Manchmal muss man sehr lange fragen und den gesamten Beziehungskontext des Klienten ausnutzen, um ihn erfolgreich zu veranlassen, konkrete Situationen und Punkte zu beschreiben, die einen Fortschritt darstellen würden. Dies könnte auch in der Form geschehen, dass so gefragt wird:

„Nehmen wir an, Sie hätten eine Videokamera, welche Sie den Tag über filmen würde. Was würden Sie auf diesem Film möglicherweise feststellen, was sich verbessert hätte, wenn Sie sich um eine Stufe auf der Skala nach oben gearbeitet hätten?"

Oder:

„Wenn ich (oder jemand anderes) Sie durch den Tag begleiten würde, würde mir vielleicht etwas auffallen, was mir zeigen könnte, dass Ihr Problem sich verringert hätte?"

Stellt man bei der Verwendung der Problemskala oder anderer Skalen fest, dass die Fähigkeit, konkrete Behandlungsziele zu formulieren, noch fehlt, sollte der Therapeut hier nicht insistieren, sondern davon ausgehen, dass es sich um ein Beziehungsmuster vom Beschwerdetyp oder Besuchertyp handelt.

Weitere Indizien zum besseren Verständnis der Art der Beziehung zwischen Therapeut und Klient im Sinne dieser Typologie liefern auch die Zuversichts- und die Motivationsskala.

Zuversichtsskala

Nach der Zuversicht bzw. dem Grad der Hoffnung, dass das Problem gelöst werden könnte, kann folgendermaßen gefragt werden:

„Auf derselben Skala von 1 bis 10, wobei 1 bedeuten würde, dass Sie kaum Hoffnung haben, Ihr Problem kann gelöst werden, und 10 bedeuten würde, dass Sie extrem zuversichtlich sind, dass Ihr Problem gelöst werden kann, wo würden Sie sich derzeit einordnen?"

Im Hinblick auf diese Skala kann wieder gefragt werden:

„Wenn Sie einen Schritt zuversichtlicher wären, wovon hinge das ab?"

Oder:

„Nehmen wir an, Ihre Zuversicht würde sich um einen Grad verbessert haben, was hätte dazu beigetragen? Wer hätte dazu einen Beitrag leisten können? Was müsste

geschehen, dass Sie um einen Grad zuversichtlicher wären im Hinblick auf die Lösbarkeit des Problems?"

Motivationsskala

Die Frage nach der Motivation kann folgendermaßen gestellt werden:

> „Nehmen wir an, ich würde Sie bitten, zur Lösung des Problems konkrete Anweisungen durchzuführen. In welchem Umfang wären Sie bereit, diese Anweisungen auszuführen?"
>
> Oder:
>
> „Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 bedeutet, dass Sie praktisch kaum motiviert sind, etwas für die Lösung Ihres Problems zu tun, und 10 bedeuten würde, Sie sind extrem hoch motiviert, an der Lösung Ihres Problems mitzuarbeiten, wie würden Sie sich einschätzen?"

Im Hinblick auf die Motivationsskala könnte gefragt werden:

„*Was müsste wohl geschehen, dass Ihre Bereitschaft, für die Lösung Ihrer Schwierigkeiten mehr zu tun, sich um einen Punkt verbessern würde? Wer oder was könnte einen Beitrag leisten, damit Ihr Engagement oder Ihre Motivation, aktiv an der Lösung der Probleme mitzuwirken, sich verbessern würde?*"

Niedrige Skalenwerte

Es soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass auch niedrige Skalenwerte in allen drei Skalen kein Anlass zum Pessimismus sind oder eine Garantie dafür darstellen, dass es einen schwierigen Therapieverlauf geben wird. Manchmal erleben sich Klienten in hohem Maße abhängig vom Verhalten anderer und haben aussichtsreiche eigene Lösungsschritte deshalb überhaupt noch nicht im Blick. Es wäre dann eine Aufgabe des therapeutischen Interviews, diese Lösungsschritte in den Blick zu bekommen, und folglich würde auch die Bereitschaft zur Mitarbeit und die Zuversicht, dass die Probleme lösbar sind, verbessert werden. Wenn Klienten sich im Hinblick auf ihre Motivation sehr niedrig einschätzen, liegt wahrscheinlich eher eine Besucherbeziehung vor. Ähnliches gilt, wenn geringe Probleme geschildert werden und die Hoffnung auf ihre Lösbarkeit ebenfalls niedrig eingeschätzt wird. Es kann aber auch das Umgekehrte der Fall sein. Jemand kann sich auf der Problemskala als besonders problembeladen zeigen und dabei keine Hoffnung haben und folglich auch wenig bereit sein, etwas zu

tun, weil er gar nicht sieht, was er tun könnte. Je nachdem, wie er dann über die mit ihm lebenden Personen spricht, liegt entweder der Besuchertyp oder der Beschwerdetyp vor.

Die Verwendung der Skalierungsfragen, auch in den Folgegesprächen, erlaubt also,

- die nächsten Schritte zu präzisieren,
- den Klienten auf die verfügbaren Ressourcen hinzulenken,
- Informationen über die Art, wie er sich selber im Hinblick auf seine Handlungsmöglichkeiten einschätzt, zu sammeln.

Verwendung von Skalen in der Paartherapie

In der Paartherapie kann es vorkommen, dass die jeweiligen Partner sich sehr unterschiedlich hoch einschätzen, und dies möglicherweise auf allen drei Skalen. Hier kann dann weiter gefragt werden, was der eine Partner wohl vom anderen erwarten würde, damit für ihn selber eine Verbesserung möglich ist. Oder was er denkt, dass der andere von ihm erwarten würde, damit für diesen eine Verbesserung möglich ist. Diese zirkulären Fragestellungen sind auch in der Gruppentherapie sinnvoll, wenn ein Partner von *Eheschwierigkeiten* spricht, während der andere nicht an der Therapie teilnimmt. In jedem Fall sollte der Therapeut sich vor einer Bewertung hüten und immer nur darauf achten, was nötig wäre, damit im gesamten Lebensfeld des Klienten eine Verbesserung erreicht werden kann.

Die Beziehungen der Klienten im Auge behaltend, wäre es außerdem sinnvoll, die Fragen folgendermaßen weiterzuentwickeln:

„*Angenommen, Ihr Problem hätte sich um einen Grad verbessert. Woran würden Sie es feststellen, und wie würde sich dies auf das Verhalten Ihres Partners (Ihrer Kinder, Ihrer Mitarbeiter und dergleichen) auswirken?*“

Oder:

„*Nehmen wir an, Ihr Problem hätte sich um einen Grad verbessert, was würde Ihr Partner (Ihre Kinder, Ihre Mitarbeiter etc.) davon bemerken? Wer würde als Erster etwas bemerken, und zwar was? Wie würde der Betreffende dann auf diese Veränderung reagieren? Inwiefern würde Ihnen dies selbst wieder helfen, etwas zu tun?*“

Im Hinblick auf Probleme der Partnerschaft wäre es auch sinnvoll zu fragen:

„*Wer von Ihnen beiden müsste mit einer bestimmten Veränderung beginnen? Wie wahrscheinlich ist es, dass er den ersten Schritt tut? Was könnte dazu beitragen, dass er diesen Schritt tut? Was müssten Sie vielleicht tun, damit der andere den ersten Schritt tut (was natürlich eine paradoxe Fragestellung ist!)?*“

Fragen nach der Bewältigung

In manchen Fällen ist die Zuversicht, dass die Probleme sich verbessern könnten, sehr gering, und entsprechend gering ist dann möglicherweise auch die Motivation. Jedenfalls sieht es im ersten Moment so aus. Ein Problem wird beispielsweise als extrem groß geschildert, und hier helfen dann die Fragen nach der Art der Bewältigung (dem „Coping"). Die Klienten werden also gefragt:

„Was um Himmels willen hilft Ihnen denn, dieses große Problem überhaupt zu meistern? Wie haben Sie es in der Vergangenheit geschafft, damit zu leben und zu überleben? Was hat Ihnen dabei geholfen und wie hat diese Hilfe sich ausgewirkt? Was konnten Sie zu diesem Zweck nutzen?"

Auch hier kann wieder mit einer Skala gearbeitet und der Klient gebeten werden, sich einzuschätzen von 1 bis 10, wobei 10 bedeuten würde, dass das Problem immer noch besteht, aber der Klient damit für seine Verhältnisse optimal umgehen kann. Wie würde er sich einschätzen und was könnte ihm helfen, bei der Bewältigung des immer noch ungelösten Problems einen Schritt nach vorne zu kommen?

Wie wichtig es ist, sich durchgängig im Therapieverlauf die Qualität der Klient-Therapeut-Beziehung vor Augen zu halten, soll folgendes Beispiel illustrieren. (Hierbei handelt es sich um einen Fall, den der Autor am BFTC zusammen mit Scott Miller und Insoo Kim Berg bearbeitet hat und der später von Insoo Kim Berg weiter betreut worden ist.)

Beispiel

Viel Jammern macht auch Freunde

Der über 70 Jahre alte Klient mit Anzeichen der Parkinson-Erkrankung beschwert sich gleich in der ersten Sitzung heftig über die psychische Erkrankung seiner Frau und liefert viele Beispiele für deren fast unerträgliches Verhalten. Er sei nur gekommen, um den Boden zu bereiten dafür, dass sie am BFTC eine Behandlung erfährt. Er schildert ihre „Krankheitsgeschichte" und bemerkt, dass die bisherigen Therapien kaum etwas geholfen haben und die Situation zwischen ihnen beiden sich ständig verschlechtere.

Das Ehepaar ist schon drei Jahrzehnte miteinander verheiratet, aber im Grunde sei die Beziehung immer schon ganz schlecht gewesen und jetzt sei sie „nur noch schlecht". Ob es schon einmal bessere Zeiten gegeben habe zwischen beiden, fragt der Therapeut. „Keine", antwortet der Klient ziemlich brüsk.

Auf die Wunderfrage entgegnet er, dass es für ihn keine Wunder gäbe! Und alle Fragen, ob es wenigstens gelegentlich schon einmal eine bessere Situation geben würde, beantwortet er ebenfalls heftig verneinend. Im Verlauf der ge- ▶

samten Sitzung ist kein einziger positiver Anhaltspunkt zu finden, und er kann deshalb nur als Besucher eingestuft werden, wobei ihm in der Schlussintervention nach der ersten Sitzung hauptsächlich vermittelt wird, dass er dieses Schicksal in dieser Form „nicht verdient hätte"! Hochzufrieden verlässt er daraufhin das BFTC.

Entsprechend seiner Aufforderung erscheint in der nächsten Sitzung seine Frau, die einen völlig „normalen" und sehr kooperativen Eindruck macht.

In der dritten Sitzung erscheinen beide und die Frau berichtet von erheblichen Verbesserungen im Verhalten ihres Mannes. Der Fehler des Teams bestand nun darin, dass dem Ehepaar in der Schlussintervention diese Verbesserungen als entscheidender Schritt in Richtung auf die Lösung der Probleme zurückgemeldet wurden. Zwei Tage später meldet sich der Ehemann und droht mit Selbstmord. Nur aufgrund des Hinweises, dass er damit die Therapeuten zwinge, ihn in eine Klinik verbringen zu müssen, gibt er zu erkennen, dass er nicht wirklich beabsichtigt, sich umzubringen, und es wird eine nächste Sitzung mit ihm vereinbart.

Erst jetzt erkannte das Team seinen Fehler, der darin bestand, die Besucherhaltung des Klienten nicht genau genug beachtet zu haben. Hintergrund ist die Tatsache, dass diese Ehe bereits drei Jahrzehnte lang in der beschriebenen Form offenbar sehr wohl funktionierte, und daher entschließt sich das Team, von jeder Veränderungseinladung an den Klienten abzusehen. Er wird weiter in seiner feststehenden Auffassung bestärkt, dass eigentlich seine Frau therapeutische Hilfe brauche.

Die folgenden Sitzungen laufen dann trotzdem darauf hinaus, die Bewältigungsmöglichkeiten des Ehemannes zu verbessern. Der Klient findet nunmehr für sich heraus, dass es ihm hilft, wenn er mit seinen Klagen möglichst viele Leute kontaktiert, was dazu führt, dass er seinen Bekanntenkreis ausweitet und auf diese Weise im Gespräch Entlastung findet. Sein Glaubenssystem, nach dem seine Frau krank ist, bleibt ebenso unangetastet wie seine Skepsis, dass sich da noch etwas ändern werde, aber seine Bewältigungsmöglichkeiten werden verbessert.

2.3 Versteckte und abwesende Auftraggeber

Jeder Therapeut kennt die Situation, dass er Klienten gegenübersitzt, die ihn so richtig ans Arbeiten bringen. Er steht dann unter dem Eindruck, dass das Problem immer größer wird, die Chancen für eine Lösung immer geringer, und erlebt dabei, dass er sich im Dickicht des Problems zunehmend verheddert. Die

Problemhypnose des Klienten wird schleichend zu einer gemeinsamen Problemhypnose, und ein Gefühl bleierner Lähmung breitet sich im Kopf des Therapeuten aus. Während der Therapeut den Eindruck hat, immer intensiver arbeiten zu müssen, scheint der Klient gleichzeitig zunehmend passiv zu werden. Schließlich drängt sich dem Therapeuten der Argwohn auf, dass der Klient eigentlich gar keine Lösungen für seine Schwierigkeiten haben will. Der Therapeut ertappt sich dabei, dass er beginnt, feindselige Gefühle seinem Klienten gegenüber zu entwickeln und sich innerlich darüber zu empören, dass die ganze schöne Therapie, die er angeboten hat, offenbar von seinem Gegenüber überhaupt nicht wertgeschätzt wird.

In der Gruppentherapie entwickeln sich bei ähnlichen Angeboten von Gruppenmitgliedern nicht selten zwei Lager. Abgesehen davon, dass die Gruppe beginnt, unruhig zu werden, finden sich einige, die massive Hilfsangebote machen und offensichtlich hoch motiviert worden sind durch die Art, wie ein bestimmtes Gruppenmitglied sein Problem eingebracht hat. Die Hilfsangebote funktionieren natürlich alle nicht, sodass weitere Angebote gemacht werden. Ein anderer Teil der Gruppe schaltet offensichtlich ab und hört dem Betreffenden gar nicht mehr zu.

Die einzig angemessene Haltung des Therapeuten in solchen Fällen ist, sich sehr schnell aus der inneren Verwicklung, in die er gekommen ist, wieder zu befreien und sich mit dem Gedanken zu verbinden, dass alle Klienten letztlich Verbesserungen wollen und alles, was sie tun, aus ihrer Sicht ein sinnvolles Angebot ist. Der Therapeut sollte sich innerlich zurücklehnen und ruhig und gelassen abwarten, bis er die erste konstruktive Einladung zur Verbesserung der Situation auf Seiten des Klienten wahrnehmen kann. Therapeuten brauchen geradezu ein inneres Manometer, das ihnen signalisiert, wann es nicht mehr sinnvoll ist, sich weiter anzustrengen, sondern im Gegenteil von der in diesem Fall gefährlichen Aktivität zur *abwartenden Passivität* zurückzuschalten. Das einzig Sinnvolle in solchen Situationen ist, dem Klienten Komplimente zu machen oder Umdeutungen seiner Situation anzubieten, die als Komplimente wirken können. Ein solches Kompliment kann der Therapeut auch einfach in seiner Haltung vermitteln, wenn er sich nicht in einen hektischen Schlagabtausch von Fragen hineintreiben lässt, die auf eine zu frühe Veränderung zielen. Wenn er dem Klienten einfach durch seine Haltung signalisiert, dass er sich innerlich an den Teil in ihm wendet, der schon wissen wird, wann für ihn eine Verbesserung möglich ist, und dem Klienten auf diese Weise durch ruhiges Abwarten zeigt, dass er das Vertrauen hat, der Klient werde zur rechten Zeit schon das für ihn Mögliche tun.

In der Gruppe kann der Therapeut auch die Gruppenreaktion aufgreifen und als Feedback für den Betreffenden verwenden. Er kann ihm vermitteln, dass die Gruppe offenbar skeptisch zu sein scheint, ob das Problem derzeit überhaupt

gelöst werden kann. Er kann ihm zeigen, dass er die Gruppe stark motiviert hat für die Lösung seines Problems. Andererseits kann er auch darauf aufmerksam machen, dass ein anderer Teil der Gruppe offenbar völlig abgeschaltet hat, weil er an die Lösbarkeit des Problems derzeit offensichtlich nicht glaubt. Sinn macht es auch, gerade in der Gruppentherapie, darauf hinzuweisen, dass manche Probleme überhaupt nicht zu lösen sind, weil die Bedingungen einfach zu schlecht sind. Es ist nicht nur eine *Tatsache des Lebens*, mit der jeder sich einmal auseinandersetzen muss, dass auch durch die Psychotherapie nicht alle Probleme gelöst werden können und jeder von uns sich da und dort mit der Tatsache eines Scheiterns abfinden muss. Sondern es ist auch eine *paradoxe Intervention*, die manchmal sehr massiv wirkt und eine Einladung für den Klienten sein kann, seine Veränderungspotentiale maximal zu mobilisieren. Verschreibt man einem Klienten gerade in einer Gruppentherapie das mögliche Scheitern, dann kann ihn das in besonderem Maße motivieren.

Bei Klienten, die zunächst sehr passiv zu sein scheinen, ist es auch sinnvoll, nach den nicht anwesenden Auftraggebern zu schauen, also den *Überweisungskontext* zu bedenken. Der Überweisungskontext ist das Motivationsgefüge, das letztlich den Klienten in die Therapie brachte. Reflektiert man die Art der Überweisung, der ein Klient es zu verdanken hat, dass er in die Therapie gekommen ist, findet man nicht selten auch für den Klienten wesentliche Interessen, denen er insgeheim folgt.

Wenn beispielsweise ein Klient durch einen bestimmten Arzt überwiesen wurde, so sollte sich der Therapeut bewusst machen, wie seine eigene Beziehung zu diesem Arzt ist und ob diese Beziehung so ist, dass er beispielsweise davon ausgehen kann, dass bereits ein Vertrauensvorschuss des Klienten für den behandelnden Therapeuten gegeben ist. Hat ein Arzt großes Vertrauen in die Leistungsfähigkeit eines Therapeuten, so wird sich die Beziehung des Klienten zum Therapeuten schneller in ein Kundenverhältnis verwandeln. Gelegentlich macht es aber auch Sinn, den Klienten direkt zu fragen.

Überweisungskontext

„Was denken Sie, warum der Doktor Sie gerade an mich überwiesen hat? Meinen Sie, dass er damit eine bestimmte Überlegung verbunden hat, dass Ihnen durch mich in bestimmter Weise geholfen werden könnte?"

Wenn Ehepartner sich in Therapie begeben und dies alleine tun, kann der Therapeut fragen:

- „Was glauben Sie denn, was Ihr Partner erwartet, dass sich bei Ihnen verändert, und wie denken Sie, würde eine solche Veränderung sich positiv auf Ihre Beziehung auswirken?"

- „Inwiefern leidet denn Ihr Partner unter bestimmten Verhaltensweisen?“
- „Was glauben Sie, würde Ihrem Partner eher helfen?“
- „Was würde Ihr Partner sagen, was aus seiner Sicht schon eine Besserung in Ihrer Beziehung gewesen war, was hat schon einmal geholfen oder funktioniert?“
- „Was würde der Partner erwarten, dass Sie tun, damit das gesamte Familienleben sich verbessert?“

Partner, die in Therapie gehen, haben also nicht nur eine Motivation, die Dinge für sich selbst zu verbessern, sondern immer auch eine Motivation aus der Perspektive ihres Ehepartners, und der Therapeut tut gut daran, diese Motivation aufzugreifen. Die oben skizzierten Fragen können helfen, nach weiteren therapeutisch machbaren Lösungsansätzen zu suchen.

Das Gleiche gilt auch für Jugendliche, die mit ihren Eltern zusammenleben, wenn der Therapeut nach deren Erwartungen fragt. Oft sind diese den Jugendlichen gar nicht so deutlich, obwohl sie schon ein Interesse daran hätten, sie auch erfüllt zu bekommen.

Ähnliches gilt im Hinblick auf die berufliche Situation von Klienten, wenn man die Erwartungen der Arbeitskollegen oder der Vorgesetzten anspricht und beispielsweise fragt:

„*Woran könnten Kollegen oder Vorgesetzte erkennen, dass bei Ihnen die Dinge sich zu bessern beginnen?*“
„*Was würden Arbeitskollegen oder Vorgesetzte erwarten, dass Sie bei bestimmter Gelegenheit tun, und inwiefern würde dies die Situation an Ihrem Arbeitsplatz möglicherweise verbessern?*“

Genauso ist es, wenn jemand aufgrund der *Anordnung eines Gerichts* in Therapie kommt. Auch hier könnte gefragt werden:

„*Was müssen Sie denn machen, damit ein Richter davon überzeugt sein würde, dass die Dinge bei Ihnen in Ordnung kommen?*“

All diese Fragen beziehen sich auf „nichtanwesende Auftraggeber“, die aber im Lebenskontext des Klienten für diesen wichtig sind, sodass es sinnvoll ist, die damit gegebene Motivation anzusprechen und für die Konstruktion von Lösungen nutzbar zu machen.

2.4 „Unmoralische“ Aufträge an den Therapeuten

Es gibt Situationen in der Therapie, bei denen der Therapeut in eine moralische Zwickmühle gerät, für die er ein lösungsorientiertes Konzept im Kopf haben sollte.

Beispiel

Der Besuch im Bordell

Ich erinnere mich an eine Gruppensitzung, in der ein Klient mit der größten Selbstverständlichkeit erzählte, dass er kürzlich mal wieder im Bordell gewesen sei und dort ein Brand ausbrach, und er zusammen mit sieben Prostituierten mit leichten Rauchvergiftungen von der Feuerwehr in eine Klinik gefahren wurde. Das Ganze habe dann auch am nächsten Tag in der Zeitung gestanden. Die Gruppe brach in ein schallendes Gelächter aus und verdeckte damit auch ihre Verlegenheit gegenüber einer solchen Bekundung. Letztlich hatte der Klient es durch diese überraschende Story verstanden, den Therapeuten mit der Tatsache seiner Bordellbesuche zu konfrontieren, die er bisher immer wohlweislich ausgeklammert hatte. Der Therapeut machte dem Klienten zunächst ein Kompliment darüber, dass er so offen war und wie witzig er die ganze Geschichte erzählt hatte, und fragte dann aber:

„Wie denkst du über den Stellenwert dieser Bordellbesuche in deinem Leben, in welcher Hinsicht sind sie denn eine Hilfe oder eine Lösung für dich?“

Die folgende Erörterung soll jetzt nicht wiedergegeben werden. Entscheidend ist es zu sehen, dass durch diese simple Frage:

„*Was nutzt dieses Verhalten eigentlich?*“

die Möglichkeit wiedergewonnen wird, nach den ernsthaften Motiven zu schauen, die sich hinter einem „unmoralischen oder problematischen“ Verhalten immer auch verbergen, und zu wissen, dass diese Fragen ein hervorragendes Mittel sind, um aus einem solchen Peinlichkeitsdilemma ganz elegant und in einer für den Klienten nützlichen Weise wieder herauszukommen.

Es kommt vor, dass in der Einzeltherapie oder in der Gruppentherapie Klienten erkennen lassen, dass sie eine außereheliche Beziehung haben. Gelegentlich, beispielsweise beim Beginn einer Paartherapie, kann dies sogar die Form annehmen, dass ein Ehepartner, der zunächst alleine kommt, dem Therapeuten das Versprechen abnehmen möchte, von seinen außerehelichen Kontakten zu schweigen, gleichzeitig weiht er den Therapeuten aber quasi als Komplizen ein.

Aus meiner Sicht ist es wenig hilfreich, über Sinn oder Gefahr einer solchen Komplizenschaft nachzudenken oder über männliche/weibliche Solidaritätsthemen zu reflektieren. Auch hier wieder ist die einzig sinnvolle Frage:

„*Was denken Sie, hilft Ihnen für die Verbesserung Ihrer Ehesituation mehr, wenn wir die Tatsache Ihrer außerehelichen Beziehung verschweigen, oder hilft es vielleicht mehr, wenn Sie selber den Mut haben würden, Ihrem Partner gegenüber davon zu sprechen?*“

Mit dieser Überlegung gelingt es dem Therapeuten, mit dem Klienten zusammen zu entscheiden, wie das weitere Vorgehen sein soll, wobei das Ziel die Verbesserung der ehelichen Situation ist, und es wird gemeinsam überlegt, was hierzu der nächste sinnvolle Lösungsschritt sein kann. Prinzipiell können sowohl die mögliche Offenheit an diesem Punkt wie auch die derzeitige Verschwiegenheit hilfreich sein. Dann aber ist die Verschwiegenheit an diesem Punkt zunächst nicht eine Kumpanei, sondern genauso gut auch ein Akt der Loyalität dem nicht anwesenden Partner gegenüber.

3 Standardinterview der ersten Sitzung

Die Haltung des Therapeuten in der Erstsitzung ist zunächst abwartend und geprägt von der Bereitschaft, das Problem des Klienten anzuhören in einer Haltung der Anerkennung für seine Schwierigkeiten. Es sei hier noch einmal bemerkt, dass es nicht um Empathie im klassischen Sinne geht. Empathie, also das starke anteilnehmende Eingehen auf die Problemseite, könnte zur Vertiefung der Problemhypnose beitragen.

> **!** Der Klient soll Anerkennung für seine Problematik erfahren.

Es wird ihm also bestätigt, dass es sich um ein ernsthaftes Problem handelt, sodass es richtig war, in Therapie zu gehen. Gleichzeitig wird dadurch sein Entschluss, therapeutische Hilfe zu suchen, als wertvoll und wichtig für ihn in seiner jetzigen Lebenssituation herausgestellt. Zum anderen wird ihm vermittelt, dass er sich berechtigterweise belastet fühlen darf.

Dies ist die Grundhaltung des Therapeuten, und er bleibt innerlich in Kontakt mit der Überlegung, wie er diesem Menschen helfen kann.

3.1 Komplimente

Obwohl der sehr wichtige Aspekt der Komplimente im Rahmen des lösungsorientierten Vorgehens in einem eigenen Kapitel behandelt wird (s. Kap. 4), sei bereits hier etwas zu diesem wesentlichen Aspekt gesagt. Da es in der Therapie darum geht, die Ressourcen von Klienten nutzbar zu machen, ist es von kaum zu unterschätzender Wichtigkeit, jeden ersten Kontakt bereits mit Komplimenten zu beginnen.

> **!** Komplimente sind ein erster Schritt, um die Selbstwahrnehmung der Klienten zu verbessern.

Von Anfang an sollen sie erfahren, wie positiv sie sich einschätzen können und wie positiv sie vom Therapeuten und damit von ihrer Umwelt gesehen werden.

Der Beginn einer therapeutischen Kontaktaufnahme ist ja dadurch gekennzeichnet, dass man zunächst die persönlichen Daten der Betreffenden erhebt. Dabei ergibt sich eine Menge von Ansatzpunkten, um freundliche Bemerkungen

dem Klienten gegenüber zu machen und Interesse an seiner Person und an seinen Lebensumständen zu artikulieren. Man kann nach seiner Herkunft fragen, ein anerkennendes Wort über einen schönen Vornamen einfließen lassen oder fragen, ob der Beruf Spaß macht und ob derjenige erfolgreich in seiner Tätigkeit ist. Man kann fragen, wie die Berufskollegen und Vorgesetzten ihn wahrnehmen, falls man sich davon einen Gewinn für die Selbsteinschätzung verspricht. Ist ein Ehepaar anwesend, so ergibt sich an dieser Stelle eine Möglichkeit, beispielsweise einen Partner nach dem beruflichen Erfolg des anderen zu fragen, wenn man Anhaltspunkte dafür hat, dass der eine stolz auf den anderen ist. Gleichermaßen kann man einen Partner fragen, was er besonders im Hinblick auf das häusliche Zusammenleben an seinem Partner schätzt. Dies ergibt sofort wesentliche Einblicke über die Art des Miteinanders der beiden. Am wichtigsten ist es jedoch, und am besten für die Therapie, wenn beide sich gegenseitig komplimentieren, und sofort herrscht im Therapiezimmer eine positive und liebevolle Atmosphäre.

Von noch größerer Bedeutung ist diese Art des Vorgehens, wenn Eltern ihre Kinder in Therapie bringen, mit denen sie Sorgen haben. Hier gestalte ich die Erstsitzungen ausschließlich so, dass ich nur nach den Vorzügen der Kinder frage. Meist bereite ich schon bei der telefonischen Kontaktaufnahme die Eltern darauf vor, dass ich möglicherweise das Erstgespräch in einer für sie ganz unerwarteten Weise führen werde und frage um Verständnis dafür nach. Ich bitte also schon im Vorfeld des Erstgespräches die Eltern darum, mir die Art der „Verhandlungsführung" weitestgehend zu überlassen. Falls ich dann im Erstinterview von den Eltern unterbrochen werde, weil diese unbedingt auf die Probleme zu sprechen kommen wollen, vertröste ich sie zunächst ein wenig, um weitere positive Erfahrungen der Eltern mit den Kindern zu erfragen.

Das Ziel ist, den Zeitpunkt, zu dem man auf die Schwierigkeiten zu sprechen kommt, möglichst weit hinauszuzögern.

Ich frage Eltern beispielsweise, wann ihnen ihr Kind Freude macht, was sie für Talente bei diesem entdeckt haben, wann es gut in der Schule zurechtkommt oder mit seinen Spielkameraden und seinen Geschwistern. Die Kinder frage ich, welches Fach sie am liebsten haben, warum sie gerade das besonders gut können oder jenes besonders schätzen, was ihnen an ihren Geschwistern gefällt, was sie am liebsten spielen, welche Hobbys sie haben, welchen Sport sie mögen, inwiefern sie da besser sind als die anderen, welche Freunde sie haben und dergleichen. Dabei erfährt der Therapeut viel über die Möglichkeiten der Kinder, aber auch etwas über die positiven Qualitäten in der Familie, und wendet dies gleich

wieder um in ein Kompliment für die Eltern, denen er sagt, dass sie als Eltern „einen guten Job" gemacht hätten und sie im Grunde auf sich und die Familie stolz sein könnten. Erst auf diesem Hintergrund kann man sich trauen, auch über die Schwierigkeiten zu sprechen, und wenn Eltern dann zu sehr ihr Kind oder ihre Kinder kritisieren, tendiere ich dazu, dies zunächst einmal mit *Fragen nach Ausnahmen* zu relativieren:

„*Das ist aber wahrscheinlich auch nicht dauernd so?*"

Manchmal karikiere ich das Verhalten auch ein wenig, wenn ich frage:

„*Wahrscheinlich schafft er das auch nicht 24 Stunden lang, sich so zu verhalten?*"

Gleichzeitig nehme ich dabei Kontakt mit den Kindern auf, lächle diese an, vielleicht „zwinkere ich ihnen zu", sodass die Kinder spüren, dass ich sie nicht verurteile.

3.2 Verbesserungen vor Therapiebeginn?

Ist dergestalt der Boden für eine optimistische und wertschätzende weitere Arbeit gelegt und hat sich ein Klima wechselseitiger Anerkennung herausgebildet, bietet es sich an, nach Ausnahmen von der beklagten Problematik zu forschen.

Am BFTC liegen Untersuchungen vor, die zeigen, dass 50–70 % der untersuchten Klienten substantielle Verbesserungen der Problematik bereits vor Therapiebeginn berichten können, wenn sie nur danach gefragt werden. Eine spezielle Untersuchung ergab, dass 50 % der Klienten auf der Warteliste von Therapeuten bereits Verbesserungen ihrer Schwierigkeiten herzustellen in der Lage waren. Dies kann als erneuter und sehr wesentlicher Hinweis auf die Rolle verstanden werden, die die Klienten selbst für die eingetretenen Verbesserungen spielen. Der Therapeut kann sich ständig darauf verlassen, dass die Klienten ihre Sachen selbstständig zu richten imstande sind.

> **!** Nicht die Therapeuten verursachen die Lösungen der Probleme ihrer Klienten, sondern immer diese selbst.

Es wird also systematisch im Erstinterview gefragt, ob das Problem auch einmal nicht auftritt und woran das wohl gelegen haben könnte. Es wird gefragt, was dann anders war und wer sich dann möglicherweise anders verhalten hat. Der Therapeut soll hier auch ruhig etwas hartnäckiger sein und gegebenenfalls

nach kleinen oder kleinsten positiven Schwankungen forschen, beispielsweise fragen, ob das an Wochentagen gleich ist wie am Wochenende, im Sommer vielleicht anders als im Winter, morgens vielleicht anders als am Abend und dergleichen. Sinn macht es auch, nach relativ lange zurückliegenden Zeiten im Leben eines Klienten zu fragen und in einem Paarinterview sich an diese „goldenen Jahre", die man gemeinsam hatte, zu erinnern. Beide können sich ja nicht total geändert haben und besitzen möglicherweise auch jetzt noch die Qualitäten, die ihnen damals geholfen haben, sich mehr zu lieben. Wenn darüber eine gewisse Einigkeit besteht, kann man umso sorgfältiger nachfragen, ob solche Anzeichen einer Renaissance der frühen goldenen Jahre auch heute zu beobachten wären.

Generell geht es also darum, nicht nur die Verbesserungen zu notieren und kenntlich zu machen, sondern so lange weiter zu forschen, bis deutlich wird, *wodurch die Verbesserungen zustande gekommen sind und was dabei wirklich geholfen hat*. Der Therapeut möchte hier dem Klienten seine Möglichkeiten vor Augen führen, die er besitzt, um dem Problem eine positive Wende zu geben. Der Therapeut möge hier Zurückhaltung üben, dass er nicht seine eigenen Interpretationen, was dem Klienten helfen könnte, über diesen ausschüttet, sondern sehr sorgfältig die dem Klienten selbst zur Verfügung stehenden Lösungsansätze herausarbeitet.

3.3 Worte der Klienten nutzen

Manche Therapeuten haben eine lange gesprächstherapeutische Ausbildung, andere sind in der Technik des neurolinguistischen Programmierens geschult und haben gelernt, die Augenbewegungsmuster der Klienten zu nutzen, um deren Repräsentationssysteme und Zugangshinweise zu entschlüsseln und sich darauf einzustellen. Ich will diesen Aspekt hier nicht vertiefen, sondern die wirksamste Strategie ansprechen, die es gibt, um einen optimalen Kontakt zum Klienten herzustellen. Sie ist gleichermaßen wirksam wie bestechend einfach. Es genügt nämlich, die Wortwahl der Klienten zu benutzen, um bei diesem ein Gefühl völligen Verstandenwerdens hervorzurufen. Es ist immer wieder verblüffend, selbst dann, wenn man die Probleme der Klienten nur teilweise oder überhaupt noch nicht versteht, dass es genügt, ihre Ausdrucksweise in den eigenen Fragestellungen zu benutzen, um bei ihnen den Eindruck völligen Akzeptiertwerdens und Verstandenwerdens herzustellen.

Vor meinem Aufenthalt am BFTC konnte ich mir nie vorstellen, in einer Fremdsprache Therapie zu machen, insbesondere weil mein Englisch auch nicht gerade das Beste war. Die amerikanischen Kollegen machten uns aber von An-

fang an darauf aufmerksam, dass es gar nicht entscheidend ist, alles, was Klienten bei der Schilderung ihrer Probleme sagen, zu verstehen. Speziell in Sitzungen mit Afroamerikanern gaben auch die Englisch sprechenden Kollegen zu, dass sie vieles nicht verstehen konnten, weil der gesprochene Slang manchmal wirklich kaum zu entschlüsseln war. Wir lernten aber alle schnell, bestimmte Redewendungen im „*Problemtalk*" aufzugreifen und hatten immer den Eindruck, eine befriedigende Konversation für die Klienten steuern zu können. Da wir Europäer aufgrund unserer Sprachschwierigkeiten für solche Unterschiede besonders sensibel waren, fiel uns übereinstimmend auf, dass in dem Augenblick, in dem die Rede auf die Lösungsstrategien kam, auch die Sprache wechselseitig sehr viel einfacher wurde. Dies ist ein interessanter Hinweis darauf, dass sich das Erarbeiten von Lösungen irgendwie leichter anfühlt und der Übergang auf die Problemseite immer auch mit Verständnisschwierigkeiten (sicher nicht nur sprachlicher Art) verbunden ist.

Es muss heute schon fast als ein Kunstfehler der therapeutischen Kommunikation betrachtet werden, zu versuchen, die Schilderungen von Klienten anders zu verbalisieren als diese selbst es tun. Spricht eine Klientin davon, dass ihr Mann ab und zu einen „Kickout" hat, darf der Therapeut diesen Ausdruck nicht umwandeln und beispielsweise von einem „Rappel" sprechen. Nicht selten erlebt man dann sogar, dass die Klienten einen korrigieren oder sich erkennbar nicht verstanden fühlen.

Beispiel

Die Ausnahmen vom „Durchhänger"

Einmal sprach eine Klientin davon, dass sie einen „Durchhänger" hatte und ich griff dies auf und fragte, „wann fühlst du dich denn mal nicht so niedergeschlagen?" Die Klientin korrigierte mich sofort und meinte, „es geht nicht darum, dass ich mich niedergeschlagen fühle, ich habe einfach einen ‚Durchhänger'". „Aha", sagte ich, „also wann kannst du denn damit rechnen, dass du keinen ‚Durchhänger' hast?" Sofort hellten sich ihre Gesichtszüge auf und sie suchte innerlich nach Ausnahmen von dem „Durchhänger".

Für den Therapeuten ist es dabei eher unerheblich zu verstehen, worin der Durchhänger eigentlich besteht und was sie dabei tut. Darauf kann man im Grunde verzichten. Entscheidend ist zu schauen, was die Phase des „Durchhängens" – was immer das bedeuten mag – wieder beendet. In Verfolgung dieses Prinzips mag es zwar sein, dass die therapeutische Sprache nicht so kunstvoll klingt wie bei dem Versuch „der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte". Sie wird mit Sicherheit aber sehr viel mehr auf Akzeptanz beim Klienten stoßen

und diesem das Gefühl verleihen, in einer ganz tiefen Weise verstanden zu werden, selbst wenn der Therapeut überhaupt nichts versteht. Dies ist nun kein Trick, sondern kennzeichnet die Hilflosigkeit des Therapeuten auf dem Hintergrund seines Wunsches, dem Klienten möglichst gerecht zu werden. Was hier passiert, kann man sich wahrscheinlich am besten so erklären, dass die von Klienten benutzten Narrative, Redewendungen oder Worthülsen gleichsam Anker sind für eine Vielzahl von unterschiedlichsten inneren Repräsentanzen, auf welchen Ebenen und in welchen Sinnesmodalitäten diese auch verankert sein mögen.

! Die vom Klienten verwendete Phrase ist ein massiver emotionaler und kognitiver Anker für bewusste/unbewusste innere Abbildungen für das Problem.

Sie rufen für ihn die wesentlichen Aspekte seines Problemgeflechtes auf, sodass er sich zutiefst verstanden fühlt, wenn der Therapeut seine verbalen Anker benutzt.

Während des gesamten therapeutischen Interviews nimmt der Interviewer die Haltung des abwartenden Zuhörens ein, wobei er sein inneres Radar darauf gerichtet hat, die Lösungsmöglichkeiten zu erfassen, die der Klient besitzt. Dabei macht er sich auch in der gleichen Weise wie beim „Problemtalk" die Redewendungen zu eigen, die der Klient benutzt, um Lösungsstrategien zu beschreiben. Nähert man sich gemeinsam der Lösungshypnose, beispielsweise wenn stattgefundene „Verbesserungen vor Therapiebeginn" erörtert werden, gilt auch hier das oberste Prinzip:

! „Der Klient hat immer recht!"

Hier gilt es in der Form, dass immer auf die Arten von Verbesserung eingegangen wird, die der Klient für wichtig hält, und die Aspekte, die er am Schluss nennt, werden am sorgfältigsten aufgegriffen. Es ist davon auszugehen, dass im Fortgang des Gesprächs der Klient von sich aus auf zunehmend für ihn wichtigere Aspekte einer Verbesserung kommen wird. So direktiv der lösungsorientierte Fragesteller dabei bleibt, immer nach den Verbesserungen zu schauen, nach den Ausnahmen von Problemen und zu erforschen, was dabei hilft, so nichtdirektiv ist er im Hinblick auf die Wortwahl und die Akzente, die der Klient setzt, wenn es um seine Lösungskonstruktion geht.

3.4 Varianten der Wunderfrage

De Shazer hat die Wunderfrage aus der Kristallkugeltechnik von Erickson entwickelt, und sie ist eine geniale Vereinfachung dieser Technik. Wenn wir die Wunderfrage stellen, so stellen wir sie in gleichsam *hypnotherapeutischer Manier*.

Diktion beim Stellen der Wunderfrage

Jederzeit vergewissern wir uns der vollen Aufmerksamkeit des Klienten.

- Wir sprechen die Wunderfrage Abschnitt für Abschnitt und machen zwischen jedem Abschnitt bedeutungsvolle Pausen.
- Bei manchen Klienten ist es erforderlich, durch Handbewegungen und durch Halten des Blickkontakts den Rapport maximal aufrechtzuerhalten.
- Wir lassen uns so viel Zeit bei der Wunderfrage, bis wir von Augenblick zu Augenblick eine Veränderung in der Haltung und in den Gesichtszügen der Klienten erkennen können, die uns sagt, dass er den jeweils nächsten Aspekt internalisiert hat.

Es empfiehlt sich auch, die Wunderfrage vorzubereiten, indem der Therapeut an geeigneter Stelle des Interviews sagt:

„*Lassen Sie mich eine vielleicht merkwürdig klingende Frage an diesem Punkt stellen …*“

– was er dann auch tut.

Die geeignete Stelle, um die Wunderfrage zu stellen, ist gekennzeichnet durch eine irgendwie geartete Einladung des Klienten an den Therapeuten, nunmehr von der Problemschilderung zu etwas anderem überzugehen. Es ist eine Frage der Erfahrung, wie schnell man die Wunderfrage stellen kann. Manchmal kann man sie nach fünf Minuten stellen, manchmal wäre es verfehlt, sie bereits in der ersten Sitzung zu stellen. Falls schon einige Ausnahmen oder zumindest Erleichterungen von Problemen besprochen sind, kann danach eine Phase im Interview eintreten, die von einer *stagnierenden Haltung* beim Klienten gekennzeichnet ist. Dies mag eine Einladung sein, die Wunderfrage zu stellen. Manchmal hat der Therapeut den Eindruck, der Klient hat genügend Informationen zu seinen Problemen gegeben, und es steht ein unausgesprochenes „Und was nun?“ im Raum bzw. die Frage an den Therapeuten „Können Sie mir helfen?“ Dann stellt der Therapeut nach der entsprechenden Vorbemerkung die Wunderfrage.

Wunderfrage

„Nehmen wir an,
heute Nacht,
während Sie schlafen,
geschieht ein Wunder,
und die Probleme,
deretwegen Sie hier sind,
sind gelöst.
Da Sie aber schlafen,
wissen Sie nicht,
dass ein Wunder geschehen ist.
Morgen früh aber,
nachdem Sie aufgestanden sind,
stellen Sie fest,
dass sich etwas verändert hat.
Was könnte das sein?...“

Wichtig ist, dass der Therapeut die Wunderfrage nicht zu sehr einschränkend auf einen bestimmten Aspekt des Problems hin stellt, sondern eher verallgemeinernd im Hinblick auf die Probleme. Dies ermöglicht es dem Klienten, auch umfassendere Lösungen in Augenschein zu nehmen und sich nicht auf einen bestimmten Aspekt zu beschränken. Außerdem empfiehlt es sich, am Ende der Wunderfrage nicht unbedingt direkt nach einer Verbesserung zu fragen, sondern zu fragen, was sich verändert hat. Auch dies ist eine Einladung, Veränderungen im umfassenderen Sinne zu berichten und zu phantasieren, damit die weitere Erörterung möglichst weit gespannte Hilfsmöglichkeiten ergeben kann. Viele Klienten reagieren auf die Wunderfrage mit dem Hinweis „dann ginge es mir besser“, „dann wäre ich glücklich“, „dann hätte ich kein Problem mehr“ usw. Hier wäre dann zu fragen, was es denn für Konsequenzen hätte, wenn sie das Problem nicht mehr hätten oder glücklicher wären? Was würden sie denn dann anders machen und was würden sie noch anders machen? Es ist durchaus nicht untypisch, wenn Klienten sagen, dass sie dann nicht mehr so depressiv wären.

Beispiel therapeutischen Fragens nach der Wunderfrage

Th: Was wären Sie stattdessen?
P: Dann wäre ich nicht so niedergeschlagen.
Th: Wie würden Sie sich denn im Gegensatz dazu fühlen?
P: Ich wäre einfach zufriedener.

Th: Was würden Sie denn dann tun?
P: Dann wäre ich einfach aktiver.
Th: Woran würden Sie denn erkennen können, dass Sie aktiver wären?
P: Da fällt mir im Moment gar nichts ein.
Th: Vielleicht können Sie sich erinnern, dass Sie schon einmal aktiver waren. Was haben Sie denn da gemacht?
P: Da habe ich dies oder jenes gemacht.
Th: Können Sie sich vorstellen, dass nach einem solchen Wunder Sie dies auch täten?
P: Unter Umständen ja.
Th: Wie groß schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie das täten? und zu seiner Verblüffung antwortet der Klient dann:
P: Eigentlich 100 %!

Dies könnte eine typische Fragesequenz nach der Wunderfrage sein, und sie zeigt, wie schwer es ist, den Klienten dazu einzuladen, von der Problemhypnose, mit der er sich selbst innerlich auf der Seite seiner Schwierigkeiten festhält, zu seinen *konstruktiven Handlungsmöglichkeiten* vorzudringen.
Es empfiehlt sich, so lange wie möglich weiter nach allen Indizien, ersten Schritten und Anzeichen zu fragen, die für den Klienten eine Verbesserung seines Problems darstellen könnten. Es geht also darum, die *Zukunftsorientierung* für den Fall des gelösten Problems so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Der Therapeut fragt fortwährend nach und erforscht alle möglichen Einzelheiten, weitere Möglichkeiten und Folgen, die eine Verbesserung mit sich bringen würden. Er beachtet dabei aber auch die Interaktionen des Betreffenden mit seiner Umwelt und versucht, diese für ihn erlebbar zu machen. Diesen *Frageprozess* hält der Therapeut durch die immer wieder verwendete Formulierung aufrecht:

„*Und was wäre noch?*"

Er hebt dabei vor allem darauf ab, was der Klient anderes tun würde, nachdem ein Wunder geschehen wäre. Er lädt dazu ein, sich das Wunder auch in *kleinen Schritten* vorzustellen, wenn ein Klient Schwierigkeiten hat, sich darauf einzulassen, dass eine umfassende Verbesserung passieren könnte, und stimmt mit diesem überein, dass es Wunder gibt, die sich nur in winzigen Schritten zu manifestieren beginnen. Alle Formulierungen, charakteristischen Redewendungen und Punkte, die im Anschluss an die Wunderfrage vom Klienten berichtet werden, schreibt der Klient auf und benutzt sie gegebenenfalls für die Vereinbarung der nächsten therapeutischen Schritte oder Ziele.

Die Wunderfrage ergibt also Hinweise auf Potentiale des Klienten, seine Möglichkeiten, seine Ressourcen, die auch in seiner Umgebung oder in seinem Umfeld liegen können. Manchmal kommen Hilfestellungen auch aus Bereichen, die zunächst gar nicht mit dem Problem verbunden gewesen zu sein scheinen. Es ist sinnvoll, sich hier klarzumachen, dass es nicht nur ein einziges Problem für Klienten gibt, vor allem aber nicht nur die eine einzige mögliche Lösung.

Die Lebensumstände von Klienten und die Menschen, mit denen sie zusammenleben, sind eine weitere Quelle für Lösungsmöglichkeiten und stellen Ressourcen dar. Um sie zu erfassen, kann beispielsweise gefragt werden:

„*Nehmen wir an, ein Wunder ist geschehen, Ihre Probleme wären gelöst. Wer würde es als Erster in Ihrer Umgebung bemerken? Woran würde er es feststellen? Wie würde der Betreffende denn darauf reagieren? Und inwiefern würde Ihnen das wieder helfen?*“

Auf diese Weise kann das gesamte soziale System eines Klienten mit in die Analyse einbezogen werden.

Unterschiedliche Repräsentationssysteme

Gelegentlich ist es hilfreich, wenn man über die Kenntnis der Augendiagnostik des neurolinguistischen Programmierens (NLP) verfügt (vgl. Bandler & Grinder, 2007) und bei Personen mit *visuellen Repräsentationssystemen* beispielsweise fragt:

„*Nehmen wir an, Sie würden einen Videofilm drehen, nachdem das Wunder geschehen wäre und Ihre Probleme gelöst wären. Was könnte darauf anders sichtbar sein als bisher?*“

Bei Personen mit einem *akustischen Repräsentationssystem* könnte gefragt werden:

„*Könnten Sie sich vorstellen, dass jemand nach dem Wunder etwas anderes zu Ihnen sagt als bisher, oder wie würden Sie wohl mit sich selbst reden, wenn Sie Ihre Probleme einmal gelöst hätten?*“

Bei Menschen mit *kinästhetischen Repräsentationssystemen* könnte nachgefragt werden:

„*Wie würde sich das anfühlen, wenn Sie Ihre Probleme wie durch ein Wunder gelöst hätten? Welches Lebensgefühl hätten Sie dann, welche Körperempfindungen?*“

Was immer also aus dem sozialen Kontext an möglichen Reaktionen berichtet wird, kann benutzt werden, um die Zukunftsorientierung auch damit weiter aufrecht zu erhalten, indem der Therapeut nachfragt:

„*Inwiefern würde Ihnen das helfen?*"

Berichtet der Klient also, dass er sich anders verhalten würde, fragt man:

„*Wie würden andere darauf reagieren?*"

Danach fragt man:

„*Wie würden Sie darauf reagieren?*"

Auf diese Weise wird mental im Klienten eine sozial verbesserte Handlungssequenz bereits abgebildet, die im Sinne eines „*Future Pacing*" seine zukünftig verbesserten Handlungsmöglichkeiten bereits vorwegnimmt und in der Zukunft verankert.

Nicht alle Klienten wollen sich auf das Modell der Wunderfrage einlassen oder können es aus nicht zu erörternden Gründen heraus nicht. Sie lehnen die Idee eines Wunders ab und man tritt ihnen mit Respekt für ihre Auffassung entgegen. Der Therapeut bietet dann an, die Frage anders zu stellen, etwa folgendermaßen:

„*Nehmen wir an, es gäbe eine plötzliche Verbesserung Ihres Problems gleichsam über Nacht, und Sie wüssten gar nicht, wie sie zustande gekommen wäre. Woran würden Sie es aber auf jeden Fall feststellen?*"

Antwortet der Klient dann, dass er nicht an plötzliche Verbesserungen glaubt, wird ihm auch dies zugestanden, und man kann fragen:

„*Gut, nehmen wir an, es gäbe eine kleine Verbesserung, die letztlich der erste Schritt wäre zu einer Lösung Ihrer Probleme. Woran könnten Sie die meinetwegen morgen früh in Ihrem Leben feststellen?*"

Es ist hier wieder einmal wichtig, sich innerlich mit der Überzeugung zu verbinden, dass die Einschränkungen oder die Skepsis, welche diese Klienten bezüglich eines Aspekts an den Tag legen, nicht etwa als Widerstand gedeutet werden sollten. Sie sollten eher als persönliche Form der Kooperation auf dem Hintergrund seiner Einschätzung der ihm gegebenen Möglichkeiten gesehen werden. Je mehr

der Therapeut bereit ist, sich auf diese *innere Konstruktion von Wirklichkeit* einzulassen, umso eher bietet er eine Hilfestellung für den Klienten. Wie weiter unten auszuführen sein wird, ist es faszinierend zu beobachten, dass in der Gruppentherapie die gesamte sich im Laufe der Zeit einspielende Haltung der Gruppe selbst als eine Art Wunderfrage, nämlich als eine Art *permanente Zukunftsorientierung* in die Zeit nach der Lösung der Probleme, dient. Die von der Hoffnung getragene Gruppe, dass die Probleme lösbar sind, wirkt wie ein Katalysator, der jeden einzelnen anwesenden Klienten in eine Art Zukunftsperspektive versetzt für die Zeit nach der Problembewältigung. Selbst wenn Klienten nicht an eigenen Problemen arbeiten (das ist ja größtenteils in der Gruppe der Fall), erlebt das Gruppenmitglied durch die lösungsorientierte Arbeit permanent die Wirksamkeit dieser Art von positiver Zukunftsorientierung. Einmal abgesehen davon, dass es auch eine Reihe von Lösungsstrategien erfährt, die für unterschiedliche Probleme Anwendung finden, die es derzeit selbst zwar nicht hat, bei bestimmter Gelegenheit durchaus aber auch ihm nützlich sein könnten. Die Gruppe kann also, wenn sie angemessen geleitet wird, eine hypnotherapeutische Einladung für eine Lösungstrance sein.

3.5 Problem, Motivation und Grad der Zuversicht

Es ist immer wieder erstaunlich, wie sich durch die Wunderfrage und ihre sorgfältige Besprechung die Haltung der Klienten verändert. Diese Form der *Kommunikationstrance* zeigt sich in einem irgendwie runderen Gesichtsausdruck der Klienten. Sie nehmen nicht selten auf ihrem Platz eine andere Position ein, setzen sich zurück, breiten die Arme eher aus und dergleichen, und der Therapeut greift diese Haltungsveränderungen in seiner eigenen Haltung im Sinne eines „*Pacing*" auf. Erst wenn die positive und an einer Lösung orientierte Zukunftsperspektive etabliert ist, ist es sinnvoll und fruchtbar, die weiter oben angeführten Skalen zu nutzen, um weitere Aspekte der dem Klienten zur Verfügung stehenden Lösungsmöglichkeiten zu erörtern.

Problemskala

Die Problemskala kann in der Form genutzt werden, dass der Klient gefragt wird:

- *„Nehmen wir an, Ihr Problem wäre schon einmal riesengroß gewesen in Ihrem Leben. Auf welchem Punkt der Skala von 1–10 hätten Sie sich dann eingeordnet, wobei 10 heißen würde, dass Sie Ihre Probleme im Grunde vollkommen gelöst hätten?*
- *Und wo befinden Sie sich dann heute?*

- *Was hat Ihnen denn geholfen, diese Verbesserung herzustellen?*
- *Welche Umstände haben dazu beigetragen?*

Und nehmen wir an, Sie könnten in absehbarer Zeit auf der Skala einen weiteren Grad nach oben gelangen. Woran würden Sie das feststellen, wie würde sich das auswirken, was könnte Ihnen dazu helfen?"

Zuversichtsskala

Ähnliches gilt für die Frage nach der Zuversicht des Klienten, ob er sich vorstellen kann, dass sein Problem lösbar wäre, die auch in der Form gestellt werden kann, dass man fragt:

„*Wie groß sind Ihrer Meinung nach Ihre Chancen, dass sich etwas bessern kann?*"

Auch hier macht es gelegentlich Sinn zu fragen:

„*Waren Sie schon einmal noch weniger zuversichtlich?*"

und:

„*Was hat einen Beitrag geleistet, dass Sie heute etwas zuversichtlicher sind?*"

Motivationsskala

Die Frage nach der Bereitwilligkeit, aktiv an der Verbesserung der Situation zu arbeiten, also die Frage nach der therapeutischen Motivation, kann in ähnlicher Form gestellt werden:

„*Hatten Sie schon einmal eine noch geringere Bereitschaft, und was hat Ihnen geholfen, die heute gegebene Bereitschaft zu entwickeln?*
Was bräuchten Sie, damit Sie eine noch größere Bereitwilligkeit entwickeln könnten, bestimmte Dinge, die wir erarbeitet haben, auch in die Tat umzusetzen?"

Paartherapie

In der Paartherapie tendieren die meisten Paare dazu, wenn sie die Einschätzungen des Partners mitbekommen, sich diesen anzugleichen. Ist das nicht der Fall, könnte man auf eine Partnerschaft mit hohen Kampfpotentialen schließen. Damit kann man dann so umgehen, dass man vielleicht fragt:

„*Wer, denken Sie, müsste bei einem bestimmten Verbesserungsschritt wohl den Anfang machen, bzw. was bräuchte der andere, damit er ebenfalls einen substantiellen Schritt in Richtung einer Verbesserung tun könnte?*"

Auf diese Weise könnten die Erwartungen, die beide wechselseitig aneinander haben, im Sinne eines notwendigen Ausgleichs zwischen ihnen angesprochen werden, und beide könnten auf diese Weise in Erfahrung bringen, was nötig wäre, um den Kampf eher beilegen zu können.

Schließlich muss der Therapeut davon ausgehen, dass er bei einem noch so sorgfältig geführten Interview Aspekte, die für den Klienten wichtig sind, nicht erfragt hat, und er holt dies dann durch die Frage nach:

„*Haben Sie mir sonst noch etwas Wesentliches mitzuteilen?*"

Nicht selten bekommt er dann weitere Hinweise für Aspekte, die für die Lösung wichtig sein können. In manchen Interviews wird dies aber auch als Einladung verstanden, die Problemseite noch einmal ausführlich zu erörtern, und der Therapeut versucht, dann abwartend herauszufinden, weshalb der Klient es für wichtig hält, bestimmte Punkte noch einmal zu wiederholen und bedankt sich für diese nochmalige Schilderung, wobei er dem Klienten versichert, dass er die Punkte auch wirklich verstanden hat, um die es ging.

Es soll nicht vergessen werden, immer dann, wenn Klienten in Richtung der Lösungsseite gehen und beispielsweise Ausnahmen von Problemen schildern und erkennen lassen, wie sie diese zustande gebracht haben, als Therapeut auf diese Ausnahmen geradezu enthusiastisch zu reagieren. Jedenfalls sollte man eine *deutliche Interpunktion* setzen durch ein „Donnerwetter!" (im Englischen beispielsweise durch ein „Wow!"). Ich habe gelegentlich die Anregung de Shazers übernommen, insbesondere im Umgang mit Jugendlichen, und springe dann auf und schüttle dem Betreffenden nachdrücklich die Hand, wobei ich ihm gratuliere dafür, dass er diese wichtige Veränderung in seinem Leben geschafft hat. Ich bin ziemlich sicher, dass eine solche Aktion nicht so leicht vergessen werden kann.

Beispiel

Von heute auf morgen!

Vor Jahren schon, als ich noch gar nichts über lösungsorientiertes Vorgehen wusste, kam ein Elternpaar mit seinem damals 13-jährigen Sohn zu mir, der als Gymnasiast Schulschwierigkeiten hatte und tagelang nur noch mit Magenbeschwerden apathisch im Zimmer lag und sich nicht mehr auf die Straße traute. Die Eltern bestanden darauf, dass sie das Problem ihres Sohnes zunächst einmal ohne diesen schilderten, und ich entsprach auch ihrem Wunsch. Als der zu Fettleibigkeit neigende Junge schließlich dann ebenfalls vor mir saß, kam mir plötzlich die Idee, ihn zu fragen, wann er eigentlich

glaube, dass er sein Problem gelöst haben könnte. Zu meiner eigenen und auch zur Verblüffung der Eltern antwortete er nach kurzem, aber ernsthaftem Nachdenken, in etwa zwei bis drei Monaten. Irgendetwas trieb mich aufzuspringen, auf ihn zuzugehen, ihm kräftig die Hand zu schütteln und ihm dafür zu gratulieren, dass er dieses Problem in diesem Zeitraum lösen kann. Ich ging wieder auf meinen Platz zurück. Die Stimmung im Raum hatte sich schlagartig verändert und ich fragte ihn nun:

„Himmel Herrgott noch mal. Wenn du dir zutraust, in zwei bis drei Monaten gesund zu sein, wieso kannst du das denn nicht von heute auf morgen genauso gut schaffen? Gib mir darauf doch einmal eine vernünftige Antwort!"

Er hatte keine Antwort darauf, sondern stimmte mir zu, dass er das Problem genauso gut von jetzt auf gleich lösen könnte. Daraufhin vereinbarten wir einen nächsten Sitzungstermin in vier Wochen, denn bis dahin würde er ja die Schwierigkeiten mit Sicherheit gelöst haben! Tatsächlich erschien die Familie nach vier Wochen und alle erklärten übereinstimmend, dass die Probleme tatsächlich vollkommen verschwunden seien. Eine Katamnese nach sieben Jahren ergab, dass er als Klassenbester sein Abitur gemacht hatte und dass von der damaligen Fettleibigkeit überhaupt nichts mehr übrig geblieben sei. Außerdem sei er sozial ein sehr engagierter und anerkannter Mitschüler geworden.

Eine weitere Möglichkeit, Ressourcen zu recherchieren, ist die Frage, wie leicht oder wie schwer es wohl war, eine bestimmte Verbesserung herzustellen oder wie leicht oder wie schwer sich Klienten einen Lösungsschritt vorstellen. Diese Unterschiede im Grad der *Schwierigkeit* werden ebenfalls auf einer Skala von 1 bis 10 abgebildet, wobei 10 bedeutet, dass ein Lösungsschritt besonders leicht wahrgenommen wird. Dabei werden die entsprechenden Unterschiede herausgearbeitet. Es kann dann weitergefragt werden:

„*Was würde Ihnen denn helfen, dass eine Veränderung für Sie leichter wird?*"

Oder:

„*Wer anders könnte dazu einen Beitrag leisten?*"

3.6 Lösungsorientiertes Fragen

Im Folgenden sollen einige weitere Auswertungslinien nach der Benutzung der Wunderfrage skizziert und weitere Beispiele für lösungsorientiertes Fragen angegeben werden. Nach der Wunderfrage ist generell zu überlegen bzw. zu fragen:

„Ob nicht Teile dieses Wunders in jüngster Zeit vielleicht schon passiert sind?" „Wer hat diese bemerkt, und was hat dazu beigetragen?"

Falls darauf nicht sofort geantwortet werden kann, wird die Einladung, nach ganz kleinen Stückchen des Wunders Ausschau zu halten, helfen, denn möglicherweise orientiert sich der Klient in Richtung zu großer „Wunder". Es kann weiter gefragt werden:

„Wie erklären Sie sich denn, dass diese Verbesserungen überhaupt geschehen konnten?"

Dies eröffnet die Möglichkeit, nach den Konzepten Ausschau zu halten, die dem Klienten zur Verfügung stehen, um Verbesserungen herzustellen.

Nehmen wir an, ein Klient artikuliert einen relativ niedrigen Grad der Zuversicht, dass die Probleme sich bessern könnten. Dann kann man ihn anregen, darüber nachzudenken, was ihm helfen könnte, dass sich in seinem Leben zumindest nichts weiter verschlechtert:

„Was meinen Sie, was helfen könnte, dass die Dinge zumindest so bleiben, wie sie jetzt sind?"

Auch dies könnte ein Hinweis auf Ressourcen des Klienten sein. Findet man hier etwas, steigt gleichzeitig der Grad der Zuversicht und es kann dann weiter gefragt werden, was helfen könnte, die Zuversicht noch ein Stückchen größer zu machen. Ähnlich kann man im Hinblick auf die Bereitschaft, etwas zu verändern, vorgehen, wenn man fragt:

„Was (oder wer) hilft Ihnen denn, diesen Grad an Bereitschaft überhaupt aufrechtzuerhalten, an der Verbesserung Ihrer Probleme zu arbeiten?"

Generell gilt, dass vermieden werden soll, in ein Schwarzweißmuster hineinzukommen, also in ein Denken, welches auf der unreflektierten Überlegung beruht, dass das Problem entweder gelöst oder aber nicht gelöst, entweder dauerhaft oder nie, entweder vollkommen oder gar nicht gelöst werden kann! Diese Art *Schwarzweißmalerei* ist geradezu ein typisches Kennzeichen für die Problemhypnose, die nahe legt, dass es eine markante Grenze zwischen Problem und Lösungsbereich gibt. Schon die entwickelte Bereitschaft, im Sinne einer möglichen geringfügigen Besserung nachzudenken, löst diese Schwierigkeit auf.

Ein wenig riskanter ist die Strategie, das Pendel des Interviews zunächst einmal sogar in Richtung der Problemseite stärker ausschwingen zu lassen. Wenn man also fragt:

„Was denken Sie, wie das passieren konnte (was dazu beiträgt), dass es in Ihrem Leben besonders schlimme Situationen gab?“

Dabei bekommt man Hinweise auf Lösungspotentiale gleichsam im Sinne eines *Negativbildes*. Denn wenn man in Erfahrung bringen kann, was zu einer Verschlechterung beiträgt, kann nicht selten auf dem Weg der Umkehr ein Hinweis auf Verbesserungsmöglichkeiten gefunden werden. Wie gesagt, dies ist eine etwas riskantere Möglichkeit für das Interview, denn sie kann dazu führen, dass sofort die Problemsicht wieder vergrößert wird. Andererseits liegt hier aber auch die Chance, dass dem Klienten deutlich wird, dass er irgendwie aktiv, wenn auch ungewollt, an der Verschlechterung seiner Situation beteiligt ist, sodass er sich entscheiden könnte, dieselben Möglichkeiten zu ihrer Verbesserung zu nutzen.

Riskant ist es auch, einen möglichen Misserfolg vorherzusagen. Ich neige dazu, dieses Mittel der *paradoxen Vorhersage* immer weniger einzusetzen, und, wie mir viele Klienten bestätigen, ist es gerade die Haltung des *realistischen Optimismus* und der Ermutigung, die sie weiterbringt.

Je nach Lage der Problematik kann der Therapeut auch seine Phantasie nutzen, um die Zukunftsorientierung im Sinne einer Wunderlösung für die derzeitige Situation brauchbar zu machen.

Beispiel

Der Protest des Bauches

So berichtet eine Studentin in der Gruppentherapie, dass sie große Schwierigkeiten hat, in ihrem Lateinkurs angemessen mitzuarbeiten. Sie findet den Dozenten „zum Kotzen“ und Latein sei „einfach ätzend“. Andererseits braucht sie das Latinum für ihren Studiengang. Sie sieht schon ihr erneutes Scheitern in diesem Kurs voraus.

Der Therapeut lädt sie ein, in ihrer Phantasie an das Ende des Semesters zu gehen und Rückschau zu halten, sich den Seminarschein vorzustellen, in dem ihr die erfolgreiche Teilnahme an dem Lateinkurs bestätigt wird und die Gefühle zu erleben, die sie dann haben würde. Er fragt, an welcher Stelle ihres Körpers sie diese Gefühle spüren würde und wie ihre Umgebung diesen Erfolg kommentieren würde, was sie selbst zu sich sagen könnte, wenn sie es geschafft hätte usw. Mit diesen Ankern auf mehreren Ebenen lädt er sie ein, in der nächsten Woche zu schauen, was sie im Hinblick auf den Lateinkurs für sich tun könne.

In der nächsten Sitzung erzählt sie mit Anzeichen von Zufriedenheit, dass sie sich das alles noch einmal überlegt und daraufhin das Vorlesungsverzeichnis studiert habe, um festzustellen, dass es noch einen anderen Lateinkurs ▶

gibt, und dort sei sie hingegangen, obwohl dieser sehr früh morgens stattfindet, und sie hätte festgestellt, dass dieser Dozent ihr einfach „unglaublich viel sympathischer" sei, sodass sie jetzt glaubt, es in diesem Seminar schaffen zu können.

Dies ist eine erneute Variation der Technik der Wunderfrage, wobei der erfolgreiche Abschluss als Anker benutzt wird, um neue Lösungsstrategien zu entwickeln. Weitere Lösungsansätze gewinnt man über die Frage:

„*Inwiefern (!) ist das Problem für Sie überhaupt ein Problem?*"

Oder:

„*Inwiefern ist das Problem für jemand anderen überhaupt ein Problem?*"

Danach kann gefragt werden:

„*Was denken Sie, muss sich ändern, damit das Problem kein Problem mehr wäre?*"

Oder:

„*Was muss sich für andere ändern, damit diese das Problem nicht mehr hätten?*"

Fragestellungen dieser Art könnten möglicherweise wesentlich sein, wenn in einer Paartherapie von *außerehelichen Beziehungen* die Rede ist. Natürlich kann es sein, dass außereheliche Beziehungen von dem einen oder anderen Ehepartner aufgenommen werden, wenn die Ehe nicht mehr fortzuführen und gescheitert ist. Es kann aber auch sein, dass in der Partnerschaft etwas Zusätzliches gebraucht wird, damit die Ehe befriedigend fortgeführt werden kann, und schließlich kann es sein, dass das „Fremdgehen" mit der Zufriedenheit in der Partnerschaft selbst gar nichts zu tun hat, sondern vielleicht ein anderer Mensch für eine Weile im Leben des Partners eine Rolle zu spielen beginnt. Hier wäre eine Haltung des liebevollen Werbens um den „untreuen", letztlich aber doch weiterhin treuen Partner die angemessene Einstellung.

Die Frage also, *inwiefern* das Problem überhaupt ein Problem ist, hilft bei der Erörterung der Umstände im Sinne einer Differentialdiagnose.

Möglicherweise hat der Klient unreflektiert eine ganz bestimmte Version, unter der er leidet, nämlich dass er selbst versagt habe oder dass die Ehe gescheitert sei, und kann durch diese Fragen erkennen, dass der Sachverhalt eine ganz andere Bedeutung hat, die eine sehr viel schnellere Lösungskonzeption nahelegt.

Oft plagen sich Klienten mit *Entscheidungen* herum. Sie stehen gleichsam an einer Wegkreuzung und haben sich zwischen der einen oder anderen Richtung, vielleicht auch vor mehreren Alternativen zu entscheiden. Ein scheidungswilliger, aber immer noch unsicherer Mann, erzählte beispielsweise in der Therapie über ein Gespräch, welches er mit seiner Frau geführt hatte. Vor allem beklagte er sich darüber, dass diese Gespräche oft quälend lange seien und ihn durchaus nicht sicherer in seinem Entschluss machten. Hier kann gefragt werden:

„*Inwieweit war es denn hilfreich für Sie, mit Ihrer Frau zu sprechen?*"

Oder:

„*An welcher Stelle des Gesprächs hatten Sie den Eindruck, dass dieses Gespräch nützt?*"

Bei solchen Fragen kann der Klient erkennen lernen, was ein Gespräch bringen kann. Gegebenenfalls wird er dadurch auch lernen, die Gespräche abzukürzen. Es kann auch gefragt werden:

„*Wodurch würden Sie denn erkennen, dass es für Sie gut ist, diesen oder jenen Weg einzuschlagen?*"
„*Was wären für Sie die ersten Anzeichen, dass Ihr Lebensweg diese oder jene Richtung einzuschlagen hätte?*"

Die *Zukunftsorientierung* kann hier auch in der Form eingeführt werden, dass gefragt wird:

„*Nachdem Sie die eine oder andere Entscheidung getroffen hätten, woran könnten Sie denn feststellen, dass diese richtig war?*"

Der Klient wird also eingeladen, sich innerlich in die Zukunft zu versetzen und davon auszugehen, dass er schon die richtige Entscheidung für sich getroffen hat. Mit diesem Bewusstsein kann er gebeten werden, zurückzuschauen und sich vorzustellen, wie er die Entscheidung getroffen hat, was ihm dazu verholfen hat und woran er erkennen konnte, dass diese Entscheidung für ihn gut war. Diese Möglichkeiten seines *inneren Repertoires* kann er dann für die von ihm zutreffende Entscheidung besser nutzen als bisher.

Therapeuten sollten sich hüten, dem Wunsch von Klienten nachzukommen, für diese eine Entscheidung zu treffen. Nicht selten bringen nämlich gerade solche Klienten den Therapeuten in einen Entscheidungskonflikt, die gleichzeitig von sich angeben, dass ihnen in ihrem Leben immer andere Leute den Weg gewiesen und sie bevormundet hätten. Die beste Möglichkeit, dies aufzugreifen, ist ein *Meinungssplitting*. Falls die therapeutische Arbeit mit einem Team durchgeführt wird, kann dieses Meinungssplitting auch als Meinung des Teams vermittelt werden. Der Therapeut könnte also beispielsweise sagen:

Meinungssplitting

„Ein Teil des Teams ist der Meinung, Sie sollten dies tun, ein anderer Teil des Teams ist der Meinung, Sie sollten jenes tun, ich selber schwanke auch hin und her, was für Sie das Beste ist, würde Sie aber gern einladen zu gucken, woran Sie feststellen könnten, dass Sie für sich persönlich die richtige Entscheidung getroffen haben, und Sie auffordern, sich ganz entschieden für eine Weile erst einmal überhaupt nicht zu entscheiden, bis Sie für sich selbst Klarheit haben."

Steht kein Team zur Verfügung, könnte der Therapeut sagen:

„Aufgrund meiner bisherigen klinischen Erfahrung würde ich normalerweise sagen, Sie sollten dies tun. Aber ich glaube, Ihr Fall ist einzigartig. Bei Ihnen denke ich genauso gut, Sie sollten vielleicht auch das andere tun. Angesichts dieser Schwierigkeit, die ich für Sie nicht lösen möchte, sonst würde ich Angst haben, ich könnte Sie in irgendeine Richtung drängen, halte ich es für am sinnvollsten, Sie erlauben sich für die nächste Zeit, gar keine Entscheidung zu treffen, es sei denn, Sie hätten schon sichere Anzeichen, dass es die richtige ist."

Die gleiche Vorgehensweise ist ohne weiteres auch in der Gruppentherapie anwendbar, setzt jedoch voraus, dass ein stabiles lösungsorientiert-unterstützendes Klima etabliert ist. Registriert der Therapeut eine erhebliche Skepsis hinsichtlich der Veränderungschancen eines Gruppenmitgliedes unter den Anwesenden, kann er diese aufgreifen und der Auffassung anderer Teilnehmer gegenüber stellen. Die so artikulierte Skepsis wirkt ernüchternd und provoziert in der Regel eine Hinbewegung zu den bestehenden positiven Ansätzen.

3.7 „Wie schaffen Sie das überhaupt?“

Manche Klienten beschreiben ihr Problem so schwarz und unlösbar, dass nicht einmal die Wunderfrage einen Anhaltspunkt für bessere Perspektiven liefert. Hier ist es sinnvoll, dem Klienten Anerkennung dafür zu zollen, dass sein Problem schwierig ist, und die Frage anzuschließen, wie er es denn überhaupt schaffe, sich in seiner Situation nicht völlig abrutschen zu lassen:

„Wie halten Sie das überhaupt aus? Wie schaffen Sie eigentlich all das andere noch, was Sie alles in Ihrem Leben bewältigen müssen?“

Kein Klient (aber auch wirklich kein Klient!) ist völlig lebensunfähig. In irgendeiner Form hat jeder eine Möglichkeit der realistischen Verbesserung seiner Situation. Auch wenn seine Verbesserung nur darin liegen könnte, dass er „dem Schicksal leichter zustimmt“. Partner in einer schwierigen Ehesituation sind vielleicht in ihrem Beruf einigermaßen stabil. Und selbst alkoholabhängige Exsträflinge haben als routinierte Regelübertreter auf diesem Gebiet zumindest eine gewisse Raffinesse und Cleverness erworben, die einmal daraufhin untersucht werden kann, ob man auf raffinierte Weise zu einer Lösung kommen kann. Von daher ist die *Frage nach der Art der Bewältigung* und was dabei hilft, immer effektiv, um Handlungsmöglichkeiten von Klienten in Erfahrung zu bringen. Sie ist auch effektiv bei der Behandlung von Reaktionen nach Schock, nach Überfällen oder von Missbrauchserfahrungen, auch wenn hier der Grad des Leidens extrem hoch sein kann.

Es sei aber erneut darauf hingewiesen, dass Menschen, die augenblicklich noch sehr überwältigt sind von dem Druck ihres akuten Problems, sich üblicherweise zunächst als Besucher, allenfalls als Beschwerdeführer anbieten, und es empfiehlt sich, vor allem auf dem Wege der Komplimente mit ihnen umzugehen und ruhig abwartend auf den Augenblick zu schauen, wo sich ein erster eigener Veränderungsimpuls entwickelt.

3.8 Aspekte der Klient-Therapeut-Beziehung

Damit kommen wir zurück auf diejenigen Aspekte im Interview, die für die Analyse der Art der Klient-Therapeut-Beziehung wichtig sind. Als erstes ist hier zu fragen, ob überhaupt ein gemeinsames „Arbeitsprojekt“ zustande kommt, also ob das Problem in einer Form dargestellt wird, dass gleichsam ein *Arbeitsbündnis* zwischen dem Klienten und dem Therapeuten entsteht. Ist das nicht der Fall, handelt es sich um eine Besucherrelation mit der Folge, dass nur Komplimente

gemacht zu werden brauchen. Können sich Klient und Therapeut auf ein gemeinsames Arbeitsprojekt, wenn auch unausgesprochen, einigen, so versucht der Therapeut, Ausnahmen vom Problem in Erfahrung zu bringen. Gibt es solche Ausnahmen, ist die nächste Frage, ob diese Ausnahmen zufällig (nach Meinung des Klienten) oder spontan aufgetreten sind oder ob sie von ihm absichtlich, also kontrolliert, herbeigeführt worden sind. Sind nach Meinung des Klienten die Ausnahmen eher zufällig und spontan entstanden, könnte ihm eine Beobachtungsaufgabe helfen. Man lädt ihn ein, für jeden Tag eine Vermutung anzustellen, ob sich an diesem Tag eine Ausnahme von seinem Problem ergeben wird oder nicht. Man könnte gemeinsam eine Schätzung vornehmen, wie oft in der Woche solche Ausnahmen passieren (am besten in Prozentangaben) und an jedem Tag wiederum raten lassen, ob der heutige Tag eine Ausnahme bringen wird. Dies hilft dem Klienten zu erkennen, unter welchen Bedingungen er tatsächlich selbst diese Ausnahmen herstellt.

Gibt es keine Ausnahme, kann die nächste Frage dennoch sein, ob es ein *definierbares Ziel* im Sinne des „Arbeitsprojektes" gibt. Wenn dies der Fall ist, wäre es sinnvoll, von einem Kundentyp auszugehen und daran zu arbeiten, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des „Zielverhaltens" zu vergrößern. Gibt es kein Ziel im Sinne des Arbeitsprojektes, handelt es sich wiederum eher um einen Beschwerdeführer, wahrscheinlicher sogar noch um einen Besuchertyp.

Schließlich, für den Fall des Bestehens einer Ausnahme und für den Fall, dass ein Ziel formuliert werden kann, ist die Frage, ob Ziel und Ausnahme miteinander in Beziehung stehen. Wenn dies der Fall ist, wird die Intervention, die vor allem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Zielverhaltens zu vergrößern versucht, im Sinne des Grundsatzes stattfinden:

„Tu mehr von dem, was nützt!"

Stehen Ziel und Ausnahme nicht miteinander in Verbindung, so empfiehlt sich wiederum eher eine Beobachtungsaufgabe für den Klienten, damit er vielleicht beim nächsten Gespräch über entsprechende Verbindungen, die er herstellen konnte, berichten kann. Vorteilhaft könnte es auch sein, dem Klienten eine Aufgabe in folgendem Sinne zu geben:

„Mach etwas anderes!"

Dabei empfiehlt es sich, hierfür Beispiele zu geben, denn die bloße Aufforderung, etwas anderes zu machen, könnte von manchen Klienten nur in dem Sinne verstanden werden, das Gegenteil von dem zu machen, was sie bisher versucht haben. Dieses Vorgehen kann zwar auch manchmal eine Lösung sein, begrenzt

aber die kreativen Möglichkeiten. Einmal ist es sinnvoll, wirklich etwas völlig anderes zu machen und dafür kann der Therapeut Beispiele geben.

Generell ist zu sagen, dass im Fall einer *Kundenbeziehung* erwartet wird, dass mehr von dem getan wird, was bisher erfolgreich war und im Fall einer *Beschwerdeführerbeziehung* erwartet wird, dass etwas beachtet wird, was in irgendeiner Form hilfreich sein könnte.

Ist die Situation schließlich aus der Sicht des Therapeuten vage, wobei es hier wirklich nur auf seine Sicht ankommt und nicht etwa auf diejenige des Teams, das vielleicht hinter der Scheibe zusieht, so hat sich eine Besucherrelation herausgebildet, und der Therapeut begnügt sich zunächst mit dem Finden von Komplimenten, die für den Klienten wesentlich sein könnten. (Das hier erörterte Schema ist auch in Abbildung 6.1 in Abschnitt 6.1 noch einmal zusammenfassend skizziert.)

3.9 Formelaufgabe der ersten Sitzung

Vor allem für den Typus der Kundenbeziehung oder der Beschwerdeführerbeziehung, falls also konkrete therapeutische Ziele kaum oder überhaupt noch nicht formuliert werden können, bietet sich die Formelaufgabe der ersten Sitzung an. Diese Aufgabe lautet folgendermaßen:

Formelaufgabe der ersten Sitzung
„Bis zu unserem nächsten Treffen möchte ich Sie bitten, auf all das zu achten, was in Ihrem Leben erhaltens- oder bewahrenswert ist."

Der Klient wird also aufgefordert, in seiner Partnerschaft, aber auch im Hinblick auf seinen Arbeitsbereich oder im Umgang mit seiner Familie, auf all die Punkte zu achten, die für ihn erhaltenswert oder befriedigend im Sinne von bewahrenswert sind. Sofern er der Aufgabe folgt, erlaubt ihm dies nicht nur, seine Einstellung ein Stückchen weiter weg von der Problemhypnose in Richtung auf eine etwas optimistischere Sicht seines Lebens hin fortzuentwickeln, sondern auch zunehmend seinen eigenen Beitrag dabei abschätzen zu lernen.

Der Klient wird eingeladen, sein Selbstbild zu verbessern und sich selber seine Handlungsmöglichkeiten zunehmend klarzumachen.

Sein Leben gewinnt eine allmählich etwas optimistischere, hoffnungsvollere Perspektive.