Sitzungen ausreichende Fortschritte gemacht haben, so daß grundsätzlich an eine Beendigung gedacht wird, zur Stabilisierung oder auch „Erinnerung“ sie jedoch weitere Termine wünschen. Dies hängt meist mit den im sozialen Umfeld der Klientinnen fehlenden unmittelbaren Anknüpfungsmöglichkeiten für ressourcenorientierte Sprachspiele zusammen. Vergleichbar wären hier Ansätze der Netzwerktherapie, wo auch gelegentlich keine vorhandenen Netzwerke genutzt sondern neue aufgebaut werden müssen. Für diese Interpretation gibt es allerdings noch keine Forschungsergebnisse. Ich beziehe mich dabei auf meine persönliche Erfahrung in der therapeutischen Praxis der letzten 8 Jahre (teils institutionell teils privater Praxis).

## 2. Ein bißchen Geschichte

Um Zugang zu einem therapeutischen Ansatz zu bekommen, ist es für mich immer sehr hilfreich, zumindest in Grundzügen etwas über Ursprünge, Wurzeln

und Entwicklungslinien desselben zu erfahren. Ich gehe also konsequent von mir selbst aus und setze einfach voraus, daß auch für sie liebe Leserin dies ein wünschenswerter erster Zugang ist und skizziere das mir wichtig und zutreffend Erscheinende. Ich tue das natürlich als Beobachter, der teils einiges Folgendes von den Begründern des Ansatzes selbst gehört, einiges gelesen, durchaus einiges aber auch erschlossen (erfunden?) hat.<sup>2</sup>

### 2.1 Milton H. Erickson

Milton H. Erickson gilt als genialer Therapeut und Inspirationsquelle für eine ganze Handvoll sich auf ihn berufender Therapieansätze. Er gilt aber auch als der Sherlock Holmes der Therapiegeschichte, dessen wackerer Mitstreiter in der Rolle des Doktor Watson Jay Haley ist, dessen dramaturgischem Erzählergeschick es zu verdanken ist, daß wir nach der Lektüre so vieler faszinierender Fallgeschichten dastehen wie die Trottel und uns fragen, warum wir denn nicht sofort begriffen haben, was Sache ist (de Shazer, 1996)<sup>3</sup>. Auch der lösungsfokussierte Ansatz hat zumindest einen Teil seiner praktischen Wurzeln und Grundüberzeugungen in der Art und Weise wie Erickson praktisch arbeitete bzw. wie er seine Arbeit beschrieb und sie erklärte. Hier ist zuerst einmal sein unerschütterlicher Glaube an die *Ressourcen* der Menschen zu nennen. Weiters gehört dazu das Prinzip der *Utilisation*, welches besagt, daß, was immer Klienten/innen mit in die Therapie bringen, Ansatzpunkt für eine Entwicklung in Richtung der Therapieziele sein kann. Daran anschließend ist das *Prinzip des Folgens und Führens* zu nennen. Dieses Prinzip der Beziehungsgestaltung in der Therapie knüpft an den Utilisationsgedanken an, indem den Beziehungsangeboten der Klienten/innen (z.B. sprachlich über das Aufgreifen einer bestimmten Metapher) gefolgt wird. Im Laufe des Folgens werden jedoch immer wieder leicht abweichende Angebote im Sinne des Führens (z.B. Abwandlungen einer Metapher in Richtung Bewältigung<sup>4</sup>) angeboten und genau beobachtet, welche Anschluß finden. Dies bringt uns zu einem weiteren Ericksonschen Prinzip, dem des *Säens*. Im strategischen Verständnis dieses Prinzips geht es um eine meist sehr subtile gezielte Vorbereitung hin auf eine bestimmte Intervention, die dann auf den aufnahmebereiten Boden fallen und wirken kann. In einem mehr konstruktivisti-

schen Sinn ist damit jedoch gemeint, daß im Laufe einer therapeutischen Kommunikation eine Menge an unterschiedlichen Ideen, Perspektiven, Möglichkeiten entweder direkt angeboten oder indirekt angedeutet werden. Wieder ist es Aufgabe der Therapeuten/innen genau zu beobachten und wahrzunehmen, welcher „Same aufgeht“ und als solcher gehegt und genährt werden sollte.

### 2.2 Strategische Therapie

Erickson inspirierte viele verschiedene Therapieansätze, wie bereits oben erwähnt. Ein besonders unmittelbar auf seine Arbeit sich beziehender Ansatz ist die Strategische Therapie, wie sie z.B. durch Jay Haley über seine fesselnden Darstellungen (z.B. Haley, 1978) oder die Arbeit der Palo Alto Gruppe (Watzlawick et al., 1979; Fisch et al., 1987) auch über ihre internationalen Fortbildungen der Therapeutengemeinde zugänglich gemacht wurde. Für den lösungsfokussierten Ansatz ist besonders die Arbeit der Palo Alto Gruppe zu nennen, da John Weakland von Steve de Shazer als ein wichtiger Mentor für die Entwicklung des Ansatzes angesehen wird. Und tatsächlich lesen sich die ersten Publikationen aus dem BFTC (Brief Family Therapy Center), die meist aus der Feder de Shazers stammen, sehr strategisch bzw. ökosystemisch (z.B. de Shazer, 1989a). Aus einer strategischen oder ökosystemischen Sicht sind das Leben und auch die Schwierigkeiten von Klienten Teil einer Abfolge von sozialen Interaktionen, die verändert werden müssen, um eine Veränderung auf individueller Klientenseite zu erzeugen. Das unverwechselbare Markenzeichen der Palo Alto Gruppe wurde es, sich die versuchten, unglücklichen, meist interaktionellen Lösungen der Menschen, die zu ihnen in Therapie kamen, genau anzuschauen, um diese dann durch geeignete Interventionen zu blockieren, so daß etwas Neues entstehen konnte/mußte. Das erste und frühe Markenzeichen der BFTC-Gruppe wurde es, Ausnahmen hinsichtlich des präsentierten Problems aufzuspüren, d.h. wo es unerwartbar *nicht* oder nur abgeschwächt aufgetreten ist. Diese Ausnahmen werden dann genau exploriert, um auf der Basis dieser Informationen eine Intervention zu verschreiben. In beiden Fällen ging es um die genaue Analyse einer Aufeinanderfolge von zwischenmenschlichen Handlungen und die anschließend vorgetragene oft paradox erscheinende Verschreibung, die eine Weiterführung des bisher praktizierten unglücklichen Interagierens unmöglich machen sollte. Die einzelnen Sequenzen einer Therapiesitzung wurden daher unterschiedlich gewichtet. Das Interview, welches von einem Team beobachtet wurde, diente hauptsächlich dazu, ausreichend Informationen zu sammeln, um – nach einer Beratung mit dem Team – gewissermaßen ein Interventions-Feuerwerk im Rahmen einer Abschlußintervention abbrennen zu können. Es ist nicht schwer zu erkennen, daß hier die Faszination durch die genialen Ericksonschen Interventionsgeschichten Pate stand und es dauerte eine Weile bis jemand auf die Idee kam, daß diese Feuerwerke vielleicht mehr der Unterhaltung der Therapeuten/innen-gemeinde dienen könnten als den Klienten/innen.

<sup>2</sup> Und hier sind dann natürlich Zweifel angebracht. Denn: manche Geschichten lesen sich einfach besser als andere und wer unter uns Geschichtenerzählern könnte da schon der Versuchung widerstehen. Wenn jedoch eine Geschichte gut erzählt ist, neigen wir dazu, sie uns selbst zu glauben – nicht wahr? Und dann stimmt sie doch auch wieder?

<sup>3</sup> Eine ähnliche Weise psychotherapeutische Texte zu lesen – nämlich die von Sigmund Freud – vertritt bereits der Literaturwissenschaftler und Romancier David Lodge (1993)

<sup>4</sup> Ich bringe am besten ein konkretes Beispiel: Stellen Sie sich vor, eine Klientin spricht von einem Ereignis, in welchem sie sich verstrickt fühlte, als „Ich bin dort wie eine Pflanze, die langsam verdorrt und vertrocknet.“ Die Therapeutin greift dieses Bild auf, beginnt jedoch nach einiger Zeit zu fragen, welche Pflege die Pflanze braucht, um gut gedeihen zu können.

### 2.3 Radikal lösungsfokussierte Therapie

Das Therapiemodell der lösungsfokussierten Gruppe in Milwaukee (BFTC) machte über die Jahre eine bemerkenswerte Evolution durch, die durch die verschiedenen Publikationen einzelner Mitglieder gut dokumentiert wird (Berg, 1992; de Shazer, 1989a, b, 1992, 1996).

Dabei waren es vor allem ihre Klienten/innen, deren Anregungen und Hinweisen große Aufmerksamkeit geschenkt wurde, welche die Entwicklung voran trieben. De Shazer und Mitarbeiter/innen werteten im Unterschied zu vielen anderen Vertreter/innen im Bereich der Psychotherapie Praxisforschung immer sehr hoch. Allerdings folgten sie nicht dem gängigen universitären Verständnis von Psychotherapieforschung, welches weitestgehend einer experimentellen Laborforschung verpflichtet war, sondern untersuchten sehr naturalistisch ihre eigenen *erfolgreichen Therapien*. Sie suchten nach Mustern, die diese Therapien auszeichneten und kamen zu teilweise sehr verblüffend simplen Ergebnissen, die sich in der unten dargestellten Fragestrategie niederschlugen.<sup>5</sup> Natürlich stand hinter der Art, an die Thematik heran zu gehen, auch eine bestimmte Philosophie, die sich allerdings erst Stück für Stück herauskristallisierte und in den neueren Publikationen mehr Raum einnimmt – nachdem die Praxistheorie, so weit sinnvoll etwas über sie gesagt werden kann, vollständig vorliegt. Bereits ganz zu Anfang verwies de Shazer in seinen Workshops häufig auf William von Ockham, den radikalen Nominalisten des Mittelalters, dessen „Rasiermesser“<sup>6</sup> auch für die Praxis und Theorie lösungsfokussierter Therapie Programm wurde. Dies signalisierte ein zu erwartendes Modell, welches sich den Prinzipien der Sparsamkeit, der Einfachheit, des Minimalismus verpflichtete. Aber auch Verweise auf Systemtheoretiker verschiedenster Herkunft waren gängige Kost in Workshops und Literatur. Seit Mitte der 80er Jahre erfolgte jedoch ein grundlegender Wandel von einem ökosystemischen zu einem konstruktivistischen Ansatz (Miller, 1997) und die theoretische Verankerung wurde mehr in einem sprachphilosophischen Verständnis von Therapie gesehen und dementsprechend eher Theorien oder Konzepte aus diesem Bereich zur Begründung der Praxis herangezogen (siehe weiter unten Punkt 4).

Die oben erwähnte Aufmerksamkeit für die Anregungen und Hinweise durch die Klienten/innen führte über die Jahre zu einer immer deutlicheren Klientenzentriertheit. D.h., daß die Klienten/innen in aller Konsequenz als Experten/innen ihres Lebens gesehen wurden, für das

<sup>5</sup> Allerdings muß hier gleich angemerkt werden, daß „simpl“ nicht gleichbedeutend mit „einfach“ ist. Das, was auf den ersten Blick oft so einleuchtend und überzeugend aussieht, kann sich beim Versuch, es umzusetzen als durchaus anspruchsvolles Unterfangen herausstellen.

<sup>6</sup> Nach Bertrand Russell wird ihm der berühmte Satz: „Entitäten sollten nicht unnötig vervielfacht werden“ zugeschrieben, in seinem Werk sei jedoch lediglich die – nichts desto trotz ebenfalls – äußerst nützliche Ansicht belegt: „Es ist unnützlich, etwas mit mehr zu tun, was auch mit weniger getan werden kann.“ Siehe: <http://www.penzberg.de/mauthner/ockh1b.html>

sie auch verantwortlich sind. Die Therapeutin weiß nicht besser, was für die Klientin gut ist, was der nächste Schritt sein soll, welcher erfolgreich ist und ob oder wie es weiter geht. Der Therapeut ist Experte dafür, diesen Prozeß der Therapie zu begleiten, Fragen zu stellen, die für Klienten eine neue Perspektive eröffnen, Zielfokussierung zu fördern und zu verlangen, – kurz und gut alles zu tun, was sinnvoll ist, um die Klientinnen bei diesem eigenverantwortlichen Unterfangen zu unterstützen. Dazu ist es nun allerdings nicht nötig, den Aussagen der Klienten/innen zu misstrauen, zwischen den Zeilen zu lesen oder schlauer sein zu wollen als der Klient („be stupid“ lautete eine oft gehörte Aufforderung Steve de Shazers). Es genügt gut zuzuhören, *welche* Geschichte eine Klientin *wie* erzählt. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte für eine Neuerfindung oder -erzählung der Geschichten, die wiederum Ressourcen frei setzen könnten, was den Spielraum an Möglichkeiten der Person im Denken, Handeln und Fühlen erweitern würde.

Ein Beispiel für ihre Art, die Anregungen durch ihre Klientinnen ernst zu nehmen, ist die Geschichte eines weiteren und späteren Markenzeichens der BFTC-Gruppe: die Wunderfrage. Diese geht auf Merkmale von Geschichten ihrer Klienten zurück

Auch die ursprünglich problemfokussierten Fragen nach Ausnahmen vom Problem – das erste Markenzeichen des BFTC – wandelten sich zu Fragen nach einem unerwarteten – und sei es auch minimalen – Auftreten eines Stück des Wunders (siehe unten).

Wenn es nicht mehr um den genialen Wurf der Therapeuten am Ende einer Sitzung, wie bei manchen strategischen Therapievarianten geht, weil die Expertenschaft vielmehr in der Unterstützung beim Erfinden und Erzählen neuer Geschichten liegt, ändert sich zwangsläufig auch die Gewichtung einer Sitzung. Zunehmend wurde der Interviewteil als ein ungemein wichtiger und gleichwertiger Bestandteil der jeweiligen Sitzung erkannt und gewürdigt, wo hingegen die Rückmeldung ihren spektakulären Charakter verlor. Oft – nach einem gelungenen Interview – blieb nicht viel mehr zu tun, als das Erarbeitete nochmal zusammenzufassen und mit einer Bestätigung durch das Team versehen zu präsentieren. Kein Feuerwerk, kein Entertainment. „A tip on the shoulder“ oder bzw. meist mehrere „tips“ pro Sitzung und genaues Zuhören reichen, sind aber auch notwendig.

### 3. Das Praxismodell

Ich beginne nun am besten, genau wie ich es selbst erfahren habe, Ihnen liebe Leserin das, was sie beobachten könnten, wenn Sie einer lösungsfokussierten Therapeutin über die Schulter schauen, zu beschreiben. Das Praxismodell des BFTC wurde immer als *beschreibendes Modell* und nicht als *vorschreibendes Modell* angeboten und dies gilt es ganz ernst zu nehmen. Gerade deshalb, weil dies in der therapeutischen Landschaft eher unüblich ist und es nur so von Universalmodellen wimmelt, die allgemeinen Geltungsanspruch erheben. Das Praxismodell ist also nicht-normierend. Die Transferleistung auf andere Kontexte ist vom interessierten Leser zu erbringen.

Beim BFTC, wo das Modell entwickelt und erprobt wurde, handelte es sich um eine ambulante Einrichtung im Mittelwesten der Vereinigten Staaten (Wisconsin) vielleicht am ehesten mit einer sozialpsychiatrischen Einrichtung in Deutschland vergleichbar. Das System der Versorgung mit und der Finanzierung von psychosozialer Hilfe in den USA und Deutschland ist aber deutlich unterschiedlich.

Deutlich hoben sich die Therapeuten/innen aus Milwaukee schon bald dadurch von vielen anderen Systemikern<sup>7</sup> ab, daß sie die Hilfesuchenden bereits beim Eingangstelefonat darauf hinwiesen und selbst entscheiden ließen, wer zur Therapie kommen solle („wer hilfreich zur Lösung des Problems ist“). Auch wenn manchmal aus Gründen der Nützlichkeit auf diese Entscheidung Einfluß genommen wurde, so markierte das Angebot die Verantwortlichkeiten aller am Prozeß der Therapie Beteiligten.

Bevor sie lieber Leser sich nun in die konkreteren Schritte des Modells vertiefen, möchte ich sie dringend bitten, sich noch einmal den beschreibenden Charakter vor Augen zu führen und sich klar zu machen, welche Transferleistung ihnen abverlangt wird. Durch die konkrete Beschreibung soll das Prinzip des Modells vermittelt werden – so konkret es eben geht. Die Anwendung auf ihr Praxisfeld kann ihnen niemand abnehmen – und das ist gut so.

### 3.1 Der formale Ablauf einer Sitzung

Der typische Ablauf einer Therapiesitzung untergliedert sich in drei Teile. Der erste Teil umfaßt ein ca. 40minütiges Interview mit all den Personen, die gekommen sind. Danach zieht sich die Therapeutin, nachdem sie vorher noch abgeklärt hat, daß alles wirklich Wichtige gesagt werden konnte, für ca. 10–15 Minuten zur Besprechung mit dem Team zurück. Nach ihrer Rückkehr in den Therapieraum vermittelt sie der/den Klienten/innen im Rahmen von ein paar Minuten das, was als nützlich und empfehlenswert erarbeitet wurde. Diese Rückmeldung ist als Botschaft des Teams konzipiert und wird üblicherweise nicht näher besprochen oder diskutiert. Verständnisfragen werden dabei natürlich geklärt. Sollten Klienten einzelne Punkte kommentieren oder auch eventuell nicht damit einverstanden sein, so wird das respektiert jedoch als derzeitige Sichtweise des Teams, als Ergebnis der Beobachtung der Sitzung gewertet, die nicht die „richtige“ sein muß.

### 3.2 Die Haltung der Therapeuten/innen

Wenn Sie, liebe Leserin, eine lösungsfokussierte Therapie beobachten würden, dann fiel Ihnen wahrscheinlich zuerst die freundliche aber ungemein hartnäckige Art zu fragen auf.<sup>8</sup> Fragen, die auf Ressourcen zielen, auf Bewältigungen, auf Schritte, die in die erwünschte

Richtung gemacht wurden. Beginnen die Klienten dann, solche Erfahrungen und Bereiche zu schildern, reagieren die Therapeutinnen auf diese manchmal mit Äußerungen der Anerkennung – jedoch eher nonverbal als verbal (beides kann als direkte Anerkennung oder direktes Kompliment beschrieben werden). Viel häufiger führen aber die genauen Nachfragen hinsichtlich eigener Stärken, guter Ideen, Selbstmotivation etwas zu ändern etc. dazu, daß Klienten anfangen, sich selbst zu komplimentieren, eigene Fähigkeiten oder erste Schritte konkreter wahrzunehmen. (Hier handelt es sich um indirekte Komplimente – Beispiel: Auf die Schilderung einer Klientin bezüglich der Bewältigung einer schwierigen Begegnung in der letzten Woche, reagiert die Therapeutin nicht mit Lob und Anerkennung sondern mit Nachfragen bezüglich der aktivierten Ressourcen, so daß das Besondere dieser Sache betont und die Aufmerksamkeit der Klientin erhöht wird. Dies führt nahezu zwangsläufig dazu, daß die Klientin die Schilderung eigener Kompetenzen und Ressourcen ausweitet.) Auffallen würde Ihnen wahrscheinlich auch die konzentrierte Haltung der Neugier und des Interesses auf Seiten der Therapeuten diesen Prozessen gegenüber, die mit Änderungen und Wandel zu tun haben.

Vielleicht würde Ihnen auch auffallen, daß die Therapeutin Schilderungen von Klagen oder Beschwerden durch die Klienten anerkennend und respektvoll Raum gibt, diese jedoch weder herausfordert noch forciert. Sie knüpft schlichtweg nicht daran an, es sei denn Klientinnen betonen, daß die Notwendigkeit zu klagen, Teil ihrer Lösung sein werde. Daraus resultiert dann auch eine gewisse Leichtigkeit, die oft jedoch erst am Ende einer Sitzung auffällt.

Alle aktiven Anknüpfungsangebote beziehen sich auf neue Möglichkeitsräume für die Klienten/innen. Dabei werden ganz offensichtlich Schilderungen von Handlungen – also Möglichkeitsräume, die sich beobachtbar manifestieren – favorisiert. Auch müßte Ihnen fast zwangsläufig die Genauigkeit auffallen mit der gefragt wird, so daß im Idealfall ein lebhaftes Bild konkreter Zukunft vor Ihren Augen entstehen müßte.

Drittens könnte Ihnen auffallen, daß nie versucht wird, Klientinnen etwas vorzuschreiben – im Sinne: „aber da müssen sie doch“ oder „da gibt es jetzt die Strategie“ etc. Klienten werden in ihrer Sicht sehr, sehr ernst genommen. Es wird nie eine Aussage angezweifelt, es sei denn verschiedene Aussagen oder nonverbale Botschaften widersprechen sich. Und auch dann ist es weniger Zweifel, der angemeldet wird, sondern eher eine Haltung der Neugierde, des Wunsches nach Erklärung für diesen (scheinbaren) Widerspruch, der gezeigt wird.

In ihrer Beziehungsgestaltung orientieren sich die Therapeuten an einer relativ simplen und orientierenden Beziehungsmusterunterscheidung, wie unten noch zu lesen sein wird (siehe Punkt 3.4).

### 3.3 Die Werkzeuge im Interview

Hier werden traditionell fünf globale Werkzeuge (im englischen Original „five useful questions“ bezeichnet) beschrieben. Für Anfänger wird auch eine günstige Rei-

<sup>7</sup> Zu denen sie sich anfangs zählten oder zu denen sie zumindest gezählt wurden.

<sup>8</sup> Zumindest ist es das, was meinen Workshopteilnehmern/innen regelmäßig als Erstes bei der ersten Demonstration auffällt.

henfolge des Einsatzes dieser Werkzeuge z.B. im Erstinterview genannt. Von erfahreneren Therapeuten wird erwartet, daß diese die Werkzeuge aufgrund ihrer Erfahrung flexibel einsetzen.

### 3.3.1 Einladungsfragen

Klienten/innen kommen aus verschiedensten Gründen in Therapie und es kann manchmal recht schwierig sein, heraus zu finden, wer wofür Auftraggeber ist oder was sich Klienten/innen eigentlich davon versprechen. Um ihren Job gut zu machen, müssen lösungsfokussierte Therapeuten genau wissen, was die Erwartungen ihrer Klienten/innen sind, wozu sie eingeladen sind, welchen Auftrag sie von wem haben. Bevor sie also weiter aktiv werden, klären sie sehr sorgfältig, unter welchen Bedingungen die Sitzung für Klientinnen nützlich sein wird, was passieren müßte, damit sie am Ende zufrieden sein werden. Im Falle, daß eine andere Person Auftraggeber ist (der Partner, der Bewährungshelfer ...), sind die Ziele des Auftraggebers mit denen des/der anwesenden Klienten/in zu verknüpfen. Dies geschieht häufig über zirkuläre Fragen (Beispiel: Da nun Ihr Partner die Idee hatte, daß Sie hierher kommen sollen, was denken Sie müßte geschehen, so daß Ihr Partner keine Notwendigkeit für Sie mehr sieht, Therapie zu machen?). Entscheidend ist jedoch der Auftrag der anwesenden Person.

### 3.3.2 Wunderfragen

Damit eine Therapie zielgerichtet verlaufen kann, brauchen Klienten ebenso wie Therapeuten Orientierung. Es muß also verbindliche Anhaltspunkte dafür geben, wohin es mit Hilfe der Therapie geht, welche Schritte dafür notwendig sind und woran zumindest der Klient Fortschritte erkennen kann. Diese Orientierung wird teils über eine Utopie im Sinne eines Leitsterns teils über Skalenfragen (siehe unten) erzeugt. Die Wunderfrage<sup>9</sup> gilt als Universalwerkzeug zur Konstruktion von Utopien und hat sich hier zweifach bewährt. Sie hilft einerseits die präsentierte Eingangsbeschwerde von einer erwünschten Lösung zu entkoppeln, was Engungen möglicher Lösungsräume verhindern soll. Andererseits kann mit Hilfe der Technik des Auflistens neuer Verhaltens- und Interaktionsbereiche und des anschließenden sorgfältigen Konkretisierens der Bereiche ein anschauliches Bild einer erwünschten und oft auch schon gangbaren Zukunft entwickelt werden.

Die Art, wie die Wunderfrage gestellt wird, verrät viel von der Haltung des Therapeuten, die bezüglich der

präsentierten Probleme eingenommen wird, wie veränderbar bestehende Konstellationen eingeschätzt werden, welche Ressourcen man den Klienten/innen zutraut etc. Je weniger der Therapeut zu wissen glaubt, desto leichter ist es, optimistisch zu sein, hinsichtlich irgendeiner Lösung.

Wunderfragen sind die sicher prominenteste Form, die zugrunde liegende Zielperspektive des Ansatzes auszudrücken. Diese Perspektive bezieht sich jedoch nicht nur auf den Anfang einer Therapie und so kann die Wunderfrage als *thema con variatione* durchaus öfter im Laufe einer Therapie auftauchen oder wieder aufgegriffen werden. Manche Klienten/innen lieben es allerdings weniger phantastisch/phantastischer oder die Therapeutin will in einer späteren Sitzung eine Wiederholung vermeiden. Dann bietet sie Variationen der Wunderfrage an (als ein Beispiel für eine noch phantastischere Variation sei die Kristallkugelmetapher genannt, als ein etwas nüchterneres Zielfokussierungsangebot ein Film der Zukunft).

### 3.3.3 Ausnahmefragen

Hier haben wir es mit drei verschiedenen Typen zu tun, wobei die ersten beiden noch hinsichtlich einer zeitlichen Perspektive bewertet werden können. *Hidden miracles* sind Ausnahmesituationen (wie klein und winzig auch immer), in denen ein Stück des Wunders unerwartet aber beobachtet (und sei es erst durch die Art wie das Wunder konstruiert wurde) auftrat. Wohingegen *Ausnahmen vom Problem* oder der Beschwerde eben solche unerwartete Zeiten sind, in denen unerklärlicher Weise das Problem nicht auftrat oder lediglich abgeschwächt. Bei beiden Phänomenen kann es sich zeitlich darum handeln, daß dieses Phänomen seit der Anmeldung auftrat, dann sprechen lösungsfokussierte Therapeuten/innen von *pre-session change* oder es ist in der kürzeren oder längeren Vergangenheit aufgetreten, bevor überhaupt ernsthaft an therapeutische Hilfe gedacht wurde. In jedem Fall geht es darum, dieses Ereignis zu etwas Erklärungsbedürftigem zu machen; die Tatsache, daß es auftreten konnte, zu etwas Wiederholbaren und Erwartbaren zu machen. Dies geschieht meist über Fragen vom Typ: Wie kam denn das? Wem ist denn das noch aufgefallen? Was haben Sie denn da gemacht, daß das möglich war? – Es geht also um eine Haltung der gemeinsamen Neugier und des Interesses für diese Phänomene, die sonst untergehen oder übersehen werden.

Gibt es keine Ausnahme der beiden beschriebenen Typen, dann bleibt immer noch die Option offen, eine *hypothetische Ausnahme* zu konstruieren, d.h. sich zu fragen, unter welchen Bedingungen ein kleiner Schritt in die richtige Richtung möglich und vorstellbar ist bzw. wäre. Je nach sprachlichen Angeboten von Seiten der Klienten/innen werden hier Konjunktiv oder Indikativ, extreme bis mittlere Verkleinerungsformen genutzt (Beispiel: Woran werden Sie erkennen, daß Sie einen kleinen Schritt vorangekommen sind? vs Woran würden Sie erkennen, daß Sie einen klitzekleinen Schritt vorankommen würden?). Allerdings empfiehlt es sich, den Weg der hypothetischen Ausnahmen erst

<sup>9</sup> „Ich möchte Sie gerne zu einem vielleicht ungewöhnlichen Experiment einladen – stellen sie sich vor, – der heutige Tag verläuft wie immer, – sie gehen abends zu Bett, – sie schlafen ein, – und schlafen tief und fest, – und mitten in der Nacht, während sie so tief und fest schlafen, passiert ein Wunder, – welches das Problem, das sie heute hierher geführt hat, löst, – aber sie schlafen tief und fest und können daher nicht wissen, daß dieses Wunder passiert ist. – Woran werden sie morgen früh zuerst merken, daß ein Wunder geschehen ist? – Woran noch? – Welcher Unterschied wird ihnen noch auffallen? – Und wem wird das noch auffallen? ... etc.

nach Konstruktion von Skalen als Bezugspunkte zu gehen, um auf diese Weise gut dosierte Angebote machen zu können.

### 3.3.4 Skalenfragen

Unabdingbar ist die Konstruktion einer zentralen Zielskala, deren Enden einerseits durch das Wunder (üblicherweise die 10) andererseits durch den Entschluß therapeutische Hilfe auf zu suchen (die 1) oder alternativ den schlechtesten Stand (die 0) definiert sind. Hier wird dann auch der aktuelle Stand geschätzt, was wiederum die Möglichkeit eröffnet, erste Fortschritte oder Änderungen wahrzunehmen (*pre-session change*), zu benennen und zu analysieren (da es selten vorkommt, daß Klienten/innen sich in Sitzungen bei 0 einschätzen). Diese Zentralskala erlaubt es auch gleich zu Beginn ein Ende der Therapie zu markieren, da ein Erreichen der 10 innerhalb der Therapie weder notwendig noch sinnvoll ist.

Neben der Zentralskala können dann noch jede Menge anderer zweckmäßiger Skalen konstruiert werden, die mit Energie und Investitionsbereitschaft, mit Zuversicht oder Hoffnung, aber auch diversen relevanten anderen Themen und Zielen zu tun haben können.

Bei mehreren Klienten/innen können Differenzen kreativ genutzt werden (Beispiel: Ihr Mann hat bezüglich der Chancen ihrer Ehe auf der Hoffnungsskala eine 7 gegeben. Was glauben Sie weiß er, daß er so viel mehr Hoffnung hat als Sie?), um neue dem Fortschreiten dienende Informationen zu erzeugen und ein Klima erwartbarer Verbesserungen zu fördern (zu einer weitergehenden Begründung der Nutzung von Skalen siehe auch Berg und de Shazer, 1993).

Da es doch immer wieder Klienten/innen gibt, die entweder mit Skalen Schwierigkeiten haben bzw. diese im Sinne einer fixierenden Messung und Bewertung missverstehen, ist hier eine ausreichende Klärung oder das Angebot alternativer Orientierungsmöglichkeiten notwendig. Beispiele dafür wären: die Farben des Regenbogens, die Tonleiter, |-----©...

### 3.3.5 Bewältigungsfragen

Klienten/innen sind manchmal aufgrund schwerer und schwerster Belastungen noch nicht in der Lage lösungsfokussierte Perspektiven im engeren Sinn mitzukonstruieren. Für diese „pessimistischen“ Phasen bieten sich dann Fragen nach dem offensichtlichen und nicht zu leugnenden Bewältigen des Alltags; der Tatsache, daß sie in Therapie kommen, daß sie den Kampf nicht aufgegeben haben etc., an. Das geforderte Fingerspitzengefühl auf der Seite der Therapeuten/innen bezieht sich hier auf die Balance zwischen Bestätigung der ausgedrückten Klage und beharrlicher Wahrnehmung von Bewältigung innerhalb dieses Leids. Es ist nicht zu erwarten, daß Klienten in einer solchen Phase mit Begeisterung auf diese Konstruktionsangebote einsteigen werden, aber sie schaffen die Basis für Geschichten der Ermutigung und der Selbstbemächtigung des eigenen Lebens, wenn die Bedingungen (und das heißt vor allem der Alltag der Klienten/innen mit seiner bedeutenden

Selektionsfunktion hinsichtlich möglicher Wirklichkeiten) dies erlauben.

### 3.4 Die Konstruktion der Rückmeldung

In einer kurzen Unterbrechung, in der sich der Therapeut mit dem Team berät, wird eine Rückmeldung für die Klienten/innen ausgearbeitet. Damit dies fruchtbar geschehen kann und auch nicht übermäßig viel Zeit in Anspruch nimmt, gibt es einige Grundsätze für die Arbeit des Teams.

Dazu gehört, daß alle Teammitglieder davon ausgehen, daß die Therapeutin/der Therapeut und die Klienten/innen in der Sitzung ihr Bestes gegeben haben. Folgerichtig ist Kritik am Interview während dieser Zwischenberatung verboten und gehört in die Nachbesprechung der Therapie, die Supervision oder Intervention. Auch werden Diskussionen über Hintergründe, Zwischengründe und Abgründe der Themen aus dem Interview als kontraproduktiv angesehen und stören die Arbeit („don't read between the lines“). Die Aufgabe des Teams ist es vielmehr, gemäß seiner Beobachtungen Angebote für die Rückmeldung zu machen, welche die Therapeutin/der Therapeut selektiert und entscheidet, was in die ausgearbeitete Rückmeldung hinein kommt. Die Teammitglieder dürfen maßvoll für Sondervoten plädieren (gesplittete Botschaften, „ein Teammitglied möchte noch sagen ...“), die letztendliche Entscheidung liegt jedoch bei der Therapeutin, welche die Botschaft übermitteln muß. Ein starkes emotionales Engagement wird meist als ein Zeichen dafür gewertet, daß „zwischen den Zeilen gelesen wird“, so daß eine Zurückhaltung mit eigenen Beiträgen in diesem Fall in der Regel äußerst empfehlenswert ist.

Dauert eine Beratung zu lange (länger als eine Viertelstunde), wird es meist als besser angesehen, das Team gesteht seine Konfusion oder Irritation ein und gibt keine Empfehlung.

Die Teile der Rückmeldung in der Reihenfolge ihrer Vermittlung sind üblicherweise – wenn notwendig – eine *Anerkennung* (geschilderten Leids), *Komplimente* (bezüglich erreichter Schritte oder geschilderter Ressourcen), eine *Begründung* (für die folgende Empfehlung) und die *Empfehlung* selbst. Vorrang haben immer die von den Klienten/innen selbst in der Sitzung erfundenen Lösungsschritte, wenngleich eine kreative Zugabe (welche die Empfehlung zu etwas Ungewöhnlichem, Neuem macht) manchmal deutlich motivierende Effekte zeigt.

Die Art der Empfehlung hängt vom Muster der gemeinsam konstruierten Beziehung ab. Hier folgen lösungsfokussierte Therapeuten/innen einem recht simplen orientierendem Modell. Sie unterscheiden zwischen *Kundenbeziehungsmuster*, *Klagendenbeziehungsmuster* und *Besucherbeziehungsmuster*. Dabei muß gleich angemerkt werden, daß diese Bezeichnungen recht unglücklich gewählt sind, da sie unsere gewohnte Neigung einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf das Individuum verstärken und trotz redlichen Bemühens leicht zu Etikettierungen verführen. Mit dieser Beziehungsmusterunterscheidung ist immer das Ergebnis einer Interaktion gemeint, welches am Ende eines



Interviews aufgrund der Beiträge der Therapeutin und der Klientin eingeschätzt wird. Als Folge dieses gemeinsam verantworteten und konstruierten Musters scheint es lösungsfokussierten Therapeuten sinnvoll, Empfehlungen unterschiedlich zu formulieren, wenn überhaupt Empfehlungen angeboten werden. Es handelt sich beim Kundenbeziehungsmuster dabei um Empfehlungen etwas zu tun, beim Klagendenbeziehungsmuster um Empfehlungen etwas zu beobachten oder über etwas nach zu denken und um den Verzicht auf eine Empfehlung beim Besucherbeziehungsmuster.

Bezüglich allzu cleverer Empfehlungen sind lösungsfokussierte Therapeutinnen sehr skeptisch, da diese häufig der Selbsterhaltung des Teams dienen und oft weniger den Klienten/innen. Die angebotenen Begründungen dienen dem nachgewiesenen Bedürfnis der meisten Klienten/innen zu verstehen, wie was funktioniert oder funktionieren könnte; natürlich gibt es auch Fälle, wo gerade das Nichterklären (im rationalen Sinn) einen besonderen Zauber ausmacht (hier empfiehlt sich die Metapher des Experiments).

Die Anerkennung der Klage und des Leids muß sehr sensibel beobachtet werden, da das Verhalten lösungsfokussierter Therapeuten hier sehr stark von allgemein erwarteten Mustern der Alltagskommunikation aber auch der meisten anderen Therapieschulen abweicht und als Desinteresse oder Unverständnis gewertet werden könnte. Dies ist, wie hoffentlich klar geworden ist, natürlich gar nicht die Absicht dieses Ansatzes. Die Rückmeldung bietet hier eine hervorragende Gelegenheit, nachzuholen, was hinsichtlich leidvollen Erlebens auf Seiten der Klienten in der Sitzung zu wenig Platz hatte oder nicht ausreichend gewürdigt wurde.

Bezüglich der vermittelten Komplimente vertreten lösungsfokussierte Therapeutinnen die Meinung, daß diese nur dann schaden, wenn sie, obwohl die Therapeutin oder das Team nicht wirklich dahinter stehen, gegeben werden (Heuchelei), oder wenn sie einem Klienten gegeben werden, der sie schlecht annehmen kann. Im letzteren Fall ist es auch eine Frage der „Verpackung“ i.S. einer respektvollen Einladung, Komplimente anzunehmen, ob und wie dieser Teil der Rückmeldung aufgenommen werden kann.

### 3.5 Vermittlung der Rückmeldung

Echtheit und Kongruenz sind hier zentrale Anliegen (siehe oben). Das heißt jedoch nicht, daß lösungsfokussierte Therapeuten/innen glauben, das sei gegeben und könne nicht optimiert werden. In ihrer Ausbildung können lösungsfokussierte Therapeuten/innen auf vielfältige Weise lernen, das, was sie gerne vermitteln möchten, im Ausdruck zu verbessern.

Von vielen Therapeuten wird die Rückmeldung schriftlich ausformuliert und macht so die Botschaft zu einer nahezu offiziellen Mitteilung des Teams, was auch vor allem am Anfang hilft, sich auf den Ausdruck zu konzentrieren. Manche Therapeutinnen verlassen sich jedoch lieber auf ihre Improvisationsfähigkeit und notieren lediglich Stichworte.

Manchmal ist jedoch das Wesentliche bereits während des Interviews geschehen und es ist nicht nötig zu

korrigieren oder zu verstärken oder ein Schlußlicht zu setzen, dann ist es absolut ausreichend, eine bestätigende Zusammenfassung anzubieten.

### 3.6 Weitere Sitzungen

Die Abstände der Sitzungen werden nun in Beziehung zur Empfehlung aber auch den Selbsteinschätzungen auf den Skalen gesetzt. So wird z.B. einem Klienten, der nur wenig Energie bereitstellen kann, ein längerer Zeitraum vorgeschlagen, da er den sicher braucht um kleine Änderungen angehen zu können. Aber auch wenn die Empfehlung ein Handeln beinhaltet, das Zeit braucht oder Gelegenheit, so wird der nächste Termin oft erst in einigen Wochen gewählt. Selbstverständlich haben bei diesem Prozeß der Terminfestlegung die Klienten/innen Mitspracherecht. Es wird ihnen jedoch auferlegt, eine plausible Begründung für einen Terminwunsch zu geben, wenn dieser aufgrund der Selbsteinschätzungen für die Therapeutin nicht ganz nachvollziehbar ist.

Die zweite und folgende Sitzungen orientieren sich in ihrem Inhalt an einer recht simplen Unterscheidung: Verbesserung oder Gleichstand/Verschlechterung. Im ersten Fall wird mit Hilfe der genannten Fragen der berichtete Erfolg ausgeweitet und fort geschrieben. Eine Orientierung für die Therapeuten bietet das Akronym EARS (*elicit / amplify / reinforce / start again*). Wobei die einzelnen Wörter bereits alles sagen: es geht um möglichst genaue und konkrete Beschreibung des erfolgreichen Geschehens sowie die soziale Verankerung der Veränderung durch Beobachtungen und Würdigungen bedeutungsvoller Sozialpartner. Und es geht um die anschließende Planung der nächsten Schritte. Im zweiten Fall geht es um eine erneute Suche nach möglichen Unterschieden. Daher ist es empfehlenswert erst einmal die letzte Zeit dahingehend zu dekonstruieren, welche Schwankungen aufgetreten sind, was für die besseren Tage oder Zeiten als verantwortlich oder verursachend angesehen wird. Und wie diese Unterschiede unter Berücksichtigung der vorhandenen Energien und eingeschätztem *locus of control* genutzt werden können. Im ersten wie im zweiten Fall handelt es sich im Grunde genommen um nichts „Neues“ sondern eher um eine Variation der Grundhaltung und der Fragestrategien. Diese zielt immer darauf ab, Erfolgsgeschichten zu konstruieren, die für weitergehende Schritte genutzt werden können („if it works, do more of it“), oder Unterschiede zu finden, die als Ansatzpunkte zur Konstruktion von Erfolgsgeschichten „überleben“ können („if it doesn't work, do something different“).

## 4. Erklärungstheoretische Ansätze

Bis hierher, liebe Leserin, lieber Leser, habe ich schlicht beschrieben, was meiner Meinung nach in lösungsfokussierter Therapie zu beobachten und wahr zu nehmen ist. Klar ist, daß es keine theoriefreie Beobachtung gibt, und klar ist auch, daß meine Beschreibung eine interessierte ist. Andere Beobachterinnen würden andere Sprachmuster, andere Foci, andere Geschichten erzählen. Aber ich denke, daß diese Beschreibungen doch nicht so radikal von einander abweichen würden,

wie es theoretische Erklärungsversuche sein werden, die nun gleich folgen werden.

Wäre nicht das zutiefst menschliche Bedürfnis verstehen zu wollen, was genau an lösungsfokussierter Therapie wirkt, man könnte wahrscheinlich auf erklärungstheoretische Bemühungen verzichten und sich mit der vorhandenen Praxistheorie begnügen. Und wäre da nicht der damit verbundene Bonus, weitergehender forschen, sinnvoll Fragen stellen und somit zu einer weiteren Verbesserung der Praxis beitragen zu können, man könnte erklärungstheoretische Bemühungen als bloße Spielerei abtun – Hauptsache, „das Ding läuft“.

Was nun lösungsfokussierte Therapie im engeren Sinn betrifft, so sind mir zwei erklärungstheoretische Ansätze bekannt, die bisher angeboten wurden. Der erste stammt von meinem früheren Kollegen am Lehrstuhl Klinische Psychologie in Bamberg, Günter Schiepek (Schiepek et al., 1992). Schiepek stellte eine Verbindung zwischen der ursprünglich im Rahmen der Physik entwickelten Konzeption der Synergetik als grundwissenschaftlicher Disziplin und dem Vorgehen lösungsfokussierter Therapeutinnen her. Diese spannende Deutung will ich aber hier nicht weiter verfolgen und verweise den geneigten Leser, die geneigte Leserin auf die angegebene Literatur. Der zweite stammt von de Shazer selbst und trägt seinen sprachphilosophischen Interessen – insbesondere seiner Auseinandersetzung mit Ludwig Wittgenstein und den poststrukturalistischen Denkern in seinem Gefolge – Rechnung. Dies möchte ich gerne in den folgenden Kapiteln knapp ausführen. Ich werde daran anschließend eine Schwerpunktverlagerung anbieten, die sich m.E. besonders gut eignet, die Gedanken de Shazers weiter zu führen. Dabei handelt es sich um den Sozialen Konstruktivismus von Kenneth Gergen.

#### 4.1 Therapie geschieht in Sprache – Sprache findet im Kontext statt

Beobachtet man, was in lösungsfokussierten Therapien hauptsächlich geschieht, so stößt man unweigerlich auf die Tatsache, daß meist geredet bzw. beredt geschwiegen wird. Und dieses Reden findet in einem Kontext von Gesten, Mimik, sozialen oder physischen Besonderheiten statt. Diese zentrale Stellung von Sprache in Therapie legt es nahe, sich damit ein bißchen genauer zu beschäftigen. De Shazer hat dies getan und er hat nicht im Rahmen der akademischen Psychologie gesucht, sondern bei den Philosophen, den Sprach- und Literaturwissenschaftlern (de Shazer, 1992, 1996). Besonders Wittgenstein hat es ihm angetan, der mit seinem zweiten (sprach-)philosophischen Entwurf einige Grundlagen für einen Wechsel von einem strukturalistischen zu einem post- oder eher astrukturalistischen Sprachverständnis erarbeitet hat.

Ein strukturalistisches Verständnis von Sprache legt die Suche nach einer hinter der oberflächlichen Sprachstruktur liegenden Tiefenstruktur nahe, um die Rätsel des Gesagten zu entwirren und verstehen zu können, was die „wirkliche“ Bedeutung davon ist. Auf der Suche nach Vollständigkeit der erschlossenen Tiefenstruktur und einer zufrieden stellenden Verbindung zur tatsäch-

lichen Wirklichkeit verstrickt sich die Strukturalistin leicht in einem nicht beendbaren Zirkelschluß – von einer Tiefenstruktur zur noch tiefer liegenden und vollständigeren Struktur. Dies zeigt sich auch genau in der oft jahrelangen Suche nach *Wahrheit* in verschiedenen Therapien, die besonders augenfällig auf einem strukturalistischen Verständnis ruhen.

Im Gegensatz dazu bleiben Poststrukturalisten konsequent an der *Oberfläche* des Gesagten. Im Gefolge Wittgensteins erschließt sich die Bedeutung sprachlicher Äußerungen nämlich nicht durch eine Analyse dahinter liegender Tiefenstrukturen, die irgendwo im Subjekt liegen und über diesen Umweg auf eine wie auch immer geartete Wirklichkeit verweisen. Die Bedeutung des Gesagten liegt – zumindest für einen großen Teil des Gesagten – in seinem Gebrauch in der Sprache – und der liegt offen zutage. Gebrauch heißt aber immer interaktioneller Gebrauch, so daß bereits daraus ein sozialer Konstruktionsprozeß von Wirklichkeit abgeleitet werden kann.

Wittgenstein versuchte sich als Therapeut für die Philosophen, denen er anbot, genauer auf die Sprache, ihre Fallen und Missverständnisse zu achten. Ja im Grunde genommen sollte radikal anders als mit der gewohnten „wissenschaftlichen“ Methode an das Phänomen Sprache herangegangen werden, um auf diesem Weg Scheinprobleme zu lösen – und er hielt einen großen Teil philosophischer Probleme für Scheinprobleme, die mit einem allzu sorglosen oder unreflektierten Sprachgebrauch zu tun haben. Wörter haben keine Bedeutung, die von den Kommunizierenden unabhängig ist, sondern diese wird im Gebrauch festgelegt. Dabei haben manche Wörter mehrere relativ fest gelegte Bedeutungen, andere wieder eine Unmenge verschiedener je nach Art des Gebrauchs. Ein Wort bringt etwas in den Satz ein, dessen Bestandteil es ist, und erhält seine spezifische Bedeutung durch den Satz. Aber dasselbe gilt für den Satz im Kontext eines Dialogs. Wittgenstein führt den Begriff des Sprachspiels ein, als eines Sets von aufeinander folgenden Sprachzügen, und den Begriff der Familienähnlichkeit, als einer Möglichkeit bestimmte Sprachspiele unter einem Typus zu versammeln. „Nimm einen Satz aus einem Sprachspiel heraus, und du verstehst nichts.“

De Shazer überträgt diese Herangehensweise auf das Feld der Psychotherapie, indem er zeigt, wie bestimmte Sprachformen (z.B. „ich bin depressiv“ vs „ich habe eine Depression“ vs „ich fühle mich depressiv“; oder „Therapie ist Konversation“ vs „Therapie als Konversation“) zu völlig verschiedenen Einschätzungen hinsichtlich dessen, was denn das sei „depressiv“ oder eben „Therapie“, und zu gänzlich anders gearteten Erwartungen bezüglich Änderung oder dem Geschehen in Therapie führt (de Shazer, 1997). Ein großer Teil der Verwirrung im Umgang mit Gesagtem in Therapie beruht nach de Shazer schlicht und ergreifend auf einem schlampigen und/oder unbedachten Umgang mit Sprache.

Er übernimmt auch den Begriff des „Sprachspiels“ und das damit verknüpfte Verständnis des Bedeutungs-Erzeugens. Hier nimmt de Shazer weitere Sprachphilosophen und -wissenschaftler mit ihren Konzepten zu Hilfe, um ein brauchbares Erklärungsmodell anbieten

zu können. Vom russischen Sprachwissenschaftler Michail Bachtin übernimmt er die Idee der „ideologischen Brücke“, die im Prozeß des Dialogs Bedeutung immer wieder neu erzeugt. Von Derrida sein Verständnis eines „text-fokussierten Lesens“ als Modell von Kommunikation, welches nie in einem Verstehen des vom Gegenüber Gemeinten besteht, sondern immer im Neu-Erzeugen von Bedeutung, welche dialogisch wiederum in die Kommunikation einfließt und diese verändert. In diesem Prozeß des „normalen“, sich beständig kreativ Missverstehens gibt es nach de Shazer zum Glück einen Weg, trotzdem (oder vielleicht gerade deswegen) nützlich zu sein für unsere Klientinnen. Wir können Fragen stellen nach dem, was die Beschwerde nicht ist – also „Ausnahmen“ und „Wunder“ – und auf diesem Weg, ohne in strukturalistischen Sinn etwas zu verstehen, einen Wirklichkeitserfindungsprozeß bei unseren Klienten anstoßen.

#### 4.2 Wirklichkeit als soziale Konstruktion

Bei den Erklärungsangeboten für lösungsfokussierte Therapie geht es also um Bedeutung, den Akt der Bedeutungserzeugung und Bedeutungsverhandlung. In dem bisher Gesagten spielte Sprache eine eminent wichtige Rolle.

Dabei ging es einerseits darum, wie die Form der Sprache – ihre Grammatik – Einfluß hat auf die Bedeutungsgebung (oder vielleicht besser Bedeutungsverführung).

Es ging andererseits aber auch um die Pragmatik, den Gebrauch von Sprache als Voraussetzung für Bedeutung. Das Verhältnis zwischen einer Äußerung und dem (Miß-) Verstehen derselben wurde benannt und wie Kommunikation trotz dieses Sprachverständnisses, das so offensichtlich unserem Alltagsverständnis und -empfinden widerspricht, funktionieren kann.

Hier möchte ich an eine Konzeption anknüpfen, die de Shazer zwar erwähnt, jedoch nicht weiter zur Begründung der lösungsfokussierten Therapie verfolgt. Es handelt sich dabei um den Sozialen Konstruktivismus oder *constructionism* von Kenneth Gergen (1985, 1997a). Im deutschsprachigen Raum hat sich vor allem die Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung (Baecker et al., 1992) um eine Auseinandersetzung mit diesem Konzept für den Bereich der Klinischen Psychologie verdient gemacht. Dabei versuchen die diversen Autor/inn/en der Gruppe zusätzlich zur Rezeption des Gergenschen Ansatzes eine Brücke zu radikal konstruktivistischen Sichtweisen herzustellen, was ich in diesem Rahmen nicht weiter verfolgen möchte.

Sozialer Konstruktivismus steht in einer soziologischen und sozialpsychologischen Tradition. Ausgehend von symbolischen Interaktionisten, Ethnomethodologen, Wissenssoziologen und Ideologiekritikern (Berger und Luckmann, Garfinkel, Goffmann, Weingarten, Mannheim, Geiger; einen knappen Überblick zu diversen Konstruktivismen und ihren Historien bietet z.B. Knorr-Cetina, 1989) wird Wirklichkeit als ein Produkt sozialer Interaktion in einem gegebenen Kontext angesehen. Diese Interaktion oder Aushandlung findet zu einem wichtigen Teil in Sprache statt, deshalb interes-

siert sich Gergen zusätzlich besonders für sprachphilosophische und sprachwissenschaftliche Konzepte, wie wir sie oben gestreift haben. Um den Prozeß der Wirklichkeitserzeugung nachvollziehbar zu machen, wird der Fokus der Aufmerksamkeit nicht auf individuelle Konstruktionen gerichtet, sondern der Inhalt und die Geschichte gesellschaftlicher Konstruktionen in denselben gerückt. Zentrale Begriffe, die bei dieser Analyse genutzt werden, sind: *Diskurse* (allgemeinverbindliche Vorgaben hinsichtlich sprachlicher Äußerungen z.B. Wie spricht man über das eigene Erleben?), *kommunales System* (das spezifische Repertoire an Gesten und Sprachfiguren einer sozialen Gruppe), *Sprachskripte* (ein bestimmtes Formulierungsmuster z.B. hinsichtlich ewig wählender Liebe), *Mythen* (ein allgemeinerer Rahmen z.B. der der romantischen Liebe innerhalb dessen ein Skript Sinn macht).

Gergen vergleicht nun das traditionelle Therapieverständnis mit einem konstruktionistischen (Gergen, 1994, 1997b) und kommt zu drei wesentlichen Unterschieden, die ich für lösungsfokussierte Therapie optimal angemessen halte:

##### *traditionelle Therapie:*

- Interesse an individuellem Geist,
- Intervention als Heilungsversuch,
- Konkurrenz hinsichtlich Expertenschaft;

##### *konstruktionistische Therapie:*

- Interesse an Wirklichkeitsverhandlungen,
- Pragmatik von Bedeutungen,
- Kooperation und Ko-Kreation.

Mit Ausnahme der frühen behavioristischen Therapiekonzepte der Verhaltenstherapien, den systemischen Therapien und einigen Familientherapien haben so gut wie alle Therapien ein Hauptinteresse am Individuum, dessen Auffälligkeit, Problem oder Störung strukturalistisch über subjektives Funktionieren erklärt wird (bzw. werden soll). Im Gegensatz dazu postulieren Konstruktionistinnen die „erzeugte“ Natur von solchen „Bedeutungen“ wie Pathologie (Lehre von den Krankheiten), Ätiologie (Lehre von den Ursachen derselben) oder Nosologie (Lehre von den Krankheitseinheiten) und entscheiden sich daher lieber dafür, den Fokus der Aufmerksamkeit der Herstellung und Verhandlung von Wirklichkeiten zuzuwenden.

Daraus folgt, daß die Vorstellung von der Expertenschaft des Therapeuten neu konzipiert werden muß. In traditionellen Therapien geht man davon aus, daß die Therapeutin nach einer eingehenden Analyse der präsentierten Beschwerden ihr Expertinnenurteil fällt und bestimmt, was am angemessensten zu geschehen habe. Sie tritt damit oft in Konkurrenz zu den Annahmen und Vorstellungen der Kunden oder deren sozialer Umwelt und muß diese auf vielfältigste Weise neutralisieren. Die Vorschläge reichen hier von autoritärer Bestimmung und Verpflichtung bis zu geschickter Umgehung etwaiger Differenzen via Umdeutung, sokratischem Dialog oder Überredung. Konstruktivistische Therapeuten/innen sehen sich dem gegenüber nicht als Experten/innen für das Leben, das Leid, das Verstehen der Befindlichkeit ihrer Kunden/innen. Diese Expertenschaft

überlassen Sie den Betroffenen selbst. Ihre Expertenschaft bezieht sich vielmehr auf die Nützlichkeit bestimmter Fragen und die Einleitung von Sprachspielen, die erwiesenermaßen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer positiven Veränderung im Leben von Klientinnen führen können. Sie sind professionelle Kontextbereiter mit einem gut trainierten Gespür für die gemeinsame Entwicklung heilsamer Sprachmuster – vergleichbar bestimmten Improvisationskünstlern, deren Wechselspiel zwischen Angebot und Bestätigung den Teilnehmenden die Entfaltung ihrer Ressourcen genauso erleichtert, wie es die Entwicklung und den Erwerb von Neuem fördert.

Und so wird auch der dritte Punkt offensichtlich. Nicht gezielte Intervention nach dem Bild eines Chirurgen am offenen Herzen ist das Geschäft der Psychotherapie, sondern kooperative Entfaltung und Verhandlung von Geschichten, Bedeutungen, Möglichkeitsräumen. Eine so verstandene Haltung von Therapie könnte durchaus zur Grundlage vieler verschiedenster existierender Therapien werden. Dies beschränkt sich nicht auf lösungsfokussierte Therapie.

Die entscheidende Entwicklung passiert jedoch nach Gergens Auffassung gar nicht im Rahmen der therapeutischen Begegnung mit ihren Bemühungen um sprachliche Neukonstruktion. Auch wenn das zum vertrauten Erfahrungsbestand erfahrener Therapeuten/innen gehören sollte, so ist es gut, es wieder und wieder zu betonen. Der entscheidende Punkt ist die Welt der Klienten/innen, in deren Rahmen sich die Viabilität (Überlebensmöglichkeit) der neuen Geschichten erst erweisen muß. Hier wird selektiert, was anschlussfähig ist und was nicht, ob die Therapie beendet werden kann oder ein Neuentwurf versucht werden muß.

## 5. Lösungsfokussierte Therapie im Kontext

Angebote im Feld der psychosozialen Versorgung haben sich in dieses Feld einzufügen, stehen automatisch in einem kontextuellen Verhältnis, welches zu Deutungen und Bedeutungen führt, die oftmals von den Vertretern und -innen des entsprechenden therapeutischen Angebotes nicht bedacht geschweige denn geplant wurden. Ich möchte Ihnen liebe Leserin, lieber Leser auch dazu zumindest zwei Bereiche, wie sie sich mir darstellen, knapp an- und ausführen. Dabei ist der erste Bereich dem Geist der Kooperation im Außenverhältnis, der im Binnenverhältnis lösungsfokussierter Therapeuten eine so große Rolle spielt, gewidmet. Der zweite Bereich markiert kontrastierend dazu Abgrenzung gegen unerwünschte Vereinnahmung.

### 5.1 Lösungsfokussierte Therapie und ihr Verhältnis zu anderen Therapieansätzen

Was lösungsfokussierte Therapie meiner Einschätzung nach auszeichnet, ist ihre normalisierende Haltung, ihre Orientierung an vorhandenen Ressourcen, ihre Fokussierung auf effektive oder potentielle Bewältigung und ihr Verzicht auf jegliche Etikettierung und Pathologisierung. Damit erfüllt sie ethische und gesundheitspolitische Zielvorgaben, wie sie z.B. von Gemeinde-

psycholog/inn/en seit geraumer Zeit gefordert werden. Wie ich bereits an anderer Stelle ausgeführt habe (Kaimer, 1994), spricht aus dieser Einschätzung einiges dafür, professionelle Hilfe lösungsfokussiert zu beginnen, um auf diese Weise einen beginnenden Abweichungsprozeß nicht noch zu forcieren. Sollte dieser Versuch nicht erfolgreich sein, so gibt es keine Barrieren, die durch das spezifische Vorgehen aufgebaut wurden, welche eine nachfolgende Therapie anderer Orientierung behindern oder erschweren. Insbesondere sollte jedoch den Zielen der Klienten große Aufmerksamkeit geschenkt werden. Wie Mahoney (1991) überzeugend dargestellt hat, leitet sich die Wahl der geeigneten Therapieform deutlich vom angestrebten Ziel ab. Dieses kann sich im Laufe der Therapie selbst ändern. Nach seiner Darstellung, die auch weitgehend meinen Erfahrungen entspricht, präsentieren Klientinnen zu Beginn einer Therapie meist Beschwerden, die gut mit einem lösungsfokussierten oder problemlösungsorientierten Verfahren angegangen werden können. Im Laufe der weiteren Entwicklung kann jedoch zunehmend klar werden, daß z.B. ein Langzeitverfahren angemessener wäre. Wie groß der Prozentsatz an Klienten ist, für den eine solche Entwicklung zutrifft, kann ich nicht beurteilen. Fest steht für mich, daß ein überzeugtes Eintreten für Kurztherapie keine Ausgrenzung bewährter Langzeittherapieverfahren bedeuten darf.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist lösungsfokussierte Therapie aufgrund ihrer Prämissen und ihres Herangehens an die präsentierten Probleme auch meist kurz – zumindest was das Kontingent an erforderlichen Stunden betrifft, und von dieser Seite her ressourcenschonend, so daß ein Versuch äußerst lohnenswert erscheint. Dies insbesondere deshalb, weil inzwischen eine Menge an Forschung über die Anwendung lösungsfokussierter Therapie in verschiedensten Kontexten und bezogen auf verschiedenste Anwendungsgebiete vorliegt (Miller et al., 1996; Themenheft von *Contemporary Family Therapy* 19, 1, 1997; siehe auch die Internetseiten: <http://hem1.passagen.se/solution/ebta.htm> und <http://www.cyberenet.net/~suberri/links.htm>).

### 5.2 Lösungsfokussierte Therapie und die gegenwärtige Gesundheitspolitik

In Zeiten, die durch eine staatliche Kürzungspolitik gekennzeichnet sind – wie gehabt im sozialen Sektor zuerst –, gerät lösungsfokussierte Therapie in eine prekäre Situation. Einerseits erlebt Sie eine Konjunktur, für die verschiedenste Vertreter/innen derselben engagiert argumentiert haben. Andererseits macht der Aufschwung auch mißtrauisch, wenn die Gründe dafür allzu durchsichtig sind. Wenn lösungsfokussierte Therapie nur deshalb en vogue wäre, weil sie gut in die staatliche Kürzungspolitik paßt, weil dies als Weg erscheint, Anpassungsleistungen im Eilzugstempo einzufordern – und noch dazu *wissenschaftlich* fundiert, wäre das fatal. Wenn die Ideologie der Kurzzeittherapien insgesamt die potentiellen Kundinnen verführen würde, Veränderbarkeit innerhalb überschaubarer Zeit nicht als mögliche Option sondern als selbstvergewaltigende Verpflichtung zu übernehmen, wäre das ethisch

äußerst schlimm. Insofern ist ein unreflektiertes lösungsfokussiertes Therapieren, welches sich nur der Kürze verpflichtet fühlt, inkonsequent, weil es die theoretischen Grundlagen der konstruktivistischen Sichtweise nicht ernst nimmt. Auch mit unserem Angebot lösungsfokussierter Therapie beteiligen wir uns an einer Konstruktion einer Geschichte über psychosoziale Versorgung und verhelfen auf diesem Weg bestimmten Mythen zu Glaubwürdigkeit, Lebendigkeit und „Wirklichkeit“.

## 6. Schluß

Sie sind meiner Geschichte bis zum Schluß gefolgt, und es gilt nun, Abschied von einander zu nehmen. An diesem Punkt kann ich mir sicher sein, daß Sie meine Geschichte auf Ihre Weise verstanden (oder sprachwissenschaftlich korrekt: kreativ missverstanden) haben. Das habe ich selbst nicht anders gemacht und wundere mich – zumindest teilweise – über meine Zeilen, lese sie wieder und wieder und korrigiere dabei einiges. Wie oft ich die Geschichte auch lese, sie wird immer wieder neu, tritt mir immer wieder als fremde gegenüber und regt mich an (und das liegt nicht etwa an einem Nachlassen meines Kurzzeitgedächtnisses – wie ich hoffe). Adieu liebe Leserin, adieu lieber Leser – ich danke Ihnen, mir Anlaß zu fruchtbarer Reflexion gewesen zu sein.

## Literatur

- Baecker J, Borg-Laufs M, Duda L, Matthies E (1992) Sozialer Konstruktivismus – eine neue Perspektive in der Psychologie. In: Schmidt SJ (Hrsg) Kognition und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/M, S 116–145
- Berg IK (1992) Familien-zusammenhalt(en). verlag modernes lernen, Dortmund
- Berg IK, de Shazer S (1993) Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. Familiendynamik 2: 146–162
- Contemporary Family Therapy (1997) 19/1 „Themenheft: Solution focussed therapy“
- Fisch R, Weakland JH, Segal L (1987) Strategien der Veränderung. Klett, Stuttgart
- Gergen KJ (1985) The social constructionist movement in modern psychology. Am Psychol 40: 266–275
- Gergen KJ (1994) Realities and relationships. Harvard University Press, Cambridge
- Gergen KJ (1997a) Das übersättigte Selbst. Carl Auer, Heidelberg
- Gergen KJ (1997b) When relationships generate realities: therapeutic communication reconsidered. <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/text6.html>
- Haley J (1978) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Pfeifer, München
- Kaimer P (1994) Lösungsorientiert zuerst. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 3: 389–404
- Kardorff E v (1992) Gemeindepsychologie – zwischen eigenständiger Berufsidentität und psychologischer Arbeitsperspektive. In: Böhm I et al (Hrsg) Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch. Lambertus, Freiburg, S 303–337
- Knorr-Cetina K (1989) Spielarten des Konstruktivismus. Soziale Welt 40: 86–96
- Lipchik E (1994) Die Hast, kurz zu sein. Zeitschrift für systemische Therapie 12: 228–235
- Lodge D (1993) Die Kunst des Erzählens. Haffmanns, Zürich
- Loth W (1998) Lösungsmittel: Sich lösen vom Mittel? Zeitschrift für systemische Therapie 16: 9–17
- Mahoney MJ (1991) Human change processes. Basis Books, New York
- Miller G (1997) Systems and solutions: the discourses of brief therapy. Contemporary Family Therapy 19: 5–22
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA (eds) (1996) Handbook of solution focused therapy. Jossey Bass, San Francisco
- O'Hanlon WH, Martin M (1992) Solution-oriented hypnosis. Norton, New York
- O'Hanlon WH, Wilk J (1987) Shifting contexts. Guilford, New York
- Schiepek G, Fricke B, Kaimer P (1992) Synergetics of psychotherapy. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) Self-organization and clinical psychology. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 239–267
- de Shazer S (1989a) Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett Cotta, Stuttgart
- de Shazer S (1989b) Der Dreh. Carl Auer, Heidelberg
- de Shazer S (1992) Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Carl Auer, Heidelberg
- de Shazer S (1996) Worte waren ursprünglich Zauber. verlag modernes lernen, Dortmund
- de Shazer S (1997) Some thoughts on language use in therapy. Contemporary Family Therapy 19: 133–141
- de Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, Weiner-Davis M (1986) Kurztherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 11: 182–205
- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1979) Lösungen, 2. Aufl. Huber, Bern

**Korrespondenz:** Dr. Peter Kaimer, Psychologische Forschungs- und Beratungsstelle, Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Bamberg, Postfach 1549, D-96045 Bamberg, Bundesrepublik Deutschland, Fax 0951/863-4881, E-mail: peter.kaimer@ppp.uni-bamberg.de.

*Dr. Peter Kaimer, Leiter der Psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle am Lehrstuhl Klinische Psychologie der Universität Bamberg; Ausbildung in Verhaltenstherapie (Selbstmanagement-Therapie), Weiterbildung in Lösungsfokussierter Therapie und Hypnotherapie, kontinuierliche Beschäftigung mit gemeindepsychologischen Themen. Therapeutisch tätig seit 1978, seit 1982 in der Lehre mit den Schwerpunkten Gemeindepsychologie, Kurztherapie und Curriculum in Verhaltenstherapie; an der genannten Einrichtung und in diversen Ausbildungsgängen als Supervisor tätig.*