

## **Lösungsfokussierung: Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie<sup>1</sup>**

**Peter Kaimer**

### **Zusammenfassung**

*Die Umsetzung gemeindepsychologischer Prinzipien in der beraterischen und therapeutischen Arbeit ist lange Zeit eine Sache gewesen, für die sich jede/r sein Handwerkszeug selbst suchen oder (er)finden musste. Mit dem lösungsfokussierten Ansatz liegt ein didaktisch gut aufbereitetes Modell vor, welches sowohl mit gemeindepsychologischen Prinzipien weitgehend deckungsgleich ist als auch mit Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung (spez. common factors, außertherapeutische Faktoren) harmoniert. Gemeindepsychologie und klinische Psychologie können über diesen Ansatz wieder etwas leichter zueinander in Beziehung gesetzt werden, wie das in früheren Zeiten für die Verhaltenstherapie der Fall war.*

Mein Beitrag argumentiert dafür, den lösungsfokussierten Ansatz als eine lehrbare Zugangsweise im unmittelbaren Klient/inn/enkontakt zu sehen, welche weitgehend mit gemeindepsychologischen Grundsätzen und hier besonders dem Konzept des Empowerment kompatibel ist. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass der Ansatz gewissermaßen Ressourcenaktivierung in Reinkultur darstellt – eine der drei grundlegenden, gut durch Forschung belegten Wirkkomponenten von Psychotherapie. Es sollen allerdings auch Grenzen und kritische Punkte des Ansatzes zumindest benannt werden, so wie sie sich mir nach langjähriger Erfahrung im ambulanten Setting darstellen.

### **1. Mein Weg zum psychosozialen Helfen**

Ich will hier keineswegs allzu weit ins Persönliche ausholen, sondern mich auf das Nötigste beschränken, damit meine Argumentation auf der Basis meiner eigenen Entwicklung und Erfahrung verstehbar und vielleicht auch kritisierbar wird.

1) Der Beitrag entstand im Gefolge eines frei und sehr persönlich gehaltenen Beitrags zum Thurnauer gemeindepsychologischen Treffen – das Klima, in dem dieser Beitrag damals vorgelesen wurde, will ich mit einigen der verwendeten Formulierungen andeuten und weiterleben lassen.  
Erstabdruck im „Gemeindepsychologie-Rundbrief“ (Nr. 1, Frühjahr 2004, Band 10, S. 4-20).  
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber und des Autors.

### 1.1. Gemeindepyschologisches Denken und verhaltenstherapeutische Praxis

Der Beginn meiner Erfahrungen als psychosozial Handelnder lag nach einem universitären Ortswechsel, wo ich mein Studium zu beenden gedachte. Ich stürzte mich an der neuen Universität gleichzeitig in zwei völlig unterschiedliche Praxisfelder, welche gleichwohl zum großen Spektrum psychosozialen Handelns gehören: die Arbeit im komplementären Bereich einer großen Psychiatrie mit langzeithospitalisierten Patient/inn/en einerseits und die Arbeit an einer Psychologischen Beratungsstelle der Universität mit Jugendlichen und Erwachsenen andererseits.

Im ersten Bereich lernte ich theoretisch eine Menge über Anti-, Gemeinde- und Sozialpsychiatrie, versorgte mich mit einer Weltanschauung, mit soziokulturellen Gesamtdeutungen und politischen Haltungen<sup>2</sup>. Eine vermittelbare Praxistheorie war nicht dabei. Wir – eine Gruppe von gleichgesinnten Student/inn/en und deren Partner/innen – arbeiteten engagiert und begeistert und mit viel Common Sense. Und wir teilten uns unsere Rollen je nach Begabung zu: manche waren geschickter im Umgang mit Behörden, andere in der Entwicklung und Leitung von Gruppen, dritte wieder in der Organisation.

Im zweiten Bereich – der Beratungsstelle – erhielt ich eine verhaltenstherapeutische Grundausbildung nach dem Selbstmanagementmodell Fred Kanfers mit sehr konkreter Praxistheorie und Handwerkszeug. Und obwohl auch diese Praxistheorie verbal den Anspruch hatte, der Gemeindepyschologie nahe zu stehen, wurde doch zunehmend klarer, dass dies über weite Strecken ein Lippenbekenntnis war, ein prinzipielles Sympathisieren, welches in der konkreten alltäglichen Praxis kaum sichtbar wurde. Einiges von diesem praktikablen Handwerkszeug der Beratungs- und Therapiepraxis versuchte ich bei der Arbeit mit den Psychiatriepatient/inn/en zu nutzen, was auch immer wieder in Ansätzen gelang. Und auch das gemeindepyschologische Denken wurde immer mal wieder im Kontext der mehr therapeutischen Arbeit an der Beratungsstelle zu Reflexionszwecken hervorgeholt. Doch irgendwie wollte kein Topf daraus werden.

Bei Persönlichkeiten der gemeindepyschologischen Szene, deren Nähe ich suchte, schien ich mich dafür rechtfertigen zu müssen, dass ich überhaupt therapeutisch und noch dazu im Einzelsetting arbeitete. Antworten bezüglich konkreter Handwerkszeuge, die noch dazu auf meine Arbeitssituation übertragbar gewesen wären, gab es spärlich<sup>3</sup>. Eine Ausbildung zu machen wurde sogar von manchen radikalen Gemeindepyschologen als eher ungünstig angesehen, weil man sich so in Richtung einer zu kritisierenden Therapeutisierung „zurück-

2) Z.B. über die nach wie vor spannenden Texte von Keupp/Zaumseil 1978, Keupp/Rerrich 1982 oder die von DGVT und GwG gemeinsam herausgegebene Reihe Gemeindepyschologische Perspektiven 1-4, 1983, um nur einige wenige zu nennen.

3) Erst ca. 10 Jahre später änderte sich das Klima und ich konnte – als ein besonders schönes Beispiel – bei Florian Straus den Umgang mit Netzwerkkarten lernen. Siehe Straus/Höfer 1998

ten“ lasse. Dass diese Argumentation nicht völlig abwegig war, ist sicher an manchen Absolventen heutiger Therapiecurricula beobachtbar. Dass sie mich damals kränkte und ich mich in meiner Suche nach Anschluss abgewiesen fühlte, ist ebenfalls Fakt. Aber auch bei den Psychotherapeuten konnte ich nur begrenzt heimisch werden, da die Entwicklung bereits in den späten 70er-Jahren weg von den einst beschworenen Grundpositionen verlief:

- d. h. fehlendes Interesse der VT für ‚soziale Aktivierung‘ bzw. Änderung der Verhältnisse statt allein des Verhaltens,
- zunehmend starke Einengung auf individuelle Lerngeschichten statt Einbeziehung gesellschaftlicher Analysen,
- geringes Interesse der VT für Prävention – lieber Therapie,
- zunehmendes Driften in Richtung eines hierarchischen Behandlungsstils – und damit Förderung von Passivität auf Seiten der Klienten im Sinne eines ‚Behandelt-werdens‘ nach dem ärztlichen Modell.

### 1.2. Der Spagat in der Lehre an der Universität

Nachdem ich meine eigene Lehrzeit beendet hatte, kam ich an einen klinischen-psychologischen Lehrstuhl einer Universität, baute dort gemeinsam mit einem Kollegen eine Praxis-einrichtung auf und lehrte Student/inn/en. Ich tat dies – getreu meiner persönlichen Erfahrung – in zwei thematischen Strängen: einem wöchentlich zweistündigen gemeindepyschologischen Zyklus und einem ebenfalls wöchentlichen zweistündigen verhaltenstherapeutisch orientierten Praxiszyklus – beide je über vier Semester. Und ich quälte mich damit herum, dass ich meine gemeindepyschologischen Überzeugungen nicht adäquat und „handwerklich“ verankert anbieten konnte, sondern mich auf zum Teil abstrakte Modelle, theoretische Positionen und Reflexionsangebote zurückzog, wenn dementsprechende Anfragen von studentischer Seite kamen. Ich wollte die beiden Stränge überzeugend aufeinander beziehen und miteinander verbinden und hatte doch kein mich wirklich überzeugendes Modell.

### 1.3. Der lösungsfokussierte Ansatz als praktisches Arbeiten unter der Perspektive des Empowerment

Im Rahmen meiner weiteren Beschäftigung mit Gemeindepyschologie wurde das Konzept des Empowerment (z. B. Stark 1996, Lenz/Stark 2002) zu einem Schlüsselkonzept für die mich am meisten beschäftigende unmittelbare Arbeit mit einzelnen Klient/inn/en, Paaren oder Familien. Die Frage: Wie würdige und fordere ich in ausreichendem Maße die vorhandenen bzw. anzunehmenden Stärken und bemerkenswerten Besonderheiten meiner Klient/inn/en, stelle aber andererseits auch ausreichende Hilfestellung aus meiner Erfahrung und meinem Wissen zur Verfügung? wurde zum zentralen Ausgangspunkt für eine immer wiederkehrende Auseinandersetzung mit dem skizzierten „Spagat“. Da begegnete

mir im Rahmen meiner Auseinandersetzungen mit systemischen Therapiekonzepten<sup>4</sup> der lösungsfokussierte Ansatz des Teams um Steve de Shazer und Insoo Kim Berg (Brief Family Therapy Center in Milwaukee, Wisconsin). Der Ansatz überzeugte mich aufgrund ähnlicher Merkmale, die mich ursprünglich zur VT gebracht hatten: er war einfach (wenn auch nicht leicht zu praktizieren), er fokussierte auf Beobachtbares (statt dem Interpretieren und Lesen zwischen den Zeilen den Vorzug zu geben) und er war optimistisch (wenngleich er schwierige oder unveränderliche Rahmenbedingungen achtete). Darüber hinaus standen die Ressourcen der Klient/inn/en im Zentrum der Aufmerksamkeit (welche auch für die Weiterentwicklung des Modells genutzt wurden) und das Prinzip der Ermutigung (über die Entwicklung einer komplimentierenden Beziehungsgestaltung) wurde als hohes Ziel gehandelt. Hier hatten wir alles, was aus gemeindepsychologischer Sicht bezogen auf das Individuum wichtig war: die selbstverständliche Voraussetzung von Stärken auch bei stigmatisierten, pathologisierten und ausgegrenzten Menschen sowie die gegen Demoralisierung gerichtete Ermutigung und die Vermittlung von Hoffnung und Möglichkeit ein akzeptables Leben im Rahmen der jeweiligen Bedingungen zu leben. Der Ansatz war lehrbar, didaktisch gut gegliedert und das Lernen erfolgte unter naturalistischen Bedingungen, d.h. Therapien oder Beratungen wurden als Team durchgeführt, so dass Anfänger nicht sofort dem Stress des unmittelbaren Kontaktes mit Klient/inn/en ausgesetzt wurden, solange sie sich mit der Realisierung des Modells nicht einigermaßen sicher fühlten (Kade et al. 2003).

## 2. Ausflug: Psychotherapieforschung

Sowohl im Zusammenhang mit dem lösungsfokussierten Ansatz wie auch mit gemeindepsychologischen Prinzipien – speziell dem Konzept des Empowerment – lohnt sich ein Blick in die Psychotherapieforschung. Entgegen dem Trend, der sich über die ursprünglich vor allem in den Vereinigten Staaten durch die American Psychological Association favorisierten empirisch validierten Behandlungsansätze (empirically validated treatments EVT) zeigte und der die Hauptaufmerksamkeit auf Techniken legte, welche nach einem medizinischen Behandlungsmodell bei gegebener Diagnose nach ICD zu verabreichen seien, vermittelt uns die Psychotherapieforschung der letzten 40 Jahre ein wesentlich differenzierteres Bild.

### 2.1. Allgemeine Wirkfaktoren

Ausgehend von der Suche, was denn in allen Therapieansätzen, so verschieden sie auch sein mögen, wirkt, hatte bereits Frank (1981) auf die Bedeutsamkeit so genannter allgemei-

4) Dieser Ansatz schien mir ursprünglich auch aufgrund seiner grundsätzlich gesellschaftskritischen, gemeindepsychologischen Potenz so reizvoll. Es bot sich ein Modell an, mit dem man die von der VT aufgegebenen gesellschaftliche Konstruktion von psychischem Leid geradezu bildlich modellieren konnte (Schiepek 1986). Leider hat die weitere Entwicklung auch in diesem Feld gezeigt, dass nur wenige Systemiker ein gesteigertes Interesse an solchen Analysen haben.

ner Faktoren (ursprünglich von interessierter Seite auch unspezifisch genannt) gepocht. Und in neuerer Zeit legte der erfahrene Psychotherapieforscher Michael Lambert (Asay/Lambert 1999) eine grobe Einschätzung des Beitrags verschiedener Wirkfaktoren zum Erfolg von Therapien vor, bei dem an erster Stelle so genannte außertherapeutische Faktoren, an zweiter Stelle das therapeutische Arbeitsbündnis und erst an dritter Stelle gleichauf mit der Wirkung von Hoffnung und Ermutigung die jeweiligen Techniken der diversen Therapieansätze eine Rolle spielen. Man mag diese Einschätzung hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit im konkreten Einzelfall kritisieren. Und man mag ihr sogar aus standespolitischen Gründen eher ablehnend gesonnen sein (erinnert sie doch auf unschöne Weise an die Argumente und Ergebnisse der stets argwöhnisch beäugten bzw. gar nicht zur Kenntnis genommenen Laienforschung). Die Argumentationskraft dieser Einschätzung lohnt jedoch eine sorgfältige Beschäftigung damit.

Die Rolle von Placebo, Hoffnung und Erwartungen auf Klient/inn/enseite sind ebenso wie die unbestrittene Rolle von verschiedenen Techniken oder Manualen bekannt und daher wird kaum ernsthaft zu diskutieren sein, dass diese Faktoren lohnenswerterweise im Rahmen von psychosozialer Hilfe berücksichtigt werden sollten. Auch die Rolle eines therapeutischen Arbeitsbündnisses steht hinsichtlich seiner enormen Wichtigkeit für psychosoziales Helfen außer Zweifel<sup>5</sup>. Was aber hat es mit diesen außertherapeutischen Faktoren auf sich und wie können diese für den therapeutischen Prozess genutzt werden? Gemeint sind damit all die Besonderheiten, welche die Klienten – sowohl persönlich hinsichtlich ihrer Kreativität, Eigenwilligkeit, ihrem Einfallsreichtum, ihrer persönlichen Geschichte, aber auch ihres sozialen Umfeldes, ihrer Netzwerke und Unterstützungssysteme, ja sogar der sich immer wieder ergebenden Zufälle und Wechselfälle eines Lebens ergeben – ausmachen. Und diese spielen in jeder Art von psychosozialer Hilfe eine eminent wichtige Rolle, können zudem aber auch gezielt nutzbar gemacht, in die Beratung/Therapie ‚hereingeholt‘ werden (statt als störend ausgeblendet oder sogar bekämpft zu werden). Als wir an unserer psychotherapeutischen Ambulanz in Bamberg 1984 im Rahmen einer Diplomarbeit unsere Klient/inn/en hinsichtlich der Wirksamkeit unterschiedlicher Elemente der Therapie befragten, erhielten wir damals ein Ergebnis, welches ganz deutlich in diese Richtung wies. Viele Klient/inn/en nannten u.a. Elemente oder Ereignisse, die mit ihrem Leben außerhalb der Therapie zu tun hatten, Elemente, welche die Therapeuten „so“ nicht gemeint hatten (kreative Missverständnisse der jeweiligen Hausaufgaben oder Empfehlungen gewissermaßen), oder Elemente, welche die Klienten für sich abgewandelt und passend zu ihrem Denken und Handeln im Alltag gemacht hatten. Wir Verhaltenstherapeuten reagierten damals eher mit einer Mischung aus Verwirrung, Belustigung und Beleidigtsein, statt die nahe liegenden Schlüsse zu

5) Gerade wurden in letzter Zeit von einer Arbeitsgruppe um John Norcross – gewissermaßen als Gegengewicht zur Task Force der ‚empirically validated treatments‘ – die Ergebnisse einer Task Force ‚empirically supported relationships‘ veröffentlicht (Norcross 2002).

ziehen und besser unseren Klient/inn/en zuzuhören. Aber es geht bei diesen Folgerungen nur vordergründig um besseres Zuhören – wesentlich ist die Frage, wer bestimmt, was ein Fortschritt oder Erfolg ist und was als taugliches Mittel dafür angesehen werden kann. Lambert würde den Klienten hier wohl zumindest deutlicheres Gewicht geben (siehe die Diskussion im Sammelband von Hubble/Duncan/Miller 1999) und so eher einer Haltung des Empowerment entsprechen, welche die Selbstbestimmung und sogar den „Eigensinn“ der Klienten ebenso achtet wie ihre Hilfebedürftigkeit.

Um diesen so wichtigen außertherapeutischen Faktor scheint sich außer dem lösungsfokussierten Ansatz kaum ein anderes therapeutisches Konzept ernsthaft systematische Gedanken zu machen<sup>6</sup> und ihn auch gezielt in die praktische Umsetzung einzuplanen. Im Denkansatz der Gemeindepsychologie hatte er hingegen schon immer eine angemessene Würdigung erfahren (siehe auch die Ausführungen von Lambert/Oggles 2004).

### 2.2. Ressourcenaktivierung als Wirkkomponente

Neben der Perspektive der allgemeinen Wirkfaktoren bietet aber auch das Grawe'sche Konzept der drei Wirkkomponenten, welches er im Rahmen seiner Argumentation für eine Psychologische Therapie (Grawe 1998) ausführlich vorgestellt hatte, eine gute Möglichkeit, Ansatzpunkte, welche sowohl im lösungsfokussierten Ansatz zentral sind als auch die gemeindepsychologische Perspektive unter Empowermentgesichtspunkten auszeichnen, sowohl theoretisch als auch empirisch zu fundieren. Die unter dem Begriff der Ressourcenaktivierung dort vorgestellten Inhalte ebenso wie die damit verbundene Praxis entsprechen nämlich weitestgehend dem, was im lösungsfokussierten Ansatz unten als zentral angesehen wird. Die Arbeit mit den Stärken der Klient/inn/en nämlich auf der Basis einer maßgeschneiderten Beziehung und der möglichst konkreten Erarbeitung von Zielen des Klienten, die wiederum unter Nutzung der vorhandenen oder zu weckenden Einfallskraft, der jeweiligen vorhandenen Unterstützungssysteme, vergangener größerer oder kleiner Erfolge sowie der oft zufällig erlebten Unterschiede von Sitzung zu Sitzung verfolgt werden. Dies alles vornehmlich im Rahmen eines auf Ermutigung, Zutrauen und durchaus auch Neugier auf die oft ungewöhnlichen Lösungswege setzenden Kontextes. Allerdings gibt es bei dem von Grawe verwendeten Begriff der Ressourcenaktivierung eine Akzentuierung, welche doch zu beachten ist und einen Unterschied macht. Schaller & Schemmel (2003) erläutern diesen Unterschied in ihrem Epilog „Ressourcen – zum Stand der Dinge“: während Ressourcenorientierung eher eine grundlegende Haltung meint, welche den Klient/inn/en Ressourcen geradezu selbstverständlich unterstellt und sich auf die zu (re)konstruierende Suche nach denselben begibt, ist Ressourcenaktivierung eher mit einem technischen Verständnis der Förderung des vorhandenen Potenzials und korrekiver Erfahrungen im

6) Am ehesten wären wohl noch in hypnotherapeutischen Ansätzen Ericksonscher Prägung Überlegungen in diese Richtung zu finden.

Rahmen einer umfassenderen Fallkonzeption assoziiert. Ich will in dem vorliegenden Beitrag diesen Unterschied nicht vertiefen und verwende daher beide Begriffe als Seiten einer Münze und unterstelle damit einen Willen zur gegenseitigen Ergänzung.

### 3. Der lösungsfokussierte Ansatz kondensiert

Der lösungsfokussierte Ansatz wurde in verschiedensten Publikationen bereits ausführlich vorgestellt (Walter/Peller 2002, de Jong/Berg 1998, Kaimer 1995, 1999, de Shazer 1992a, 1992b, 1996), daher will ich mich hier auf eine knappe Skizzierung der wesentlichsten Charakteristika beschränken und lediglich die Punkte deutlicher hervorheben, die meines Erachtens für die Verträglichkeit und praktische Umsetzbarkeit auch unter gemeindepsychologischen Gesichtspunkten sprechen.

Der Ansatz wurde in den 70er-Jahren entwickelt und stellte damals eine Variante der strategischen Therapie dar. Er wurde im Rahmen einer Institution (Brief Family Therapy Center in Milwaukee, Wisconsin) entwickelt, welche zu einem großen Teil mit Menschen aus den Slums einer Großstadt zu tun hat. Formal arbeiteten die Mitglieder des BFTC im Team (eine Person führt das Interview, mehrere Mitglieder des Teams sitzen hinter einer Einwegscheibe und beobachten), die jeweiligen Treffen gliedern sich in drei Abschnitte: Interview (ca. 40 Minuten), Pause (in der sich die Person, welche das Interview durchführt für ca. 10-15 Minuten zum Team zurückzieht und berät), Rückmeldung (in der den Klienten das Ergebnis der Beratung mitgeteilt und ein neuer Termin vereinbart wird).

Im Laufe der 80er-Jahre wandelte sich der Ansatz von einer Variante strategischer Therapie zu einem Ansatz, dem man eher den narrativen oder sozialkonstruktivistischen Ansätzen (McNamee/Gergen 1992) zurechnen könnte. Dementsprechend veränderte sich der Stellenwert, den das Interview und die Rückmeldung innehatten. Ursprünglich ging es beim Interview – wie bei strategischen Therapien üblich – darum, die Sequenz der interaktionalen Problemerzeugung zu erheben, um auf diese Weise Ideen zu gewinnen, wie diese Sequenz nach der Beratung in der Pause im Rahmen der Rückmeldung durch eine geeignete Intervention gestört oder unterbrochen werden könnte. Als ein charakteristisches Markenzeichen hatte das Team des BFTC hier die Frage nach den *Ausnahmen* vom Problem entwickelt und damit in ihren Interventionen gearbeitet.

Der Wandel weg von dem strategischen Therapieverständnis ging einher mit einer neuen Sichtweise des Prozesses des Interviews, welches nun deutlicher als das *Spielen von Lösungssprachspielen*, in deren Rahmen die Klient/inn/en nun mit Hilfe geeigneter Fragen und dementsprechender Sprachspielangeboten von Therapeutenseite ihre eigenen gangbaren Schritte von der Perspektive einer *wunderbaren* Lösung entwickelten. Das heißt nun natürlich, dass sich die Rolle der Expertenschaft des oder der Therapeuten wandelte von der Expertin für die Lösung zur Expertin in der Begleitung bei der Erfindung von Lösungen.

### 3.1. Die Haltung

Lösungsfokussierte Therapeut/inn/en vertreten die Meinung, dass Schwierigkeiten, Probleme oder ‚Störungen‘, welche die Klient/inn/en in Beratung/Therapie bringen, uns über Erzählungen und Geschichten vermittelt werden. Diese Geschichten sind individuell und sozial konstruiert und erhalten oder bestätigen sich über Sprachspiele und Sprachspielerwartungen. Auch das Aufsuchen einer Beratung/Therapie ist ein aus mehreren Komponenten bestehendes Sprachspiel. Daher ist es wahrscheinlich, dass sich Klient/inn/en gemäß ihrer Erwartungen verhalten (z.B. ausschließlich über Defizite sprechen, über ihre Kindheit berichten ...). *Genaueres Zuhören* hilft uns, Sprachspielerwartungen herauszufinden und angemessen damit um zu gehen.

Diese sozialkonstruktionistische Haltung leugnet keine Fakten (ökonomische, soziale, politische, physische Missstände) und hier liegen ja auch trotz aller Bewältigungszuversicht die Grenzen psychosozialer Hilfen. Sie versucht eher Fakten und Bedeutungen auseinander zu sortieren, um anschließend Bedeutungen verhandeln zu können, wohingegen bei Fakten die Frage ihrer realistischen Veränderbarkeit mit den zur Verfügung stehenden Mitteln im Vordergrund steht.

Die Menschen, die in Beratung/Therapie kommen, werden von ihren Ressourcen her gesehen, daher ist *Anerkennung* und Hervorhebung der offen liegenden oder auch versteckten Stärken der Klient/inn/en der Königsweg des lösungsfokussierten Ansatzes. Dies kann indirekt oder direkt geschehen. Lösungsfokussiert wird hier vom Arbeiten mit Komplimenten gesprochen. Dabei handelt es sich jedoch – in Differenz zum Alltagsverständnis des Begriffes Kompliment – um eine respektvolle Haltung, welche die Entfaltung der Stärken zu befördern trachtet.

Im Fortschreiten der Beratung/Therapie entsteht aus den Angeboten der Klient/inn/en und denen der/des Therapeuten/in ein neues Spiel, an dem beide gleichermaßen verantwortlich teilhaben. Der Job der/des Therapeuten/in ist es, beharrlich und einfallsreich *Angebote für progressive Spiele* (= change-talk: ‚es ist etwas im Fluss, es verändert sich etwas, es gibt Ansätze für die Erreichung erwünschter Ziele‘) zu machen. Manche Vertreter des Ansatzes sprechen auch von der Förderung des Möglichkeitssinnes oder gar von Möglichkeiten-Therapie (O’Hanlon 1999).

Therapeut/inn/en sind so gesehen keine Expert/inn/en für richtige Lösungen oder ein besseres Leben ihrer Klient/inn/en, sondern *Expert/inn/en für die Konstruktion von Geschichten*, für Bedeutungen, die zu einem besseren Befinden, mehr Möglichkeiten, angemessenerem Bewältigen der Kund/inn/en führen sollen. Daher bleibt ihnen gar nichts anderes übrig, als *bescheiden* zu sein hinsichtlich ihrer Ansprüche an therapeutische Machbarkeit (Beerlage 1988).

Da Menschen dazu neigen, fehlende Elemente einer Geschichte mit selbst Erlebtem aufzufüllen oder mit eigenen Phantasien zu vervollständigen, besteht die Gefahr, im Laufe des jeweiligen Interviews hier in die Irre zu gehen und nicht ausreichend sorgfältig genug zu fragen und die jeweiligen Geschichten und Erzählungen sich entfalten zu lassen. Aus lösungsfokussierter Sicht gilt daher die Empfehlung und Aufforderung: *Bleibe einfach, sei dumm*. Dies wird in narrativen Ansätzen (Andersen 1996) auch als Haltung des *Nicht-Wissens* bezeichnet. Dabei geht es jedoch vor allem um ein Bemühen der Versuchung zu widerstehen allzu schnell eine Schilderung in eine Kategorie, Klassifikation, ein Modell etc. zu verwandeln und den Rest als vernachlässigbar auszublenden<sup>7</sup>.

### 3.2. Die Werkzeuge

Dabei handelt es sich um typische Fragen, welche als die *fünf nützlichen Fragetypen* unter lösungsfokussierten Ausbildungskandidat/inn/en bekannt geworden sind:

#### ■ die Einladung / Auftragsklärung

Klient/inn/en kommen aus verschiedensten Gründen in Beratung und es kann manchmal recht schwierig sein, herauszufinden, wer wofür Auftraggeber ist oder was sich Klient/inn/en eigentlich davon versprechen in Therapie oder Beratung zu kommen. Vielleicht wollen die Anwesenden der Therapeutin einen Auftrag geben, vielleicht gibt es aber noch zusätzlich jemanden, der Erwartungen an die Beratung oder Konsultation hat (Eltern, Partner, Richter, Jugendamt ...) und Therapeut/inn/en haben auch bestimmte Vorstellungen davon, welche Aufträge sie bedienen wollen und wo ihre Grenzen sind (vom Können und vom Wollen). Um einen guten Job zu machen, lohnt es, sich an folgenden Stufen zu orientieren (nach Loth 1998):

- Den *Anlass* für die Kontaktaufnahme: Anlass kann alles mögliche sein (siehe oben) und hier geht es vor allem darum, diesen noch nicht mit einem Anliegen oder gar einem Auftrag zu verwechseln; hier gibt es auch wichtige Hinweise darauf, ob eventuell eine relevante Bezugsperson der Anlass ist und eventuell diese eher ein Anliegen hat als die Person, die gerade vor einem sitzt.
- Das *Anliegen* für das Gespräch: zentrale Frage ist „was will der- oder diejenige/n hier?“ und hier kann sich in Kontrast zum Anlass bereits eine interessante Differenz ergeben (wenn z.B. das Anliegen eher darin besteht, von jemandem anderen in Ruhe gelassen zu werden, als ein Problem zu lösen, welches eine dritte Person für relevant hält); es kann sich hier um Beschwerden drehen, unter denen die betroffene Person leidet, wo sie aber (noch?) keine persönlichen Einflussmöglichkeiten sieht; es kann aber

7) Natürlich geht es hier um die Frage, wann und wie Komplexität angemessen reduziert werden muss, um reflektiert handeln zu können.

auch ein Leid benannt werden unter der sicheren Gewissheit, dass auch irgendwo Möglichkeiten zur eigenen Lösung gefunden werden können.

- Den *Auftrag* an den/die Berater/in: ausgehend von diesem Anliegen kann in einem nächsten Schritt ein Auftrag präzisiert werden und dieser kann für die jeweilige Institution oder den jeweiligen psychosozialen Helfer passend sein oder auch nicht – nicht jeder Auftrag muss oder kann bedient werden, in einem Fall kann es ethische Grenzen geben, im anderen Fall scheint vielleicht eine andere Hilfestellung adäquater.
- Und den *Kontrakt*, welcher im Laufe des aktuellen oder der folgenden Gespräche auf der Basis klarer Aufträge ausgehandelt wird.

Wenn eine andere Person Auftraggeber ist (der Partner, der Bewährungshelfer ...), so sind die Ziele des Auftraggebers mit denen des/der anwesenden Klienten/in zu verknüpfen.

#### ■ *das Wunder*

Damit eine Beratung zielgerichtet verlaufen kann, und das heißt, es klar ist, wohin es geht, welche Schritte notwendig sind, woran Fortschritt erkannt werden kann, braucht man Orientierung. Diese wird über eine realistischere oder phantastischere Vision im Sinne eines Leitsterns erzeugt. Die Wunderfrage als Universalwerkzeug hilft, einerseits das präsentierte Problem von einer erwünschten Lösung zu entkoppeln, um Einengungen vorab zu vermeiden, andererseits kann mit Hilfe der *Technik des Auflistens und Konkretisierens* ein anschauliches Bild einer erwünschten und oft auch schon gangbaren Zukunft entwickelt werden.

Bei der Wunderfrage geht es erst mal um eine Einladung zu einem Experiment, bei dem der Klient gebeten wird sich vorzustellen, nach einem relativ unspektakulären Verlauf des restlichen Tages werde er abends einschlafen und während des tiefen Schlafes werde ein Wunder geschehen, welches das, was den Klienten hierher in Therapie oder Beratung gebracht habe, lösen werde. Da er aber tief und fest schlafe, wisse er nicht, dass das Wunder geschehen sei. Die spannende Frage ist nun, wann zuerst und woran genau er dieses Wunder bemerken werde, wem das noch auffallen werde, was genau sich dadurch in seinem Leben verändern werde, welche weiteren Folgen das nach sich ziehen würde etc. etc.

Für manche Klient/inn/en ist die Wunderfrage allerdings zu phantastisch oder die Therapeutin – welche das Thema gerne noch mal aufgreifen möchte – will in einer späteren Sitzung eine Wiederholung vermeiden. Dann bietet sie eben Variationen der Frage an.

Beispiele für Variationen der Wunderfrage: Stellen Sie sich vor, wir können uns nun einen Film Ihres idealen Lebens in fünf Jahren ansehen. Stellen Sie sich vor, wir treffen uns heute in vier Jahren wieder und Ihre Entwicklung ist weitgehend zu Ihrer Zufriedenheit gelaufen – wie sieht Ihr Leben dann aus? Oder – für eher skeptische Klienten: Nehmen wir mal an, wir machen hier gemeinsam in der Beratung/Therapie einen wirklich guten Job. Was wird das Beste – unter den gegebenen Umständen – sein, das wir erreichen werden?

Die Art, wie der Therapeut die Wunderfrage stellt, transportiert die Haltung, die er bezüglich präsentierter Probleme einnimmt, für wie veränderbar er Konstellationen hält etc. Auch hier spielt die Unterscheidung zwischen Fakten und Bedeutungen eine wichtige Rolle. Die Wunderfrage zu stellen bedeutet nicht, Fakten zu leugnen oder einer Wunderheilung das Wort reden zu wollen.

Je weniger der Therapeut hinsichtlich der Ursachen der Probleme zu wissen glaubt<sup>8</sup>, desto leichter ist es für ihn, optimistisch zu sein, hinsichtlich *irgendeiner* Lösung. Positiv formuliert: Je mehr der Therapeut Nicht-Wissen hinsichtlich vermeintlicher Probleme akzeptiert, desto weniger schränkt er sich ein, hinsichtlich verschiedenster Möglichkeiten.

#### ■ *die Ausnahmen*

Hier haben lösungsfokussierte Therapeut/inn/en es mit drei verschiedenen Typen zu tun, wobei die ersten beiden noch hinsichtlich einer zeitlichen Perspektive bewertet werden können.

So genannte *versteckte Wunder* sind Ausnahmesituationen (wie klein und winzig auch immer), in denen ein Stück des Wunders unerwartet, aber registriert (und sei es erst durch die Art wie das Wunder konstruiert wurde) auftrat. Wohingegen *Ausnahmen vom Problem* (als zweite Wahl) oder eben der Beschwerde ebensolche unerwartete Zeiten sind, in denen unerklärlicher Weise das Problem nicht auftrat oder lediglich abgeschwächt auftrat. Bei beiden Phänomenen kann es sich zeitlich darum handeln, dass dieses Phänomen seit der Anmeldung auftrat, dann sprechen lösungsfokussierte Berater/innen von *pre-session change* oder es ist in der kürzeren oder längeren Vergangenheit aufgetreten, bevor überhaupt ernsthaft an therapeutische Hilfe gedacht wurde. In jedem Fall geht es darum, dieses Ereignis zu etwas Erklärungsbedürftigen zu machen, die Tatsache, dass es auftreten konnte, zu etwas Wiederholbaren und Erwartbaren zu machen. Dies geschieht meist über Fragen vom Typ: Wie kam denn das? Wem ist denn das noch aufgefallen? Was haben Sie denn da gemacht, dass das möglich war? – Alles das mit der Haltung und daraus resultierendem Ausdruck deutlicher Neugier und engagierten Interesses.

Gibt es keine Ausnahme der beiden beschriebenen Typen, dann bleibt immer noch die Option offen eine *hypothetische Ausnahme* zu konstruieren, d.h. unter welchen Bedingungen ein kleiner Schritt in die richtige Richtung möglich und vorstellbar wäre. Je nach sprachlichen Angeboten von Seiten der Klient/inn/en werden hier Konjunktiv oder Indikativ, extreme bis mittlere Verkleinerungsformen genutzt. Allerdings empfiehlt es sich, diesen Weg erst nach der Konstruktion von Skalen als Bezugspunkten zu gehen. Ganz grob gesprochen geht es hier also um das Erarbeiten von Fluktuationen, Schwankungen, welche die oft vorgetragene unveränderliche Stabilität der Beschwerden als Illusion erkennbar werden lassen sollen.

8) Lösungsfokussierte Therapeuten reduzieren Komplexität also über den Verzicht der Analyse von Hintergründen (Tiefenstrukturen) und bleiben konsequent an der Oberfläche (dem Gebrauch der Sprache (siehe de Shazer 1996).

### ■ die Skalen

Unabdingbar für den Ansatz ist die Konstruktion einer *zentralen Zielskala*, deren Enden einerseits durch das Wunder (üblicherweise die 10) andererseits durch den Entschluss Hilfe aufzusuchen oder alternativ den schlechtesten Stand (die 0) definiert sind. Hier wird dann auch der aktuelle Stand geschätzt, was wiederum die Möglichkeit eröffnet, erste Fortschritte oder Änderungen wahrzunehmen (*presession change*), zu benennen und zu analysieren (da es selten vorkommt, dass Klient/inn/en sich in Sitzungen bei 0 einschätzen). Diese Zentralskala erlaubt es auch gleich zu Beginn ein Ende zu markieren, da ein Erreichen der 10 innerhalb der Beratung weder notwendig noch sinnvoll ist, sobald Klient/inn/en wissen oder ausreichend Zuversicht darüber entwickelt haben, wie sie voranschreiten können.

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

Bei mehreren Klient/inn/en können Differenzen kreativ genutzt werden, um neue, dem Fortschreiten dienende Informationen zu erzeugen und ein Klima erwartbarer Verbesserungen zu fördern.

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

### ■ Bewältigungsfragen

Klient/inn/en sind manchmal aufgrund schwerer und schwerster Belastungen noch nicht in der Lage lösungsfokussierte Perspektiven im engeren Sinn mit zu konstruieren. Für diese ‚pessimistischen‘ Phasen bieten sich dann Fragen nach dem offensichtlichen und nicht zu leugnenden Bewältigen des Alltags, der Tatsache, dass sie hierher in Beratung/Therapie kommen, dass sie den Kampf nicht aufgegeben haben, an. Das geforderte Fingerspitzengefühl auf Seiten der Therapeut/inn/en bezieht sich hier auf die Balance zwischen Bestätigung der ausgedrückten Klage und beharrlicher Wahrnehmung von Bewältigung innerhalb dieses Leids. Es ist nicht zu erwarten, dass Klienten in einer solchen Phase mit Begeisterung auf diese Konstruktionsangebote reagieren werden, aber sie schaffen die Basis für Erweiterungen, wenn die Zeit (und das heißt vor allem der Alltag der Klient/inn/en mit seiner bedeutenden Selektionsfunktion) reif dafür ist.

### 3.3. Das Vorgehen / die Struktur

Das Ziel lösungsfokussierten Arbeitens ist es also, mit den Klient/inn/en gemeinsam Perspektiven zu entwickeln, welche sie ermutigen, möglichst selbst gefundene Schritte in Richtung ihrer angestrebten Ziele zu gehen. Dabei wird weniger von der ursprünglich präsentierten

tierten Beschwerde, dem vorgetragenen Problem ausgegangen, sondern vornehmlich vom entwickelten Wunder. Dies bedeutet nun nicht, dass die vorgetragene Beschwerde nicht ernst genommen wird, sondern spiegelt lediglich die Erfahrung der Begründer des Ansatzes wider, dass Probleme oft nur bedingt etwas mit dem zu tun haben müssen, was jemand wirklich gerne erreichen möchte. Dies kann verschiedene Gründe haben: z. B. die Problempräsentation hat lediglich eine Art Eintrittsfunktion zu Therapie/Beratung, das vorgetragene Problem steht für ein unerfülltes und vielleicht auch nur teilweise bewusstes Bedürfnis, die Beschwerde verselbständigte sich im Rahmen eines Etikettierungsprozesses. Aus lösungsfokussierter Sicht muss nun diese vorgetragene Beschwerde bzw. die Klage über geschildertes Leid ausreichend und deutlich genug gewürdigt werden – sie muss Platz haben, jedoch nicht notwendigerweise wirklich verstanden werden. Verstanden werden – im Sinne eines fast schon bildlichen Nachvollziehens – muss hingegen das Wunder (als Navigationspunkt) und die davon abgearbeiteten Ziele. Und es braucht überzeugende Anhaltspunkte, um einschätzen zu können, dass die Richtung stimmt – dies wird meist über die genannten Skalen verfolgt. Diese Skalen haben wiederum den Vorteil, dass (Berg/de Shazer 1993) ich gar nicht so genau zu verstehen brauche, wofür der jeweilige Stand genau steht. Fest steht, dass eine 3 besser ist als eine 2, und eine 3,4 besser als eine 3,1. Wie weit diese Unterschiede dann ausgearbeitet und präzisiert werden, hängt vom Verlauf des jeweiligen Gesprächs, der gemeinsamen Konstruktion von Fortschritt, der sozial eingebetteten Geschichte oder Erzählung ab. Und weil lösungsfokussierte Therapie das Geschehen außerhalb der jeweiligen Sitzungen so ernst nimmt, beginnen die meisten Sitzungen auch mit einer Variation der simplen Frage: Was hat sich verbessert? Und einer Verankerung der Antwort auf der Zentralskala. Die Antwort kann naturgemäß von *sehr viel bis gar nichts* reichen, sie kann etwas mit der am Ende der letzten Sitzung angebotenen Empfehlung zu tun haben oder auch gar nicht, sie kann als willkürlich oder reiner Zufall präsentiert werden. Im Falle von wahrgenommenen Veränderungen werden diese konkretisiert, der Anteil des Klienten herausgearbeitet, Hypothesen verfolgt, wie diese wiederholt werden können, und der Weg der Klienten bestätigt und ermutigt. Im Falle von Nicht-Veränderung oder Verschlechterung wird die Zeit seit der je letzten Sitzung in ihren Schwankungen auf der Zentralskala abgebildet und die so aufgetretenen Unterschiede hinsichtlich ihrer Relevanz bearbeitet. Das Ziel: die Erarbeitung von Unterschieden, welche wiederum für ein Fortschreiten auf dem Weg des Klienten genutzt werden können, indem ihm oder ihr diese Unterschiede und was sie genau ausmacht überhaupt einmal bewusst werden können. Bei all diesen Aktivitäten orientieren sich lösungsfokussierte Therapeut/inn/en sehr konsequent an den Änderungstheorien ihrer Klient/inn/en und vertrauen auf deren Kundigkeit und Fähigkeit, manchmal durchaus eigen-sinnig ihren Weg mit all den nötigen Um- und Abwegen zu finden.

Eine wichtige Perspektive, an der sich lösungsfokussierte Therapie orientiert, ist das Konzept von Beziehung, welche sich von der Art der jeweiligen sich entwickelnden Geschichten und Erzählungen ableitet. Dieses Konzept – für lösungsfokussiert Erfahrene erwartbar

einfach – unterscheidet zwischen Besucher-, Klagenden- und Kundengeschichten und dementsprechenden Beziehungen. Und bietet je nach Beziehungstyp entsprechende Hinweise oder Tipps hinsichtlich der Vermittlung von Empfehlungen und der Verhaltensweise bezogen auf die erarbeitete Erzählung an.

#### 4. Kritische Punkte

##### 4.1. Die Grenzenlosigkeit des Ansatzes

In den Seminaren des Begründers des Ansatzes, Steve de Shazer, wird immer wieder die Weigerung spürbar, sich mit den Grenzen des Ansatzes auseinander zu setzen. Dabei gilt es allerdings zu bedenken, dass der lösungsfokussierte Ansatz immer *beschreibend* und nicht *vorschreibend* gelehrt wird. Die Darstellungsperspektive ist also immer: Was hat in unserer Praxis in Milwaukee wie funktioniert? Und es wird auch eingestanden, dass es einen bestimmten Prozentsatz gibt, bei dem der Ansatz keine Erfolge bringt. Dabei werden Therapien oder Beratungen unterschieden, welche als schwierig angesehen werden (die Daumenregel war noch 1992: Schwierig ist eine Therapie dann, wenn es bis zur 5. Sitzung keine Fortschritte auf der Zentralskala gibt) und solche, wo der Ansatz überhaupt nichts bringt (die Angaben schwanken hier zwischen 20 und 30 %). Für den Fall einer schwierigen Therapie wurden alle denkbaren Veränderungen im Ansatz und Setting vorgeschlagen: Änderung der Zeit sich zu treffen, Änderung des Raums, Änderung der Sitzposition, Änderung des Therapeuten, Änderung der Ziele, der Einschätzung des Beziehungstyps ...

Bezüglich des Scheiterns des Ansatzes zog man sich auf eine Position des Nichtwissens zurück. Eine Änderung des Ansatzes oder eine Integration mit anderen Ansätzen wurde von de Shazer abgelehnt und ironisch als „bullshit“ bezeichnet. Die Lernenden haben den beschriebenen Ansatz also auf ihre konkrete Praxis selbst zu übertragen und zu schauen, was dort wie funktionieren kann.

Mir scheint für den lösungsfokussierten Ansatz etwas charakteristisch zu sein, was auch ähnlich für die Verhaltenstherapie gilt. Klienten, welche mit Grawes Worten (Grawe 1998) jenseits des Rubikon sind, mit denen es also möglich ist ein klares Wunder zu konstruieren und im Gefolge dann auch Ziele und Teilziele, sind auch passende Klienten für den Ansatz und umgekehrt. Klienten, welche im Gefolge von inneren Konflikten solche Visionen (noch) nicht entwickeln können, welche sehr emotional reagieren bzw. ihre ersten Änderungen eben im emotionalen Bereich benennen, werden vom Standardangebot des lösungsfokussierten Ansatzes vielleicht eher enttäuscht sein. Dies hat mit der fehlenden Perspektive auf Emotionen beziehungsweise der sehr interaktionistischen Deutung<sup>9</sup> derselben zu tun – der

9) Siehe die sozialkonstruktivistischen Sichtweisen zu Emotionen im Gefolge der Wittgensteinschen Sprachphilosophie (z.B. Devilder 2001 und andere Texte der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung)

lösungsfokussierte Ansatz beschäftigt sich hier vergleichbar mit den frühen verhaltenstherapeutischen Ansätzen vor allem mit der behavioralen Dimension menschlichen Handelns. Dies hat aber auch manchmal mit der Ratlosigkeit von Praktiker/inne/n angesichts vager, nicht fassbarer Ergebnisse im Gefolge der Wunderfrage zu tun. Dabei könnte doch auch die Entwicklung eines Wunders als erstes Ziel gelten und auch dies lösungsfokussiert angegangen werden. Ein Angebot für Klienten diesseits des Rubikon also.

Ich vertrete die Position, den lösungsfokussierten Ansatz als eine besonders konsequente und fruchtbare Form der Verwirklichung und Nutzung der Wirkkomponente Ressourcenaktivierung, wie sie Grawe in seiner Konzeption einer psychologischen Therapie auf der Basis von jahrzehntelangen Forschungsbemühungen in diesem Feld formuliert hat, anzusehen. Und es scheint mir dann auch nur konsequent und in Verfolgung gemeindepsychologischer Prinzipien eines gestuften Angebots logisch in einem ersten Schritt ausschließlich mit ressourcenaktivierenden Mitteln zu arbeiten. Dies lotet die vorhandenen Stärken und Möglichkeiten der Klienten aus, verhindert vorschnelle Pathologisierung und Medikalisierung. Wenn jedoch die Grenzen eines alleinigen ressourcenaktivierenden Vorgehens offensichtlich werden steht der Nutzung der beiden anderen Wirkkomponenten – nämlich Intensionsklärung und Intensionsrealisierung – nichts im Wege. Voraussetzung dafür ist dann allerdings eine problem- und zielorientierte Fallkonzeption.

##### 4.2. Eine Variation des Machbarkeitskitsches?

Gemünzt auf die technologische Interpretation von Verhaltenstherapie bzw. Psychotherapie allgemein hat Imtraud Beerlage (1988) vor vielen Jahren vom Machbarkeitskitsch in der Psychotherapie gesprochen und gleichzeitig gewarnt. Dass diese Warnung nicht verfehlt war, sehen wir an den Entwicklungen im Gesundheitssystem – speziell der Psychotherapie –, wo die Vorstellungen und Erwartungen an empirisch validierte Techniken fröhliche Hochzeiten feiern und nach dem Vorbild der medizinischen Präparate oder Techniken eingefordert werden. Die Botschaft ist klar: für jede Störung gibt es eine bewährte, manualisierte Technik, mit deren Hilfe – vorausgesetzt diese wird fachgerecht angewandt – die benannte Störung zielsicher zum Verschwinden gebracht werden kann. So absurd das vielleicht klingt, aber auch im Rahmen der lösungsfokussierten Therapie gibt es einen solchen Kitsch von einer gänzlich anderen Seite. Dann nämlich, wenn die Kundigkeit des Klienten so verabsolutiert wird, dass Bedürftigkeit und Mangel nicht mehr gesehen oder geglaubt wird und es nur mehr auf die richtige Fragetechnik ankommt, dass der Klient doch noch auf die richtige Lösung kommt. So tragisch die Verabsolutierung der Expertenschaft der Therapeuten sein mag, die nicht nur wissen, welche Vorgehensweise die Lösung für die Klienten beinhaltet und die gar keine genaue Zielanalyse mehr machen müssen, da sie ohnehin glauben besser zu wissen, was für Klienten gut und erstrebenswert ist, so tragisch ist die Wendung ins genaue Gegenteil. Hier dürfen dann Klienten keine Hinweise des Therapeuten mehr



brauchen, werden langjährige Erfahrungen mit Problem- und Lösungskonstellationen nicht gewürdigt und wird ausgeschlossen, dass es Dynamiken gibt, welche Klienten bei der Findung von Lösungen behindern, so dass sie immer mehr desselben erreichen. Auch wird hier fatalerweise übersehen, dass es Klienten gibt, welche den Erwartungen der lösungsfokussierten Therapeut/inn/en in einer Art und Weise entsprechen (soziale Erwünschtheit), dass der Ansatz zum Scheitern verurteilt ist. Es wird nur mehr über Lösungen gesprochen, weil die Therapie das so vorschreibt und nicht, weil es für den Klienten, die Klientin wirklich nützlich ist.

#### 4.3. Missverständnisse bezüglich des Ansatzes

Ob man häufige Missverständnisse bezüglich des Ansatzes diesem selbst anlasten kann, mag bestreitbar sein. Ich denke aber, dass die oft etwas flapsigen Anmerkungen in Publikationen und Workshops sehr wohl zu solchen beigetragen haben. Dabei geht es mir im Wesentlichen um drei Punkte.

Der erste betrifft die oft anzutreffende Unterschätzung des Ansatzes. Auch wenn die Begründer immer wieder mit dem Wortspiel einfach vs. leicht die jeweiligen Interessenten zum Lächeln bringen: der Ansatz ist sehr anspruchsvoll und braucht sehr viel Praxis, um ihn zu beherrschen. Die Beobachtung von gelungenen Interviews täuscht hier in einem Maße, das sich z.B. Workshopteilnehmer anfangs gar nicht vorstellen können. Und immer wieder erlebe ich in meinen eigenen Angeboten, wie verblüfft die Teilnehmer sind, wenn sie das einmal konsequent selber ausprobieren. Das betrifft auch die häufig anzutreffende und zu Recht gleich angezweifelte Annahme, lösungsfokussierte Therapie sei zwangsläufig kurz. Das stimmt so nicht, denn die Kürze einer Therapie hat zuerst einmal mit den vereinbarten Zielen in einem konkreten Kontext zu tun. Dieser Kontext betrifft nun wieder die Möglichkeiten, die sich in diesem Kontext finden lassen: auf Seiten des Kunden, auf Seiten des vorhandenen sozialen Netzwerks. Klar bringt ein Ansatz, der so sehr auf kleine Schritte, auf machbare und beobachtbare Fortschritte, auf vorhandene Ressourcen und spontane Fluktuationen setzt, kürzere Therapien hervor als einer, der auf Persönlichkeitsveränderungen und die Durchdringung des gesamten eigenen Selbst setzt. Und trotzdem gibt es gut begründbare lösungsfokussierte Therapien, welche Jahre – vielleicht allerdings mit vergleichsweise wenigen Sitzungen – dauern können.

Der zweite Punkt betrifft die unterstellte Unmöglichkeit diesen Ansatz zu finanzieren, da doch so aufwändig mit einem kompletten Team gearbeitet werden muss. Die Frage, inwieweit mit einem Team gearbeitet werden kann, hängt von den jeweiligen Gegebenheiten ab. Sicher ist es für die Ausbildung von lösungsfokussierten Therapeut/inn/en eine ideale Rahmenbedingung mit einem Team hinter dem Monitor oder dem Einwegspiegel zu arbeiten. Im Rahmen der Ausbildung sollte aber zunehmend die Entwicklung eines „inneren“ Teams eingeübt werden, so dass in der Folge auch allein oder zu zweit gearbeitet werden kann.

Der dritte Punkt betrifft die Sicht der Beziehung. Hier wird ja, wie oben dargestellt, mit einem recht simplen Modell gearbeitet und es wäre wohl wünschenswert auch die Ergebnisse zu Klientencharakteristika zur Kenntnis zu nehmen und in die Konzeption mit einzu beziehen. Denkbar wäre hier z.B. eine Orientierung an den Arbeiten von Beutler (Beutler & Harwood 2000). Die Gefahr besteht hier m.E. darin, dass dadurch die sozialkonstruktivistische Perspektive (der Fokus liegt auf der gemeinsamen Konstruktion der Beziehung statt auf der Persönlichkeit der Klienten) wieder etwas leichter aus dem Blickfeld gerät.

#### 4.4. Wörter, Sätze, Sprache

Schließlich wäre als letzter Kritikpunkt die Einengung der Wahrnehmung und des Denkens über Therapie auf gesprochene Sprache zu benennen. Dies hat mit der Favorisierung sprachphilosophischer Erklärungsversuche durch Steve de Shazer zu tun und hier vor allem mit dem Bezug auf Ludwig Wittgensteins sprachphilosophische Ansätze. Natürlich ist die Beschäftigung mit dem Text allein schon eine schwierige und anspruchsvolle Sache. In Psychotherapie und Beratung haben jedoch kommunikative Aspekte wie Gesten, Mimik, Tonfall, Ausdruck, Haltung enorme Bedeutung. Hier eine Erweiterung zu fordern ist eine Sache – notwendig und sicher einleuchtend. Sie zu erbringen natürlich eine andere. Wenn nun aber schon die Erweiterung des Blicks auf alle Facetten des sozialen, interaktionalen Geschehens für Therapie (wie z.B. in diversen soziologischen Traditionen – z.B. symbolischer Interaktionismus – geschehen) wünschenswert erscheint, so soll nicht unterschlagen werden, dass bei Therapie und Beratung auch noch die Perspektive des Psychischen und Biologischen eine Rolle spielen könnte/sollte, wenngleich aufgrund diverser Erfahrungen mit biologistischen oder psychologisierenden – und d.h. meist auch extrem individualisierenden – Traditionen in diesem Feld, eine vehemente Gegenbewegung nachvollziehbar ist.

#### 5. Resümee

Wie meinen Argumenten zu entnehmen ist, bin ich auch, was den lösungsfokussierten Ansatz betrifft, ein Vertreter einer Ja-aber-Mentalität<sup>10</sup>, wie das Heiner Keupp vor Jahren schon generell für die Gemeindepsychologen reklamiert hat (Keupp 1995). Ich schätze den lösungsfokussierten Ansatz als Verwirklichung relevanter Anteile einer ressourcenorientierten Vorgehensweise sehr und schätze auch die Lehrbarkeit dieses Vorgehens. Ich halte Ressourcenaktivierung nach wie vor für eine wichtige Basis psychosozialen Arbeitens, welche an den Anfang jeder psychosozialen Intervention gehört und den Klient/inn/en die Chance gibt, „Normalisierung“ ohne den Umweg bzw. die Folgen von Pathologisierung und Stigmatisierung wieder zu erreichen (Kardorff 1986). Und ich sehe Ressourcenaktivierung auch als „zentrales Handlungsprinzip der Empowerment-Perspektive“, wie das Albert Lenz

10) Vielleicht wäre Ja-und-auch-Mentalität der treffendere, wenngleich sperrigere Begriff. Es geht nämlich nicht um ein Entweder-oder, sondern eindeutig um ein Sowohl-als-auch!

in seinem Beitrag des Empowerment-Buches, welches er gemeinsam mit Wolfgang Stark herausgegeben hat (Lenz 2002), so nachdrücklich und logisch begründet hat.

Zur Ressourcenaktivierung gehört m.E. neben den lösungsfokussierten Vorgehensweisen allerdings auch eine Ausbildung in Beziehungsgestaltung, wie sie z.B. die klientenzentrierten Ansätze sensu Rogers oder hypnotherapeutische Ansätze sensu Erickson anbieten. Dies wird im lösungsfokussierten Ansatz eher durch bestimmte Persönlichkeiten verkörpert (von den Gründerpersönlichkeiten z.B. Insoo Kim Berg) als explizit gelehrt.

Nach der Chance, welche der Ressourcenaktivierung als psychosoziales Angebot ausreichend gegeben werden sollte, muss aber auch die andere Seite der Medaille, nämlich das Angebot bewährter weiterer Wirkkomponenten, je nach Fallkonzeption relativ rational begründbar anschließen können. So könnte man der Forderung des Empowerment-Konzepts entsprechen: Stärken, Ressourcen, eigenwillige Lösungen anerkennen *und* Hilfe anbieten. Und natürlich lassen sich bewährte Wirkkomponenten auch ressourcenorientiert anbieten.

Die gemeindepsychologische Perspektive könnte dadurch, dass sie Anspruch erhebt auf Lösungsfokussierung, zweierlei gewinnen. Sie könnte einerseits darlegen, dass die dort vorgestellte Haltung und die Art zu denken genuin gemeindepsychologisch ist, dass sie hier dem Mainstream der psychosozialen Szene weit voraus war und dass es den laut tönenden Vertretern lösungs- wie ressourcenorientierter und -fokussierter Ansätze wohl angestanden hätte, sich bezüglich verwandter Strömungen und Vorgänger im psychosozialen Feld kundig zu machen, auf diese zu verweisen und eventuell gar ihrerseits von Gemeindepshologie zu profitieren. Dies wäre m.E. ein Gewinn an Selbstbewusstsein. Sie könnte aber zweitens gewinnen, indem sie die ausgearbeiteten Konkretisierungen dieser Haltung und Art zu denken in der Praxis aufgreift und damit eine lehrbare Methodik für die psychosoziale Arbeit zur Verfügung hätte. Gemeindepshologie wäre damit ein Stück weit praktisch greifbarer. Darüber hinaus gewänne die Gemeindepshologie über diese didaktisch ausgearbeitete Praxis aber auch noch Zugang zu den dort geleisteten Verknüpfungen mit und Verankerungen in theoretischen Konzepten wie z.B. dem symbolischen Interaktionismus, dem sozialen Konstruktivismus, der narrativen Psychologie, der Synergetik und anderen systemtheoretischen Ansätzen.

Was in all diesen therapeutischen Ansätzen – egal ob dies der lösungsfokussierte Ansatz oder ein anderer Ansatz mit Schwerpunkt in dem einen oder anderen Wirkfaktorenspektrum ist – generell zu kurz kommt, sind Fragen, wie sie typisch für gemeindepshologisches Denken sind: Wie wurde die „Krise“ auch durch gesellschaftliche Aspekte ausgelöst? Ist sie eine letztlich nachvollziehbare Antwort auf Verhältnisse? Inwieweit ist das beobachtbare Verhalten, welches ein Klient zeigt, eine Antwort auf Struktur, Erwartungen und Spielregeln der betreffenden versorgenden Institution oder Einrichtung (Praxis, Beratungsstelle...)? Werden jenseits des psychischen auch soziale Aspekte des Problems bedacht? Welche

„heimlichen“ Therapieziele leiten den psychosozialen Helfer? Dient die geplante Hilfe eher dazu, bestehende krankmachende Verhältnisse aufrechtzuerhalten als emanzipatorische Änderungen zu ermöglichen?

Diese Tatsache verweist darauf, dass die gemeindepshologische Perspektive aktueller und notwendiger denn je ist und dass eine Brücke zum klinisch psychologischen Denken gepflegt und gefestigt werden muss. Das gilt insbesondere für das Feld der Ausbildung zum/ zur Psychologischen Psychotherapeuten/in bzw. die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en und die diversen Curricula der Ausbildungsinstitute.

## 6. Literatur

- Andersen, T. (1996). Von der Behandlung zum Gespräch. In: Keller, T., Greve, N. [Eds.]. Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrieverlag, pp. 119-131.
- Asay, T., Lambert, M. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. [Eds.] siehe unten.
- Baecker, J. et al. (1992). Sozialer Konstruktivismus – eine neue Perspektive in der Psychologie. In: Schmidt, S. J. [Ed.]. Kognition und Gesellschaft. Stw 950. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bamberger, G.G. (2001<sup>2</sup>) Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: PVU.
- Berg, I.K. (1992). Familien - Zusammenhalt(en). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Berg, I.K., de Shazer, S. (1993). Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. Familiendynamik 18(2), pp. 146-162.
- Beerlage, I. (1988). Einführung. verhaltenstherapie und psychosoziale praxis, 1, pp. 8-9.
- Beutler, L. E., Harwood, T.M. (2000). Prescriptive Psychotherapy. Oxford: University Press.
- de Jong, P., Berg, I.K. (1998). Lösungen (er)finden. Dortmund: verlag modernes lernen.
- de Shazer, S. (1989). Der Dreh. Heidelberg: Carl Auer.
- de Shazer, S. (1992a). Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. Heidelberg: Carl Auer.
- de Shazer, S. (1992b). Aus der Sprache gibt es kein Entrinnen. In: Schweitzer, J. et al. [Eds.]. Systemische Praxis und Postmoderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- de Shazer, S. (1996). „Worte waren ursprünglich Zauber“. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Devilder, A. (2001). Skizzen einer sozial-konstruktivistischen Psychologie. Heft Nr. 5 der Bochumer Berichte. Herausgegeben von der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung. Zugriff über: <http://www.boag.de>
- Duncan, B. L., Miller, S. D. (2000). The Heroic Client. San Francisco: Jossey-Bass.
- Frank, J. D. (1981). Die Heiler. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gemeindepshologische Perspektiven 1-4 (1983) erschienen als Sonderreihe des DGVT-Verlags gemeinsam mit der GwG.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (1999). The Heart and Soul of Change. Washington: APA.
- Kade, S. et al. (2003). Ressourcenorientierte Therapieausbildung: Das Bamberger Modell. In: Schemmel, H., Schaller, J. [Eds.]. Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: DGVT.

- Kaimer, P. (1995). Lösungsorientiert zuerst! Ein Vorschlag. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 27, 3, pp. 389-404.
- Kaimer, P. (1999). Lösungsfokussierte Therapie. Psychotherapie Forum 7(1), pp. 8-20.
- Kardorff, E. v. (1986). Klienten. In: Rexilius, G., Grubitzsch, S. [Eds.]. Psychologie. Reinbek/H.: Rowohlt.
- Keupp, H. (1988). Riskante Chancen. Heidelberg: Asanger.
- Keupp, H. (1993). Von der „programmatischen Fortschrittlichkeit“ zur gemeindepsychologischen Identität. VPP 25/4, pp. 421-444.
- Keupp, H. (1995) Gemeindepsychologische Identitäten: Vergangenheiten und mögliche Zukünfte. In: Röhrle, B., Sommer, G. [Eds.]. Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Keupp, H., Zaumseil, M. [Eds.] (1978). Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leids. Frankfurt am Main: Suhrkamp (STW 246).
- Keupp, H., Rerrich, D. [Eds.] (1982). Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert, M. J. [Ed.]. Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th Edition. New York: Wiley and Sons.
- Lenz, A. (2002). Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: Lenz, A., Stark, W. [Eds.]. Empowerment. Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: DGVT.
- Loth, W. (1998). Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. Dortmund: verlag modernes lernen.
- McNamee, S., Gergen, K. J. [Eds.] (1992). Therapy as Social Construction. London: Sage.
- Norcross, J. C. [Ed.] (2002). Psychotherapy Relationships that work. New York: Oxford University Press.
- O'Hanlon, B. (1999). A Guide to Possibility Land. New York: Norton.
- Schaller, J., Schemmel, H. (2003). Ressourcen – zum Stand der Dinge. In: Schemmel, H., Schaller, J. [Eds.]. Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: DGVT.
- Schiepek, G. (1986). Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie. München: PVU.
- Stark, W. (1996). Empowerment. Freiburg: Lambertus.
- Straus, F., Höfer, R. (1998). Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In: Röhrle, B., Sommer, G., Nestmann, F. [Eds.]. Netzwerkkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 2. Tübingen: DGVT.
- Walter, J. L., Peller, J. E. (2002<sup>5</sup>) Lösungs-orientierte Kurztherapie. Dortmund: verlag modernes lernen.

Dr. Peter Kaimer  
Universität Bamberg, Lehrstuhl klinische Psychologie / Psychotherapie  
Postfach 1549  
96045 Bamberg  
E-Mail: peter.kaimer@ppp.uni-bamberg.de