

Kurztherapien haben sich als selbständige Behandlungsformen etabliert, und ihre Erfolge sind durch zahlreiche Studien belegt. Eine extrem geringe Anzahl therapeutischer Sitzungen stellt höchste Anforderungen an Planung, Durchführung und Verlauf einer Behandlung, müssen doch die Interventionen auf die ganz besondere Situation der einzelnen Patienten zugeschnitten werden. Steve de Shazers zunächst paradox anmutende Forderung, »die Lösung muß vorliegen, bevor das Problem verstanden wurde«, ist der Schlüssel zum Erfolg in der Kurztherapie. Bestimmte Leitlinien, die vom Autor vorgestellt werden, erleichtern dem Therapeuten ein wirkungsvolles und sicheres Vorgehen. Stellt er die starren Regeln des Entweder-Oder, die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns aller Bemühungen und den Pessimismus in Frage und vermeidet er, den Widerstand des Patienten herauszufordern, so rückt die Lösung des Problems in greifbare Nähe.

»Ein Buch, das jedem, der im psychosozialen Bereich tätig ist, zu empfehlen ist. Obgleich es weitgehend aus der therapeutischen Arbeit Erfahrungen darstellt, sind die Leitlinien in jeder beraterischen Tätigkeit umsetzbar. Diese Leitlinien sind vor allem dadurch imponierend und zur Reflexion anregend, weil permanent andere Sichtweisen, andere Zugangsweisen zur Lösung von Problemen aufgezeigt werden.«

Caritas

ISBN 3-608-95505-4

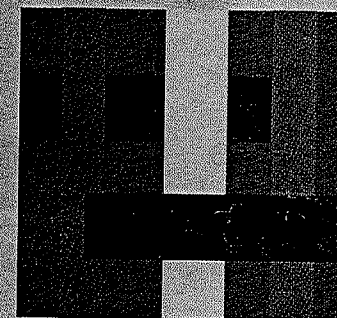
STEVE DE SHAZER

Wege der erfolgreichen Kurztherapie

Klett-Cotta



Konzepte der
Humanwissenschaften



2 Der beklagte Sachverhalt: Verdammtes Pech

Arbeiten mit einem Team: Anregend, aber nicht notwendig

Die erste Phase meiner Arbeit sah so aus, daß ich mich anhand von Ericksons (Haley, 1967b) und Haleys (1963) Werk mit der Praxis der Kurztherapie vertraut machte; in der zweiten Phase arbeitete ich vor dem Einwegspiegel, hinter dem andere mein Vorgehen beobachteten. Vor und nach jeder Sitzung besprachen wir uns, aber während der Sitzungen konzentrierten sich die Beobachter auf ihre und konzentrierte ich mich auf meine Arbeit. Im Jahr 1976 traf ich in Milwaukee auf eine Gruppe gleichgesinnter Therapeuten, die dann 1978 zusammen mit mir das *Brief Family Therapy Center* gründeten. Zum ersten Mal fragten die Beobachter, die hinter dem Spiegel gesessen hatten, nicht, weshalb im Therapieraum in dieser (und nicht in einer anderen) Weise vorgegangen worden sei. Sie überlegten vielmehr, wie sie eine effektive Arbeitsweise sowohl anderen weitergeben als auch erforschen könnten.

Ungeachtet unserer im wesentlichen gleichen Auffassung und gleichen klinischen Methoden unterschieden wir uns zum Zeitpunkt der Gründung des BFTC in gewisser Weise in unserem Sprachgebrauch: Ich war vor allem von Milton Ericksons Werk beeinflusst, während die anderen eher von der Familientherapie geprägt waren. Wir beschlossen, unseren »Sprachschwierigkeiten« im Team dadurch zu begegnen, daß wir die Sitzung jeweils an einem bestimmten Punkt unterbrachen, um eine Intervention in gemeinsamer Beratung zu konzipieren, die derjenige, der in den Therapieraum zurückkehrte, dann dem Klienten übermitteln sollte. Ehe wir diese Vereinbarung trafen, hatte ich manchmal eine Pause eingelegt und rasch einen Blick in die

Advanced Techniques (Haley, 1967b) geworfen oder Unterstützung »hinter dem Spiegel« gesucht, wenn ich das Gefühl hatte, überhaupt nicht vorwärtszukommen. Was uns nicht bekannt war: die Mailänder Gruppe hatte ein ähnliches Vorgehen entwickelt (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin und Prata, 1975; dt. 1977).

Hinter dem Spiegel entwarfen wir Lagepläne der von den Klienten beklagten Sachverhalte: Sie zeigten das Verhalten, seine Bedeutung oder seinen Kontext, die Zielvorstellungen und die Bereiche, in denen Ansätze zur Veränderung sinnvoll schienen. Unsere Interventionen waren so aufgebaut, daß sie die Kooperation zwischen Klient und Therapeut förderten. Mein Buch *Patterns of Brief Family Therapy* (de Shazer, 1982a) schildert diese Phase, in der die hinter dem Spiegel sitzenden Mitglieder des Teams sich immer aktiver an der therapeutischen Arbeit beteiligten. Wohl beschrieb ich in diesem Buch kurz, wie ich allein arbeitete, aber das Schwergewicht lag doch erkennbar auf dem, was zu den Themen klinische Forschung, Praxis und Aufbau eines Modells im Team erarbeitet worden war. Das hat vielleicht die irrige Vorstellung begünstigt, daß ein Team notwendig sei, um »in dieser Weise zu arbeiten«. Teamarbeit ist sinnvoll, soweit es um Forschung, Experiment, Lehre, praktische Schulung und den Aufbau eines Modells geht; in der unmittelbaren Arbeit mit dem Klienten können die meisten Praktiker aber – leider – nicht viel damit anfangen. Um so zu arbeiten, ist ein Team nicht unbedingt notwendig. Nützlich und anregend ist es aber ohne allen Zweifel!

Wenn mehrere Therapeuten hinter dem Spiegel sitzen, gehen in die Beobachtung des gleichen Falles die Erfahrungen mit ein, die jeder von ihnen bereits mit schwierigen Situationen und ihrer Lösung gemacht hat: Der eine erkennt in den hier vorliegenden »Daten« vielleicht die Situation A, für einen anderen bilden sie dagegen ein Beispiel für die Situation B, während einem Dritten womöglich die Situation R »einfällt«. Solange diese verschiedenen Sichtweisen mehr oder weniger zufällig aufeinander treffen, kann man sich mit der Feststellung begnügen, daß A, B und R als Lagepläne interessante Unterschiede aufweisen. Ein

Konkurrenzdenken, wenn es denn überhaupt aufkommt, dürfte in diesem Fall freundlich und humorvoll sein. Sobald diese gemeinsame Beobachtung eines Falles aber zur Regel wird und die Gruppe diese Praxis fortsetzen möchte, muß man der Kooperation ein Fundament geben, damit sich ein Team entwickeln kann.

Die polyokulare Sichtweise

Nach Bateson (1979) entwickeln sich Vorstellungen in der Weise, daß zwei oder mehr Beschreibungen des gleichen Prozesses, des gleichen Musters, des gleichen Systems oder der gleichen Sequenz in unterschiedlicher Weise gewonnen oder kodiert werden. Aus den Unterschieden, wie sie zwischen den Beschreibungen bestehen, entwickelt sich ein »Bonus« – die (größere) Vorstellung. Dieser Prozeß ist der Tiefenwahrnehmung vergleichbar: Das rechte Auge sieht Dinge, die in seiner Bahn liegen, und zugleich sieht das linke Auge die Dinge in anderer Weise. Der Unterschied zwischen den beiden Sehweisen führt zur Tiefenwahrnehmung. Selbstverständlich ist es nicht so, daß das rechte Auge »recht hat«, während das linke »nicht recht hat«, oder umgekehrt.

Wenn eine Gruppe von Therapeuten hinter dem Spiegel sitzt, kodiert oder verbindet jeder von ihnen die Informationen auf seine Weise. Es ist nicht einfach so, daß er aus einer Menge zugänglicher Informationen das Wichtige auswählt. Vielmehr bestimmt sein »Modell«, das heißt eine Gesamtheit von Annahmen, darüber, wie der einzelne Therapeut das, was er gesehen hat, konstruieren oder interpretieren wird. Jeder Therapeut in der Gruppe sieht etwas anderes (als die anderen), und daraus entsteht zumindest metaphorisch der Bonus der größeren »Tiefe«, also einer größeren Zahl von Vorstellungen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß nicht etwa die Konstruktion des einen »richtig« und die Vorstellungen der anderen »falsch« wären. Ihre Sehweisen unterscheiden sich ganz einfach; diese Unterschiede sind nützlich und wecken die Kreativität.

Die Gruppe wird zum Team

Axelrod (1984) bestätigt unsere Erfahrungen: Wenn einer Gruppe ihre eigene Zukunft »am Herzen liegt«, dann kommt Kooperation zustande, und die Gruppe entwickelt sich zum Team. Selbstverständlich muß jedes Mitglied des Teams ein hohes Maß an Vertrauen und Zuversicht in die Fähigkeiten der übrigen Teammitglieder setzen können; andernfalls wird das Team in miteinander konkurrierende Fraktionen zerfallen und als Team nichts zustande bringen. Anfangs gehörten dem BFTC-Team Mitglieder an, die verschiedenen »Schulen« entstammten, und es war notwendig, das Schuldenken einzudämmen, um die Arbeit zu erleichtern. Wir entdeckten, daß unsere Produktivität und Kreativität in dem Maße zunahm, wie wir zusammenarbeiteten, und daß sich eine »Kultur« entwickelte, die auf der Philosophie der Teamarbeit aufbaute (Ouchi, 1981).

Daneben unternahmen wir einiges, um das Zusammenwachsen des Teams zu fördern. Als erstes setzten wir uns, nachdem wir uns als »eigenständiges« Zentrum etabliert hatten, bewußt von anderen Gruppen von Familientherapeuten ab. Damit hatten wir uns den Spielraum für ein kreatives Vorgehen in unserer therapeutischen Arbeit verschafft. Ein zweiter Schritt bestand darin, daß jeder von uns seine Interview-Technik neu konzipierte. Das bedeutete vor allem eine Vereinfachung, weil nun das wegfiel, was für die verschiedenen Schulen typisch gewesen war. So gab der eine die »Inszenierungen« auf, der andere das »Skulptieren«, und alle miteinander verzichteten wir auf das »sofortige Neu-Etikettieren«. Wohl blieben individuelle Variationen in unserem Vorgehen erhalten, aber wir entwickelten doch eine gewisse Einheitlichkeit unserer Interview-Techniken, die den hinter dem Spiegel sitzenden Beobachtern ihre Arbeit erleichtert.

Wir haben zu keiner Zeit den Zweck verfolgt, eine auf der Teamarbeit basierende therapeutische Methode zu entwickeln. Vielmehr wollten wir so genau wie möglich in Erfahrung bringen, was wir taten und was an unserem Vorgehen wirkungsvoll war. Dabei waren wir uns glücklicherweise darüber einig, daß

die Änderung von Verhaltensweisen, die zum beklagten Sachverhalt gehörten – sei es, daß uns diese Änderung mitgeteilt würde, sei es, daß wir sie selbst beobachten könnten –, und das Ausbleiben von Klagen (d. h. das Verschwinden der »Symptome«) als Indikatoren des Erfolgs ausreichen sollten. Natürlich machte dieses Verständnis unserer Arbeit es notwendig, zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal Kontakt mit dem Klienten aufzunehmen, und diese »Nachuntersuchung« haben wir von Anfang an routinemäßig durchgeführt. Daneben untersuchten wir auch die kurzfristigen Wirkungen unserer Interventionen. Am Ende einer Sitzung erteilten wir in der Regel eine Art Hausaufgabe. Häufig handelte es sich dabei um eine verhaltensrelevante Aufgabe, deren Erfüllung wir dann in der nächsten Sitzung als erstes kontrollierten.

Es stellte sich rasch heraus, daß diese Aufgaben in größerem Umfang erfüllt wurden, als man vor Gründung des Teams und vor Einführung der neuen Vorgehensweisen hätte annehmen können (de Shazer, 1982a). Deutlich wurde aber auch, daß wir das gleiche Maß an Informationen erhalten konnten, ob der Klient nun seine Aufgabe erfüllte oder nicht. Und nicht nur das: Wir erkannten auch, daß wir, wenn wir die Nichterfüllung als eine Mitteilung darüber betrachteten, wie der Klient Dinge erledigte (und nicht als ein Zeichen von »Widerstand«), eine kooperative Beziehung aufbauen konnten, in der es unter Umständen gar nicht notwendig war, Aufgaben zu erteilen. Das war ein Schock für uns, denn wir hatten angenommen, daß Aufgaben eigentlich immer notwendig seien, wenn man eine Verhaltensänderung erreichen wollte. So konnten wir bei einer geringeren Zahl von Sitzungen mehr Erfolge mit mehr Klienten verzeichnen.

Der beklagte Sachverhalt – und wie es dazu gekommen ist

Um seine Arbeit tun zu können, muß der Therapeut sich gewisse Annahmen darüber zurechtlegen, wie es zu dem beklagten Sachverhalt gekommen ist und welcher Art die Lösung sein könnte.

Die hier zitierten Annahmen mögen »typisch für ihren Urheber« sein; sie sind denjenigen von Watzlawick und Kollegen (1974) und von Haley (1963, 1973) aber doch recht ähnlich. Gewisse Aspekte dieser Annahmen verweisen geradezu auf Möglichkeiten, eine Lösung zu konstruieren. Es gibt experimentelle Untersuchungen zum Thema des Problemlösens (einen Überblick bietet Mayer, 1983), aus deren Ergebnissen wir etwas über die Art der Schwierigkeiten und über die Möglichkeit des »Destruierens« von Problemen entnehmen können.

Diese Annahmen des Therapeuten haben praktisch die Funktion von Regeln für die kartographische Erfassung von Klagen und Problemen. Wenn ein Therapeut mit einer bestimmten Folge von Annahmen arbeitet – nennen wir sie »Y« –, dann ergibt sich eine bestimmte Art von Lageplan. Angenommen, der Therapeut geht davon aus, daß Symptome eine systemische Funktion besitzen, zum Beispiel die Familie zusammenhalten sollen. In diesem Fall wird er versuchen, einen Lageplan anzulegen, aus dem hervorgeht, wie diese Funktion in diesem System auch ohne das Symptom erfüllt werden kann. Wenn der Therapeut dagegen mit dem Annahmenbündel »X« arbeitet, entsteht eine andere Art von Lageplan. Zum Beispiel könnte der Therapeut annehmen, das Symptom sei nichts als »Pech« und diene keiner Funktion; er wird dann einen anderen Lageplan anlegen, der ihm anrät, das Symptom zu eliminieren und an seine Stelle das zu setzen, was vermutlich geschehen wäre, wenn der betreffende Mensch »nicht Pech, sondern Glück gehabt« hätte.

Auch wenn die hier folgenden Annahmen grundsätzlicher Art sind und den Kern der Dinge zu erfassen suchen, gibt es vermutlich noch andere Annahmen, die auf einer »tieferen« Ebene für die Praxis der Kurztherapie mit Familien gültig sind. Alle Annahmen wirken sich sozusagen im Verbund auf die Praxis aus, wobei einzelne die »Kraft« besitzen, spezifische therapeutische Interventionen unmittelbar zu lenken oder sogar vorzuschreiben, während andere die »Kraft« haben, den Therapeuten direkt darüber zu belehren, wie er ein Problem in der Weise konstruieren kann, daß sich Lösungsmöglichkeiten ergeben. In

manchen Fällen wird er vielleicht speziell *eine* bestimmte Annahme »am Werk sehen«, während er in anderen Fällen eher das Zusammenspiel zweier solcher Annahmen oder Voraussetzungen erkennt. Im folgenden wird das hypothetische Modell eines »beklagten Sachverhalts« mit den Erläuterungen unserer Annahmen verflochten. Dadurch werden die hinter den Annahmen liegenden Gedankengänge verständlich.

Annahme Eins

Der beklagte Sachverhalt steht im Zusammenhang mit einem Verhalten, das durch das Weltbild des Klienten zustande gekommen ist.

Der erste Schritt auf dem Weg zu dem, was später den beklagten Sachverhalt ergibt, scheint relativ klein, die Konsequenzen aber können »unverhältnismäßiger« Art sein. Es ist, als sagte man: »Entweder verhalte ich mich in der Weise ›A‹, oder ich glaube an die Weise ›Nicht-A‹. Aus welchem Grund (welchen Gründen) auch immer scheint ›A‹ die richtige (die logische, die beste, die einzige) Möglichkeit zu sein.« Die Folge ist, daß alles andere (alles »Nicht-A«) in Bausch und Bogen abgetan wird. Das heißt also, das »Entweder«-Verhalten (»A«) erscheint als eine Klasse für sich, und die Formen des »Oder«-Verhaltens (»Nicht-A«) scheinen alle übrigen Klassen (alle Klassen minus Klasse »A«) von Verhalten zu sein, das hätte gewählt werden können. Eine hypothetische »Klage« läßt sich aus so gut wie allem und jedem, ja sogar »aus nichts« konstruieren (Watzlawick, 1983), etwa so, wie dies im folgenden (zweifelloos allzusehr vereinfacht) beschrieben wird.

Modell eines beklagten Sachverhalts, Teil Eins

Bettnässen ist ein verhältnismäßig weitverbreitetes und ziemlich übliches Verhalten von Kindern, das je nach den Gegebenheiten leicht zum Gegenstand einer Klage werden kann. Wenn ein Kind ins Bett macht, trifft die Mutter eine Entscheidung (1) darüber, wie sie dieses Verhalten betrachten will: (a) als normales oder (b) als problematisches Verhalten. Wenn das Ergebnis lautet, daß dieses Verhalten normal ist, dann geht alles so weiter wie bisher (»verdammst nochmal, schon wieder!«). Wenn die Entscheidung aber zugunsten von (1b) getroffen wird, entwickelt sich der folgende »Baum«: Ergebnis (1b) erfordert Entscheidung (2): das Bettnässen ist (a) ein physisches Problem oder (b) ein psychisches Problem. Wird zugunsten des physischen Problems entschieden (2a), dann liegt der nächste Schritt mehr oder weniger auf der Hand, wobei die physische Intervention möglicherweise keine Abhilfe schafft. Wenn im Sinne von (2b) entschieden wird, dann stellt sich die Frage, ob man das Kind mit diesem psychischen Problem als (3) entweder (a) böse oder (b) verrückt ansehen will.

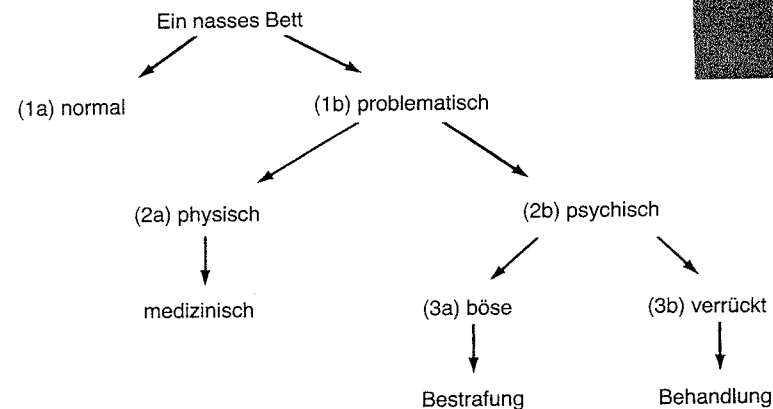


Abb. 2.1: Der »Baum« zum beklagten Sachverhalt

Ist die Mutter der Meinung, daß das Problem des Kindes psychischer Art ist (2b), dann ist der nächste Schritt nicht so eindeutig. Wenn das Kind als »böse« (3a) betrachtet wird, dann werden alle möglichen Formen der Bestrafung angewandt, um dem schlechten oder bösen Verhalten ein Ende zu machen. Betrachtet die Mutter das Kind als »verrückt« (3b), dann versucht sie es vielleicht mit irgendeiner Form der – professionellen oder nichtprofessionellen – Behandlung. Natürlich ist die Situation häufig noch komplizierter:

An jedem Punkt in dieser Folge möglicher Entscheidungen (1, 2 oder 3) kann es einem Kind passieren, daß ein Elternteil sich für »a« und der andere sich für »b« entscheidet, und es mag auch Eltern geben, die diese Entscheidung zwischen »a« und »b« überhaupt nicht treffen können. Insoweit kann das Bettnässen auch in dem Sinne betrachtet werden, daß das Kind »einen Keil zwischen die Eltern treibt« – ein Lageplan, für den viele Therapeuten sich entscheiden –, und damit entsteht unter Umständen ein noch größeres Problem (4): entweder (a) die Mutter hat recht, oder (b) der Vater hat recht. Es gibt Familien, in denen, wenn der eine Elternteil »gewinnt«, der ganze Baum (1, 2, 3) durchgespielt wird; stellt sich dann heraus, daß der »Gewinner« im Unrecht war, dann ist der andere Elternteil an der Reihe, eine Lösung zu versuchen. Selbst die angeheiratete Verwandtschaft wird unter Umständen in diese Bemühungen um die Definition der Situation hineingezogen, und dann kann die ohnehin konfuse Sachlage vollends chaotisch werden.

Eine weitere mögliche Verzweigung (5) taucht mit der Frage auf: »Wer ist für das Problem verantwortlich zu machen?« Es kann (a) Schuld des Kindes oder (b) Schuld der Eltern sein. Und es kann entweder (a) die Schuld der Mutter oder (b) die Schuld des Vaters sein. Die Klage kann dann in verschiedener Weise konstruiert werden, je nachdem, wer »schuld« ist oder welches Bezugssystem gilt.

Annahme Zwei

Der beklagte Sachverhalt wird durch die Überzeugung des Klienten am Leben gehalten, daß das, was er bezüglich der anfänglichen Schwierigkeit zu tun beschlossen hat, das einzig Richtige und Logische gewesen sei. Deshalb kann er jetzt gar nicht mehr anders als »mehr desselben Verhaltens« zu zeigen (Watzlawick u. a., 1974), weil die zweite Hälfte der Entweder/Oder-Prämisse ja abgelehnt bzw. vergessen wurde.

Beim Autofahren müssen wir uns immer wieder entscheiden: »Soll ich jetzt nach rechts oder nach links abbiegen?« Wenn wir nach rechts abbiegen, bleibt alles, was uns auf der linken Spur erwartet hätte, unberücksichtigt und un-erfahren. In einem interaktiven System wie der Familie kann eine im Grunde ähnliche Entscheidung immer wieder gefordert sein (»Das Bett ist schon wieder naß . . .«). Vom Augenblick der »richtigen« Entscheidung an wird allerdings die Reaktion auf das nasse Bett den gleichen Gewohnheitscharakter tragen wie das nasse Bett selbst. Die Menschen halten nicht jedesmal inne, um sich von neuem für die gleiche Antwort zu entscheiden, denn sie betrachten das nasse Bett nicht jedesmal als etwas Neues, sondern eher im Sinne des »Ach, es ist mal wieder soweit«. Wir Therapeuten sagen: »Immer wieder die gleiche verdammte Geschichte.«

Modell eines beklagten Sachverhalts, Teil Zwei

Sobald die »richtige« Antwort gefunden ist (z. B. »Bettnässen ist ein Problem«), werden die Beteiligten den Versuch machen wollen, das Problem zu lösen. Wenn die Dinge so betrachtet wer-

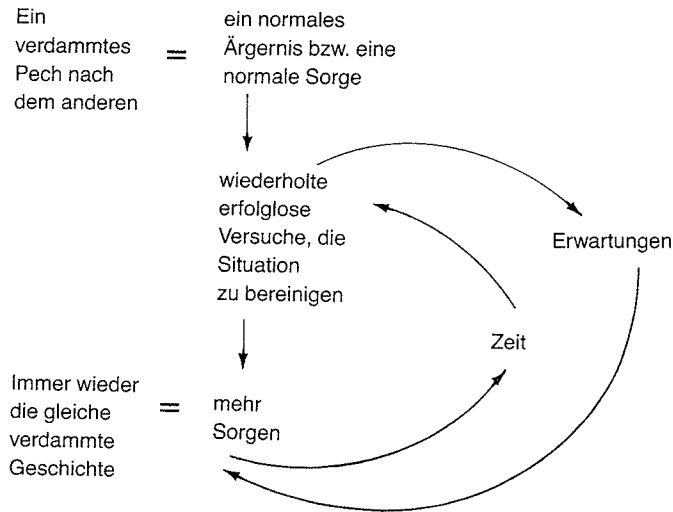


Abb. 2.2: Die Entwicklung des beklagten Sachverhaltes

den, daß das Kind sein Bett willentlich naß macht (»böse« ist), dann muß es bestraft werden. Bestrafung kann viele Formen annehmen und wird härter, wenn sie nichts bewirkt. Zunächst versucht man es mit *einer* (bestimmten) Strafe, sodann entweder mit *mehr derselben* Strafe oder aber mit einer (scheinbar) anderen Strafe (die logischerweise ebenfalls *mehr derselben* Strafe ist). Auf die Bestrafungen folgen immer wieder nasse Betten, so wie auf die nassen Betten immer wieder Bestrafungen folgen, in einem »niemals endenden« Kreislauf von Frustration und vielleicht auch Zorn. Da die anfängliche Entscheidung die einzig »richtige« war, ist der Gedanke »Immer wieder die gleiche verdammte Geschichte« ganz folgerichtig: Es muß eine »wirksame« Strafe her. Die Menschen scheinen zu glauben, daß sie sich schon finden wird, wenn sie nur lange genug danach suchen!

Der Zyklus Bestrafung/nasses Bett/Bestrafung hält an und eskaliert mit jeder neuen Runde, aber der Schluß »Das ist ein Verhalten, das bestraft werden muß« wird häufig nicht in Frage gezogen. Eine Umetikettierung des Kindes als »verrückt« oder

»normal« an den entsprechenden Stellen des Entweder/Oder-Baumes ist durch den getroffenen Schluß unmöglich gemacht, und damit sind auch die vielen anderen Schritte ausgeschlossen, die die Eltern unternehmen könnten und die nicht (logisch identisch mit) Bestrafungen sind.

Ist diese »Entweder/Oder«-Konstruktion durchschaut, dann folgt, daß *jedes denkbare* »Nicht-A«-Verhalten schon »anders genug« sein könnte (weil es die Menschen nämlich aus ihrer Unbeweglichkeit herausholt), um eine Lösung herbeizuführen. Wir können in diesem »Entweder/Oder«-Denken also den Ursprung vieler Klientenklagen erkennen. Diese Art zu denken folgt der üblichen binären Logik, und systemische Situationen lassen sich offensichtlich mit den Regeln der binären Logik nicht erfassen (Wilden, 1980). Hier ist die »systemische oder kybernetische Logik« gefragt, also das, was Bateson (1979) den »doppelten stochastischen Prozeß« oder einfacher »Zufälligkeit« nennt.

Die Rekonstruktion des Problems aus dem beklagten Sachverhalt

Mit der polyokularen Betrachtungsweise, die wir im Laufe unserer Zusammenarbeit entwickelten, hat sich der Stil unserer Interviews kontinuierlich vereinfacht: Jeder Therapeut hält die gleiche Situation anders fest (aber nicht in Konkurrenz zu den Lageplänen der Kollegen). Unserer Meinung nach erhöhen und verbessern sich die Aussichten auf eine Veränderung, wenn mehrere (verschiedene) Lagepläne vorhanden sind. Was der Klient beklagt, ist in der Regel ein sehr komplexer Sachverhalt aus einer Vielzahl von Elementen, von denen ihm irgendeins vielleicht gewichtiger erscheint als die übrigen. Nach unseren Erfahrungen sind in der Regel folgende Elemente daran beteiligt:

1. eine einzelne Verhaltensweise oder eine Verhaltenssequenz;
2. die Bedeutungen, die der Situation zugeschrieben werden;
3. die Häufigkeit des beklagten Geschehens;
4. der Schauplatz des beklagten Geschehens;

5. das Maß der Unfreiwilligkeit des beklagten Geschehens;
6. wichtige Bezugspersonen, die direkt oder indirekt mit dem beklagten Geschehen zu tun haben;
7. die Frage, wer oder was dafür verantwortlich zu machen ist;
8. der äußere Kontext (Berufstätigkeit, ökonomischer Status, Lebenskreis etc.);
9. die zugehörige physiologische Befindlichkeit;
10. die Vergangenheit;
11. ein düsteres Zukunftsbild;
12. utopische Erwartungen.

Wenn zwei oder mehr Personen mit dem Therapeuten sprechen, dann bleibt abzuwarten, ob sie, was Definition, Gewicht und Signifikanz jedes dieser Elemente angeht, der gleichen Meinung sind oder nicht. Glücklicherweise sind Paare und Familien so etwas wie Mikro-Gesellschaften; deshalb überschneiden sich häufig die einzelnen Elemente, die für wichtig gehalten werden, und jedes Element steht mit einem anderen oder auch mit mehreren anderen in einem bestimmten Zusammenhang.

In der Konstruktion des beklagten Sachverhalts ist jedes dieser Elemente mit den übrigen Elementen in der Weise verbunden, daß sie einander wechselseitig definieren. Folglich kann eine Veränderung in einem dieser Elemente zu Veränderungen in den übrigen Elementen »führen«. Das gleiche Geschehen wird unterschiedlich definiert, je nachdem, welche anderen Faktoren noch an der Situation beteiligt sind. Wir alle wissen beispielsweise, daß unsere Reaktion darauf, daß das Auto nicht anspringt, unterschiedlich ausfällt, je nachdem, wie wir uns fühlen. Wenn wir bereits niedergeschlagen sind, dann ist das bockende Auto ein weiteres Glied in der Kette der Dinge, die heute schiefgehen. Wenn wir aber »die ganze Welt umarmen könnten«, dann ist ein absterbender Motor nicht mehr als eine kleine Unannehmlichkeit. Von Fall zu Fall mag zwischen einigen Elementen ein engerer Zusammenhang bestehen als zwischen den übrigen, oder bestimmte Ele-

mente mögen eher ins Auge fallen als andere. So klagen Klienten zum Beispiel häufig darüber, daß sie sich deprimiert fühlen (gewöhnlich sagen sie, daß sie es »sind«). Manche sind in diesem Zusammenhang sogleich imstande anzugeben, wie sich das in ihrem Verhalten äußert; andere finden eben dies schwierig oder ganz unmöglich und konzentrieren sich entsprechend auf die unfreiwilligen Aspekte dieses Zustandes. Mancher erwähnt bereitwillig die Bezugsperson, die versucht, ihn aufzuheitern (und die Sache damit unter Umständen nur noch schlimmer macht), ein anderer kann das nicht und sagt lieber, daß er, wenn er so zurückdenkt, ja gute Gründe habe, niedergeschlagen zu sein. Wieder andere sind deprimiert wegen einer Sache, von der sie sicher sind, daß sie in der Zukunft eintreten (oder nicht eintreten) wird.

Der Therapeut, der das Interview durchführt, stellt Fragen zu allen oben aufgeführten und in Abb. 2.3 illustrierten Faktoren, um das Problem so definieren zu können, daß sich eine Lösung herauschälen kann. Jeder Klient hat dabei offensichtlich seine »Lieblings«themen, die er in seiner Darstellung des Problems hervorhebt. In ähnlicher Weise erfassen auch die hinter dem Spiegel sitzenden Therapeuten die Informationen jeweils so, wie sie sie für wichtig halten (wobei sie die gleichen Kategorien benutzen). Unsere kollektive Erfahrung seit 1977 besagt, daß jeder der 12 Faktoren veränderbar ist und daß auf die Veränderung eines Faktors Veränderungen bei den übrigen folgen können.

Auch wenn sich die Bausteine, aus denen sich der beklagte Sachverhalt zusammensetzt, und die Bausteine, die wir benutzen, um Interventionen zu konstruieren, nicht wie 1:1 zueinander verhalten, so lassen sich Ansatzmöglichkeiten doch deutlich an den Punkten erkennen, die der Klient hervorhebt. Wenn zum Beispiel der beklagte Sachverhalt nach den Worten des Klienten an einen ganz bestimmten Schauplatz gebunden ist, dann muß man die Aufgaben – insbesondere alles, was direkt mit dem beklagten Verhalten als solchem zu tun hat – so fassen, daß sie an einem anderen Schauplatz zu realisieren sind, damit ein kleiner

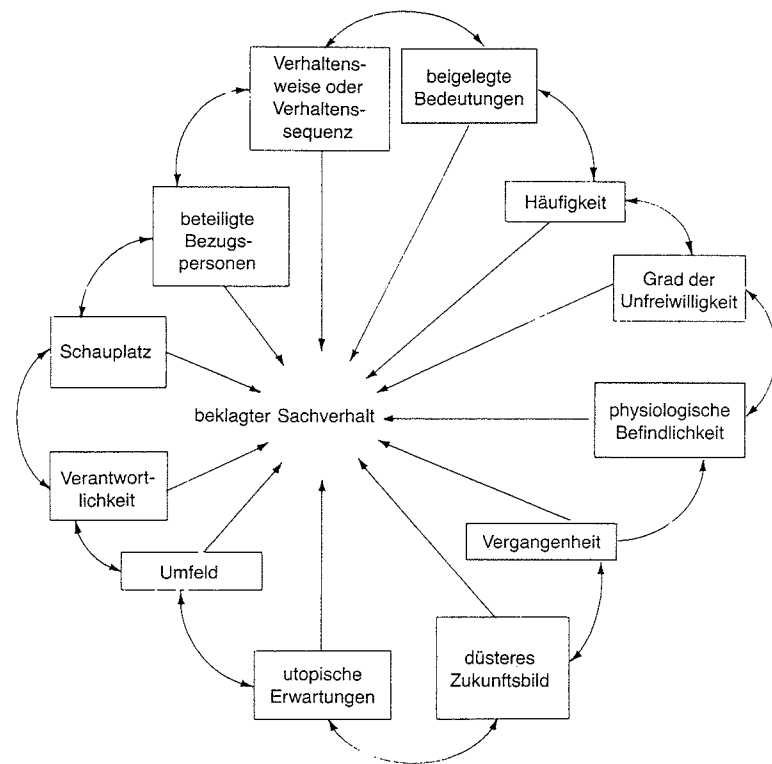


Abb. 2.3: Die Bausteine des beklagten Sachverhalts

Unterschied gewährleistet ist. Manche Paare berichten beispielsweise, daß ihre Auseinandersetzungen immer in der Küche stattfinden. Viele Verhaltensweisen sind situationsspezifisch, und der Therapeut kann solchen Klienten einfach zur Auflage machen, ihre nächste Auseinandersetzung im Schlafzimmer zu führen. Es bestehen gute Aussichten, daß die andere »Bühne« auch ein anderes Verhalten auf den Plan rufen wird. Vielleicht führt eine befriedigende sexuelle Erfahrung sie wieder zusammen. Oder der Fall liegt so, daß es sich um die Beziehung zu einer Person handelt, die nicht im Therapieraum an-

wesend ist. Dann rückt die Frage in den Vordergrund, woran die andere Person es schließlich merken wird, daß sich etwas verändert hat.

Eine Metapher

Die zwölf Faktoren sind wie zwölf verschiedene Türen, die zu Lösungen führen. Jeder Sachverhalt ist wieder anders, und die verschiedenen möglichen Lösungen sind die Türen mit den besser geölten Schlössern und Angeln. Verschiedene Türen können zu den gleichen oder zu verschiedenen Lösungen führen, aber andererseits kann sich die gleiche Tür auch zu verschiedenen Lösungen öffnen. Jede Tür kann in eine Sackgasse führen. Therapeut und Klient müssen gemeinsam erkunden, welche Tür sich aller Wahrscheinlichkeit nach am leichtesten öffnen lassen wird. Da jede ihr eigenes Schloß besitzt, für das man jeweils wieder einen anderen Schlüssel braucht (andernfalls hätte der Klient ja von selbst hinausgefunden), wäre ein Dietrich eine nützliche Sache.

Hinter dem Spiegel skizziert jedes Teammitglied die Darstellung des Klienten in seiner je eigenen Weise. Wenn das Team groß genug oder erfahren genug ist, können ausnahmslos alle Türen eine wichtige Rolle in den Lageplänen spielen, die von den einzelnen Therapeuten angelegt werden. Ein Behaviorist zum Beispiel wird wahrscheinlich am liebsten die behavioristische Tür benützen, um zur Lösung des Problems zu gelangen, aber für den Klienten, den er vor sich hat, mag diese Tür fest verschlossen sein – das heißt, die Therapie könnte fehlschlagen. Wenn ein Team hinter dem Spiegel sitzt, erkennt der Behaviorist aber vielleicht, daß andere Türen sich möglicherweise leichter öffnen lassen. Nehmen wir an, daß wir es mit einem Team aus drei Therapeuten und mit *einem* Klienten zu tun haben – dann ergeben sich mindestens vier verschiedene Realitäten, und wir verfügen über eine polyokulare Sicht.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß die Teammitglieder die Dinge nicht nur aus unterschiedlichem Blickwinkel oder

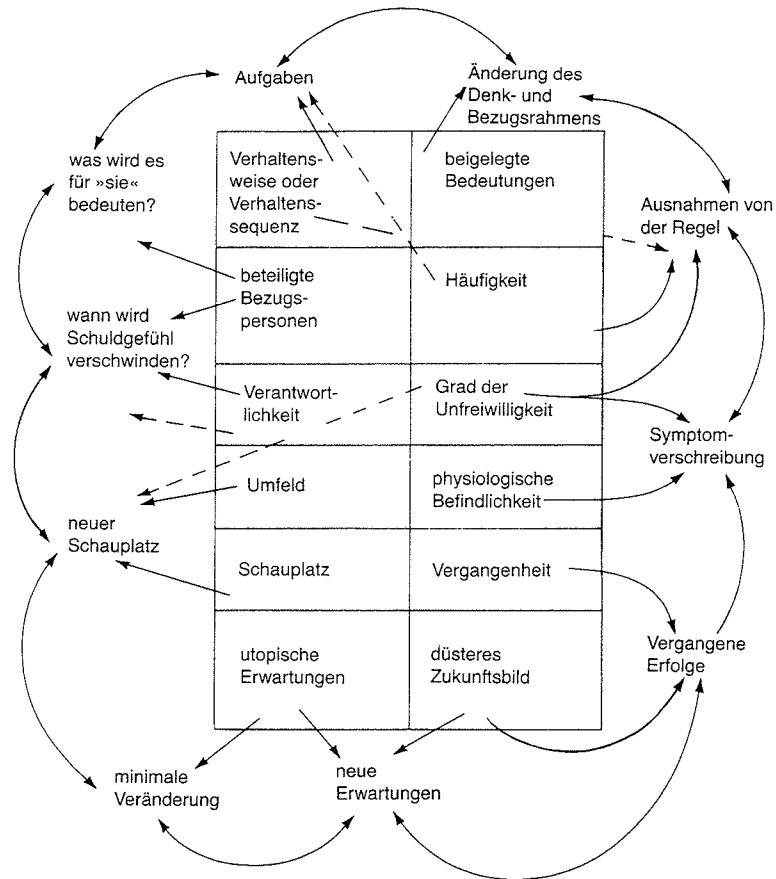


Abb. 2.4: Umwandlung des beklagten Sachverhalts in die Lösung

unterschiedlicher Perspektive betrachten, sondern daß jeder von ihnen auf der Grundlage der Informationen, die der Klient im Laufe des Gespräches liefert, eine andere therapeutische Realität konstruiert: Der eine macht seinen Lageplan vielleicht an dem fest, was der Klient mit Bezug auf eine andere Person äußert; für den anderen steht die »Befindlichkeit« des Klienten im Vordergrund; der dritte hebt den Umstand hervor, daß der

Klient sich der Unfreiwilligkeit des beklagten Sachverhalts bewußt ist. Jeder dieser Lagepläne weist – jeweils für sich – in die Richtung bestimmter Lösungsansätze. Wenn dann im Team über die Konstruktion des Problems diskutiert wird, taucht oft noch ein weiterer Ansatz auf. So könnte das Team angesichts dieser eben genannten Kombination individueller Betrachtungsweisen zum Beispiel zu dem Schluß kommen, daß man am besten beim Schauplatz ansetzt, weil »hier« die Aussichten auf eine Veränderung am größten sind.

Jeder Klient konstruiert die von ihm beklagte Realität aus diesen zwölf Faktoren, und jeder Therapeut konstruiert die therapeutische Realität (beklagter Sachverhalt plus mögliche Lösungen) aus dem gleichen Material, aber mit dem Schwerpunkt auf der Lösung. Wegen dieser anderen Gewichtung, mit der die Therapeuten ihre Konstruktionen versehen, sieht das therapeutische Problem »anders« aus als die Konstruktion, die der Klient in Form des beklagten Sachverhalts liefert. Es ist dieser Unterschied in der Konstruktion, der zur Lösung führt.

Bei der Konstruktion der therapeutischen Realität nimmt die Frage nach der Tür, die zu benutzen sich am ehesten empfiehlt, einen großen Raum ein. Das kann sich dann als sehr mühsam erweisen, wenn es die vom Klienten am wenigsten »geliebte« Tür (die verhaltensmäßige Änderung) ist, von der jedoch die Therapeuten meinen, daß sie am ehesten zu einer Lösung führen wird. Der Therapeut muß sich also Klarheit darüber verschaffen, welche Türen der Klient bevorzugt, und das erfährt er am ehesten, wenn er darauf achtet, wie der Klient den Sachverhalt schildert. Wenn er zum Beispiel depressiv ist und sagt, daß es der Gedanke an sein vergangenes Leben sei, der ihn bedrückt (wenn er sich also nicht selbst helfen kann), dann werden verhaltensbezogene Aufgaben sich am allerwenigsten empfehlen, auch wenn sie dem Therapeuten als das einfachste erscheinen und möglicherweise am raschesten zu einer Lösung führen würden. In diesem Fall geht aus der Schilderung des Klienten und aus seiner Sprache (Watzlawick u. a., 1974) hervor, daß die Depression ungewollt ist und daß er sie seinen früheren Handlungen

oder anderen Personen anlastet. Zwei Arten von »Schlüsseln« (therapeutischen Interventionen) könnten sich in diesem Fall als dienlich erweisen. Der eine besteht in einer »Symptomverschreibung«: Der Therapeut rät dem Klienten, sich zu noch größerer Depressivität zu zwingen (die »unfreiwillige« Tür), um schließlich weniger depressiv zu sein. Der andere ist die Änderung des Denk- und Bezugsrahmens: die Depression wird anders betrachtet bzw. es werden ihr andere Bedeutungen beigelegt, so daß es dem Klienten allmählich sinnvoller erscheint, nicht depressiv zu sein (die Tür der »zugeschriebenen Bedeutung«). (Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Schlüsseln läßt sich nicht immer ganz sauber vornehmen, was der »Dietrich«-Aspekt zumindest mancher Interventionen erhellt). Die Schlüssel mögen brauchbar sein, aber Türschlösser und Türangeln sind vielleicht verrostet, und deshalb läßt die Lösung vielleicht auf sich warten. Welche Tür soll man benutzen? Welcher Schlüssel wird sich als brauchbar erweisen?

Häufig nähert sich der Therapeut dieser Frage in der Weise, daß er so viele Informationen wie möglich über die zwölf Elemente bzw. über das zusammenträgt, was den Klienten immer weiter in der von ihm beklagten Situation gefangenhält. Verständlicherweise sind viele Therapeuten (und andere »Nothelfer«) der Meinung, daß »mehr Informationen« der Sache dienlich sind, und in manchen Situationen trifft dies auch zu. Doch können »mehr Informationen« an irgendeinem Punkt auch zuviel sein, und dann schlägt die Dienlichkeit unter Umständen in Konfusion um. Auf der Suche nach einer Lösung sollte man nicht fragen: »Wieviel Information ist notwendig?«, sondern lieber: »Welche Art von Information wird gebraucht?«

Die Konstruktion der Lösung

Annahme Drei

Schon eine sehr kleine Veränderung kann die Lösung auf den Weg bringen.
Sobald die Veränderung in Gang gekommen ist
(Aufgabe des Therapeuten),
wird der Klient weitere Veränderungen
selbst bewirken
(»Welleneffekt« [Spiegel und Linn, 1969]).

Veränderungen nehmen eine ähnliche Entwicklung wie der kleine Irrtum, der weitreichende Folgen hat. Wenn ein Pilot in New York beim Start zum Flug nach San Francisco um einen Grad von der Richtung abweicht, wird er zu dem Zeitpunkt, zu dem er in San Francisco sein sollte, ganz erheblich von seiner Route abgekommen sein.

Hier ist vielleicht der Ort für eine einfache Regel: Klienten präsentieren einen Sachverhalt häufig nach dem Schema des *Entweder/Oder*, und in solchen Fällen kann es nützlich sein, wenn der Therapeut das Problem nach dem Schema des *Sowohl/Als auch* konstruiert. Der Schritt vom *Entweder/Oder* zum *Sowohl/Als auch* ist von Vorteil bei der Betrachtung der Gesetzmäßigkeiten und der Skizzierung des Lageplans wie auch – in einem heuristischen Sinne – auf der Ebene des Aktionsschemas. Klinische Techniken entstehen nicht nur aus der erfolgreichen Praxis, sie ergeben sich auch aus der philosophischen und konzeptionell orientierten Beschäftigung mit »Systemen« (Wilden, 1980).

Modell eines beklagten Sachverhalts, Teil Drei

Wenn die Eltern des Bettnässers mit diesem lästigen Sachverhalt fertig werden wollen, müssen sie den sich wiederholenden Zyklus zerbrechen. Mit ihren vorausgegangenen Entscheidungen

gen haben sie aber alle Möglichkeiten mit Ausnahme der Bestrafung ausgeschlossen. Eben diese ausgeschlossenen und unmöglich gemachten Reaktionen aber bergen die Chance einer Lösung des Problems (sie würden sowohl dem bisherigen elterlichen Vorgehen als auch dem Bettnässen ein Ende bereiten). Eine Belohnung, wenn das Bett trocken geblieben ist, das Ignorieren des nassen Bettes, die Belehrung des Kindes darüber, wie es sein Bettzeug selbst waschen kann, oder schließlich ein Schild im Kinderzimmer mit der Aufschrift »Mach heute nacht dein Bett naß!« – all das hat schon zum Erfolg geführt. Der springende Punkt ist, daß *jedes denkbare* neue Verhalten möglicherweise »anders genug« ist, und *alle* anderen Verhaltensweisen sind ja durch die Regel »Immer die gleiche verdammte Geschichte« ausgeklammert worden, nachdem die »richtige« Entscheidung getroffen worden war.

Bei der Suche nach einer neuen Reaktion empfiehlt es sich unserer Meinung nach, den Ausnahmen von der Regel nachzuspüren. Es klingt vielleicht sehr naiv, wenn ich sage, daß nichts jemals ganz genau so ist wie etwas anderes. Wenn das Kinderbett heute nacht, gestern nacht, vorgestern nacht usw. naß war – was die Menschen veranlaßt zu sagen: »Das Kind macht immer sein Bett naß« –, so könnte es doch immerhin sein, daß es in der einen Nacht einmal nasser ist oder in einer anderen Nacht auch einmal trockener. Das Kind wird sein Bett zu unterschiedlichen Zeiten naßmachen, und vermutlich sind die Laken nicht immer die gleichen. Auch wenn es heißt, das Kind mache immer sein Bett naß, gibt es wahrscheinlich dann und wann auch eine trockene Nacht – *Ausnahmen gegenüber der Regel* (ein wichtiges Konzept, das ich gemeinsam mit Wallace Gingerich und Michele Weiner-Davis entwickelt habe und das deutlich macht, worum es dem Therapeuten während der ersten Sitzung geht). Doch ist es häufig so, daß diese Ausnahmen unbemerkt bleiben, weil Unterschiede dieser Art nicht als Unterschiede, die irgend etwas ändern könnten, wahrgenommen werden: Der Unterschied ist zu gering oder vollzieht sich zu langsam.

Diese Abweichungen vom üblichen Muster sind genau die Art

von Information, die der Therapeut sich verschaffen muß. Es ist wichtig, daß allen Beteiligten – dem Therapeuten, dem Kind und den Eltern – klar ist, daß das Kind auf irgendeine (vielleicht unbewußte?) Weise Kenntnis davon hat, wie man es anstellt, ein trockenes Bett zu haben! Und daß es mithin Zeiten gibt, in denen in dieser Familie das Muster »trockenes Bett« wirksam ist. Der Therapeut muß in Erfahrung bringen: Welches sind die Unterschiede zwischen dem Muster »trockenes Bett« und dem Muster »nasses Bett«? Dann kann er sich überlegen, wie sich das Muster »trockenes Bett« zur Grundlage einer Intervention machen läßt, die das Problem löst. Was bedeutet der Umstand, daß das Kind ein trockenes Bett hat, für die übrigen Familienmitglieder? Welche Veränderungen ergeben sich damit in der Haltung der Eltern gegenüber dem Kind?

Natürlich hat jede auf das Muster »nasses Bett« zielende Intervention, die auf den Erfahrungen der Familie mit dem trockenen Bett – also den Ausnahmen – aufbaut, den Vorteil, daß sie *paßt*, denn sie ist Bestandteil der Realität der Familie (sie ist letzten Endes ihre Lösung des Problems). Das kann die Kooperation nur fördern und die Chancen, daß das Problem gelöst wird, nur vergrößern.

Fallbeispiel: Die perfekte Mutter*

Frau Baker kam zur Therapie und klagte über die Art ihres Umgangs mit ihren Kindern. Sie meinte, sie müsse *ein für alle Mal* aufhören, sie anzuschreien, denn das Schreien erfülle seinen Zweck nicht, und sie selbst fühle sich anschließend nur entmutigt. Im Bemühen, ein Minimalziel aufzustellen, fragte der Therapeut: »Was meinen Sie, was geschehen wird, sobald Sie damit anfangen, ›Joan, du gehst ruhiger und vernünftiger mit den Kin-

* Aus Sicherheitsgründen und um die Vertraulichkeit des Materials zu gewährleisten, geben wir unseren Fällen – speziell den auf Video aufgenommenen Fällen – jeweils eine Überschrift. Diese Überschriften sind manchmal relevant und manchmal nicht relevant.

dern um?«* Diese Formulierung formt das Ziel um: Sie macht daraus den Beginn von etwas (hier: den Beginn eines ruhigeren und vernünftigeren Umgangs mit den Kindern); es wird nicht an Frau Bakers unmöglichem Ziel festgehalten, das Schreien ein für alle Mal aufzugeben. Diesen Beginn kann Frau Baker dann selbst bestimmen und damit im vorhinein »kennen«. Zwischen den Schrei-Anfällen könnte etwas geschehen, so daß Frau Baker zwar hin und wieder immer noch schreien müßte, dies aber nicht unbedingt als Rückfall angesehen würde. – Im konkreten Fall wies der Therapeut Frau Baker an, sich wie zufällig – etwa durch Hochwerfen einer Münze – zu entscheiden, ob sie (1) schreien oder (2) ruhig und gelassen mit den Kindern umgehen wollte, und sich angesichts der Resultate darüber schlüssig zu werden, wann welche der beiden Möglichkeiten angezeigt war. Sie stellte fest, daß es manchmal das Beste war zu schreien, während sich bei anderen Gelegenheiten der ruhige und vernünftige Umgangston als wirksamer erwies.

Mit einer in dieser Weise strukturierten Frage läßt der Therapeut nicht nur das Ziel zu einem Startpunkt werden, sondern macht darüber hinaus aus dem (in Gedanken schon) erreichten Ziel eine therapeutische Anregung. Das gestattet es dem Klienten,

* Diese etwas ungewöhnliche Satzkonstruktion wird der Leser immer dort finden, wo Interventionsbotschaften und Fragen des Therapeuten wörtlich wiedergegeben sind: »Was meinen Sie, was geschehen *wird*, *sobald* Sie damit anfangen, Joan, du gehst ruhiger und vernünftiger mit den Kindern um?« Hier sind mehrere Botschaften impliziert: (1) die Vorstellung oder Anregung, daß Joan ruhiger und vernünftiger mit ihren Kindern umgeht (in diesem Fall der Passus nach »anfangen«), (2) die Erwartung, daß Joan diesen Umgangsstil tatsächlich einführen wird (vor dem Komma steht »sobald«, nicht »falls«), (3) die Erwartung, daß ein ruhigerer und vernünftigerer Umgangston Auswirkungen haben wird, die Joan bemerken kann (es *wird etwas geschehen*).

Diese Satzkonstruktion entstammt den von Milton Erickson entwickelten Hypnosetechniken (Haley, 1967b; Erickson, Rossi und Rossi, 1976; Erickson und Rossi, 1979). Wir sind der Ansicht, daß hypnotische Techniken in der Kurztherapie unabhängig davon zur Anwendung kommen, ob eine formale Trance induziert wird oder nicht (s. auch Kapitel 5). Deshalb halten wir uns bei der Formulierung und Anwendung therapeutischer Anregungen an Ericksons Beispiel.

ten, die Veränderung als selbsterzeugt zu betrachten, und läßt den therapeutischen Eingriff ganz gering erscheinen.

Als Frau Baker zur Therapie kam, stellte sie die Dinge so dar, daß sie *entweder* die Kinder ständig anschreien *oder* aber das Anschreien ein für alle Mal einstellen müsse. Sie hatte versucht, damit aufzuhören, aber ihre Bemühungen waren fehlgeschlagen, und das hatte sie nur noch stärker entmutigt. Ihre Erwartung war allerdings unrealistisch. Es gibt im Leben jeder Mutter Augenblicke, in denen sie ihre Kinder anschreit, und manchmal ist das Schreien wohl auch das Beste, was sie tun kann. Die therapeutische Anregung, sie solle doch ganz zufällig anfangen, einen ruhigeren und vernünftigeren Ton anzuschlagen, formte ihr problematisches Entweder/Oder-Schema in ein Sowohl/Als-auch-Schema um. Frau Baker kann *sowohl* einen ruhigen und vernünftigen Umgangston anschlagen *als auch* schreien. Die Entscheidung liegt bei ihr, und man möchte hoffen, daß sie sie in Zukunft von anderen Dingen abhängig machen wird als davon, auf welche Seite die Münze fällt.

In diesem Vorgehen steckt ein Bonus: Frau Baker berichtete von einem Welleneffekt als Folge ihres veränderten Verhaltens. Seitdem sie den Zufall über ihren Ton bestimmen ließ, erschien sie den Kinder weniger berechenbar, und entsprechend verringerten sich Häufigkeit und Intensität der »Anlässe«, die Frau Baker bewogen zu schreien. Innerhalb von drei Wochen nahm das Schreien eine neue Bedeutung an: Die Mutter meint's ernst, denn ihr Ton ist nicht ruhig und vernünftig. Diese Methode, ihr Problem anzugehen, räumte ihr ein hohes Maß an Freiheit in ihren Reaktionen ein. Das Schreien wie das Nichtschreien sind akzeptable Formen der Reaktion. Selbstverständlich umschließt das Nichtschreien eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die man sämtlich unter der Überschrift zusammenfassen kann, daß »allmählich ein ruhigerer und vernünftigerer Umgangston angeschlagen wird«. Schon die Entscheidung der Klientin, *ein einziges Mal* nicht zu schreien, wenn sie normalerweise geschrien hätte, wäre eine winzige Veränderung, die zur Bewältigung des Problems führen könnte.

Dieser Ansatz akzeptiert die Klientin ohne Einschränkung so, wie sie sich gibt (als jemand, der seine Kinder anschreit), erschilt sie nicht dafür, er verlangt nicht, daß sie sich ändert (nämlich das Schreien abstellt), und er würde das Schreien, wenn es fortgesetzt würde, nicht als ein Anzeichen von Widerstand betrachten; es handelt sich um eine *kooperative* Form der Therapie.

Fallbeispiel: Der Schlüssel

Eine Mutter kam mit ihren beiden Kindern (einer 15jährigen Tochter und einem neunjährigen Sohn) zur Therapie, weil das Mädchen, früher Musterschülerin, inzwischen dabei war, einen Rekord im Schuleschwänzen aufzustellen. Jeden Morgen sagte die Mutter, die Tochter müsse in die Schule gehen, und diese erwiderte, sie werde gehen, und machte sich dann auch rechtzeitig auf den Weg. Sobald die berufstätige Mutter das Haus verlassen hatte, kam das Mädchen zurück und verbrachte den ganzen Tag zu Hause vor dem Fernsehgerät. Da die Mutter sich so ausführlich darüber verbreitete, wie gut die schulischen Leistungen der Tochter früher gewesen waren, kam dem Therapeuten der Gedanke, nun auch den früheren Erfolgen *der Mutter* nachzugehen: Einmal hatte die Mutter ihrer Tochter die Schlüssel weggenommen, und daraufhin war das Mädchen tatsächlich in die Schule gegangen. Doch dann machte die Mutter sich Sorgen um die Sicherheit beider Kinder zwischen Unterrichtsschluß und dem Zeitpunkt, zu dem sie selbst von ihrer Arbeit nach Hause kam, und gab der Tochter die Schlüssel zurück.

Da das Wegnehmen der Schlüssel damals zum Erfolg geführt hatte, hielt das Team dies für die einfachste Intervention, die überhaupt möglich war. Die Mutter hatte aber auch ihre damaligen Bedenken mitgeteilt, und es war zu befürchten, daß sie die Anweisung, die Schlüssel wiederum an sich zu nehmen, nicht befolgen würde. Deshalb konstruierte das Team nun die folgende Botschaft.

»Wir wissen nicht, wann Marsha wieder in die Schule gehen und dort bleiben wird; und wir wissen nicht, ob Sie, die Mutter,

wissen, wann Marsha wieder in die Schule gehen wird; und wir wissen nicht, ob du, Sam, weißt, wann Marsha wieder in die Schule gehen wird; und wir wissen nicht, ob du, Marsha, weißt, wann du wieder in die Schule gehen wirst. Wir wissen nicht, *wer den Schlüssel zu diesem Problem in der Hand hat.*«*

Auf dem Heimweg von der Sitzung nahm die Mutter Marshas Schlüssel an sich, und für den nächsten Tag bat sie eine Nachbarin, Sam nach der Schule zu beaufsichtigen. Marsha ging wieder in die Schule, und zwar, wie zwei Wochen später berichtet wurde, regelmäßig. Dadurch, daß das Team die Mutter nicht unmittelbar angewiesen hatte, die Schlüssel wegzunehmen, konnte diese das Gesicht wahren und »von selbst« auf diesen Gedanken kommen. Die indirekte Methode erlaubte es also, die Intervention auf ein Minimum zu beschränken. Die Kontrolle zu einem späteren Zeitpunkt ergab auch hier, daß der Welleneffekt eingetreten war: Marsha ging in die Schule, blieb dort, nahm am Unterricht teil und erhielt wie früher gute Noten.

Annahme Vier

Überlegungen darüber, was man in einem bestimmten Fall ändern könnte, sollten ihrerseits auf der Überlegung aufbauen, wie die Realitätsauffassung des Klienten ohne den beklagten Sachverhalt aussähe.

Während des Interviews versuchen wir – und zwar sowohl vor dem Spiegel als auch dahinter –, Szenarien zu entwerfen, die zeigen, was an der Situation des Klienten *anders* sein wird, *nachdem* das therapeutische Ziel erreicht ist. Wenn zum Beispiel das trockene Bett an der Art des Umgangs des Jungen und seiner Eltern miteinander nicht viel ändert, dann sollten sich die thera-

* Die therapeutischen Botschaften, die in diesem Buch zitiert werden, sind so wörtlich wie möglich wiedergegeben.

peutischen Bemühungen vielleicht auf das Bild der Eltern von ihrem Kind und auf das Bild des Kindes von seinen Eltern konzentrieren. Wenn die in Gedanken vorweggenommene Lösung das »trockene Bett« umfaßt, dann empfiehlt es sich, vielleicht eher die Tür mit der Aufschrift »Zugeschriebene Bedeutung«, die Tür mit der Aufschrift »Verantwortlich?« oder die Tür mit der Aufschrift »Umfeld« zu benutzen als andere Türen.

Modell eines beklagten Sachverhalts, Teil Vier

Wenn die Eltern in dem nassen Bett nur eines von vielen Anzeichen dafür sehen, daß »dies ein böses Kind ist«, dann leuchtet ohne weiteres ein, daß allein mit der Neuerung »trockenes Bett« ihre Deutung der Situation sich wohl nicht so weit verändern läßt, daß damit die Lösung schon gegeben wäre. Der Therapeut muß zumindest für gewisse Zweifel sorgen, was die Bedeutung des nassen Bettes und/oder was den übergreifenden Gedanken vom »bösen Kind« angeht. Häufig kann er solche Zweifel dadurch wecken, daß er sagt, das Bett-nässen sei unter bestimmten Umständen doch ein ganz verbreitetes Problem: Wenn zum Beispiel ein besonders sensibles und kreatives Kind fälschlicherweise für ein böses Kind gehalten werde, dann werde das Bett-nässen anhalten, bis das Kind überzeugt sei (und/oder die Eltern es davon zu überzeugen vermögen), daß es das gleiche Maß an Aufmerksamkeit auch erhalten werde, wenn sein Bett trocken bleibe. (Ein Kind, das seiner Umgebung ständig Unannehmlichkeiten bereitet, kann in vielen Fällen mit Erfolg als »kreativ« hingestellt werden, und das Bett-nässen ist dann nur ein Beweis für seine Sensibilität). Natürlich muß ein trockenes Bett im Gefolge dieser Deutung mit der größten Vorsicht betrachtet werden: Die Familie muß unbedingt wissen, daß das Kind weiterhin Unannehmlichkeiten machen kann, bis es wirklich überzeugt ist!

Unabhängig von der konkreten Situation muß der Therapeut wissen, welche Bedeutung(en) der Klient dem beklagten Sachverhalt beilegt. Häufig kann man diese Bedeutung(en) in Erfah-

rung bringen, indem man fragt, wie die Dinge nach Meinung des Klienten aussehen werden, wenn das Problem erst einmal gelöst ist, Was ein »nasses Bett« bzw. was ein »trockenes Bett« bedeutet, hilft bei der Bestimmung des Denk- oder Bezugsrahmens, den der Therapeut nutzen kann, um das Problem erfolgreich zu lösen. Für das »böse Kind« reicht ein trockenes Bett allein noch nicht aus. Denn so wie dieses Kind gesehen wird, tut es vermutlich dann etwas anderes und ebenso »Böses«. Sobald dem Therapeuten diese negativen Bedeutungen (»Rahmungen«) bekannt sind, kann er eine Umdeutung vornehmen – nämlich den Denkrahmen ändern und damit den gleichen Verhaltensweisen positive Bedeutung beilegen (de Shazer, 1982a).

Annahme Fünf

Umdeutungen brauchen nur vorgeschlagen zu werden; ein neues Verhalten auf der Grundlage (irgend)einer Umdeutung kann dann die Lösung des Problems durch den Klienten in die Wege leiten.

Ein Experiment zur Frage der »Rahmung«

Duncker (1945) entwickelte das folgende Experiment, das zeigt, daß und wie der Denk- und Bezugsrahmen (Definitionen und Bedeutungen) das Geschehen beeinflusst. Gruppe Eins erhielt drei Pappschachteln, eine mit Streichhölzern, eine mit kleinen Kerzen und eine mit Reißnägeln gefüllt. Gruppe Zwei erhielt das gleiche Material, wobei sich die Streichhölzer, die Kerzen und die Reißnägeln allerdings nicht in den Schachteln befanden. Die Aufgabe bestand darin, die Kerzen in vertikaler Stellung auf eine Unterlage zu montieren, damit das Ganze als Lampe dienen konnte. Den Probanden der Gruppe Zwei fiel die Lösung der Aufgabe sehr viel leichter. In einer Wiederholung des Experiments kam Adamson (1952) zu dem Ergebnis, daß nur 41 Pro-

zent der Teilnehmer aus Gruppe Eins das Problem innerhalb von 20 Minuten lösten, während 86 Prozent der Teilnehmer aus Gruppe Zwei innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit damit fertig wurden. Es scheint, daß die Schachteln für die Teilnehmer von Gruppe Eins als »Behälter« »gerahmt« (oder definiert) waren, während es den Teilnehmern von Gruppe Zwei eher gelang, in den Schachteln, die ja nichts enthielten, potentielle »Plattformen« (eine Umdeutung der leeren Schachteln) zu sehen, auf denen sie die Kerzen befestigen konnten. Das heißt also, gewisse »Rahmungen« (z. B. »Behälter«) sind im Zusammenhang mit der Lösung dieses Problems weniger brauchbar als andere Rahmungen (z. B. »leere Schachtel«). Das führt uns direkt zu unseren Annahmen Eins (siehe S. 44) und Fünf.

Wie aus Dunckers Experiment hervorgeht, wird uns durch die Rahmungen (die Modi der Betrachtung oder Definition von Situationen) und die in ihrem Gefolge erscheinenden Benennungen (mehr oder weniger) diktiert, was wir sehen und *tun* können: Unser Blickwinkel bestimmt über das, was als nächstes erfolgt. Das scheint nicht nur für die Kunst und die Wissenschaft zuzutreffen, sondern auch für unser alltägliches Leben: Rahmungen und die entsprechenden Benennungen richten unsere Erwartungen in einer bestimmten Weise aus und setzen uns in den Stand, die Welt sozusagen zu gliedern und zu »er-messen«. Jedem konkreten »Faktum« können unterschiedliche Benennungen beigegeben sein, die auf unterschiedliche Rahmungen verweisen (Watzlawick u. a., 1974).

Modell eines beklagten Sachverhalts, Teil Fünf

Es ist ohne weiteres möglich, daß der Denkrahm »Dieses Kind weiß, wie man es anstellt, ein trockenes Bett zu haben« ausreicht, um eine gewisse Veränderung des problematischen Verhaltensmusters einzuleiten. Der Therapeut hat mehrere Möglichkeiten, darauf hinarbeiten, daß ein solcher Denkrahm akzeptiert und benutzt wird. Er kann die Familie bitten,

auf das zu achten, was an den Abenden »vor einem trockenen Bett« oder was an den Morgen »nach einem trockenen Bett« *anders* ist, oder er kann darum bitten, daß in dem Augenblick, in dem das Kind zu Bett geht, jeder für sich eine Voraussage darüber anstellt, ob dies eine »trockene« oder eine »nasse« Nacht werden wird.

Das Echo auf diese Aufgaben kann dann – wenn irgend etwas eingetreten *und* bemerkt worden ist, das die Beziehung »anders« verdient – als Grundlage für die nächste Intervention dienen; diese könnte darin bestehen, daß die festgestellten Unterschiede »zugeordnet« werden. Oder der Therapeut könnte die Familie bitten, auf Anzeichen dafür zu achten, ob das Bett weiterhin trocken bleiben oder (da Rückfälle ja in der Tat vorkommen) ob es vielleicht wieder einmal naß werden wird.

Dies alles läuft auf eine sehr wichtige Überlegung hinaus: *Eine zwar kleine, dabei aber keineswegs leichte oder simple Aufgabe des Therapeuten zumindest in der ersten Sitzung, vielleicht aber auch in weiteren Sitzungen, besteht darin, dem Klienten gewisse Zweifel einzuflößen, was seinen Denkrahm und das daraus folgende Verhalten angeht.* Wenn die Familie erst einmal ihre Wahrnehmung bezweifelt, dieses Kind mache *immer* sein Bett naß, dann werden andere Verhaltensweisen zu einer realen Möglichkeit. Und andersherum: Wenn die Familienmitglieder sich anders verhalten und einen Unterschied (ein trockenes Bett) *sehen* können, dann können sie auch dahin kommen, daß sie an ihrer ursprünglichen »Rahmung« der Situation zweifeln. Denkrahm und Verhaltensweisen interagieren und definieren einander wechselseitig: Dies ist keine Situation des »Entweder/Oder«.

Fallbeispiel: Die Aluminiumkrücke

Wie wirksam unsere Benennungen oder Etikettierungen einer Situation sein können, zeigte sich deutlich am Beispiel einer Klientin, die ihre Situation anfangs folgendermaßen beschrieb: »Ich lasse es zu, daß meine Behinderung mich zum Krüppel

macht. « Diese Klientin war in jungen Jahren an Kinderlähmung erkrankt, trug Beinschienen und benutzte eine Gehhilfe. Sie war überzeugt, daß sie sich mit ihrer Behinderung abgefunden hatte, da sie nichts anderes kannte. Aber sie empfand Abscheu vor den Männern, die sich von ihr angezogen fühlten, und meinte, ihre Behinderung werde es ihr unmöglich machen, jemals eine Beziehung mit einem Mann einzugehen, der sie interessieren könnte. Zu Beginn der Therapie sagte sie, sie fühle sich zum ersten Mal in ihrem Leben wegen ihrer Behinderung deprimiert. Wenn sie sich so betrachtete, wie sie glaubte, daß andere Menschen sie sahen, und sich mit anderen attraktiven Frauen ihres Alters verglich, dann stellte sie fest, daß ihr etwas fehlte. Deshalb bemühte sie sich, ihre Behinderung zu verstecken, wann immer dies möglich war, und plazierte die Krücke so, daß man sie nicht sehen konnte.

Die eigentliche Zielscheibe der Intervention waren die Bemühungen der Klientin, ihre Krücke zu verstecken (de Shazer, 1979a). Als sie schließlich begann, Stöcke von ungewöhnlicher Bauart, Farbe oder Form wirklich *zu benutzen* und offen *zur Schau zu stellen*, wirkte dies als Zeichen einer ganz außergewöhnlichen Stärke. Das neue Verhalten beeindruckte ihre Umgebung, und die Menschen behandelten sie anders als zuvor. In der Folge gelang es ihr auch, den Typ von Mann auf sich aufmerksam zu machen, der ihr gefiel. Wie sie es in der letzten Sitzung ausdrückte: »Ich lasse es nicht länger zu, daß meine Behinderung mich zum Krüppel macht.«

Das Etikett »Krüppel« hatte ihren Umgang mit Menschen und Situationen geprägt, so wie das neue Etikett und der neue Denkrahmens »Stärke« das neue und andere Verhalten förderte. Da der neue Rahmen befriedigendere Reaktionen förderte und damit bei ihr die Erwartung weiterer befriedigender Reaktionen weckte, konnte sie ihn beibehalten.

An diesem Beispiel wird deutlich, was Denkrahmens und Etikettierung für die Interaktion bewirken: Die Klientin sah andere Menschen im Gedanken daran, daß diese sie als Krüppel betrachteten, übernahm dieses Etikett und verhielt sich nun auch wie

ein Krüppel. Je mehr sie sich wie ein Krüppel verhielt (indem sie die Krücken nach Möglichkeit versteckte), desto eher sahen die Menschen sie als Krüppel – ein *circulus vitiosus*, der sich selbst am Leben erhielt. Als sie begann, etwas *anderes* zu tun (nämlich ihre dekorativen Gehstöcke den Blicken offen auszusetzen), nahmen die Mitmenschen sie als stark wahr. Also begann sie sich als stark anzusehen, wie ihrer Meinung nach die Mitmenschen sie jetzt sahen (was Erwartungen bezüglich weiterer Verhaltensweisen zeitigte, die von »Stärke« zeugten), und damit fing etwas an, was man als *circulus virtuosus*, als einen wundertätigen Mechanismus, bezeichnen könnte. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß ein Wandel des Denkrahmens und der Etikettierung an jedem Punkt eines Interaktionssystems einsetzen kann. Hätten andere Menschen sie als »starke« Persönlichkeit betrachtet, bevor sie selbst sich in dieser Weise wahrnahm, dann hätten diese anderen vielleicht den Denkrahmens »Stärke« für sie ins Spiel gebracht. In der Therapie gehört es natürlich zu den Aufgaben des Therapeuten, einen neuen Denkrahmens ins Spiel zu bringen, wobei er sich einigermaßen sicher sein muß, daß dieser Rahmen auch paßt und das neue Verhalten von der Umgebung »verstärkt« wird.

Hier muß eine Unterscheidung getroffen werden. Das wirkliche Verhalten ist zwar anders und erscheint zufällig, aber es ist keineswegs gleichgültig, *was* »anders gemacht werden« soll. Zufälligkeit braucht insoweit überhaupt nichts zu verändern. Nehmen wir beispielsweise an, die Krücke, die sie normalerweise benutzte, wäre zerbrochen, und sie hätte deshalb einen dekorativen Stock benutzt, aber auch diesen, wie sonst die Krücke, nach Möglichkeit versteckt. Dieses andere Verhalten wäre wohl nicht von der Art gewesen, daß es die Menschen veranlaßt hätte, die Klientin anders wahrzunehmen, oder diese in ihrer Meinung darüber, wie andere Menschen sie wahrnahmen, zu erschüttern. Aber nachdem sie sich nun einmal selbst als »stark« betrachtete, konnte auch ein unter bestimmten Umständen notwendiger Rückgriff auf die altgewohnte Krücke die (neue) Lösung nicht untergraben, denn sie versteckte sie ja

nicht mehr – sie tat jetzt wahrhaftig etwas *auf eine andere Weise*.

Behinderungen können den betroffenen Menschen lähmen, aber sie können auch »Stärke« dartun, und der Unterschied ist alles andere als vernachlässigbar. Die Therapie offeriert auf dem Wege der Veränderung des Denkrahmens bzw. auf dem Wege der Umdeutung eine Art Spiegel, der den Menschen helfen kann, ihre Situation anders zu sehen und sich folgerichtig auch anders zu verhalten. Wohl läßt sich die gleiche Situation mit zwei (oder auch mehr) Etiketten versehen, aber es sind nicht alle Etiketten von gleicher Wirkung. Manche fördern ein schädliches Verhalten, während andere eher Verhaltensweisen begünstigen, die zum Besten des betroffenen Menschen sind.

Annahme Sechs

Die Praktiker der Kurztherapie legen in der Regel den Hauptakzent auf das systemische Konzept der Ganzheit: Eine Veränderung in *einem* Element eines Systems oder in *einer* der zwischen den Elementen bestehenden Beziehungen wird auch die übrigen Elemente und Beziehungen beeinflussen, die miteinander das System bilden.

Da Interaktionsmuster sowohl individuelle als auch »systemische« Gewohnheiten einschließen, erscheint es nur logisch, daß nichts weiter notwendig ist, als daß eine einzige Person sich anders verhält, damit das kollektive Muster durchbrochen wird.

Modell eines beklagten Sachverhalts, Teil Sechs

Wenn die Eltern des bettnässenden Kindes geteilter Meinung bezüglich der Frage sind, ob das Bettnässen (a) ein Problem oder (b) normal ist, ob das Kind (a) böse oder (b) verrückt ist, ob

es sich (a) um ein physisches oder (b) um ein psychisches Problem handelt, dann könnte eine Veränderung in der Beziehung der Eltern zueinander dem Bettnässen ein Ende bereiten. Dabei muß es sich nicht so verhalten, daß die Meinungsverschiedenheiten der Eltern auf die eine oder andere Weise »Ursache« des Bettnässens wären oder daß diese Meinungsverschiedenheiten durch das Bettnässen »verursacht« wären. Auch muß der Therapeut das Bettnässen nicht als ein Phänomen betrachten, dem die Funktion zukommt, die Eltern zusammenzuhalten – in der Meinung, daß sie, wenn sie nicht miteinander stritten, wohl den Bruch herbeiführen würden. Es verhält sich vielmehr ganz einfach so, daß das Bettnässen und das Streiten in rekursiver Weise miteinander in Beziehung stehen. Die Sequenz läßt sich »punktieren« als (1) je mehr Bettnässen, desto mehr Elternstreit und/oder (2) je mehr Elternstreit, desto mehr Bettnässen. So oder so lautet die Sequenz schließlich nasses Bett/Streit/nasses Bett/Streit usw. Das holistische Konzept »sieht vor«, daß das Ende der Streitereien auch dem Bettnässen und/oder das Ende des Bettnässens auch den Streitereien ein Ende machen kann.

Zwischen Denkrahmern und »Punktierung« der Sequenzen besteht ein Zusammenhang, und entsprechend kann der therapeutische Ansatz von Fall zu Fall differieren: Wenn die Familie beispielsweise die Sequenz punktiert als »nasse Betten führen zu Streitereien« und die Situation rahmt als »nasse Betten sind das Ergebnis von Verrücktheit oder von Böswilligkeit«, dann könnte es von Nutzen sein, die ganze Familie zusammen zu empfangen und die Sequenz zu unterbrechen, indem man dafür sorgt, daß sich neue Verhaltensweisen in die Zeit zwischen dem nassen Bett und der Streiterei und/oder in die Zeit zwischen der Streiterei und dem nassen Bett schieben. Dagegen mag es sich nicht lohnen, nur die Eltern zu empfangen, da diese ja annehmen, an dem nassen Bett sei das Kind schuld. In diesem Fall ist es vielleicht sogar ratsam, das Kind allein zu empfangen, besonders dann, wenn dieses Kind auch selbst daran interessiert ist, mit dem Bettnässen Schluß zu machen. Wenn die Eltern die

andere Punktierung vornehmen, die – ohne daß dies ausgesprochen würde – besagt, daß das nasse Bett die Folge ihrer Unstimmigkeiten ist, dann würde man zum Erfolg – nämlich zu einem trockenen Bett – vermutlich dadurch gelangen, daß man die Eltern ohne das Kind (die Kinder) empfängt und ihren Streitereien ein Ende macht.

Tatsächlich läßt sich das holistische Konzept noch weitertreiben: Es könnte durchaus sein, daß nur die Mutter zur Therapie kommt und die Sequenz nasses Bett/Streit als ein Problem darstellt, das sie, die Mutter, bedrückt. Vielleicht sagt sie, daß ihr Mann an Hilfe nicht interessiert sei, weil ihm das Bettnässen als etwas Normales erscheint und er im übrigen der Meinung ist, wenn sie nur endlich bereit wäre, die Dinge in der »richtigen Weise« zu sehen, dann würden sowohl die Streitereien als auch das Bettnässen aufhören. Beides sind also *ihre* Klagepunkte. In dieser Situation kann der Therapeut ihr helfen, ihr Verhalten bei den Streitereien mit ihrem Mann und/oder ihre Reaktion auf das nasse Bett zu ändern. Woran zuerst gearbeitet werden soll, das wird durch die Ziele bestimmt, die sie und der Therapeut aufstellen. Wenn die Klientin die Sequenz punktiert als »nasse Betten führen zu Streitereien«, dann müssen die Bemühungen sich zuerst darauf richten, wie sie auf das nasse Bett reagiert. Wenn sie die Sequenz punktiert als »Streitereien führen zum Bettnässen«, dann muß als erstes ihr Verhalten bei den Streitereien im Mittelpunkt stehen. Ein anderes Verhalten angesichts des nassen Bettes könnte auch den Welleneffekt haben, daß es das Problem der Streitereien löst.

Veränderungserwartungen

Aus unserer fortgesetzten Zusammenarbeit am BFTC entstand allmählich eine eigene, uns als Team kennzeichnende und von uns als Team vertretene Auffassung von unserer Tätigkeit. In diesem Rahmen verlagerte sich unser Interesse vom Thema »Probleme und wie man sie löst« hin zum Thema »Lösungen und wie sie funktionieren«. Das heißt, wir fragten jetzt, was jenseits

der verschlossenen Türen liegt, und überlegten, wie wir und unsere Klienten eigentlich dorthin gelangen.

Wenn man ein Team hinter dem Spiegel weiß, so ist das beinahe so, als könnte man dem Klienten mehr als nur *eine* Kristallkugel reichen, um daraus eine befriedigende Lösung zu konstruieren. Jedes Teammitglied konstruiert gemeinsam mit dem Klienten eine andere »problematische Realität« und damit auch jeweils eine andere Lösung. Auf diese Weise haben meine Kollegen und ich gelernt, daß jeder »beklagte Sachverhalt« sich auf mehr als eine Weise »zum Problem konstruieren« läßt, so daß es dann entsprechend auch mehr Lösungen geben kann, und daß jede Intervention, die ein *anderes* Verhalten und/oder eine *andere* Betrachtungsweise zur Folge hat, zu einer dieser angenommenen Lösungen führen kann. Manchmal einigen sich die Teammitglieder darauf, was zu tun ist, aber zu der Frage, wie das Ergebnis aussehen könnte, haben sie unterschiedliche Vorstellungen.

Wenn der Therapeut erst einmal die Erwartung geweckt (oder den Klienten in der Erwartung bestärkt) hat, daß die Dinge sich ändern werden, muß das Interesse sich auf die Frage richten, *was* denn nach Meinung des Klienten *anders* sein wird, sobald der beklagte Sachverhalt nicht mehr besteht. Denn ein Ereignis oder eine Entwicklung, mit dem bzw. mit der man rechnet, beeinflußt ja das, was man tut; wenn man also erwartet, daß »etwas anderes« *geschehen wird*, ist es nur folgerichtig, auch »etwas anderes« *zu tun* (damit dann vielleicht »etwas anderes« auch wirklich *geschieht*). Natürlich muß nicht notwendig gerade das geschehen, was man wünscht, aber da man ja »etwas anderes« *getan* hat, wird doch wenigstens auch »etwas anderes« *geschehen*, und man wird sich schon deshalb wohler fühlen. Welche Tür der Klient wählt, bestimmt sich durch das, was nach seinem Wunsch *anders* sein soll, wenn der konkrete beklagte Sachverhalt nicht mehr besteht.

Unsere Arbeit hat uns auch noch weitergehende Erkenntnisse eingetragen, was die Frage der Lösungen und ihres »Funktionierens« angeht: In einigen seltenen Fällen kann eine

befriedigende Lösung selbst dann spontan zustande kommen, wenn die Darstellung der beklagten Situation vage ausfällt und detaillierte Ziele oder spezifische Vorstellungen darüber fehlen, was denn eigentlich *anders* sein wird, wenn der beklagte Sachverhalt nicht mehr besteht. Was hier wesentlich zu sein scheint, ist, daß Therapeut und Klient es fertigbringen, die Erwartung einer sinnvollen und befriedigenden Veränderung aufzubauen. Die Aussicht, daß die Situation sich ändern wird – der Umstand also, daß das Bild einer anderen Zukunft sich sozusagen in der Gegenwart des Klienten breitmacht (Berger, Cohen und Zelditch, 1966; de Shazer, 1978a) –, scheint so etwas wie ein Dietrich zu sein, der die Tür zur Lösung öffnet. Dabei handelt es sich keineswegs etwa um Zauberei. Es leuchtet ein, daß der Anmarsch leichter fällt, wenn man sein Ziel kennt. Was nicht so ohne weiteres einleuchtet, ist der Gedanke, daß schon die *Erwartung, anderswohin*, an einen befriedigenderen Punkt zu gelangen, es leichter macht, auch dorthin zu kommen, und daß *Anderswosein* schon in sich befriedigend sein kann.

Fassen wir zusammen: Klarheit darüber, welche Tür man öffnen sollte, um zu einer Lösung zu gelangen, gewinnt man am ehesten, indem man den Klienten fragt, was er *anders* machen wird und/oder welche *anderen* Dinge geschehen werden, sobald das Problem gelöst ist – denn diese Frage weckt in ihm die Erwartung einer positiven Veränderung. Wichtiger als die Details, die er etwa zu dem »verschlossenen Zimmer«, also zu dem von ihm beklagten Sachverhalt, liefert, sind die Formulierungen, die er wählt, um sein Bild einer anderen Zukunft zu schildern, und die Einzelheiten dessen, was nach seinen Worten nach der Lösung *anders* sein wird. Mit der Vorstellung einer möglichen anderen Zukunft ausgestattet, kann der Klient sich dem Therapeuten im Bemühen um brauchbare Lösungen anschließen.

Schlußbemerkung

Die zwölf Bausteine, die den beklagten Sachverhalt ausmachen, und die sechs grundlegenden Annahmen gestatten es dem Therapeuten, den Lageplan eines bestimmten Falles so anzulegen, daß Lösungen rasch gefunden werden können. Was den Annahmen und den Bausteinen an Detailliertheit abgeht, wird durch ihre Brauchbarkeit aufgewogen. Es handelt sich um Verallgemeinerungen auf hoher Ebene, die das feine Detail, wie es im Zusammenhang mit dem Problemlösen gewöhnlich gefordert wird (Mayer, 1983), entbehren. Allerdings geht es bei den meisten Modellen des Problemlösens eher darum, daß zwischen Problem und Lösung so etwas wie *Stimmigkeit* besteht, und nicht so sehr darum, daß Problem und Lösung zueinander *passen* (*match* versus *fit*, um v. Glasersfeld [1984a] zu zitieren), und mehr als ein *Zusammenpassen* ist möglicherweise auch in der experimentellen Situation gar nicht notwendig. Andererseits dürften die Situationen, um deren Lösung der Therapeut bemüht ist, sich in gewisser Weise von jenen anderen Arten von Problemen unterscheiden, die man auf experimentellem Wege erforscht hat.