

# Narrative Arbeit/Ansätze in der Psychotherapie aus systemischer Sicht<sup>1</sup>

Peter Kaimer

Der in der Ankündigung angegebene Titel ist vielleicht ein bisschen missverständlich, daher habe ich ihn geändert. Eine Darstellung „narrativer Arbeit“ insgesamt würde den Rahmen eines Vortrages sprengen. Es geht mir daher beispielhaft um die Darstellung einer Auswahl an „narrativen Ansätzen“ in der Psychotherapie und hier speziell um drei Ansätze aus dem so genannten „systemischen Lager“.

Ich möchte ihnen zuerst einen Überblick geben, wie ich meinen Vortrag aufgebaut habe.

Überblick:

- Begriffsklärung
- die narrative Perspektive im psychosozialen Feld
- von der Familientherapie zur systemischen Perspektive
- der narrative Ansatz von Michael White
- der lösungsfokussierte Ansatz von Steve de Shazer & Insoo Kim Berg
- das Reflecting Team von Tom Andersen
- Bewertung

## 1 Begriffsklärung

Wenn man, wie das heute so üblich ist, den Begriff „narrativ“ im Internet sucht, bekommt man in etwa folgende Definitionen:

Duden:

**narrativ** (spätlat. *narrativus*, zu lat. *narrare* = erzählen) (Sprachw.): erzählend, in erzählender Form darstellend: ...

Wikipedia:

**Narrative Psychologie** ist ein Ansatz innerhalb der Psychologie, der sich spezifisch

<sup>1</sup> © Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland Lizenzvertrag lizenziert. Um die Lizenz anzusehen, gehen Sie bitte zu: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/> oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

auf die geisteswissenschaftlichen Wurzeln der Psychologie stützt. Sie versucht zu verstehen, wie Menschen Erzählungen und Geschichten nutzen um ihrem Leben Sinn zu verleihen.

Und man kann auch folgende Definition finden:

Der **narrative Ansatz** basiert auf dem Gedanke, dass wir unserem Leben Sinn geben durch die Geschichten, die wir über uns selbst und über andere in uns tragen. Diese Geschichten können motivierend und stärkend sein aber auch problematisch und einschränkend. Manchmal, in schwierigen Zeiten unseres Lebens, unterdrücken diese problembehafteten Geschichten alle anderen, die hilfreich wären.

## 2 die narrative Perspektive im psychosozialen Feld

Im psychosozialen Feld ist eine narrative Perspektive sicher nichts absolut Neues. Und die Ansätze, welche ich nun benennen werde sind hier sicherlich nicht erschöpfend.

So hat z.B. die **Psychoanalyse** seit Freud und Adler eine implizit narrative Position eingenommen, wenn z.B. Fall-Geschichten präsentiert wurden, auch wenn das damals nicht so genannt wurde. In jüngerer Zeit beschäftigt sich beispielsweise eine Gruppe um Frau Prof. Boothe am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Zürich ganz explizit mit Erzählungen und Geschichten der Patienten.

Boothe (1994). Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Göttingen/Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht.

Boothe et al. (1998). Psychisches Leben im Spiegel der Erzählung. Eine narrative Psychotherapiestudie. Heidelberg: Asanger.

Auch hat bereits in den 70er und 80er-Jahren die **Gemeindepsychologie** im Rahmen des Empowermentkonzeptes, welches im Gefolge der ernüchternden Erfahrungen mit wohl meinenden Präventionsprogrammen entwickelt wurde, den Stellenwert von Geschichten und Erzählungen erkannt und benannt. Empowerment bedeutet so viel wie Selbstbemächtigung und diese ist gewissermaßen ein Antipode zu Demoralisierung. Die Kraft selbstbemächtigender Geschichten sozialer Gemeinschaften und sozialer Netzwerke und die Bedeutung für Resilienz wurde erkannt und z.B. im Rahmen von so genannten Erzählwerkstätten gefördert. In Erzählwerkstätten oder auch Erzählcafés werden Menschen ermutigt Geschichten zu erzählen, die meist davon handeln, wie diese eine bestimmte herausfordernde Situation oder Krise gemeistert haben. Durch diese Erzählungen werden wiederum assoziativ Geschichten bei den Zuhörenden geweckt und können dann ebenfalls eingebracht werden.

Stark, W. (1992). Gemeindepsychologische Geschichte(n): Zur Bedeutung von Geschichten für eine gemeindepsychologische Perspektive. Fünf Annäherungen. In I. Böhm & T. Faltermaier & U. Flick & M. Krause Jacob (Hrsg.). *Gemeindepsychologi-*

*ches Handeln: Ein Werkstattbuch* (S. 28-44). Freiburg i. B.: Lambertus.

Im Rahmen der **Kognitiven Verhaltenstherapie** haben speziell die Ansätze, welche aus kognitiven Traditionen stammen – wie die Ansätze von Beck, Ellis, Meichenbaum und Mahoney – seit den 90er Jahren eine zunehmend narrative Deutung erlebt, was mit der weiter unten geschilderten sozialkonstruktivistischen Sichtweise von Therapie zu tun hat. Ausgangspunkt vieler kognitiver Ansätze sind ja Sätze / Gedanken, welche Menschen zu sich selbst sagen und so ihr Verhalten beeinflussen (im Guten wie im Schlechten). Je globaler solche Gedanken werden, desto mehr kann bei Nachfragen ein Netzwerk miteinander verbundener Assoziationen heraus gearbeitet werden. Dies mündet nahe liegender Weise ebenfalls in eine Geschichte im Sinne narrativer Psychologie.

Scholz, W.-U. (2002). *Neuere Strömungen und Ansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Und man könnte natürlich auch Transaktionsanalyse nennen oder Psychodrama, wo narrative Interpretationen möglich wären. Und wahrscheinlich fallen ihnen noch einige andere Ansätze zu dieser Perspektive ein.

### 3 von der Familientherapie zur systemischen Perspektiven

Die systemische Perspektive hat sich aus der Familientherapie heraus entwickelt und daher eine eigene Geschichte. Und in dieser Geschichte stand eine narrative Sicht keinesfalls gleich zum Anfang zur Disposition.

Die ersten Familientherapeuten hatten aus unterschiedlichsten eher praktischen Erfahrungen angefangen, das Einzelsetting der Therapie zu verlassen. Ihr theoretischer Hintergrund war äußerst heterogen, sofern sie nicht ohnehin rein pragmatisch argumentierten. Hier entstand der Wunsch eine theoretisch verbindende Sprache und Argumentationsgrundlage für die Arbeit mit Familien – aber auch Paaren oder später sozialen Netzwerken zu haben. Die nachfolgende Unterteilung in zwei Phasen ist sicherlich holzschnittartig vereinfachend und doch wird in der Literatur gerne von zwei Phasen – dort Kybernetik 1. Ordnung und Kybernetik 2. Ordnung genannt – gesprochen. Was ist damit gemeint?

#### 3.1 erste Phase

In der ersten Phase bedienten sich die Vertreter der Familientherapie bzw. die ihr nahe stehenden Theoretiker gerne bei den Naturwissenschaften. Sie nutzten also Konzepte aus der Systemtheorie, aus der Kybernetik und aus anderen naturwissenschaftlichen Disziplinen metaphorisch – allerdings ohne diesen Umstand gesondert zu betonen.

Ein anschauliches Beispiel dafür ist die Entwicklung von so genannten

Systemmodellen als Grundlage therapeutischer Arbeit. Dabei wurde unter Nutzung der Forschung von Dietrich Dörner hier in Bamberg – der im Übrigen auch Anleihen aus der Biologie und Ökologie (Frederic Vester) genommen hat - dessen Ergebnisse bezüglich des optimalen Umgangs mit komplexen Problemsystemen auf psychotherapeutische Verhältnisse übertragen. Dörner hatte gezeigt, dass das modellhafte Entwickeln von Analogien erfolgreiche Problemlöser, die mit komplexen Problemen am PC (z.B. Simulation eines Entwicklungslandes oder einer Stadt) konfrontiert werden, auszeichnet. (Diese Analogien können z.B. in Anlehnung an das Modell eines Heizungssystems mit einem Brenner, diversen Temperaturfühlern, einem Abgleichsystem mit Ist- und Sollwerten, mehreren Heizkörpern etc. gebildet werden.) Diese Analogien ermöglichen Feed-forward- und Feed-back-Prozesse, abpuffernde Effekte, aufschaukelnde Effekte – also Phänomene, welche so aus der Kybernetik bekannt waren, ansatzweise in Rechnung zu stellen. Mit Hilfe dieser Modelle konnten die Problemlöser auch dann relativ erfolgreich sein, wenn ihnen im Regelfall manche der relevanten Variablen und wirksamen Relationen zwischen denselben gar nicht bekannt waren. Dies klang verführerisch nach klassischen klinisch-psychologischen Verhältnissen. Also entwickelte man klinische Systemmodelle und nutzte unverzagt Begrifflichkeiten aus den Naturwissenschaften, obwohl deren Übertragung auf psychosoziale Verhältnisse jenseits einer metaphorischen Nutzung durchaus ungeklärt war.

In den 80er Jahren wurde immer deutlicher, dass die hier postulierte Trennung zwischen einem System und einem „objektiven“ beobachtenden Therapeuten – nach dem Modell des Naturwissenschaftlers - unangemessen war. Es rückte zunehmend der kommunikative Prozess, der den Therapeuten selbst zum Teil des Systems werden lässt, in den Mittelpunkt des Interesses.

### 3.2 zweite Phase

Immer mehr Theoretiker und Forscher begannen, nun Ideen und Modelle aus Philosophie und Soziologie für ihre Arbeit in Betracht zu ziehen. Besonderes Interesse schenkte man Perspektiven, welche Sprache oder Kommunikation thematisierten. Prominente Beispiele dafür wären Ludwig Wittgensteins sprachphilosophische Untersuchungen, die rollentheoretischen Ansätze eines Irving Goffman und die Arbeiten von symbolischen Interaktionisten und Sozialkonstruktivisten.

Dabei geht es zentral darum, dass soziale Wirklichkeit als das Ergebnis eines sprachlichen und symbolischen Konstruktionsprozesses von Kommunikationsteilnehmern gesehen wird. Zwei Begriffe sind hier von besonderer Bedeutung: Diskurs und Skripte. Der Aushandlungsprozess sozialer Wirklichkeit wird nämlich im Rahmen von diversen Diskursen mittels mehr oder minder fest gelegter Sprachskripte beobachtet.

Ein **Diskurs**: ist ein System von Worten, Regeln, Verhaltensweisen und impliziten Grundüberzeugungen (auf der Basis gemeinsamer Werte).

**Soziale Skripte**: sind konkrete Vorschriften, die das Sozialverhalten betreffen. Sie definieren mögliche Handlungsformen in einer sozialen Situation. Sie sind gesellschaftlich und kulturell bedingt und daher von Gesellschaft zu Gesellschaft verschieden,

unterliegen aber immer dem sozialen Wandel.

**Sprachskripte:** das, was im sozialen Diskurs „sagbar“ ist.

Man kann sich das, wie es Wittgenstein immer wieder einmal zur Veranschaulichung für sein Konzept des Sprachspiels verwendet hat, wie die Spielzüge in einem Schachspiel vorstellen. Auch hier entsteht das Muster der jeweiligen Partie ja auch erst im Wechsel der einzelnen Züge, so dass dann von bestimmten Eröffnungen (Caro-Kann-Verteidigung, Italienische Partie, Damengambit etc.) gesprochen werden kann.

Ergänzt werden diese Vorstellungen von entwicklungspsychologischen Konzepten (Wygotski). Hier wird postuliert, dass ein Kind in eine Sprachkultur hinein geboren wird. Dort erfährt es im Rahmen seiner psychischen und sozialen Entwicklung eine zunehmend differenziertere Konfrontation mit den verwendeten Skripten in bestimmten Diskursen. Es lernt Stück für Stück, wie eine Geschichte aufgebaut sein muss, damit sie erzählbar und anschlussfähig ist, es lernt sich selbst zu erzählen, es erfährt, wie ihm über Erzählungen Identität (z.B. als Mädchen oder als Junge) nahe gelegt wird. Es lernt auch, wo Freiheitsgrade in der Erzählung oder Geschichtenstruktur nutzbar sind.

Ein schönes Beispiel für eine solche Enkulturation in einen Diskurs ist wohl den meisten katholisch Sozialisierten vertraut. Ich meine den Diskurs der Beichte. Hier ist ja relativ genau fest gelegt, was zwischen demjenigen, der die Beichte abnimmt – einem Priester – und demjenigen, der beichtet, zu geschehen hat. Kinder müssen diesen Ritus aber erst mühsam erlernen. Sie müssen mit Hilfe des Beichtspiegels oder auch schon vorher im Religionsunterricht lernen, wie Verfehlungen bezogen auf die 10 Gebote zu formulieren sind, damit der Diskurs bis zur rituellen Vergebung voranschreiten kann. Und sie müssen lernen sich selbst als Sünder zu erzählen.

Und Kinder müssen noch viele andere Diskurse mit teilweise weit größeren Freiheitsgraden erlernen bis sie diese als Erwachsene fehlerfrei beherrschen.

Diese Diskurse sind uns so selbstverständlich, so gewissermaßen in Fleisch und Blut übergegangen, dass wir ihre Struktur oft erst dann wieder bewusst haben, wenn sie verletzt werden. Auf eher amüsante Weise machen das z.B. Komiker, wie die Mitglieder der Gruppe Monty Python – wenn sie etwa das Vorbringen einer Beschwerde in einem Laden (ein toter Papagei) und die absurde Reaktion des Verkäufers (und dessen Behauptung der Papagei schlafe nur) vorführen, die Entgleisung eines Fernsehinterviews durch die zunehmende Distanzlosigkeit des Interviewers präsentieren oder in einem Restaurant die Bestellung eines Essens und das anschließende Servieren desselben in die Eskalation führen. Aus der Differenz unseres impliziten Wissens um die Normalitätserwartung in solchen Situationen und die ungerührte stufenweise immer heftigere Verletzung derselben leitet sich der Witz dieser Sketche ab. Bezeichnenderweise haben viele Menschen mit dieser Form von Humor ihre große Not, weil offenbar die Verletzung der Normalitätserwartung als so bedrohlich erlebt wird, dass man sich darüber nicht recht amüsieren kann.

Ich stellen ihnen im Folgenden nun drei Ansätze vor, die mit diesen Vorstellungen eines sozialen Konstruktivismus sympathisieren und deshalb narrativ aber auch sozial-konstruktive Therapien genannt werden.

#### 4 der narrative Ansatz von Michael White

**Michael White** (\* 1948 † 2008) war ein australischer Sozialarbeiter und Psychotherapeut. Er galt als einer der Wegbereiter des narrativen Ansatzes in der systemischen Therapie. In Whites Theoriekonzeption nahm der Begriff Erzählung dahingehend eine zentrale Rolle ein, weil diese als narrative Strukturen gesehen werden, die es Individuen und Systemen ermöglichen, einerseits Erfahrung und Wahrnehmung von Wirklichkeit, andererseits Handeln und Interaktion zu organisieren. Seinen Leitsatz könnte man als „nicht die Person ist das Problem, sondern das Problem – die Problemgeschichte - ist das Problem“ formulieren.

Whites narrative Therapie meint, dass Menschen bestimmte Geschichten über sich wie die Linse an einer Kamera benützen. Diese Geschichten haben den Effekt, dass sie die Erfahrung einer Person „filtern“ und auf diese Art und Weise bestimmen, welche Informationen fokussiert werden und welche nicht. Diese Geschichten formen die Perspektiven, die Menschen über ihr Leben, ihre Vergangenheit und Zukunft haben. Trotz vorhandener konträrer Informationen, sind diese Geschichten über Identität außerordentlich stabil. Narrative Therapie öffnet einen Weg, so dass die Linse der Kamera re-fokussiert werden kann und dabei hilft, das Leben und die Geschichten von Menschen neu zu gestalten – zu verflüssigen und dann neu zu erzählen.

Viele Formen der Psychologie und Therapie legen sehr großen Wert auf den Prozess der Individuation. Individuen – so wird dort vertreten – konstruieren ihre innere Welt nahezu eigenständig. Narrative Therapie liefert einen Kontrast zu dieser Perspektive: Im Rahmen der narrativen Therapie wird die Ansicht vertreten, dass Identität sowohl durch die Beziehung mit anderen Menschen als auch durch die persönliche Geschichte der eigenen Vergangenheit und Kultur ko-kreiert wird. D.h., dass die Art und Weise, wie andere uns sehen, genau so viel zu unserer Identität beitragen kann, wie wir uns selbst in einer bestimmten Weise sehen. Wir sehen uns also in den Spiegeln, die andere Menschen uns vorhalten. Korrekt müsste es wohl eher „Bilder“ heißen statt Spiegel.

Michael White hat in seinem letzten Buch vor seinem Tod „Maps of Narrative Practice“ (2007) sechs verschiedene Sprachspielangebote dargestellt, die besonders markant für seinen narrativen Ansatz sind. Zwei davon möchte ich ihnen vorstellen und einen dritten, der aus einer früheren Veröffentlichung gemeinsam mit David Epston stammt (1990 Die Zähmung der Monster), anfügen.

##### 4.1 Externalisierende Kommunikationsangebote

Mit Externalisieren ist gemeint, dass sprachlich ein Kontext geschaffen wird, der es ermöglicht, dass sich Menschen als getrennt von ihrem Problem erleben, statt sich

mit ihm zu identifizieren. Die Identität als Problem-Person soll verändert werden in Richtung eines Fokus auf das Verhältnis oder die Beziehung, welche die Person zu dem Problem hat. Dies geschieht in mehreren Stufen: \* erlebnisnahe Definition des Problems, \* Erarbeitung der Effekte des Problems auf die Beteiligten, \* Bewertung der Effekte und \* Begründung für die Ablehnung.

*Beispiel:* Ein Patient kommt in Therapie und schildert sein Problem als Antriebslosigkeit, er kriege seinen Arsch nicht mehr hoch, um notwendige Aktivitäten anzugehen, so wie er es früher immer erfolgreich hin gekriegt habe. Als eigentliche Ursache dafür sieht er sein Problem emotionaler Abhängigkeit von einer Frau, die ihm im Grunde genommen nicht gut tue. Seine Geschichte erzählt er als „ich bin ein abhängiger Mensch!“. Nach einer weiteren erlebnisnahen Konkretisierung dessen, was er als seine emotionale Abhängigkeit bezeichnet, könnte der Therapeut folgende Fragen stellen und damit versuchen, eine klarere Unterscheidung zwischen ihm als Person und der Abhängigkeit zu entwickeln:

Wie beeinflusst die A sie als Person? Wie wirkt sie sich auf ihre Arbeitsgestaltung aus? Wie beeinflusst sie Beziehungen zu wichtigen Personen - z.B. zu ihren Kindern? Wie wirkt sich die A auf ihre Vorstellungen hinsichtlich ihrer Zukunft aus? Hat die A auch Einfluss auf die Beziehungen zu ihren Freunden? Und auf ihre Freizeitgestaltung? --- Im nächsten Schritt kämen dann Fragen hinsichtlich der Bewertung dieser festgestellten Effekte: Was von diesen Einflüssen finden sie eigentlich ganz OK und was finden sie schlecht oder ungünstig? Wie fühlen sich denn diese Aktivitäten der A für sie an? Und wie finden sie die statt findende Entwicklung dieses Einflusses? --- Abschließend in dieser Sequenz wird nach Begründungen für die Bewertungen gefragt: Was ist denn der Grund dafür, dass sie in diesem Fall die Wirkung der A eigentlich ganz OK finden, in dem anderen Fall sehr unangenehm? Was glauben sie ist der Grund dafür, dass sie sich in dem einen Bereich durch die A eingeengt fühlen und in dem anderen Fall eigentlich sogar ein bisschen aufgekratzt? Warum wollen sie die A unter dem Strich aber ein für alle Mal vom Halse haben?

Dies kann dann überleiten zum nächsten Angebot.

4.2 Kommunikationsangebote, welche die dominante Geschichte in Frage stellen (die also Abweichungen von Bekanntem hervor heben)

Damit ist gemeint, dass Ereignisse ins Zentrum der Aufmerksamkeit gestellt werden sollen, die der Kontinuität und permanenten Einflussnahme des Problems widersprechen. Zeiten, wo sich der Einfluss des Problems entweder - obwohl erwartbar - nicht oder nur abgeschwächt gezeigt hat. Patienten neigen ja oft dazu, den Einfluss des Problems als dauerhaft und stabil zu erzählen (d.h. Den Fokus auf diese vermeintliche Permanenz zu richten und sie werden darin von ihren Angehörigen oft tatkräftig unterstützt) und den Blick für die natürlichen Fluktuationen aus den Augen zu verlieren oder schlicht weg nicht zu beachten.

*Beispiel:* Fragen für diese Sequenz könnten z.B. sein: Wann im letzten halben Jahr konnten sie den Einfluss der A einmal abschütteln? Wann gab es denn eine – wenn auch kurze Zeit – wo sie die A zumindest ein wenig bändigen konnten? Gab es in letzter Zeit Gelegenheiten sich ein wenig von der A abzusetzen? <wenn irgendetwas davon bejaht werden kann> Wer hat das beobachtet? Wie haben sie das geschafft? Wann? Wo? Und wie könnte das noch einmal passieren?

Wichtig bei all diesen Fragen: eine Haltung echter Neugierde aber auch Hartnäckigkeit in der Exploration genau dieser bisher nicht oder ungenügend gewürdigter Sequenzen.

#### 4.3 Kommunikationsangebote via Medien

Die Psychotherapieforschung hat bereits in den 80er-Jahren gezeigt, dass der Erfolg innerhalb einer Sitzung sich von dem Erfolg außerhalb der Sitzung dramatisch unterscheiden kann. Dies hängt aus sozialkonstruktivistischer Sicht damit zusammen, dass Geschichten und Erzählungen, welche innerhalb einer Sitzung gemeinsam entwickelt wurden, außerhalb derselben im „normalen sozialen Feld“ manchmal nicht ohne weiteres überlebensfähig sind. Schließlich ist ja das Verhältnis von der Therapiestunde zu all den Stunden Alltag nicht allzu überwältigend und auch der Einfluss und Stellenwert von Therapeuten im Verhältnis zu den signifikanten Persönlichkeiten des sozialen Feldes wird gerne überschätzt. Manche Therapieansätze versuchen sich damit zu behelfen, dass sie die Sitzungszahl pro Woche deutlich erhöhen, manchmal versucht man dem Phänomen Herr oder Frau zu werden, indem man jemanden rund um die Uhr behandelt (in stationären oder teilstationären Settings).

In dem 1990 erschienenen Buch von White & Epston beschreiben diese Möglichkeiten mittels Briefen, Erklärungen, Verlautbarungen etc. die jeweils gemeinsam konstruierte Geschichte in den Alltag der Betroffenen zu transportieren. Ich nutze diese Möglichkeit meist neben Briefen mittlerweile mit Hilfe neuer Medien – also E-Mail oder SMS und versuche so die Erinnerung an die in der Therapiestunde entwickelte Geschichte (oder neue Erzählweise) lebendig zu erhalten. Und ich habe die Erfahrung gemacht, dass Patienten dies durchaus schätzen. Für mich bedeutet es andererseits auch einen zusätzlichen Aufwand, den ich mir für den jeweiligen Fall gut überlege.

*Beispiel:* Für den oben skizzierten Patienten könnten solche Kurzmitteilungen folgendermaßen aussehen – Lieber Herr L., gerade bin ich dabei den Bericht an den Gutachter für sie zu schreiben, da stellte ich mir die Frage, ob sie bereits die in der letzten Sitzung angedachte Möglichkeit gefunden haben, ihre A für ein paar Tage auf Urlaub zu schicken. Mit freundlichen Grüßen ihr P.K. - oder: Lieber Herr L., mir fiel gerade ein, dass sie mir letzte Sitzung erzählt haben, dass die A sie am Wochenende besonders häufig bedrängen würde. Und da fragte ich mich, wie sie das wohl hinkriegen, dass dies während der Woche nicht so intensiv der Fall ist. Ihr P.K.

## 5 der lösungsfokussierte Ansatz von Steve de Shazer & Insoo Kim Berg

De Shazer & Berg orientierten sich ursprünglich an Konzepten strategischer Therapie, wie sie mit den Arbeiten des Mental Research Institute in Palo Alto und den Namen Weakland, Fisch, Segal und Watzlawick verknüpft sind. Sie gründeten in Milwaukee, Wisconsin eine eigene Einrichtung – das BFTC - und entwickelten Stück für Stück ihren eigenen lösungsfokussierten Therapieansatz.

Während sich Michael White in seinen Kommunikationsangeboten darauf konzentriert, das Problem von der Person zu trennen, gingen de Shazer & Berg seit den 80er-Jahren einen anderen Weg. Ihr Credo könnte man auf die Kurzformel bringen: „Lösungsgeschichten statt Problemgeschichten“. Ausgehend von der Erfahrung mit einer Klientin entwickelten sie als ihr Markenzeichen die so genannte „Wunderfrage“, welche mittlerweile in unterschiedlichste andere Therapieansätze Eingang gefunden hat, auch wenn sie teilweise nur mehr den Namen mit der Ursprungsidee gemein hat. Der Ansatz des BFTC ähnelt in der Grundstruktur den in den 70er-Jahren von Robert Jungk entwickelten Zukunftswerkstätten. Nach einer Phase der Klage über das vorliegende Leid wird eine persönliche Lösungsvision entwickelt und in einem dritten Schritt diese Vision auf realisierbare kleine Schritte in die erwünschte Richtung überprüft.

Beim Versuch dieses in den USA entwickelte Vorgehen auf deutsche Verhältnisse zu übertragen machten wir jedoch interessante Erfahrungen. Während es auf den Videos der Begründer dieses Ansatzes, welche meist mit Farbigen aus den Slums von Milwaukee arbeiteten offenbar ohne weiteres möglich war, sich nach einer relativ kurzen Klagephase auf die Wünsche und Sehnsüchte der Hilfesuchenden zu konzentrieren (und ich habe im Rahmen der Ausbildung bei den beiden viele solcher Videos gesehen), war das hier in Franken nicht ganz so einfach möglich. Die Zeit, welche Klienten brauchen, bis sie das, was ihnen Sorgen, Beschwerden oder Leid verursacht, für sie angemessen geschildert haben, ist deutlich länger und auch ihr Verständnis davon, was ihr Therapeut wissen muss, um ihr Problem ausreichend zu verstehen, unterscheidet sich offenbar erheblich von dem, was die US-amerikanischen Patienten brauchen und wollen. Wenn jedoch für diese Phase respektvoll Raum geschaffen wurde, kann folgende Frage als Einladung zur Entwicklung einer Lösungsgeschichte gestellt werden:

5.1 Wunderfrage – diese dient dazu, das, was Hypnotherapeuten manchmal als Problemtrance bezeichnen und was auch aus der Kreativitätsforschung als kognitive Einengung bekannt ist, aufzuheben. Sie dient aber auch dazu, Motivation zu schaffen im Sinne einer Pull-Motivation (statt Push), da mittels dieser Frage an die inneren Bilder und Geschichten angeknüpft werden soll, welche die Sehnsüchte und Visionen der Betroffenen repräsentieren.

*Beispiel:* Ich möchte sie nun zu einem kleinen Experiment einladen / ihnen eine vielleicht ungewöhnliche Frage stellen ... Stellen sie sich vor ... <Schweigen>; Alternativen zur klassischen Wunderfrage.

Die Antworten des Patienten werden in einem ersten Schritt gelistet, also hinsichtlich der Bereiche, wo das Wunder beobachtbar sein wird, und hinsichtlich der Per-

sonen, denen das Wunder als erstes auffallen wird. In einem zweiten Schritt werden dann die Bereiche konkretisiert, die sich für eine Zielformulierung, welche unter dem möglichen Einfluss des Patienten steht, eignen. Entscheidend für die Ergiebigkeit der Wunderfrage ist sicherlich einerseits der richtige Zeitpunkt (Öffnungsbereitschaft der Patienten), andererseits ist es jedoch entscheidend, sich bei der Entwicklung der Wunderfrage ausreichend Zeit zu lassen und die Betreffenden durchaus auch zu fordern hinsichtlich Konkretisierungen. Idealerweise entsteht also auf diese Weise eine *Geschichte des sehnlich Gewünschten*, eine Vision.

Anschließend kann mit kleinen versteckten Wundern weiter gemacht werden.

5.2 Mini-Wunder – Zwei Dinge sind im Zusammenhang mit der Wunderfrage erstaunlich: *erstens* wie bescheiden die Antworten der Patienten meist ausfallen (die Sorge, dass hier allzu unrealistische Schilderungen auftauchen sind meist unbegründet) und *zweitens*, dass oft spontan davon berichtet wird, dass ein kleines bisschen davon in letzter Zeit bereits einmal geschehen sei. In jedem Fall lohnt es sich danach zu fragen, um dem, was hier oft übersehen oder nicht ausreichend als Ansatzpunkt gewürdigt wird, Raum und Platz zu geben.

*Beispiel:* Wenn sie die letzten 3-6 Monate zurückschauen, wann ist denn ein klitzekleines Stück des Wunders einmal passiert? <Falls positiv: Wer, wann, wie, wo?> Oder wann hätte es denn die Chance gegeben, dass ein winziges Stück davon sich hätte ereignen können? <Wer hätte was, wann wie tun müssen etc.?>

Hier kann eine *Geschichte des Möglichen* in den Vordergrund rücken, welche mit den folgenden Fragen noch einmal konkreter gemacht wird.

Der dritte daran anschließende Fragekomplex wären:

5.3 Skalenfragen – das dritte lösungsfokussierte Kommunikationsangebot sind Skalenfragen. Diese dienen dazu die Verortung des aktuellen Standes in Beziehung zum Wunder, das Fortschreiten im Laufe der Therapie, aber auch die geplanten und erfolgversprechenden Schritte abzubilden. Ohne die Möglichkeit einen IST-Zustand in Beziehung zu einem SOLL-Zustand zu setzen und ohne die Möglichkeit eine positive wie auch negative Entwicklung in irgendeiner Weise abzubilden, kann nichts über Effekte der therapeutischen Bemühungen gesagt werden. Dieser Gebrauch von Skalen ähnelt sicher dem Goal Attainment Scaling, welches aus der KVT bekannt ist – und doch gibt es in einzelnen Punkten gewissermaßen einen anderen narrativen Dreh, da der Fokus so konsequent in Richtung Lösungen geht.

*Beispiel:* Stellen sie sich bitte eine Skala von 0 bis 10 vor. Die 10 ist das von ihnen so anschaulich beschriebene Wunder. Die 0 wäre der Zustand, wo sie am weitesten von ihrem Wunder entfernt waren. Wo sind sie momentan? <da die meisten Patienten einen Wert höher als 0 nennen, auch wenn das nicht sehr viel über 0 sein muss, ergibt sich die Möglichkeit hier weiter zu fragen> Wie sind sie auf die xx gekommen? Was war dafür verantwortlich? Wie haben sie das hin gekriegt? <nachdem dies abgeklärt wurde und dabei vielleicht auch schon Anteile des Wunders sichtbar gemacht werden konnten, habe ich die Möglichkeit eine zweite Frage zu stellen> Was war denn im letzten halben Jahr der höchste Stand, den sie auf dieser Skala hatten? <wird ein höherer Stand als xx genannt = wieder erfragen: wer,

wann, wie, wo, wie beobachtet?> Und: Wo möchten sie denn auf dieser Skala ankommen, so dass sie sagen: OK das reicht, das Wunder muss ich ja gar nicht erreichen? <hängt natürlich davon ab, wie „realistisch“ das Wunder geschildert wurde – die meisten meiner Patienten sagen dann eine Zahl zwischen 7 und 9; dies eröffnet mir nun als nächstes die Möglichkeit, Therapie als etwas einzuführen, was Anstrengung und Kraft kostet> Wenn sie nun im Laufe der Therapie von xx nach yy kommen wollen, dann kostet das natürlich Kraft. Daher möchte ich sie gerne auf einer 2. Skala, einer Energieskala fragen, wo sie da momentan stehen. 10 bedeutet, sie haben „alle Kraft der Welt“ und 0 bedeutet „vergessen sie es“? Gut und wie viel dieser Kraft sind sie bereit in unsere gemeinsame Arbeit zu stecken? <in Abhängigkeit von der vorhandenen Energie und der Bereitschaft diese zu investieren, kann entweder ein nächster Punkt auf der Generalskala anvisiert werden, oder es muss eher daran gearbeitet werden, Kraft zu schöpfen, weil ja sonst kein Fortschreiten möglich ist – weiter mit Beispiel ausreichend Kraft und Bereitschaft vorhanden> Wenn sie nun bis zu unserer nächsten Sitzung die genannte Kraft und Energie einsetzen werden, wohin könnte sie das dann auf ihrer Skala bringen (zz)? Gut, und wodurch wird sich zz von xx unterscheiden? Woran werden sie merken, dass sie auf der zz sind im Unterschied zur xx? <dazu passend nun Bereiche aus der Wunderfrage und Konkretisierungen - vielleicht aber auch Mini-Wunder – befragen> Was von den Dingen, welche sie bisher erzählt haben können sie tun (oder was müsste passieren, was müssten sie beobachten), so dass die Chancen gut stehen, dass sie nächstes Mal tatsächlich auf der zz sind?

## 6 das Reflecting Team von Tom Andersen

**Tom Andersen** (\* 1936 † 2007) war ein norwegischer Psychiater und Psychotherapeut, der das Reflecting Team erfunden hat. Andersen spezialisierte sich nach seinem Medizinstudium auf die Psychiatrie und erhielt eine Professur für Sozialpsychiatrie an der Universität von Tromsø in Nordnorwegen. Andersen begann, den Therapeuten und dessen Sicht, seine Kommunikations- und Interventionsweisen zu hinterfragen und ihm ein *beobachtendes System* als Alternative anzubieten. Dieses sollte das Hauptaugenmerk auf das *Hier und Jetzt* richten, diagnostische Bewertungen vermeiden helfen und positive Zukunftsszenarien generieren lassen. Diese Konversation hatte den Charakter einer Reflexion, daher führte Andersen dafür den Begriff des *Reflektierenden Teams* ein, der seither untrennbar mit seinem Namen verbunden ist.

Was heißt das konkret? Nun, es handelt sich bei dem reflektierenden Team nicht um eine Neuerung hinsichtlich des Inhalts narrativer Ansätze – jede der bereits genannten Sprachfiguren könnte auch im reflektierenden Team zum Einsatz kommen – sondern hinsichtlich der Form.

Familientherapeuten begannen relativ früh mit einem Team zu arbeiten, welches meist über einen Einwegspiegel die Therapie beobachtete. Am Ende der Sitzung begab sich dann der Therapeut zum Team und es wurde eine Abschlussintervention entwickelt, welche der Therapeut den Anwesenden - meist der Familie – vermit-

telte. Andersen fand, dass diese Konstellation ein allzu starkes Gefälle hinsichtlich Experten auf der einen Seite und Ratsuchenden auf der anderen Seite repräsentierte. Ihm war es wichtig – und da gibt ihm die Psychotherapieforschung absolut recht – dass die Einschätzungen der Patienten hinsichtlich der therapeutischen Allianz und hinsichtlich des richtigen Wegs im Sinne plausibler, lebensweltlich stimmiger Ideen für Veränderung ernst genommen werden. Dementsprechend änderte er das Setting dahingehend ab, dass der Einwegspiegel nach einer gewissen Zeit einfach „umgeschaltet“ wurde und nun das „beobachtende Team“ von der Familie beim „Reflektieren“ beobachtet wurde. Danach wurden von der Familie die gehörten Ideen diskutiert und auf ihre Tauglichkeit und Anschlussfähigkeit für den Lebensalltag der Hilfesuchenden geprüft. Abwandlungen des Settings wiederholten diesen Vorgang einige Male bis ein brauchbares Ergebnis gefunden wurde.

Die Idee hinter diesem Setting kann auch auf andere „technische“ Weise realisiert werden. So habe ich z.B. bei Therapien mit einer im Raum anwesenden anderen Therapeutin gearbeitet und diese nach einer gewissen Zeit gebeten, über das bisherige Therapiegespräch zu reflektieren, um dann wieder zum Gespräch mit dem Patienten zurück zu kehren.

## 7 Bewertung

Ich möchte dies unter der Perspektive der Psychotherapieforschung tun.

### 7.1 die Qualität der Forschung zu narrativen / sozial-konstruktivistischen Therapieansätzen

Es gibt bis jetzt zum ersten wie zum dritten Ansatz relativ wenige mir bekannte Forschung, die über Fallberichte hinausgehen. Hier herrscht sicher ein großer Nachholbedarf. Allerdings muss auch angemerkt werden, dass das Beklagen nicht vorhandener Forschungsergebnisse die eine Seite ist, die gebotene Möglichkeit Ansätze zu beforschen die andere. Gerade systemische Ansätze haben nie ein Problem damit gehabt sich beforschen zu lassen. Mit dem zweiten Ansatz schaut es schon deutlich besser aus, da die EBTA, welche sich besonders lösungsfokussiertem Arbeiten verbunden fühlt, eine eigene Forschungsstelle eingerichtet hat, welche Ergebnisse weltweit koordiniert bzw. veröffentlicht. Bereits 1996 erschien: Miller, S. et al. (1996; Eds.) Handbook of Solution focused Therapy. San Francisco: Jossey Bass, in welchem bereits einige interessante Forschungsergebnisse dargestellt und diskutiert wurden.

### 7.2 Wirkfaktoren

Wenn man sich hier an Grawe orientiert, geht man von vier Wirkfaktoren aus: Ressourcenaktivierung, Prozessaktualisierung, Hilfe zur Problembewältigung und emotionale Klärung. Die geschilderten narrativen Ansätze werden wohl am Überzeugendsten der Ressourcenaktivierung zuzurechnen sein. Hinsichtlich der Prozessaktualisierung wahrscheinlich zusätzlich hinsichtlich der gewünschten Zielzustände (zumindest beim lösungsfokussierten Ansatz). Da die

Psychotherapieforschung nun nahe legt, dass ein ernst zu nehmender Teil des Outcomes von Therapien mit so genannten außer-therapeutischen Faktoren zusammenhängt (also: Merkmale des Patienten, seines sozialen Umfeldes und seiner Lebensumstände), haben Therapieansätze, welche diese Faktoren gewissermaßen mit in die Therapie hinein nehmen (und das ist bei konsequenter Ressourcenorientierung der Fall) gute Chancen erfolgreich zu sein.

### 7.3 Vorschlag eines Stufenmodells

Der Vorteil rein ressourcenfokussierender Therapieansätze: Vermeidung oder zumindest Begrenzung unnötiger Pathologisierung; Ermutigung und Selbstbemächtigungsprozesse werden angeregt bzw. gefördert; Ermöglichung von "eigensinnigen" Lösungen.

Es stellt sich aber auch folgende Frage: Wie weit reicht ein solches Angebot?

Ich habe vor Jahren für eine gestufte Vorgehensweise plädiert, welche erst einmal lösungsorientiert – heute würde ich sozial-konstruktivistisch / narrativ schreiben – beginnt. Klare Kriterien für nächste Stufen – z.B. Einsatz von Outcome-Rating-Skalen – sollten dann aber auch nach einer dann notwendigen problemanalytischen Fallkonzeption den zusätzlichen Einsatz von problemlösenden oder konfliktklärenden Angeboten leiten.

Ich hoffe ihnen einen Eindruck davon vermittelt zu haben, wie narrative Ansätze, welche dem systemischen Spektrum zugeordnet werden, den Patienten Angebote mit dem Ziel machen, Geschichten der Mutlosigkeit, des Ausgeliefertseins, des Nicht-bewältigen-könnens oder des Scheiterns, in Geschichten des Bewältigens, der Hoffnung, der Zuversicht oder der möglichen Selbstwirksamkeit zu verwandeln. Diese Geschichten also neu oder anders zu erzählen und auf diese Weise Optionen zu eröffnen. Wenn dies im Rahmen der Therapiestunde als erster Schritt zumindest ansatzweise gelingt, bleibt allerdings immer noch abzuwarten, wie dies auch im Rahmen des Alltags, mit den vertrauten Sozialpartnern erzählbar sein wird, ob die neuen Geschichten gewissermaßen „überleben“ können.