

W. Eberling, M. Vogt-Hillmann und G. Schiepek

Von der Problemlösung zur Lösungskonstruktion – Wege der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie

Zusammenfassung Der Artikel zeichnet den Weg der systemischen Kurzzeittherapie von einem reinen Problemlösemodell – die Problemerkennung ist hier Vorbedingung der Lösungsfindung – zu einem Lösungskonstruktionsmodell nach. In Anlehnung an die Selbstorganisationstheorie wird das Vorgehen der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie als ein Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Phasenübergänge für komplexe bio-psycho-soziale Systeme dargestellt. Die neueren Varianten „Systemischer Therapie“ bedienen sich zur Verfolgung dieses Ziels der Aktivierung der Ressourcen der Klienten und der Stärkung ihrer Eigenverantwortlichkeit. Dabei ist es nicht länger notwendig, die problem-erzeugenden und problemerhaltenden Muster zu rekonstruieren, um Veränderungen einzuleiten. Dies führt auch zu einem neuen Rollenverständnis innerhalb der Therapeut-Klient-Beziehung: der Therapeut wird zum Experten für den Prozeß und den Umgang mit den Besonderheiten von Menschen und sozialen Systemen, nicht zum Experten für Lösungen.

In der abschließenden Diskussion werden fünf Grundbereiche dargestellt, die die Wirksamkeit der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie begründen helfen. Es wird darauf verwiesen, daß eine weitgehende Ähnlichkeit dieses Ansatzes mit dem Konzept zu einer Allgemeinen Psychotherapie besteht und daß Bedarf besteht, die Wirksamkeit von systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie durch weitere wissenschaftlich fundierte Effektivitätsstudien zu untermauern.

Schlüsselwörter: Lösungsorientierter Ansatz, Problemlösemodell, Lösungskonstruktionsmodell, Ressourcen-Orientierung, Selbstorganisationstheorie, Eigendynamik des Systems.

From problem-solving to solution-constructing – Pathways of systemic solution-focused brief therapy

Abstract This article outlines the development of systemic therapy from a pure problem-solving model – in which knowledge of the problem is a prerequisite to the solution – to a solution constructing model. Following self-organization theory, solution-focused brief therapy is seen as creating the conditions for the possibility of a self-organized phase-transition in complex biological, psychological and social systems. Later versions of “Systemic Therapy” tend to fulfill this goal by activating clients’ resources and by reinforcing their responsibility. In doing so it seems no longer necessary to reconstruct the patterns that generate or maintain problems in order to promote change. This also leads to a new understanding of the role-definitions within the therapist-client-interaction: the therapist becomes more an expert for the process and for dealing with the characteristics of people and social systems; he is no longer an expert for solutions. In the final discussion, five areas are described which help to give reasons for the effectiveness of solution-focused brief therapy. The authors refer to the far-reaching similarities of this approach to the concept of a “General Psychotherapy” (Grawe). It is also emphasized that there is a need to do more empirical studies to build an even stronger foundation for the effectiveness of solution-focused brief therapy.

Keywords: Solution-focused approach, problem-solving model, solution-constructing model, resource-orientation, self-organization theory, systems dynamic.

De la solution d'un problème à la construction d'une solution – la démarche entreprise en thérapie systémique brève axée sur la recherche d'une solution

Résumé Le présent article décrit la manière dont la thérapie systémique brève axée sur la recherche d'une solution passe d'un modèle visant à solutionner un

problème à un autre modèle, dans le cadre duquel la solution est construite. A ce niveau, la thérapie est considérée comme l'application de théories et de prin-

cipes empruntés à différentes disciplines systémiques, c'est-à-dire comme la concrétisation dans le domaine de la psychologie clinique du programme de recherche en question. La thérapie systémique et l'approche qui nous intéresse sont définies en tant qu'interventions dans des systèmes humains complexes, permettant d'atténuer ou d'éliminer la souffrance. Dans le but de réaliser cette visée, toutes les variantes de la "thérapie systémique" procèdent par le biais d'une activation des ressources du client et d'une démarche tentant de renforcer son sentiment d'être responsable de lui-même. Elles lui apportent un soutien dans l'élaboration d'un projet d'objectif attrayant, valable et satisfaisant – compte tenu de son contexte existentiel spécifique.

S'inspirant de la théorie de l'auto-organisation, les auteurs conçoivent la procédure appliquée pour rechercher une solution en tant qu'établissant les conditions requises pour que des systèmes bio-psycho-sociaux complexes puissent générer une auto-organisation aux passages impliquant un mouvement phase-ordre ou ordre-ordre. L'application consécutive par des psychothérapeutes travaillant dans des conditions professionnelles des théories et principes systémiques fait que cette forme de thérapie a l'effet d'une "thérapie à court terme".

L'évolution historique qui a eu lieu dans le cadre des thérapies systémiques est décrite en tant que passage d'un modèle visant à solutionner les problèmes à un autre modèle, où la solution est construite. Le premier modèle correspond aux types plus anciens de thérapie systémique (la thérapie familiale appliquant le modèle de Milan, par exemple, ainsi que les thérapies familiales structurelle et stratégique); il lie implicitement et explicitement problème et solution.

Es wird gezeigt, wie die konkreten Lebensbedingungen der Klienten, die institutionellen Rahmenbedingungen der Therapie und die Vernetztheit des Behandlungssystems für den therapeutischen Prozeß bedeutsam werden und wie kognitive und kommunikative Prozesse grundlegend an der Erzeugung unserer individuellen wie sozialen Wirklichkeiten beteiligt sind. Ihnen kommt bei der Genese wie bei der Überwindung seelischer Störungen entscheidende Bedeutung zu: Wirklichkeitskonstruktionen bedingen Handeln, verändertes Handeln wiederum beeinflusst die Wirklichkeitskonstruktionen. Die Veränderung kommunikativer Strukturen und die sie beeinflussende Interaktionsdynamik ist deshalb ein Hauptziel der systemischen Therapien, welches mit Hilfe einer Vielzahl methodischer Mittel verwirklicht wird.

Folgende fünf Grundbereiche begründen die Wirksamkeit der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie:

1. Mobilisieren von Zuversicht und Veränderungsbereitschaft
2. Aufnehmen einer emotional bedeutsamen Beziehung

Dans ce sens, il utilise des procédures reconstructives, telles les génogrammes familiaux, les sculptures d'interaction (sculpturing), le diagnostic structurel ou l'interrogation circulaire, dans le but de mettre en évidence et d'élucider les schémas contribuant à créer et à maintenir des problèmes pour ensuite effectuer une comparaison avec l'état final visé.

Par contre, dans le modèle axé sur la construction d'une solution, visée (solution) et problème ne sont pas forcément liés. C'est pourquoi ce sont la définition de l'état visé et l'élaboration ainsi que l'accompagnement d'une démarche qui se trouvent au centre de la procédure. La solution est le résultat d'un processus créatif de construction auquel collaborent thérapeute et client. L'article décrit cette démarche en se référant à certaines de ses principales caractéristiques: les partisans d'un modèle donnant préférence à la construction d'une solution tiennent compte de l'autonomie des systèmes traités, ce qui les pousse à abandonner à la fois l'idée de modèles linéaires de type input-output, la notion de guidage et le principe des interventions linéaires et instructives menées par le thérapeute-expert. Ce dernier devient alors un expert en matière de processus et de gestion des particularités caractérisant l'être humain et les systèmes sociaux. Dans ce deuxième modèle, le thérapeute respecte et exploite la dynamique propre aux systèmes, ce qui fait que c'est le client lui-même qui définit un objectif et que le processus évolue en tenant compte de ses propres rythmes (dimension temps et changement). Le traitement se concentre sur les domaines existentiels du client qui fonctionnent et sont perçus comme positifs, ce qui contribue à améliorer le degré auquel ce dernier est motivé à changer et à rendre ses attentes plus positives en ce qui concerne la manière dont il peut influencer sur lui-même.

3. Interpretation des Leidens und der Therapie nach einem plausiblen, der kulturellen Situation entsprechenden Konzept
4. „Auftauen“ verfestigter Erlebens- und Verhaltensmuster und
5. Korrigierende emotionale Erfahrungen mit Umstrukturierung zentraler Konzepte

Abschließend stellen die Autoren eine weitgehende Übereinstimmung mit Ansätzen zu einer Allgemeinen Psychotherapie fest. Anhand der Ergebnisse einiger katanestischer Untersuchungen zur Wirksamkeit von systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie weisen sie jedoch auf die Notwendigkeit von weiteren Effektivitätsstudien hin, die den Ansprüchen von Wissenschaftlichkeit genügen müssen.

1. Einblick: Prämissen systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie

Die systemisch-lösungsorientierte Kurzzeittherapie in ihren verschiedenen Varianten hat in den letzten Jahren zunehmend an Beachtung gewonnen. Sie beruht auf der Anwendung von Theorien und Prinzipien verschiede-

ner Systemwissenschaften auf einen Teilbereich der Klinischen Psychologie: hier die Psychotherapie. In diesem Sinne stellt sie auch immer schon eine Anwendung des systemwissenschaftlichen Forschungsprogramms (Schiepek, 1991, 1998a, b; Vogt-Hillmann, 1997) dar.

Die Verwendung von System-Theorien und systemischen Wirkprinzipien im Bereich von Psychotherapie steht immer schon im Kontext des Aufbaus eines Praxis-Wissens. Theorien dienen der besseren Zielerreichung in psychologischen Handlungszusammenhängen, indem sie eine Basis von Erkenntnis- und Wissensbeständen bereitstellen, aus denen „Regeln“ gewonnen werden können, die den Verlauf praktischen Handelns leiten.

Systemische Therapie und systemisch-lösungsorientierte Kurzzeittherapie sollen definiert werden als Interventionen in komplexe menschliche Systeme. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern bzw. zu beseitigen und den Klienten beim Entwurf und der Umsetzung von Handlungen und Zielzuständen behilflich zu sein, die für sie in ihrem besonderen Lebenszusammenhang attraktiv und lebenswert und damit *sinnvoll* sind.

Allen Varianten „Systemischer Therapie“ ist dabei gemeinsam, daß sie dieses Ziel mittels der Aktivierung der Ressourcen der Klienten und der Stärkung ihrer Eigenverantwortlichkeit zu erreichen suchen. Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeittherapie besteht so gesehen vornehmlich im Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Phasen- bzw. Ordnungs-Ordnungsübergänge in komplexen bio-psycho-sozialen Systemen unter professionellen Bedingungen (Schiepek, 1990, 1991, 1998a, b; Schiepek und Strunk, 1994; Tschacher, 1990; Tschacher et al., 1992). Dabei gilt es zu bedenken, daß diese Therapieformen nicht explizit als Kurzzeittherapien konzipiert waren, sondern die Anwendung der in Analogie verwendeten System-Theorien und systemischen Grundsätze bewirkt hat, daß diese Therapieform eine „Kurzzeittherapie“ geworden ist.

1.1 Der Wandel vom Problemlösemodell zum Lösungskonstruktionsmodell

Systemische Therapie handelt wie jede Psychotherapie von der Überwindung der Diskrepanz zwischen einem als veränderungsbedürftig angesehenen Ausgangszustand und einem erwünschten Zielzustand. Die historisch vorfindlichen unterschiedlichen Ansätze „Systemischer Therapie“ und ihre daraus abgeleiteten praktischen Varianten sollen von uns als konsequente Anwendung des „Problemlösemodells“ bzw. des „Lösungskonstruktionsmodells“ charakterisiert werden (Eberling, 1996).

Das *Problemlösemodell* entspricht den älteren Varianten der Systemischen Therapie wie der systemischen Familientherapie nach dem Mailänder Modell (Selvini-Palazzoli et al., 1981), der strukturellen Familientherapie (Minuchin et al., 1983), der strategischen Familientherapie (Haley, 1989; Madanes, 1989; vgl. auch als Überblick: Schlippe und Schweitzer, 1996). Eine Grundannahme dieser Varianten besteht darin, daß die Rekonstruktion des Problems und die Kenntnis der verschiedenen Problemdefinitionen und -erklärungen neue Informationen und damit ein neues Verständnis

von der „Funktion“ des Problemverhaltens bzw. des Symptoms für das jeweilige System herbeiführt. Dies geschieht durch Umdeutungen („positive Konnotation“, „Reframing“) dieses Verhaltens bzw. die schrittweise Erweiterung der im System vorherrschenden Problemdefinitionen und Deutungsmuster, die Anbindung an Wunsch- und Zielvorstellungen der Beteiligten, die dann ein anderes Systemverhalten ermöglichen sollen. Die Darstellung von Problemen und Leidenszusammenhängen und die detaillierte Kenntnis des Problems und seiner Auswirkungen im Lebenssystem der Klienten ist in diesem Vorgehen notwendige Voraussetzung der Lösung. Problem und Lösung werden implizit und explizit miteinander verknüpft, auch wenn die „Ursachen“ für das Auftreten des Problems anders interpretiert werden als in herkömmlichen am Defizitmodell orientierten Therapieformen.

Problemlösemodelle verwenden folglich rekonstruierende Verfahren wie Familiengenogramme, Personen-Skulpturen, Strukturdiagnose oder das zirkuläre Fragen, um Problemmuster zu verdeutlichen und dem Zielzustand gegenüber zu stellen (Schlippe und Schweitzer, 1996). Therapeutisch induzierte Veränderungen geschehen auf zwei Weisen:

1. in der Sitzung durch die Aufdeckung problemerzeugender und problemerhaltender Muster.
2. durch Abschlußkommentare und Hausaufgaben (vgl. z.B. Selvini-Palazzoli et al., 1981; Weeks und L'Abate, 1985), die in der Zeit zwischen den Sitzungen dazu anregen sollen, daß sich neue Muster im Lebensalltag der Klienten indirekt (durch Blockierung oder Destabilisierung der problemerzeugenden und problemerhaltenden Muster) herausbilden. Eine direkte Zielverfolgung durch Bestärkung des zielführenden Verhaltens ist dagegen eher selten zu finden.

1.2 Vorgehen im Problemlösemodell

Das Vorgehen im Problemlösemodell läßt sich durch folgende Schritte kennzeichnen:

- a) sorgfältige Rekonstruktion von „Klagen und Beschwerden“ und ihrer Auswirkungen im System;
- b) umfassende Analyse bestehender Erklärungsmuster für das Problem;
- c) Evaluation der bisherigen und der verfügbaren Lösungsstrategien bzw. Umdeutung des Problemverhaltens als ein möglicher Lösungsversuch mit positiven Effekten (z.B. für die Stabilität des Familiensystems);
- d) Definition des erwünschten Zielzustandes;
- e) prozeßbegleitende Kontrolle der erzielten Ergebnisse, Stabilisierung und Festigung des Erreichten.

Den Übergang vom Problemlösemodell zum Lösungskonstruktionsmodell markiert u.E. das Modell des Mental Research Institutes (MRI) (Watzlawick et al., 1969, 1974; Watzlawick und Weakland, 1980; Weakland et al., 1974). Es verabschiedet sich von der Vorstellung, daß man die Ursachen des Problems kennen müsse, damit das Problem gelöst werden kann. Vielmehr ist eine wesentliche Annahme des Modells die,

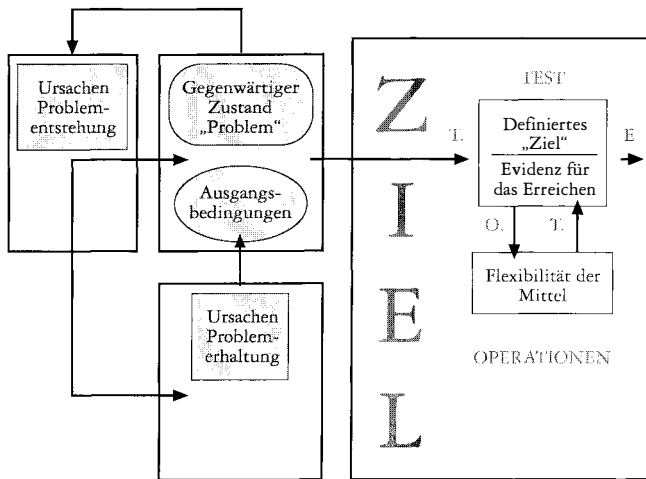


Abb. 1. Das Problemlösemodell

daß der Lösungsversuch selbst zum eigentlichen Problem werden kann. Das Vorgehen dieser Therapie liegt deshalb darauf, „nicht mehr desselben“ zu tun, was zur Aufrechterhaltung des Problems beigetragen hat. Nach Ansicht der MRI-Autoren wird die versuchte Lösung sogar zum „eigentlichen“ Problem. Die Verhinderung des problem-erhaltenden Musters erzeugt häufig Handlungsalternativen, die als Lösung akzeptiert und verstärkt werden. Allerdings arbeitet das MRI deutlicher als alle anderen familientherapeutischen Ansätze mit der Definition des Zielzustandes, den die Klienten erreichen wollen. Abbildung 1 veranschaulicht diese Vorgehensweise.

1.3 Lösungskonstruktion ohne Problemanalyse – der lösungsorientierte Ansatz

Im Modell des lösungsorientierten Ansatzes gibt es keine notwendige Verknüpfung von Lösung (Ziel) und Problem. Folglich steht die Definition des Zielzustandes und die Herausarbeitung bzw. die Begleitung des Weges dorthin im Mittelpunkt. Am Beginn steht im lösungsorientierten Ansatz die möglichst *detaillierte Imagination des Zielzustandes* durch die Klienten. Dieser Zielzustand ist keine fixe, vorab definierte Größe, die von den Klienten lediglich abgerufen wird, sondern er ist Ergebnis eines kreativen Konstruktionsprozesses vermittelt durch die Kooperation von Therapeut und Klient. Zu diesem Zwecke verwendet der Therapeut *zielfokussierende Fragen* z.B. in der Form der *Wunderfrage*: dabei geht es um die Erschaffung eines möglichst konkreten und detaillierten Bildes von dem zukünftigen erwünschten und zu erreichenden Zustand. Im therapeutischen Prozeß werden deshalb förderliche Kriterien und Anhaltspunkte für die Zielerreichung verwendet und „erschaffen“. So werden z.B. die Vorstellungen vom Zielzustand noch reichhaltiger und anschaulicher, wenn die Sichtweisen wichtiger am Prozeß beteiligter Personen erfragt oder dieser Zustand aus der Perspektive eines Beobachters beschrieben werden. Die Wunderfrage regt somit die Vorstellungskraft und Phantasie der Klienten an und hilft einschränkende Denkgewohnheiten bei der Lösungssuche zu umgehen.

In der Wunderfrage wird so getan, „als ob“ die Lösung und das Ziel schon erreicht worden ist, was durch die Verwendung der Sprachform des Indikativs unterstützt wird:

„Angenommen, während Sie nachts schlafen, passiert ein Wunder und Sie wachen morgens auf und Ihr Problem und Ihre Schwierigkeiten sind gelöst, ohne daß Sie dies bewußt gemerkt haben. Woran werden Sie am nächsten Tag (und in den folgenden Wochen) merken, daß das Wunder passiert ist?“

„Woran werden andere (signifikante Personen der Reihe nach abfragen) das merken, ohne daß Sie es ihnen sagen müssen, daß das Wunder passiert ist?“

„Wenn ich in dieser Zeit zufällig mit der Videokamera anwesend wäre, was ist dann auf dem Film von dem Tag nach dem Wunder zu sehen?“

Lösungsorientiertes Fragen ist ein Prozeß, bei dem die Kreativität der Klienten aber erst nach und nach in Gang kommt. Manchmal ist dies mühsam und verlangt hartnäckiges Nachfragen und fokussieren auf kleine und kleinste Details. Familien, Paare und Einzelpersonen brauchen eine gewisse Zeit, um in einen „*kreativen State*“ zu kommen, der ihnen die Entwicklung passender Ideen gestattet. Die „*Was-noch-Frage*“ unterstützt dies nachhaltig, lädt sie doch dazu ein, noch mehr Ideen zu produzieren. Führen Sie mit der Anwendung der „*Was-noch-Frage*“ ebenfalls einen Perspektivenwechsel durch, dann hält dies die Kreativitäts-Generatoren zusätzlich in Gang und macht auch die Auswirkungen deutlich, die dies im Lebenszusammenhang der Klienten und ihrer Bezugssysteme hat.

Beispiel:

„Was ist noch anders, wenn das Wunder passiert ist?“

„Was noch?“

„Was noch?“

„Was werden andere Personen (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde) sehen, was ihnen zeigt, daß ein Wunder passiert ist?“

Entscheidend ist dabei, daß lösungsorientierte Therapeuten nur Experten für den Verlauf des Prozesses sind, während die Klienten Experten für die Inhalte und Ziele bleiben. Als „Moderatoren“ fokussieren die Therapeuten konsequent auf Zeiten, in denen Klienten ihre Ressourcen bereits eingesetzt haben (*Ausnahmezeiten*) und schon einmal einen Wunder-ähnlichen Zustand hervorgebracht haben. Die Ausnahmen und dieses „einbißchen-Wunder“ stellen die Bezugnahme auf eine *Referenzerfahrung* dar, die in der Verfügbarkeit des Klienten liegt und ist wichtig, um die Erreichbarkeit des Zieles plausibel werden zu lassen; sie nährt zugleich die Zuversicht und den Lösungsoptimismus der Klienten.

Beispiel:

„Wann war es in der jüngsten Zeit schon einmal so ein bißchen wie nach dem Wunder?“

„Was war dann anders?“

„Was haben Sie gemacht, damit dieses Stück vom Wunder schon passieren konnte?“

„Wann gab es einmal Zeiten, als das Problem nicht auftrat oder weniger vorhanden war?“

„Was war damals anders?“

Skalierungsfragen sind ebenfalls ein hilfreiches, auf die Ressourcen der Klienten abzielendes Mittel, den Prozeß der Zielfindung und Zielerreichung in Gang zu bringen und am Leben zu erhalten:

„Stellen Sie sich bitte eine Skala von 0–10 vor, und 0 soll den schlechtesten Zustand darstellen, den Sie vor Beginn der Therapie hatten, 10 dagegen soll bedeuten, daß das Problem gelöst ist – wie immer es mit Ihren Mitteln gelöst werden kann – wo befinden Sie sich heute?“

Hierdurch wird implizit angenommen, daß sich bereits ein Fortschritt in Richtung Zielerreichung ergeben hat. Lösungsorientierte Therapeuten benutzen sogar häufig eine weitere Frageform, um den Scheinwerfer auf die Veränderungen zu richten, die von den Klienten bereits ohne Zutun der Therapeuten erreicht wurden:

„Manchmal ändern sich nach unserer Erfahrung die Dinge schon in der Zeit zwischen Anmeldung und Beginn der Therapie. Angenommen, Sie waren zum Zeitpunkt der Anmeldung bei 0, wo sind Sie im Moment?“
 „Wie haben Sie es geschafft, von 0 nach 3 zu kommen?“
 „Was ist jetzt anders, da Sie schon bei 3 sind?“
 „Woran werden Sie merken, daß Sie bei 4 sind?“
 „Was müßte passieren, damit Sie auf 4 kommen?“

Wunderfrage und Skalierungsfragen werden meistens bereits in der ersten Therapiesitzung angewandt (Berg und De Shazer, 1993). Sie können den Fokus dabei auf Veränderungsprozesse legen, die der Klient vor Beginn der offiziellen Therapie bereits gemacht hat („pre-session-change“), auf Ausnahmezeiten, in denen das Problem nicht aufgetreten ist, so daß gleich zu Beginn beim Klienten die Zuversicht entsteht, daß er die Dinge beeinflussen kann und daß es bereits vorangegangen ist. Im Prozeß der Skalierung benutzt der Therapeut einen Zirkel von Beobachten, Beschreiben und Bewerten (Vogt-Hillmann et al., 1998a).

Skalierungen und andere Mittel dienen dem Aufbau von Änderungserwartungen und unterstützen den „solution-talk“ (De Shazer, 1996). Der Therapeut verwendet folglich im lösungsorientierten Ansatz Skalen im Kontext der Destabilisierung stabiler Wahrnehmungs- und Handlungsmuster und baut statt dessen neue Wahrnehmungs- und Handlungsmuster auf, die von den Klienten als attraktiv und emotional bedeutsam erachtet werden. Die Evaluation für den Therapiefortschritt und das Erreichen des Ziels folgt den Grundsätzen:

- sie sollen für den Klienten wichtig sein und für ihn deutlich wahrnehmbar sein, wenn sie erreicht sind;
- sie sollen eher klein und von den Betroffenen als realisierbar und erreichbar angesehen werden;
- sie sollen die Anwesenheit von etwas, wie z.B. ein neues Verhalten zum Gegenstand haben, anstatt die Abwesenheit von einem beklagten Verhalten;
- sie sollen den Beginn von etwas und nicht das Ende von etwas fokussieren;
- sie sollen auch für andere konkret wahrnehmbar sein;
- sie sollen individuell und vom Klienten selbst zu bewirken sein.

Weitere therapeutische Mittel, den „solution-talk“ in Gang zu halten, sind „cheer-leading“, „Kompliment“ und „Aufgaben“.

Beim „cheer-leading“ hebt der Therapeut auf emotional bedeutsame Weise die Leistungen der Klienten bei der Erzielung des Fortschritts hervor, indem er z.B. sagt: „Das haben Sie in dieser kurzen Zeit schon vollbracht? Das ist wirklich beeindruckend!“ Cheer-leading dient vor allem auch dazu, den Fokus auf den ressourcenhaften Handlungen und Einstellungen des Klienten zu halten und ein Zurückkippen in alte problembezogene Muster zu verhindern. Der neue „Zielattraktor“ soll damit weiter geformt werden. In Anlehnung an Hakens Metapher von der Herausbildung einer Potentiallandschaft für einen Attraktor spricht Dilts in diesem Zusammenhang von „landscaping“ (Dilts, 1995).

„Komplimente“ werden am Ende jeder Sitzung gegeben und fassen das zusammen, was die Klienten an Leistungen und Erfolgen in der Zwischenzeit berichtet haben. Sie stellen eine Anerkennung und Würdigung dar. Sie sollen zu den Selbstwahrnehmungen der Klienten passen (in Wortwahl, zu ihren Metaphern, zu den berichteten Beispielen, zum jeweiligen Wert- und Glaubenssystem), so daß eine Zustimmung seitens der Klienten entsteht („Ja-Haltung“).

„Aufgaben“ dienen entweder der „Destabilisierung“ eingespielter Muster oder der Neubahnung bzw. Ausweitung neuer Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster. Dabei können symbolische Mittel und neue Rituale als Mittel des „success-recording“ eingesetzt werden, um den neuen Zustand zu stabilisieren (Dreesen und Eberling, 1996).

Lösungs- und zielorientierte Vorgehensweisen des Therapeuten sind immer nur professionell qualifizierte Assistenz beim Selbstorganisations- („unbewußte“ Ebene) und Selbstregulationsprozeß („bewußte“ Ebene) des Klienten. Die Kooperation des Therapeuten richtet sich nach der jeweiligen Motivationslage des Klienten d.h., ob er „Besucher“ (von Dritten gesandt), „Klagender“ (jemand, der zunächst denkt, daß andere Personen sich ändern müssen) oder „Kunde“ (jemand, der ein klares Änderungsanliegen hat) ist (De Shazer, 1989b; Walter und Peller, 1994). Diese dem Ansatz nach typische Kundenorientierung muß in der Realität berücksichtigen, daß es Therapeuten in vielen Handlungskontexten mit multiplen Kundenpersönlichkeiten, sprich unterschiedlichen Auftraggebern (vgl. Vogt-Hillmann et al., 1998a) zu tun haben.

Nach Auffassung vieler Kurzzeittherapeuten ist es wichtig, den gesamten therapeutischen Analyse- und Veränderungsprozeß für den Klienten möglichst transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Dies geschieht, um die Arbeitsmotivation des Klienten zu sichern: er soll sich für jeden nächsten Schritt bewußt entscheiden können und seine allgemeine Problemlösekompetenz verbessern, indem er „Rückfälle“ bzw. neue Probleme möglichst ohne psychotherapeutische Hilfe bewältigt.

Die an den Zielen möglichst direkt orientierte Auswahl von Interventionen und ihre zeitliche Strukturierung hat – angepaßt an die Möglichkeiten und Bereitschaft des Klienten und des Therapeuten – einen

prinzipiell individuellen Charakter, auch wenn ähnliche Probleme oft ähnliche Vorgehensweisen nahelegen.

1.4 Vorgehen im Lösungskonstruktionsmodell

Das Vorgehen im Lösungskonstruktionsmodell umfaßt folgende fünf Schritte:

- a) Definition eines erwünschten Zielzustandes (Ziel bzw. Wunder);
- b) Screening bisher erfolgreicher Lösungsstrategien und/oder Teillösungen und Erarbeitung bestehender Ressourcen;
- c) Auswertung bisheriger Fortschritte;
- d) Erarbeitung nächster Schritte (iteratives Vorgehen);
- e) Stabilisierung und Festigung des Erreichten.

Das typische Gesamtverfahren der Lösungskonstruktion wird durch Abb. 2 veranschaulicht.

1.5 Ein Fallbeispiel

Claudio (Name wurde geändert), ein ehemals drogenabhängiger Klient von Anfang 30, stellt nach einem mehrmonatigen Gefängnisaufenthalt aus der Haft heraus einen Antrag für eine stationäre Drogen-Therapie in einer kurzzeittherapeutisch orientierten Institution. Die Strafe wird unterbrochen und kann gegebenenfalls zur Bewährung ausgesetzt werden. Die Motivation zur Behandlung kann zu diesem Zeitpunkt recht unterschiedlich beurteilt werden: Einerseits ist Therapie als angenehmere Alternative zur Strafe (Knast) zu sehen, andererseits kann der Klient gerade auf dem Hintergrund der Hafterfahrung seinen Entschluß entwickelt haben, seinem Leben eine Wende zu geben. Er ist ernsthaft daran interessiert, wirklich etwas in Richtung Veränderung und Neuanfang zu unternehmen.

Kurz nach seinem Therapiebeginn in der stationären und teilstationären Einrichtung kam der Klient zu einem Konsultationsgespräch zu Steve de Shazer, das dieser am Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie (NIK) in Bremen mit ihm führte.

Das Gespräch ergibt, daß er bis auf einmal in der Haft Heroin und Kokain ferngeblieben ist, obwohl er in der Nachbarzelle alle Drogen hätte erhalten können. Sein Ziel war schon zu diesem Zeitpunkt, den Gebrauch harter Drogen aufzugeben. Lediglich den Gebrauch von Haschisch hat der Klient dort praktiziert. In der Anfangsphase der Therapie hat er begonnen, Ziele zu entwickeln, die einen besseren Umgang mit anderen Menschen ermöglichen sollen, wie z.B. „offen im Kontakt mit anderen Personen sein“; „tiefere menschliche Beziehungen eingehen zu können“; „eine vertrauenswürdige Person zu werden“.

Da die Einrichtung Abstinenz vorgibt, ist diese Vorgabe klar, wird aber als Ziel vom Klienten geteilt. Unsicherheit herrscht bei ihm darüber, ob nicht der mögliche Gebrauch von Haschisch wieder den Weg zu härteren Drogen fördern könnte. Im Verlauf des Gespräches wird als Antwort auf die Wunderfrage deutlich, daß er seinen Schulabschluß (Abitur) nachholen und studieren möchte. Als Fernziel möchte er gerne wieder „Familie“ haben.

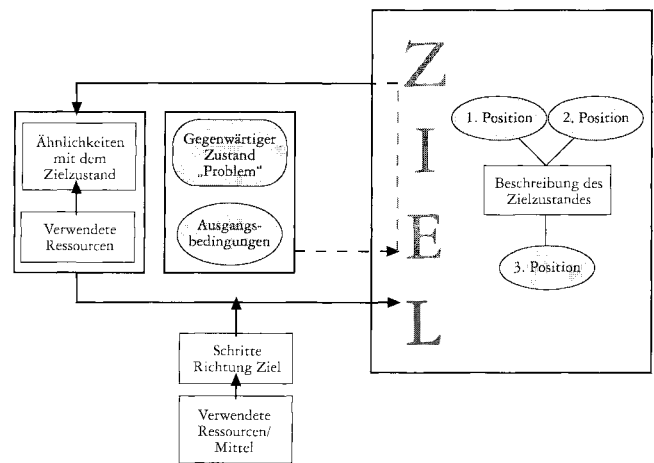


Abb. 2. Das Lösungskonstruktionsmodell

Im zweiten Gespräch, welches kurz nach Beendigung der stationären Therapie stattfindet, wird deutlich, daß der Klient begonnen hat, die Schule zu besuchen. Er lernt mit gutem Erfolg und unterstützt sogar Mitschüler in einigen Fächern. Sorge bereitet ihm, daß er wieder begonnen hat, Haschisch zu rauchen und auch gelegentlich zuviel Bier zu trinken, und daß seine Eltern dies als Beginn eines Rückfalls in die Drogenabhängigkeit beurteilen könnten. Im Gegensatz zu früher, als er unangenehmen Gesprächen darüber immer ausgewichen ist, will er sich dieses Mal aber mit den Eltern darüber unterhalten und sie überzeugen, daß das eine nichts mit dem anderen zu tun hat. Er ist weiterhin „clean“ in bezug auf harte Drogen und arbeitet regelmäßig für seinen Lebensunterhalt, den er sich u.a. durch gemeinsames Arbeiten mit dem Vater verdient. Außerdem ist der Wunsch nach einer Freundin in ihm erwacht und es gibt erste „unsichere“ Kontakte zu Mädchen.

Das dritte Gespräch, welches weitere vier Monate später stattfindet, bestätigt, daß er weiterhin keine harten Drogen nimmt. Bier und Haschisch konsumiert er aber, ist jedoch sehr davon überzeugt, daß dies nicht in die erneute Abhängigkeit führen wird. Der Gebrauch ist sehr klar beschränkt und er hat das Vertrauen der Eltern wiedererlangt, indem er weiterhin regelmäßig die Schule besucht, arbeitet und keine harten Drogen nimmt. Er entwickelt mehr und mehr Vorstellungen von einem Leben, für das es lohnt, sich zu engagieren.

Der Therapeut akzeptiert die Zielsetzungen des Klienten und hebt hervor, was der Klient zwischenzeitlich getan hat, um die Veränderungen zu bewirken; er fragt aber gleichzeitig immer konsequent nach den noch instabilen Bereichen und nach dem, was geschehen müßte, um den Klienten selbst und andere (frühere Freunde, die Eltern) zu überzeugen, daß sein Fortschritt anhält und er auf dem gewünschten Kurs bleibt. Er bespricht auch mit ihm, was aus seiner Sicht einen richtigen Rückfall darstellen würde und wie dies verhindert werden kann. Besonders die Zuversicht in das Anhalten einer positiven Änderung nimmt einen breiten Raum in den Gesprächen ein. Zum Abschluß jeder Sitzung werden anerkennende Kommentare gegeben,

die das hervorheben, was der Klient erreicht hat und es wird das betont, was er weiterhin tun muß, um auf dem richtigen Kurs zu bleiben. Die Gespräche werden vom Klienten als sehr hilfreich erlebt, sie geben ihm Unterstützung und Orientierung zugleich (Eberling et al., 1996, S. 128 ff).

2. Grundmerkmale des systemisch-lösungsorientierten Vorgehens

Schiepek (1998a) nennt fünf Grundannahmen, die von der systemischen Therapie gemacht werden können, um in Analogie zu den Systemwissenschaften praktisch-therapeutisches Handeln zu begründen.

2.1 Die Autonomie der behandelten Systeme berücksichtigen

Systemische Therapie in allen hier vorgestellten Varianten, vor allem solcher, die sich auf die Theorie der selbstreferentiellen Systeme (Maturana, 1987, 1990; Ludewig, 1992) oder auf die Synergetik und die Theorie nicht-linearer dynamischer Systeme beziehen (Haken 1990; Haken und Wunderlin, 1991; Kratky und Wallner, 1990; Schiepek und Strunk, 1994; Tschacher, 1990; Tschacher et al., 1992) beziehen, gehen von der Autonomie der behandelten Systeme (Individuen, Paare, Familien oder anderer Mehrpersonen-Systeme) aus. Dies bedeutet, daß die Dynamik und Struktur dieser Systeme maßgeblich auf deren internen Prozessen beruhen und nicht auf ihren spezifischen Umweltvorgaben. Durch den Grad ihrer hohen Vernetztheit und der Rekursivität ihrer Komponenten und inneren Prozesse weisen komplexe Systeme meist ein hohes Maß an Unabhängigkeit auf. Für empirische und simulierte Systeme kann z.B. gezeigt werden, daß derselbe Input je nach Systemstruktur und Systemparametern zu völlig unterschiedlichem Verhalten führen kann. Menschliche Systeme sind in diesem Sinne „nicht-trivial“, wie von Förster sagt und damit nicht vorher-sagbar.

In der Praxis begründet dies die Abkehr von linearen Input-Output-Modellen und der Vorstellung von Steuerung, vom linearen und instruktiven Intervenieren durch den Therapeuten als Experten, stattdessen ist der Therapeut Experte für den Prozeß und den Umgang mit den Besonderheiten von Menschen und sozialen Systemen. Modelle eines iterativen Vorgehens z.B. auch durch Versuch und Irrtum sowie durch Verfahrensweisen, die analog zur Synergetik sind, werden deshalb favorisiert (Kruse, 1996; Vogt-Hillmann, 1997). Für die Therapie bedeutet dies, daß sich systemische Therapeuten vor allem an der Auftragslage der Klienten orientieren (selbstbestimmte Aufträge werden motivierter verfolgt), ein gutes Beziehungsklima herstellen und somit Randbedingungen schaffen, unter denen die zunehmende Ressourcen- und Kompetenzentwicklung des Klienten als Hilfe zur Selbsthilfe vor sich gehen kann. Auch die Vielfältigkeit und „Kunsthilfte“, mit der Therapeuten Ressourcenentwicklung betreiben, leistet dazu einen wichtigen Beitrag (Dreesen und Eberling, 1998).

2.2 Die Eigendynamik des Systems respektieren und nutzen

Aufgrund ihrer mannigfachen Rückkoppelungen entwickeln komplexe Systeme eine spezifische Eigendynamik. Verhaltensänderungen können sich im Rahmen dieser Eigendynamik sowohl kontinuierlich als auch diskontinuierlich (sprunghaft) vollziehen.

Systeme haben demzufolge ihre eigene Zeit, ihr eigenes Veränderungstempo, entwickeln eigene Verlaufsformen (Rhythmen von Fortschrittsphasen und Stagnations- und Krisenphasen), was selbst auf ihrer Mikroebene wahrnehmbar ist (z.B. in der Sprechgeschwindigkeit, bei den Körperbewegungen, den Sitzungsabständen und der Sitzungsfrequenz). Therapie als selbstorganisierter Prozeß kann demnach als „Phasenübergang“ im Sinne der Selbst-Organisationstheorie verstanden werden. Diese Phasenübergänge von einem stabilen Ordnungszustand in einen anderen neuen stabilen Ordnungszustand führen durch Phasen von kritischer Instabilität, in denen vertraute Verhaltens- und Kommunikationsmuster aufgelöst werden. Kritische Fluktuationen (Unsicherheit, Irritation) werden dabei oft von deutlichen emotionalen Reaktionen begleitet (Verunsicherung, Wut, Trauer), was es nötig macht, einen Rahmen von Stabilität und Sicherheit in der Therapie herzustellen. Dies geschieht nach Schiepek (1998a) unter anderem durch:

- Begrenzung auf das Anliegen und den Auftrag der Klienten, wodurch Veränderung in klar umgrenzten Bereichen und nicht allumfassend („erdbebenartig“) geschieht. Da diese Bereiche vom Klienten in eigener Verantwortung ausgewählt sind, ist er dazu besonders motiviert;
- Konzentration auf die funktionierenden und positiven Lebensbereiche des Klienten;
- ständige Ressourcenaktivierung, die energetisierend für das System wirken und damit ähnlich einem Kontrollparameter in der Selbstorganisationstheorie sind (vgl. Hakens paradigmatisches Laser-Beispiel in Haken, 1990);
- Würdigung und Verabschiedung von bisher dominierenden Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern in der Lebensgeschichte, z.B. mit Hilfe von Ritualen (Dreesen, 1995);
- die Thematisierung und Fokussierung attraktiver Zielzustände (Wunderszenarien) zur Reduktion multistabiler Zustände bei Erhaltung der Wahlfreiheit;
- Wahrung einer Atmosphäre von Fehlerfreundlichkeit und Lernbereitschaft;
- Unterstützung von neuen Symbolen, Ritualen und Routinen, die für die neuen Lebensqualitäten stehen (Dreesen und Eberling, 1996).

2.3 Berücksichtigen der System-Umwelten

In der Systemtheorie ist die Systemumwelt sowohl Existenzvoraussetzung als auch auf vielfältige Weise Anregungspotential für Veränderungen des jeweiligen Systems; andererseits wirkt das System auf seine Umwelten zurück und befindet sich in vielfältiger Interaktion mit diesen. Da Systeme ebenfalls füreinan-

der Umwelten sind, kommt der Analyse der System-Systembeziehungen besondere Bedeutung zu. Untersucht werden in diesem Zusammenhang:

- der Überweisungskontext der Therapie (Freiwilligkeit oder „Druck“ zur Behandlung);
- die institutionellen Rahmenbedingungen der Therapie;
- die Vernetzung des Therapeuten mit anderen Behandlern;
- die konkreten Lebensbedingungen (wie z.B. die berufliche, familiäre, soziale und finanzielle Situation).

Die Vernetzung beider Bereiche von Rahmenbedingungen sind ein wichtiges Reflexionsfeld für die Rolle, die institutionalisierte Formen der Behandlung für den Veränderungsprozeß spielen (problemerhaltend vs. lösungsermöglichend, vgl. Ludewig, 1992).

2.4 *Verändern innerer Konstrukte bzw. Wirklichkeitskonstruktionen*

Arbeiten aus verschiedenen Wissensbereichen haben die eigenständige Rolle von selbstorganisierten Prozessen für das soziale Handeln auf unterschiedlichen Ebenen nachhaltig aufgezeigt:

- Neurobiologie und Psychologie haben die Eigenleistung des kognitiven Systems bei der Bedeutungsgebung und Informationserzeugung erhellt (Haken und Haken-Krell, 1992; Kruse, 1988; Roth, 1996);
- sozial konstruktivistische Ansätze haben die Rolle sprachlich vermittelter Prozesse bei der Erzeugung sozial geteilter Wirklichkeiten (gemeinsame Überzeugungen, kulturelle Schablonen, soziale Rituale) aufgezeigt (Anderson und Goolishian, 1990; Bannister und Fransella, 1981; Glasersfeld, 1985, 1987; Kelly, 1986; Vogt-Hillmann, 1997).

Wenn kognitive und kommunikative Prozesse grundlegend an der Erzeugung unserer individuellen wie sozialen Wirklichkeiten beteiligt sind, kommt ihnen bei der Genese wie bei der Überwindung seelischer Störungen entscheidende Bedeutung zu: Wirklichkeitskonstruktionen bedingen Handeln gleichwohl wie verändertes Handeln wiederum die Wirklichkeitskonstruktionen beeinflusst.

2.5 *Die Interdependenz von psychischen Prozessen und interpersoneller Kommunikation reflektieren*

Bedeutung des Kontextes für die Kommunikation ist seit den Studien von Bateson und Jackson bekannt (Watzlawick et al., 1969). Da sich um Probleme typische Kommunikationsmuster bilden, sind selbst intrapsychische Probleme im Rahmen einer bestimmten Interaktionsdynamik (im Rahmen von Familie oder relevanten Bezugspersonen) rekonstruierbar. Nicht individuelle Defizite dienen als Erklärungs- und Veränderungsansatz, sondern die Veränderung kommunikativer Strukturen und die sie beeinflussende Interaktionsdynamik ist deshalb nach wie vor ein Hauptmittel der systemischen Therapien, welches mit einer Vielzahl methodischer Mittel verwirklicht wird.

3. **Wie und warum „wirkt“ systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie?**

Nach einer Analyse verschiedener Studien zu Wirkweisen kommt Schiepek (1998a) zu fünf zentralen Bereichen, die als Wirkungen im Sinne komplexer Wirkzusammenhänge angenommen werden können. Dabei scheint es sich eher um ein Wechselspiel von biologischen, psychischen und sozialen Prozessen zu handeln als um spezifische und unspezifische Einzel-faktoren, wie lange Zeit angenommen wurde. Er unterscheidet folgende Bereiche:

1. Mobilisieren von Zuversicht und Veränderungsbereitschaft;
2. Aufnehmen einer emotional bedeutsamen Beziehung;
3. Interpretation des Leidens und der Therapie nach einem plausiblen, der kulturellen Situation entsprechenden Konzept;
4. „Auftauen“ verfestigter Erlebens- und Verhaltensmuster;
5. korrigierende emotionale Erfahrungen mit Umstrukturierung zentraler Konzepte (Schiepek, 1998a; ebenso Stiehl-Werschak und Pfundt, 1991).

3.1 *Mobilisieren von Zuversicht und Veränderungsbereitschaft*

Wie bereits angedeutet, wirken die Thematisierung der Veränderungen vor Beginn des Therapieprozesses, die Fokussierung auf Ausnahmezeiten vom Problem, die detaillierte Befragung auch nach kleinsten Veränderungen in Richtung des Zielzustandes, „cheer-leading“, Komplimente, Aufgaben, die Erfolgserlebnisse der Klienten wahrscheinlich machen und alle Mittel des „success-recording“ als Verstärker für die Veränderungsbereitschaft und den Lösungsoptimismus der Klienten. Das Ineinandergreifen der „operativen Regeln“ für lösungsorientiertes Vorgehen („solution talk“) erstreckt sich über mehrere „logische Ebenen“ (Dilts, 1993; Dreesen und Eberling, 1996):

- bestimmte Situationen ermöglichen das Auftreten des erwünschten Verhaltens leichter als andere (*Ebene der Umgebung*);
- zielbezogenes Verhalten tritt gelegentlich auf (Ausnahmezeiten; ein bißchen Wunder als Referenz); es liegt also im Möglichkeitenraum des Klienten (*Ebene des Verhaltens*);
- Klienten setzen Sets von Verhaltensweisen ein, erleben ihre eigene Handlungs-Kompetenz in verschiedenen lebensweltlichen Zusammenhängen (*Fähigkeiten-Ebene*);
- Klienten aktivieren Verhalten mittels bestimmter Einstellungen und Glaubenssätze (Dilts, 1991, 1993; „health-beliefs“: Becker, 1974; „self efficacy“: Bandura, 1977) und entwickeln und bestärken Glaubenssätze anhand erfolgreicher Verhaltensweisen (*top-down und bottom-up Prozesse*).
- im Prozeß der Therapie erleben sich Klienten nicht nur zunehmend als handlungskompetent, sondern als Personen, die insgesamt über Wahlfreiheit verfü-

gen (Cabié und Isebaert, 1997) und Experten für die Gestaltung ihres Lebens sind, was zu wesentlichen Veränderungen ihres Selbstkonzeptes führt (Grawe, 1986; Orlinsky und Howard, 1986) (*Ebene der Identität*);

- schließlich ist die gesamte Ausgestaltung des Zielzustandes unter Umständen eine Neu- oder Umformulierung des Lebenssinns und damit der Visionen/„Mission“ der Klienten.

3.2 *Aufnehmen einer emotional bedeutsamen Beziehung*

Dies geschieht in zweierlei Hinsicht:

- dadurch, daß die Ziele konsequent vom Klienten definiert werden und für diesen bedeutsam sind und bleiben;
- durch die wohlwollende und akzeptierende Unterstützung durch den Therapeuten.

Wie wir weiter oben schon gezeigt haben, werden im therapeutischen Prozeß kognitive und emotionale Elemente ständig miteinander verschränkt und selbst in Kontexten, in denen keine klare Veränderungsmotivation zu Anfang vorhanden ist oder ein Dritter als Auftraggeber fungiert, orientiert sich der Therapeut am Auftrag, den der Klient zum gegebenen Zeitpunkt gibt.

3.3 *Interpretation des Leidens und der Therapie nach einem plausiblen, der kulturellen Situation entsprechenden Konzept*

Dieser Bereich ist in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie als hier besprochener Variante der systemischen Therapie weniger relevant, da die Thematisierung des Leidens nicht so einen grossen Stellenwert einnimmt, sofern es schnell gelingt, attraktive Entwicklungsrichtungen mit den Klienten zu entwickeln. Ist dies trotzdem erforderlich, so werden vor allem die Bewältigungsressourcen der Klienten (die Fähigkeiten, diese schwierigen Situationen oder dieses Leid zu ertragen und durchzustehen) in den Vordergrund gerückt. Therapie selbst wird zumeist als ein „hartes Stück Arbeit“ interpretiert, um einerseits das Engagement und die Verantwortlichkeit der Klienten zu untermauern und andererseits den Klienten das Verdienst für das Erreichte gutschreiben zu können, denn die Ergebnisse von Therapie werden höher bewertet, wenn Personen Aufwand dafür investieren oder investiert haben („effort-justification“, Schiepek, 1998a). Häufig muß und kann jedoch auch in einer therapeutischen Situation ein anderes Therapieverständnis und ein neues Veränderungskonzept vermittelt werden, weil Klienten häufig durch andere Therapieerfahrungen oder durch therapeutische Konzepte, die mittlerweile zum Alltagswissensbestand gehören, wenig förderliche Einstellungsmuster mitbringen („Therapie dauert lang“, „die Probleme müssen erst „grundlegend“ (bis zur Kindheit) analysiert werden“, „das Symptom ist nur die Spitze des Eisbergs“ etc.). Auch eine Erklärung zentraler Prämissen dieses Therapieansatzes fördert die Transparenz und die „erwachsene“ Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

3.4 *„Auftauen“ verfestigter Erlebens- und Verhaltensmuster*

Dies ist ein Kernbereich systemischer und lösungsorientierter Therapieverfahren. Therapie ist ein Prozeß, in dem die kognitiv-emotionalen Schemata der Klienten oft sehr nachhaltig verändert werden. Dabei betonen systemisch-lösungsorientierte Verfahren die Prozeßhaftigkeit von „Zuständen“, machen die Handlungsanteile verschiedener Akteure erfahrbar bzw. die kognitiven und handlungsmäßigen Bedingungen, durch die neue Denk- und Handlungsmuster entwickelt werden können.

3.5 *Korrigierende emotionale Erfahrungen mit Umstrukturierung zentraler Konzepte*

Die Umstrukturierung wichtiger Schemata und Konzepte findet sowohl in der Sitzung als auch im Alltags Handeln zwischen den Sitzungen einer Therapie statt. Die „Wirkfaktoren“ wirken erst im Kontext des gesamten „Wirkgefüges“ und dies ist abhängig von den Gegebenheiten des System zu einer bestimmten Zeit (Geschichte, besondere Konstellationen bzw. Stabilitäts-Parameter) und von seinem Verhältnis zu den jeweiligen relevanten Umwelten. Ein wesentlicher Teil dieses Kontextes ist das therapeutische Setting selbst (mit/ohne Team, mit Video und Einwegscheibe) und die Art, wie Team und Therapeut den Veränderungsprozeß der Klienten unterstützen (manchmal als „Moderatoren“, manchmal als „Cheer-leader“ für den Veränderungsprozeß), jedenfalls immer als „Dienstleister“ für den Klienten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es gerade aufgrund der hohen Akzeptanz gegenüber den Zielsetzungen der Klienten und der Ausrichtung an den konkreten Zielsetzungen der Klienten sowie durch die konsequente Befolgung des Prinzips der „minimalen Intervention“ keine ausschließenden Indikationen für diese Variante der Kurzzeittherapie gibt.

4. **Ausblick: Die Effektivität systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie**

Die Merkmale der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie stimmen mit dem überein, was Grawe (Grawe et al., 1994) zu einer allgemeinen Psychotherapie geschrieben hat. Aufgrund der konstruktivistischen Orientierung und Skepsis gegenüber wissenschaftlicher Ergebnisforschung ist die empirische Forschung zur Wirksamkeit kurzzeittherapeutischer Verfahren leider in den letzten Jahren einem Dornröschenschlaf verfallen, der langsam zu Ende geht. Auch die sprachtheoretische Fundierung z.B. durch die Bezugnahme auf Wittgensteins Ansatz (De Shazer, 1996) ist wenig geeignet, eine empirische Begründung bzw. die Anschlußfähigkeit an wissenschaftliche Kriterien voranzubringen. Die Vielzahl systemisch orientierter Studien belegen aber deutlich, daß kurzzeittherapeutische Interventionen überaus effektiv sind (im Überblick: Schiepek, 1998a). Exemplarisch seien folgende drei Evaluationsstudien zur Kurztherapie genannt:

Weakland et al. (1974) untersuchten ihr kurztherapeutisches Vorgehen bei 97 Patienten, die durchschnittlich sieben Sitzungen ambulant behandelt wurden. Der Therapieerfolg wurde über die subjektiven Klientenaussagen in bezug auf die Ausgangs-Beschwerde ermittelt. In 31 Fällen (32%) wurden signifikante Verbesserungen beobachtet, 39 Therapieverläufe (40%) wurden als erfolgreich eingestuft, und in 27 Fällen (28%) traten geringe oder gar keine Besserungen auf, einschließlich eines Falles, bei dem sich die Situation verschlechterte.

De Shazer (1989a) fand in einer Untersuchung bei 28 Fällen eine Besserungsrate von 82% (23 von 28 Fälle). 21 Patienten gaben an, nach der Therapie ein weiteres Problem zu haben, wobei in 11 Fällen (52%) ebenfalls eine Besserung des vorgestellten Symptoms eingetreten war. In 57% der Fälle waren keine neuen Probleme aufgetreten und niemand hatte zwischenzeitlich eine weitere Behandlung aufgesucht.

Burr (1993) kommt in einer retrospektiven Studie (Katamnese mit Selbsteinschätzung) zur Effektivität lösungsorientierter Kurztherapie (durchschnittliche Sitzungszahl 4) zu folgenden Ergebnissen: von 53 behandelten Fällen beantworteten 34 den Erhebungsbogen. Davon berichteten 77% von einer Besserung und 7 Klienten gaben an, daß keine Veränderungen eingetreten seien. In einem Fall hatte sich die Symptomatik verschlechtert. Eine Nachuntersuchung zeigte bei 15 von 34 Familien keine neu aufgetretenen Probleme. In fünf Fällen hatten sich auch andere Probleme gebessert, bei 12 Familien waren andere Probleme unverändert.

Liest man die Ausführungen zur Kurzzeittherapie bei Grawe (Grawe et al., 1994), so bleibt zu hoffen, das zukünftige Effektivitätsstudien die Qualität systemisch-lösungsorientierter Vorgehensweisen weiter belegen, um sie als psychotherapeutisches Verfahren Patienten regulär zugänglich zu machen, wo heute noch langfristigen Behandlungsprogramme angewandt werden (Talmon, 1996). Auch eine exemplarische Dokumentation des lösungsorientierten Vorgehens könnte im Sinne einer qualitativen Untersuchung Aufschlüsse zur Wirksamkeit erbringen (vgl. Schiepek et al., 1995a, b). In vielen dieser Problemlagen könnte die Anwendung lösungsorientierter Kurzzeittherapie möglicherweise auf kürzerem Wege zu Ergebnissen führen, die Klienten zu mehr Zufriedenheit und zu mehr Zutrauen in ihre eigenen Lösungsfindungsfähigkeiten verhilft.

Literatur

- Anderson H, Goolishian H (1990) Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik* 3: 212–243
- Bandura A (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 191–215
- Bannister D, Fransella F (1981) *Der Mensch als Forscher*. Aschendorf, Münster
- Becker MH (1974) The health belief model and personal health behaviors. Slack, Thorofare
- Berg IK, De Shazer S (1993) Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. *Familiendynamik* 18: 146–162
- Burr W (1993) Eine Evaluation lösungsorientierter Kurztherapie. *Familiendynamik* 18: 11–21

- Cabié MC, Isebaert L (1997) *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Érès, Ramonville Saint-Agne
- De Shazer S (1989a) *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- De Shazer S (1989b) *Der Dreh*. Auer, Heidelberg
- De Shazer S (1996) *Worte waren ursprünglich Zauber*. Borgmann, Dortmund
- Dilts R (1991) *Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit*. Junfermann, Paderborn
- Dilts R (1993) *Die Veränderung von Glaubenssystemen*. Junfermann, Paderborn
- Dilts R (1995) *Strategies of genius, vol 3*. Meta Publications, Capicola
- Dreesen HN (1995) *Rituelles Gestalten bei der Gestaltung von Ritualen*. *Hypnose & Kognition* 12: 56–62
- Dreesen HN, Eberling W (1996) *Success recording. Komplimente und Dokumente in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie*. In: Eberling W, Hargens J (Hrsg) *Einfach, kurz und gut. Zur Praxis lösungsorientierter Kurztherapie*. Borgmann, Dortmund, S 19–55
- Dreesen HN, Eberling W (1998) *Spiel mit Ressourcen – Vier Wegweiser zur Lösungsfindung*. In: Eberling W, Vogt-Hillmann M (Hrsg) *Kurzgefaßt: Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa*. Borgmann, Dortmund, S 50–73
- Eberling W (1996) *Integrative Kurzzeittherapie*. Unveröffentlichtes Manuskript. Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie NIK, Bremen
- Eberling W, Hesse J, Gallenberger B, Haegele PA, Kruse P, Pavlekovic B, Tönsing C (1996) *Suche nach Lösungen*. In: Eberling W, Hargens J (Hrsg) *Einfach kurz und gut. Zur Praxis lösungsorientierter Kurztherapie*. Borgmann, Dortmund, S 119–150
- Glaserfeld E v (1985) *Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität*. In: Gumin H, Mohler A (Hrsg) *Einführung in den Konstruktivismus*. Oldenbourg, München, S 1–26
- Glaserfeld E v (1987) *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Vieweg, Braunschweig
- Grawe K (1986) *Schema-Theorie und interaktionelle Psychotherapie*. Forschungsbericht. Psychologisches Institut, Universität Bern
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Haken H (1990) *Erfolgsgeheimnisse der Natur*. Deutsche Verlags-Union, Frankfurt Berlin
- Haken H, Haken-Krell M (1992) *Erfolgsgeheimnisse der Wahrnehmung. Synergetik als Schlüssel zum Gehirn*. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart
- Haken H, Wunderlin A (1991) *Die Selbststrukturierung der Materie*. Vieweg, Braunschweig
- Haley J (1989) *Ordeal Therapie*. Isko-Press, Hamburg
- Kelly GA (1986) *Die Psychologie der Persönlichen Konstrukte*. Junfermann, Paderborn
- Kratky KW, Wallner F (1990) *Grundprinzipien der Selbstorganisation*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Kruse P (1988) *Stabilität, Instabilität, Multistabilität. Selbstorganisation und Selbst-referentialität in kognitiven Systemen*. *Delfin* 6: 35–57
- Kruse P (1996) *Die Gestaltung von Veränderungsprozessen in Unternehmen und Institutionen – Kurzzeittherapeutische Interventionen und systemtheoretische Grundlagen*. In: Eberling W, Hargens J (Hrsg) *Einfach kurz und gut. Zur Praxis lösungsorientierter Kurztherapie*. Borgmann, Dortmund, S 201–223
- Ludewig K (1992) *Systemische Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Madanes C (1989) *Hinter dem Einwegspiegel*. Isko-Press, Hamburg

- Maturana HR (1987) Kognition. In: Schmidt S (Hrsg) Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Suhrkamp, Frankfurt, S 89–118
- Maturana HR (1990) Ontologie des Konversierens. In: Kratky KW, Wallner F (Hrsg) Grundprinzipien der Selbstorganisation. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 140–155
- Minuchin S, Baker L, Rosman BL (1983) Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Orlinsky DE, Howard KJ (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 311–384
- Roth G (1996) Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Suhrkamp, Frankfurt
- Schiepek G (1990) Selbstreferenz in psychischen und sozialen Systemen. In: Kratky KW, Wallner F (Hrsg) Grundprinzipien der Selbstorganisation. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 182–200
- Schiepek G (1991) Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Vieweg, Braunschweig
- Schiepek G (1998a) Stellungnahmen zum Fragenkatalog „Psychotherapie-Verfahren“. Unveröffentlichtes Manuskript. Forschungsinstitut für Systemwissenschaften, München
- Schiepek G (1998b) Selbstorganisation in psychischen und sozialen Prozessen. Unveröffentlichtes Manuskript. Forschungsinstitut für Systemwissenschaften, München
- Schiepek G, Strunk G (1994) Dynamische Systeme. Asanger, Heidelberg
- Schiepek G, Schütz A, Köhler M, Richter K, Strunk G (1995a) Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. Psychother Forum 3: 1–17
- Schiepek G, Strunk G, Kowalik ZJ (1995b) Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil II: Die Ordnung des Chaos. Psychother Forum 3: 87–109
- Schlippe A, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stiehl-Werschak JP, Pfundt C (1991) Was wirkt in der Therapie? System Familie 4: 211–222
- Talmon M (1996) Schluß mit den endlosen Sitzungen – Wege zu einer lösungsorientierten Kurztherapie. Knaur, München
- Tschacher W (1990) Interaktion in selbstorganisierten Systemen. Asanger, Heidelberg
- Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) (1992) Self-organization and clinical psychology. Springer series in synergetics, vol 58. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Vogt-Hillmann M (1997) Evaluation systemischer Psychotherapie bei der Behandlung psychosomatischer Patienten – Möglichkeiten systemtherapeutischer Interventionen am Beispiel HIV-infizierter und AIDS erkrankter Patienten. Fortschritte der Psychologie. Lit-Verlag, Münster
- Vogt-Hillmann M, Burr W, Prezewowsky B (1998a) Lösungsorientierte Praxis in einem ambulanten Krisendienst der gemeindepsychiatrischen Versorgung. In: Eberling W, Vogt-Hillmann M (Hrsg) Kurzgefaßt – Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa. Borgmann, Dortmund, S 167–184
- Vogt-Hillmann M, Dreesen H, Eberling W (1998b) Zwischen Tiefpunkt und Höhepunkt: Skalieren von Unterschieden, die Unterschiede machen. Zeitschrift für Systemische Therapie 16: 20–30
- Walter JL, Peller JE (1994) Lösungsorientierte Kurztherapie. Borgmann, Dortmund
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation. Huber, Bern
- Watzlawick P, Weakland JH, Fish R (1974) Lösungen. Huber, Bern
- Watzlawick P, Weakland JH (1980) Interaktion. Huber, Bern
- Weakland J, Fish R, Watzlawick P, Bodin A (1974) Brief therapy: focused problem resolution. Family Process 13: 141–168
- Weeks GR, L'Abate L (1985) Paradoxe Psychotherapie. Enke, Stuttgart

Korrespondenz: Dr. Wolfgang Eberling, Norddeutsches Institut für Kurztherapie (NIK), Außer der Schleifmühle 54, D-28203 Bremen, Bundesrepublik Deutschland.

Dr. Wolfgang Eberling, Arbeitet als Psychotherapeut in eigener Praxis sowie als Trainer, Supervisor und Organisationsberater am Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie in Bremen. Er ist Präsident der European Brief Therapy Association (EBTA) mit Sitz in Paris und Autor zahlreicher Veröffentlichungen zum Lösungsorientierten Ansatz.

Dr. Manfred Vogt-Hillmann, Arbeitet als Psychotherapeut in eigener Praxis sowie als Trainer, Supervisor und Organisationsberater am Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie in Bremen. Er ist Gründungsmitglied der European Brief Therapy Association (EBTA) und Autor zahlreicher Veröffentlichungen zum Lösungsorientierten Ansatz u.a. im Bereich Kindertherapie und Krisenintervention.

PD Dr. Günter Schiepek, 2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Komplexe Systeme, Privatdozent an der Universität Bamberg und Co-Leiter des Forschungsinstituts für Systemwissenschaften in München. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zur Anwendung der Synergetik und der Theorie nicht-linearer dynamischer Systeme auf die Psychotherapie.