

Lösungsorientiert zuerst !

Ein Vorschlag

Peter Kaimer

Zusammenfassung: Eine gemeindepsychologische Haltung im Rahmen psychosozialer Versorgung erfordert auch die Fähigkeit sensibel individuelle Hilfe anzubieten. Von den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Therapieansätzen ist die Verhaltenstherapie aufgrund ihrer zunehmenden Nähe zu einem medizinischen Krankheitsmodell und ihrer Orientierung an den Defiziten der Klient/inn/en nicht mehr als die erste Wahl dafür anzusehen. Alternativ dazu wird in diesem Beitrag der lösungsorientierte Therapieansatz des Brief Family Therapie Center (Berg 1992, de Shazer 1989a, 1989b) zu gemeindepsychologischen Positionen in Beziehung gesetzt und in seiner Verträglichkeit speziell zum Konzept des "empowerment" dargestellt. Anschließend werden eigene Erfahrungen mit diesem Ansatz und Modifikationen an unserer Einrichtung (der Psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle des Lehrstuhls Klinische Psychologie an der Universität in Bamberg) dargestellt und diese mit dem Vorschlag verbunden, in jedem Fall lösungsorientiert zu beginnen.

0. Einleitung

"Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens" (Keupp/Zaumseil 1978) im Blick fällt es manchmal schwer, eine individuelle Bearbeitung psychischer Schwierigkeiten als angemessen zu akzeptieren. Dementsprechend waren solche Aktivitäten noch vor Jahren recht verpönt und standen unter erheblichem Rechtfertigungsdruck. Dies hat sich mittlerweile deutlich geändert, sei es weil die steigende Nachfrage von Seiten Betroffener als legitimer Wunsch nach Hilfestellung akzeptiert wurde, sei es weil (zu) viele Praktiker/innen, die durchaus der gemeindepsychologischen Perspektive nahestehen, (auch) individuelle Angebote machen - die Macht des Faktischen.

Entscheidet sich der/die Praktiker/in jedoch zu solch individuellen Angeboten, so gerät er/sie aufgrund struktureller Bedingungen sehr leicht in eine Praxis, die die eigenen gemeindepsychologischen Grundüberzeugungen aus dem Blickfeld verschwinden läßt oder ihnen sogar zunehmend widerspricht. Wenn diese Praxis noch dazu mit existentiellen Bedürfnissen verknüpft ist (die Finanzierung des Lebensunterhalts etwa), wird es schwer, den kritischen Blick, die Reflexionsbereitschaft aufrechtzuerhalten (siehe dazu z.B. den anschaulich-zwiespältigen Beitrag von Fröhlich-Gildhoff 1992). Das gleiche gilt für Ausbildungsangebote, die das Erlernen von Strategien individueller Hilfestellung zum Ziel haben. Schneller als erwartet verengt sich der Fokus auf das jeweilige Individuum und seine nächste Umgebung, tritt die Frage der Wirksamkeit einer bestimmten Vorgehensweise oder Technik bei gegebener Problemlage in den Vordergrund und füllt den Horizont der Wahrnehmung aus.

Diesen Gefahren zum Trotz hat es bereits zu Beginn gemeindepsychologischen Denkens

nicht an Versuchen gefehlt, aus den verschiedenen Therapieansätzen denjenigen auszuwählen, der am besten verträglich mit eben diesem Denken schien. Die in etwa zur gleichen Zeit sich etablierende Verhaltenstherapie, die zum Großangriff auf die verkrusteten Strukturen einer durch tiefenpsychologisches und medizinisierendes Denken geprägten psychosozialen Versorgung blies, schien eine geeignete Verbündete. Sowohl die Kritik am medizinischen Krankheitsmodell und seine Auswirkungen auf die Art wie psychische Schwierigkeiten gesehen, analysiert und behandelt wurden als auch der Wunsch, den vorhandenen Versorgungssystemen etwas Alternatives entgegenzusetzen, bot anfangs eine gemeinsame Plattform (z.B. Ullmann 1979, Holland 1978). In Deutschland fand diese Plattform ihren Ausdruck in der DGVT, die eine gemeindepsychologische Perspektive in ihrer Satzung verankerte (zur Geschichte gemeindepsychologischer Identität und ihr Verhältnis zur DGVT siehe genauer Keupp 1993).

1995 ist von dieser gemeindepsychologischen Perspektive innerhalb der VT, so wie sie sich in der Flut von Veröffentlichungen und in den sich etablierenden Ausbildungsgängen niederschlägt, nicht mehr viel übrig. Dies mag daran liegen, daß es sowohl unbequem als auch weniger erfolgversprechend war, gesellschaftliche Bedingungen konsequent mitzuanalysieren, statt sich auf das Individuum zu beschränken. Dies mag an dem starken Wunsch liegen, am Versorgungssystem mit seinen gegebenen Strukturen teilhaben zu wollen (siehe z.B. die taktischen Manöver verschiedenster Therapieverbände im Rahmen der Diskussion um das Psychotherapeutengesetz). Das mag an verschiedensten weiteren Faktoren liegen, es ist nicht zwingend für die Arbeit als Verhaltenstherapeut/in selbst. Allerdings erleichtert die Orientierung an Defiziten, wie sie übrigens für die meisten Therapierichtungen charakteristisch ist, den Einstieg in traditionelle Versorgungsstrukturen, was dann Stück für Stück zu einer Aufgabe ehemals essentieller Positionen führt (zurück zu einem medizinischen Krankheitsmodell etwa).

Ich möchte in diesem Beitrag für den Bereich individueller Hilfestellung unter Berücksichtigung einer gemeindepsychologischen Perspektive einen Therapieansatz vorstellen, der sich m.E. besser als Verhaltenstherapie eignet, einen **Einstieg** in diese individuelle Hilfe zu bieten. Dieser Ansatz kommt in zentralen Punkten eher gemeindepsychologischen Prinzipien entgegen, andererseits behindert er - vielleicht notwendige - andere Therapieansätze in der Folge kaum. Bevor ich diesen Ansatz und Erfahrungen mit seiner Umsetzung schildere, soll knapp ein Konzept gemeindepsychologischer Praxis dargestellt werden, welches für den Umgang mit hilfesuchenden Menschen zentral ist.

1. Das gemeindepsychologische Konzept des "Empowerment"

Es gibt mittlerweile eine ansehnliche Menge programmatischer Artikel, die den Kern der gemeindepsychologischen Perspektive aufreißen (z.B. v.Kardorff 1992, Keupp 1993). Wenn ich von einem Blickwinkel individueller Hilfestellung ausgehe, der tatsächlich nur einer unter mehreren ist, auch wenn die aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung anderes suggerieren mag, so beeindruckt mich aus der Facette gemeindepsychologischer Ansatzpunkte vor allem das Prinzip des Empowerment. Dieses von Rappaport (1985) vorgeschlagene Konzept meint, "daß es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen." (ebd. S.269). Er fordert vehement eine Abkehr einseitiger Sichtweisen der Menschen, mit denen wir es im psychosozialen Feld zu tun haben, als defizitär. Empowerment erfordere im Gegenteil eine erhöhte Sensibilität für die ohnehin vorhandenen Lösungen oder Lösungsmöglichkeiten der Betroffenen. Es geht davon aus, "daß viele Fähigkeiten beim

Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten." (ebd. S.270). Die Konstruktion von Defiziten wird eher mit sozialen Strukturen und mangelnden Ressourcen außerhalb des Individuums in Verbindung gebracht, welche eine dementsprechende Entfaltung nicht erlauben, als mit den Individuen selbst. Dort, wo solche individuellen Kompetenzmängel tatsächlich als gegeben angenommen werden dürfen, sind diese am besten in der natürlichen Umwelt zu erwerben, wo ein hohes Maß an persönlicher Kontrolle für die Betroffenen gegeben ist.

Empowerment erfordert allerdings ein verändertes Rollenverhältnis zwischen Professionellen und hilfeschuchenden Menschen. Hier besteht die Expertenschaft weniger darin, standardisierte Lösungen nach Abfrage mittels standardisierter Problembereichskataloge zu verschreiben sondern in der Begleitung beim Finden oder Erfinden individueller Lösungen. Empowerment erfordert die Bereitschaft, der Versuchung zu widerstehen, die angebotenen Defizite vorschnell zu pathologischen Zustandsbildern werden zu lassen. Verlangt wird statt dessen sowohl respektvoller Umgang mit dem Ausdruck individuellen Leids wie auch eine Fokussierung auf die (noch) nicht zutage getretenen Stärken und Potentiale der hilfeschuchenden Menschen. Es erfordert die Fähigkeit zuzuhören, die ausgedrückten Bedürfnisse zu akzeptieren auch wenn sie fremd anmuten, und divergenten Lösungen¹ Raum zu geben. Gerade letzter Punkt bereitet vielen Professionellen große Schwierigkeiten, da die universitäre Sozialisation aber auch die diversen Ausbildungsgänge zur/m Psychotherapeuten/in eher konvergente Lösungen vorschreiben und dementsprechende Haltungen vermitteln. Auch darf davon ausgegangen werden, daß in der öffentlichen Meinung Erwartungshaltungen hinsichtlich konvergenter Lösungen eher anzutreffen sein werden als solche hinsichtlich divergenter. Diese Erwartungshaltungen treten uns als Health Belief Model auf Seiten der Klient/inn/en entgegen. Und auch damit ist sensibel umzugehen und nicht vorschnell ein "falsches Bewußtsein" zu unterstellen.

2. Der lösungsorientierte Therapieansatz

Die meisten Therapieansätze gehen davon aus, daß das von den Klient/inn/en präsentierte Problem genau analysiert werden müsse. Dies wird meist vor dem Hintergrund der je favorisierten Therapietheorie gemacht. Im Gegensatz zu all den Spielarten problemzentrierter Therapieansätze geht lösungsorientierte Therapie davon aus, daß es mehr Sinn macht, eine genaue Analyse der angestrebten Ziele voranzutreiben. Dabei bezieht sich diese Konzeption, die vor allem durch das Team des Brief Family Therapy Center in Milwaukee/Wisconsin (USA) und die Publikationen und Workshops ihrer beiden leitenden Therapeut/inn/en Insoo Kim Berg und Steve de Shazer (z.B. Berg 1992, de Shazer 1989, 1992) in Europa bekannt gemacht wurde, auf Ideen Milton H. Erickson's. Dieser Pionier der Hypnotherapie hatte im Gegensatz zur VT, die den notwendigen Kompetenzerwerb von Klient/inn/en in den Vordergrund stellt, die ohnehin vorhandenen Ressourcen der Klient/inn/en hervorgehoben, die es von den Fesseln gelernter Beschränkungen zu befreien gelte. Diese Sichtweise radikalisierten die Teammitglieder des BFTC zu einem sehr praxisorientierten, beschreibenden Therapiemodell, welches der Analyse des Problems einen eher hinderlichen Stellenwert zuschreibt, da die Gefahr einer Einengung kreativer Lösungen höher gewertet wird als der Nutzen eines pro-

¹ Bei divergenten Lösungen werden grundsätzlich mehrere mögliche Lösungswege anerkannt oder sogar gesucht. Im Gegensatz dazu stehen konvergente Lösungen, die lediglich eine richtige Lösung eines Problems postulieren.

blemzentrierten Ansatzpunktes für dieselben.

2.1 Grundprinzipien

Passend zu dieser Haltung wird eine weniger experten- sondern vielmehr klientenorientierte Sicht von Therapie favorisiert, d.h. die Schilderungen und Einschätzungen der Klient/inn/en - hinsichtlich dessen, was als Problem angesehen werden soll, was das angestrebte Ziel sein soll, welches sinnvolle Schritte in Richtung Ziel seien und ob von einem Fortschritt oder Erfolg ausgegangen werden kann - werden sehr ernst genommen. Damit im Einklang wird auf eine individuelle Pathologisierung verzichtet und keine Klassifikationen mittels eines der vorliegenden Systeme (z.B. ICD 10) angestrebt.

Menschen, die mit einem Wunsch nach Hilfe kommen, werden als grundsätzlich fähig und willens angesehen, ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen. Der/die Therapeut/in geht also von einer - gewissermaßen "unbewußten" - Expertenschaft des/der Klienten/in aus, die es zu entdecken gilt. Die Aufgabe der Therapeut/inn/en wird darin gesehen, den Klient/inn/en dabei zu helfen, ihre eigenen Stärken und Möglichkeiten aufzuspüren und umzusetzen. Dabei wird eine interaktionistische Sicht menschlicher Probleme (vergleichbar strategischen Therapieansätzen - z.B. Fisch et al. 1987; aber auch ähnlich sozial-konstruktionistischer Theoriebildung - z.B. Baecker et al. 1992) und eine generelle Kontextabhängigkeit (sozialwissenschaftliches Krankheitsmodell) postuliert. Der Begriff des Widerstands, der in vielen Therapiekonzepten eine so wichtige Rolle spielt, wird aufgegeben. Absolut konträr dazu wird von einer grundsätzlichen Kooperation der Klient/inn/en ausgegangen. Auch hier wird es als Aufgabe der Therapeut/inn/en angesehen, sich flexibel auf das Beziehungs- und Lösungsangebot der Klient/inn/en einzustellen (oder auch vielleicht keine Therapie zu machen).

Provozierend wirkt auf den ersten Blick das Credo lösungsorientierter Therapie, daß die Lösung nicht unbedingt etwas mit dem vorgetragenen Problem zu tun haben muß und daher eine ausführliche Erörterung des Problems nicht nötig sei. Dafür lassen sich auf den zweiten Blick jedoch einige Argumente beibringen (vgl. Miller/de Shazer 1991). Zum Beispiel die beiden folgenden: (a) oft bringen Klient/inn/en ein Problemangebot mit in Therapie, von dem sie glauben, es sei gewissermaßen ein notwendiges Ticket, um Therapie erhalten zu können (ein mit Blick auf die RVO² durchaus realistischer Glaube), ihre Ziele beziehen sich jedoch auf zum Problem sehr verschiedene Bereiche, die sie jedoch glauben nicht vorbringen zu dürfen, wenn sie Psychotherapie wollen; (b) die Fokussierung auf Probleme behindert oft die kreative Entwicklung von Lösungen (siehe z.B. auch Kreativitätstechniken). Dies gilt aber auch vor allem dann, wenn Lösungen Folgen haben könnten, zu denen Klient/inn/en ein durchaus zwiespältiges Verhältnis haben (nach dem Motto "nicht sein kann, was nicht sein darf") und grenzt daher den Suchbereich für Lösungen bereits vorab unnötig ein.

In Übereinstimmung mit Vorstellungen aus der Selbstorganisationsforschung wird die Annahme von Stabilität (z.B. bez. bestimmter Problemmuster) wenn schon nicht als Illusion³ so doch als Konstruktion angesehen, die alternative Konstruktionen gleichberechtigt plausibel erscheinen läßt. Die genaue Beachtung von natürlich auftretenden Fluktuationen und die sie

² Reichsversicherungsordnung, die festlegt, was als behandlungswürdig anzusehen und von den Krankenkassen zu finanzieren ist.

³ de Shazer's Workshops tragen manchmal den provozierenden Titel "Stability is an illusion, life is a constant process".

begleitenden Umstände wird betont und auf ihren Gehalt an möglichen Ressourcen zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen geprüft. Ging es vor Jahren im Ansatz des BFTC noch schwerpunktmäßig um Fluktuationen des präsentierten Problems (sog. "Ausnahmen"), so wird heute der Schwerpunkt auf spontanes oder willkürliches minimales Auftreten des erwünschten Zielzustandes (ein kleines Stück des "Wunders") gelegt. Es wird darauf vertraut, daß, wenn es erst einmal gelingt solche spontanen Fluktuationen als etwas Vorhersehbares oder Erwartbares oder vielleicht sogar Herstellbares anzusehen, gerade konkrete, kleine aber mit Erfolg verknüpfte Zielschritte sich im Laufe der Zeit in Richtung eines sich sicher wandelnden Zielsystems durchsetzen können. Typischerweise verwendet man im Ansatz des BFTC sehr viel Zeit und Sorgfalt für die gemeinsame Konstruktion gut formulierter Ziele (z.B. Berg 1992, Walter/Peller 1993). Auch wird darauf vertraut, daß sich Unterschiede, die für ein Individuum einen Unterschied machen (Bateson 1983²), auch in sozialen Systemen langfristig durchsetzen können, so daß auf eine Zwangsanwesenheit der gesamten Familie etwa verzichtet werden kann und lediglich die Personen eingeladen werden bei einer Therapie mitzukommen, die für die Lösung eines Problems hilfreich sind. Oft bleibt es da bei einer Einzeltherapie, obwohl es um familiäre oder Partnerprobleme geht (Weiss 1988).

Wie wohl nach dem bisher Gesagten nicht verwunderlich verzichten lösungsorientierte Therapeut/inn/en grundsätzlich darauf "zwischen den Zeilen lesen zu wollen". Sie nehmen das, was ihnen ihre Klient/inn/en erzählen ernst, sowohl hinsichtlich dessen, was in deren Augen ihr Problem ist aber auch im gegenteiligen Fall - wo etwas als in Ordnung oder unproblematisch angesehen wird. Auch wird der Beachtung von Dingen, die Klient/inn/en tun, die funktionieren, insofern große Aufmerksamkeit geschenkt, als sie die Basis für weitere Beschäftigung genau damit darstellt. Das klingt nun sehr trivial, ist es aber - mit Blick auf die therapeutische Praxis - bei weitem nicht. Wie oft wechseln Therapeut/inn/en ohne Notwendigkeit ihre Strategie, entweder weil sie glauben, das könne doch nicht alles gewesen sein, oder weil sie noch andere gute Ideen haben und diese unbedingt loswerden wollen, oder weil sie ohne entsprechende Daten meinen, ein Weiterverfolgen desselben Verhaltens könne nichts mehr bringen (obwohl es zwar kleine aber kontinuierliche Schritte in Richtung Ziel gab). In diesem Zusammenhang ist an den manchmal sträflich unterschätzten Faktor "Entertainment" (sowohl für Therapeut/inn/en wie für Klient/inn/en) zu erinnern.

Zwei weitere Punkte gehören noch zur "Zentralen Philosophie" des BFTC-Konzepts nach de Shazer. Der eine betrifft die von strategischen Therapeuten ausgesprochene Warnung von "mehr desselben", wenn es als gut belegt gelten kann, daß eben dies sich als ineffektiv zur Lösung des anstehenden Problems erwiesen hat. Der andere ist eine Aufforderung mit aller Aufmerksamkeit aber auch Respekt vor der therapeutischen Beziehung "change-talk" im Gegensatz zu "problem-talk" zu betreiben.

2.2 Konkretes Vorgehen

Das Setting in dem der BFTC-Ansatz entstanden ist, umfaßt eine/n Therapeut/in und ein beobachtendes Team hinter einer Einwegscheibe sowie den/die Klienten/in oder auch mehrere Klient/inn/en, sofern mehrere Personen als hilfreich zur Lösung eines Problems erachtet wurden. Die jeweilige Sitzung ist in drei Teile gegliedert: erster Teil (ca. 40 Minuten) Interview, zweiter Teil (ca. 10 Minuten) Beratung des/der Therapeuten/in mit dem Team und Ausarbeitung einer Rückmeldung, dritter Teil Vermittlung der Rückmeldung meist verbunden mit einer therapeutischen Empfehlung.

Ich stelle die erste Sitzung etwas ausführlicher dar, da die grundlegenden sprachlichen Ange-

bote in Form von "nützlichen Fragestrategien" häufig bereits hier zu beobachten sind.

Der Ablauf der ersten Sitzung wird in verschiedenen Publikationen je nach Erscheinungsjahr leicht unterschiedlich dargestellt. Ich stelle die mir bekannte letzte Version - so wie sie auch an unserer Einrichtung praktiziert wird - idealtypisch dar. Allerdings ist zu betonen, daß die Reihenfolge der jeweiligen Sequenzen sehr von der klinischen Erfahrung des/der Therapeuten/in und den Notwendigkeiten der aktuellen Therapeuten-Klientin-Beziehung abhängt. Danach ist das Interview (**erster Teil**) in mehrere Sequenzen geteilt.

1. Sequenz: Der Beginn dient den Klient/inn/en zur Vermittlung ihrer Klagen oder Beschwerden. Sie sollen sich mit ihrem Leid ausreichend darstellen dürfen und sollten am Ende dieser Phase das Gefühl haben können, gut verstanden und auch angenommen worden zu sein. Dabei ist es Aufgabe des/der Therapeuten/in zu zeigen, daß er die Schwierigkeiten oder das Leid anerkennt, respektiert und versteht. Er/sie sollte aber keinen Ausdruck über das von den Klient/inn/en gewünschte Maß forcieren (durch allzu starke Empathie etwa). Das Ende dieser Phase ist durch die sogenannte "Einladung" markiert. D.h. der/die Klient/in gibt verbal oder nonverbal zu verstehen, daß er/sie nun von Therapeut/inn/enseite erwartet, daß auf die vorangegangene Schilderung reagiert wird. Es gibt immer wieder Fälle wo Klient/inn/en die komplette erste Sitzung zum Ausdruck ihrer schwierigen Lebenslage brauchen.

2. Sequenz: Nun beginnt der/die Therapeut/in mit der "Wunderfrage", die eine utopische Lösung des Problems, mit dem die Klient/inn/en gekommen sind, erleichtern soll. Diese Wunderfrage soll einerseits eine Entkoppelung von Problem und Lösung erlauben, sie soll darüber hinaus aber auch eine umfassendere Ziel- und Wertklärung und einen Motivationsaufbau bringen. Die Schilderungen der Klient/inn/en auf die Wunderfrage werden sehr genau und sorgfältig besprochen und behutsam Schritt für Schritt in kleine, möglichst interaktionell beobachtbare Einheiten zerlegt, so daß idealerweise am Ende eine Beschreibung in (z.B. zeitlich aneinandergereihten) Mini-Utopien vorliegt. Bei dieser gemeinsamen Analyse und Beschreibung kommt es idealerweise bereits gelegentlich zu Hinweisen darauf, daß ein Teil des Beschriebenen in der Vergangenheit (oft in der jüngeren) bereits vorgefallen sei. Diese Hinweise werden von dem/der Therapeuten/in in der nächsten Phase aufgegriffen.

3. Sequenz: Nun wird nach "Ausnahmen" gefragt. Dabei handelt es sich jedoch weniger um Ausnahmen vom Problem sondern eher um Ausnahmen, in denen das "Wunder" bereits ein kleines bißchen oder ein kleines Stück weit eingetreten ist. Für Therapeut/inn/en, die mit dem lösungsorientierten Ansatz beginnen, ist es oft verblüffend wie oft Klient/inn/en von positiven Veränderungen berichten - sei es seit der Anmeldung zur Therapie (sog. pre-session change) sei es in den letzten Monaten bevor sie sich zur Therapie entschlossen hatten -, wenn sie nur sorgfältig danach gefragt werden. Diese Ausnahmen bilden naturgemäß oft den Ansatzpunkt für spätere therapeutische Empfehlungen. Dabei erfordert es oft große Sorgfalt und freundliche Hartnäckigkeit auf Seiten des/der Therapeuten/in, da Klient/inn/en nicht so ohne weiteres diesen kognitiven Wechsel mitvollziehen (können). Im Gegensatz zu den üblichen Annahmen bzw. Selbstzuschreibungen signalisiert er, daß sie bereits am Beginn ihres "Wunders" stehen. Klient/inn/en wähnen sich, wenn sie sich auf eine Therapie einlassen, geradezu konträr jedoch meist meilenweit davon entfernt.

4. Sequenz: Im Anschluß daran werden Klient/inn/en gebeten, sich auf einer Zielerreichungsskala einzustufen. Dabei wird das Wunder üblicherweise mit 10 der schlechtestes Stand mit 1

vorgegeben. Diese Skala erlaubt eine kontinuierliche Einschätzung des Fortschritts. Gleich im ersten Interview wird auch das Ende der Therapie über eine Schätzung auf derselben Skala markiert. Dabei können Diskussionen darüber, wie weit jemand seinem Wunder nahekommen möchte, welche Fortschritte jemand machen möchte bis er/sie es sich auch ohne Therapie zutraut weiterzumachen etc. eine wichtige Klärung für die Therapie darstellen. Auf einer zweiten Skala wird die verfügbare bzw. einsetzbare Kraft und Energie oder die Zuversicht und Hoffnung für ein Fortschreiten auf der ersten Skala eingeschätzt. Diese Schätzungen erlauben den Klient/inn/en selbst aber auch dem Therapieteam eine Vorstellung darüber zu entwickeln, wie schnell, in welchen Zeitabständen und mit wie aufwendigen Aufgaben jemand sein/ihr Ziel verfolgen wird. Auch hier gilt immer wieder, den/die Klient/inn/en in ihren Aussagen ernst zu nehmen und lediglich bei offensichtlichen Widersprüchen um Klärung zu bitten.

5. *Sequenz*: Abschließend geht es um den ersten kleinen Schritt bis zur nächsten Sitzung. Hat die/der Klient/in "Ausnahmen" genannt, so werden diese meist dabei eine Rolle spielen. Liegen keine Ausnahmen vor, so geht es darum, kleine hypothetische Lösungsmöglichkeiten gemeinsam mit den Klient/inn/en zu "erfinden".

Im **zweiten Teil** (Beratung des Teams mit dem/der Therapeuten/in) wird eine Rückmeldung an die Klient/inn/en ausgearbeitet. Diese umfaßt einen Teil, der Komplimente genannt wird, und einen "Clou" genannten Teil. Bei den Komplimenten geht es darum, alles das, was die Klient/inn/en als hilfreich und gut für sich beschrieben haben, wert zu schätzen und anerkennend rückzumelden. In diesem Teil finden aber auch die Anerkennung von Leid, von schwierigen Konstellationen und spezifischen Belastungen Platz. Drittens können hier - gewissermaßen als Überleitung für den Clou - plausible Begründungen für die Empfehlung gegeben werden. Der Clou beinhaltet meist eine kleine, zielführende Aufgabe, die vor allem unter dem Kriterium ausgewählt wird, daß sie kaum mißlingen kann. Die Konstruktion von Kompliment und Clou erfolgt unter Berücksichtigung der besonderen Beziehung zwischen Klient/inn/en und Therapeut/in, wie sie für die vorliegende Stunde eingeschätzt wurde (zum Beziehungstypenkonzept siehe genauer Walter & Peller 1994).

Im **dritten Teil** wird nun die Rückmeldung des Teams den Klient/inn/en vermittelt und darauf geachtet, daß die bzw. welche einzelnen Teile der darin enthaltenen Botschaft gut ankommen und bestätigt werden.

2.3 Folgende Sitzungen

In den folgenden Sitzungen wird das Hauptaugenmerk darauf gerichtet, was sich (weiter) im Sinne des Wunders verändert hat bzw. was die Klient/inn/en dazu getan haben, daß es einen - wenn auch minimalen - Fortschritt gab. Für diese Phase hat das Team des BFTC das Akronym EARS geprägt (elicit, amplify, reinforce, start again), welches die Therapeut/inn/en leitet. Das Verhalten der Therapeut/inn/en wird also auch hier dahingehend fokussiert, lösungsorientierte Unterschiede wahrzunehmen und ihnen Bedeutung in dem Sinn zu verleihen, daß der Beginn und die Fortführung von fruchtbaren Ansätzen "gesehen" werden kann anstatt das alte gewohnte Unglück oder Leid. Dieser Fortschritt wird auf der Zielerreichungsskala eingeschätzt, mit Hilfe weiterer Skalen wird die Kraft oder Energie für weitere kleine Schritte oder vielleicht auch erst mal das "Aufrechterhalten" des Standes geprüft und dann dementprechende Folgeschritte erarbeitet. In der Beratungsphase organisiert sich das Team wie

oben.

Können die Klient/inn/en von keinen Fortschritten berichten, so wird das zuerst einmal gewürdigt. Dann jedoch beginnt die/der Therapeut/in damit, die seit dem letzten Termin zurückliegende Zeit gemeinsam mit den Klient/inn/en zu "dekonstruieren". Damit ist gemeint, daß die Zeit nach Höhen und Tiefen (ebenfalls mit Hilfe von Skalen) analysiert wird und die Hochphasen zu bestimmten Ereignissen bzw. besonderem Verhalten der Klient/inn/en in Beziehung gesetzt werden. Es werden also die unvermeidlichen Schwankungen oder Fluktuationen herausgearbeitet und die persönlichen Bedeutungszuschreibungen geklärt, die für die Unterschiede, wo es - wenn auch nur relativ - besser war, verantwortlich gemacht werden können. Dies erlaubt am Ende des Interviews ebenfalls eine Konstruktion von Kompliments und gegebenenfalls einen Clou im Sinne einer Empfehlung (siehe oben).

Schwierige Situationen - im Sinne von mangelnden Fortschritten - sind aus der Sicht des BFTC vor allem auf zwei Fehler zurückzuführen: die falsche Einschätzung der therapeutischen Beziehung oder die schlechte Formulierung von Zielen. Dabei geht es bei erstem nahezu immer darum, gut genug hinzuhören. Hinzuhören, wie Klient/inn/en sich in ein Verursachungsgefüge eingebunden erleben und was sie als sinnvoll und plausibel ansehen. Es macht - als ein kleines Beispiel - keinen Sinn, Klient/inn/en eine konkrete Handlungsaufgabe zu empfehlen, solange sie sich als Opfer bestimmter Handlungen anderer oder bestimmter Situationen sehen. Hier muß erst ein Bedeutungsrahmen entstehen können, bevor Energie in selbstinitiierte Handlungen gesetzt wird. Bei zweitem liegen Verletzungen der Regeln für gut formulierte Ziele vor (zu groß, zu wenig konkret, Ende von etwas Negativem statt Beginn von etwas Positivem etc.). Typischerweise wünschen sich Klient/inn/en rasche Veränderungen und fordern von sich oder anderen Veränderungen, die ein Ausmaß haben, so daß sie leicht scheitern können. Das Ziel des BFTC-Vorgehens ist es im Gegensatz dazu, Schritte zu erarbeiten und am Ende als Empfehlung rückzumelden, die nahezu nicht scheitern von den Klient/inn/en dennoch als kleiner Schritt in Richtung ihrer Ziele wahrgenommen werden können⁴.

Vielleicht war aber auch die Wunderfrage nicht gut gestellt (mangelnde Entkoppelung des "Wunders" vom Problem) oder zu früh (keine "Einladung" der/des Klientin/en). Alle diese Dinge sind korrigierbar und können dann zur Entwicklung kleiner Fortschritte führen.

Natürlich gibt es auch im Rahmen des BFTC - trotz modellgerechten Vorgehens - Therapien, die als wirklich schwierig eingeschätzt werden. Diese sind folgendermaßen definiert: von den Klient/inn/en wird bis zur fünften Stunde keine Besserung berichtet. Hier weichen die Vorgehensweisen des BFTC von unserer Praxis ab, die ich unten beschreibe. Während das Team des BFTC mit großer Sorgfalt die oben genannten Prinzipien und weitere ergänzende Strategien verfolgen (siehe de Shazer 1989a,b, Miller/de Shazer 1991, Berg 1992), wechseln wir den Therapieansatz.

3. die Passung des lösungsorientierten Ansatzes zur gemeindepsychologischen Perspektive

Für eine gemeindepsychologische Perspektive sind mehrere Gesichtspunkte konstitutiv (von

⁴ Vor diesem Hintergrund erscheint der oft zitierte Ratschlag John Weaklands "If you want to make therapy brief - go slow!" weniger paradox.

Kardorff 1992):

- erstens eine sozial-räumliche Bezogenheit des Verhaltens von Menschen, die dieses leitet, aber vielfach auch einen Hintergrund für die Deutung desselben abgibt
- zweitens ein Menschenbild, welches die Aktivität und Eigenverantwortlichkeit der Menschen betont und ihnen grundsätzliche Handlungskompetenz zur Bewältigung ihres Alltags zuspricht ("Empowerment")
- drittens ein breit angelegtes Verständnis von Gesundheit (WHO-Definition)
- viertens eine gesellschaftskritische Haltung, die auf politische Änderungen statt bloß auf Hilfestellung für das betroffene Individuum abzielt.

Aus diesem Aufriß der gemeindepsychologischen Perspektive leitet sich ein sehr breites Arbeitsfeld für psychosozial Tätige ab. Von diesen wird gefordert sowohl individuell Hilfestellungen anbieten zu können wie auch institutionell vermittelnd, Kooperationen fördernd und auch politisch aktiv bzw. aktivierend tätig zu sein (um nur einige Aufgabenbereiche zu nennen). Dementsprechend anspruchsvoll sind die vorgelegten Überlegungen zu gemeindepsychologischen Kompetenzen (z.B. Belschner/Sommer 1993).

Der lösungsorientierte Ansatz paßt vor allem zu den ersten drei Gesichtspunkten der oben skizzierten gemeindepsychologischen Perspektive. Er paßt zur sozial-räumlichen Bezogenheit, indem er die aus ihrer Lebenswelt erwachsenen Bedeutungszuschreibungen der Menschen ernst nimmt. Allerdings paßt er eher passiv, indem er den Deutungen und Erfahrungen der Menschen nichts entgegengesetzt, sondern sie als Produkt ihrer Geschichte und ihres Lebenszusammenhangs respektiert und anerkennt⁵. Er bemüht sich jedoch nicht um ein aktives Verständnis desselben oder bietet gar eine Deutung der Verhältnisse als gesellschaftliche an. Diese Passivität gilt zumindest, was die jeweilige Problemsicht betrifft. Wenn es hingegen um individuelle Utopien geht, ist eine bemerkenswerte Aktivität der Therapeut/inn/en zu erkennen. Er paßt weiters vorzüglich zum Menschenbild, indem er den Aspekt der vorhandenen Ressourcen radikalisiert und Pathologisierungen vermeidet. Dies geht so weit, daß auf ein Modell für Abweichung grundsätzlich verzichtet wird und einzig und allein die Beschwerden der Klient/inn/en als Begründung für den Beginn einer Therapie sowie ihre Zielvorstellungen und die entsprechenden Schritte auf dem Weg dahin beachtet werden (wie ungewöhnlich und "eigensinnig" diese auch erscheinen mögen). Dabei wird alles, was als Ressource angesehen werden könnte, zumindest probenhalber als solche gedeutet. Nicht die Professionellen entscheiden was, wann, wie hilfreich ist, sondern die Klient/inn/en. Er paßt sehr gut zu dem breit angelegten Verständnis von Gesundheit, indem alles, was Klient/inn/en als Beschwerde äußern, akzeptiert wird und keine Eintrittsberechtigung (z.B. Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung) geprüft wird. Er paßt kaum zum vierten Punkt der gesellschaftskritischen Haltung, da eine solche in keiner der Schriften zu diesem Ansatz auftaucht. Auch wird man vergeblich nach Ansätzen für politische Veränderung bzw. eine Forderung danach suchen.

⁵ Die Klagen und Leidenszuschreibungen der Klient/inn/en an die Umwelt werden - wie oben skizziert - im lösungsorientierten Ansatz sehr ernst genommen. Dies kann so weit gehen, daß das Vorliegen eines Problems in Abrede gestellt wird, was so platt gesagt natürlich irreführend ist. Klarer wäre es, davon zu sprechen, daß man manchmal kein mittels individuell therapeutischer Hilfe bearbeitbares Problem vorliegt und der Versuchung einer Psychologisierung vorhandenen Leids widerstanden wird.

Ich möchte auf den letzten Punkt etwas näher eingehen. Es ist ein auffälliges Phänomen, daß Vertreter/inn/en von Therapieansätzen, die der systemischen Tradition zuzuschreiben sind, häufig eine betont apolitische Haltung einnehmen. Dies ist auf den ersten Blick verwunderlich, weil eine Analyse des Systems (welche Variablen man auch immer als Elemente festlegen und wo man auch immer seine Grenzen ziehen mag) es doch zumindest nahelegt, an das System Gesellschaft mit all den wechselseitigen Beziehungen zwischen Ökonomie, Recht und Politik, die das Sein des Individuums wie von Familien und Gruppen bestimmen, zu denken. Für diese Auffälligkeit gibt es Deutungsversuche (z.B. Gröll/Körner 1991). Ich will mich hier auf den Ansatz des BFTC beschränken.

Aus den frühen Veröffentlichungen de Shazers, der den Ansatz zwar nicht allein entwickelt, mit Sicherheit jedoch durch seine Bücher und Artikel erst einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht hat, geht hervor, daß es sich ursprünglich um einen reinen Praxisansatz ohne Erklärungsanspruch handelte. Es wurde also beschrieben, wie das Team des BFTC unter bestimmten Kontextbedingungen arbeitet und welche Ergebnisse dabei zu erzielen waren. Lange Zeit gab de Shazer auf Nachfragen bezüglich einer erklärungstheoretischen Begründung des Ansatzes die Antwort, es selbst nicht zu wissen. Erst in neueren Veröffentlichungen werden Deutungsangebote gemacht. Aus den Erfahrungen mit ihrer Arbeit, auf der Suche nach der Essenz dessen, was wirkt, kamen sie zu dem oben beschriebenen Vorgehen, welches die Therapeut/inn/en verpflichtet "nicht zwischen den Zeilen zu lesen", sondern sich buchstäblich auf das in der Situation Gesagte zu beziehen und auch keine eigenen Ziele und Werte, außer solchen, wo es um potentielle Schädigungen von Personen geht, in die Therapie einzubringen. Inwieweit das möglich ist, welche subtilen Lenkungen allein durch die Gesprächsführung stattfinden, wieviel intransparente Werte (unerkannt durch die Therapeut/inn/en selbst) vermittelt werden bzw. wo die Grenze liegt, daß von potentieller Schädigung gesprochen werden kann (z.B. durch Arbeitsverhältnisse) bleibt fraglich und muß m.E. kritisch diskutiert werden.

Grundsätzlich erhellend erscheint mir die in früheren Publikationen angedeutete, neuerdings klarer benannte erklärungstheoretische Position des Poststrukturalismus (besonders bezieht sich de Shazer auf Wittgenstein's Theorie des Sprachspiels) bzw. des Dekonstruktivismus und sozialen Konstruktivismus, die dem Ansatz zugrunde gelegt wird (de Shazer 1992 a, b; Gergen & Gergen 1986). Die diesen Ansätzen inhärente Relativierung dessen, was Wirklichkeit genannt werden kann, läßt - zumindest in der Rolle des/der Therapeuten/in - ein politisches Engagement gegenüber einer eher distanzierteren Haltung interessierter Beobachtung unwahrscheinlicher werden. In der Rolle des psychosozial Tätigen, der selbst nach Lösungen für drängende Probleme der Gesundheitsversorgung sucht, eröffnen sich in der Selbstanwendung des Ansatzes allerdings wieder Möglichkeiten, den durch die institutionellen Bedeutungskonstrukteure als verbindlich ausgegebenen Lebensdeutungsmustern eigene Deutungen entgegenzusetzen, die politisches Engagement beinhalten könnten. Der angedeutete Wechsel zwischen diesen Rollen und der damit verbundene erkenntnistheoretische Spagat sind allerdings eine Kunst für sich. Bei den Gründerpersönlichkeiten des Ansatzes finden sich weder in Büchern noch in Workshops Ansätze einer gesellschaftskritischen Haltung, die auf politisches Engagement bzw. die Notwendigkeit aktiver Einmischung z.B. in die jeweilige Gesundheitspolitik schließen ließen.

4. Praktische Erfahrungen

Seit 1986 arbeitet ein Teil der Mitarbeiter/innen der Psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle des Lehrstuhls für Klinische Psychologie der Universität Bamberg nach dem lösungsorientierten Konzept des BFTC. Bei unserer Einrichtung handelt es sich von Ihrem Charakter um eine Lehrberatungsstelle, die vier Praktikant/inn/en jeweils für 6 Monate und vier Postgraduierten für zwei Jahre unter intensiver Supervision die Möglichkeit bietet, erste Praxiseindrücke bzw. -erfahrungen zu sammeln (eine genauere Beschreibung unserer Einrichtung findet sich bei Fricke & Kaimer 1994).

Neben dem lösungsorientierten Ansatz bieten wir eine auf dem Konzept des Selbstmanagements beruhende Verhaltenstherapie (Kanfer et al. 1990) an.

4.1 die Begegnung mit dem Konzept des BFTC

Zum lösungsorientierten Ansatz kamen wir, als ein Teil der Mitarbeiter/innen nach Wegen suchte, die Komplexität der Lebenswelten der Klient/inn/en angemessener zu modellieren, um in der Folge vielfältigere Ansatzpunkte für Eingriffe in das beschriebene System zu finden (so dachten wir uns das damals zumindest). Aus der Beschäftigung mit diversen Ansätzen aus der Familientherapie, aus Anleihen bei Kognitionspsychologen, Biologen, Physikern etc. und aus der Weiterentwicklung grundlegender Metatheorien (Selbstorganisationstheorien) und ihre Nutzbarmachung für die klinische Praxis entwickelte damals ein Kollege das Konzept der Systemischen Diagnostik (Schiepek 1986). Kurz danach begegneten wir dem lösungsorientierten Ansatz, der uns nach einer Zeit heftiger Irritation durch seine praktische Eleganz und Zielstrebigkeit überzeugte. Während wir im Rahmen Systemischer Diagnostik den Weg einer möglichst angemessenen und dennoch handhabbaren Modellierung der Problemkonstellation der Klient/inn/en gegangen waren und damit eine Weiterentwicklung bzw. Ergänzung der Verhaltensanalyse angestrebt hatten (mit dem Ziel einer Optimierung der technologischen Steuerungsidee), ging der Ansatz des BFTC in Richtung eines radikalen Ernstnehmens der Idee von der Expertenschaft der Klient/inn/en (hinsichtlich ihrer Beschwerden genauso wie hinsichtlich ihrer Ziele, Lösungen und Ressourcen). Die Expertenschaft der Therapeut/inn/en lag demgegenüber darin, konsequent sprachliche Kontexte anzubieten (Fragen zu stellen, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, Suchprozesse einzuleiten u.a.m.), so daß Lösungswege bzw. die Wahrnehmung derselben wahrscheinlicher würden⁶. Wirklich herausfordernd war jedoch das Postulat des BFTC (die sich darin auf ihren Stammvater Milton Erickson beriefen), für eine Lösung bzw. Zielerreichung sei eine genaue Kenntnis des Problems nicht erforderlich sondern vor allem präzise Angaben über den gewünschten Zielzustand. Ein Teil des Teams beschloß, für einen Zeitraum von zwei Jahren konsequent nach dem BFTC-Modell zu arbeiten und die Ergebnisse mit den bisherigen Daten zu vergleichen.

4.2 Ergebnisse nach zwei Jahren

Die geringe Anzahl von Klient/inn/en an unserer Einrichtung, die wir jährlich betreuen können, erlaubte keine methodisch wirklich zufriedenstellende Auswertung der Ergebnisse der zwei Jahre (1986 - 1988). Wir haben die Erfolgseinschätzungen der Klient/inn/en anhand ihrer Zielerreichung (goal attainment scaling), die Erfolgseinschätzungen der Thera-

⁶ de Shazer beruft sich hier auf narrative Psychologen mit ihren Konzepten progressiver, stabilisierender und regressiver Sprachspiele (de Shazer 1992a).

peut/inn/en, in die die Ergebnisse auf einer Problemskala und einer Zufriedenheitsskala geschätzt durch die Klient/inn/en (2-Punktmessung) eingegangen sind, die Dauer der Therapien und die Anzahl der Sitzungen miteinander verglichen.

Lösungsorientierte Therapien unterschieden sich von Problemlösungsorientierten Therapien (Verhaltenstherapie nach dem Selbstmanagementansatz) nicht in der Tatsache, daß die Klient/inn/en sich verbessert hatten, sondern vor allem im Ausmaß dieser Verbesserung, das bei dem problemlösungsorientierten Vorgehen größer war. Allerdings um den Preis, daß beim problemlösungsorientierten Vorgehen sowohl die Dauer als auch die Anzahl der Therapien um durchschnittlich 1/3 höher lag. Wir hatten also Hinweise dafür, daß Therapien nach dem BFTC-Konzept vergleichbare Ergebnisse - wohlgermerkt unter den Bedingungen unseres Settings - brachten. Die Unterschiede sind von den Vorgaben der jeweiligen Praxiskonzepte her sehr plausibel. Während man in der Verhaltenstherapie mehr Zeit für die Problemanalyse braucht, läßt man den Klient/inn/en auch gegen Ende der Therapie mehr Zeit Generalisierungsstrategien zu entwickeln und zu testen. Im Konzept des BFTC ist man hingegen zügiger bei der Konstruktion erfolgversprechender Lösungsschritte und ermutigt auch schneller wieder eine Beendigung oder größere Sitzungsabstände, wenn die Klient/inn/en den Rest alleine auch gehen könnten.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis war jedoch die Befindlichkeit der Therapeut/inn/en. Die Zukunftsorientiertheit des Lösungsorientierten Vorgehens wurde auf Therapeut/inn/en Seite als enorm entlastend und "leicht" erlebt, auch wenn die Vorgabe "nicht zwischen den Zeilen zu lesen" sehr viel Selbstkontrolle erforderte. Wir werteten dies als Hinweis darauf, daß mit diesem Vorgehen auch ein Beitrag zur Förderung der Psychohygiene der Therapeut/inn/en zu leisten sei, der sich bei größeren Belastungen in einem verminderten Auftreten der Phänomene des "burnout" niederschlagen sollte. Dazu trug auch die Situation der Arbeit mit dem Team bei, welches nun als Therapieelement begriffen werden konnte im Unterschied zum verhaltenstherapeutischen Vorgehen, wo es sich um eine reine Beobachtungsgruppe zu Ausbildungszwecken handelte.

Allerdings war auch der zeitliche Aufwand enorm, da neben den Auszubildenden zumindest ein erfahreneres Teammitglied anwesend sein sollte.

4.3 Schwierigkeiten und Besonderheiten unserer Arbeitssituation

An erster Stelle ist die hohe Fluktuation im Team zu nennen. Der regelmäßige Wechsel der Praktikant/inn/en alle 6 Monate ist einerseits sehr anregend, da uns die vielen unbefangenen Fragen immer wieder anregen, unser Handeln zu begründen, Automatismen oder eingeschlifene Argumentationslinien erneut zu hinterfragen. Andererseits ist es auch mühevoll, die Durchführung der Therapien von der Aufgabe, Praxis zu demonstrieren und zumindest teilweise daran teilhaben zu lassen, zu trennen. Dies wird in der Vorbereitungsphase - 15 Minuten vor jeder Therapie - merkbar, wo es darum geht, das Lesen zwischen den Zeilen zu verhindern und dies auch zu begründen. Besondere Mühe bereitet es jedoch, wenn in der standardmäßigen Unterbrechung der Therapie nach ca. 40 Minuten (break) die Rückmeldung an die Klient/inn/en erarbeitet werden soll. Hier gilt es, die eigenen Gedanken zu sammeln, wertvolle Hinweise und Beobachtungen zu nutzen, Abschweifungen, theoretisierendes Hypothesieren und Phantasieren jedoch abzuwehren. Je nach Ausbildungsstand der Mitarbeiter/innen bzw. Vertrautheit mit dem Konzept des BFTC aber auch der unterschiedlichen Zusammensetzung des Teams kann das zu einer größeren oder kleineren Herausforderung

werden.

Ein weiterer Punkt ist die Verknüpfung unserer Einrichtung mit Erwartungen an verhaltenstherapeutisches Vorgehen. Durch verschiedenste Aktivitäten von Mitgliedern der Einrichtung und des Lehrstuhls (Publikationen, Forschungsprojekte, Mitwirkung in Ausbildungsgängen, Lehrveranstaltungen) hat die Psychologische Forschungs- und Beratungsstelle sowohl eine Verknüpfung mit lösungsorientiertem wie verhaltenstherapeutischem Vorgehen erfahren. Oft wurden Klient/inn/en mit sehr deutlichen Hinweisen auf die verhaltenstherapeutische Vorgehensweise bei Ängsten beispielsweise an unsere Einrichtung weiterverwiesen, welche die Erwartungen der Betroffenen lenkten. Dies war vor allem in der Anfangszeit enthusiastischer Lösungsorientierter Therapie ein Problem, weil wir dachten, die Lösung müsse in dem Sinne ganz allein von den Klient/inn/en kommen, daß wir uns ausschließlich auf Interviewführung und Rückmeldung zu beschränken hätten. Inzwischen ist uns klar, daß die Lösung auch darin bestehen kann, den Klient/inn/en ein Verfahren anzubieten, welches wir beherrschen - wenn das die Lösung für die Klient/inn/en ist.

Ein weiterer Punkt ist der Umgang mit sogenannten schwierigen Klient/inn/en. Im Ansatz des BFTC werden solche Therapien als schwierig bezeichnet, in denen es bis zur 5. Sitzung zu keinen Berichten von Besserung gekommen ist. Für das BFTC-Team sind die Vorgehensweisen recht eindeutig: Überprüfung des Beziehungstyps (liegt eine falsche Einschätzung hinsichtlich Kunden-Beziehungstyp, Klagenden-Beziehungstyp oder Besucher-Beziehungstyp vor), Überprüfung der Ziele (meist schlecht konstruiert im Sinne mangelnder Verhaltensnähe, mangelnder Relevanz für die Klient/inn/en oder nicht ausreichend klein; siehe genauer beispielsweise Miller / de Shazer 1991). Wir haben uns entschlossen, in diesem Fall von einem lösungsorientierten Vorgehen auf ein problemlösungsorientiertes umzusteigen, weil wir die Erfahrung gemacht haben, daß Klient/inn/en solcher "schwieriger Fälle" oft eine genauere Beschäftigung mit ihren Problemen vermissen und das einfach zu ihrer Lösung dazugehört (siehe unten).

4.4 Lösungsorientiert zuerst - ein Stufenmodell

Unsere bisherigen Erfahrungen decken sich mit den Ergebnissen und Erfahrungen anderer Praktiker/innen mit dem lösungsorientierten Ansatz. 60 - 80 % der Klient/inn/en (Durchschnittswerte der jeweiligen letzten Jahre) ist mit einem lösungsorientierten Vorgehen inso weit gedient, als sie von Verbesserungen berichten und zuversichtlich sind, den Rest alleine bewältigen zu können, wenn sie an den ge(er-)fundenen Lösungswegen dranbleiben⁷. 20 - 40 % der Klient/inn/en, die zu uns kommen, brauchen offenbar etwas anderes. Aber auch von den verbesserten Klient/inn/en gibt es immer wieder einmal welche, die mit den Verbesserungen alleine nicht zufrieden sind und anschließend nach "etwas anderem", nach "Tieferem" o.Ä. suchen. Dabei erstaunt es uns immer wieder, wie häufig Klient/inn/en, die noch keine signifikanten Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht haben, Lösungen für ihre Beschwerden (er-) finden, die verblüffend Lösungswegen ähneln, die Verhaltenstherapeut/inn/en oder kognitive Therapeut/inn/en vorschlagen könnten.

⁷ Konsequenterweise liegen den Erfolgsmessungen lösungsorientierter Therapien die Schätzungen der Klient/inn/en zugrunde, da diese als Experten ihrer selbst angesehen werden. Ein Vorgehen, welches unter traditionellen Psychotherapieforscher/inne/n auf vehemente Kritik stößt.

Diese Erfahrungen - aber auch Überlegungen bezüglich der potentiellen Schädlichkeit von Psychotherapie - legen es nahe, an ein Stufenmodell von therapeutischen Angeboten zu denken, wobei nichtpathologisierende, an den vorhandenen Ressourcen anknüpfende Verfahren am Anfang, massiver eingreifende bzw. die Selbstorganisationsprozesse der Personen herausfordernde Herangehensweisen am Ende stehen sollten. Zu solchen Stufenmodellen gibt es bereits verschiedene Vorschläge, z.B. Annon's PLISSIT-Modell (permission - limited information - specific suggestions - intensive therapy; Annon 1983), Mahoney's Modell der drei P (problem, pattern, process; Mahoney 1991) oder auch Grawe's Perspektivkonzept (Grawe et al. 1994), wiewohl letzteres weniger als Stufenkonzept sondern vielmehr als Integrationsmodell formuliert ist. M.E. könnte es jedoch gut auch unter einem gestuften Gesichtspunkt diskutiert werden, wenn man den Faktor "Therapie als Risiko" mit hinein nehmen würde.

Ich gehe nach dem bisher Dargestellten davon aus, daß der lösungsorientierte Ansatz unter den professionellen Hilfsangeboten das beste Verhältnis von potentieller Schädigung (z.B. Pathologisierung, Etikettierung, Entmutigung) zu erwiesenem Nutzen (Kiser 1988; Kiser & Nunally 1990) und auch hinsichtlich "empowerment" viel zu bieten hat. Aber auch dahingehend, daß durch ein lösungsorientiertes Vorgehen - sollte dieses scheitern - für kein anderes Verfahren, ob es nun problemlösungsorientiert, strukturell musterorientiert, entwicklungs- oder psychodynamisch orientiert ist, unnötige Barrieren aufgebaut werden, spricht für dieses Verfahren als **erste Wahl**⁸ oder Einstieg. An **zweiter Stelle** sollte - aber hier werden sich die Geister bestimmt heftiger scheiden - wie bei uns an der Einrichtung praktiziert ein problemlösungsorientiertes (z.B. VT, Kognitive Therapie) oder aber auch problemfokussiertes (z.B. GT, Fokaltherapie) Verfahren kommen. An **dritter Stelle** kämen dann die Ansätze, die geschützt in einer intensiven, fürsorglichen therapeutischen Beziehung und unter oft heftiger emotionaler Beteiligung die Änderung zentraler Steuerungsprozesse des Selbst anstreben. Eine sehr anschauliche und überzeugende Begründung für eine solche Stufung gibt Mahoney (1991) in seinem Buch *Human Change Processes* indem er sich u.a. auf Bolwby's Studien über Bindungen, Trennungen und kindliche Entwicklungsprozesse bezieht⁹. Er tut dies mit Schwerpunkt auf Verfahren der dritten Stufe vor allem vor dem Hintergrund der Chancen und Risiken von Psychotherapie bzw. der Dynamik von psychischem Wandel allgemein.

Mein Vorschlag gilt für den Bereich psychosozialer Versorgung, den ich durch langjährige Erfahrung kenne: die ambulanten Hilfsangebote einer Beratungsstelle und die der freien Niederlassung als Psychotherapeut/in. Inwieweit lösungsorientiertes Vorgehen in anderen Bereichen als Einstieg genutzt werden kann, müssen Therapeut/inn/en, die in solchen Bereichen arbeiten, überprüfen. Meine Gespräche mit Kolleg/inn/en - aus stationären Bereichen etwa - legen die Vermutung nahe, daß es weniger die Klient/inn/en sind, die eine lösungsorientierte Herangehensweise nicht annehmen würden, sondern die am zu klassifizierenden Defizit des Individuums ansetzenden Strukturen des Gesundheitswesens und die damit sich entwickelnden Karrieren und Rollendefinitionen Betroffener. Aber oft sind es auch schlicht betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte der jeweiligen Einrichtungen, die schon Versuche scheitern lassen.

⁸ Klarerweise muß sich eine Therapie immer zuerst an den Bedürfnissen der Klient/inn/en orientieren.

⁹ Allerdings beginnt er bereits mit einem problemlösungsorientierten Ansatz als erster Stufe.

5. Literatur

Annon, J.S. (1983) Plissit-Modell. In: Corsinsi, R. (Hg.) Handbuch der Psychotherapie, Bd. 2. Weinheim: Beltz

Baecker, J. et al. (1992) Sozialer Konstruktivismus - eine neue Perspektive in der Psychologie. In: Schmidt, S.J. (Hg.) Kognition und Gesellschaft. stw 950, Frankfurt/M.: Suhrkamp

Bateson, G. (1983²) Ökologie des Geistes. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Belschner, W. / Sommer, G. (1993) Basiskompetenzen gemeindepsychologischen Handelns. Paper vom Gemeindepsychologischen Gesprächskreis in Thurnau.

Berg, I.K. (1992) Familien - Zusammenhalt(en). Dortmund: verlag modernes lernen

de Shazer, St. (1982) Patterns of Brief Family Therapy. New York: Guilford

de Shazer, St. (1989a) Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart: Klett Cotta

de Shazer, St. (1989b) Der Dreh. Heidelberg: Carl Auer

de Shazer, St. (1992a) Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg: Carl Auer

de Shazer, St. (1992b) Aus der Sprache gibt es kein Entrinnen. In: Schweitzer, J. et al. (Hg.) Systemische Praxis und Postmoderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp

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

Fisch, R. et al. (1987) Strategien der Veränderung. Stuttgart: Klett-Cotta

Fricke, B. / Kaimer, P. (1994) Psychotherapeutische praxis, Ausbildung, Forschung - ein Spannungsfeld wechselseitiger Anregung. Forschungsforum - Berichte aus der Otto-Friedrich-Universität Bamberg 6

Fröhlich-Gildhoff, K. (1992) Psychosoziale Arbeit auf dem Lande. In: Böhm, I. et al. (Hg.) Gemeindepsychologisches Handeln: ein Werkstattbuch. Freiburg i.B.: Lambertus

Gergen, K.J. / Gergen, M.J. (1986) Narrative form and the construction of psychological science. In: Sabin, T.R. (Ed.) Narrative Psychology: The storied nature of human conduct. New York: Praeger

Grawe, K. et al. (1994) Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe

Gröll, J. / Körner, W. (1991) Klinisch-psychologische Systemkonzepte. In: Hörmann, G. / Körner, W. (Hg.) Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. re 518, Reinbek b.H.: Rowohlt

Holland, J.G. (1978) Behaviorism: Part of the Problem or Part of the Solution? J. Appl. Beh. Anal. 11, 163-174

Kanfer, F. et al. (1990) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer

Kardorff, E.v. (1992) Gemeindepsychologie - zwischen eigenständiger Berufsidentität und psychologischer Arbeitsperspektive. In: Böhm, I. et al. (Hg.) Gemeindepsychologisches Handeln: ein Werkstattbuch. Freiburg i.B.: Lambertus

Keupp, H. (1993) Von der "programmatischen Fortschrittlichkeit" zur gemeindepsychologischen Identität. Verh.th. & Ps.soz.Prax. 4

Keupp, H. / Zaumseil, M. (1978; Hg.) Die gesellschaftliche Organisierung psychische Leidens. stw 246, Frankfurt/M.: Suhrkamp

Kiser, D. (1988) A follow-up study conducted at the Brief Family Therapy Center. Unveröff. Manuskript

Kiser, D. / Nunnally, E. (1990) The relationship between treatment length and goal achievement in solution-focused therapy. Unveröff. Manuskript

Mahoney, M.J. (1991) Human Change Processes. USA: Basic books

Miller, G. / St. de Shazer (1991) Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In: L. Reiter / C. Ahlers (Hg.) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin: Springer

Rappaport, J. (1985) Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. Verh.th. & Ps.soz.Prax. 2

Schiepek, G. (1986) Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie. Weinheim: PVU

Ullmann, L.P. (1979) Verhaltenstheoretische Gemeindepsychologie: Implikationen, Chancen und Verpflichtungen. In: Keupp, H. (Hg.) Normalität und Abweichung. München: U & S

Walter, J.L./ J.E. Peller (1993) Lösungs-orientierte Kurztherapie. Dortmund: verlag modernes lernen

Weiss, T. (1988) Familientherapie ohne Familie. München: Kösel

Angaben zur Person:

Peter Kaimer, Dr.phil., Leiter der Psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle des Lehrstuhls für Klinische Psychologie, Ausbildung in Verhaltenstherapie, Weiterbildungen in Lösungsorientierter Kurzzeittherapie. Arbeitsschwerpunkte: Ausbildung und Lehre lösungs- und problemlösungsorientierter Vorgehensweisen in der Therapie sowie gemeindepsychologische Fragestellungen.

Anschrift:

Psychotherapeutische Ambulanz und Forschungsstelle
Universität Bamberg
Postfach 1549
96045 Bamberg