

Eve Lipchik

Von der Notwendigkeit, zwei Hüte zu tragen

Die Balance von Technik
und Emotion in der
lösungs-fokussierten Therapie

Aus dem Amerikanischen von Astrid Hildenbrand

2011

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg/ Schwäbisch Hall)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Burkhard Peter (München)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Satz u. Grafik: Drißner-Design u. DTP, Meßstetten

Printed in Germany

Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, www.fgb.de

Erste Auflage, 2011

ISBN 978-3-89670-772-7

© der deutschen Ausgabe 2011 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

Die Originalausgabe dieses Buches erschien unter dem Titel

»Beyond Technique in Solution-Focused Therapy«

bei The Guilford Press, New York/London.

© 2002 The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten aus der Häusserstraße haben,
können Sie unter <http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH
Häusserstraße 14
69115 Heidelberg
Tel. o 62 21-64 38 o
Fax o 62 21-64 38 22
info@carl-auer.de

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	12
Dank	17
Teil 1: Theorie und Praxis	19
1. Theorie der lösungsfokussierten Therapie	20
1.1 Technik und Theorie	26
1.2 Kurzer Abstecker in die Geschichte der lösungsfokussierten Therapie	27
1.3 Das lösungsfokussierte Konzept	32
1.4 ... und seine Annahmen	33
1.5 Fazit	42
2. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient	44
2.1 Forschungsergebnisse	45
2.2 Die Therapeut-Klient-Beziehung in der lösungsfokussierten Therapie	45
2.3 Das emotionale Klima	46
2.4 Die Einstellung des Klienten	48
2.5 Die Einstellung des Therapeuten	49
2.6 Zweigleisig denken	51
2.7 Fallbeispiel: Laura	54
3. Den Klienten verstehen	66
3.1 Hören und zuhören	66
3.2 Bedeutung	67
3.3 Problemgespräch oder Lösungsgespräch	69
3.4 Inhalt oder Prozess	71
3.5 Fallbeispiel: Marie	74
4. Emotionen in der lösungsfokussierten Therapie	86
4.1 Emotionen oder Verhalten	88
4.2 Emotionen für Lösungen nutzbar machen	89
4.3 Fallbeispiel: Betty	90
4.4 Fallbeispiel: Neil	95

4.5	Eigene Emotionen für die Lösungssuche des Klienten nutzbar machen	98
4.6	Fallbeispiel: Sandra und ihre Töchter	98
4.7	Emotionen und das Resümee	101
4.8	Fazit	102
5.	Der Prozess der Zielklärung	103
5.1	Ziele oder Lösungen	103
5.2	Die Aufgabe der Zielklärung	104
5.3	Zielklärung: Der Prozess	105
5.4	Ziele und Emotionen	107
5.5	Fallbeispiel: Marilyn	108
	<i>Erste Sitzung</i>	108
	<i>Zweite Sitzung (2 Wochen später)</i>	114
	<i>Dritte Sitzung (2 Wochen später)</i>	117
	<i>Vierte Sitzung (3 Wochen später)</i>	117
	<i>Fünfte Sitzung (5 Wochen später)</i>	120
5.6	Entscheidungsfindung als Ziel	122
5.7	Der Klient will das Verhalten eines anderen Menschen ändern	124
5.8	Fazit	125
6.	Das Team hinter dem Spiegel und die Beratungspause	127
6.1	Vorteile für den Therapeuten	128
6.2	Vorteile für den Klienten	129
6.3	Einführung des Teams und die Pause	130
6.4	Realitäten von Teamarbeit und Pause	131
6.5	Der Teamprozess	132
6.6	Die duale Perspektive auf den Klienten	133
6.7	Teamarbeit und emotionales Klima	134
7.	Resümee und Vorschlag	137
7.1	Resümee	137
	<i>Struktur des Resümees</i>	139
	<i>Fallbeispiel: Familie B.</i>	139
	<i>Fallbeispiel: Familie B. (Fortsetzung)</i>	141
7.2	Vorschlag	142
	<i>Vorschläge individuell zuschneiden</i>	144
	<i>Fallbeispiel: Familie B. (Fortsetzung)</i>	145
	<i>Fallbeispiel: James</i>	147
	<i>In der SFT häufig verwendete Vorschläge</i>	150

7.3	Fazit	153
	<i>Zum Resümee</i>	153
	<i>Zum Vorschlag</i>	154
	Vorschlag	155
Teil 2: Lösungsfokussierte Therapie in der Praxis		157
8.	Paartherapie	158
8.1	Die Einschätzung	160
	<i>Eine gemeinsame Sitzung</i>	160
	<i>Eine Einzelsitzung mit jedem Partner</i>	161
	<i>Die Entscheidung</i>	164
8.2	Die Therapie	165
	<i>Mit beiden Partnern abwechselnd sprechen</i>	165
	<i>Sanft konfrontieren</i>	166
	<i>Mit Streitigkeiten in der Therapiesitzung umgehen</i>	168
	<i>Eine gemeinsame Lösung konstruieren</i>	169
	Kommunikation	171
	<i>Fallbeispiel: Miriam und Nate</i>	171
	Psychoedukation	173
	<i>Sexuelle Vertraulichkeit</i>	175
	<i>Das Resümee</i>	176
8.3	Fazit	177
9.	Familientherapie	178
9.1	Die Einschätzung	178
9.2	Familien mit Kindern oder Jugendlichen	179
9.3	Strukturierung des Gesprächs	180
9.4	Fallbeispiel: Familie T.	181
9.5	Eltern, die nicht einbezogen werden möchten	185
9.6	Einzelgespräch mit dem Kind	186
9.7	Fallbeispiel: Troy	187
9.8	Zwischen Kindern und Eltern vermitteln	191
9.9	Familien mit betagten Eltern und/oder erwachsenen Geschwistern	191
9.10	Fazit	192
10.	Therapeutisches Arbeiten mit unfreiwilligen Klienten	194
10.1	Was charakterisiert einen unfreiwilligen Klienten?	198
10.2	Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient	198

10.3	Mit Klienten kooperieren	200
10.4	Emotionen	202
10.5	Die Verwendung von Techniken	202
10.6	Das Behandlungssystem	203
	<i>Fallbeispiel: Beratungsarbeit mit Bea</i>	206
10.7	Fazit	213
11.	Langzeitfälle	215
11.1	Der Klient hat das Problem, die Therapie zu beenden	217
11.2	Der Therapeut hat das Problem, die Therapie zu beenden .	218
11.3	Fallbeispiel: Beratungsarbeit mit Joe	218
	<i>Die berufliche Situation der Klientin</i>	219
	<i>Die Beziehung der Klientin</i>	220
	<i>Freude am Leben</i>	221
11.4	Die Selbsteinschätzung des Therapeuten beim Beenden der Therapie	221
11.5	Klienten mit chronischen Problemen	222
11.6	Fallbeispiel: Virginia	223
11.7	Fallbeispiel: Der Mann, der Stimmen hörte	228
11.8	Anpassung an die Behinderung	234
11.9	Fallbeispiel: Carol	235
11.10	Fazit	238
12.	Lösungsfokussiertes Vorgehen in Krisenfällen	240
12.1	Unterschiedliche Reaktionen auf eine Krise	240
12.2	Was ist eine Krise?	241
12.3	Von der Notwendigkeit, zwei Hüte zu tragen	242
	<i>Der Hut des Therapeuten</i>	242
	<i>Der Hut des Sozialkontrolleurs</i>	242
	<i>Welchen Hut soll der Therapeut aufsetzen?</i>	243
12.4	Fallbeispiel: Randy	243
12.5	Notfalleinschätzung und sofortiges Handeln	249
12.6	Klienten in Krisensituationen zuhören	251
12.7	Bedeutung eines engen Zeitrahmens – Fallbeispiel: Philip	251
12.8	Fazit	255
13.	Schlusswort	257
	Literatur	258
	Über die Autorin	271

Geleitwort

Es wäre verwunderlich, wenn Eve Lipchik sich daran erinnern würde, wie sie einen der zahllosen Therapeuten, die sie ausgebildet hat, getroffen hat, aber ich entsinne mich gut, wie ich ihr während eines intensiven Ausbildungsprogramms am Brief Family Therapy Center im Mai 1983 zum ersten Mal begegnet bin. Glanzpunkt dieses wochenlangen Eintauchens in die Arbeit von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg und ihrem Team war ein Nachmittag, an dem ich mit Eve Lipchik redete und ihr bei der Arbeit zuschaute. Ihre Auffassung von Theorie, ihr Geschick als Lehrerin und ihre bemerkenswerte therapeutische Fähigkeit beeindruckten mich so sehr, dass ich ihre Arbeit zu verfolgen begann. Über die Jahre habe ich Eve Lipchiks Beiträge zur familientherapeutischen und lösungsfokussierten Literatur gelesen und, wenn sich Gelegenheit bot, ihre Seminare und Workshops besucht, die aufgrund der tiefen Implikationen ihres Denkens und aufgrund ihrer Fähigkeit, höchst komplexe Gedanken in realistische klinische Anwendungen zu übersetzen, immer sehr anregend waren.

Das vorliegende Buch zeigt die Entwicklung lösungsfokussierter Therapie aus der Sicht des Eingeweihten und gibt eine bemerkenswert klare Darstellung ihrer theoretischen Grundlagen und praktischen Umsetzung. Das Ergebnis ist eine Reise, an deren Anfang das Unbehagen der Autorin an den oberflächlichen Antworten stand, die sich ihrer Auffassung nach in naiveren Vorstellungen von lösungsfokussiertem Arbeiten herauskristallisierten. Die Reise führte Eve Lipchik zur Entwicklung ihrer eigenen Marke lösungsfokussierter Therapie, die ich als »*emotionszentrierte lösungsfokussierte Kurztherapie*« bezeichnen würde.

Ein großer Teil des Buches ist der Wiedereinführung der Theorie in die therapeutische Praxis gewidmet, insbesondere der Reintegration wesentlicher Konzeptionen aus der interpersonellen Psychotherapie. Die Autorin diskutiert Lehrsätze, die von fundamentaler Bedeutung sind, wenn man *humanistische* Kurztherapie gründlich und wirkungsvoll *praktizieren* möchte.

In einer Zeit, in der man die Vergangenheit ignoriert und permanent nach immer einfacheren und unkomplizierten Antworten auf komplexe Fragen sucht und alles Präsentierte tendenziell als »neu«

überbewertet wird, hat Eve Lipchik das genaue Gegenteil zustande gebracht: Sie exploriert das »Neue« und macht es sich zu eigen, während sie Elemente des vorhandenen Wissens untersucht und neu belebt. Unter Berufung auf die fruchtbaren Werke von Harry Stack Sullivan, Gregory Bateson, Don D. Jackson, Milton Erickson, Jay Haley, John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick und anderen haucht sie den theoretischen Konzeptionen Leben ein, die Meilensteine sowohl des am Mental Research Institute entwickelten Modells der Kurztherapie als auch der lösungsfokussierten Therapie sind.

Auf der Basis dieser Infrastruktur integriert Eve Lipchik auch Ideen aus unterschiedlichsten Disziplinen wie Biologie, Linguistik, Kybernetik, Konstruktivismus, Anthropologie und sozialem Konstruktivismus. Ihre glasklaren Interpretationen der komplexen Arbeiten von Maturana und Varela sind besonders wertvoll und zeitgerecht.

Ein Beispiel genügt. Dank Eve Lipchiks Bemühen sehen wir eine wunderbar nützliche Verschmelzung des Frischen und Neuen mit dem Bewährten, wenn sie Maturanas Definition von Liebe und die von Sullivan nebeneinanderstellt. Die Autorin zitiert Maturana, für den Liebe ein Verhalten ist, das »dem anderen erlaubt, sich als legitimer Anderer in Koexistenz mit sich zu entwickeln« und »die Möglichkeit bietet, diesen Anderen zu sehen und zu hören«. Sullivan drückt es so aus (1953a, p. 42 f.): »Wenn die Zufriedenheit oder Sicherheit eines anderen Menschen so signifikant für einen ist wie die eigene Zufriedenheit und Sicherheit, dann besteht ein Zustand der Liebe.«

In jüngerer Zeit hat die Welt der Psychotherapie aufgrund ihrer Tendenz, mit linearer Kausallogik und unter Perpetuierung eines cartesianischen Dualismus, also der Trennung von Geist und Körper, zu verstehen, die vitale Rolle bagatellisiert, die zwischenmenschliche Beziehungen, vor allem so beharrliche wie die Liebe, für die psychische Gesundheit spielen. Und diejenigen, die nicht sehen, wie wichtig solche grundlegende Emotionen für das Verständnis menschlichen Leidens und für die psychotherapeutische Praxis sind, können genauso gut ihre Ohren verschließen und weiterdösen, denn wir befinden uns nicht auf derselben Wellenlänge.¹

Ein weiterer von Eve Lipchik initiiertes Fortschritt besteht darin, therapeutisches Befragen im Sinne einer Perturbation [etwa: Störung,

¹ Abbitte und Ehrerbietung für Jackson (1963), der diese anschauliche Formulierung erstmals verwendete.

Beunruhigung, Störfeuer] oder, ich würde sagen: einer Intervention durchzuführen. Dies gehört zu den wichtigsten Fortschritten im therapeutischen Feld, und meines Wissens haben nur Eve Lipchik, Gianfranco Cecchin (1932–2004) und Richard Fisch – unabhängig voneinander – diese phänomenale Neuerung explizit erforscht, praktiziert und perfektioniert.

Das Befragen als Intervention und die Verknüpfung essenzieller, in der Vergangenheit entwickelter Prämissen mit höchst aktuellen Denkansätzen sind zwar große Themen dieses Buches, aus meiner Sicht aber noch nicht die bedeutsamsten. Mit der Synthese dieser großen Bereiche und der Ausarbeitung der Logik und Nuancen ihres Vorgehens leistet Eve Lipchik einen bahnbrechenden Beitrag zur klinischen Praxis: die Wiedereinführung der menschlichen Emotion in die Kurztherapie. (Ich sage deshalb *Wiedereinführung*, weil Emotion ein zentraler Aspekt der Arbeiten früher Pioniere wie Harry Stack Sullivan, Don D. Jackson und Milton Erickson war.)

In einem an der Washington School of Psychiatry gehaltenen Vortrag vor Studenten sagte Harry Stack Sullivan kurz vor seinem Tod im Jahr 1949 Folgendes vorher:

Aus dem gleichen Grund, aus dem die Psychiatrie für andere heikel ist, ist sie auch für mich heikel; man lässt sich so leicht täuschen. Eine praktischere Psychotherapie scheint aber möglich, wenn man die grundlegenden Anfälligkeiten für Angst in zwischenmenschlichen Beziehungen aufspürt, statt dass man sich [nur] mit Symptomen der Angst beschäftigt oder Angst zu vermeiden versucht (1953b, p. 11).

Dadurch, dass Eve Lipchik quälende Emotionen als deutlich angstevoziierte Anpassungen an einzigartige zwischenmenschliche Phänomene anzupacken wagt, hat sie mit diesem wortgewandten und praxisnahen Buch das therapeutische Feld einen weiteren entscheidenden Schritt auf dem Weg zur Erfüllung von Sullivans Vorhersage vorangebracht.

Wendel A. Ray, PhD

Direktor am Mental Research Institute, Palo Alto (Kalifornien)
Professor für Familientherapie, University of Louisiana-Monroe

Vorwort

Lösungsfokussierte Therapie ist inzwischen als Modell einer Kurztherapie, die mit den Stärken des Klienten arbeitet, gut aufgestellt. Doch weder ihr Anklang bei Managed Care² noch Berichte über ihre Wirksamkeit konnten bisher Zweifel daran zerstreuen, dass sie nachhaltige Änderung zu befördern oder auf emotionale Bedürfnisse der Klienten einzugehen vermag. Mit diesem Buch möchte ich eine Sichtweise und Praxis der lösungsfokussierten Therapie – im Folgenden auch als SFT abgekürzt für »solution-focused therapy« – präsentieren, die diese Zweifel beseitigt und die Tiefgründigkeit und Bandbreite dieser Therapieart demonstriert.

Die lösungsfokussierte Therapie entstand nicht völlig neu, sondern gründet auf den Arbeiten von Gregory Bateson, Milton Erickson, Don Jackson, John Weakland, Jay Haley, Paul Watzlawick und anderen, denen die Entwicklung des systemischen Paradigmas zugeschrieben wird. Es ist das Resultat der Bemühungen einer Gruppe, die vor fast einem Vierteljahrhundert am Brief Family Therapy Center in Milwaukee (Wisconsin) wirkte und deren Mitglieder sich gegenseitig für neue Ideen darüber begeisterten, wie Menschen sich verändern. Zum Kern dieser Gruppe zählten Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunally, Marilyn LaCourt und ich. Mit der Zeit wurde die Gruppe bereichert durch Studenten, die Kollegen wurden, unter anderem John Walter, Jane Peller, Alex Molnar, Kate Kowalski und Michele Weiner-Davis, und durch Theoretiker wie Gale Miller und Wally Gingerich. Was als ein Modell namens »Brief Family Therapy«, Kurztherapie mit Familien, begann, entwickelte sich zur SFT. Einige aus der Gruppe gingen weg, andere kamen hinzu. Ich verließ das Brief Family Therapy Center und gründete mit Marilyn Bonjean die Firma ICF Consultants in Milwaukee. Man kann fairerweise sagen, alle an den Gesprächen am

2 Das US-amerikanische Managed-Care-System impliziert Organisations- und Finanzierungsformen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, d. h. Krankenversicherungs- und Versorgungsprogramme, bei denen die Kostenträger, die sog. Health Maintenance Organizations (HMO), über direkte Verträge mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken einbezogen sind. Dieses Modell der Gesundheitsversorgung beruht auf betriebswirtschaftlichen Prinzipien und erzeugt eine Wettbewerbsstruktur, wodurch die Kosten der medizinischen Versorgung überschaubar gehalten werden sollen. [Anm. d. Übers.]

Brief Family Therapy Center Beteiligten haben einen Beitrag zu dieser Entwicklung geleistet und persönlich davon profitiert. Die ergiebige Literatur zum SFT-Konzept spiegelt den Reichtum und die Vielfalt der gemachten Erfahrungen wider.

Das SFT-Modell ist heute auf der ganzen Welt bekannt, wird aber oft missverstanden und sogar trivialisiert. Das ist aus meiner Sicht einer Überbetonung der Techniken und dem Verlust eines theoretischen Rahmens geschuldet. Aus dem Kontext gelöste Techniken können zwar kurzfristig enorme Ergebnisse hervorbringen, langfristig aber wenig Veränderung bewirken.

Die hier vorgeschlagenen Theorie- und Praxisbezüge der SFT stellen die Techniken wieder in einen Interaktionskontext und beruhen auf dem, was Therapeuten am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto (Kalifornien) als »Selbstpositionierung« in Bezug auf Klienten bezeichnen oder Therapeuten am Brief Family Therapy Center als »Kooperation mit dem, wie Klienten kooperieren«. Dieses Konzept ist noch immer bedeutsam für eine konstruktivistische Praxis, wenn Sprache als wechselseitig beeinflusstes Verhalten gesehen wird.

Meinen jetzigen klinischen Ansatz habe ich gewissermaßen als Reaktion auf den Minimalismus und die postmoderne Intellektualisierung der Therapie entwickelt. Obwohl auch ich immer elegante, gezielte Interventionen angestrebt habe, bin ich mittlerweile überzeugt, dass diese am ehesten in einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Klient gelingen. Eine 1988 am Brief Family Therapy Center von David Kiser durchgeführte Studie, nach der die Erfolgsquoten bei Klienten mit einer größeren Anzahl von Sitzungen höher waren, stützt diese Überzeugung.

Andererseits stimme ich der postmodernen Betonung einer hochgradig individualisierten Behandlung voll und ganz zu, obwohl mich der generelle Mangel an Leitlinien für Praxis, Supervision und Lehre beunruhigt.

Mit der Loslösung der Sprache von den lebenden menschlichen Systemen, die wir sind, habe ich mich letztlich nicht anfreunden können. Das hat mein Interesse an physiologischen Aspekten von Sprache und Emotion entfacht.

Mein Bemühen, widerstreitende Ideen in Einklang zu bringen, hat sich zuerst an Harry Stack Sullivans interpersonaler Theorie der Psychiatrie orientiert und später an der Erkenntnistheorie von Maturana und Varela sowie an den Entwicklungen in der neurowissenschaftlichen Forschung.

Emotionen waren in der SFT schon immer ein unerwünschtes Thema. Wie meine Kollegen vermied ich jahrelang peinlichst jedes »Emotionsgespräch«, bis ich merkte, dass Klienten, die in einer Sackgasse stecken, durch das Sprechen über Emotionen oft leichter wieder herausfinden. Zugleich bewirkte mein Interesse an der Beziehung zwischen Therapeut und Klient fortwährend, dass die positiven Effekte des Gesprächs mit Klienten über ihre Gefühle zu Momenten der Erleichterung wurden.

Lehre, Supervision, Beratung und Workshoparbeit haben mich zum Verstehen meines eigenen Denkens herausgefordert, um anderen bei der Entwicklung ihres Denkens zu helfen. Dadurch wurde mir auch klar, was Beziehung, unabhängig von ihrem Zweck, bedeutet. Dieses Buch hebt deshalb hervor, wie wichtig der Therapeut als Mensch für seine Klienten ist, und sucht eine Antwort auf die Frage, wie wir unser persönliches und professionelles Selbst zum Wohle der Klienten nutzen können, aber auch von diesem getrennt halten müssen.

Im Rahmen der Ausbildung am Brief Family Therapy Center schickten wir die nur mit einigen Grundfragen ausgestatteten Teilnehmer gewöhnlich mit den Klienten in den Ring. Wir dachten, dass die Unterstützung des Supervisors und des Teams hinter dem Spiegel ihre Angst verringern und die gute Qualität der Dienstleistung für den Klienten garantieren würde. Doch viele Klienten kamen nach der ersten Sitzung nicht wieder. Was wir für eine gut konstruierte, vom Supervisor und vom Team komponierte Botschaft hielten, glich ein Gespräch nicht aus, mit dem die Klienten unzufrieden waren. Als besser für die Klienten erwies sich dann der Umstand zu spüren, dass ihnen jemand zuhört und zu verstehen versucht, was sie mitzuteilen haben. Dieser Ansatz kam auch den Novizen im Therapiefeld entgegen, weil er sie seltener aus dem Kontext gelöste Techniken anwenden ließ.

Zwei persönliche Erfahrungen haben die in diesem Buch dargelegten Gedanken geformt: Zum einen der Eindruck, den John Weakland in den späten 1980er Jahren beim Besuch des Brief Family Therapy Center hinterließ. Er führte in Milwaukee regelmäßig Workshops oder Beratungen mit unserem Team durch. Nach einem Workshop, bei dem wir mit Klienten vor dem Spiegel gesprochen hatten, fragte er uns, ob wir eine von ihm in Palo Alto aufgezeichnete Therapiesitzung sehen wollten. Natürlich wollten wir. Wir konnten »den Meister« bei der Arbeit nie genug beobachten. Heute erinnere

ich mich zwar nur noch daran, dass die Klienten schon älter waren und das Problem mit ihren Kindern zu tun hatte, aber ich werde nie meine Überraschung vergessen. Denn bis dahin hätte ich John Weaklands Gesprächsführung als minimalistisch bezeichnet. Doch in dieser Aufzeichnung zeigte er mehr Reaktion und ging bewusst und sensibel auf die Gefühle der Klienten ein. Er unterbrach die Sitzung am Ende nicht, um eine Botschaft zu präsentieren, sondern wartete fast ohne Denkpause mit einer einfühlsamen und brillanten Intervention auf. Angesprochen auf diesen stilistischen Unterschied, antwortete er, er habe diese Sitzung in seiner Privatpraxis abgehalten, wo er »einfach Therapie machen« könne. An der Mental Research Institute Clinic oder in Workshops meinte er dagegen das Modell der Kurztherapie demonstrieren zu müssen. Therapiesgespräche, in denen unerhebliche Feinheiten bewusst weggelassen sind, können die am MRI verwendeten Techniken zwar besser beleuchten, aber meinem Eindruck nach war das aufgezeichnete Gespräch eine viel gelungenere Darstellung des MRI-Modells. Es regte mich zum Nachdenken an, wie sich die technischen und menschlichen Aspekte in die SFT integrieren ließen.

Zum anderen war die Erfahrung 1996 in Heidelberg auf dem vom Heidelberger Institut für systemische Forschung und von der Internationalen Gesellschaft für systemische Therapie organisierten Symposium »Science-Fiction: Fundamentalismus und Beliebigkeit in Wissenschaft und Therapie« prägend. Den Hauptvortrag hielt Humberto Maturana. Er sagte, eine Emotion, die er romantisch als »Liebe« bezeichne, mache uns zum Menschen. So könnten wir den anderen Menschen als »einen legitimen Anderen neben uns selbst« akzeptieren und diese andere Person als das sehen und wahrnehmen, was sie ist. Weiter befand Maturana, dass dies »der Nährboden ist, auf dem Reflexion und therapeutisches Arbeiten stattfinden kann und auf dem die Probleme zwischenmenschlicher Beziehungen gelöst werden«. Diese Aussage kristallisierte sich in mir zu dem Gedanken heraus, dass wir um unserer Klienten willen uns erstens als Menschen sehen sollten, zweitens als Therapeuten und erst danach als Therapeuten, die ein bestimmtes Modell umsetzen.

Dieses Buch will primär Antworten auf Fragen geben, die lösungsfokussiert arbeitende Therapeuten aller Erfahrungsebenen stellen, z. B.: »Woher weiß ich, dass ich lösungsfokussiert arbeite?«; »Wie kann ich da sein, wo der Klient ist, und zugleich auf Positives fokus-

sieren?«; »Worauf soll ich reagieren, und was soll ich ignorieren?«; »Kann ich mit Langzeitklienten eine SFT durchführen?« Das Material ist so präsentiert, dass der Kliniker schlüssig herausfinden kann, wie lösungsfokussierte Annahmen den Entscheidungsprozess leiten. Ich beschreibe, wie man die Beziehung zwischen Therapeut und Klient lenkt, wie man das Problem abklärt, um Ziele zu definieren, die zu Lösungen führen, und wie man das Resümee und maßgeschneiderte Vorschläge formuliert. Die Interaktionen zwischen Therapeut und Klient werden aus beiden Perspektiven beleuchtet, sodass der Kliniker sich seinen eigenen Prozess in Beziehung zu seinem Klienten und die Effizienz dieses Prozesses bewusst machen kann. Das Thema Emotionen durchzieht das gesamte Buch und wird auch in einem separaten Kapitel abgehandelt (Kap. 4). Thematisiert wird ferner lösungsfokussiertes Arbeiten mit Paaren, Familien, unfreiwilligen Klienten und Klienten in Krisensituationen.

Das Buch hat einen klinischen Inhalt und enthält deshalb viel kommentiertes Fallmaterial, das in den ersten Kapiteln bewusst ausführlicher und detaillierter gehalten ist als in späteren Kapiteln, wenn der Leser mit den Grundprinzipien der SFT schon vertraut ist.

Eve Lipchik