

Palo Alto: Die Wiege systemischen Denkens

Eine Einführung in die Lösungsorientierung (Fokused Problem Resolution) des Mental Research Institute (MRI)

Dieser Text wurde 2002 in der Zeitschrift für systemische Therapie (zstb), Verlag für Modernes Lernen veröffentlicht:

Wienands, A. (2002). Palo Alto: die Wiege systemischen Denkens. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 20, (3).

Zusammenfassung

Palo Alto ist als sagenumwobene Geburtsstätte der systemischen Therapie und Beratung hinlänglich bekannt. Obwohl am Mental Research Institute (MRI) viele Entwicklungen bedeutender Familientherapeuten und Systemiker ihren Anfang nahmen (Virginia Satir, Jay Haley, Steve de Shazer, Mara Selvini-Palazzoli, Paul Watzlawick), ist das problemlösende Modell (Focused Problem Resolution Model), das Don Jackson, Gregory Bateson, John Weakland und Richard Fisch am MRI entwickelten, heute in seiner ursprünglichen Form weniger bekannt als dessen Adaptionen. Es ist mir mit diesem Artikel ein Anliegen, die Lösungsorientierung, so wie sie einst in den fünfziger Jahren am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto, Californien, begründet wurde, darzustellen. Anhand einer knappen theoretischen Einführung, die im Wesentlichen die Lehre von Richard Fisch, Paul Watzlawick und Karin Schlanger sowie meine Gespräche mit ihnen wiedergeben, stelle ich die praktische Umsetzung des Modells anhand einer vierstündigen Therapie am MRI dar.

Abstract

Palo Alto is well known as legendary place of birth for systemic thinking. Although a lot of important familytherapists and systemic therapists started their systemic development in Palo Alto, the focused problem resolution model, developed at the mental research institute (mri), through Don Jackson, Gregory Bateson, John Weakland and Richard Fisch, is less known today than the many adaptations. I would like to introduce the model with a short theoretical part, based on my experience and the teachings of Richard Fisch, Paul Watzlawick and Karin Schlanger, and four hours of therapy at the mental research institute, Palo Alto, California.

1. Einleitung

Der problemlösende Ansatz (Focused Problem Resolution) der systemischen Therapie wurde in den fünfziger Jahren am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto, Kalifornien von Don Jackson, Gregory Bateson, Richard Fisch und John Weakland begründet. Jay Haley hat diesen therapeutischen Zugang später als strategischen Ansatz bezeichnet; Steve de Shazer spricht vom „Solution Focused Model“, dem lösungsorientierten Ansatz der systemischen Therapie und Beratung. Im ursprünglichen Modell am MRI traf der interaktionelle Ansatz der Psychiatrie von Harry Stuck Sullivan (1980) und Don Jackson (1961) auf den anthropologischen Ansatz von Gregory Bateson (1996) und führte so zu der, innerhalb systemischer Konzeptionen heute sehr bekannten, lösungsorientierten Perspektive.

Bateson schickte seine jüngeren Kollegen Weakland und Fisch häufig zu Milton H. Erickson nach Phoenix, Arizona, einem der innovativsten Hypnotherapeuten des letzten Jahrhunderts. Auf diese Weise wurden kommunikationstheoretische, neoanalytisch-interaktionelle sowie lösungs- und ressourcenorientierte Ansätze zu einem effektiven Modell systemischer Therapie und Beratung integriert.

Nach einer knapp gehaltenen theoretischen Einführung in das problemlösende Modell, so wie es am MRI entwickelt wurde und bis heute praktiziert wird, gebe ich aus-

zugsweise eine vierstündige Therapie wieder und erkläre sie anhand der vorgestellten theoretischen Gesichtspunkte.

Meine theoretischen Ausführungen zum „Focused Problem Resolution Model“ wie es am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto entwickelt wurde, beziehen sich vorwiegend auf die Erläuterungen von Fisch, Weakland und Segal (1987) in „Strategien der Veränderung“, auf Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin (1974) in „Brief therapy: Focused Problem Resolution“, auf Segal (1991) in „Brief Therapy: The MRI Approach“ und auf die Lehre von Richard Fisch, Paul Watzlawick und Karin Schlanger sowie die Gespräche mit ihnen während meines einmonatigen Forschungsaufenthaltes am MRI im Sommer 2000.

2. Das problemlösende Modell am Mental Research Institute im Überblick

1. Was ist das Problem?

Die Art und Weise wie ein Therapeut Probleme konzeptualisiert, bestimmt im hohen Ausmaß den Inhalt des therapeutischen Prozesses. Was als Problem zu betrachten ist, definiert wesentlich der Therapeut. Entgegen der herkömmlichen Auffassung, dass der Therapeut das Problem des Klienten durch tiefenpsycho-logische Analysen ergründen kann, geht man davon aus, dass das Problem der Klage des Klienten entspricht. Da es im systemischen Ansatz kein Modell von „richtig“ gibt und daher auch keine „richtige“ Wahrnehmung des Problems durch den Therapeuten, ist es ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeitsweise nur das aufzugreifen, was der Klient beklaget.

So fragwürdig und unerwünscht dem Therapeuten ein Aspekt im Leben des Klienten erscheinen mag, Gegenstand der Therapie ist und bleibt die Klage des Klienten. Auf diese Weise vermeidet man die Grenzen und damit die Autonomie des Klienten zu überschreiten und ihn von einem Problem therapieren zu wollen, das er nie vorgebracht hat. Auch fordert man keine Motivation für Veränderungen, die der Klient nicht fokussiert hat. Das Interesse gilt weniger den Erklärungen als vielmehr den Beschreibungen der Problemmuster. Die Therapie gilt demzufolge als beendet, wenn der Klient seine Klage betreffend eine Verbesserung erfahren, nicht jedoch wenn der Klient nach der Auffassung des Therapeuten bedeutende Veränderungen vorgenommen hat.

2. Wer ist der Klient ?

Entgegen der Auffassung systemische Therapie könne nur in Anwesenheit des gesamten Bezugssystems stattfinden, wird davon ausgegangen, dass sich Beziehungen durch die Veränderungen der Interaktionsbeiträge einer Person effektiv verändern können. Klient ist in diesem Setting immer derjenige, der dem stärksten Leidensdruck ausgesetzt ist, jenes Systemmitglied also, das am meisten an der Auflösung der Probleminteraktion interessiert ist. Derjenige, der in einem System am meisten leidet, ist häufig auch derjenige, der am ehesten die Motivation für eine Veränderung mitbringt und durch Veränderungen seiner Interaktionsbeiträge auch die Bezugspersonen zu Veränderungen anregt.

3. Die Problemsicht des Klienten

Die Erklärungen des Klienten für sein Problem und seine Wertvorstellungen zeigen dem Therapeuten die Sprache, die er bei der Formulierung seiner Interventionen zu wählen hat. Die Einstellungen des Klienten werden im therapeutischen Gespräch genutzt und zur Motivierung von neuem Verhalten genutzt. Häufig wird jedoch angenommen, dass jemand nur dann zu einer Veränderung motiviert werden kann, wenn er die „richtige“ Einstellung hat. Wir versuchen daher erst seine „falsche“ Einstellung zu verändern, um ihn dann „richtig“ motivieren zu können. Im strategischen Modell nutzt der Therapeut, was der Klient ihm anbietet (Einstellungen, Meinungen, Motivationen). Ablehnung gegenüber einer Intervention zeigt, dass die Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen, kurz, dass die Sprache des Klienten in der Formulierung der Intervention nicht ausreichend berücksichtigt worden ist. Hierzu eine Anekdote: Ich denke, die häufigste Antwort, die mir Paul Watzlawick auf Fragen bezüglich meines therapeutischen Scheiterns gab, war: „You have to talk the language of your client.“

4. Das Fokussieren realistischer Behandlungsziele

Eine wesentliche Prämisse im strategischen Modell des MRI ist, dass sich die Dinge nicht über Nacht, sondern nur Schritt für Schritt verändern lassen; an das praktische Vorgehen denkend sollte man besser Schrittchen für Schrittchen sagen. Ziele sollten als Zunahme des erwünschten Verhaltens, nicht als Ausbleiben des unerwünschten Verhaltens beschrieben werden. Klienten werden gefragt, woran sie an ihrem Verhalten erkennen würden, dass sich kleine Schritte der Veränderung abzeichnen; an welchen konkreten Verhaltensänderung ein erster kleiner Fortschritt erkennbar wäre. Eine wichtige Intervention im Zusammenhang mit dem Erreichen von Behandlungszielen besteht auch in der Warnung vor einer zu schnellen Veränderung und der Ermahnung zu einem langsamen und bedächtigen Vorgehen.

5. Die Lösung ist das Problem: Lösungsversuche als Schlüssel zur Problemlösung

Eine Möglichkeit komplexe systemische Spielarten zu beschreiben, besteht in der Darstellung unternommener Lösungsversuche der Systemmitglieder. Da aus strategischer Sicht das Problem oft gerade durch die Lösungsversuche des Klienten und anderer zum Problem beitragender Personen aufrechterhalten wird, ist es eine Notwendigkeit sich über die derzeit unternommenen Bemühungen („Lösungsversuche“) des Klienten Klarheit zu verschaffen. Im Gegensatz zur weit verbreiteten Meinung, dass sich der Patient nicht vernünftig genug verhält, wird davon ausgegangen, dass er zu logisch handelt, in seiner Wahrnehmung das „offensichtlich Richtige“ tut. Im Teufelskreis zwischenmenschlicher Probleminteraktionen ruft jedoch das Vermeiden von problematischer „Lösung“ weniger problematische Interaktionen hervor, die ihrerseits wiederum weniger Lösungen bedürfen. Es gibt also lediglich einen das Problemverhalten verewigenden Teufelskreis aus Problemverhalten und ungeeigneten Lösungsversuchen. Die vermeintlichen Lösungsversuche stellen dabei eine konstante Einladung zur Fortsetzung des Problemverhaltens dar.

Dementsprechend steht jedes Problem einer möglichen Lösung offen, sobald die problemerhaltende Lösung außer Kraft gesetzt wird. Konkrete interaktionelle Ver-

haltensbeschreibungen lösen Etikettierungen wie schizophren, depressiv, panisch, zwanghaft, etc. ab. Auf den therapeutischen Lösungsversuch, den Standpunkt des Klienten als nicht richtig darzustellen, wird zugunsten einer interaktionellen Sichtweise von Problemverhalten verzichtet.

6. Die Einladung zu unlogischem Verhalten und die Logik des Absurden

Effektive strategische Interventionen wirken für gewöhnlich diametral der Anstrengung des Patienten entgegengesetzt (das Gegenteil der bisherigen Lösung), unterbrechen die bisherigen Lösungsversuche des Klienten in Form von Unerwartetem (Musterunterbrechung), verschreiben das Problemverhalten (Symptomverschreibung und Symptomübernahme) oder stellen freundliche Sabotagen der Symptomatik dar (siehe auch die Zusammenstellung in Weiß, 1995). Der Therapeut muss abschätzen, welcher der mit dem Problem verbundenen Vorgänge die zentrale Stellung einnimmt, welche Handlungen sich am leichtesten in das Alltagsleben des Klienten eingliedern lassen und welche Person(en) am meisten zur Erhaltung des Problems beiträgt bzw. beitragen.

3. Eine Therapie am Brief Therapy Center (BFI)

Der Verlauf der Therapie, so wie ich ihn hier wiedergeben möchte, ist meinen Mitschriften einer Therapie am Brief Therapy Center (BFI) des MRI im Juli 2000 entnommen.

Sitzung 1

Zur Therapie in das Brief Therapy Center (BFI) des Mental Research Institute (MRI), Palo Alto, Kalifornien kommt ein männlicher Klient mit akademischem Hintergrund, Mitte dreißig, gut aussehend, schlank, eloquent und offensichtlich zur weißen, amerikanischen Mittelschicht gehörend. Er ist seit vierzehn Jahren verheiratet und hat zwei Kinder. Als Grund für eine Therapie gibt er an, unter Zwangsgedanken zu leiden. In seiner Adoleszenz habe er außerdem ein Alkoholproblem gehabt. Gut aussehende junge Frauen würden umgehend erotische und sexuelle Phantasien auslösen, von denen er sich über einen längeren Zeitraum nicht mehr befreien könne. Diese Bilder würden ihn stark einschränken und seine Ehe belasten. Therapeut ist hier Richard Fisch, Leiter des Brief Therapy Centers (BFI).

Fisch beginnt die erste Sitzung mit folgender Einführung: „Sie wissen, dass wir hier ein Kurzzeittherapie-Projekt betreiben. Das bedeutet, wir haben maximal zehn Sitzungen zur Verfügung. Sollten Sie das Gefühl haben, es stellen sich schneller als erwartet Veränderungen ein, können Sie die Therapie auch früher beenden. Der Rest der Stunden wird dann auf Eis gelegt. Sind Sie damit einverstanden?“

Klient: „Ja.“

Wenn wir berücksichtigen, dass man im strategischen Vorgehen davon ausgeht, dass die Definitionsmacht des Therapeuten über die „Schwere“ des geschilderten

Problems den Prozess der Veränderung maßgeblich erschweren oder beflügeln kann, so ist die Botschaft dieser Eingangsintervention auch noch eine andere: Wir gehen davon aus, dass Sie die Interaktionen, die Ihr Problem erzeugen, innerhalb der nächsten zehn Wochen effektiv verändert werden.

Man überlege sich den bedeutsamen Unterschied, der durch diesen Therapiebeginn in der Selbstwahrnehmung des Klienten ausgelöst wird, im Vergleich zu folgender Eingangserläuterung: „Da ich keinerlei Vorstellung von der Problematik habe, mit der Sie hierher kommen, lade ich Sie dazu ein mir zu erzählen, worum es in unserer Zusammenarbeit gehen soll. Mein Stundenkontingent beläuft sich auf minimal 25 bis maximal 300 Stunden. Ich werde versuchen mir ein Bild von der geschilderten Problematik zu machen und Ihnen am Ende der Stunde meine Einschätzung Ihrer Situation darzustellen.“

So gut die zweite Einführung auch gemeint ist, dem Klienten wird bestätigt, was er schon geahnt hat: Mein Problem bedarf einer intensiven Therapie und vor allem eines sehr kompetenten Therapeuten. Der Fokus auf die Veränderung weniger, aber bedeutsamer Interaktionen durch den Klienten selbst, die Betonung von Handlungsspielraum und Autonomie wird zugunsten einer machtvollen Position des Therapeuten aufgegeben. Ihm wird die Definitionsmacht übertragen, er wird entscheiden, was, wann und inwiefern etwas als Problem oder Verbesserung zu bezeichnen ist.

Den therapeutischen Rahmen von Anfang an auf ein bestimmtes Kontingent zu begrenzen wird leider viel zu häufig als wenig bedeutsame Intervention betrachtet. In Palo Alto stellt sie einen wesentlichen ersten Schritt in Richtung einer Veränderung der Problemperspektive des Klienten dar.

Fisch: „Gut, dann fangen wir an. Was ist ihr Problem?“

Der Klient beschreibt eine Situation, die sich im Sommerurlaub mit seiner Familie ereignet hat. Als er eines Morgens mit seiner Familie zum Strand ging, ist ihm eine junge, vielleicht zweiundzwanzigjährige Frau aufgefallen. Es ist ihm nicht möglich gewesen seinen Blick von der Frau abzuwenden, was ihm peinlich war und zu einer kurzen, heftigen Auseinandersetzung mit seiner Frau führte, in der er versuchte, alles abzustreiten. Am folgenden Tag gab es wegen weiterer „Ereignisse“ und weiteren Abstreitens erneut eine sehr heftige Auseinandersetzung, woraufhin der Urlaub abgebrochen wurde. Das Gespräch zwischen den Eheleuten wurde erst eineinhalb Wochen später wieder aufgenommen.

Fisch: „Was hat sie da Spezifisches gesagt?“

Klient: „Ich muss dich verlassen. Dann hat sie mich viele, konkrete Fragen gefragt, ob ich immer solche Gedanken habe. Dann hat sie versucht mir zu erklären, warum sie sich so verletzt fühle, dass ich sie nicht richtig liebe und so weiter. Ich habe mich wirklich schuldig gefühlt und seitdem verschiedene Therapeuten konsultiert.“

Der Therapeut versucht den Fokus des Klienten auf spezifische Interaktionen zu lenken, um so eine für den Klienten möglichst präzise Vorstellung davon zu entwickeln, welche konkreten Beziehungsbeiträge er verändern möchte. Bei einer hilfreichen, da interaktionell fassbaren, Problemdefinition ist weniger die Erklärung als vielmehr eine spezifische Beschreibung der problematischen Interaktionssequenz von Interesse.

Fisch: „Wie geht es Ihnen momentan in Ihrer Beziehung?“

Klient: „Wir fühlen uns so nah wie nie. Wir wollen uns beide entwickeln, es quält mich wirklich sehr.“

Fisch: „Was versuchen Sie um ihr Problem zu kontrollieren, um es besser zu machen?“

Klient: „Ich habe versucht mich mental zu trainieren. Ich versuche mich auf meine Frau zu konzentrieren und auf meine Gefühle ihr gegenüber. Ich versuche mich in ihre Lage zu versetzen und denke darüber nach, wie ich mich an ihrer Stelle fühlen würde. Und ich denke darüber nach, was für ein Vater ich bin. Ich habe außerdem Angst, dass ich mich irgendwann auch von meinen Kindern angezogen fühlen könnte. Dafür schäme ich mich.“

Fisch: „Seit dem großen Krach, was hat sich zwischen Ihnen und Ihrer Frau verändert?“

Klient: „Wir fühlen uns ungeheuer nahe. Unser Sexualleben ist wunderbar. Die Intensität in den letzten Wochen war unglaublich, nahezu besser als alles in den letzten 15 Jahren.“

Fisch: „Verstehe ich das also richtig, dass sich seit dem Ereignis die Beziehung verbessert hat?“

Klient: „Meine gesamte Konzentration ist bei ihr. Und sie fühlt dasselbe mir gegenüber, das war noch nie so.“

Der Therapeut lenkt den Fokus des Klienten von der intrapsychischen auf eine interaktionelle Ebene und erfährt, dass die heftige Auseinandersetzung im Urlaub offensichtlich gute Auswirkungen auf die Beziehung des Klienten mit seiner Frau hatte. Da davon ausgegangen wird, dass die bisherigen Lösungsversuche des Klienten Aufschluss darüber geben, wie das Problemverhalten stabilisiert wurde, hören wir, dass mentales Training, Konzentration auf seine Frau, das Sich-in-seine-Frau-Hineinfließen, das Nachdenken über seine Vaterqualitäten, die von dem Klienten als „Zwangsgedanke“ bezeichneten Erfahrungen nicht verändert haben. Der Klient hat versucht sich zu verändern, indem er in seiner Wahrnehmung das offensichtlich Richtige tat. Er hat dabei jedoch übersehen, dass Probleme durch Interaktionen wesentlich stabilisiert, moderiert und beeinflusst werden können. Wenn die Lösung das Problem ist, ist das Gegenteil der Lösung die Lösung. Das würde hier bedeuten, anstelle die sexuellen Zwangsgedanken „heimlich“ zu bekämpfen, diese im Gespräch mit der Partnerin zu thematisieren und als Grundlage für Auseinandersetzungen zu nutzen. Fisch führt diesen Gedanken jedoch noch nicht ein, sammelt zuerst weitere Informationen.

Fisch: „Ich frage mich noch etwas anderes. Hat sich innerhalb der letzten Tage, bevor Sie hier her gekommen sind, etwas verändert?“

Klient: „Es war, als wäre ich geheilt, aber meine Konzentration lässt wieder nach.“

Anstelle zu vergessen, dass sich häufig gerade aufgrund der Erwartung einer Veränderung durch eine Therapie, also alleine schon durch die Fokussierung auf die Möglichkeit einer Veränderung, bedeutsame Verbesserungen einstellen, wird die Aufmerksamkeit des Klienten auf die bereits eingetretenen Veränderungen gelenkt und gefestigt.

Fisch: „Die Dinge fallen zurück?“

Klient: „Korrekt.“

Fisch: „Wir müssen leider Schluss machen. Aber ich möchte, dass Sie bis zur nächsten Sitzung darüber nachdenken, was das erste, kleine Zeichen einer weiteren Ver-

änderung in ihrem Problem wäre und ich möchte, dass Sie darüber auf eine bestimmte Art und Weise nachdenken: Die Dinge ändern sich nicht über Nacht. Änderungen passieren Schritt für Schritt. Ich möchte, dass Sie sich immer wieder fragen, welcher erste Schritt Sie wissen lassen würde, dass Sie auf dem Weg der Veränderung sind?"

Fisch fragt hier nicht nach dem ersten Anzeichen einer Veränderung, er fragt nach einem kleinen Zeichen einer „weiteren“ Veränderung und betont somit, dass der Klient sich bereits auf dem Weg der Veränderung befindet. Zudem wird durch die Betonung eines „kleinen“ Zeichens ausgedrückt: Häufig finden Veränderungen statt, aber wir schenken ihnen keine Beachtung. „Beachten Sie auch kleinste Veränderungen“, bedeutet auch, dass der Klient von morgens bis abends seinen Fokus von einer Problemperspektive zu einer Lösungsperspektive wechselt, von der Frage: „Was mache ich falsch?“ zu der Frage: „Was mache ich wann, wenn auch nur in kleinsten Details, anders als sonst?“

Sitzung 2

Fisch: „In der letzten Stunde habe ich Sie gefragt, was für Sie ein erstes kleines Anzeichen einer Veränderung wäre?“

Klient: „Ich würde meinen Fokus sofort auf meine Frau umstellen können. Und ich hatte einen kleinen Erfolg.“

Fisch: „Zum Beispiel?“

Der Klient schildert nun eine Situation, in der er mit seiner Frau abends zum Essen ging und zwei Tische weiter eine sehr attraktive Frau saß. Es sei ihm nahezu den ganzen Abend über gelungen, sich nicht ablenken zu lassen und seine erotischen Zwangsgedanken nicht aufkommen zu lassen. Richard Fisch geht auf das Gesagte ein, indem er viele kleinere Details in den veränderten Reaktionen des Klienten bespricht. Er geht dann dazu über, das Konzept „Zwang“, das der Klient zur Beschreibung seiner Reaktionen und seines Verhaltens benutzt, zu hinterfragen.

Fisch: „Was ist der Unterschied zwischen einem ‚zwanghaften‘ und einem ‚normalen‘ Blick einer Frau gegenüber?“

Der Klient tut sich schwer hierauf eine Antwort zu finden.

Fisch: „Sie sind sich also über Ihren ‚Zwang‘ nicht absolut im Klaren?“

Klient: „Da ich nicht so genau weiß, was als normal zu betrachten wäre, weiß ich auch nicht genau, ob das ein Zwang ist, ja.“

Fisch: „Ich denke, Sie haben es sich da in ihrem Urteil über sich selbst zu leicht gemacht. Woran hindert Sie denn ihr so genannter Zwang?“

Klient: „Ich erwarte einfach von mir, mich hundertprozentig auf meine Frau konzentrieren zu können.“

In der Sprache des Klienten bedeutet „zwanghaft“ zu sein eine feststehende Eigenschaft zu haben bzw. eine wünschenswerte Eigenschaft nicht zu haben. Um den Blick für eine interaktionelle Perspektive frei zu machen, gilt es auch die Etikettierungen des Klienten zu hinterfragen. Dabei ist von Interesse, die so genannte Eigenschaft „Zwanghaftigkeit“ zu den relevanten Beziehungen des Klienten in Bezug zu setzen. Es stellt sich also die Frage, was der Klient damit verbindet, sich zwanghaft bzw. symptomfrei zu zeigen.

Fisch: „Was ist denn Ihre Erklärung für Ihren sogenannten ‚Zwang‘?“

Klient: „In meiner Schulzeit habe ich mich zu Tode gefürchtet, wenn es darum ging, mit Frauen zu sprechen. Ich habe mich hässlich gefühlt, hatte aber ziemlich starke sexuelle Energien. Mein erster Kontakt mit einer Frau war dann auch mit einer Prostituierten. Ich vermute mal, ich habe nicht gerade die besten sozialen Kompetenzen entwickelt, was den Umgang mit dem anderen Geschlecht anbelangt.“

Fisch: „Und wie haben Sie das Problem damals gelöst?“

Klient: „Ich habe Alkohol und Drogen konsumiert, aber ich hatte immer noch keine Verabredungen. Es war wirklich sehr schwer für mich nach einem Dinner zu fragen.“

In der Erklärung des Klienten für seine „Symptome“ liegt zumeist die Begründung enthalten, warum der Klient davon ausgeht sich nicht verändern zu können. Lösungsversuche, auch diejenigen, die in der Vergangenheit beim Umgang mit ähnlichen Problemen verwendet wurden, geben Aufschluss darüber, wie der Klient das aktuelle Problemverhalten stabilisiert.

Fisch: „So sind Sie also damals damit umgegangen. Und wie sind Sie zu Ihrer Frau gekommen?“

Klient: „Meine Frau war aktiver als ich. Und mit ihr war ich sozial besser akzeptiert.“

Fisch: „Und was wäre heute ein weiteres Zeichen einer kleinen Verbesserung?“

Klient: „Wenn ich meinen Kopf gar nicht mehr nach anderen Frauen umdrehen würde.“

Fisch: „Und was wäre ein Zeichen dafür, dass sie auch nicht die kleinste Veränderung in die gewünschte Richtung verpassen?“

Klient: „Zu bemerken, wann mein Kopf sich drehen will.“

Fisch lenkt hier die Aufmerksamkeit des Klienten, im Kontrast zu dessen Begründungen und den bisherigen Lösungsversuchen, auf eine spezifische und veränderbare Interaktionssequenz. Der Klient bekommt so eine konkrete und lösbare Aufgabe an die Hand, die einen weiteren Fortschritt ermöglicht.

Fisch: „Unsere Zeit ist um. Ich möchte Ihnen jedoch zu Ihren ersten Erfolgen gratulieren. Wir sollten jedoch nicht zu optimistisch sein und skeptisch bleiben. Ich möchte Ihnen vorschlagen, wenn Sie sich dazu gezwungen fühlen einer Frau hinterherzuschauen, sollten Sie das ihrer Frau mitteilen. Wenn Sie gemeinsam unterwegs sind, sollten Sie das umgehend tun, wenn es tagsüber passiert, sollten Sie sich mit Ihrer Frau abends besprechen. Wenn Sie lediglich ein ‚normales Interesse‘ einer Frau gegenüber erleben, dann brauchen Sie darüber nicht weiter zu sprechen.“

Klient: „Das will ich auf keinen Fall machen, insofern muss das eine gute Idee sein. Ich habe auch schon einmal über dieselbe Idee nachgedacht.“

Fisch: „Sagen Sie Ihrer Frau, dass ich Ihnen dazu geraten habe.“

Am Ende dieser zweiten Sitzung beschließt Fisch die bisher gesammelten Informationen zu einer strategischen Intervention zu verdichten. Wenn die bisherigen, individualszentrierten Lösungsversuche keine Änderung gebracht haben, die Partnerin als aktiver beschrieben wurde und die Auseinandersetzungen im Urlaub und eineinhalb Wochen später die Beziehung so erheblich verbessert haben, dann ist das Gegenteil der bisherigen Lösung im Umgang mit der Problematik die Lösung. Der Klient wird gebeten den aktiven Part zu übernehmen, der Partnerin von jedem kleinsten „Ereignis“ bewusst zu erzählen und damit implizit Auseinandersetzungen mit seiner

Frau zu provozieren. Anstatt seinen so genannten Zwang im stillen Kämmerlein zu lösen, seine Frau als aktiv und sich als passiv zu erleben und weiterhin Auseinandersetzungen zu vermeiden, übernimmt der Klient die Aufgabe, die Beziehung durch seine „Erlebnisse“ bewusst mitzugestalten. Auf diese Weise kann die beziehungs-gestaltende Bedeutung der erotischen „Zwangsvorstellungen“ für die langjährige Ehe diskutiert werden, ohne dass der Therapeut sich zum Moderator dieser Beziehung erhebt und damit einen Auftrag definiert, den der Klient so bisher nicht gegeben hat. Hier greift auch das, schon von Milton H. Erickson definierte, Prinzip: „If it work's, do more about it“ – „wenn etwas funktioniert“, hier die Auseinandersetzung im Urlaub und der nachfolgende Streit zu Hause, „dann mach' mehr davon“.

Strategisch zu arbeiten bedeutet auch, sanft und elegant zu intervenieren. Leider ist durch die in den achtziger Jahren sehr publik gewordenen paradoxen Interventionen strategisches Intervenieren einer Art Kriegsführung gleichgesetzt worden, ohne die Verdienste der frühen Mailänder Schule, insbesondere im Bereich des zirkulären Fragens, schmälern zu wollen. Aber das therapeutische Modell in Palo Alto bemüht sich insbesondere darum, durch minimale Interventionen größtmögliche Auswirkungen zu erzeugen, um auf diese Weise die Selbstregulationskräfte des oder der Klienten zu motivieren. Die Diskussion um die Frage, was die „wirkliche“ Ursache der Problematik darstellt, wird zu Gunsten der Perspektive auf das, was verändert werden kann, gar nicht erst geführt. Dies mag dem einen oder anderen sehr vertraut erscheinen. Wagen wir jedoch einen ehrlichen Blick in die eigene Praxis, so ertappen wir uns immer wieder bei dem Versuch, Veränderungen als „gut“ und „richtig“ zu begründen, anstelle Veränderbares, auch wie hier im Beispiel unbegründet, anhand kleinster Schritte zu verändern.

Sitzung 3

Fisch: „In der letzten Sitzung hatte ich Sie gebeten jede kleinste Veränderung zu beachten und mit Ihrer Frau über Ihre auftretenden Phantasien zu sprechen. Wie ist es Ihnen ergangen?“

Klient: „Ich hatte Tage ohne nennenswerte Ereignisse.“

Fisch: „Ich verstehe nicht ganz, wie Sie das meinen.“

Der Klient berichtet von Erfolgen. Ohne dass Fisch nun direkten Bezug auf die Auswirkungen der veränderten Verhaltensweise innerhalb der Ehe des Klienten nimmt, lässt er sich die Veränderungen, wie schon in der zweiten Sitzung, detailliert über einen Zeitraum von 20 Minuten schildern.

Klient: „Ich meine, es wird mir langsam unklar, was das Zwanghafte an meinem Verhalten ist. Ich erlebe es nur noch selten. Wenn ich glaube, ich bin wieder zwanghaft, dann erzähle ich das meiner Frau; es hat sie unglaublich verletzt und wir hatten daraufhin schreckliche Auseinandersetzungen. Und nun weiß ich nicht mehr so genau, weswegen ich hier bin, wegen meines ‚Zwanges‘ oder wegen der Auseinandersetzungen mit meiner Frau.“

Fisch: „Fällt es Ihnen schwer die Veränderungen positiv zu bewerten?“

Klient: „Ein wenig, ja.“

Fisch: „Was hat Ihre Frau in Ihren Auseinandersetzungen denn konkret gesagt?“

Klient: „Sie hat mich mit Fragen attackiert.“

Fisch: „Und wie haben sie beide damals das mit Ihrem Alkoholproblem gelöst?“

Klient: „Sie hat mich gefragt, ob ich für eine Weile zu trinken aufhören könne. Sie sagte damals, dass es sehr schmerzvoll für sie sei, weil ich nicht wirklich bei ihr sei. Ich war wirklich stinksauer, dass sie mich mit meinem Alkoholproblem konfrontiert hat. Aber es ist verschwunden.“

Der Klient hat begonnen, seine individuumszentrierte Betrachtungsweise zu Gunsten einer interaktionellen Perspektive auf sein geschildertes Problem zu ersetzen. Er stellt seine Konzeption von „Zwanghaftigkeit“ in Frage und fragt sich, warum er eigentlich in Behandlung ist, wegen seines „Zwanges“ oder wegen der Beziehung zu seiner Frau. Erst jetzt erhält Fisch den Auftrag, den Klienten in seiner Suche nach Lösungswegen für die entstandenen Auseinandersetzungen zu unterstützen. Fisch fragt daraufhin, wie das Ehepaar das Alkoholproblem damals bewältigt hat, um Informationen über konstruktive Lösungsinteraktionen zu erhalten. Hieraus erfahren wir, dass der Klient schon damals heftige Aggressionen entwickelt hat, als er mit seiner Problematik konfrontiert worden ist. Dennoch war auch damals schon die Konfrontation ein hilfreiches Muster.

Fisch: „Könnten Sie mir Konkreteres über die Unterschiede im Umgang Ihrer Frau mit diesen beiden Problemen erklären? Wie war das in der letzten Woche? Was hat die Auseinandersetzungen ausgelöst?“

Klient: „Ich wollte das irgendwann nicht mehr machen und darüber wurde sie ziemlich sauer. Ich habe ihr dann vorgeschlagen, dass ich meine Gefühle aufschreibe und ihr das gebe; und sie könne das auch machen. Aber ich fand's dann irgendwann lächerlich, ich wurde richtig verwirrt und ärgerlich, weil ich nicht mehr wusste, was ich als zwanghaft bezeichnen sollte und was nicht. Wo ist denn da die Grenze?“

Fisch: „Die müssen Sie für sich selber ziehen. Was den Unterschied zwischen dem, was Sie als zwanghaft und dem, was Sie als ‚normalen‘ Blick einer Frau gegenüber bezeichnen, ausmacht, das müssen Sie sich selbst fragen. Und ich denke, Sie sollten sich mit Ihrer Frau einigen, wann und wie häufig Sie ihr von ihren Erlebnissen berichten wollen. Damit möchte ich die Stunde heute auch beenden.“

Die Strategie des Therapeuten scheint aufzugehen. Das Konstrukt „Zwang“ wird vom Klienten eigenständig zerlegt, wobei er sich nun zu fragen beginnt, wie häufig er sich mit seiner Frau über das Thema seiner „sexuellen Phantasien“ auseinandersetzen möchte. Offensichtlich wurden die hierzu anstehenden Konflikte in die Kommunikation der Ehe integriert. Dem Therapeuten bleibt nur noch, den Klienten zum Abwägen der Häufigkeit seiner Einladung zur gemeinsamen Auseinandersetzung anzuregen. Gleichzeitig lenkt Fisch die Aufmerksamkeit auf den Unterschied bei der Problemlösung heute und damals, um den Klienten für das, was er in seinen aktuellen Auseinandersetzungen verändern möchte, zu sensibilisieren.

Sitzung 4

Klient: „Ich habe mich, was meine Kontrolle anbelangt, sehr verbessert.“

Fisch: „Wie meinen Sie das?“

Klient: „Ich handle nicht mehr nach meinen Impulsen und versuche bewusste Entscheidungen zu treffen. Und mein Verlangen hat sich sehr reduziert.“

Der Klient macht weitere Fortschritte. Was wie ein Wunder wirken mag, ist eine konsequent therapeutische Strategie, die im Wesentlichen aus einer Fokussierung auf

veränderbare Interaktionsbeiträge, dem unerschütterlichen Glauben an die selbst-regulativen Kräfte des Klientensystems und der fehlenden Pathologisierung durch ein machtvolles Helfersystem zu verdanken ist. Wie bereits in den vorherigen Sitzungen dreht sich die erste Hälfte überwiegend um die erreichten Veränderungen innerhalb vieler detailreicher Situationen. Fisch lobt hierbei immer wieder die veränderten Interaktionsbeiträge des Klienten.

Fisch: „Sieht für mich so aus, als hätten Sie in zwei Bereichen Fortschritte gemacht. In Ihrer Kontrolle und Ihrem Verlangen. Wie erklären Sie sich diese Veränderungen?“

Klient: „Hierher zu kommen, darüber reden zu können, mit meiner Frau zu sprechen und indem ich mich gezwungen habe, nicht zu reagieren.“

Fisch: „Was genau haben Sie verändert?“

Klient: „Ich habe den Vorschlag gemacht, nicht mehr täglich über alles zu berichten, das ist nicht mehr notwendig. Aber einmal die Woche meine Eindrücke und Probleme mit meiner Frau zu besprechen, ist weiterhin sehr hilfreich.“

Fisch: „Und wie geht es Ihrer Frau?“

Klient: „Irgendwas hat sich verändert. Sie redet mehr über ihre Ängste und das macht es sehr viel leichter für mich.“

Fisch: „Scheint so, als hätten Sie viel verändert; das sind ja wirklich beunruhigende Entwicklungen. Ich denke, Sie sollten nicht so schnell machen, sich für ihre Veränderungen mehr Zeit lassen, und vor allen Dingen davon ausgehen, dass Sie, da Sie die Veränderungen so schnell vorgenommen haben, noch einige Male einen Rückfall produzieren werden.“

Ich möchte Ihnen vorschlagen, ihre Veränderungen weiterhin genau zu beobachten. Sollten Sie im Laufe der nächsten Wochen noch einmal das Bedürfnis haben mit mir zu sprechen, würde ich mich freuen, wenn Sie anrufen. Wir können dann jederzeit einen Termin ausmachen. In Anbetracht der erreichten Veränderungen halte ich die Fortsetzung der Therapie momentan jedoch nicht mehr für notwendig. Wie denken Sie darüber?“

Klient: „Ja, das denke ich auch. Ich werde mich melden, falls es mir notwendig erscheint.“

Bedeutsam hier ist die klassische Intervention von John Weakland: „Go slow, to get going“ – Mach' langsam, damit du vorwärts kommst.“ Beginnt der Klient bedeutsame Veränderungen im Umgang mit seinen Bezugspersonen vorzunehmen, warnt der Therapeut vor Ungeduld und zu schneller Veränderung. Rückfälle werden so antizipiert und damit in ihrer Bedeutung: „Nun war alles umsonst“ entschärft. Eine weitere Intervention besteht in dem offenen Ende der Therapie: „Sollten Sie im Laufe der nächsten Wochen noch einmal das Bedürfnis haben, die Veränderungen mit mir zu besprechen, würde ich mich freuen, wenn Sie anrufen.“ Der Klient hat so die Möglichkeit sich zu melden, weiß jedoch, dass er die erreichten Veränderungen auch ohne therapeutische Unterstützung stabilisieren kann.

4. Kommentar

Es ist mir mit diesem Artikel ein Anliegen, die Lösungsorientierung, so wie sie einst in den fünfziger Jahren am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto, Californien, begründet wurde, darzustellen. Dem, mit der Lösungsorientierung bereits vertrauten Leser wird auffallen, dass der „Fokused Problem Resolution Ansatz“ der MRI Gruppe inzwischen eher als historisch relevantes Modell zu betrachten ist. Die moderne Lö-

sungsorientierung ist sehr viel flexibler und lässt jegliches „So und nicht Anders“, wie es diesem Modell noch zu eigen war, vermissen. Ich denke, dass die strukturelle Perspektive von Minuchin, die systemisch-zirkuläre Perspektive der Mailänder Gruppe, die narrative Perspektive eines Michael White, die mehrgenerationale Perspektive eines Boszormenyi-Nagy, die phänomenologische Perspektive eines Bert Hellinger, die wachstumsorientierte Perspektive von Virginia Satir, die symbolisch-erfahrungsorientierte Perspektive von Carl Whitaker und auch die Lösungsorientierung der Palo Alto Gruppe, dass all diese Perspektiven menschliche Probleme zu betrachten, genuine Anteile enthalten, die weiterzugeben und weiterzuentwickeln lohnt. Letztendlich bin ich mit Milton H. Erickson der Auffassung, dass für jeden Klienten eine eigene Therapieform erfunden werden muss. Aber auch das Erfinden braucht Zutaten, von denen die Begründer der systemischen Therapie einen großen Pool kreativer und vielfältiger Möglichkeiten zu bieten haben. John Weakland (mündlich überliefert) würde hierzu wahrscheinlich sagen:

1. If it ain't broken don't fix it.
2. If it doesn't work, do something else.
3. If it works, do more about it:

Was nicht kaputt ist, versuche nicht zu reparieren; wenn es nicht funktioniert, mach' etwas anderes. Und wenn es funktioniert, dann mach' mehr davon.

Literatur

- Bateson Gregory; Jackson Don D.; Haley Jay & Weakland John H. (1969): Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Bateson (1996). Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt
- Fisch, Richard; Weakland, John H. & Segal, Lynn (1987). Strategien der Veränderung. Klett-Cotta
- Jackson, Don D. & Weakland, John H. (1961). Conjoint Family Therapy: Some Considerations on Theory, Techniques and Results. *Psychiatry*, 24, S. 30 –34
- Segal, Lynn (1991). Brief Therapy: The MRI Approach. In: Gurman, Alan S. & Kniskern, David P. (Hrsg.). *Handbook of Family Therapy, Volume II*. Brunner & Mazel, New York, S. 171 – 198
- Sullivan Harry. S. (1980). Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Weakland, John H.; Fisch, Richard; Watzlawick, Paul & Bodin, Arthur M. (1974). Brief therapy: Focused Problem resolution. *Family Process*, 13, S. 141 – 168
- Weiß, Thomas & Haertel-Weiß, Gabriele (1995). *Familientherapie ohne Familie*. Piper Taschenbuch, München
- Wienands, András (2002). Salvador Minuchin: „I believe in the family.“ Ein Erfahrungsbericht vom Minuchin Center for the Family. In: *Kontext. Zeitschrift für systemische Therapie*, 34.

Wienands, András (2002). Die heidelberger Konzeption systemischer Therapie an der psychosomatischen Klinik am Hardberg. In: Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung, 2/02.

Wienands, András (2005). Choreographien der Seele. Lösungsorientierte Systemische Psycho – Somatik. Kösel Verlag, München

Andras Wienands, Diplom Psychologe, verheiratet, Vater von zwei Söhnen.
Systemischer Berater, Therapeut und Supervisor. Leiter der Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung. Begründung der Lösungsorientierten systemischen Psycho-Somatik, einer körperorientierten Form systemischer Therapie und Beratung. Studium der Psychologie in München (LMU), Berlin (HU) und den USA (Stanford). Stipendium durch die Studienstiftung des deutschen Volkes. Ausbildung in Systemischer Therapie, Beratung, Supervision und somatischer Psychotherapie am Mental Research Institute (MRI), Palo Alto, am Minuchin Center for the Family (MCF), New York und am IFW, München. Seit 2000 Tätigkeit bei Kinderland e.V. – Verein zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien – in der systemischen Beratung, Therapie und Supervision von Einzelnen, Paaren, Familien und Teamstrukturen. Geschäftsführer der Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (GST).

Anschrift des Autors

GST GmbH
Kremmenerstr. 9-11
10 435 Berlin
(030) 462 69 69
wienands@gstb.org
www.gstb.org