

Lösungsfokussierte Therapie (*)

Peter Kaimer - 2/98

*“Die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch” Ludwig Wittgenstein
“It’s better to practice a little, than to talk a lot.” Zen-Teaching*

1. Einleitung (1)

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 unterscheide ich mich gar nicht von Ihnen liebe Leserin, 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 Therapeut/inn/en. 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 initiierte 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/Wilk 1987 vgl. auch ‘Solution oriented Hypnosis’ von O’Hanlon/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 Therapeut/inn/en und Klient/inn/en. 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.

Kurztherapeut/inn/en gehen davon aus, dass Änderung relativ schnell erfolgen kann, sie trauen also ihren Kunden rasche und signifikante Änderungen zu. Kurztherapeut/inn/en 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 Kund/inn/en 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).

2. Ein bisschen Geschichte

Um Zugang zu einem therapeutischen Ansatz zu bekommen, ist es für mich immer sehr hilf-

reich, 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 (2).

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) (3). 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. Dieser brachte ihn dazu, eher in Kategorien der Überwindung oder Umgehung von Barrieren zur Freisetzung von vorhandenen Ressourcen wahr-zu-nehmen und zu denken statt in Kategorien des Kompetenzerwerbs im Sinne des Neu-Erlernens, wie es z.B. für die Verhaltenstherapien so charakteristisch ist. Weiters gehört dazu das Prinzip der **Utilisation**, welches besagt, dass was immer Klient/inn/en mit in die Therapie bringen, Ansatzpunkt für eine Entwicklung in Richtung der Therapieziele sein kann. Dabei geht es darum, sich nicht vorschnell von den eigenen Vorannahmen hinsichtlich Pathologie, Defizit oder störenden Verhaltens irritieren zu lassen. Vielmehr muss beharrlich nach einer Perspektive gesucht werden, unter der das, was die Klient/inn/en an Störungen oder problematischen Verhaltensweisen in der Therapie zeigen oder berichten, für eine günstige Entwicklung genutzt werden kann. Dies trifft besonders augenscheinlich für die Einleitung einer Trance im Rahmen der Erickson'schen Hypnotherapie zu, gilt jedoch als grundlegendes Prinzip für nahezu alle anderen Therapieansätze in der Erickson-Nachfolge. 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 Klient/inn/en (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 (4)) angeboten und genau beobachtet, welche Anschluss finden. Dies bringt uns zu einem weiteren Erickson'schen 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 konstruktivistischen 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 Therapeut/inn/en genau zu beobachten und wahrzunehmen, welcher "Same aufgeht" und als solcher gehegt und genährt werden sollte.

Diese Ideen und Vorstellungen, welche die Haltung und Interviewführung der Therapeut/inn/en betreffen, sind für die lösungsfokussierte Therapie in unterschiedlichem Maß und in je

besonderer Ausprägung relevant. Dies hat, wie wir noch weiter unten sehen werden (vgl. Punkt 4.1, 4.2), auch mit dem anderen erkenntnistheoretischen Verständnis therapeutischen Handelns zu tun. Sie hatten jedoch in jedem Fall großen Einfluss auf die sich entwickelnde Konzeption lösungsfokussierter Therapie.

Zuletzt möchte ich bei diesem Punkt noch die Rolle von Trance streifen. In Erickson'schen Therapien spielte Trance eine eminent wichtige Rolle, auch wenn sich das Gewicht mit zunehmendem Alter Ericksons von offiziellen Tranceinduktionen hin zu eher indirekten Tranceerlebnissen verschob. Diese Indirektheit, die mit einer großen Unschärfe des Trancebegriffs allgemein verbunden ist und von einigen Vertretern der Milton-Erickson-Linie mit Vehemenz vertreten wird (5), könnte man natürlich auch für lösungsfokussierte Therapie beanspruchen. Insbesondere die Wunderfrage (siehe unten) kann als Tranceinduktion aufgefasst werden - je nach Art sie zu präsentieren. Grundsätzlich kommt lösungsfokussierte Therapie jedoch ohne klassische bzw. offizielle Trance, wie sie für Hypnosetherapien charakteristisch ist, aus, d.h. ohne eine solche bewusst induzieren zu wollen oder sie für notwendig zu halten.

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, Weakland, Fisch 1979; Fisch, Weakland, Segal 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 Shazer's stammen, sehr strategisch bzw. ökosystemisch (z.B. de Shazer 1989a). Aus einer strategischen oder ökosystemischen Sicht ist das Leben und auch die Schwierigkeiten von Klienten eingebettet in die sie umgebenden sozialen Systeme, die verändert werden müssen, um eine Veränderung auf Klientinnenseite 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 interaktionellen Sequenz 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 Therapeut/inn/engemeinde dienen könnten als den Klient/inn/en.

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, 1989b, 1992, 1996). Dabei waren es vor allem ihre Klient/inn/en, deren Anregungen und Hinweisen große Aufmerksamkeit geschenkt wurde, die die Entwicklung voran trieben. De Shazer und Mitarbeiter/innen werteten im Unterschied zu vielen anderen Vertreter/inne/n 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 (6). 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" (7) 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 Provenienz 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 Klient/inn/en führte über die Jahre zu einer immer deutlicheren Klientenzentriertheit. D.h. dass die Klient/inn/en in aller Konsequenz als Expert/inn/en ihres Lebens gesehen wurden, für das 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 Klient/inn/en 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. Es reicht, diese Ansatzpunkte beharrlich zu verfolgen und, wenn eine Neuerzählung geglückt ist, darauf zu warten, ob diese Geschichten im alltäglichen Lebenskontext der Klienten überleben, vielleicht sogar wachsen, sich ausgestalten, oder ob die Suche weiter gehen muß. "Es reicht ..." klingt wie gesagt simpel und ist es auch, aber es ist nicht leicht, gerade mit der ganz anders verstandenen expert/inn/enorientierten Sozialisation eines durchschnittlichen Hochschulstudiums im Konversationsgepäck. Ein Beispiel für ihre Art, die Anregungen durch ihre Klientinnen ernst zu nehmen, ist die Ge-

schichte eines weiteren und späteren Markenzeichens der BFTC-Gruppe: die Wunderfrage. Im Laufe der immer und immer wieder beobachteten Videoaufnahmen erfolgreicher Therapien fiel den Therapeut/inn/en auf, dass eine erfragte Lösung des Problems, mit dem Klientinnen in Therapie kommen, öfter als “das wäre ja ein Wunder” eingeleitet wurde. Auf die Frage, wie dieses Wunder denn aussehen würde, kam dann aber erstens regelmäßig eine relativ bescheidene Veränderung im Verhalten von z.B. einem Kind der Klientin (“es geht morgens pünktlich außer Haus”) und diese Schilderung des Wunders hatte zweitens oft mit dem ursprünglich präsentierten Problem nur oberflächlich etwas zu tun. Folgte die Therapeutin diesem Wunder, dann entwickelte sich eine zufriedenstellende und oft auch kurze Therapie. Also griffen die Teammitglieder des BFTC diese Formulierung auf, systematisierten sie, probierten verschiedenste Präsentationsweisen aus und machten daraus “die Wunderfrage” als ein unentbehrliches Werkzeug lösungsfokussierter Therapie. Die Folgerung, die sie für ihre Praxis daraus zogen: Es sind oft kleine Schritte, die ausreichen, um eine Veränderung zu erzielen. Die Klienten müssen soweit mit der erfahrenen und verfolgten Entwicklung zufrieden sein, dass keine weitere Therapie nötig ist. Die Therapeutin muß nicht unbedingt wissen, ob das präsentierte Problem etwas mit der Lösung zu tun hat und wenn ja wie. Das Entscheidende ist eine klare Vorstellung und Konkretisierung davon, was der Fall sein muß, dass eine Lösung erreicht oder so weit vorangeschritten ist, dass keine weitere Unterstützung mehr benötigt wird.

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. Wenn ich diese Charakterisierung ernst nehme, dann hilft es sicher, auch etwas über den Kontext der Entwicklung des Modells zu wissen. Denn der Geltungsanspruch gilt bei beschreibenden Modellen vorerst nur für den Ort und die Rahmenbedingungen, wo das Modell eben entwickelt und geprüft wurde. Die Tranferleistung auf andere Kontexte ist vom interessierten Leser zu erbringen.

Beim BFTC handelte es sich um eine ambulante Einrichtung im Mittelwesten der Vereinigten

Staaten (Wisconsin) vielleicht am ehesten mit einer sozialpsychiatrischen Einrichtung in Deutschland vergleichbar, die zu einem hohen Prozentsatz von Unterschichtklienten (z.B. viele Schwarze aus den Slums von Milwaukee) aufgesucht wurde. Daneben frequentierten aber Angehörige unterschiedlichster Standes- Berufs- und Bildungsschichten das BFTC. Die in Workshops gezeigten Videos mit den Unterschichtangehörigen vermitteln ein sehr handlungsorientiertes Bild dieser Klientel - d.h. ihren sprachlichen Äußerungen kann man entnehmen, dass sie sich wünschen, dass sich möglichst rasch etwas bezüglich ihrer vorgebrachten Beschwerden ändert. Dem gegenüber zeigen andere Klient/inn/en durchaus das auch in Deutschland übliche Erwartungsprofil hinsichtlich Psychotherapie (verstehen, begreifen wollen, wie es zu ihren Problemen kam, Warum-Fragen). Das System der Finanzierung von Psychotherapie in den Vereinigten Staaten fördert natürlich kurze, ergebnisorientierte Therapien, da diese entweder selbst bezahlt werden müssen oder nur in geringem Umfang von der Krankenkasse übernommen werden.

Menschen, die sich um eine Therapie bemühen, erhalten relativ bald einen Therapietermin, bei dem zuerst die formalen Rahmenbedingungen geklärt werden (z.B. Arbeitsweise, Setting, Übernahmen der Kosten, Erhebung von notwendigen Informationen für die Krankenkasse etc.). Deutlich hoben sich die Therapeut/inn/en aus Milwaukee schon bald dadurch von vielen anderen Systemikern (8) ab, dass sie die Hilfesuchenden bereits beim Eingangstelefonat darauf hinwiesen und selbst entscheiden ließen, wer zur Therapie kommen sollte ("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. 40-minütiges 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 Klient/inn/en 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 Therapeut/inn/en

Wenn Sie, liebe Leserin, eine lösungsfokussierte Therapie beobachten würden, dann fiel Ihnen wahrscheinlich zuerst die freundliche aber ungemein hartnäckige Art zu fragen auf (9). 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 Anerken-

nung - 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 Klient/inn/en. 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. Sie loten einfach aus, welche Art von Aktivität zur Änderung der präsentierten Beschwerde momentan anschlussfähig ist, wo Entwicklungspotential besteht, wer wie mit einbezogen werden müßte, welche Sichtweisen dafür hinderlich welche eher förderlich sind. Diese Unterscheidung ist sowohl zeit- wie auch personenabhängig und darf keinesfalls als Zuschreibung an die Klienten im Sinne einer Typologie verstanden werden.

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 Reihenfolge 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

Klient/inn/en kommen aus verschiedensten Gründen in Therapie und es kann manchmal recht schwierig sein, heraus zu finden, wer wofür Auftraggeber ist oder was sich Klient/inn/en eigentlich davon versprechen. Um ihren Job gut zu machen, müssen lösungsfokussierte The-

rapeuten genau wissen, was die Erwartungen ihrer Klient/inn/en 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 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 (10) 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 Einengungen 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 Klient/inn/en 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 Klient/inn/en 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 ebensolche 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 Therapeut/inn/en von *preession 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 die-

ses Ereignis zu etwas Erklärungsbedürftigen 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 Klient/inn/en 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 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 (presession change), zu benennen und zu analysieren (da es selten vorkommt, dass Klient/inn/en 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 Klient/inn/en 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 soviel 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/de Shazer 1993).

Da es doch immer wieder Klient/inn/en 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

Klient/inn/en 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, an. Das geforderte Fingerspitzengefühl auf der Seite der Therapeut/inn/en 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 Selbst-

bemächtigung des eigenen Lebens, wenn die Bedingungen (und das heißt vor allem der Alltag der Klient/inn/en 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 Klient/inn/en 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 Klient/inn/en 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 Intervision. 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, die 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 Klient/inn/en selbst in der Sitzung erfundenen Lösungsschritte, wenngleich eine kreative Zugabe (die die Empfehlung zu etwas Ungewöhnlichen, Neuen macht) manchmal deutlich motivierende Effekte zeigt.

Die Art der Empfehlung hängt vom Muster der gemeinsam konstruierten Beziehung ab. Hier folgen lösungsfokussierte Therapeut/inn/en 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 Selbstunterhaltung des Teams dienen und oft weniger den Klient-

t/inn/en. Die angebotenen Begründungen dienen dem nachgewiesenen Bedürfnis der meisten Klient/inn/en 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 hervorragenden 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 Therapeut/inn/en glauben, das sei gegeben und könne nicht optimiert werde. In ihrer Ausbildung können lösungsfokussierte Therapeut/inn/en auf vielfältige Weise lernen, das, was sie gerne vermitteln möchten, im Ausdruck zu optimieren.

Von vielen Therapeuten wird die Rückmeldung schriftlich ausformuliert und macht so die Botschaft zu einer nahezu offiziellen Mitteilung des Teams, was auch vor allem an 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 Klient/inn/en 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". Doch ganz so einfach ist es nicht. Denn schon allein die Frage nach Effektivität von Psychotherapie ('das Ding läuft') wirft erhebliche grundsätzliche Probleme auf, wie wir nach etlichen Jahren Psychotherapieforschung wissen. Grundsätzliche Probleme, die mit der Einschätzung der Natur des therapeutischen Prozesses, der Sichtweise der Art des Austausches zwischen Professionellen und Klient/inn/en, der Möglichkeit zu beeinflussen zu tun haben. Viele praxisinteressierte Forscher/inn/en und forschende Praktiker/inn/en haben begonnen, die alten Fragen noch einmal neu zu stellen. Dabei sind sie bei zutiefst philosophischen Themen gelandet, was eigentlich nicht weiter verwunderlich ist. Sie stellten noch einmal die Fragen nach der Möglichkeit des Erkennens, eines angemessenen Verständnisses von Wirklichkeit - erkenntnistheoretische Fragen eben. Und es wurde klar, dass unterschiedliche Entscheidungen bezüglich dieser grundlegenden Sichtweisen zu sehr unterschiedlichen Folgerungen auf der Handlungsebene aber eben auch Forschungsebene bezüglich Psychotherapie führen. Diese Entwicklung gilt für verschiedenste neuere psychotherapeutische Ansätze ganz allgemein, ob es sich nun um die verschiedenen Spielarten systemischer Therapie, hypnotherapeutische Konzepte oder um die narrativen Ansätze handelt. Als erster bedeutender Anstoßgeber gilt hier Gregory Bateson (Bateson 1983²), der die Perspektive psychotherapeutischer Fragen in Richtung Kybernetik, Systemtheorie, Erkenntnistheorie fokussierte.

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 oberflächlich angebotenen 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 tatsächlichen Wirklichkeit verstrickt sich die Strukturalistin leicht in einem infiniten Regress - von einer Tiefenstruktur zur noch tiefer liegenden und vollständigeren Struktur - oder in ein infinites Kippen - Tiefenstruktur wird zu Oberflächenstruktur, aussen wird zu innen und umgekehrt. 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 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 anders als mit der gewohnten "wissenschaftlichen" Methode an das Phänomen Sprache heran zu gehen, 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 verwendet 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 im strukturalistischen Sinn etwas zu verstehen, einen Wirklichkeitserfindungsprozess 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). Dies wurde in einem noch viel weiter gehenden Sinn bereits von Benjamin Lee Whorf (1963) vertreten, der ausgehend von unterschiedlich grammatikalischen Sprachsystemen die zwingende Erzeugung radikal unterschiedlicher Wirklichkeiten postulierte, dies als einen ökologischen Reichtum ansah und deshalb für die Erhaltung dieser Vielfalt plädierte.

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 (Baeker 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 Gergen'schen 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 / 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 interessiert 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 währendender 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 konstruktivistischen (Gergen 1994, 1997b) und kommt zu drei wesentlichen Unterschieden, die ich für lösungsfokussierte Therapie optimal angemessen halte:

traditionelle Therapie	konstruktivistische Therapie
Interesse an individuellem Geist	Interesse an Wirklichkeitsverhandlungen
Intervention als Heilungsversuch	Pragmatik von Bedeutungen
Konkurrenz hinsichtlich Expertenschaft	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, Ätiologie oder Nosologie 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 viel-

fältigste Weise neutralisieren. Die Vorschläge reichen hier von autoritärer Bestimmung und Verpflichtung bis zu geschickter Umgehung etwaiger Differenzen via Umdeutung, sokratischem Dialog oder Überredung. Konstruktivische Therapeut/inn/en sehen sich dem gegenüber nicht als Expert/inn/en für das Leben, das Leid, das Verstehen der Befindlichkeit ihrer Kund/inn/en. 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 kann. Sie sind professionelle Kontextbereitsteller 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. Auch andere Therapieansätze könnten konstruktionistisch interpretiert werden und es wäre spannend zu prüfen, in wie weit sich dadurch auch die Praxis (sei es die konkrete eher technische Herangehensweise sei es die Haltung im Rahmen der Therapeut-Klient-Beziehung) ändern würde oder müßte.

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 Therapeut/inn/en gehören sollte, so ist es gut, es wieder und wieder zu betonen. Der entscheidende Punkt ist die Welt der Klient/inn/en, in deren Rahmen sich die Viabilität 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 Gemeindepsycholog/inn/en seit geraumer Zeit gefordert werden. Wie ich bereits an anderer Stelle ausgeführt habe (Kaimer 1994), spricht aus dieser Einschätzung einiges dafür, profes-

sionelle 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 beantworten. 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, Hubble, Duncan 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 zunehmen. 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 infolge alzheimerischen Abbaus - wie ich hoffe). Adieu liebe Leserin, adieu lieber Leser - ich danke Ihnen, mir Anlass und fruchtbare Imagination gewesen zu sein!

7. Literatur

- Baecker, J. et al. (1992) Sozialer Konstruktivismus - eine neue Perspektive in der Psychologie. In: S.J. Schmidt (Hg.) Kognition und Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bateson, G. (1983²) Ökologie des Geistes. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Berg, I.K. (1992) Familien - Zusammenhalt(en). Dortmund: verlag modernes lernen
- Berg, I.K. / S. de Shazer (1993) Wie man Zahlen zum sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. Familiendynamik 2, 146-162
- Contemporary Family Therapy 19 (1) 1997 <<Themenheft: Solution Focussed Therapy>>
- Fisch, R. / J.H. Weakland / L. Segal (1987) Strategien der Veränderung. Stuttgart: Klett
- Gergen, K.J. (1985) The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. American Psychologist, March
- Gergen, K.J. (1994) Realities and Relationships. Cambridge: Harvard University Press
- Gergen, K.J. (1997a) Das übersättigte Selbst. Heidelberg: Carl Auer
- Gergen, K.J. (1997b) When Relationships Generate Realities: Therapeutic Communication Reconsidered. [Http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/text6.html](http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/text6.html)
- Haley, J. (1978) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München: Pfeiffer
- Kaimer, P. (1994) Lösungsorientiert zuerst. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis
- Kardorff, E. von (1992) Gemeindepsychologie - zwischen eigenständiger Berufsidentität und psychologischer Arbeitsperspektive. In: Böhm, I. et al. (Hg.) Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch. Freiburg: Lambertus
- Knorr-Cetina, K. (1989) Spielarten des Konstruktivismus. Soziale Welt 40
- Lipchik, E. (1994) Die Hast, kurz zu sein. Z. Syst. Therapie 12(4)
- Lodge, D. (1993) Die Kunst des Erzählens. Zürich: Haffmanns
- Loth, W. (1998) Lösungsmittel: Sich lösen vom Mittel? Zeitschrift für systemische Therapie 16, 1, 9-17
- Mahoney, M.J. (1991) Human Change Processes. USA: Basis Books
- Miller, G. (1997) Systems and Solutions: The Discourses of Brief Therapy. Contemporary Family Therapy
- Miller, S. et al. (1996; Eds.) Handbook of Solution focused Therapy. San Francisco: Jossey Bass
- O'Hanlon, W.H. / M. Martin (1992) Solution-oriented Hypnosis. New York: Norton
- O'Hanlon, W.H. / J. Wilk (1987) Shifting Contexts. New York: Guilford
- Schiepek, G. / B. Fricke / P. Kaimer (1992) Synergetics of Psychotherapy. In: W. Tschacher / G. Schiepek / E.J. Brunner (Eds.) Self-Organization and Clinical Psychology. Berlin: Springer
- de Shazer, St. (1989a) Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart: Klett Cotta
- de Shazer, St. (1989b) Der Dreh. Heidelberg: Carl Auer
- de Shazer, St. (1992) Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg: Carl Auer
- de Shazer, St. (1996) ... Worte waren ursprünglich Zauber. Dortmund: verlag modernes ler-

nen

de Shazer, St. (1997) Some Thoughts on Language Use in Therapy. Contemporary Family Therapy

de Shazer, St. et al. (1986) Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 3, 11,182-205

Watzlawick, P. / J.H. Weakland / R. Fisch (1979²) Lösungen. Bern: Huber

Whorf, B.L. (1963) Sprache, Denken, Wirklichkeit. Reinbek b. H.: Rowohlt

Endnoten:

(*) Ich danke meinen Kolleg/inn/en Nicole Aufdermauer, Joachim Hesse, Sabine Leger und Heike Schemmel für klärende und korrigierende Anmerkungen zu einer ersten Version des Textes.

(1) 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.

(2) 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?

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

(4) 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.

(5) Hier wird nahezu alles zu Trance und es wird folglich auch nicht mehr als notwendig erachtet, Trance gezielt zu induzieren, sondern die Frage verlagert sich in Richtung der Ablöse der Problem-Trancezustandes durch die nützlichere Lösungs-Trance. Ob der Trancebegriff auf diese Weise noch weiterhin fruchtbar ist, bliebe einer genaueren Prüfung vorbehalten. Ich persönlich ziehe es vor, den Trancebegriff für einen besonderen psychischen und auch physiologischen Zustand im Sinne von Hilgard's Neodissoziationstheorie vor zu behalten.

(6) Allerdings muß hier gleich angemerkt werden, dass "simpel" 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.

(7) 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 unnütz, etwas mit mehr zu tun, was auch mit weniger getan werden kann." Siehe: <http://www.penzberg.de/mauthner/ockh1b.html>

(8) Zu denen sie sich anfangs zählten oder zu denen sie zumindest gezählt wurden.

(9) Zumindest ist es das, was meinen Workshopteilnehmer/inn/en regelmäßig als Erstes bei der ersten Demonstration auffällt.

(10) "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, das ein Wunder geschehen ist?
--- Woran noch? --- Welcher Unterschied wird ihnen noch auffallen? --- Und wem wird das
noch auffallen?etc.