

STEVE DE SHAZER<sup>1</sup>, INSOO KIM BERG<sup>2</sup>, EVE LIPCHIK<sup>3</sup>,  
ELAM MUNALLY<sup>4</sup>, ALEX MOLNAR<sup>5</sup>, WALLACE GINGERICH<sup>6</sup>,  
MICHELLE WEINER-DAVIS<sup>7</sup>, MILWAUKEE

## Kurztherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen\*

*Übersicht:* Im folgenden Beitrag wird die am Brief Family Therapy Center entwickelte Form von Kurztherapie beschrieben. Der Titel, den wir bewusst an den des klassischen Aufsatzes von Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin (1974) »Brief Therapy: Focused Problem Resolution« (dt.: Kurztherapie – Zielgerichtete Problemlösungen) angelehnt haben, bringt zum Ausdruck, daß der hier dargestellte Ansatz nach unserer Auffassung sowohl vom Konzept her als auch was seine Entwicklung betrifft, mit dem von Weakland et al. (1974) eng verbunden ist.

In den gut zehn Jahren seit dem Erscheinen von »Brief Therapy: Focused Problem Resolution« von Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin (1974) sowie »Two's Company« von de Shazer (1975) haben sich Theorie und Praxis der Kurztherapie um ein gutes Stück weiterentwickelt. Am Brief Therapy Center des Mental Research Institute (MRI) war mit einer expliziten Höchstzahl von 10 Sitzungen gearbeitet worden. Dabei hatten 72 % der Fälle entweder das Behandlungsziel erreicht oder nach durchschnittlich 7 Sitzungen wesentliche Fortschritte gemacht. Unsere eigenen Nachkontrolluntersuchungen am Brief Family Therapy Center (BFTC), bei denen wir dieselben Fragen verwendeten, wie sie auch am MRI gestellt worden waren, zeigen eine ähnliche Erfolgsrate. Was die Zahl der Sitzungen betrifft, so haben wir am BFTC keine feste Obergrenze. Wenn wir danach gefragt werden, sagen wir »so wenig wie möglich«. Die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen pro Klient hat sich bei uns von 6 (bei 1600 Fällen in

den Jahren 1978 bis einschließlich 1983) auf weniger als 5 Sitzungen (bei 500 Fällen im Jahre 1984) verringert.

Da die Klienten unabhängig von den Plänen oder der Ausrichtung der Therapeuten auch in anderen Therapieformen im Durchschnitt nur 6–10 Sitzungen lang in Therapie bleiben (Garfield, 1978; Gurman, 1981; Koss, 1979), erscheint es uns wichtig, Kurztherapie nicht nur über die Anzahl der Sitzungen zu definieren. Deshalb unterscheiden wir hier zwischen

1. einer durch zeitliche Begrenzung definierten Kurztherapie und
2. Kurztherapie als spezifischer Form der Lösung menschlicher Probleme.

## Entwicklung

Die Reihe von Publikationen über Kurztherapie, wie wir sie hier definieren, beginnt mit dem 1954 veröffentlichten Artikel von Milton Erickson »Special Techniques of Brief Hypnotherapy« (Erickson, 1954; Haley, 1967). Erickson stellt in dieser Arbeit an sieben Fallbeispielen einen Ansatz dar, bei dem

»die therapeutische Hauptaufgabe darin besteht, die neurotischen Symptome bewußt in den Dienst der spezifischen Bedürfnisse des Patienten zu stellen. Eine solche Strategie muß zum einen den starken Drang zur Beibehaltung der neurotischen Prägungen und die der Therapie durch äußere Umstände auferlegten Einschränkungen berücksichtigen sowie vor allem zum Ziel haben, Formen konstruktiver Anpassung zu entwickeln, die durch das Andauern der Neurotizismen eher gefördert als behindert werden. Beispiele für eine derartige Strategie sind die hypnotherapeutischen Techniken der Symptomsubstitution, -transformation, -amelioration sowie die Induzierung korrekativer emotionaler Reaktionen« (Haley, 1967, S. 390).

Unserer Meinung nach ist dies der Kern der Kurztherapie: *das, was die Klienten mitbringen, nutzbar zu machen und ihnen zu helfen, es so zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse einzusetzen, daß sie ihr Leben aus eigener Kraft befriedigender gestalten können.* Obwohl Erickson von »neurotischen Symptomen« spricht, sagt er doch, daß, zumindest in der Kurztherapie, kein Versuch gemacht wird, irgendwelche »tieferliegenden ursächlichen Fehlanpassungen« zu korrigieren (Haley, 1967, S. 393), und das ist unserer Meinung nach auch nicht nötig.

Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre fanden im Zusammenhang mit der Entstehung und Ausbreitung der Familientherapie eine Reihe von Entwicklungen in der Kurztherapie statt. 1968 wurde das Brief Therapy Center am Mental Research Institute in Palo Alto in Kalifornien gegründet, 1974 erschien der Artikel: »Brief Therapy: Focused Problem Resolution« (Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin, 1974) und im selben Jahr auch der Beitrag »The Treatment of Children Through Brief The-

<sup>1</sup> Direktor, Brief Family Therapy Center, Milwaukee.

<sup>2</sup> Ausbildungsleiter am BFTC.

<sup>3</sup> Stellvertretender Direktor, BFTC.

<sup>4</sup> School of Social Welfare, University of Wisconsin-Milwaukee und Forschungsassistent am BFTC.

<sup>5</sup> School of Education, University of Wisconsin-Milwaukee und Forschungsassistent, BFTC.

<sup>6</sup> School of Social Welfare, Univ. of Wisconsin-Milwaukee und Forschungsdirektor, BFTC.

<sup>7</sup> Forschungsassistent, BFTC.

\* Die Veröffentlichung dieses Beitrags erfolgt mit der freundlichen Genehmigung der Herausgeber der Zeitschrift *Family Process*, New York, wo er im amerikanischen Original voraussichtlich im Juni 1986 erscheinen sollte.

rapy with Their Parents« (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin und Prata, 1974) des 1971 gegründeten Centro per lo Studio della Famiglia in Mailand. 1969 fing de Shazer (vom Brief Family Therapy Center) an, ein eigenes Kurztherapiemodell zu entwickeln (erst 1972 erfuhr er von der Palo-Alto-Gruppe) und veröffentlichte 1975 seinen Aufsatz »Brief Therapy: Two's Company« (de Shazer, 1975).

Diese drei Beiträge und zwei ebenfalls zu dieser Zeit veröffentlichte Bücher: »Change« (Lösungen; Watzlawick, Weakland und Fisch, 1974) und »Uncommon Therapy« (Haley, 1973) haben viel gemeinsam: es geht in allen diesen Veröffentlichungen um *Probleme*, darum, wie sie aufrechterhalten werden und darum, *wie sie gelöst werden können*. Im Mittelpunkt standen ganz klar verschiedene wirkungsvolle Problemlösetechniken, die anhand einer Vielfalt von Fällen veranschaulicht wurden. In der letzten Zeit sind wir am BFTC jedoch immer mehr an *Lösungen* interessiert und daran, *wie sie funktionieren*.

### Die Grundprinzipien unserer Arbeit

1. Die meisten Probleme entstehen im Zusammenhang menschlicher Interaktion und werden durch sie auch aufrechterhalten. Individuen haben ihre spezifischen Eigenschaften, Stärken, Einschränkungen, Überzeugungen, Werte, Erfahrungen und manchmal Schwierigkeiten, sie lernen dauernd weiter und entwickeln verschiedene Arten der Interaktion. Die Lösungen bestehen darin, die Interaktionen im Kontext der jeweiligen situativen Rahmenbedingungen zu verändern.

2. Aufgabe der Kurztherapie ist es, den Klienten zu helfen, etwas anders zu machen, ihr Interaktionsverhalten und/oder ihre Interpretation des Verhaltens und der Situation so zu verändern, daß sich eine Lösung entwickelt, der Knoten ihres Problems sich löst. Um Lösungen zu erarbeiten, zu »konstruieren«, kann es nützlich sein, so viel wie möglich über die Rahmenbedingungen der Problemsituation und die damit verbundenen Interaktionen herauszufinden, da die Intervention (d.h. Änderung der Interaktion) so in den Rahmen der Situation »passen« muß, daß sich eine Lösung entwickelt.

In diesem Zusammenhang erscheint uns die Unterscheidung zwischen »match« (übereinstimmen, entsprechen) und »fit« (passen) wichtig, die von Glasersfeld vorgeschlagen hat:

»Der metaphysisch orientierte Realist sucht nach Wissen, das mit der Realität in einer Art homomorpher Entsprechung übereinstimmt, das heißt, ebensolche Beziehungen, Sequenzen oder die gleiche typische Struktur aufweist – mit anderen Worten etwas, das er als *gleich* betrachten kann; denn nur dann kann er sagen, daß sein Wissen ein Wissen von der Welt ist« (von Glasersfeld, 1984, S.21).

»Fit«, passen, ist jedoch etwas ganz anderes:

»Wenn wir sagen, daß etwas paßt, haben wir eine ganz andere Beziehung vor Augen. Ein Schlüssel paßt, wenn man mit ihm ein Schloß öffnen kann. Passen bezeichnet eine Eigenschaft des Schlüssels, nicht des Schlosses (von Glasersfeld, 1984, S.21).

Wie ein Dietrich braucht eine Intervention nur die Tür zu einer Lösung zu öffnen, was auch ohne detaillierte Kenntnis der Problemlage möglich ist.

3. Der Begriff des »Widerstands« in der Therapie hat uns lange beschäftigt (de Shazer, 1984). Im Verlauf gegenseitiger Beobachtungen<sup>1</sup> wuchs in uns die Überzeugung, daß die Klienten sich wirklich verändern wollen. Manche von ihnen hatten allerdings das Gefühl, daß unsere Vorstellungen davon, *wie sie sich verändern sollten*, nicht recht in ihre Situation paßten. Statt dies jedoch als Widerstand zu sehen erschien es uns vielmehr als die Art und Weise, in der die Klienten uns mitteilten, wir wir ihnen helfen konnten. Immer wieder stellten wir fest, daß Klienten, die, mit dem Etikett »therapieresistent« versehen, von anderen Therapeuten zu uns geschickt wurden, nicht nur eine Änderung verzweifelt herbeiwünschten, sondern auch sehr kooperativ waren. Der »Schlüssel«, mit dem wir die Tür zur Kooperation zu öffnen versuchen, ist ganz einfach:

*Zuerst setzen wir die Gegenwart zur Zukunft in Beziehung (und ignorieren die Vergangenheit mit Ausnahme vergangener Erfolge), dann weisen wir die Klienten auf das Positive hin, das sie unserer Meinung nach bereits für sich tun, und dann, sobald sie wissen, daß wir auf ihrer Seite sind, schlagen wir ihnen etwas Neues vor, das sie tun könnten und das für sie gut ist bzw. zumindest gut sein könnte* (de Shazer, 1985, S.15).

Es liegt auf der Hand, daß jemand, der in Therapie kommt, seine Situation verändern will; denn was immer er bisher versucht hat um sich zu ändern, hat nicht geklappt. Er war sich selbst im Weg, hat seine Lage, vielleicht sogar ohne es zu wollen, verschlechtert, ungünstige Verhaltensmuster haben sich eingespielt. So betrachtet kann man die Vorstellung, jemand leiste einer Veränderung Widerstand, bestenfalls als irreführend bezeichnen (de Shazer, 1984). Schlimmer noch, ein Therapeut kann mit einer derartigen Vorstellung im Kopf Widerstand und unkooperatives Verhalten, ja Konflikte, regelrecht erzeugen (Fisch, Weakland und Segal, 1983); die Vorstellung des Therapeuten kann also wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung wirken und einen Mißerfolg quasi vorprogrammieren.

4. Neue und positive Bedeutungen können für zumindest einen Aspekt des vorgebrachten Problems erarbeitet werden. Es ist ja nicht so, daß je-

<sup>1</sup> Die Verfasser/innen danken ihren Kolleginnen und Kollegen Patricia Bielke, Marilyn Bonjean, Calvin Chicks, Ron Kral und John Walter vom Brief Family Therapy Center sowie Jim Derks und Marilyn La C. die der Gruppe zeitweilig angehörten.

mand ein Symptom entweder hat oder nicht hat, sondern es ist auch eine Sache der Interpretation, ob ein bestimmtes Verhalten als Symptom betrachtet wird oder nicht: unter anderen äußeren Bedingungen oder wenn ihm eine andere Bedeutung zugeschrieben wird, kann dasselbe Verhalten angemessen und normal sein. Jedes Verhalten bzw. jede Verhaltenssequenz kann also unter sehr vielen verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden, und es hängt von der Interpretation des Beobachters ab, welche Bedeutung ihm zugeschrieben wird.

5. Nötig ist nur eine kleine Veränderung. Deshalb genügt es auch, wenn das Ziel klein und bescheiden ist. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Kurztherapie und anderen Ansätzen besteht darin, daß in der Kurztherapie davon ausgegangen wird, daß, ganz gleich, wie schlimm und komplex eine Situation sich darstellt, eine kleine Veränderung im Verhalten einer Person zu tiefgreifenden und weitreichenden Veränderungen führen kann.<sup>2</sup> Sowohl die klinische Erfahrung als auch die Forschung scheinen die Auffassung zu bestätigen, daß eine kleine Veränderung zu weiteren Veränderungen und so zu einer Besserung insgesamt führen kann. Umgekehrt scheint es, daß, je höher das Ziel gesteckt wird und je größer die erwünschte Veränderung ist, es um so schwieriger wird, eine Kooperation zwischen Therapeuten und Patienten herzustellen, wodurch die Wahrscheinlichkeit eines Fehlschlags wächst.

6. Eine Veränderung in einem Teil des Systems führt zu Veränderungen im ganzen System. Daher ist es nicht unbedingt entscheidend, wieviel Personen an der Rekonstruktion eines Problems und der Konstruktion einer Lösung beteiligt sind. Wir haben uns lange Zeit mit der verbreiteten Auffassung auseinandergesetzt, daß in der »Familietherapie« der Therapeut mit der ganzen Familie sprechen muß oder daß »Paartherapie« bedeutet, daß beide Partner anwesend sein *müssen*. Dahinter scheint die Vorstellung zu stehen, daß die Systemtheorie durch den Gedanken, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, es erforderlich macht, die ganze Familieneinheit in Therapie zu haben. Es kann natürlich sein, daß die Veränderung eines Individuums, wenn sie nicht in die Rahmenbedingungen des Systems paßt, zu Unverträglichkeiten führt.

7. Eine Therapie kann selbst dann effektiv sein, wenn der Therapeut nicht beschreiben kann, was eigentlich das Problem des Klienten ist. Alles was Therapeut und Klient wirklich wissen *müssen* ist im Grunde, woran für beide erkenntlich sein wird, daß das Problem gelöst ist. Dieser Gedanke

<sup>2</sup> John Weakland und ich haben über diese Auffassung, von der Vertreter der Kurztherapie sowohl am MRI als auch am BFTC offensichtlich sehr überzeugt sind, oft miteinander diskutiert. Die hier verwendete Formulierung stammt deshalb meines Wissens von John Weakland.

schien zunächst in Widerspruch zum gesunden Menschenverstand zu stehen, aber wir haben beobachtet, daß *jedes* wirklich andere Verhalten eine Veränderung einer problematischen Situation bewirken, die Tür zu einer Lösung öffnen und dem Klienten die Befriedigung geben kann, daß die Therapie etwas in Gang bringt. Nötig ist einzig und allein, daß die Person, die sich in einer problematischen Situation befindet, *etwas* anders macht, auch wenn das neue Verhalten irrational, völlig irrelevant, offensichtlich bizarr oder sogar lächerlich erscheint. Einzelheiten über das Problem des Klienten und Informationen darüber, wie es aufrechterhalten wird, können für den Aufbau einer engen Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten und für die Konstruktion von Interventionen *nützlich* sein. Aber dafür, daß die Botschaft einer Intervention *paßt* und zum Erfolg führt, ist eine detaillierte Problembeschreibung *nicht notwendig*. Dafür ist *nicht einmal notwendig*, genau zu analysieren, wie das problematische Verhalten aufrechterhalten wird.

### Beschwerden und Lösungen

Wesen und Implikationen eines Behandlungsansatzes können verdeutlicht werden, wenn man seine Grundprämissen darlegt. Deshalb möchten wir, um die Unterschiede zwischen unserem und anderen Ansätzen herauszustellen, einige für unsere Auffassung charakteristische Begriffe definieren.

— *Schwierigkeiten* sind »jene Kette von Dingen« im Alltag, die schon vom frühen Morgen an und Tag für Tag schief zu laufen scheinen (Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin, 1974, S. 147), was von Klienten häufig als »Probleme« bezeichnet wird. Dazu gehören auch, wenn auch nicht ausschließlich, Ereignisse wie: das Auto springt nicht an, das Sauregurkenglas läßt sich nicht öffnen, ein Ehepaar streitet ab und zu, ein Kind macht ins Bett.

— Eine *Beschwerde* besteht in einer solchen Schwierigkeit und dem wiederholten erfolglosen Versuch, sie zu überwinden, bzw. einer Schwierigkeit und der Überzeugung des Klienten, daß die Situation verfahren ist und sich nicht ändert, d.h. die Kette von Dingen, die Tag für Tag schief laufen, endlos wird.

— Unter *Lösungen* verstehen wir entweder Veränderungen auf der Verhaltens- und/oder Wahrnehmungsebene, die Therapeut und Klient gemeinsam ersinnen und die zur Veränderung der Schwierigkeit bzw. der bisherigen ungeeigneten Art, mit Schwierigkeiten umzugehen, führen sollen. Wir verstehen darunter aber auch die Erarbeitung einer akzeptablen neuen Perspektive, die es dem Klienten ermöglicht, die Beschwerdensituation anders

zu erleben. Es gibt a) Lösungen, die sich durch die Auflösung eines gemeinsam ausgearbeiteten *Problems* entwickeln (d.h. aus der vom Klienten geschilderten Beschwerde plus der Sicht des Therapeuten von dieser, die schon potentielle Lösungen miteinschließt). Eine andere Art von Lösungen entsteht b) durch Konstruktion von verschiedenen Zukunftsprojekten, in denen die Beschwerde nicht enthalten ist.

### Die Konstruktion von Lösungen

Therapeuten müssen in ihrer Arbeit von gewissen Grundannahmen über die Struktur von Beschwerden und das Wesen möglicher Lösungen ausgehen. Unsere Annahmen sind zwar relativ spezifisch für unseren Ansatz, es besteht aber doch eine Verwandtschaft zu denen von Watzlawick (Watzlawick, Weakland und Fisch, 1974) und von Haley (Haley, 1963 und 1973). Ein Therapeut kann beispielsweise von der Annahme ausgehen, daß »Symptome« eine systemische Funktion haben, d.h. die Familie zusammenhalten. Er wird dann eine »Landkarte« der Familie anfertigen, die ihm bei der Überlegung hilft, wie diese Funktion ohne das Symptom erfüllt werden kann. Wenn der Therapeut jedoch annimmt, daß ein Symptom keine Funktion hat und nur entstanden ist, weil der Klient »Pech« gehabt hat, wird seine Landkarte anders aussehen. Er wird versuchen, das Symptom durch etwas zu ersetzen, das sich ereignen könnte, hätte der Klient »Glück« gehabt.

Beschwerden sind mit Verhalten verbunden, das darauf beruht, wie die Klienten die Welt sehen. Zur Erarbeitung von Lösungen kann es hilfreich sein, sich vorzustellen, Beschwerden hätten sich, auf stark vereinfachte Weise, folgendermaßen entwickelt: Unser imaginärer erster Schritt bei der Konstruktion einer hypothetischen Beschwerde erscheint vergleichsweise klein und steht in gar keinem Verhältnis zu den Konsequenzen, die er nach sich ziehen kann. Wir stellen uns also vor, jemand sagt zu sich selbst: »Ich kann mich entweder nach der Variante »A« oder nach der Variante »Nicht-A« verhalten. »A« scheint (aus welchen Gründen auch immer) die richtige (logische, beste oder einzige) Alternative zu sein.« Folglich werden alle anderen Verhaltensmöglichkeiten (alle »Nicht-A«-Varianten) auf einen Haufen geworfen und ausgeschlossen. Das heißt, daß gewählte *entweder*-Verhalten (»A«) erscheint, als ob es einer besonderen Klasse angehörte, während die unberücksichtigten »oder-Varianten« (»nicht-A«) – alle übrigen Verhaltensvarianten, die an sich auch hätten gewählt werden können – zu einer einzigen Klasse zusammengefaßt (»alle Klassen minus Klasse »A«) erscheinen.

Es ist als ob die Beschwerden durch die Vorstellung der Klienten aufrechterhalten würden, daß das, wozu sie sich zur Behebung der ursprünglichen Schwierigkeiten entschlossen hatten, das einzige richtige und logische gewesen sei. Deshalb verhalten Klienten sich so, als ob es ihre einzige Möglichkeit wäre, immer »mehr desselben« zu tun (Watzlawick, Weakland und Fisch, 1974); denn schon die Prämisse verbietet es, eine Verhaltensvariante aus dem anfangs zurückgewiesenen und verbotenen Bereich der »oder«-Verhaltensmöglichkeiten auszuwählen.

Unserer Erfahrung nach ist es günstig, sich darauf zu konzentrieren, den Klienten dabei zu helfen, uns ihre »Lieblingsfaktoren« zu beschreiben, nämlich diejenigen, die sie in ihrer Darstellung der hypothetischen Wahl besonders hervorheben. Diejenigen Aspekte der Situation, die der Klient in seiner Beschwerdenbeschreibung ausschließt sind es, die potentiell nützlich für die Erarbeitung von Interventionen und Herbeiführung von Lösungen sind. So klagen Klienten beispielsweise häufig darüber, sich depressiv zu fühlen (was häufig als depressiv *sein* ausgedrückt wird). Bei der Beschreibung ihres Zustands werden unterschiedliche »Lieblingsfaktoren« deutlich:

- Einige Klienten sind sogleich in der Lage, Verhaltensaspekte ihres Zustands zu beschreiben, während das für andere schwierig bis unmöglich ist.
- Manche heben besonders die unwillkürlichen Aspekte hervor.
- Andere kommen ganz von selbst gleich auf wichtige Personen ihrer sozialen Umgebung zu sprechen, die sie aufzuheitern versuchen (und damit alles noch schlimmer machen).
- Andere wieder finden das schwierig und klagen statt dessen darüber, wieviel Schlimmes sie schon erlebt hätten, so daß es kein Wunder sei, wenn sie jetzt depressiv seien.
- Noch andere sind deprimiert über etwas, wovon sie überzeugt sind, daß es in der Zukunft eintreten (bzw. nicht eintreten) wird.

Zur Veranschaulichung das Beispiel eines Klienten, der angab, »schon immer« depressiv gewesen zu sein.

Der Therapeut fragte ihn: »Woran merken Sie, daß Sie depressiv sind?« Der Klient antwortete: »Daran, daß ich ab und zu auch gute Tage habe.« Der Therapeut bat ihn dann zu beschreiben, was an »guten Tagen« anders ist und insbesondere, was er anders *macht*.

Die Tatsache, daß der Klient auch über Ausnahmen von seinem depressiven Dauerzustand berichtete, ermöglichte es dem Therapeuten, nach Verhalten, Wahrnehmungen und Gedanken zu fragen, die der Klient an schlechten Tagen nicht erlebt hatte. Der Klient bekam dann die Anweisung, abends vor dem Zubettgehen vorherzusagen, was für eine Art von Tag der nächste sein würde. Wenn es ein »schlechter« Tag sein würde, dann sollte er morgens so früh wie möglich etwas tun, was er normalerweise an einem »guten« Tag getan hätte. Ab der dritten Sitzung berichtete der Klient, daß er weniger häufig »schlechte« Tage prognostiziert habe und daß tatsächlich auch sehr viel weniger »schlechte« Tage stattgefunden hätten, die er auch als mehr oder weniger normale Tage hätte bezeichnen können.

Obwohl sich nicht aus jedem aus einer Beschwerdenkonstruktion ausgeschlossenen Element auch eine Lösung konstruieren läßt, kann man jedoch auf alle Fälle davon ausgehen, daß die Elemente, die die Klienten sehr betonen, auch auf Lösungsmöglichkeiten hinweisen. Wenn es beispielsweise klar ist, daß die Beschwerde nur an einem bestimmten Ort auftritt, dann könnten Aufträge, insbesondere in bezug auf alles, was direkt mit dem problematischen Verhalten zu tun hat, so gestaltet werden, daß sie an einem anderen Ort ausgeführt werden müssen. Dies allein schon gewährleistet einen minimalen Unterschied zum vorherigen Verhalten. Wenn ein Paar also berichtet, daß Streitereien zwischen ihnen immer in der Küche stattfinden, kann der Therapeut vorschlagen, das nächste Mal im Wohnzimmer zu streiten. Die Wahrscheinlichkeit, daß der andere Schauplatz auch ein anderes Verhalten bewirkt, ist groß. Oder wenn eine Beschwerde eine Beziehung zu einer nicht an der Therapie teilnehmenden Person einschließt, dann ist eine wesentliche Frage, woran diese andere Person eine Veränderung erkennen wird.

Jeder Klient konstruiert seine »Beschwerdenrealität« mittels einer Kombination von verschiedenen Faktoren, der Therapeut konstruiert Lösungen aus denselben Faktoren plus dem, was der Klient ausgeschlossen hat.

Angesichts der Komplexität der Beschwerdenkonstruktionen wäre es unrealistisch, zu fordern, daß die Lösungen mit diesem Komplexitätsgrad übereinstimmen müßten. Unserer Meinung nach müssen Interventionen und Lösungen zu den verschiedenen Beschwerdenkonstellationen lediglich auf die gleiche Art *passen*, wie ein Dietrich in viele verschiedene Schlösser paßt (de Shazer, 1985; de Shazer und Molnar, 1984). Wir möchten dies anhand des folgenden Beispiels veranschaulichen:

Eine Mutter und ein Vater kamen mit drei Kindern zur Familientherapie, weil sie sich wegen der »Aggressivität und Gewalttätigkeit« ihres jüngsten Sohnes Sorgen machten. Keines der drei Kinder hatte irgendwelche Schwierigkeiten in der Schule, weder mit den Leistungen noch im sozialen Kontakt. Die Beschwerden beschränkten sich ausschließlich auf den Umgang der Familienmitglieder miteinander. Jeder Versuch, die Interaktionsmuster zwischen den Familienmitgliedern abzuklären, alle Fragen, was innerhalb des »Aggressivitäts- und Gewalttätigkeitsmusters« wer wann tut führten dazu, daß ein Mitglied der Familie sich über die anderen vier beklagte. Weitere Versuche, sich mit einer Klage näher zu befassen, führten nur zu weiteren Klagen. Insgesamt vermittelte die Familie den Eindruck, das Leben sei für sie ein unbefriedigendes Chaos.

Mit Hilfe dessen, was die Familie aus ihren Klagen ausgeschlossen hatte, erarbeitete das Team die folgende Botschaft an sie:

Wir sind beeindruckt, daß es trotz der vielen Schwierigkeiten, über die Sie uns berichtet haben, so viele positive Tendenzen in Ihrer Familie gibt: Die Kinder haben keinerlei Probleme in der Schule, sie sind sogar gut; die Ehe hat 15 schwierige Jahre überdauert; sowohl Vater als auch Mutter haben Erfolg in ihren Berufen. Das heißt für uns, daß es einige Dinge geben muß, die Sie sehr gut machen. Darüber würden wir gerne mehr wissen. Daher möchten wir, daß jedes Familienmitglied bis zum nächsten Mal beob-

achtet, was für Dinge sich in der Familie abspielen, von denen es gerne hätte, daß sie so bleiben.

Zwei Wochen später berichtete die Familie 30 Minuten lang über ihre Beobachtungen. Jedes Mitglied hatte bei allen anderen solche schätzenswerten Aspekte und Verhaltensweisen beobachtet. Manches war neu aufgetreten, anderes war zwar schon bekannt, aber zu selten gewesen und während des vergangenen Jahres gar nicht mehr aufgetreten. Wenn die Dinge auch nicht so lagen, daß »alles in Butter« war, so waren doch die Beschwerden zurückgegangen. Das Team versicherte der Familie, daß wohl nie alles in Butter sein würde. Wir machten sie mit einer unserer Regeln bekannt: Wenn's funktioniert, mach's wieder! Wenn's nicht funktioniert, mach's nicht mehr, mach was anderes!

Unser Ziel ist es nicht so sehr, das Verhalten zu *stoppen*, welches das Problem verstärkt, sondern vielmehr den Lösungsprozeß *in Gang* zu setzen (Watzlawick, Weakland und Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin, 1974). Damit hören die Beschwerden auf, weiterhin so beklagenswert zu sein. Die Intervention der ersten Stunde sollte zu der gesamten Beschwerdenkonstellation *passen*, die die Familie geschildert hatte, und die Möglichkeit für eine solche Sichtweise der Situation eröffnen, die zu einer Lösung führen könnte. Es wäre wohl nicht möglich gewesen, eine Intervention zu entwickeln, die direkt darauf abgezielt hätte, das Indexproblem, also die »Aggressivität und Gewalttätigkeit« des jüngsten Sohnes, zu stoppen, denn das Verhaltensmuster hatte ja nicht exploriert werden können. Ein Versuch, eine Intervention auf den dauernden Klagen aller Familienmitglieder übereinander während der ersten Stunde aufzubauen, also der Versuch, auf das »unbefriedigende Chaos« einzugehen, wäre eventuell erfolgreich gewesen, hätte aber wahrscheinlich doch nicht so schnell zu einer Lösung geführt, jedenfalls nicht zu der, die die Familie zwischen der ersten und der zweiten Sitzung selbst gefunden hatte. Die folgenden und letzten zwei Sitzungen standen unter dem Motto, der Familie zu helfen, wie sich die einzelnen Familienmitglieder gegenseitig ermutigen konnten, mehr von den Verhaltensweisen an den Tag zu legen, die sie beibehalten wollten und auf erwünschte Verhaltensweisen der anderen Familienmitglieder so zu reagieren, daß dieses Verhalten gefördert wurde.

#### *Bei dem Klienten die Erwartung von Veränderung schaffen*

Für jede Beschwerde können viele verschiedene mögliche Lösungen konstruiert werden, und jede Intervention, die eine Änderung eines Verhaltens und/oder eine andere Art, die Dinge zu sehen, bewirkt, könnte zu irgendeiner dieser hypothetisierten Lösungen führen. Die Erwartung, was passieren könnte, beeinflusst das Verhalten: Wenn man erwartet, daß immer wieder dasselbe passiert, dann ist es auch sinnvoll, weiterhin dasselbe zu tun und zu denken. Wenn man aber erwartet, daß etwas Neues passiert, dann

ist es auch sinnvoll, etwas anderes zu tun, um dem Neuen eine Chance zu geben. Natürlich kann es dann aber sein, daß nicht genau das eintritt, was man sich wünscht, aber wenn man etwas anders gemacht hat, wird zumindest auch etwas anderes passieren, und schon das macht eventuell zufriedener. Wir haben festgestellt, daß es günstig ist, die Klienten dazu zu bringen, genau zu beschreiben, was anders sein soll, wenn ihr Problem gelöst ist. Es erscheint einleuchtend, daß man sein Ziel eher erreicht, wenn man genau weiß, was man will. Was nicht auf den ersten Blick einleuchtet, ist, daß auch schon die Erwartung, ein anderes, befriedigenderes Ziel zu erreichen, weiterhelfen kann. Allein durch die Tatsache, woanders zu sein, kann man sich schon besser fühlen. Die Beschreibung von potentiellen Lösungen wird benutzt, um zu definieren, wohin die Entwicklung gehen soll und wie sie befriedigender verlaufen kann. Dafür wieder ein Beispiel:

Eine Frau kam in die Therapie und klagte, sie sei depressiv und wisse nicht warum. Möglicherweise sei es wegen ihrer Ehe, obwohl ihr das unbegründet erschiene, vielleicht habe es auch mit der Berufssituation zu tun, aber das sei auch nicht plausibel. Was auch immer der Grund sein mochte, sie fühle sich seit zwei Jahren depressiv. Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 die stärkste Ausprägung bezeichnen sollte, die ihre Depression je gehabt hätte, stufte sie sich derzeit auf 7 ein. Gleich zu Anfang der ersten Sitzung wurde sie gefragt: »Wenn eines Nachts, während Sie schlafen, ein Wunder geschähe, und die Depression wäre weg, wenn Sie aufwachen, woran würden Sie das merken? Woran würde Ihr Mann es merken? Und Ihr Chef?« Daraufhin beschrieb sie eine ganze Reihe von Aktivitäten, die sich teilweise auch auf ihren Mann und ihre Berufstätigkeit bezogen.

Das Team lobte sie für ihre Fähigkeit, Dinge sehr detailliert zu beschreiben (und nannte einige Beispiele dafür), sowie für ihren weisen Entschluß, nicht überstürzt zu handeln, was wahrscheinlich viele getan hätten in der Hoffnung, daß eine radikale Änderung das Problem lösen könnte. (Da sie erwähnt hatte, daß ihre Kinder gut herausgekommen seien) machten wir ihr auch ein Kompliment für ihre Fähigkeiten als Mutter. (Da sie davon überzeugt war, daß weder ihr Mann noch ihr Chef über das Ausmaß ihrer Depression im Bilde wären), baten wir sie zu beobachten, was sie zu Hause und im Büro tat, um den Impuls, der Depression nachzugeben, zu unterdrücken.

Eine Woche später stufte sie sich auf der Zehnerskala bei drei ein. Sie hatte angefangen, Dinge zu tun, die sie für den Fall, daß ihre Depression plötzlich weg wäre, beschrieben hatte, und ihr Mann hatte ihr dafür Blumen geschenkt. Offensichtlich hatte er mehr von ihrer Depression gemerkt, als sie angenommen hatte. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie sich nicht mehr vorstellen, daß etwas sie noch davon abhalten könnte, ihre neuen Verhaltensweisen und Aktivitäten auszuführen, auch wenn sie sich immer noch depressiv fühlte.

Sie sollte jeweils vor dem Zubettgehen eine Prognose abgeben, an welchem Punkt der Skala sie sich am nächsten Morgen befinden würde, und morgens dann ihr tatsächliches Befinden einstufen. Sie sollte ebenfalls beobachten, was sie an den Tagen, an denen sie sich weniger depressiv fühlte, anders machte als an den schlechten Tagen.

Im Verlaufe des nächsten Monats variierten ihre Selbsteinschätzungen zwischen den Skalenwerten 6 und 1, und ihr Aktivitätsgrad nahm zu. Bei Therapieende war sie der Meinung, daß ihre Depression vorbei sei.

Sobald Klienten anfangen, Veränderungen für möglich zu halten und zu erwarten, läßt sich der Therapeut Veränderungen jeglicher Art in jeglichen Lebensbereichen der Klienten beschreiben. Alles, was die Klienten sagen

läßt, daß irgend etwas besser läuft, muß genau besprochen und als Beweis einer Veränderung gewertet werden, und alles, was Klienten berichten, was neu, anders oder günstiger ist, muß ermutigt und weiter ausgebaut werden. Jeder Hinweis auf ein verändertes Verhalten, eine veränderte Wahrnehmung oder auf mehr Zufriedenheit wird vom Therapeuten als Schritt in Richtung auf eine Lösung betrachtet.

### Die Arbeitsweise des Brief Family Therapy Center

Das BFTC wurde 1978 als forschungs- und ausbildungsorientiertes Therapiezentrum gegründet. Die Bandbreite der Beschwerden, mit denen Klienten das Zentrum aufsuchen, reicht von »alltäglichen Schwierigkeiten« bis zu »wiederholtem Psychotherapieabbruch« einschließlich des ganzen Spektrums psychiatrischer Diagnosen.

Die Therapieräume in unserem Haupthaus bestehen gegenwärtig aus vier mal zwei aneinandergrenzenden Zimmern, die mit Einwegspiegel sowie Gegensprechanlagen miteinander verbunden sind. Zwei dieser »Suiten« haben außerdem noch Videoanlagen. Daneben existieren noch zwei Zweigstellen, von denen eine mit Einwegspiegel und Videoanlage ausgestattet ist, die andere nicht. Ein Team besteht jeweils aus einem Therapeuten, der sich mit den Klienten zusammen im Therapieraum aufhält, und einem oder mehreren Therapeuten hinter dem Spiegel. Während im Therapieraum in der Regel immer derselbe Therapeut das Gespräch mit einem bestimmten Klienten führt, wechselt die Zusammensetzung des Teams hinter dem Spiegel je nach Verfügbarkeit der Therapeuten, außer wenn es sich um eine Ausbildungsgruppe handelt, bei der der Gruppenleiter und die übrigen Mitglieder für die Dauer der gemeinsam betreuten Fälle konstant bleiben.

Die erste Sitzung, die – wie alle unsere Sitzungen – weniger als eine Stunde dauert, hat folgende Struktur:

1. Einführung in unsere Arbeitsweise
2. Darlegung der Beschwerde
3. Exploration der Abweichungen von den die Beschwerde erhaltenden Regeln
4. Aufstellen von Therapiezielen
5. Definition potentieller Lösungen
6. Unterbrechung: Konsultationspause
7. Bekanntgabe der Botschaft des Teams an die Klienten

Im folgenden werden wir nun diese sieben Abschnitte der Sitzung im einzelnen betrachten.

### Einführung

Alle Klienten erhalten zu Anfang einige Informationen über das BFTC, das Team, und unsere Arbeitsweise mit dem Einwegspiegel. Sie werden auch gebeten, die für ihre Einwilligung zur Videoaufnahme etc. nötigen Formulare durchzulesen und zu unterschreiben.

Um die Gefahr einer vorgefaßten Meinung möglichst gering zu halten, hat der Therapeut vor Beginn der ersten Sitzung nur begrenzte Informationen über den Klienten – es sei denn, es erscheint günstiger, die überweisende Person als Klienten zu betrachten (Berg, 1985). Der Therapeut erläutert zuerst den Ablauf und das organisatorische Arrangement einschließlich der Tatsache, daß ein Team aus mehreren Therapeuten beteiligt ist, und bittet den Klienten um sein Einverständnis zur Videoaufnahme. Ab und zu möchte ein Klient das Team hinter dem Spiegel kennenlernen. Dann werden ein oder mehrere Teammitglieder vorgestellt, jedoch möglichst erst am Ende der Sitzung. Wenn ein Klient das unbedingt will, kann das natürlich auch gleich zu Beginn gemacht werden.

### Vorstellen des Problems

Nach einem kurzen Informationsaustausch darüber, wer wo arbeitet und wer in welche Schule geht etc., kommt der Therapeut zur Sache und fragt nach der Beschwerde. Meist lautet die erste Frage in etwa: »Was können wir für Sie tun?« Oder: »Was bringt Sie hierher?« Die Antwort darauf könnte beispielsweise sein: »Manchmal streiten wir so heftig, daß wir uns auch schlagen.« Oder: »Johnny macht ins Bett.« Oder: »Susi bekommt Wutanfälle.« Der Therapeut versucht dann, das Gespräch so zu steuern, daß er soviel konkrete Details wie möglich sammeln kann:

- a) Was passiert im einzelnen der Reihe nach?
- b) Wer ist beteiligt?
- c) Welche Unterschiede ergeben sich in der Beschwerde, je nachdem, wer an einem gewissen Punkt mit hineinverwickelt wird und wer nicht beteiligt ist?
- d) Wie häufig tritt die Beschwerde auf?

Je mehr Details des Beschwerdemusters ein Klient beschreibt, desto mehr Ansätze für Interventionen und Zielsetzungen sind denkbar, d.h. desto mehr mögliche Punkte gibt es, an denen der Klient erkennen kann, wann das Problem gelöst ist.

Auch sehr vage Beschwerdenbeschreibungen wie z. B. »Ich weiß nicht, wer ich eigentlich bin« oder »Wir können einfach nicht kommunizieren« können fürs erste ausreichen. In solchen Fällen ist wichtig, konkrete

Ziele zu setzen, also z. B. zu fragen: »Woran werden Sie erkennen, wann Sie wissen, wer Sie eigentlich sind?« »Was werden Sie wohl anders machen als jetzt, wenn Sie wissen, wer Sie wirklich sind?«

Diese Stufe überschneidet sich häufig mit der nächsten.

### Exploration der Ausnahmen

In dieser Phase des Erstgesprächs soll herausgefunden werden, was passiert, wenn die Beschwerde nicht auftritt und was die Klienten tun, daß es zu diesen Ausnahmen kommt. Was passiert, wenn die ehelichen Streitereien nicht in Gewalttätigkeit umschlagen? Was passiert, wenn Johnnys Bett trocken bleibt? Was passiert, wenn Susi tut, was ihr gesagt wird? Was passiert, wenn Mutter da ist, und nicht Vater? Was passiert, wenn die Kommunikation klappt?

Unserer Meinung nach ist es wichtig, daß sowohl Therapeut als auch Klienten wissen müssen, was den Klienten alles gelingt und wo sie Erfolg haben. Diese Diskussion bildet nicht nur die Grundlage für die Planung von Interventionen und Lösungen, sondern gibt dem Klienten auch implizit zu verstehen, daß der Therapeut ihm zutraut, daß er zu konstruktivem Verhalten nicht nur prinzipiell fähig ist, sondern auch, daß er es bereits an den Tag legt. Die Ausnahmen sind, um mit Bateson zu sprechen, »news of difference« – Hinweise auf Unterschiede; sie machen den Klienten zumindest implizit darauf aufmerksam, daß es Unterschiede gibt zwischen dem, was funktioniert und dem, was nichts bringt.

Trotzdem Veränderungen kontinuierlich stattfinden, scheint unserer Meinung nach jedoch nur bei einigen Unterschieden wahrgenommen zu werden, daß sie auch wirklich einen Unterschied machen (Bateson, 1979). Weiner-Davis (1984) hat angefangen, sich mit diesen Ausnahmen vom problematischen Verhalten systematisch zu befassen. Zu diesem Zweck fängt sie die Sitzung mit einer Variante unserer standardisierten Erstgesprächs- »Hausaufgabe« an, in der wir die Klienten bitten, zwischen der ersten und der zweiten Sitzung ihr Augenmerk auf die Dinge zu richten, von denen sie wollen, daß sie weiterhin so bleiben wie sie sind (siehe Seite 199). Die Weinersche Variante dazu lautet:

Personen, die eine Therapie machen wollen, beobachten häufig, daß zwischen dem Zeitpunkt, an dem sie ein Gespräch vereinbart haben, und der ersten Sitzung die Dinge bereits anders aussehen. Was haben Sie in bezug auf Ihre Situation festgestellt? Beziehen sich diese Veränderungen auf den Grund, weshalb sie hergekommen sind? Sind es Veränderungen, von denen sie gerne hätten, sie würden bestehen bleiben?

Interessanterweise hatten zwei Drittel der Klienten Veränderungen bemerkt und bejahten an die zweite und dritte Frage.

Diese Phase führt ganz automatisch zur Festlegung von Zielen, denn der Klient will vielleicht gerade, daß sich mehr von dem ereignet, was in den Ausnahme-Situationen stattfindet, dann eben, wenn die Beschwerde nicht auftritt. Die simple Tatsache, daß die Beschwerde manchmal auftritt und manchmal nicht, ist es, die eine Zukunft ohne sie vorstellbar macht.

### Ziele

Die Festsetzung konkreter Ziele ist erforderlich, wenn man den Nutzen einer Therapie für den Klienten messen will, konkrete Ziele helfen aber vor allem auch dabei, die Erwartung zu stärken, daß sich wirklich etwas verändert. Es ist wichtig für alle Beteiligten zu wissen, woran sie erkennen werden, daß das Problem gelöst ist und die Therapie aufhören kann. Ohne Ziel kann eine Therapie zu einem lebenslangen Unterfangen werden.

Konkrete Ziele sind ein wichtiger Bestandteil unseres Evaluationsprogramms und sind unverzichtbar für Nachuntersuchungen zur Erfolgsmessung.

### Lösungen

Wenn man Klienten direkt nach konkreten Zielen fragt, drücken sie sich oft sehr vage und pauschal aus. Wir haben festgestellt, daß es häufig mehr bringt, darüber zu sprechen, woran die Klienten ihrer Meinung nach erkennen werden, daß ein Problem gelöst ist, und was dann anders sein wird, wenn dieses Problem der Vergangenheit angehört.

Wenn der Therapeut es mit mehr als einer Person zu tun hat, kann es selbstverständlich mehrere verschiedene Vorstellungen darüber geben, wie das Leben nach Erreichen des gesetzten Ziels, wenn das Problem nicht mehr besteht, aussehen wird. Je mehr verschiedenartige Zukunftsvorstellungen oder Alternativlösungen durchgesprochen werden, desto besser; denn diese Vorstellungen stärken die Veränderungserwartungen der Klienten.

Es ist unser Ziel, daß der größte Teil des Gesprächs während der Sitzung sich auf beschwerdefreie Situationen bezieht. Beschwerden scheinen einfach auch dadurch aufrechterhalten zu werden, weil Menschen erwarten, daß »dasselbe« sich eben immer und immer wieder wiederholt. Über mögliche Zukunftsvorstellungen zu sprechen, ist denen das Problem nicht mehr als Beschwerde auftritt, läßt die Erwartung entstehen, daß eine Veränderung nicht nur möglich, sondern sogar unvermeidlich ist.

### Unterbrechung – Konsultationspause

Nach 30–40 Minuten entschuldigt sich der Therapeut bei den Klienten und zieht sich zurück, um sich mit dem Team zu beraten oder, wenn er alleine arbeitet, für sich nachzudenken. Zweck dieser 10minütigen Gesprächsunterbrechung ist es, sich zu entscheiden, was zu tun ist und wie. Da wir an Lösungen interessiert sind, wird in dieser Zeit wenig oder gar nicht darüber gesprochen, wie die Beschwerden aufrechterhalten werden und was die Klienten bisher bereits erfolglos dagegen getan haben, und auch nicht über mögliche Ursachen. Statt dessen soll das Gespräch sich konzentrieren auf

- a) Dinge, die die Klienten tun, die gut für sie sind;
- b) irgendwelche Ausnahmen zum Beschwerdemuster;
- c) die Vorstellungen des Teams darüber, wie die Klienten sich nach der Lösung des Problems verhalten werden.

(Der Reflexions- und Entscheidungsprozeß hinter dem Spiegel wird annäherungsweise auf unserem »Arbeitsblatt zur Entwicklung der Interventionsplanung«, das wir für Ausbildungszwecke verwenden, zusammengefaßt.)

In der Regel enthält die in der Pause erarbeitete Botschaft für die Klienten zwei Teile:

- 1) Komplimente und
- 2) Anhaltspunkte.

Die *Komplimente* greifen das auf, was die Klienten dem Therapeuten bereits an eigenen konstruktiven Verhaltensweisen genannt haben. Die hier ausgesprochenen Komplimente müssen nicht unbedingt in Beziehung zu den geschilderten Beschwerden stehen, sondern können sich, *unabhängig* von Inhalt und Kontext, auf alles beziehen, was die Klienten tun, was ihnen irgendwie nützt oder gut und richtig für sie ist. Die Komplimente sollen den Klienten helfen, ihre gewohnte Sichtweise zu »durchschauen« und so zu verändern, daß sie die Situation unter einem neuen Blickwinkel sehen. Damit hat die Entwicklung einer Lösung schon begonnen; denn es entwickelt sich implizit eine Umdeutung der problematischen Situation. Sinn und Zweck dieses Vorgehens ist es, den Klienten zu helfen, sich als normale Menschen mit normalen Schwierigkeiten zu sehen.

Intention des Komplimentemachens ist es auch, die Klienten in ihrer Orientierung auf die Lösung hin zu unterstützen und gleichzeitig intensiver und gezielter das weiterzubetreiben, was in den ersten Gesprächsphasen schon begonnen hat, nämlich die Entwicklung einer konstruktiven Einstellung, was Erickson »yes-set« – eine Ja-Haltung – nannte. Mit anderen Worten soll der erste Teil der therapeutischen Botschaft den Klienten mit-

teilen, daß der Therapeut die Sache so ähnlich sieht wie sie selbst, also mit ihnen übereinstimmt. Das macht die Klienten ebenfalls dazu bereit, mit dem Therapeuten übereinzustimmen. Sobald diese Bereitschaft erreicht ist, sind die Klienten auch offen für Anhaltspunkte in bezug auf Lösungen, dafür, etwas Neues und von ihrer bisherigen Sicht Abweichendes zu akzeptieren.

Die *Anhaltspunkte* sind gezielte therapeutische Hinweise, Aufgaben oder Anweisungen und beziehen sich auf andere Dinge, die die Klienten ausprobieren könnten, die wahrscheinlich gut für sie wären und die zu einer Lösung hinführen könnten.

Wenn das Gespräch sich auf ein klar umrissenes Problemverhaltensmuster konzentriert hatte, werden auch die Anhaltspunkte klar sein. Es können verschiedene verhaltenstherapeutische »Hausaufgaben« vorgeschlagen werden, die so geplant sind, daß sie vom Beschwerdemuster zur Lösung führen sollen. Wenn sich also beispielsweise Eltern darüber beklagen, daß ihr durchaus intelligentes Kind trotz ihrer beider Vorhaltungen und Kritik seine Schularbeiten nicht macht, dann könnte die »Hausaufgabe« der Eltern darin bestehen, jeden Tag durch Münzwurf zu bestimmen, wer jeweils der Pflicht der Hausaufgabenüberwachung enthoben ist. Wenn die Eltern möchten, daß ihr Kind die Verantwortung für seine Schularbeiten langsam alleine übernimmt, könnte man ihnen vorschlagen, durch Münzwurf die Tage zu bestimmen, an denen sie beide gegenüber ihrem Kind die Hausaufgaben mit keinem Wort erwähnen werden. In beiden Fällen würden sie zudem noch beauftragt werden, die Unterschiede zwischen den verschiedenen Tagen zu beobachten. Wenn die Eltern die Anfertigung der Hausaufgaben weiterhin überwachen wollen, dann könnte ein System entwickelt werden, wie sowohl sie als auch die Schule die Arbeitsergebnisse ihres Kindes schnell und ohne große Mühe überblicken könnten. Wenn die Eltern zu Anfang des Gesprächs eine bedeutsame Ausnahme im Verhalten ihres Kindes erwähnt hatten, dann würden wir sie bestärken, danach zu trachten, diese Ausnahme zur Regel zu machen. Jede dieser Aufgaben birgt in sich das Potential, das bisherige Verhaltensmuster so zu verändern, daß diese Veränderung zu dem gewünschten Ergebnis, nämlich einer besseren Hausaufgaben disziplin ihres Kindes, führt.

Häufiger jedoch sind die Beschwerden der Klienten in der ersten Stunde nicht so klar und können nicht so konkret beschrieben werden, als daß man eine der eben genannten Methoden anwenden könnte. Gerade dann erweist es sich jedoch als sehr nützlich, sich im Gespräch darauf zu konzentrieren, was sein wird, wenn die Beschwerde aufgelöst ist. Was die Klienten beschreiben, woran sie merken werden, daß ihr Problem gelöst ist, kann als

Fingerzeig für die Entwicklung eines Anhaltspunkts für eine Hausaufgabe dienen.

In solchen Situationen finden wir folgenden Gedanken Ericksons nützlich. Er schreibt, Klienten kämen gerade deshalb zur Therapie,

»weil sie nicht genau wissen, was los ist. Sie haben Probleme, und wenn sie wüßten, was genau los ist, wären sie nicht gekommen. Und weil sie nicht wissen, worin ihre Probleme wirklich bestehen, können sie das auch nicht sagen ... Und der Therapeut hört ihnen zu, mit seinen eigenen Erfahrungen im Hinterkopf, und versteht nicht, was sie sagen, ihm ist nur klarer, daß er es nicht versteht. Und dann muß er etwas tun, was eine Veränderung beim Patienten hervorruft ... irgendeine kleine Veränderung; denn der Patient möchte etwas ändern, und er wird das was sich da tut als Veränderung akzeptieren ... und dann wird sich diese Veränderung gemäß seinen eigenen Bedürfnissen weiterentwickeln« (Gordon und Meyers-Anderson, 1981, S. 16).

Es war diese Überlegung und die praktische Notwendigkeit, unseren Ausbildungskandidaten zu vermitteln, wie man bei vagen Beschwerdenbeschreibungen vorgehen kann, was uns dazu brachte, die standardisierte Hausaufgabe zu entwickeln, die wir in Erstgesprächen verwenden (de Shazer, 1984 und 1985; de Shazer und Molnar, 1984):

Wir möchten gerne, daß Sie von heute an bis zur nächsten Sitzung – so gut, daß Sie es beim nächsten Mal beschreiben können – beobachten, was sich in Ihrem Leben ereignet, von dem Sie möchten, daß es weiter so bleibt.

Mit überraschend großer Häufigkeit (50 von 56 Klienten in einer katamnethischen Untersuchung) beobachteten Klienten Dinge, von denen sie gerne hätten, daß sie so bleiben, und viele (46 der 50) bezeichnen zumindest eines dieser Dinge als »neu oder anders«. Somit ist der Weg zur Lösung bereits eingeschlagen; konkrete, beobachtbare Veränderungen haben stattgefunden.

#### *Mitteilen der Botschaft*

Nach einer Pause von etwa 10 Minuten kommt der Therapeut zurück mit der formellen Intervention des Teams an die Klienten. Der Text dieser Botschaft ist meist schriftlich abgefaßt worden, und der Therapeut trägt ihn sinngemäß vor. Vielleicht weil sie warten mußten scheinen die Klienten jetzt eine erhöhte Aufnahmebereitschaft zu haben. Die Texte der Botschaften sind relativ kurz, sie vorzutragen dauert meist keine 5 Minuten. Organisatorische Angelegenheiten, wie z.B. Terminabsprachen, werden vom Sekretariat abgewickelt, und so beendet der Therapeut jetzt schnell, aber nicht abrupt, die Sitzung.

### Die zweite und die weiteren Sitzungen

Der Hauptunterschied zwischen der ersten und allen folgenden Sitzungen liegt darin, daß ab der zweiten Sitzung wenig oder keine Notwendigkeit besteht, die Beschwerde, die ja in der ersten Sitzung bereits besprochen worden ist, nochmals ausführlich zu diskutieren. Hauptaufgabe des Therapeuten ist es statt dessen, das Gespräch darauf zu lenken, was sich in der Zwischenzeit ereignet hat, von dem die Klienten möchten, daß es weiter so bleibt. Diese Frage kann in vielen Varianten gestellt werden: »Welche Tage waren besser?« (wenn durch Münzwerfen die Tage ermittelt werden, an denen etwas Bestimmtes ausprobiert werden sollte) oder »Was tun Sie, das gut für Sie ist?« (bei weniger fest umrissenen Hausaufgaben). Das heißt, der Therapeut muß danach trachten, daß alles ausführlich zur Sprache kommt, was der Klient als beibehaltenswert empfindet. Bei jedem Punkt und jedem Verhalten, die erwähnt werden, fragt der Therapeut, ob das »neu« oder »anders« ist. Der Klient kann das bejahen oder verneinen, je nachdem, wie er es sieht. Wenn etwas nicht neu ist, sondern nur eine seltene Ausnahme darstellt, ist es dann etwas, was der Klient gerne oft erleben möchte? Wenn dieses Sammeln fertig ist, bzw. auch schon währenddessen, geht der Therapeut dazu über, nicht einfach nur danach zu fragen, was sich ereignet hat, sondern, was der Klient dafür getan hat, daß es sich ereignet hat, und was der Klient gerade vor hatte, als dieses (bemerkenswerte) Ereignis stattfand.

Wenn der Klient von einer Verbesserung berichtet (die Verschreibung hat »gepaßt« und zu einer Lösung geführt), leitet der Therapeut das Gespräch zu der Frage über: »Was können Sie tun, daß es weiter so bleibt?« Wenn etwas hilft, sollte man unserer Meinung nach dasselbe oder ähnliches weiter so machen. Das heißt, Ziel der Therapie ist es dann, dem Klienten zu helfen, daß das Neue, das sich zwischen der ersten und der zweiten Sitzung ereignet hat, sich auch weiterhin ereignet. Wenn die Eltern beobachtet haben, daß das Kind seine Schularbeiten an den Tagen gemacht hat, an denen sie beide sich aller diesbezüglichen Ermahnungen enthalten haben, dann müssen sich die Eltern, was die Schularbeiten betrifft, weiterhin zurückhalten. Nur wenn das nicht geklappt hat, müssen sie etwas anderes tun. Vielleicht hilft es, wenn sie, genau wie das Kind seine Schularbeiten zu machen vergißt, auch ab und zu vergessen, etwas für das Kind zu tun.

Wenn der Klient keine Verbesserung festgestellt hat (die Verschreibung hat nicht »gepaßt« und nicht zu einer Lösung geführt) und alles beim alten geblieben ist, soll der Therapeut dennoch fragen, welche Dinge dem Klienten gut gelingen. Häufig formulieren wir das so: »Wenn jemand nicht doch irgend etwas richtig macht, so verschlechtert sich un- r Erfahrung nach

seine Lage eher, als daß sie gleich bleibt. Was also ist es, das Sie richtig machen?« Und die Suche nach Ausnahmen von der (schlechten) Regel und nach kleinen Abweichungen, die man ausbauen kann, geht weiter. Wenn der Klient berichtet, daß das Problem sich verschlimmert hat, reagiert der Therapeut darauf in etwa folgendermaßen: »Ist die Entwicklung Ihrer Meinung nach schon auf dem Tiefpunkt angekommen, so daß Sie bald auf eine Besserung hoffen können? Oder ist der Tiefpunkt noch nicht erreicht, so daß so schnell noch keine Änderung zu erwarten ist?« In einer solchen Situation wird als Hausaufgabe gegeben, zu beobachten, welche Zeichen einer Verbesserung bzw. einer noch weiteren Verschlechterung vor der Wende zu beobachten sind.

Auch in der zweiten und allen folgenden Stunden macht der Therapeut nach ungefähr 40 Minuten eine Pause und stellt eine »Botschaft« zusammen, die wieder sowohl Komplimente für die Veränderungen oder sonstigen Fortschritte des Klienten als auch Hinweise enthält, die dem Klienten helfen sollen, Ausmaß und Tempo der Veränderung beizubehalten oder eventuell noch weiter zu erhöhen.

Wenn der Klient von Verbesserungen berichtet, wird das Intervall zwischen den Sitzungen verlängert, die zweite Sitzung findet meist eine Woche nach der ersten statt, die dritte zwei Wochen nach der zweiten, die vierte drei Wochen bis einen Monat nach der dritten. Wir haben uns zu dieser Intervallfolge entschlossen, da sie die implizite Botschaft enthält: »Da es besser läuft, brauchen Sie nicht mehr so häufig in die Therapie zu kommen.« Wenn Therapeut und Team den Eindruck haben, daß es relativ gut geht, wird der Klient gefragt, ob er glaubt, eine weitere Sitzung zu benötigen, und in welchem zeitlichen Abstand. Der Vorschlag des Klienten wird meist aufgegriffen, aber auch der Therapeut kann etwas vorschlagen, beispielsweise, sich in sechs Wochen zu einem Nachgespräch zu treffen. Solange der Klient keine Besserung registriert, bleibt der Zeitabstand zwischen den Sitzungen eine Woche.

### Evaluation und Ergebnisse

Wenn Forscher Therapien evaluieren, erheben sie meist eine Vielzahl von Variablen, Therapeuten dagegen haben meist nur ihren klinischen Eindruck zu bieten. Da wir Therapieevaluation für notwendig halten, liegt unsere Position in etwa zwischen dem Vorgehen von Forschern und dem von reinen Klinikern. Unserer Auffassung nach kann Therapieevaluation auf dem Vergleich zwischen dem, was eine Therapie zu bewirken verspricht, und ihren beobachteten Ergebnissen basieren.

Um die am BFTC erzielten Ergebnisse mit anderen vergleichen zu können, beschlossen wir von Anfang an, uns in dieser Beziehung nach Weakland et al. (1974) zu richten. Da unsere Nachuntersuchung auf den Selbstbeurteilungen der Klienten beruht, kann man gegen unsere Ergebnisse alle Einwände ins Felde führen, mit denen die Validität von Selbstbeurteilungen in Zweifel gezogen wird. Wir erkennen an, daß dies eine schwierige Frage ist, möchten aber darauf hinweisen, daß am Anfang der Therapie ebenfalls eine Selbstbeurteilung steht: Ein Klient berichtet über etwas, das er als Problem, und als so schwieriges Problem obendrein, einschätzt, daß er deshalb eine Therapie machen will. Demnach kann die sechs Monate bis ein Jahr nach der Therapie abgegebene Selbstbeurteilung, er habe keine Probleme mehr, derentwegen er sich zu einer Therapie veranlaßt sähe, ebenso als Indikator für den Therapieerfolg genommen werden.

1. Die Form von Kurztherapie, wie sie am BFTC durchgeführt wird, erzielt offensichtlich innerhalb kurzer Zeit und mit einer begrenzten Anzahl von Sitzungen Erfolge. Zwischen 1978 und 1983 behandelten wir 1600 Fälle, die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen pro Fall lag bei 6. Eine telefonische Nachuntersuchung einer repräsentativen Stichprobe von 25 % der Fälle (wobei die Telefongespräche von Mitarbeitern geführt wurden, die mit den jeweiligen Fällen nichts zu tun gehabt hatten) zeigte, daß 72 % entweder ihr Therapieziel erreicht oder das Gefühl hatten, es seien so viele Verbesserungen eingetreten, daß keine Therapie mehr nötig sei. Weakland et al. (1974) berichten eine ähnliche Erfolgsrate bei einem Durchschnitt von 7 Sitzungen pro Fall.

2. Die am BFTC durchgeführte Form der Kurztherapie scheint auch dann erfolgreich zu sein, wenn die Probleme und/oder Ziele vage sind und nicht genau definiert werden können. Wir haben in diesem Zusammenhang eine Untersuchung speziell in bezug auf unsere standardisierte Erstgesprächs-Hausaufgabe durchgeführt. Von den 56 Klienten, die in die Untersuchung ursprünglich einbezogen worden waren, konnten wir nach einem Nachuntersuchungszeitraum von 6 Monaten bis zu einem Jahr allerdings nur 28 erreichen. Auf die Frage »Als Sie in Therapie kamen, war Ihr Hauptproblem ... Hat es sich gebessert, ist es gleich geblieben oder hat es sich verschlechtert?« antworteten 23 der 28, daß sich ihr Problem gebessert habe. Die durchschnittliche Zahl der Sitzungen pro Fall (bezogen auf die 56 Fälle), war fünf – was eine weitere Senkung des Gesamtdurchschnitts der Sitzungen pro Fall während der vorangegangenen zwei Jahre darstellt. Die Ergebnisse unserer Nachkontrolle stützten unseren klinischen Eindruck, nämlich, daß wir und die bei uns in Ausbildung befindlichen Therapeuten, seit wir Mitte 1982 begonnen haben, mit der stand: ierten Verschrei-

bung zu arbeiten, mehr Erfolg bei nur vage beschriebenen Beschwerden hatten.

3. Auch schnelle Erfolge können von Dauer sein. In derselben Nachuntersuchung wurden die Klienten auch zu den Veränderungen befragt, die sie in der zweiten Stunde berichtet hatten: »Während der Therapie bemerkten Sie eine Verbesserung bei ... (hier wurde jeweils das eingefügt, was sie in der zweiten Sitzung genannt hatten). Hält diese Verbesserung noch an?« 23 von 28 Klienten bejahten diese Frage. Wenn die Zahl der Befragten auch sehr klein ist, so fühlen wir uns dennoch von der einheitlichen Tendenz der Antworten ermutigt.

4. Eine kleine Veränderung kann weitere Veränderungen nach sich ziehen. In der eben erwähnten Nachuntersuchung wurden die 28 Klienten auch noch zu weiteren Verbesserungen befragt. Dabei wurden die folgenden drei Fragen gestellt:

A) »Sie machten sich damals auch Sorgen wegen ... Läuft das jetzt besser? Gleich? Schlechter?«

a) 21 der 28 Befragten hatten ein zweites Problem genannt, das nicht unbedingt auch in die Therapie mit einbezogen worden war, und 11 von ihnen gaben an, daß sich auch das gebessert habe.

B) »Haben sich irgendwelche alten Probleme, von denen in der Therapie nicht die Rede gewesen war, ebenfalls seit Ende der Therapie am BFTC gebessert?«

b) 15 der 28 ehemaligen Klienten berichteten über Verbesserungen in Bereichen, von denen in den Sitzungen nicht die Rede gewesen war.

C) »Sind seit Ende der Therapie am BFTC neue Probleme entstanden?«

c) 16 der 28 Befragten verneinten diese Frage. 8 gaben an, daß ein neues Problem entstanden sei, welches aber nicht so gravierend sei, daß sie deshalb in Therapie gehen wollten. 5 berichteten, daß ein weiteres Mitglied ihrer engeren Familie wegen eines anderen Problems als dem, was sie damals vorgestellt hatten, in Therapie war.

Keines dieser Ergebnisse überraschte uns, da sie ungefähr denen unserer vorangegangenen Katamnese entsprachen. Wie auch die Ergebnisse von Fisher (1984) zeigen, besteht nach einer Kurztherapie eher eine Tendenz zu einer weiteren Verbesserung als zur Verschlechterung.

## Zusammenfassung

In diesem Beitrag haben wir eine spezielle Auffassung von der Art der Lösungen vorgestellt, mit denen Klienten zur Therapie kommen. Wir haben beschrieben, wie wir unsere Form der Kurztherapie zur Entwicklung von Lösungen einsetzen und haben einige unserer Ergebnisse dargestellt. Selbstverständlich berechtigen diese Ergebnisse noch nicht zu endgültigen Schlußfolgerungen. Es ist noch weitere klinische und strenger empirische Forschung erforderlich, da wichtige Fragen noch unbeantwortet bleiben:

— Besteht wirklich so wenig Zusammenhang wie unsere Ergebnisse es nahelegen zwischen der spezifischen Beschwerde und dem jeweiligen neuen Verhalten und den neuen Bedeutungen, die zu der Lösung führen? So widersinnig dies auf den ersten Blick erscheinen mag, unsere Arbeit weist stark in diese Richtung.

— Ist die Unterscheidung zwischen a) konkret beschriebenen Beschwerden und ebenso konkreten Zielen und b) vage beschriebenen Beschwerden und gleichermaßen vagen Zielen von bleibender Nützlichkeit?

— Welches sind die besten Möglichkeiten, das, was der Therapeut während der Sitzung tut, zu beschreiben und zu untersuchen? In welchem Verhältnis stehen die Handlungen des Therapeuten während der Sitzung zu den eingetretenen Veränderungen? Was von dem, was Therapeuten während einer Sitzung tun, sollten sie lieber unterlassen?

— Wie kann man eine Kurztherapiesituation noch günstiger gestalten als wir es hier dargestellt haben? Wir waren kontinuierlich bemüht, verschiedene Modellvorstellungen zu erarbeiten und dabei die Komplexität immer weiter zu reduzieren, bis wir unser heutiges einfaches Modell entwickelt hatten. Der Versuch, anderen unsere Modellvorstellungen verständlich zu machen, hat zu einer immer weiteren Vereinfachung geführt.

Alles in allem sind wir der Meinung, daß die Klienten bereits wissen, was sie tun können, um die Probleme zu lösen, derentwegen sie uns aufsuchen. Sie wissen nur nicht, daß sie das wissen. Unsere Aufgabe in der Kurztherapie ist es, ihnen dabei zu helfen, das Wissen, das sie bereits haben, auf neue Weise für sich nutzbar zu machen.

(Anschritt d. Verf.: Steve de Shazer, M.D., Director, Brief Family Therapy Center, 6815 West Capitol Drive, Milwaukee, Wisconsin 53116, USA.)

(Übersetzung aus dem Amerikanischen: Renate Kiefer, Rotenberg bei Heidelberg.)

## Summary

*Brief Therapy: Focused Solution Development.* — This article describes the form of brief therapy developed at the Brief Family Therapy Center. We have chosen a title similar to Weakland, Fisch, Watzlawick, and Bodin's classic paper, *Brief Therapy: «Focused Problem Resolution»* (1974) to emphasize our view that there is a conceptual relationship and a developmental connection between the points of view expressed in the two papers.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bateson, G. (1979): *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York (Dutton) Dt.: *Geist und Natur — eine notwendige Einheit*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1982.
- Berg, I. (1985): *Helping Referral sources help*. Family Therapy Networker, May–June.
- de Shazer, S. (1975): *Brief Therapy: Two's company*. Family Process 14, 1, 78–93.
- (1984): *The Death of resistance*. Family Process 23, 11–21.
- (1985): *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York (Norton).
- u. A. Molnar (1984): *Four useful Interventions in brief family therapy*. Journal of Marital and Family Therapy 10, 297–304.
- Erickson, M.H. (1954): *Special Techniques of brief hypnotherapy*. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2, 109–129.
- Fisch, R., J. Weakland u. L. Segal (1983): *The Tactics of Change*. San Francisco (Jossey-Bass).
- Fisher, S. (1984): *Time-limited brief Therapy with families: a one-year follow-up study*. Family Process 23, 101–106.
- Garfield, S. (1978): *Research on client variables in psychotherapy*. In Garfield, S., u. A. Bergin (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York (Wiley).
- Glaserfeld, E. von (1984): *An Introduction into radical constructivism*. In: Watzlawick, P. (Hg.): *The Invented Reality*. New York (Norton). Dt.: *Glaserfeld, E. von: Einführung in den radikalen Konstruktivismus (Originalbeitrag)*. In: Watzlawick, P.: *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?* München, Zürich (Piper) 1981.
- Gordon, D. u. M. Meyers-Anderson (1981): *Phoenix: Therapeutic Patterns of Milton H. Erickson*. Cupertino (Meta).
- Gurman, A. (1981): *Integrative marital Therapy: Toward the Development of an interpersonal approach*. In: Budman, S. (Hg.): *Forms of Brief Therapy*. New York (Guilford).
- Haley, J. (1963): *Strategies of Psychotherapy*. New York (Grune and Stratton). Dt.: *Direktive Familientherapie, Strategien für die Lösung von Problemen*. München (Pfeiffer) 1977.
- (1973): *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York (Norton). Dt.: *Die Psychotherapie Milton H. Erickson*. München (Pfeiffer) 1978.
- (Hg.) (1967): *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York (Grune and Stratton).
- Koss, M. (1979): *Length of psychotherapy for clients seen in private practice*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 47, 210–212.
- Selvini-Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin u. G. Prata (1974): *The Treatment of children through brief therapy with their parents*. Family Process 13, 429–442.
- Watzlawick, P., J. Weakland u. R. Fisch (1974): *Change*. New York (Norton). Dt.: *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern/Stuttgart/Wien (Huber) 1974.
- Weakland, J., R. Fisch, P. Watzlawick u. A. Bodin (1974): *Brief Therapy: Focused Problem Resolution*. Family Process 13, 141–168.
- Weiner-Davis, M. (1984): *Another Useful Intervention in Brief Family Therapy*. Unpublished Manuscript.