

## **SFBT 2.0: Die nächste Generation der Lösungsfokussierten Kurzzeittherapie ist da**

**Mark McKergow**

**Center for Solutions Focus at Work, UK**

**Original veröffentlicht unter McKergow, M. (2016.) SFBT 2.0: The next generation of Solution Focused Brief Therapy has already arrived, Journal of Solution Focused Brief Therapy Band 2, Nr. 2, S. 1-17<sup>1</sup>**

### **Zusammenfassung**

*Dieser Artikel fasst die Entwicklungen der Lösungsfokussierten Kurzzeittherapie (SFBT = Solution Focused Brief Therapy) in den letzten zehn Jahre zusammen. Für mich zeigt sich SFBT heute in einer ganz neuen Form: SFBT arbeitet stärker mit Beschreibungen und ist formal noch einfacher als das „Original“ von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg und ihren Kollegen. Wenn es um die Prioritäten und den Fokus dieser Stammväter geht, zeigen sich weiterhin ganz klar die Charakteristika von SFBT; gleichzeitig hat man viele Elemente hinter sich gelassen, die ihren Ursprung in der traditionellen Familientherapie und Kurzzeittherapie hatten. Ich möchte dieses „Neue“ darum „SFBT 2.0“ nennen und damit die heutige Praxis von früheren abgrenzen und gleichzeitig anzeigen, dass es sich nicht um eine neue Therapieform handelt, sondern um eine wichtige Weiterentwicklung einer bestehenden Methode.*

### **Einleitung**

Die Frage "Woran würden Sie merken, dass das Wunder geschehen ist?" wird in der Lösungsfokussierten Kurzzeittherapie (SFBT = Solution Focused Brief Therapy) sehr häufig gestellt. Dabei geht es nicht darum, dieses Wunder tatsächlich geschehen zu lassen. Viel wichtiger ist es, sich gedanklich in die Zukunft zu versetzen und zu erforschen, wie sich der Alltag durch dieses Wunder verändert. Die Frage leitet ein ganz besonderes Gespräch ein: Wir wollen Veränderungen entdecken, statt sie aus dem Nichts herbeizuführen; wir wollen entdecken, dass Veränderungen bereits geschehen und sie als Vorboten dessen sehen, worauf wir aufbauen wollen.

Meiner Meinung nach wird dieser veränderte Gesprächsfokus in unserer eigenen Praxis immer stärker spürbar. Ich möchte in diesem Papier umreißen, was sich hier abzeichnet, und erklären, warum ich denke, dass wir uns bereits in neue Richtungen bewegen. In diesem Sinne ist dieses Papier kein Handlungsauftrag. Ich schlage keine neue Form der SFBT vor. Ich möchte stattdessen dem, was in der Praxis geschieht, mehr Klarheit und Form geben. Dieses Papier soll anregen, die derzeitigen Entwicklungen anzuerkennen und zu nutzen, damit wir nicht weiterhin so tun, als befänden wir uns noch immer in den frühen 1990er Jahren. Wir können hier und da über das Neue in der SFBT lesen, doch wird dies nirgends dezidiert als „neue Version“ bezeichnet. Wenn es jedoch unter einem einzigen Namen „SFBT“ unterschiedliche Ausformungen, Ideen und Methoden gibt, laufen wir Gefahr, sowohl bei Einsteigern als auch bei erfahrenen Therapeuten Verwirrung zu stiften.

Da alle neueren Versionen noch immer unverkennbar SFBT sind, wäre ein neuer Name unangemessen. Gleichzeitig rufen die Unterschiede geradezu nach einer formalen Kennzeichnung. Mein Vorschlag folgt der gängigen Praxis der Namensgebung in der Softwareindustrie: Eine wichtige neue Version erhält die nächsthöhere Nummer. SFBT 2.0 könnte in diesem Sinne ein Arbeitstitel sein.

---

<sup>1</sup> **Übersetzung erstellt mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Verlags der Originalpublikation, im Auftrag von Katalin Hankovszky, Handlungsspielräume/Solutionsurfer. Übersetzung: Roswitha Menke**

In diesem Artikel versuche ich zu beschreiben, was bei SFBT 2.0 verglichen mit einem eventuellen SFBT 1.0 neu und anders ist. Das wird nicht bis ins kleinste Detail möglich sein, denn ich halte es mit Steve de Shazer, der immer wieder darauf bestanden hat, dass es keinen „rechten Glauben“ gibt. Gleichzeitig aber werden die Verschiedenheiten immer größer und wichtiger, und es drohen Konfusionen in unserem Fachgebiet.

### **SFBT 1.0**

SFBT entstand in den späten 1980er Jahren aus einem extensiven, empirischen Forschungsprogramm am Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee unter der Leitung von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg und ihren Kollegen. De Shazer und Berg waren vom Kurzzeittherapie-Ansatz des Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto stark beeinflusst und wollten diesen Ansatz in ihrem eigenen Therapiezentrum weiter entwickeln. John Weakland, einer der treuesten Anhänger des MRI, wurde nicht nur zum Supervisor, sondern blieb auch bis zu seinem Tod im Jahr 1995 ein enger Freund des Paares. Mit diesem Hintergrundwissen versteht man leichter, wie man in der SFBT ursprünglich mit Sprache gearbeitet hat.

Am BFTC wurden die Ideen für eine Kurzzeittherapie in der ersten Hälfte der 1980er Jahre entwickelt. Steve de Shazer schrieb in dieser Zeit zwei Bücher (de Shazer, 1982, 1985): Er wollte Interventionen entwickeln, die, basierend auf Erickson'scher Methoden (z. B. die Kristallkugel-Methode), dazu dienen sollten, Muster zu erkennen und neue Ideen zu generieren. Diese Interventionen könnten dann als „Generalsschlüssel“ dienen, um (schwierige) Fälle zu lösen. Erste Spuren der uns bekannten SFBT finden wir in einem Artikel (de Shazer et al., 1986); diese Ideen konsolidierte de Shazer in seinem Buch *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie* (de Shazer, 1988). Gale Miller arbeitete im Jahr 1984 und dann wieder ab 1989 als Beobachter und Forscher im BFTC. Er sagt, dass sich die Praxis in dieser Zeit erheblich verändert habe (McKergow, 2009):

*Man muss wissen, dass das, was 1984 im Center geschah, keine Lösungsfokussierte Therapie (SF therapy) war. Die Therapeuten machten etwas, das Steves erstem Buch (de Shazer, 1982) entsprach – ich würde das „öko-systemische Therapie“ nennen. Es war stark von den Palo-Alto-Leuten (dem Mental Research Institute) beeinflusst. ... [1989] fiel mir auf, dass alles sehr, sehr anders war. Man spürte, dass das Team sich entschieden in Richtung SF-Praxis bewegt hatte: Es gab ganz neue Annahmen, die Arbeit war viel weniger systemisch, man wendete viel weniger Zeit auf, um clevere Interventionen zu entwickeln oder Schwierigkeiten und Problemen nachzugehen, im Mittelpunkt standen Lösungen, die Arbeit war flüssiger (Original ab Seite 79).*

Für viele Therapeuten weltweit war die Lektüre des „Dreh“ der Start in ihre lösungsfokussierte Arbeit. Das Buch beschreibt viele Bestandteile von SFBT, auch wenn die einzelnen Elemente noch nicht ausbalanciert sind. Ausnahmen zu finden, ist hier ganz besonders wichtig; Gespräche über eine hypothetische Lösung gibt es nur, wenn sich keine Ausnahmen finden lassen. Steve de Shazer hat später zwei Bücher geschrieben, die weniger den Charakter von „Kochrezepten“ hatten, sondern versuchten, die Erkenntnisse mit größerer intellektueller Präzision zu beschreiben (de Shazer, 1991, 1994). In den frühen 1990er Jahren wurde der Ansatz international anerkannt, und die 1994 neu gegründete European Brief Therapy Association (EBTA) bietet europäischen Therapeuten einen Treffpunkt für Erfahrungsaustausch und Weiterentwicklung.

Die Entwicklungen bis ca. 2010 legten den Fokus einerseits stärker auf die Forschung (und auf die Entwicklung eines EBTA-Forschungsprotokolls, das Klarheit darüber schaffen sollte, was im Sinne der Forschung tatsächlich zu SFBT gehört); andererseits ging es darum, die Ideen der SFBT in anderen Therapie- und Lebensbereichen anzuwenden, z. B. in Schulen, Unternehmen, Haftanstalten, in der Sozialen Arbeit usw.). Zwischen 2000 und 2010 wurden hunderte Studien veröffentlicht (Macdonald, 2011), und im Jahr 2011 gab Cynthia Franklin eine Anthologie heraus, die von Oxford University Press

veröffentlicht wurde (Franklin, Trepper, McCollum & Gingerich, 2011). Das zweite Kapitel dieses Buchs (Trepper et al., 2011) trägt den Titel 'Solution Focused Brief Therapy Treatment Manual' (= Handbuch für die Lösungsfokussierte Therapie) und beschreibt sehr gut, was man unter "klassischer SFBT" verstehen könnte.

- Veränderung vor der (ersten) Sitzung
- Ziele (vorzugsweise kleine)
- Wunderfrage
- Skalenfragen
- Ausnahmen entwickeln
- Bewältigungsfragen (auch Coping-Fragen genannt) wenn passend oder nötig
- Pause, Komplimente für Stärken und Ressourcen
- Hausaufgaben (entweder vom Klienten formuliert oder ein vom Therapeuten vorgeschlagenes Experiment)

Diese Zusammenfassung soll als Vergleichsgrundlage für die folgenden Überlegungen dienen, da es wohl kaum Widersprüche zu dieser Praxisbeschreibung gibt.

### **Neue Entwicklungen**

Seit dem Jahr 2000 und bis nach 2010 zeigten sich im SFBT-Bereich einige interessante, neue Entwicklungen, die das oben erwähnte klassische SFBT-1.0-Therapiehandbuch erweitern und verändern. Shennan und Iveson (2011) erwähnen diese Entwicklungen ohne übertriebenes Tamtam; das Gleiche gilt für andere Arbeiten der Mitarbeiter von BRIEF und anderer (Iveson, George & Ratner, 2011; Iveson & McKergow, 2016; Ratner, 2014; Ratner, George & Iveson, 2012). Doch ich fürchte, dass die Autoren in einigen Fällen die Unterschiede zwischen ihren Innovationen und der etablierten Praxis zu wenig klar gemacht haben. Ich würde diese Unterschiede wie folgt zusammenfassen:

- Sprache: Von Handlung zur Beschreibung
- Von Fragen zu "Räumen" und "Werkzeugen"
- Von Zielen zu kühnsten Hoffnungen / gemeinsamen Projekten
- Erwünschte Zukunft und Skalen: gleiche Fragen – andere Ziele
- Von Ausnahmen zu Beispielen – klarerer Fokus auf Gespräche über Vergangenheit und Gegenwart
- Überbleibsel der Familientherapie abschütteln
- Sitzungsende: keine Aufgaben, nicht einmal Handlungen, mehr wertschätzende Zusammenfassung

Lassen Sie uns diese Veränderungen im Einzelnen betrachten.

#### ***Sprache: Von Handlung zur Beschreibung***

Das MRI-Modell der Kurzzeittherapie legte von Anfang an großen Wert auf spezifische, konkrete, beschreibende Information. Bei Weakland & Fisch, 1992, finden wir eine Beschreibung des „Heute“ sowie die Bestätigung, dass Steve de Shazer 1972 an einem MRI-Workshop für Kurzzeittherapie teilgenommen hat. Der Ansatz des MRI – ein wahrer Paradigmenbrecher im Bereich der seelischen Gesundheit – betrachtet Probleme nicht als "innerhalb" des Patienten, sondern als Ergebnis der Kommunikationsmuster zwischen dem Klienten und seiner Umgebung. Die Fokussierung auf spezifische, konkrete, beschreibende Informationen hilft dabei, sich nicht darauf einzulassen, über innere, psychologische Vorgänge zu mutmaßen, sondern sich auf Interaktionen zu konzentrieren: Wer macht was mit wem wann und in welcher Reihenfolge? Dies ist, gemäß dem MRI-Modell, der Schlüssel, um die Muster zu unterbrechen, die den Problemzustand aufrechterhalten, und die Türen für etwas Neues zu

öffnen, indem man eine Verhaltensänderung „erfindet“. Wenn dann tatsächlich etwas anderes geschieht, kann man dem Klienten raten, mehr von diesem Verhalten zu zeigen, um das neue und bessere Verhaltensmuster zu verstärken.

Auch SFBT 1.0 legte den Fokus explizit auf diese spezifische Sprache. De Shazer und seine Kollegen betitelten ihre wegweisende Arbeit *Brief Therapy: Focused Solution Development* bewusst nach einem früheren Artikel von MRI (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974), um anzuzeigen, dass die beiden beschriebenen Denkansätze miteinander verknüpft sind. Allerdings geht es bei diesem konkreten Detail nicht mehr um das Muster des Problems sondern viel mehr um das, was der Klient möchte, was am Tag nach dem Wunder geschieht, was funktioniert usw. Grundsätzlich ist das Ziel weiterhin, Mutmaßungen über seelische Vorgänge zu vermeiden und sich auf Beschreibbares zu konzentrieren. Gleiches gilt für die Fokussierung auf das Sammeln von Informationen mit dem Ziel, Interventionen abzuleiten oder Aufgaben zu stellen.

Wenn wir die von Shennan und Iveson kürzlich dargestellte “beschreibende Wende” betrachten, finden wir nach wie vor den Fokus auf konkrete, beschreibende Informationen. Doch heute geht es dem Therapeuten nicht mehr darum, Interventionen abzuleiten, sondern darum, dass der Klient spricht, hört und reagiert. Tatsächlich wird ein noch höher Grad der Detaillierung angestrebt als bisher – als Beispiel sei hier der “Kuschelfall”, den Iveson und McKergow (2016) erwähnen, angeführt, wo man fünf Minuten aufwendet, um eine Kuschelszene zu beschreiben, die nur fünf Sekunden gedauert hat. (Kenner haben möglicherweise bemerkt, dass der Titel dieses Artikels, *Brief Therapy: Focused Description Development*, ganz bewusst beide im vorigen Absatz erwähnten Artikel aufgreift, um anzuzeigen, dass ein neuer Ansatz entsteht).

Hier hat sich das Ziel der Therapie verändert. Der Therapeut sammelt Informationen nicht, um Interventionen zu entwickeln. Seine Rolle besteht darin, dem Klienten zu helfen, bei seinen Beschreibungen immer weiter ins Detail zu gehen und dabei winzige Einzelheiten zu entdecken, die sich als künftige Handlungsalternativen quasi anbieten. Wenn der Klient beispielsweise über den Tag nach dem Wunder spricht, ermuntert der Therapeut ihn, noch detaillierter über sich selbst und die anwesenden Menschen zu sprechen (übrigens ein sehr bewusstes Echo auf das, was vor einem halben Jahrhundert im MRI geschah) – jedoch so, dass es um das geht, was der Klient möchte, und nicht um Problemmuster. Dies kann mit einigen ganz einfachen Fragen passieren, z. B.

- Was wäre denn das erste kleine Anzeichen, das Ihnen zeigt, dass [X] dabei ist, wahr zu werden? Was noch?
- Wer würde als Erster merken, dass [X] passiert? Was genau würde dieser Mensch bemerken; was würde ihm sagen, dass [X] geschieht? Was noch?

Bitte beachten Sie, dass [X] an dieser Stelle nichts Spezifisches sein muss. Es könnte eine Wiederholung der “kühnsten Hoffnungen” sein, oder im Gespräch einfach ein “Das”. Mit solchen Fragen dringt man tiefer in die Details ein, auch wenn der Klient zu Anfang ein sehr verschwommenes, unklares Bild hat.

Die Rolle des Therapeuten wechselt also von der Detail-Sortierung (mit dem Ziel, die relevanten Details für sein Interventionsdesign herauszufinden) zur Detail-Erweiterung (mit dem Ziel, dem Klienten zu helfen, noch tiefer in seine Beschreibung besserer Zukünfte, Vergangenheiten und Gegenwarten einzutauchen). Die Wortwahl verschiebt sich vom „Handeln“ zum „Wahrnehmen“. Es scheint, als seien Steve de Shazer und Insoo Kim Berg schon 1992 dieser Verschiebung des Schwerpunkts auf der Spur gewesen. In ihrem Artikel *Doing Therapy: A post-structural revision* (de Shazer & Berg, 1992) diskutieren sie die Idee von “Grammatik-Verschiebungen” während einer Sitzung. Allerdings waren ihnen damals wohl noch nicht alle Konsequenzen dieser Verschiebung bewusst. Die neue Rolle des Therapeuten

kommt auch in einigen der übrigen Veränderungen von SFBT 1.0 nach SFBT 2.0, die ich später darlegen werde, ins Spiel.

### **Von Fragen zu “Räumen” und “Werkzeugen”**

Fragen waren stets das Herzstück von SFBT. Die Originalvideos von BFTC, die Steve de Shazer und Insoo Kim Berg bei ihrer Arbeit zeigen, sind mit Untertiteln versehen, damit die Zuschauer besser verfolgen können, was in der jeweiligen Sitzung geschieht. Diese Untertitel lauten „Wunderfrage“, „Skalenfrage“ usw. Es geht immer um Fragen. Mittlerweile gibt es „SF-Fragen“ sogar in Buchform, z. B. „1001 SF Questions“ (Bannink, 2010) – als ob eine Frage allein schon lösungsfokussiert sein könnte. Man kann jede Frage auf tausend unterschiedliche Arten stellen, und nur einige davon lassen sich tatsächlich als lösungsfokussiert bezeichnen.

Natürlich sind solche Fragen ein wichtiges Element der lösungsfokussierten Praxis. Allerdings geht es bei diesen Fragen nicht darum, dass sie gestellt werden – sie dienen stets dazu, einen Abschnitt des Interviews bzw. der Sitzung einzuleiten oder weiterzuentwickeln. Eine Wunderfrage und eine einzige Antwort können einen kleinen Fortschritt anstoßen, doch wirkliche Wunder wirkt sie erst im nächsten Schritt: Wenn nämlich die Antworten im Gespräch zu echten Beschreibungen ausgeweitet werden.

Die Wunder- oder auch die Skalenfrage ist nicht einfach eine Frage, sondern der Beginn eines deutlich längeren Gesprächs. Darum sollte man sich stärker auf diese Gesprächsabschnitte und nicht nur auf die Frage allein konzentrieren. Eine Unterhaltung über die „erwünschte Zukunft“ besteht also aus einer Wunderfrage PLUS allem Folgenden über die ersten kleinen Anzeichen, dass das Wunder bereits geschehen ist, wer diese Anzeichen ebenfalls wahrnimmt, was diese Menschen außerdem bemerken, was als Nächstes passiert, was das – für wen – verändert und so weiter.

Chris Iveson hat den Begriff “Kunstgalerie” als Metapher für ein Therapiegespräch benutzt. Eine solche Galerie hat mehrere “Räume”, in denen man verschiedene Dinge anschauen und untersuchen kann. Dazu gehören zum Beispiel (s. Abb. 1):

- Kasse – hier erfährt man etwas über die kühnsten Hoffnungen des Klienten, sozusagen die Eintrittskarte, um mit der Arbeit zu beginnen.
- Galerie der erwünschten Zukunft – eine Sammlung von Bildern und Beschreibungen einer besseren Zukunft für den Klienten und die Menschen in seinem Umfeld, wenn die kühnsten Hoffnungen wahr geworden sind.
- Galerie der Beispiele – eine Sammlung von Bildern mit Beispielen aus der Vergangenheit oder Gegenwart, die mit der erwünschten Zukunft verbunden sind (und ggf. mittels einer Skala von 1 bis 10 konstruiert worden sind).
- Museumsshop – der letzte Raum, in dem man möglicherweise eine Reihe von Bildern des Zustands mit dem Skalenwert N+1, sowie kleine Gegenstände und Zeichen, dass Fortschritte gemacht wurden, entdeckt.

Analog zur “Galerie der Beispiele” spricht Adam Froerer von der Mercer Universität von einem Ressourcenraum (Froerer, 2017), in dem verschiedene Elemente aus dem Leben des Klienten ausgestellt sind, die seine Ressourcen zeigen.

Bei dieser Metapher ist es wichtig, dass man die einzelnen Räume in beliebiger Reihenfolge besuchen und bei Bedarf in jeden Raum zurückkehren kann. Natürlich gibt es einen definierten „Rundgang“ vom Eingang zum Ausgang, aber während ihres Rundgangs können Klient und Therapeut in manchen Räumen länger bleiben als in anderen, sie können in einen Raum zurückkehren und etwas noch einmal überprüfen und dabei vielleicht etwas entdecken, was ihnen zuvor entgangen war, und so weiter. Wir

haben es hier nicht mit einer Schritt-für-Schritt-Anleitung zu tun, sondern mit einem Reiseführer für eine sehr, sehr individuelle Reise.

Diese "Räume" helfen dem Therapeuten zu verfolgen, wo man sich im Gespräch befindet und was gerade geschieht. Generell ist es sinnvoll, sich eine Weile in einem Raum aufzuhalten und nicht wie wahnsinnig durch die einzelnen Räume zu stürmen. Wenn während des Gesprächs über die erwünschte Zukunft z. B. ein interessantes und relevantes "Beispiel" auftaucht (mehr dazu später), macht der Therapeut sich eine Notiz und wird später – in der Galerie der Beispiele – darauf zurückkommen. Das ist sinnvoller, als das Beispiel sofort zu untersuchen und dabei den Faden (hier: Gespräch über die erwünschte Zukunft) zu verlieren. Therapeut und Klient können sich von Raum zu Raum bewegen und wenn nötig in einen Raum zurückkehren. Wichtig ist, dass man so viel wie möglich aus einem Raum oder einer Gesprächsphase herausholt, statt zwischen den Räumen hin und her zu springen – eine Tendenz, die man bei vielen SFBT-Einsteigern beobachten kann, die anscheinend am liebsten alle Fragen auf

### Eine lösungsfokussierte Galerie

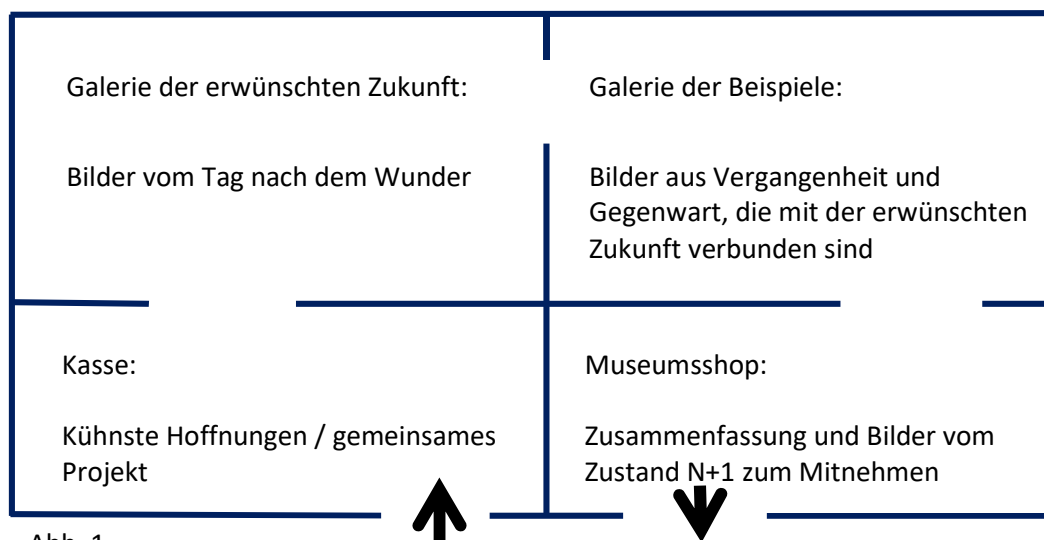
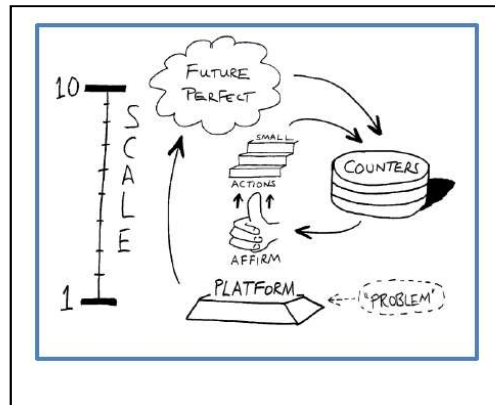


Abb. 1

einmal stellen möchten.

Jackson und McKergow (2002, 2007) haben diese Entwicklung in ihrer Arbeit über "Solution Tools" vorhergesagt. Auch diese beiden Arbeiten waren ein Versuch, größere Gesprächsabschnitte als das Frage-Antwort-Paar zu finden, um angehenden Therapeuten und Coaches das Verstehen zu erleichtern. Jackson und McKergow haben versucht, diesen Werkzeugen einprägsame Namen zu geben, wie z. B. Perfekte Zukunft (Future Perfect) für die erwünschte Zukunft und Zählbares (Counters) für Beispiele und relevante Ressourcen (s. Abb. 2).



**Abb. 2**  
**Solution Tools (von Jackson und McKergow, 2002)**

Die gewählten Begriffe (Future Perfect, Counters usw.) lassen sich meist nur schwer in andere Sprachen übersetzen, aber sie haben sich seit mehr als einem Jahrzehnt als nützlich erwiesen, wenn es darum geht, Therapeuten und Coaches zu befähigen, möglichst viel aus ihren Gesprächen herauszuholen: Sie bleiben bei einem Werkzeug, statt sofort zum nächsten zu rennen, wenn der Klient ihnen einen appetitlichen Köder anbietet. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Tools-Konzept keine "richtige Reihenfolge" für den Einsatz vorsieht. Der Therapeut kann sich auf diese Weise sehr flexibel in einem Rahmen bewegen, der ihn nicht einengt.

### ***Von Zielen zu kühnsten Hoffnungen / gemeinsamen Projekten***

Lange Zeit wurde darüber diskutiert, was ein Ziel im Sinne von SFBT ist. Mir scheint, dass man anfangs den Fokus auf (kleine, spezifische Verhaltens-)Ziele gelegt hat, um leichter von psychologischen Mutmaßungen wegzukommen und sich auf eine Diskussion über das, was der Klient will, einzulassen. Die Idee der „Zielorientiertheit“ war ein nützliches Merkmal um sich von „einsichtsorientierten“ oder „tiefen“ Methoden abzugrenzen. Doch dann trat eine neue Eigenschaft von SFBT zu Tage: Der Prozess endet nicht zwangsläufig, wenn der Klient seine Ziele erreicht hat, sondern wenn er denkt, dass er sein Leben wieder selbst in die Hand nehmen kann – unabhängig davon, ob das etwas mit seinem ursprünglichen Ziel zu tun hat.

Der neue Weg, eine Sitzung mit der Frage nach den kühnsten Hoffnungen des Klienten zu beginnen, den BRIEF und andere praktizieren, ist ein Schritt weg von Zielen. Ein Ziel ist etwas Spezifisches, das man – am besten zu einem bestimmten Zeitpunkt – erreichen möchte. Eine Hoffnung ist etwas in der Zukunft, etwas Erwünschtes, aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht (vollständig) Vorhandenes. Eine kühn(st)e Hoffnung ist das Gleiche, allerdings ehrgeiziger und vielleicht kaum erreichbar. Dies ist ein klarer Unterschied zu den „Gründen für diese Therapie“, die in der Regel in der Vergangenheit liegen und von niemandem gewünscht werden.

Die Antworten auf die Frage nach den kühnsten Hoffnungen, die häufig nicht spontan gegeben werden, dienen dazu, das Thema oder die Art der Arbeit zu definieren. Harry Korman (Korman, 2004) hat dies als „gemeinsames Projekt“ von Klient und Therapeut beschrieben, und beide einigen sich, an diesem eine Weile zu arbeiten. Andere Autoren, darunter Michael Hjerth (in Klingenstierna, 2001) und Jackson & McKergow (2002) haben diese Phase als "Plattform" bezeichnet: Der Ort, an dem man zu Beginn der Arbeit steht. Es ist gut, sich die einleitenden Worte ins Gedächtnis zurückzurufen, die Steve de Shazer in seinen letzten Lebensjahren immer wiederholt hat: „Es gibt keine Garantien, aber ich werde mein Bestes geben, und ich hoffe, Sie auch.“ Dabei hat er den Klienten angesehen, um in irgendeiner Weise eine zustimmende Antwort zu erhalten. Das ist ein klares Vertragsangebot: Ich arbeite gemeinsam mit Ihnen an Ihren Hoffnungen, und unsere Zusammenarbeit ist dabei unabdingbar.

Das ist keine Zielsetzung! Es wird ein Titel oder ein Arbeitsthema festgelegt, und man kann mit einer Wunder- oder Skalenfrage unmittelbar in die nächste Phase des Gesprächs einsteigen. Damit bleibt der weitere Verlauf offen für Veränderungen und Entwicklungen. Wenn man Ziele setzt und daran festhält, können schon kleine Ziele zum Gefängnis werden: Bei unerwarteten Entwicklungen wird ein ursprünglich vernünftiges Ziel entweder zu einem „Spaziergang“ oder zu einem unmöglichen Traum.

### ***Erwünschte Zukunft und Skalen: gleiche Fragen – andere Ziele***

Die Diskussion über die „erwünschte Zukunft“ (also den Tag nach dem Wunder, das gewöhnlich in der heutigen Nacht geschieht) und Skalenfragen waren und sind zentrale Elemente der lösungsfokussierten Praxis. Doch mit dem Schritt, Informationen nicht zu sammeln, um Interventionen zu entwickeln, sondern um reiche, detaillierte Beschreibungen zu erhalten, verändern sich auch die Ziele dieser Prozesse.

Der Therapeut hat ein „etwas anderen Hut auf“, wenn er die „neuen“ Gespräche einleitet. Er sucht beim Hinhören nicht länger nach Verhaltensmustern, die verstärkt und wiederholt werden können, sondern es geht ihm darum, dem Klienten zu helfen, vor allem seine Beziehungen detailliert und immer reichhaltiger zu beschreiben. Wer wird was tun, als Reaktion auf wen, mit welchen kleinen, spürbaren Anzeichen? Das klingt tatsächlich sehr wie die detaillierte, ursprüngliche Sprache am MRI, allerdings geht es hier um ein anderes Ziel. Zweck der Beschreibungen ist nicht, den gesamten Fall mit einem Aha-Erlebnis zu lösen, sondern einen langsamen Aufbau der Details zu ermöglichen. Damit gelangt der Klient schließlich an einen anderen Ort – auch ohne Zack-Bumm-Aha-Erlebnis.

### ***Von Ausnahmen zu Beispielen – klarerer Fokus auf Gespräche über Vergangenheit und Gegenwart***

Die Kunst, Ausnahmen zu entdecken oder zu konstruieren, war in den Anfangszeiten von SFBT vermutlich DAS Schlüsselement. Wann hätte das Problem auftreten sollen – tat es aber nicht oder wenigstens nicht so stark wie sonst? Tatsächlich war die Suche nach Ausnahmen 1988, als *Der Dreh* veröffentlicht wurde, die Hauptstrategie der Therapeuten. Die Wunderfrage und Gespräche über eine mögliche Zukunft kamen erst dann ins Spiel, wenn man keine Ausnahmen finden konnte. Dahinter stand die Idee, dass Ausnahmen 1) zeigten, dass das Problem nicht unvermeidlich war (auch wenn der Klient sehr oft das Gegenteil glaubte) und dass der Klient 2) durch kluges Beobachten und Handeln diese Ausnahmen selbst herbeiführen konnte. So konnte der Klient ganz selbstständig das problematische Verhalten steuern und später reduzieren.

Eine gültige Ausnahme – also Zeiten, zu denen das Problem nicht oder weniger stark auftritt – ist alles, nur nicht das Problem in seiner schlimmsten Ausprägung. Das ist sehr, sehr viel! Heute beginnt der Therapeut zuerst eine Unterhaltung über irgendeine erwünschte Zukunft und hat damit die Möglichkeit zu einer klarer definierten Alternative: „Beispiele“ für die erwünschte Zukunft, die bereits jetzt ganz oder teilweise geschehen oder Ereignisse in der Vergangenheit, die diese erhoffte Zukunft anscheinend vorwegnehmen. So entsteht ein viel klarerer Fokus auf Ereignisse, die nicht bloß mit der Abwesenheit oder Verminderung des Problems zu tun haben, sondern mit den kühnsten Hoffnungen und der erwünschten Zukunft verbunden sind, die der Klient beschrieben hat. Das konzentriertere Nachforschen führt sehr oft schneller zu nützlichen und relevanten Ideen. Man könnte diese verschiedenen Elemente auch als „Teile von ‚besser‘“ (im Unterschied zu „Teile von ‚anders‘“) bezeichnen. Um das zu diskutieren, müssen wir jedoch verstehen, was „besser“ in diesem Zusammenhang bedeutet.

Eine Möglichkeit, ein solches Gespräch zu beginnen, besteht in der klassischen Skalenfrage von 1 bis 10, bei der 10 für die erwünschte Zukunft oder das Wahrwerden der kühnsten Hoffnungen steht. Man braucht keine komplette Wunderfrage, um dem Klienten seine kühnsten Hoffnungen ins Gedächtnis zurückzurufen. Der Klient denkt einen Moment nach und sagt dann z. B. „3“. Dann befasst sich der



nächste Teil des Gesprächs mit dem Thema „Wie kommt es, dass Sie auf einer 3 sind – und nicht tiefer?“ Hier haben wir es wieder mit einem Stück „klassischem SF“ zu tun, das im Wesentlichen unverändert bleibt – auch wenn der neue Fokus auf den Aufbau reichhaltiger Beschreibungen gerichtet ist, ohne den Klienten bewusst zum Handeln aufzufordern.

### **Überbleibsel der Familientherapie abschütteln**

Das MRI-Modell der Kurzzeittherapie wurde von denselben Menschen entwickelt, die einige Jahre zuvor (in den 1950er und 1960er Jahren) die Familientherapie entwickelt hatten. Diese Menschen waren mit dieser Methode und allem „Zubehör“ vertraut: Es gab einen besonderen Therapieraum mit einem Einwegspiegel, hinter dem ein Team von Therapeuten saß, das der Klient nicht sehen konnte. Ein Telefon diente der Kommunikation zwischen dieser Gruppe und dem Cheftherapeuten, der beim Klienten saß und das eigentliche Therapiegelgespräch führte. Eventuell schlugen seine Kollegen ihm Fragen an den Klienten vor. Danach blieb der Klient im Therapieraum zurück, und der Cheftherapeut ging in den Raum hinter dem Spiegel. Hier fand eine kleine Konferenz statt: Wer hat was bemerkt? Welche Intervention ist passend? Wie kann man sie dem Klienten als nützlich „verkaufen“? Der Cheftherapeut kehrte danach zum Klienten zurück und schloss die Sitzung ab – inklusive der Intervention, auf die die Therapeuten sich geeinigt hatten.

Komplimente für den Klienten beim Abschluss einer Sitzung waren zu Beginn eher eine strategische Maßnahme. Jemand hatte bemerkt, dass Komplimente zur Person, über den bisherigen Umgang mit der Situation, über nützliche Stärken und Qualitäten beim Klienten einen „Ja-Zustand“ erzeugten: Der Klient nickte zustimmend zu all den hilfreichen Aussagen und war dadurch eher bereit, die vom Therapeuten vorgeschlagene Intervention zu akzeptieren.

Wenn wir die neue Rolle des Therapeuten als „Auslöser detaillierter Beschreibungen“ anstelle eines „Interventionsdesigners“ weiter erforschen, ergeben sich einige Schlüsselerkenntnisse:

1. Man braucht kein Team mehr. Der Klient soll das komplette Gespräch miterleben, und ein einziger Therapeut ist sein Gesprächspartner. Die Idee, dass andere das Gespräch heimlich beobachten, erscheint nicht nur kostspielig sondern auch ziemlich gruselig.
2. Man braucht keine Pause mehr, denn es besteht keine Notwendigkeit, eine Intervention zu entwickeln, und es gibt niemanden, mit dem man sich absprechen muss. In der ursprünglichen EBTA-Forschungsdefinition von 1997 war die Pause eines von sechs Elementen, das anzeigte, dass die Therapie wirklich „lösungsfokussiert“ war. Die Zeiten ändern sich.
3. Man braucht keinen andauernden Schwall von Komplimenten als Vorspiel für irgendeine Intervention. Das bedeutet nicht, dass Komplimente heute verboten sind – sie erfüllen heute eher den Zweck, Schwierigkeiten zu reframe und Herausforderungen zu mildern, und man kann sie während einer Sitzung jederzeit einsetzen.
4. Zu guter Letzt ist auch keine Intervention nötig. Einige Praktiker, zu denen auch BRIEF gehört, sind sogar der Meinung, dass ein Gespräch über mögliche Handlungen und nächste Schritte unnötig ist – der Klient wird etwas tun, wenn er es als passend empfindet, und wenn er nichts als passend empfindet, muss man auch nicht danach fragen. Ich selbst arbeite vorwiegend mit Unternehmen und frage meine Kunden nach wie vor, wie sie sich nächste kleine Schritte vorstellen. Dahinter steht die Idee, dass es in diesem Umfeld selbstverständlich ist, sich auf Handlungen zu verständigen. Das geht so weit, dass Kunden denken, wenn man sich nicht auf nächste Schritte geeinigt hat, müssten sie gar nichts tun – und diesen Eindruck möchte ich nicht erwecken. Ich konzentriere mich darauf, ihnen zu helfen, sich auf *kleine* Handlungen zu fokussieren, da man diese leichter durchführt als große Aktionen und so eher eine Veränderung herbeiführt. In jedem Fall ist dies maximal eine lockere letzte Frage an den Kunden und keine komplexe Intervention mit Münze werfen, so tun als ob, formalen Aufgaben, an jedem zweiten

Tag auf eine bestimmte Art handeln und anderen Aspekten, die im Strategiebuch für Familientherapeuten aufgeführt sind.

***Sitzungsende – keine Aufgaben, nicht einmal Handlungen, mehr wertschätzende Zusammenfassung***

Wir haben gerade gesehen, dass das Ende einer Sitzung viele Aspekte verloren hat, die früher als gegeben galten. Rituale wie die Pause, Komplimente und Aufgaben sind verschwunden. Und doch müssen wir jede Sitzung irgendwie abschließen. Es kann nützlich sein, wenn der Therapeut oder Coach eine wertschätzende Zusammenfassung der Sitzung gibt. Das zeigt, dass man hingehört hat und gibt dem Klienten die Möglichkeit, etwas von dem, was er gesagt hat, noch einmal zu hören, eventuell in einer anderen Reihenfolge. Man kann noch ein Stück weiter ins Detail gehen und dem Klienten auf diese Weise helfen, auf kleinere (und damit machbare) Einzelheiten zu achten, indem man sich auf eine Beschreibung der kleineren Anzeichen, dass N+1 (auf der Skala) erreicht wurde, einlässt.

Eine andere Möglichkeit, über künftige Handlungen zu sprechen, ohne den Begriff explizit zu erwähnen, besteht darin, die Zuversicht des Klienten auf einer Skala zu bestimmen. Evan George (George, 2017) hat drei Möglichkeiten beschrieben, wie man Zuversichtsskalen am Sitzungsende nutzen kann:

- Zuversicht, Fortschritte in Richtung der kühnsten Hoffnungen zu erzielen (Skala von 1 bis 10, gefolgt von einem Gespräch darüber, was hilft, diesen [hohen] Skalenwert zu erreichen). Diese Frage bietet sich vor allem für das Ende der ersten Sitzung an.
- Zuversicht, die Veränderungen, die man bisher erreicht hat, beizubehalten (Skala von 1 bis 10, gefolgt von einem Gespräch darüber, was hilft, diesen [hohen] oder gar einen höheren Skalenwert zu erreichen). Diese Frage bietet sich an, wenn sich die Therapie dem Ende zuneigt.
- Zuversicht, die bisherigen Veränderungen beizubehalten und ein „Gut-genug“ zu erreichen. Das Konzept von „Gut-genug“ ist sehr nützlich, um Fortschritte abzuschätzen, wenn es nicht darum geht, eine 10 zu erreichen, sondern das augenblickliche Gefühl des Klienten zu beschreiben.

Ein SFBT-2.0-Sitzungsende kann sogar ein klares Bekenntnis dazu sein, dass der Klient der Experte ist: Man lässt ihn entscheiden, ob es eine weitere Sitzung gibt und wann diese am besten stattfindet. In Zukunft werden wir also seltener hören „Lassen Sie sich bitte einen Termin für nächsten Dienstag geben“. Der Text wird eher lauten: „Ich hoffe, diese Sitzung war für Sie hilfreich ... Möchten Sie noch einmal kommen, damit wir unsere Arbeit fortsetzen können?“ Steve de Shazer pflegte zu sagen, dass eine Therapie immer nur so lange dauern sollte, wie sie dauert, und nicht länger. In diesem Sinne sollten wir uns bemühen, dem Klienten bei seiner Entscheidung zu helfen, ob und wann er wiederkommen möchte. Und wenn er das Gefühl hat, es genügt, ist es Zeit, ein bisschen zu feiern.

## Abschluss

Wir können die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen SFBT 1.0 und SFBT 2.0 wie folgt zusammenfassen:

<b>SFBT 1.0</b>	<b>SFBT 2.0</b>
<b>Das bleibt</b>	
<b>Fokus auf die Wünsche des Klienten</b>	Fokus auf die Wünsche des Klienten
<b>Grundsätzliche Akzeptanz von allem, was der Klient sagt</b>	Grundsätzliche Akzeptanz von allem, was der Klient sagt
<b>Wunderfragen und Skalen</b>	Wunderfragen und Skalen
<b>Spezifische, konkrete Details; Beschreibung, was sich beobachten lässt</b>	Spezifische, konkrete Details; Beschreibung, was sich beobachten lässt
<b>Coping-Fragen (wenn passend/nötig)</b>	Coping-Fragen (wenn passend/nötig)
<b>Folgesitzungen beginnen mit "Was ist besser?"</b>	Folgesitzungen beginnen mit "Was ist besser?"
<b>Das sieht anders aus</b>	
<b>Fokus auf Fragen</b>	Fokus auf Gesprächsabschnitte, "Räume" und "Tools"
<b>Fragen liefern Informationen für „Hausaufgaben“</b>	Fragen helfen dem Klienten, seine Beschreibungen zu entwickeln
<b>Nicht über Probleme sprechen</b>	Geradewegs zu den „kühnsten Hoffnungen“
<b>Ziele (vorzugsweise kleine)</b>	Kühnste Hoffnungen und die Veränderungen, die das Eintreten der kühnsten Hoffnungen bei allen Beteiligten bewirkt
<b>Ausnahmen (von der Problemsituation)</b>	Beispiele (für Dinge, die mit den kühnsten Hoffnungen / der erwünschten Zukunft verknüpft sind)
<b>Komplimente am Ende der Sitzung</b>	Wertschätzende Zusammenfassungen während der Sitzung, kein Schwall von Komplimenten am Ende
<b>Pause und Abschluss-Botschaft</b>	Angebot einer weiteren Sitzung, wenn nötig oder gewünscht

Obwohl diese beiden Spalten explizit und implizit viel gemeinsam haben, sind sie meiner Meinung substantziell verschieden genug, um eine Unterscheidung zu rechtfertigen. Vor allem ist die Rolle des Therapeuten heute anders: Er wird vom geschickten Lehrmeister zu jemandem, der einem Klienten hilft, die Beschreibung seiner Wünsche zu vertiefen. In der älteren Version geschieht die Veränderung nach der Sitzung, wenn der Klient sich anders verhält oder Dinge anders sieht. In der neuen Version findet die Veränderung unmittelbar in der Sitzung, während des Gesprächs statt.

Das alles heißt nicht, dass SFBT 1.0 falsch, schlecht, überholt o. ä. Viele Therapeuten praktizieren heute SFBT 1.0 und erzielen damit bei ihren Klienten gute Erfolge. Doch wenn wir SFBT weiter entwickeln wollen, sollte es klar sein, was wir tun und was nicht. Ich vermute, dass viele Therapeuten heute Dinge aus der rechten Spalte anwenden. Doch die heutige Situation, in der alles oben Erwähnte dieselbe Bezeichnung trägt, scheint mir für Praktiker, Studierende und auch Forscher nicht sonderlich hilfreich. Es gibt erste Untersuchungen (Shennan und Iveson, 2011), die zeigen, dass das, was ich hier SFBT 2.0 nenne, kürzer – und damit im Sinne der Ästhetik der Kurzzeittherapie besser – ist als die bisherige Version. Nicht nur meine Erfahrung zeigt seit mehreren Jahren, dass die neue Version von SFBT effektiver, effizienter und eleganter ist als die Vorgängerversion. Das muss man ausführlich testen. Jedoch sind solche Tests nur möglich, wenn es von Anfang an eine klare Unterscheidung gibt.

## Literaturverzeichnis

- Bannink, F. (2010). *1001 Solution-Focused Questions*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. Guilford Press
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. & Berg, I. (1992). DOING THERAPY: A POST-STRUCTURAL RE-VISION\*. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. Brief therapy: focused solution development., 25 *Family process* 207–221 (1986).
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E. & Gingerich, W. J. (2011). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press.
- George, E. (2017). Scaling up our practice. Retrieved April 17, 2017, from <https://www.facebook.com/BRIEF.SolutionFocus/posts/10155063623559976?pnref=story>
- Iveson, C., George, E. & Ratner, H. (2011). *Brief Coaching: A Solution Focused Approach*. London: Routledge.
- Iveson, C. & McKergow, M. (2016). Brief Therapy: Focused Description Development. *Journal of Solution Focused Brief Therapy*, 2(1), 1–17.
- Jackson, P. Z. & McKergow, M. (2002). *The Solutions Focus: The SIMPLE way to positive change* (First edition). London: Nicholas Brealey.
- Jackson, P. Z. & McKergow, M. (2007). *The Solutions Focus: Making Coaching and Change SIMPLE*. Nicholas Brealey.
- Klingenstierna, C. (2001). *Lösningfokuserad gruppterapi vid långtidssjukskrivning-en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mer än sex månader. (Solution-focused group therapy with long term sickness absence - a comparative study with participants on sick leave more than six*. Uppsala, Sweden.
- Korman, H. (2004). The Common Project. Retrieved November 24, 2015, from <http://www.sikt.nu/wp-content/uploads/2015/06/Creating-a-common-project.pdf>
- Macdonald, A. J. (2011). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice (second edition)*. Sage Publications.
- McKergow, M. (2009). Gale Miller: The man behind the mirror behind the mirror at BFTC. *InterAction-The Journal of Solution Focus in Organisations*, 1(1), 78–88.
- Ratner, H. (2014). *Brief Coaching for Children and Young People: A Solution Focused Approach*. Retrieved from [http://scholar.google.co.uk/scholar?as\\_ylo=2014&q=solution+focused&hl=en&as\\_sdt=0,5#7](http://scholar.google.co.uk/scholar?as_ylo=2014&q=solution+focused&hl=en&as_sdt=0,5#7)
- Ratner, H., George, E. & Iveson, C. (2012). *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Points and Techniques* (Vol. 8). Routledge.
- Shennan, G. & Iveson, C. (2011). From solution to description: Practice and research in tandem. In C. Franklin, T. S. Trepper, E. E. McCollum & W. J. Gingerich (Eds.), *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (pp. 281–298). Oxford: Oxford University Press.
- Trepper, T. S., McCollum, E. E., deJong, P., Korman, H., Gingerich, W. J. & Franklin, C. (2011). *Solution-Focused Brief Therapy Treatment Manual*. In C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich & E. E. McCollum (Eds.), *Solution Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (pp. 20–38). Oxford University Press.
- Weakland, J. H. & Fisch, R. (1992). Brief Therapy - MRI style. In S. H. Budman, M. Hoyt & S. Friedman (Eds.), *The First Session in Brief Therapy* (pp. 306–323). Guilford Press.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. M. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141–168.