

# **S.O<sup>2</sup>.C.C.E.R.**

**Ein Konzept für  
systemisch-lösungsorientierte Kurzzeittherapie**

---

**Christian D. Bollhof**

**Systemischer Familien- und Sozialtherapeut**

---

**Essen, im Juni 2010**

## **Anstelle eines Vorwortes...**

Soccer ist ein systemisch-lösungsorientiertes Gesprächskonzept, das sich an lösungsaffine Professionelle wendet, die mit Einzelpersonen, Paaren und Familien arbeiten, die unter emotional belastenden Situationen und zwischenmenschlichen Konflikten leiden und für deren Lösungen professionelle Unterstützung kurzfristig hilfreich ist.

Dreh- und Angelpunkt Soccers ist die Grundannahme, dass Probleme Beziehungsphänomene sind, die in einzigartigen sozialen Kontexten als Resultate von leiderzeugenden zwischenmenschlichen Handlungsabläufen entstehen. Demnach werden problematische Situationen und Zustände hier als Teile von beobachtbaren Aktionsketten menschlicher Verhaltensweisen gesehen, die jeder Betroffene mit professioneller Unterstützung verändern kann.

Soccer fußt ferner auf der Überzeugung, dass kein Individuum, kein familiäres oder sozio-kulturelles System von Haus aus krank ist oder krankheitserregend wirkt. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass sich belastende Verhaltensweisen und Handlungsmuster ausgeprägt haben, die aber durch die Kooperation des Einzelnen, der Familie, des Systems -oder wesentlicher seiner Teile - identifiziert und durch praktikablere Verhaltensmuster ersetzt werden können.

Strukturell basiert diese Herangehensweise auf der interaktionellen Kommunikationstheorie von Watzlawick, Weakland, Fisch und Segal sowie dem lösungsorientierten Konzept de Shazers und Berg und dem transformationsgrammatikalischen Ursprung der NLP Begründer Bandler und Grinder.

Methodisch verwendet Soccer darüber hinaus Techniken aus der Systemischen Therapie, dem Psychodrama und der Familienaufstellung nach Satir.

In der Gesprächssituation mit den Klienten interessiert sich der Therapeut zu anfangs für alle beobachtbaren Aspekte der Beschwerde und sämtliche vorherigen Lösungsversuche der Betroffenen. Im Anschluss wird gemeinsam das Ziel der Zusammenarbeit definiert, woraufhin sich der therapeutische Focus zukünftig auf die Erforschung der Verhaltensweisen, Stärken und Ressourcen konzentriert, die als lösungsrelevant für die Problematik und zur positiven Veränderung der Situation genutzt werden können. Den Abschluss einer Sitzung bilden Aufgaben, die mit den Klienten gemeinsam entworfen werden und die, zwischen den Beratungen ausgeführt, sie bei der Umsetzung ihres Ziels zusätzlich unterstützen.

Dem Therapeuten kommen in diesem Kontext die Aufgaben zu, die Kunden wertschätzend zu stärken und ihnen zusätzliche Perspektiven und Wahlmöglichkeiten zu den bisherigen Problembewältigungsstrategien zur Verfügung zu stellen. Ferner vermittelt er ihnen dabei die Überzeugung und Erwartung, dass positive Veränderungen nicht nur möglich sind, sondern unausweichliches Resultat ihrer Entwicklungsprozesse im Kontext der Beratung sein werden.

Die Zielsetzung dieses Konzeptes besteht darin, das ausgehandelte Therapieziel binnen maximal 10 Sitzungen von variabler Gesprächsdauer innerhalb eines Zeitraums von rund 6 Monaten zu erreichen.

Das Ziel gilt dann als erreicht, wenn die Problematik der Kunden entweder aufgelöst oder zumindest so nachhaltig gebessert ist, dass sie unwesentlich in deren persönlichem Erleben geworden ist und voraussichtlich bleibt.

## **Zum Geleit...**

Die vorliegende Konzeption orientiert sich in ihrem Aufbau an den allgemeinen Usancen und beginnt mit der Erläuterung über die zugrunde liegenden theoretischen Annahmen Soccers in den Kapiteln 1 und 2.

In Kapitel 3 werden die verschiedenen Bausteine beleuchtet, aus denen für gewöhnlich Beschwerden bestehen und es werden ihnen Ansatzpunkte für Kurzinterventionen gegenübergestellt.

Das 4. Kapitel setzt den Anfangspunkt des praktischen Bezuges und beginnt mit der Darstellung der wichtigsten Instrumentarien eines systemisch-lösungsorientierten Kommunikators der mit Soccer arbeitet. Im Kapitel 5 folgt die detaillierte Aufschlüsselung der einzelnen Soccermodule in chronologischer Darstellung mit entsprechenden fragetechnischen Zugangsbeispielen.

Das 6. Kapitel skizziert anhand von übersichtlichen Leitfäden zwei Gesprächssituationen auf konzepttypische Art sowie einen idealtypischen Interviewverlauf.

Den Schlusspunkt setzen im 7. Kapitel ein Resümee und schließlich die im Anhang beigelegten Protokolle zur Sozial-Anamnese und den Erst- und Folgeinterviews, incl. einer DGSF kompatiblen Variante.

## Inhaltsübersicht

<b>1</b>	<b>So<sup>2</sup>ccer per definitionem.....</b>	<b>S. 4</b>
	1.1 Zielsetzung und zeitliche Struktur.....	S. 4
	1.2 Prämissen.....	S. 4
	1.3 Spezifische Aufgaben des Therapeuten.....	S. 5
<b>2</b>	<b>Bezugsmodell “Score”.....</b>	<b>S. 5</b>
	2.1 So <sup>2</sup> ccers Frame.....	S. 5
	2.2 Mentale Heimat.....	S. 5
	2.3 Abgrenzung.....	S. 6
<b>3</b>	<b>The Elements of Crime.....</b>	<b>S. 7</b>
	3.1 Beschwerden.....	S. 7
	3.2 Das dreckige Dutzend.....	S. 7
	3.3 Lösungsansätze.....	S. 8
	3.4 Modell einer Konfliktintervention.....	S. 9
<b>4</b>	<b>The Elements of Hope.....</b>	<b>S. 10</b>
	4.1 Reframing .....	S. 11
	4.2 Fragetechniken.....	S. 12
	4.3 Wohlformulierte Ziele.....	S. 16
	4.4 Schlussinterventionen.....	S. 17
<b>5</b>	<b>Struktur und Chronologie eines So<sup>2</sup>ccer Interviews.....</b>	<b>S. 19</b>
	5.1 Die Struktur von Erst- und Folgesettings.....	S. 20
	5.2 Problem-Talk.....	S. 21
	5.3 Solution-Talk.....	S. 23
	5.4 Interventionsvergabe.....	S. 25
<b>6</b>	<b>Soccer im Überblick.....</b>	<b>S. 27</b>
<b>7</b>	<b>Resümee.....</b>	<b>S. 28</b>
<b>8</b>	<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>S. 29</b>

Anhang : A1 – A3 Sitzungsprotokolle für Soccer

## 1 So<sup>2</sup>ccer per definitionem

Soccer ist der amerikanische Ausdruck für unser europäisches Fußballspiel und der Arbeitstitel für ein von dem Autoren entworfenes integratives<sup>1</sup> Modell eines lösungsorientierten Kurztherapieansatzes. Der Name symbolisiert den Teamcharakter des Gespanns Klient und Therapeut und unterstreicht, dass letzterer im Veränderungsprozess per se Teil der Klientenwelt und seines Problems wird und mit jenem, der Kybernetik 2. Ordnung<sup>2</sup> folgend, ein neues Subsystem und eine gemeinsame Gestalt bildet, - ein Team.

Mit seinen Elementen stellt Soccer den konzeptionellen Rahmen und inhaltlichen roten Faden für jedes situations- und lösungsbezogene, therapeutische wie beratende Interview dar, von dem ersten telefonischen Kontakt, über die Anamnese bis zu der Interventionsvergabe und der letzten Sitzung.

Soccers Bausteine stehen im Einzelnen für:

<b>S</b>	>	<b>S</b> ymptom	>	das Beschwerdemuster und die Lösungsversuche des Klienten,
<b>O</b>	>	<b>O</b> utcome <sup>2</sup>	>	1. unbewusster Veränderungswille, 2. bewusstes Therapieziel,
<b>C</b>	>	<b>C</b> auses	>	Grundeinstellungen und Vorannahmen über das Problem,
<b>C</b>	>	<b>C</b> ontext	>	Lebens- & Beziehungshintergrund des Klientensystems,
<b>E</b>	>	<b>E</b> xzeptions	>	alle Ausnahmen & Abweichungen vom Beschwerdemuster,
<b>R</b>	>	<b>R</b> esourcen <sup>3</sup>	>	sämtliche unterstützenden Elemente für eine problemfreie Zeit.

### 1.1 Zielsetzung und zeitliche Struktur

Die Zielsetzung dieses Konzeptes ist, das ausgemachte Therapieziel binnen 10 Sitzungen von zumeist 50 - 90 minütiger Dauer innerhalb eines Zeitraums von ca. 6 Monaten zu erreichen. Die erste Sitzung erfolgt dabei idealerweise binnen 72 Stunden nach dem ersten Telefonkontakt und alle weiteren Sitzungen schließen sich im 14-täglichen Rhythmus an. Das Ziel gilt dann als erreicht, wenn die Problematik des Kunden entweder aufgelöst oder zumindest so nachhaltig gebessert ist, dass sie unwesentlich in seinem subjektiven Erleben geworden ist.

### 1.2 Prämissen Soccers

1. Symptome<sup>4</sup> sind Beziehungsphänomene<sup>5</sup>, - und als solches die individuelle Antwort<sup>6</sup> eines Individuums auf dessen gehemmte Wunschzustände oder ihm oktroyierten Veränderungsbestrebungen durch resp. innerhalb seines affektiv relevanten Lebenssystems<sup>7</sup>.
2. Symptome lassen sich prozesshaft als Verhaltensmuster beschreiben, die in leiderzeugenden Interaktionssequenzen des besagten Klientensystems<sup>8</sup> eingebettet sind, und sich durch dessen Reaktionen erhalten.
3. Weder das intrapsychische, noch das familiäre, psychosoziale oder sozio-kulturelle System wird als krank oder pathogenisierend per se angenommen und erfährt daher keine Schuldzuweisung<sup>9</sup> sondern Lob und Wertschätzung für seine Kompetenzen und Stärken.
4. Jedes Verhalten und Symptom macht - wahrnehmbaren & erfahrbaren - Sinn, in dem Kontext, in dem es evident ist. Daher finden sich Problemlösungen in der Exploration:
  - a) der leiderzeugenden Interaktionssequenzen des Klientensystems,
  - b) der beschwerdefreien Zeiten und erfolgreicher, ehemaliger Problemlösungsversuche, und in den
  - c) Verhaltensweisen und Stärken des Klienten, die als Ressourcen eruiert oder konstruiert werden können.

<sup>1</sup> im Schwerpunkt systemisch-konstruktivistisch, weiteres zu „integrativ“ in den verschiedenen Therapieansätzen unter 2.2, sowie mit Verweis auf das Modell von Geyerhofer und Komori, 1999

<sup>2</sup> siehe Schlippe und Schweitzer, 1996, S. 53 und vgl. „Poststrukturalismus“ de Shazer 1992, S. 65, 70, 77

<sup>3</sup> im vorliegenden Konzept wird die engl.-amerik. Schreibweise mit einem „s“ in „Resource“ gebraucht

<sup>4</sup> Symptome und Beschwerden werden synonym als Bezeichnungen für Merkmale von Leid verwandt

<sup>5</sup> siehe von Schlippe und Schweitzer, 1996, S. 137,- Langenmayr, 1980

<sup>6</sup> siehe Jackson, Don D. 1980, S. 21

<sup>7</sup> der Begriff „System“ wird im weiteren definiert als jedes organisierte Element (Mensch) oder jede geordnete und natürliche Klasse und Gruppe, deren Elemente zueinander in einer nicht zufälligen Beziehungen stehen.

<sup>8</sup> Synonym zu „Lebenskontext- system“, und im folgenden auch „Heimatsystem“ genannt, siehe Schmidt, 2006

<sup>9</sup> im Gegensatz zu den Strukturalisten wie Freud, Minuchin und Palazzoli, die von der Idee der Gesamtkrankheit des psychischen, familiären oder sozialen Organismus<sup>9</sup> ausgehen, siehe dazu auch Weakland et al. 1974, S. 373

Da Soccer als kurztherapeutischer Ansatz per se seine Wurzeln in der allgemeinen Systemtheorie hat, gründet es ferner auf der Annahme, dass bereits die Veränderung eines Teil innerhalb eines Beschwerdekompleses zu einer nachhaltigen Veränderung des Gesamtsystems und zur Lösung des Problems führen wird<sup>10</sup>, so die Veränderung einen Unterschied markiert, der als solcher von der Entscheidungshierarchie des Systems wahrgenommen wird.

### 1.3 Spezifische Aufgaben des Therapeuten

Weil Soccer strategisch-direktiv<sup>11</sup> angelegt ist, übernimmt der Therapeut für die Struktur und Lenkung des Therapieprozesses die Verantwortung. Speziell dort, wo es der Exploration und Eliminierung der leiderzeugenden Sequenzen und der Stärkung der positiven Verhaltensweisen des Klientensystems dient. Daher besteht die originäre Aufgabe des Therapeuten darin, als ein Experte für Problemlösungen, die im System bereits angelegten und zumeist unbewussten Lösungsmöglichkeiten mit diesem zu erforschen oder mit dessen Hilfe neue Lösungswege zu konstruieren. Dabei navigiert er seinen Klienten mit Hilfe der konzeptinhärenten Bausteine und Interventionsvergaben in dessen Lösungsland, ohne dabei über das notwendige Maß für „Problementlastungs-Talk“ des Klienten hinauszugehen und nach lösungsirrelevanten Ursachen im Unbewussten seines Klienten zu forschen oder sich auf Problemtrancen einzulassen.

## 2 Bezugsmodell „Score“

### 2.1 Soccers Frame

Der Rahmen Soccers wird durch das 1992 von Dilts und Epstein begründete „Score“ Modell gebildet, mit den Elementen:

<b>S</b>	>	Symptom	>	gegenwärtiger Zustand des Klienten,
<b>C</b>	>	Causes	>	Ursachen des Ist-Zustandes,
<b>O</b>	>	Outcome	>	Zielzustand,
<b>R</b>	>	Resource	>	Mittel um von S nach O zu gelangen und
<b>E</b>	>	Effects	>	Auswirkungen bei Erreichen des Zielzustandes.

Dieses Modell war gedacht, effektiver Zielorganisation einen Rahmen zu geben und trug durch Robert Dilts die unübersehbare Handschrift eines lösungsfokussierten Schülers von Richard Bandler.

Die Gemeinsamkeiten von Soccer und Score gründen damit auf dem Bezugsmodell des Neuro-Linguistischen-Programmierens, das durch seine geistigen Ziehväter Richard Bandler und John Grinder Mitte der 70er Jahre<sup>12</sup> mit der Zielsetzung entwickelt wurde ein neuartiges psychotherapeutisches Instrument zu entwerfen, das schnell und effektiv den Leidensdruck vom Patienten nimmt.

### 2.2 Mentale Heimat

*„Das Wort ist nicht das Ding, die Landkarte nicht das Land und die Speisekarte nicht die Mahlzeit.“ (Watzlawick et al. 1969. S.195)*

Soccer vereinbart inhaltlich Elemente, wie sie als Ideen aus dem Konstruktivismus, der Systemtheorie und dem Poststrukturalismus und vor allem der Sozialpsychologie Lewins bekannt sind. Dabei reflektiert Soccer jedoch lediglich die aktuelle Haltung des Verfassers als Mensch und Therapeut und dessen, was er wahrnimmt, das als Problemlösung funktioniert und hat daher keinen Anspruch darauf, die letzte oder eine andere als die eigene Wahrheit zu verkünden.

Die therapieleitenden Ideen Soccers wurzeln zum einen in der Kommunikationstheorie und ihrer problemzentriert-konstruktionistischen Therapeuten wie z.B. Jackson, Haley, Watzlawick, Weakland, Fisch, Satir u.a.. Diese stellten, z.T. seit 1958, am MRI<sup>13</sup> nicht die kranke Psyche des Patienten in den Mittelpunkt ihres Behandlungsfocus` sondern dessen interpersonelle Kommunikation.

<sup>10</sup> vgl. de Shazer 1989a, S.19,36,70, - Weakland et al. 1974, S. 392,- Fisch et al. 1996, S. 54

<sup>11</sup> vgl Behandlungsmethodik der kommunikationstherapeutischen Ansätze des Mental Research Institutes unter [www.nlp.at/theorie/ts/3.htm](http://www.nlp.at/theorie/ts/3.htm) und Fish & Piercy 1987 in de Shazer 1989 b, S. 26

<sup>12</sup> siehe dazu Bandler und Grinder: „Die Struktur der Magie I und II“ (O-1973 und O-1976)

<sup>13</sup> MRI,- Mental Research Institut, Palo Alto, Californien, USA

Auf der Grundlage der Arbeiten Milton H. Ericksons, des begnadeten Hypnotherapeuten und Psychiaters und unter Leitung des Anthropologen Gregory Bateson setzte diese Gruppe Umdeutungen (Reframing) als probates Mittel der Veränderung der Wahrnehmungsperspektive des Klienten ein und konstruierte paradoxe Verhaltens- und Symptomverschreibungen als Lösung der Beschwerden,- mit den fehlgeschlagenen Problemlösungsstrategien der Klienten im Visier<sup>14</sup>.

Zum anderen basieren Soccers Ideen zu Erlebens- & Verhaltensänderungen auf der Systemtheorie und ihren Grundgedanken, dass – gemäß den Prämissen des Konstruktivismus und Sozialpsychologie- unser aller Wirklichkeit erst durch den Akt individueller Interpretation entsteht und die eine wirkliche Wirklichkeit damit so wenig existiert, wie die eine gültige Wahrheit. Ferner werden Systeme als sich nach eigenen Regeln selbst organisierend angesehen, was den Einfluss instruktiver Interventionen begrenzt und als Konzept der Autopoiese bekannt ist.

Relevant für Soccer ist dabei gerade das Gedankengut der wenigen deutschen systemischen Speerspitzen wie Jürgen Hargens, Fritz B. Simon, Gunther Schmidt und der Autoren von „Systemische Therapie und Beratung I und II“ Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer. Letzteren gebührt die Ehre durch ihr Lehrbuch die Idee, dass die Veränderung eines Teils vom System das gesamte System rekursiv transformieren kann<sup>15</sup>, in die bundesrepublikanischen Ausbildungsinstitute für angehende Systemische Therapeuten gebracht zu haben. Die systemischen Instrumentarien der Hypothesenbildung und zirkulären Fragetechnik<sup>16</sup> haben Soccers Art der Gesprächsführung dabei stark geprägt.

Last but not least positioniert sich Soccer im Geiste nächst der lösungsfokussierten Haltung Steve de Shazers. Dieser nahm als bekennender Minimalist und Post-Strukturalist<sup>17</sup> unter den Psychotherapeuten die Symptombeschreibung des Klienten als dessen subjektive Landkarte und therapierte anfangs lösungsorientiert basierend auf beschwerdefreie Zeiten und später, ab 1989, zunehmend problem-talk feindlich, lösungsfokussiert auf der Wunderfrage. Seine Ideen von therapeutischen Zentralkarten<sup>18</sup>, das Konzept den Widerstand des Klienten als Kooperation zu verstehen (1984) und seine kreativen Variationen ericksonischer Interventionen (bis 1994) waren es, die Soccer überhaupt erst auf den Weg gebracht haben. Ihnen allen gilt meine Hochachtung und die Versicherung, dass auch dieses Konzept die Aussagen des Kunden für bare Münze nehmen und das untersuchen und therapieren wird, was offen daliegt<sup>19</sup>.

### 2.3 Abgrenzung

Soccer definiert sich in Abgrenzung zum NLP basierten “Score“ Modell, als ein multimodales therapeutisches Instrumentarium, das auch der Klientenbelastung Wertschätzung und Raum lässt, ohne dadurch seine Effektivität und Ökonomie zu vernachlässigen.

Im Gegensatz zur linear-kausalen Ausrichtung der Psychoanalyse geht Soccer von der zeitsparenden Prämisse aus, dass die Erkenntnis der Ursache eines Problems „wenig, wenn überhaupt, zu ihrer Lösung beiträgt“ (Watzlawick et al., 1974,S.45). Darüber hinaus bietet die angebliche Wirklichkeit einer Diagnose, vor dem konstruktivistischem Standpunkt einer immer nur erfundenen Wirklichkeit, immer nur eine Orientierungshilfe. Allzu oft führt aber die Diagnose nur zu oft zur Reifikation, also Verdinglichung, und Identifikation mit ihren Aussagen, weshalb Klienten wie auch Therapeuten vor ihren psychopathologischen Zuschreibungen weitestgehend bewahrt werden sollten<sup>20</sup>.

Im Unterschied zu dem Vorgehen des BFTC<sup>21</sup> sieht der Verfasser Soccers die Besprechung der Lebensumstände der Klienten und das Modul der Problemlösungsversuche<sup>22</sup> als wertschätzende und relevante Informations- und Interventionsbausteine an. Ferner betrachtet der Autor die Hypothesenbildung über die archaische Veränderungsabsicht (Outcome 1) des Symptoms, als einen möglichen Ansatzpunkt für Interventionen.

---

<sup>14</sup> vgl. Bateson, Jackson, Haley et al. 1969, Watzlawick et al. 1974, Watzlawick 1977 und Fisch et. al 1987

<sup>15</sup> vgl. Begriff der „Autopoiese“ als Selbstorganisation lebender Systeme, bei: von Schlippe und Schweitzer 1996, S.51

<sup>16</sup> vgl. dazu das Mailänder Team um Palazzoli 1981, Simon 1998, von Schlippe und Schweitzer 1996

<sup>17</sup> de Shazer, 1989 b, S. 167,- 1996, S. 26, 1997

<sup>18</sup> ebd. S. 103

<sup>19</sup> vgl. Fisch et al. 1982, S. 153 und de Shazer, 1992, S. 57

<sup>20</sup> vgl. Mücke, 2007

<sup>21</sup> „Brief Family Therapy Center“, Familien Kurztherapiecenter Steve de Shazer`s, Milwaukee, Wisconsin, USA

<sup>22</sup> vgl. de Shazer, 1989a, S. 12, wo er die Annahme, dass Lösungen etwas mit der Problematik gemein haben müssten als „irrig“ bezeichnete und damit den Kontext der Problemlösungsversuche als Informationsquelle ad absurdum führen wollte, womit er m.E. das Kind mit dem Bade ausschüttete

### 3 The Elements of Crime

„...und immer wieder die gleiche verdamnte Geschichte!“  
(de Shazer 1997, S. 47)

#### 3.1 Beschwerden

„... entwickeln sich und werden aufrechterhalten im Kontext menschlicher Interaktion“, stellte 1997 Steve de Shazer in „Das Spiel mit den Unterschieden“ (S. 148) fest.

Die Kurztherapeuten am MRI konstatierten darüber hinaus, dass Symptome als soziale Phänomene davon abhängig sind, spezifische Reaktionen aus einem spezifischen Außen zu erhalten, - aus denen sich in der Folge monolithische und problemverewigende Interaktions- und Lösungsmuster<sup>23</sup> auswachsen.

Den Problemkontext des Klienten, bezeichneten die NLPler Bandler und Grinder<sup>24</sup> ihrerseits als „Anker“ (Reizauslöser) für eine bestimmte Gruppe von Reaktionen und bliesen damit ihrerseits zur transformationsgrammatikalischen Jagd auf die symptomauslösenden aber nicht zwangsläufig symptomverursachenden Komponenten und erwiesen sich zumindest in diesem Punkt als Brüder im Geiste de Shazers.

Im systemischen Kontext wird explizit darauf hingewiesen, dass sich Symptome vielfach als Begleiterscheinungen von Übergängen natürlicher Lebenszyklen in Systemen einstellen (vgl. 6.3.1). Darob scheint es ratsam, den historischen Lebenskontext des Klientensystems auf Veränderungen hin zu überprüfen, die sich zeitlich mit dem ersten Auftreten der Beschwerde, minus 1-2 Jahre, ergaben.

In jedem Fall aber ist die Beschwerde das wesentliche Element im aktuell leidvollen Klientenerleben und ihre vollständige Exploration dient sowohl dem Klienten als entlastendem Problem-Talk wie auch dem Therapeuten zu einer emphatischen Beziehungsgestaltung und strategischen Interventionsplanung. Daher folgt eine Übersicht der von de Shazer<sup>25</sup> dargestellten Bausteine, aus denen ein beklagter Sachverhalt besteht, denen im Anschluss Ansatzpunkte für eine Intervention gegenübergestellt werden<sup>26</sup>.

#### 3.2 Das dreckige Dutzend einer Beschwerde besteht aus...

1. seiner Ätiologie,
2. dem äußeren Kontext, der Lebenssituation,
3. einer einzelnen Verhaltensweise oder -sequenz,
4. den an der Beschwerde vorher, während und danach beteiligten Personen,
5. ihren zugehörigen physiologischen Befindlichkeiten,
6. der Bedeutung, die dem Geschehen beigemessen wird,
7. dem Ort des beklagten Geschehens,
8. der Häufigkeit dieses Geschehens,
9. dem Maß der Unfreiwilligkeit des Geschehens,
10. der Frage wer oder was verantwortlich dafür ist,
11. einem düsteren Zukunftsbild,
12. und utopischen Erwartungen<sup>27</sup>.

Die Mannigfaltigkeit der problemimmanenten Faktoren weist schon auf die daraus folgende Herausforderung an den Therapeuten und seine Lösungskompetenz hin : Es gibt weder „das“ Problem, noch „die“ Diagnose, sondern immer nur den individuellen, aktuellen und interaktionell bedingten Kontext, in dem ein Problem evident ist und vom Einzelnen wahrgenommen und interpretativ bewertet wird. Daraus ergibt sich, dass „die Lösungen von Problemen mehr miteinander zu tun haben, als die Probleme selbst“ (de Shazer, 1989).

Im Folgenden werden nun primäre und sekundäre Lösungsansätze dargestellt, wobei letztere die therapeutischen Verfeinerungen der ersteren darstellen.

<sup>23</sup> vgl. Watzlawick et al., 1974 sowie Weakland et al. 1974, S. 373

<sup>24</sup> 1994, S. 210

<sup>25</sup> de Shazer, 1989 a, S. 49 ff.

<sup>26</sup> vgl. de Shazer, 1989 b, S. 114-115

<sup>27</sup> vgl. dazu insbesondere Watzlawick, 1974, S. 70-77

### 3.3 Lösungsansätze      Finde heraus was funktioniert und dann mach mehr davon!

Bevor die eigentlich passende Intervention gestellt werden kann, muss das Problem als solches von dem einer Schwierigkeit, deren Lösung oft auf der Ebene der 1. Ordnung und somit im (V-)Erlernen einer Fähigkeit liegt, differenziert und im Rahmen seiner neurologischen Ebene verortet worden sein.

Die nun dargestellten Erststrategien für den Umgang mit Problemen - oder dem, was wir meinen, das die Dimension eines solchen in unserer Wahrnehmung eingenommen hat - berücksichtigen unterschiedliche Problemstellungen und charakterliche Neigungen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben und sind bewusst imperativisch als freundliche Appelle formuliert. Viel Spaß!

#### 3.3.1 Primäre Ansätze      Copingstrategien aus der Trickkiste

1. Prüfe das Problem darauf, ob eine Lösung realistischerweise überhaupt möglich ist.
2. Verlasse die Situation bzw. vermeide das Ereignis/die leiderzeugende Interaktion.
3. Ignoriere das Ereignis und reagiere nicht darauf.
4. Verändere das Ereignis / die Interaktionskette durch direkte Einflußnahme > siehe 3.3.2.
5. Handhabe das Ereignis mit neuer Einstellung / neuen Fertigkeiten > siehe 3.3.2 & 4.1
6. Finde die inhärenten Vorteile und untersuche das Problem auf seine positiven Wirkfaktoren allparteilich hin. Wenn erkannt wurde wofür es gut sein kann, bedanke dich dafür.
7. Entziehe ihm alle Aufmerksamkeit, nimm die Wichtigkeit aus der Problemlösung und dem eigenen Geltungsbedürfnis und der Polarisierung des „Recht-Habens“ , - vgl. Heinz von Foerster, 1987,- Vadim Zeland, 2005, 2007, 2008.
8. Betrachte es als Glaubensprüfung und lache es aus.

#### 3.3.2 Sekundäre Ansätze      „Psychotricks“

Die nachfolgenden Interventionen beziehen sich auf solche problematischen Ereignisse, die als Teile von Interaktionsketten und Handlungsmuster innerhalb eines Problem-„biotops“ identifiziert werden konnten und in den Aufgabenbereich eines lösungsorientierten Kurztherapeuten fallen.

- mache alle Ausnahmen zur Regel
- verändere den Rahmen der Bedeutsamkeit und reframe ihn
- erhöhe die Häufigkeit des Beschwerdemusters
- verändere die Dauer, die Intensität, die Uhrzeit, den Tag
- ändere Reihenfolgen im Beschwerdemuster und führe zufälliges Anfangen & Beenden ein
- verändere seinen Tatort
- entferne ein altes Element oder füge ein neues hinzu
- vertausche, entferne oder füge Personen hinzu
- bring das Element des Zufalls ein( z.B. durch die Entscheidung per Münze)
- verändere die typische Körperhaltung für das Muster
- verknüpfe das Auftreten der Beschwerde mit einer lästigen Aktivität
- richte den Aufmerksamkeitsfocus auf alles was gut läuft und die Seele erfreut > 4.4.3.2

#### 3.3.3 Beispielfragen zur Konfrontation mit ungeliebten Teilen und Klienten

Um möglichen Konflikten oder unliebsamen Ereignissen vorzubeugen oder solche für sich selbst reflexiv zu lösen, sind folgende Fragen mitunter sehr hilfreich :

- Welches Ziel verfolgt hier wer & welcher erste Schritt brächte wem spürbare Entlastung?
- Welche Angst, welche Wichtignahme, welcher Mangel von mir wird hier gerade gespiegelt?
- Welche Gefühle, Ängste und Appetenzen kommen dabei hoch?
- Welche Aufgaben können für mich dahinter stehen & wer steht noch in der Verantwortung?
- Wann zuletzt bin ich damit erfolgreich umgegangen?
- Welche Vorteile hätte das Ärgernis für mich, wenn ich es behielte?
- Was verlöre ich noch, wenn ich abstellte?
- Wie kann ich zukünftig zu unser beider Vorteil damit umgehen?
- Was würde ich mir wünschen, wenn ich an seiner Stelle wäre?



### **3.4 Modell einer Konfliktintervention in der Paar/Partnertherapie, Düsseldorfer Modell**

Konflikte sind aus der Perspektive Soccers, analog zu Symptomen, Beziehungsphänomene zwischen zwei oder mehreren Kommunikanten, die sich lösungsorientiert oftmals binnen 1-2 Sitzungen lösen lassen. Zur möglichen Vorarbeit und Analyse für den Berater siehe das Protokoll 6.1.

#### **1. Einleitung**

- 1.1. Begrüßung des Telefonkontakters und des 2. Gesprächsteilnehmers
- 1.2. Vorstellung des Beraters und Ausblick auf den Ablauf

#### **2. Hauptteil I**

- 2.1. Zirkuläre Vorstellung der Teilnehmer mit expliziter Nennung von Stärken und Sympathiepunkten
- 2.2. Themenexploration, zirkulär
  - > Was denken Sie, was ist wohl das für Ihren Partner wichtigste Thema, weswegen er heute hier sitzt?
    - > Und das 2., das 3., das 4. Wichtigste?
  - > Verifizierung durch den Partner und Bestätigung durch den Berater
    - > Ist das so? > Ok, da haben Sie Ihren Partner sehr /eher weniger gut eingeschätzt!
- 2.3. Wechsel zum anderen Interviewpartner und Wiederholung von 2.2
- 2.4. Zusammenfassung und gemeinsame Zielframedefinition, - Psychoedukation: Wunsch vs. Vorwurf

#### **3. Hauptteil II**

- 3.1. Bedeutungsexploration, zirkulär und skalierend
  - > Was denken Sie, wie bedeutsam ist es für Ihren Partner, dass seine Themen zu seiner Zufriedenheit gelöst werden können? Sagen wir auf einer Skala von 0-10 wobei 0 für...?
  - > Verifizierung durch den Partner und Bestätigung durch den Berater
- 3.2. Interaktionsexploration, zirkulär und deskriptiv
  - > Was glauben Sie, änderte sich dann an seinem Verhalten? > Und was noch?
- 3.3. Interaktionsexploration, individuell und deskriptiv
  - > Was änderte sich dann in Ihrem partnerschaftlichen Verhalten? > Und was noch?
- 3.4. Wechsel zum anderen Interviewpartner und Wiederholung von 3.1 – 3.3

#### **4. Hauptteil III**

- 4.1. Zusammenfassung und Spiegelung der Ergebnisse 1,3,4,5,6
- 4.2. Konkretisierung von Angebot & Wunsch/Bedürfnisdefinition
  - > Was machen Sie Ihrem Partner jetzt für ein Angebot & was wünschen Sie sich dafür?
- 4.2. Angebots-Check durch TN und Definition eigenen Angebots und Bedürfnisdefinition
  - > Ihr Partner hat Ihnen etwas angeboten. Wie interessant ist das für Sie?  
Und was sind Sie bereit, ihm dafür einzuräumen und anzubieten?
- 4.3. Angebots- und zirkulärer Antagonisten-Check
  - > Wie interessant ist das und was könnte verhindern, dass Ihr Partner sich an das Angebot so hält?

#### **5. Pre-Break Frage, 5 Minutes Break und anschließende Interventionsgestaltung**

- > Lob, Reframing, Zielframewiederholung, Hoffnung, Aufgabenvergabe aus Angebotsteil, Ritual

#### **6. Verabschiedung und neue Terminbestätigung mit Veränderungserwartung**

## 4 The Elements of Hope

In dem folgenden Überblick werden die vier Stützfelder Soccers vorgestellt.

Zuerst der als bedeutsam für die Einstellung des Therapeuten und seiner Gesprächsführung basale Punkt des Reframing. Danach wird das Instrumentarium zirkulärer Fragetechniken erläutert und exemplifiziert. Im dritten Punkt werden - im Rahmen der therapeutischen Daseinsberechtigung - mögliche Wege der Zielkonstruktion dargestellt, bevor unter 4.4 schließlich Struktur und Inhalte von Schlussinterventionen beleuchtet (die unter 5.4 noch einmal im Einsatz kontextualisiert werden) werden .

### 4.1 Reframing

*Nichts ist weder gut noch böse, das Denken macht's dazu.  
(Shakespeares "Hamlet")*

Das englische Wort „Frame“ bedeutet Rahmen und markiert im therapeutischen Kontext die emotionale oder kognitive Bedeutung, die wir einem Ereignis oder Verhalten, einer Sachlage oder einem Symptom geben.

Folglich sind es also nicht die Ereignisse oder Verhaltensweisen selbst, die gut oder schlecht sind, sondern die Zuschreibungen die wir ihnen geben. Diese Zuschreibungen in ihrem Rahmen zu verändern, ohne dessen Auslöser in seinem Wesen oder die konkreten Gegebenheiten in dem er stattfindet wandeln zu müssen ist das Merkmal des Reframing als so genannter „Neurahmung“.

#### 4.1.1 Historie

Dass der Gebrauch des Reframing weder neu noch therapeutisch eingegrenzt ist, zeigt sich unter anderem am Beispiel des französischen Unterhändlers Talleyrand. Dieser hielt um 1814 den siegreichen Preußen Blücher erfolgreich von der Sprengung einer Brücke ab, die diesem ein schmerzhafter Dorn der Erinnerung im Auge war, indem der einfallsreiche Franzose die Brücke der Einfachheit halber umbenannte<sup>28</sup>.

Ein kurzer historischer Rückblick auf die therapeutischen Quellen und Urheber des Reframing zeigt primär auf Milton H. Erickson, dem legendären Hypnotherapeuten und Urvater der Kurztherapie, der bereits mit der Umwandlung des Klientenwiderstandes in ein nützliches Instrument, der Therapie eine völlig neue Sichtweise beschert hat<sup>29</sup>.

Nicht wegzudenken sind im weiteren Verlauf Carl Whitaker und Virginia Satir, die o.g. Mitglieder der Palo Alto Gruppe<sup>30</sup> sowie die NLP Begründer Bandler und Grinder. Letztere definierten dabei 1979 die Kunst des Reframing als im Kern darin, „eine Unterscheidung zu treffen zwischen der Absicht bzw. dem Zweck (...) und dem eigentlichen Verhalten“ (S.168) des Klienten. Desweiteren wiesen sie auf die Notwendigkeit hin, die Umdeutung im gleichen primären Repräsentationssystem<sup>31</sup> des Klienten stattfinden zu lassen wie das negativ konnotierte Verhalten<sup>32</sup> und erklärten das Reframing als anwendbar auf jedes psychosomatische Symptom<sup>33</sup>.

#### 4.1.2 Beispiele

Die folgenden Umdeutungen bieten dem Klienten die Möglichkeit, von der negativen Konnotation seines Beschwerdeverhaltens abzurücken, indem es als Fähigkeit in eine ganz neue Abstraktionsklasse gestellt wird. Somit wird der Selbstwert des einzelnen gestärkt und negative Feedbackschleifen des Klientensystems ausgehebelt. Für weitergehende Beispiele sei auf Migge, 2005, S. 328ff hingewiesen.

---

<sup>28</sup> siehe Watzlawick et al., 1974, S. 130-131

<sup>29</sup> den Widerstand des Klienten zu fördern und als kooperatives Verhalten umzudeuten anstelle zu kritisieren ist eine der Prämissen ericksonscher Therapie , vgl. Haley, 1978, S. 25 und Watzlawick, 1977, S.110

<sup>30</sup> die o.g. Watzlawick, Weakland und Fisch waren nebst Haley und Bowen u.a. Mitarbeiter unter Don D. Jackson als Institutsleiter des "Mental Research Instituts" und des dortigen legendären Projektleiters Gregory Bateson in Californien, USA, und schrieben seit 1956 als „Palo Alto Gruppe“ Therapiegeschichte(n)

<sup>31</sup> NLP Jargon für den individuell bevorzugten Sinneskanal, der eingehende Reize aufnimmt und verarbeitet, es wird differenziert zwischen dem visuellen, auditiven und dem kinästhetischen Repräsentationssystem

<sup>32</sup> Watzlawick et. al. schrieben dazu 1974, dass nur eine Umdeutung zum Ziel führt, die „sich mit dem Denken und der Wirklichkeitsauffassung der Betroffenen vereinbaren lässt.“ S. 127 siehe dazu auch 5.4.2

<sup>33</sup> ebd. S. 202

- A Den Kummerspeck als Fähigkeit zu betrachten, sich Genuss verschaffen zu können und unabhängig von geltenden Idealen zu leben und sich etwas Gutes zu tun.
- B Depressionen lassen sich als Fähigkeit der Psyche interpretieren, dem Körper und Geist zu Regenerationszeiten und Kurzurlauben vom Alltagsstress zu verhelfen.
- C Häufige Kopfschmerzen lassen sich als Stärke deuten, mit denen der Klient zeigt, dass er nicht leichtfertig mit Problemstellungen umgeht, sondern sie sich intensiv durch den Kopf gehen lässt.
- D Das magersüchtige Verhalten einer Tochter, kann als besonderes Opfer für die hilfsbedürftige Ehe der Eltern dargestellt werden, indem Sie ihr Leiden als rotes Warnlämpchen nutzt, ohne Rücksicht darauf, dass sie ihre Zeit -entwicklungsdynamisch- besser mit Freunden verbrächte.
- E Das pedantische, detailversessene Putzverhalten der Ehefrau kann z.B. als besonders herzliches Kümmern um die Gesundheit der Familie und damit als ein Ausdruck von liebevoller Sorge positiv angesehen werden.

#### 4.1.3 Bedeutung für Soccer

Wenn also Reframing den bisherigen Sichtweisen des Klienten auf seine Probleme neue Perspektiven hinzufügt, kann dieser, ähnlich wie Alexander, der den Gordischen Knoten löste indem er ihn mit dem Schwert zerschlug, nun seine Beschwerden zum Teil allein dadurch lösen, indem er das Problem neu ansieht, dessen Grundlagen/Causes überprüft und die logischen Klassifikationen wechselt<sup>34</sup>.

Über diesen technischen Wert hinaus, unterstützt das Reframing die Beziehungsgestaltung des Therapeuten-Klienten Teams, indem es die konfliktschwangeren Atmosphären im (intrapyschischen) Klientensystem entdramatisiert und im besten Falle noch Schuldgefühle auflöst .

Wohlgermerkt, es geht dabei nicht um euphemische Beschreibungen, die eine Beschwerde bzw. ein Verhalten bagatellisieren sondern wie Watzlawick, Weakland und Fisch 1974 schrieben, um die Umdeutung des Rahmens einer Sachlage „der den `Tatsachen` der Situation ebenso gut oder sogar besser gerecht wird, und damit ihre Gesamtbedeutung ändert“<sup>35</sup> und, wie die Autoren weiter ausführen, „[damit] zur Herbeiführung von Lösungen zweiter Ordnung [dient]“<sup>36</sup> und damit , wie Fisch et al. 1982 resümierten, „eine signifikante Rolle für die Abkürzung der Behandlung (spielt)“ (S.148).

Untersucht ein Berater z.B. die Problemlösungen des Klientels in einem Fall , bei denen das Verhalten des Kindes bestraft wird, weil es als „böse“ da vorsätzlich, laut und aggressiv beschrieben wird, kann der erste Schritt hier auf einer Umdeutung als „altersangemessen lebendig und ungeheuer vital“ abzielen. Hiermit fügt er der Ebene der elterlichen Grundannahmen eine Überzeugung hinzu, die es ihnen ermöglichen stolz auf ihr Kind sein zu können. Der nächste Schritt kann dann optional in einer Lösung 2. Ordnung bestehen, indem das Verhalten in Form von sportlichen Aktivitäten verschrieben wird und dadurch noch einmal positiv von den Klienten konnotiert werden kann.

Summa sumarum bildet diese Technik einen Eckpfeiler der lösungsorientierten Kommunikation mit dem Klienten, da sie, während des Gesprächsverlaufes eingestreut oder kurz vor der Schlussvergabe genutzt (siehe 4.4.1), neue wertschätzende Wahrnehmungsperspektiven auf alte, negativ eingeschätzte Problem-betrachtungen einbringt. Damit führt sie beim Klienten zu emotionalen und rationalen Unterschieden in der Bewertung des Problems und weicht technisch die monolithische Struktur des Problems und seiner verewigenden Elemente auf.

<sup>34</sup> vgl. dazu die logischen Typenklassen Russels und Whiteheads in der 1910-1913 verfassten „Principia Mathematica“ bzw. in Watzlawick et al. 1974, S. 24-25

<sup>35</sup> dies. 1974, S.118

<sup>36</sup> die Begriffe Lösungen erster und zweiter Ordnungen wurden 1974 von Watzlawick et al. geprägt. Lösungen erster Ordnung zielen auf Veränderungen menschlichen Verhaltens ab, und beinhalten zumeist Lösungen a la „mehr von demselben machen“. Lösungen zweiter Ordnungen zielen auf den Wechsel von Einstellungen und Systemveränderungen ab, und Umdeutungen, Paradoxien, Symptomverschreibungen etc. zu ihrem Instrumentarium zählen. Ziel der Lösung zweiter Ordnung ist i.d.R. die Pseudolösung erster Ordnung des Klienten auszuhebeln, da sie als problemstabilisierend betrachtet wird.

## 4.2 Fragetechniken

Im Weiteren werden die drei grundlegenden Fragetechniken des zirkulären, lösungsorientierten und ressourcenorientierten Fragens vorgestellt und in den einzelnen Soccermodulen exemplifiziert,- wobei die Fragen zum Kontext des Klienten durch das Protokoll A1 vor dem eigentlichen Interview gestellt werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, kommen im Folgenden spezielle Formen wie Bewältigungsfragen, Beziehungsfragen, Verschlimmerungsfragen, Möglichkeitsfragen, Klassifikationsfragen für Unterschiedsermittlungen, Prozentfragen für Gewichtungen u.v.a. zur Anwendung<sup>37</sup>.

### 4.2.1 Zirkuläre Fragen „Tratschen über Anwesende“<sup>38</sup>

Unter diesem Begriff werden im Folgenden systemische Interviewtechniken zusammengefasst, die zum typischen und interventiven<sup>39</sup> Handwerkszeug eines Systemikers gehören. Ihr signifikantes Merkmal besteht darin, dass sie als kreisförmig gerichtete Fragen nur sekundär der inhaltlichen Informationsbeschaffung des Therapeuten dienen aber –beabsichtigterweise- meist zur sofortigen Verstörung der in Stein geschlagenen Kommunikationsmuster des Klientensystems führen.

Die tatsächliche und daher zentrale Aufgabe von zirkulären Fragen (zF) besteht folglich darin, dem Klientensystem Informationen über sich selbst und durch sich selbst zukommen zu lassen, damit deren bislang konsistentes Weltbild -als kommunikativ geschlossenes System<sup>40</sup>- hinterfragt wird und ihre Feedbackschleifen für mögliche Veränderungen verstört werden<sup>41</sup>.

Im Beratungsprozess übernehmen zF im einzelnen die Aufgaben,

- dem Therapeuten dabei behilflich zu sein, Informationen über Beziehungs- und Interaktionsmuster zu sammeln<sup>42</sup>, Hypothesen über die Spielregeln des Klientensystems zu bilden, sowie Mythen und Tabus gefahrlos anzusprechen, ferner
- dem System zu Außenansichten und Rückmeldungen über eigene Kommunikations- und Verhaltensweisen zu verhelfen, womit sie Empathie und Meta-Sichten ermöglichen, und letztlich
- alle Akteure zur Distanz zu dem leidvollen Muster einzuladen und zu neuen Ansichten über den Gegenstand der Beschwerde und ihrem Lebenskontext zu bewegen.

Daraus folgt, dass zF Ihrem Wesen nach kreisförmig gerichtete Fragen des Therapeuten an Person B sind, wie diese glaubt, was Person A über Systemmitglied B oder C, oder D ... denkt, fühlt, glaubt.... Beispiel :

Th - Was glauben Sie, Herr x, würde Ihre Frau sagen, wie sehr sie Sie auf einer Skala von 1-10 noch liebt?

Wie erkennbar, muss Herr x für die Beantwortung der Frage die Position seiner Frau einnehmen, und gibt durch seine Antwort eine Einschätzung seiner Idee ab, wie er glaubt, dass seine Frau für ihn empfindet. Damit bewertet er gleichzeitig den Status der aktuellen Beziehungsebene und gibt seiner Frau Feedback über deren eigene Interaktionskonsequenzen für den Ehemann und über die Reaktionen dem Therapeuten einen Eindruck über die gängigen Interaktionsmuster des Ehepaares.

Th - Was müssten Sie tun, Frau x, wenn Sie wollten, dass Ihr Mann wieder trinkt?

In diesem Fall dient die zF dazu, versteckte Vorannahmen über die Entstehung des Alkoholkonsums und Verantwortlichkeiten für leidvolle Interaktionsmuster transparent zu machen. Dies führt dazu, dass ein Beziehungsspiel<sup>43</sup> aufgedeckt wird, das einmal offen benannt und von den Klienten wahrgenommen, aufhört, ein Spiel zu sein, das naiv weitergespielt werden kann.

Die Akteure werden sich ihrer Verantwortung und ihres Einflusses gewahr,-sei es bewusst, oder unbewusst.

---

<sup>37</sup> vgl. insbesondere Simon und Rech-Simon, 2007

<sup>38</sup> siehe von Schlippe und Schweitzer, S. 142

<sup>39</sup> vgl. Simon und Rech-Simon, 2007, die auf S. 69 beschreiben, dass die Präsuppositionen (Vorannahmen) des Therapeuten durch den interventiven und suggestiven Charakter von zF transportiert werden können

<sup>40</sup> vgl. Migge, 2005, S. 368

<sup>41</sup> vgl. Simon und Rech-Simon 2007, S. 86 und 275

<sup>42</sup> siehe von Schlippe und Schweitzer, S. 141-142

<sup>43</sup> vgl. Wittgensteins Beziehungsspiel, zitiert und dargestellt in Watzlawick, 1969, S. 221

## Zirkuläre Fragen in den Soccer Modulen

### Info & Joining

- Th - Was schätzen Sie, verspricht sich Ihre Frau davon, Sie zu uns zu bitten ?  
- Was glauben Sie, Frau X, wer ist hier heute von Ihrer Familie wohl mit der größten und wer mit der geringsten Veränderungsmotivation zum Gespräch gekommen?

### Symptom & Problemlösung

- Th - Wer merkt es eigentlich zuerst/als letzter, dass du morgens ins Bett gemacht hast?  
Und wen ärgert es am meisten und wen interessiert es am Wenigsten?  
- Wie sehen Sie das, so als Tochter, Frau x, : Wozu wird Ihr Vater durch das Symptom Ihrer Mutter gezwungen, dass er lieber nicht oder anders tun wollte?  
- Wer in der Familie hat sich denn Ihrer Meinung nach, so im Rahmen eines 100 %-Kuchens, wie sehr bis heute an der Lösung des Problems beteiligt?

### Causes

- Th - Was glauben Sie, denkt Ihre Frau, warum Ihr Sohn einnässt?  
- Nur mal angenommen, Sie wollten, das Ihr Mann das Verhalten an den Tag legt, worüber Sie sich beklagen, wie könnten Sie das schaffen, Frau x?  
- Glauben Sie Frau x, dass Ihr Mann wirklich der Meinung ist, alkoholkrank zu sein oder sagt er das nur, um für sein Verhalten eine Ausrede zu haben?

### Outcome & Effects

- Th - Was denken Sie, ist das Ziel mit dem Ihre Frau hierherkam, und wie wichtig ist es Ihr, das Ziel auf einer Skala von 0-10 zu erreichen? Was täte Sie wohl dafür ?  
- Woran würden Sie im Verhalten Ihres Sohnes erkennen, dass er einen ersten Schritt in die Richtung seines Ziels getan hat? ? Und was wird er dann am meisten vermissen, wenn er dort ist und was wohl am wenigsten?  
- Angenommen, Ihre Tochter wäre seit 1 Jahr beschwerdefrei. Wer o. was könnte sie wohl dazu bringen, sich wieder ihr Beschwerdeverhalten zuzulegen?  
- Stellen wir uns einmal vor, es wären jetzt 5 Jahre vergangen, dass Sie Ihr Problem losgeworden wären. Was hätten Sie dann alles erreicht?

### Exzeptions & Wunderfrage

- Th - Wann, könnten Sie sich vorstellen, gab es zuletzt eine Gelegenheit, an der Ihr Mann sein Bedürfnis nach Alkohol überwunden hat?  
- Was denken Sie, Herr x, macht Ihre Frau wohl anders, an den Tagen an denen es Ihrem Sohn besser geht?  
- Was müsste Ihr Vater denn tun, wenn er wollte, dass es Ihrer Mutter ein kleines bisschen besser geht?  
- Woran könnte Ihre Tochter wohl erkennen, dass Sie einen Ihrer Wundertage haben, Herr x?  
- Hätte Ihr Sohn jetzt einen Zauberstab und würde ihn benutzen Herr x, was würde sich in Ihrer Ehe wohl ändern?

### Resourcen

- Th - Was glauben Sie Herr x, schätzt Ihre Frau wohl am meisten an Ihrem Sohn?  
- Wer aus Ihrer Familie/ Ihrem Freundeskreis wäre wohl am ehesten geeignet, das Problem zu lösen, wenn es keine Therapeuten mehr gäbe?  
- Wie hat es Ihre Mutter nur fertig bringen können, bei all dieser Belastung noch so gut für die Familie zu sorgen? Und wie hat sie verhindert, dass es noch schlimmer wurde?  
- Was würde Ihr bester Freund wohl sagen, was er am meisten an Ihnen mag?

Ihrem Wesen und Funktion nach zielen solcherart Fragen a priori auf die positiven Inhalte des Klientenerlebens ab und bringen damit Aspekte ins Wachbewußtsein zurück, die bislang unter dem Probleberg verschüttet waren. Einmal reaktiviert, können sie Veränderungsprozesse nachhaltig generieren.

Info & Joining

- Was soll sich nach der Beratung auf gar keinen Fall in Ihrer Familie geändert haben?
- Was müßte hier heute geschehen, dass Sie sagen, es habe sich gelohnt zu kommen?
- Welche Personen könnten in Ihrem Lebensbereich noch etwas zur Lösung beitragen?

Symptom

- Wie kam Ihre Frau auf die Idee, dass diese Sitzung für Sie beide hilfreich sein kann?
- Woran wird sie erkennen, dass Sie nicht mehr zu kommen brauchen? Und Sie selbst?
- Für wen denken Sie, ist eine Lösung des Problems weshalb am wichtigsten?
- Welchen Vorteil kann es für Ihren Mann haben, das Problem beizubehalten?

Problemlösungen

- Wie haben Sie trotz der Belastungen dieses Problem bislang so gut bewältigt?
- Was von dem, das Sie bislang gegen das Problem unternommen haben, war aus Ihrer Sicht - was aus der Ihrer Mutter- Ihres Lehrers- besten Freundes, besonders hilfreich?

Causes

- Du hast offensichtlich triftige Gründe, die Schule zu schwänzen. Was sind diese guten Gründe?
- > Wofür könnte es gut sein, noch ein bisschen länger die Schule zu schwänzen?
- > Was würde wohl dein bester Freund sagen, warum du die Schule schwänzt?

Exzeptionen & Wunderfrage

- Wann gab es zuletzt eine Gelegenheit zu der sie nicht gestritten haben, sondern freundlich...?
- In welchem Bereich deines Lebens, und in wessen Beisein, tritt dein Problem nicht auf?
- Was tun Sie für gewöhnlich an Tagen, an denen Sie keinen Streit miteinander haben?
- Für die folgende Frage ist ein bisschen Phantasie notwendig : Mal angenommen ...

Outcome & Effects

- Wie möchten Sie am Ende der Beratung dastehen, was soll sich für Sie verändert haben?
- Was möchten Sie gerne tun, woran Sie Ihr Problem jetzt noch hindert?
- Was tust du in dem Falle, dass sich dein Wunsch erfüllt, was du heute nicht tust?
- > Inwieweit würde ihm das wohl helfen? Was täte er dann, was er heute nicht tut? Kann es sein, dass er in Zukunft vielleicht auch etwas für dich täte?

Ressourcen

- Welche besonderen Begabungen und Fähigkeiten hat Ihr Kind?
- > Welche Spiele, Tiere, Superhelden und Beschäftigungen mag es?
- Was würde dein bester Freund- dein Lehrer- deine Mutter sagen, dass du gut kannst und was sie an dir mögen?
- Wie bringen Sie/Andere es fertig, die netten Seiten Ihres Mannes ans Licht zu holen?

Denkpause

- Was macht diesen Klienten einzigartig? Was macht er gut, wo liegen seine Stärken? Wo gibt sich das Klientensystem untereinander Schutz, zeigt Liebe, gibt Rückhalt?

Intervention

- Bis zur nächsten Sitzung... achten Sie auf alle Ausnahmen vom Problem und jedes, noch so kleine Anzeichen einer Verbesserung ... auf Alles was gut läuft... und notieren Sie`s.

---

<sup>44</sup> Einige der hier dargestellten Frageansätze wurden inspiriert durch Weakland 1974, de Jong u. Berg 2003, Berg und Steiner 2006

Es folgen im Weiteren Fragen, die sich an die von Klemenz<sup>45</sup> entworfene Taxonomie orientieren und sich auf die Exploration von personalen und sozialen Ressourcen beziehen. Um Schambarrieren zu umgehen, kann es sich empfehlen, die Fragen nach Ressourcen zirkulär an den Klienten zu richten.

Personale Ressourcen

## Attraktivitätsanalyse

- Physisch                    Was denkst du, gefällt deiner Freundin an deinem Äußeren am besten?
- Statusattraktivität      Was glaubst du, bewundern deine Freunde am meisten an dir?
- Temperament            Wo würdest du dich mit deiner Energie und deiner Lebensfreude auf einer Skala von 0-10 einordnen, wenn 0 für sehr ruhig/ traurig, und 10 für immer bestens gelaunt und aktiv steht?> Wo ist der Unterschied zwischen einer x und einer y?

## Fähigkeiten &amp; Fertigkeiten

- Intelligenz                Was denkst du, wer von allen die du kennst, hält am meisten von deiner Intelligenz?
- Schulleistungsfähigkeit    In welchem Fach bist du am besten > und warum?
- Kreativität                In welchem Bereich hast du die besten Ideen?
- Motorische Fertigkeiten    Welche Sportarten betreibst du und wie oft?
- Technische Fertigkeiten    Bastelst du gern oder interessierst dich für technische Details?
- Bewältigungsressourcen    Wie gehst du idR mit schlechten Stimmungen und Stress um, z.B.wenn ...?

## Interessenanalyse

- Hochpräferierte Objekte    Mit wem verbringst du deine meiste Zeit? Mit wem deine beste Zeit?
- Hochpräferierte Tätigkeiten    Womit verbringst du am liebsten deine Zeit? Mit was beschäftigst du dich am liebsten?  
Was würde dein bester Freund sagen, was dir am meisten Freude bringt?  
Welche Beschäftigungen fallen dir leicht, tust du im Gegensatz zu anderen gern?  
Womit fällst du anderen oftmals auf die Nerven?

Soziale Ressourcen

## Positive Beziehungen

- Verwandte & Familie            Mit wem aus deiner Familie verbringst du die meiste Zeit? Mit wem bist du am liebsten zusammen? > Was unternimmt ihr dann miteinander?  
Mit wem würdest du gern mehr unternehmen? Was gefällt dir an ihm?  
Wenn du dir etwas wünschen könntest, welche Veränderungswünsche hättest du an deine Familie?> Was würde sich dadurch zwischen euch ändern? War das früher schon einmal ein bisschen so? > Woran könnte ich erkennen, dass ihr...
- Freunde & Bezugspersonen      Mit wem verbringst du außerhalb deiner Familie die meiste Zeit? > Was unternimmt ihr dann zusammen?  
Mit wem bist du am liebsten zusammen? > Und warum?  
Welche Person würde dir heute am meisten fehlen, wenn sie für 1 Jahr verreisen würde?

---

<sup>45</sup> Klemenz, B. (2000) S. 177-198

### 4.3 Wohlformulierte Ziele

Diese spezielle Form der wohlformulierten Ziele ist aus dem NLP hervorgegangen<sup>46</sup> und dient der konkreten Beschreibung eines vom Klienten gewünschten Ziel-Zustandes und damit dem in Soccer bezeichneten Outcome 2 als Therapieziel und dessen Effects<sup>47</sup>.

Die Zielbeschreibung ebnet den Kontrakt zur Arbeitsvereinbarung zwischen Therapeut und Klienten und kann daher als Orientierungshilfe und Parameter im therapeutischen Prozess für beide Parteien dienen. Es gilt dabei, das Therapieziel konsequent im Auge zu behalten und es als ein Verhalten beschreiben zu lassen, das mit dem Fortbestand des Problems nicht zu vereinbaren ist.

Um Überforderungen und daraus resultierenden rekursiven Frustrationserlebnissen vorzubeugen, sollten unbedingt Teilziele spezifiziert werden, die kurzfristig erreichbar sind und Hinweise darauf geben, ob der eingeschlagene Weg zum gesetzten Therapieziel führt<sup>48</sup>.

Kategorisch sollte zum Ende hin immer die Systemökologie von jedem einzelnen Systemmitglied im Hinblick auf das Erreichen des Ziels/der Ziele überprüft werden, um Vorbehalte zu klären und Sabotagen wie auch Missverständnisse zu vermeiden<sup>49</sup>.

Wunderfragen als Einstieg zur Zielkonstruktion sind so möglich wie die Rückfrage obligatorisch ist, welche ersten konkreten Schritte der Klient nun unternehmen will, um sein Ziel anzugehen.

#### 4.3.1 Zielprämissen sind, dass die Ziele:

- positiv formuliert werden und keine Verneinungen von unerwünschten Zuständen enthalten,
- den Anfang von etwas Neuem beinhalten, dass mit dem Problemfortbestand unvereinbar ist,
- selbstverantwortlich und möglichst unabhängig von äußeren Faktoren umsetzbar sind,
- realistisch, kleinschrittig und überschaubar sind,
- in ihren Ergebnissen und Auswirkungen als Interaktion beschreibbar sind und
- sich an einem festen Zeitrahmen orientieren.

Mögliche Zielfrage :

- Wie wollen Sie heute in einem Jahr dastehen? Was haben Sie dann erreicht?  
Welche Änderung würde Ihnen als Mindestmaß einen ersten Fortschritt anzeigen?

#### 4.3.2 Effekte des erreichten Zielzustandes

- Was sind typische Aktivitäten, Wahrnehmungen, Gefühle & Effekte des Zielzustandes?
- Was würde Sie / Ihren Mann davon überzeugen, Ihrem Ziel einen Schritt näher gekommen zu sein bzw. Ihr Ziel erreicht zu haben? Woran erkannte er das, woran Ihr Nachbar, Ihr Arbeitskollege?

#### 4.3.3 Check zu den Klientenwerten

- Was tut es für Sie, wenn Sie xy sind, haben, wissen...? Was macht das Ziel für Sie so bedeutsam?

#### 4.3.4 Ökologischer Check

- Was ginge durch das Erreichen eventuell verloren? Worauf müssten Sie verzichten?
- Wer o. was könnte Ihr Ziel wie verhindern? Was passierte, wenn Sie es nicht erreichten?
- Was wird sich durch das Erreichen Ihres Zieles in Ihrem Sozial- & Beziehungsleben ändern?
- Was spricht dafür das Symptom beizubehalten?
- Was werden Bezugspersonen von Ihnen halten, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben? Wer wird sich freuen, wer darüber eher ärgern?

#### 4.3.5 Der nächste Schritt

- Was wäre für Sie der nächste logische Schritt zu Ihrem Ziel? > Was hält Sie jetzt noch auf?
- Welchen Vorschlag möchten Sie jetzt von mir am liebsten hören und dann umsetzen?

---

<sup>46</sup> vgl. Schwartz und Schweppe, 2000, O'Connor und McDermott, 1997, Ulsamer, 1991

<sup>47</sup> siehe die Entsprechung zu Schmidt 2006, S. 166, und der sog. SMART Regel für Zieldefinitionen: S=spezifisch, M=messbar, A=akzeptiert, R=realisierbar, T=transparent und wie er hinzufügt, (aus der Therapie) in den Alltag transferierbar

<sup>48</sup> siehe O'Hanlon und Beadle, 1998, S. 58

<sup>49</sup> siehe Bandler und Grinder, 1994, S. 57 und S. 126



Eine Schlussintervention ist eine Aufgabe, in mündlicher oder schriftlicher Form, die der Therapeut dem Klientensystem am Schluss des Settings mit auf den Weg gibt, um das Klientensystem in seinem Veränderungswunsch auch zwischen den Sitzungen zu unterstützen.

Im Kern unterscheiden sich dabei die zwei Typen von allgemein passenden und den spezifischen, weil individuell zugeschnittenen, Interventionen<sup>50</sup>, die Steve de Shazer in die drei Klassen von Denk-, Beobachtungs- und Verhaltensaufgaben<sup>51</sup> unterteilte. Papp (1982) differenzierte letztere in 'direkte' und 'paradoxe'<sup>52</sup> Aufgaben, wobei die letztere den meisten professionellen Helfern als therapeutischer Double-Bind<sup>53</sup> geläufig sein dürfte.

Diese bietet in ihren Variationen von sog. Symptomverschreibungen oder paradoxen Verhaltensverschreibungen Möglichkeiten, spontane Veränderungen im System herbeizuführen, die von Außen betrachtet an Zauberei denken lassen (siehe 4.4.3.1). Kritiker aus der humanistischen Richtung der Therapie bekritteln daher auch nicht ihre Durchschlagskraft und Kreativität, wohl aber geißeln sie solcherart Interventionen als manipulative Eingriffe in die Patientenpsyche<sup>54</sup> und werden nicht müde, die Verbesserungen der Klientenbeschwerden als Flucht in die Gesundheit abwerten zu wollen.

Auch wenn gerade die letzte Kategorie von Interventionen zu therapeutischen Schnellschüssen lockt, sollte dem Berater bewußt sein, dass sie besonders hohe Anforderungen an die Compliance des Klientensystems und dem Einfühlungsvermögen des Beraters stellt und bei unsachgemäßer Handhabung mehr zerstören kann als nur seinen guten Ruf.

Ohne an dieser Stelle alle Erscheinungsformen von Interventionsmöglichkeiten exemplifizieren<sup>55</sup> zu können, folgen im weiteren Beispiele klassischer Aufgaben, um die Anwendungsmöglichkeiten zumindest anzudeuten.

##### 4.4.1 Der Aufbau

Die Aufgaben oder Vorschläge werden vom Therapeuten in der Regel nach der Denkpause vergeben und beinhalten immer etwas Bekanntes, etwas Neues und etwas Verstörendes<sup>56</sup> (siehe dazu 5.4.4).

Folglich gliedert sich die Struktur von Schlussinterventionen immer in die drei Teilschritte von:

- A- Komplimenten an die KlientIn, auf der Basis von Wertschätzung für die Einzel – und Gesamtsituation, den Systemressourcen und dem Lob für die bisherigen Lösungsversuche,
- B- dem Reframing von Verhaltensweisen und Widerständen als therapierelevante Hilfestellungen,
- C- der Aufgabe selbst.

##### 4.4.2 Die Inhalte der Intervention

Im Erstinterview bedient sich die Schlussintervention inhaltlich zumeist der explorierten Elemente der Ausnahmen vom Beschwerdemuster, solchen der Wunderfrage oder der Problemlösungsversuche. In den folgenden Sitzungen konzentrieren sich die Verschreibungen verstärkend auf die positiven Veränderungen innerhalb des Klientensystems und seiner Ressourcen.

##### 4.4.3 Beispielhafte Interventionen

###### 4.4.3.1. Symptomverschreibungen des konstruktivistisch-problemlösenden Ansatzes

Im Visier hat der Therapeut die fehlgeschlagenen Lösungsversuche und die Hypothese über die innere Veränderungsabsicht des Klienten. Als präferiertes Mittel hat sich hier die paradoxe Symptomverschreibung erwiesen, mit der genau das als Aufgabe gegeben wird, was der Klient zu vermeiden sucht. Similia similibus curantur<sup>57</sup>. Wenn z.B. Angst vor öffentlichem Sprechen das Problem und Stottern

<sup>50</sup> vgl. Fisch et al. 1996, S. 157-212

<sup>51</sup> vgl. de Shazer 1989 a und b sowie 1997

<sup>52</sup> dargelegt in: von Schlippe, 1995, S. 89. 'Direkte' sind in ihrer Zielsetzung vom System nachvollziehbare „Hilfen für die bewusste Veränderung der Interaktion“ während 'paradoxe' das Gegenteil von dem erreichen wollen, auf das sie scheinbar abzielen. Papp nannte eine solche Intervention ein „systemisches Paradox“

<sup>53</sup> bei Watzlawick, 1969, S. 225 als „therapeutische Doppelbindung“ und bei Stierlin „Beziehungsfalle“ genannt

<sup>54</sup> siehe dazu Fisch et al., 1982, S. 13 : „Wenn ein strategisches oder manipulatives Vorgehen das Leiden des Patienten verkürzt und ihm Zeit und Geld spart, ist das (...) keinesfalls unmoralisch.“

<sup>55</sup> siehe dazu : von Schlippe und Schweitzer, 1996, S. 182-198,

<sup>56</sup> siehe von Schlippe und Schweitzer, 1996, S. 182, „Drittelregel“

<sup>57</sup> lat. : Ähnliches mit Ähnlichem kurieren. Motto der homöopathischen Heilkunde.

die Folge der versuchten Pseudolösung „Zusammenreißen“ darstellt, ist in diesem wie auch in ähnlichen Fällen wie z.B. dem Erröten, die Propagierung, im Sinne der Verlautbarmachung der Angst, die Lösung zweiter Ordnung.

Ein Paradebeispiel gerade für den leidverursachenden Umgang mit Spontanphänomenen wie z.B. Schlaf und der Beschwerde über Schlaflosigkeit, ist die klassische Hausaufgabe mit offenen Augen für eine bestimmte Zeit wach liegen zu bleiben und dabei mit der Zungenspitze nicht an den Gaumen zu kommen.

Ein Beispiel aus dem systemischen Umfeld des Verfassers zeigte einen 13-jährigen der gegen 2 Uhr nachts regelmäßig seit 1 Jahr Brechanfälle bekam. Um diese kümmerte sich stets die Mutter, da der Vater zu dieser Zeit zur Nachtschicht musste. Die Intervention bestand darin, die Anzahl der Brechanfälle künftig auf zwei zu erhöhen, wobei der erste auf eine Zeit, 21.30 Uhr, gelegt wurde, zu der sich dann auch der Vater, zufällig abwechselnd mit der Mutter, um die Anfälle sorgen konnte. Der zweite Anfall sollte dann wie gewohnt um 2 Uhr stattfinden. Das Symptom verschwand indes kurzfristig nach der Vergabe.

Der Vorteil dieses Ansatzes liegt n. m. E. darin, dass bei entsprechender Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Klient Widerstände von letzterem unterlaufen werden und langwierige erkenntnistheoretische Prozesse bei Skeptikern und intellektualisierendem Klientel entfallen können und die Anzahl der Settings spektakulär kurz sein kann und manchmal nur eine Sitzung umfassen.

#### 4.4.3.2. Die klassische Beobachtungsaufgabe der Poststrukturalisten am BFTC

Diese Aufgabe empfiehlt sich im Grunde per se, lediglich nach den Ausnahmen, wann sie einmal nicht zur Anwendung gelangen sollte, lohnte es sich an anderer Stelle nachzudenken. Sie ist als „Standardversion der 1. Sitzung“ in die Annalen des BFTC eingegangen, und kann jederzeit problemlos den aktuellen Gegebenheiten angeglichen werden (siehe de Shazer, 1989a, S. 184).

*„Wir(ich) möchte(n) Sie bitten, von jetzt an und bis zu unserem nächsten Treffen auf alle Vorgänge in Ihrer Familie (Ihrem Leben, Ihrer Ehe, Ihrer Beziehung) zu achten – und zwar so, dass Sie uns (mir) das nächste Mal schildern können-, deren Fortsetzung Sie wünschen.“*

Eine Intervention, die die Vorteile bietet, dass sie:

1. die Erwartungshaltung beim Klienten weckt, etwas Positives zu finden,
2. damit den Fokus der Aufmerksamkeit eines kränkelnden, teil-diffusen Systems weg vom Symptom und hin zur Ressourcenorientierung bewegt, schließlich
3. für jede Kooperationsklasse von Klienten zugänglich ist und
4. die Klienten mit dem versorgt, dass sie m.E. am dringendsten benötigen: den Zuspruch eines Fachmanns dafür, das sie trotz aller Fehler „richtig“ sind und vieles gut machen.

#### 4.4.3.3 Interaktiv-lösungsorientierte Verhaltensverschreibung

In dem folgenden Beispiel galt es, im Kern eine wesentliche Veränderung im Beschwerdemuster zu initiieren und diese Veränderung in der Interaktionssequenz an den Anfang zu stellen. De Shazer verglich dies mit einer alten Melodie, der ein neuer Ton vorangestellt wird, der die nachfolgenden Sequenzen mit einem solchen unterschiedlichen Grundton einstimmt, der „als Unterschied, der einen Unterschied macht“ (Bateson, 1983, S. 582), alle nachfolgenden Töne und damit die Grundmelodie komplett verändert.<sup>58</sup>

Ein berufstätiges Ehepaar in den mittleren Jahren, klagte über häufige Streitereien, zumeist über den zwar anwesenden, aber trotzig schweigenden<sup>59</sup> pubertierenden 12-jährigen Sohn und ein eher defizitäres Sexualleben. Es gab an, die Streitigkeiten zumeist abends auszufechten, wobei Auslöser und Ort willkürlich und der Anfang wechselseitig gemacht wurde.

Der Berater dankte zuerst dem Sohn für sein Schweigen und wertete es als ein Zeichen von Klugheit und Erwachsenwerden, sich nicht ungefragt in Streitigkeiten einzumischen und nur dann etwas zu sagen, wenn es auch wichtig sei. Danach bat er ihn draußen zu warten und machte dem Ehepaar den Vorschlag, bei Beginn ihrer nächsten Streitigkeit sofort ins Badezimmer zu wechseln, abzuschließen, sich auszuziehen und dann abwechselnd ihre Vorwürfe als Wünsche verpackt dem anderen jeweils 5 Minuten lang vorzutragen. Die Intervention war ein voller Erfolg und zeigt, dass bei entsprechender Compliance gerade ver-rückte Einfälle die zuverlässigste Methode zur Erweichung von problematischem Urgestein sind.

<sup>58</sup> vgl. de Shazer, 1992, S. 84

<sup>59</sup> siehe obiges Zitat, Widerstände sind implizite Stärken die wie alles andere im Prozess genutzt werden können

## 5 Struktur und Chronologie eines So<sup>2</sup>ccer Interviews

Im Rahmen einer optimalen Informationsbeschaffung und Manövrierfähigkeit des Beratungsprozesses wird der Therapeut im Erstinterview in der Regel alle für das System relevanten und an der Lösung interessierten Teilnehmer einladen.

Nach der zirkulären Vorstellungsrunde und einem Ausblick über den Beratungsablauf, werden durch das Protokoll A1 der Lebenskontext und weitere demographische Daten erfasst, soweit noch nicht vorher geschehen. Im Anschluss wird durch Skalierungs- und Verhältnisfragen geklärt, wer am meisten unter der Beschwerde leidet (und daher auch am meisten an deren Lösung interessiert ist<sup>60</sup>). Abhängig vom Sujet und Klienten, der Systemkonstellation, und der Kooperationsbereitschaft der Einzelnen, werden im Folgenden dann Einzelgespräche oder eine Familienkonferenz abgehalten.

In Familientherapien wird immer wertschätzend mit den Eltern im Rahmen eines Paargesprächs begonnen, um deren Respektsebene gegenüber den Kindern zu stärken und Probleme auf der Paarebene offen ansprechen zu können. Inhaltlich werden die unterschiedlichen Sichtweisen auf die Beschwerde und Veränderungswünsche aufgenommen.

Je nach Anzahl der Systemmitglieder und verbliebener Zeit, hat der Therapeut dann die Möglichkeiten entweder zuerst mit weiteren Einzelgesprächen oder direkt im Rahmen einer „Vollversammlung“ mit dem Setting und den Soccer inhärenten Modulen fortzufahren, bevor er nach einer kurzen Pause seine Schlussintervention mit allen impliziten Elementen vergibt.

Entgegen der Ansicht strukturalistischer Familientherapeuten, kann m.E. auch in Abwesenheit nicht entscheidungsrelevanter Systemmitglieder und mutatis mutandis<sup>61</sup>, auch in partieller Absenz des IP, familientherapeutisch erfolgreich gearbeitet werden<sup>62</sup>. Soll aber in Abwesenheit eines Mitgliedes der Entscheidungshierarchie Familientherapie gemacht werden, der, wie im Falle eines hospitalisierten Psychotikers oder inhaftierten Straftäters, nicht kurzfristig in den Prozess eingebunden werden kann oder dies nicht will, empfehlen sich Techniken, die diese Abwesenheit kompensieren können, wie z.B. der „leere Stuhl“ aus dem Psycho- Monodrama oder das Familienaufstellen. Die Natur der Sache legt aber nahe, dass es eine Familientherapie vereinfacht, wenn spätestens beim 2. Setting der IP präsent ist und damit für den Therapeuten die gängigen interaktionellen Dynamiken, und ggf. leiderzeugenden Muster beobachtbar werden.

Im Zuge der oftmals diskutierten Frage zur Altersgrenze und Anwesenheit von Kindern im Setting, scheint es dem Autor nicht ratsam zu sein, kategorisch eine Altersgrenze festzulegen, ab deren Kinder zugegen sein dürfen oder zu deren Schutz nicht sein sollten<sup>63</sup>. Schließlich kommen Kinder als Systemmitglieder per se belastet in das Setting<sup>64</sup>, da sie grundsätzlich immer mehr verstehen und fühlen als sie kommunizieren können und die Eltern wahrhaben wollen.

Als solche beziehungsstechnischen „Collateralschäden“ und speziell als IP, sind sie durch ihr interaktionelles Verhalten darüber hinaus wesentliche Informationsgeber und können grundsätzlich als Co-Therapeuten und Beobachter eingesetzt werden, erfahren im Rahmen des Settings Schutz und partizipieren, lernen und profitieren durch die in der Beratung gültigen Spielregeln.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass die im Folgenden dargestellte Struktur und die Trennung der Inhalte einen idealtypischen Verlauf skizzieren, der jedoch in der Praxis von Überschneidungen, Sprüngen und Improvisationen geprägt ist.

---

<sup>60</sup> Bei Familien sind dies in der Regel die Eltern oder einzelne Elternteile, die auch den Kontakt zum Therapeuten hergestellt haben und nicht der IP. Dieser kann, muss aber nicht, zwangsläufig immer und ständig bei allen Sitzungen präsent sein.

<sup>61</sup> mit der nötigen Einschränkung

<sup>62</sup> vgl. dazu Fisch et al. 1982, S. 54-58 und S. 173. Von Schlippe und Schweitzer distanzieren sich ebenfalls von der in den 70ern postulierten Forderung der Selvini-Gruppe nach Anwesenheit aller Mitglieder des Familiensystems und weisen 1996 auf S. 216 explizit darauf hin, dass allein die Individuation eines Familienmitgliedes, dass „Nicht-mehr-mitspielen-will“, wesentliche Veränderungen auslösen kann.

<sup>63</sup> Stierlin, 1977, S. 68-69, empfiehlt den Therapeuten, die sich gegen die Anwesenheit jüngerer Familienmitglieder aussprechen die Selbst-Reflektion auf projizierte Ängste und Schwierigkeiten im Umgang mit Babygeschrei und ablehnenden Jugendlichen und weist ebenfalls auf die Möglichkeit hin, Kinder als Bundesgenossen und Co-Therapeuten zu gewinnen

<sup>64</sup> vgl. Stierlin, ebd.

## 5.1 Die Struktur von Erst-, Folge- und Schlusssettings

### 5.1.1 Erst – und Zweitinterview

Der Therapeut geht hier im Schwerpunkt den Fragen nach : Wer tut - Was- unter dem Wer leidet, Wo, Wann, Wie und Warum? Welche triftigen Gründe liegen dafür vor? Welche Veränderungswünsche stehen dahinter? Welche Stärken können erforscht werden?

Der Ablauf dieser Interviews<sup>65</sup> ist in 3 Phasen unterteilt:

#### Phase 1 : Der Problem-Talk.

Er dient der grundsätzlichen Informationsgewinnung über das Beschwerdeverhalten und die Systeminteraktionen und beinhaltet die Exploration über das Weltbild des Klienten, das Beschwerdemuster, und den Aufbau einer vertrauensvollen und kooperativen Beziehungs- bzw. Teamgestaltung.

#### Phase 2 : Der Solution-Talk.

Hier werden im System Ausnahmen anhand von Referenzstrukturen, Stärken & Ressourcen gefunden und Veränderungswünsche definiert, um schließlich geeignete Lösungswege für das vereinbarte Therapieziel zu konstruieren.

#### Phase 3: Schlussinterventionsvergabe.

Sie impliziert die Elemente von Komplimenten, umgedeuteten Interaktionen, die Stärkung von Veränderungserwartungen des Klienten und schließlich die Hausaufgabe selbst.

### 5.1.2 Dritt- und Folgesettings

Es wird im Folgenden davon ausgegangen, dass nach dem 2. Interview die Klage des Klienten spezifiziert und die Ziele wohlformuliert und damit eindeutig konstruiert werden konnten.

In diesen Settings fokussiert der Therapeut darauf, alle Veränderungen im Heimatsystem und Beschwerdemuster, alle erfolgreichen Annäherungen an das vereinbarte Therapieziel sowie die gesamten lösungs- und ressourcenrelevanten Elemente zu erforschen und zu fördern.

Der Ablauf der Folgegespräche lässt sich ebenfalls in 3 Phasen unterteilen:

#### Phase 1 : Veränderungsexploration.

Am Anfang des Gespräches stehen immer die Fragen danach, welche positiven Veränderungen im System stattgefunden haben, wie optimistisch weitere Veränderungen eingeschätzt werden und ob und wie genau die Hausarbeiten erledigt wurden (Fragebeispiele siehe Protokoll A2). Kann eine Veränderung vom Klienten rückgemeldet werden, oder kann eine solche vom Therapeuten konstruiert werden (siehe de Shazer, 1996, S. 161) geht das Interview in die zweite Phase über.

Ist dies nicht der Fall, oder wurden die Hausaufgaben nicht erledigt, muss eventuell die Aufgabe exakter gestellt, das Ziel bzw. dessen Systemökologie geprüft oder der Problemkontext weiter gefasst werden, - ggf. muss das Problem daher neu konstruiert oder die Schlussintervention dem Kooperationsstil des Systems modifiziert angepasst werden.

#### Phase 2 : Stärkung der Veränderung und Ressourcenfindung.

Die positiven Veränderungen sollen interaktionell, polykular (mehrperspektivisch) und detailliert vom Klientensystem beschrieben werden können. Sie sollten vom Therapeuten mit dem Hinweis auf die Möglichkeit eines möglichen Rückfalls verbunden werden, um damit allzu euphorischen Erwartungen vorzubeugen und möglichen Frustrationen und daraus folgenden Therapieabbrüchen entgegen zu wirken. Das Gespräch konzentriert sich analog zur Phase 2 des Erstinterviews ferner auf all das, was im Klientensystem gut läuft und bewahrt und ausgebaut werden kann.

#### Phase 3: Interventionsvergabe,- ihre Struktur bleibt in allen Gesprächen erhalten

### 5.1.3 Abschlusssitzung

In der abschließenden Sitzung rekapituliert der Therapeut den Behandlungsverlauf und vergegenwärtigt die evidenten Fortschritte. Diese attribuiert er der Verantwortung des Klienten und seiner persönlichen Ressourcen und stärkt damit dessen Autonomie und Selbstwert. Abschließend drückt er seine Erwartung über weitere Besserungen aus und erinnert an die kommenden Nachbefragungen.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Das im Anhang beigefügte Protokoll zur Sozial- und Beschwerdeanamnese, kann im telefonischen Erstkontakt und während des Erst- und Zweitinterviews zur Ermittlung von Basisinformationen verwendet werden.

<sup>66</sup> vgl. Weakland 1974, S. 394 und Nardone 1997, S. 67, 76

## 5.2 Problem-Talk

Wie eingangs erwähnt, befriedigt der Problemtalk das Bedürfnis des Klientensystems nach seelischer Entlastung und Wertschätzung seiner Situation und ist damit ein erster Schritt in Richtung Kooperationsaufbau und Teambildung, sofern sich die anwesenden Parteien nicht in den Sog einer alles verschlingenden Problemtrance ziehen lassen, um darin fürs Erste prozesstechnisch so unterzugehen, wie 1912 die „Titanic“.

Darüber hinaus dient dieser Komplex der Informationssammlung zur Hypothesenbildung über den Status des Systems, dessen Interaktionen und Weltbilder sowie dem möglicherweise zu berücksichtigendem Symptomgewinn / Outcome. Ferner bietet sich dem Therapeuten hier bereits die Möglichkeit, durch den Modus seiner wertschätzenden Kommunikation, insbesondere durch die gezielte Verwendung der bevorzugten Prädikate des Klienten, ein Höchstmaß an Kooperation zu erzielen<sup>67</sup>.

### 5.2.1 1. Schritt Lebens- & Überweisungskontext „Beginne dort, wo der Patient ist“.

Nach der obligatorischen Vorarbeit (siehe 6.3.1) besteht der erste interaktionelle Schritt Soccers in der akribischen Erforschung des Contextes vom „Patient System“. Schon Milton H. Erickson, den man den Begründer der Kurztherapie nennt, wusste um die Bedeutsamkeit einer detaillierten Exploration des Lebenshintergrundes vom Klienten für eine passende Gestaltung und Einbettung der Intervention (siehe im Anhang das unter A1 befindliche Aufnahmeprotokoll).

Ferner sind in dem Lebenscontext des Klienten häufig Ressourcen und Modelle anzutreffen, die als Helfer oder Vorbilder für nachzueifernde Verhaltensweisen dienen können<sup>68</sup>.

Schließlich sind nach der systemischen Erfahrung des Verfassers bei oftmals nur diffuser Beschwerdedar- und Lösungsvorstellung so genannter „Besucher“ oder „Kläger“, im Sinne de Shazers<sup>69</sup>, hier weitere Chancen geboten, leidverursachende und interventionsrelevante Elemente im Gegenwartssystem des Klienten ausfindig zu machen.

Um therapierelevante Tretminen des Klientensystems erfolgreich zu vermeiden und jedem einen geschützten Raum zu ermöglichen, sollte der Berater das Gespräch mit der Frage beginnen:

- Was darf hier heute auf keinen Fall passieren & muss von mir unbedingt vermieden werden?

Der im Anhang befindliche Bogen lässt sich durch folgende Fragen ergänzen:

- Wer hatte die Idee, gerade jetzt, professionelle Hilfe bei Ihren Veränderungsabsichten zu suchen?
- Woran können wir alle hier erkennen, dass es sich für Sie gelohnt hat, zu kommen?
- Wer aus Ihrem Umfeld könnte noch zur Lösung Ihres Problems beitragen?

### 5.2.2 2. Schritt Symptom & Problemlösungsversuche

*„Der sicherste Weg zum Misserfolg ist eine mangelhafte Definition der Beschwerde“  
(de Shazer, 1989b, S.135)*

Der zweite Schritt fokussiert auf den Elementen der Beschwerde (Kapitel 3.). Grundsätzlich versteht der Autor die Symptombeschreibung des Klienten als ein Muster von Beschwerden, die aus konstruktivistischer Sicht die Geschichte und Interpretation einer Wirklichkeit ist, die zwar nicht objektiv existiert<sup>70</sup>, aber durch ihre Wertzuschreibung sein konkret erlebtes Leid verursacht.

Ferner lässt die Art, wie der Klient die Beschwerde repräsentiert, Rückschlüsse auf seine involvierten neurologischen Ebenen<sup>71</sup> und primären Sinnesmodalitäten<sup>72</sup> zu und zeigt durch die jeweilige Punktierung<sup>73</sup> der Verhaltenssequenz das (un-)bewusste Veränderungsziel und Teile seines Weltbildes.

Alsgesamt Informationen, die eine passende, isomorphe Verschreibung der Hausaufgabe immens erleichtern.

<sup>67</sup> siehe Bandler und Grinder, 1987, S. 24 ff.

<sup>68</sup> siehe O`Hanlon und Beadle, 1998, S. 74

<sup>69</sup> siehe de Shazer 1989 b, S. 104 ff.

<sup>70</sup> siehe Watzlawick 1974, S.119

<sup>71</sup> vgl. O`Connor & McDermott 1997, die 6 Seins-Ebenen einer Person, ausgehend vom Mittelpunkt ihrer Spiritualität, über ihre Identität, ihren Glauben, ihr Verhalten, ihre Fähigkeiten und ihre Umweltbezogenheit

<sup>72</sup> vgl. Watzlawick, 1977, S. 105 und die Unterscheidung in visuelle Typen und solche die die Welt eher in Körperempfindungen wahrnehmen, die 3., auditive, Typenklasse erfreute sich hier noch keiner Beachtung

<sup>73</sup> die individuelle Punktierung setzt den Beginn einer linear-kausalen Ursache-Wirkungs Sequenz an den für sie bedeutungsvollen Anfang

Folgende Eingangsfragen sind nützlich, um sich ein Bild der Situation zu machen<sup>74</sup>:

- Seit wann [in welchem Stadium des Familienlebens (Scheidung, Einschulung, Schul-, Arbeits- und Wohnungswechsel, Einzug Pflegebedürftiger etc. .)] tritt das Symptom auf?
- Wo und wann tritt das Symptom bislang in wessen Gegenwart, wie häufig auf?
- Auf einer Skala von 0-10, war es bislang für wen besonders unangenehm? Und löste bei wem welche Gefühle, Effekte und Konsequenzen aus?
- Was hat sich seitdem in Ihren Beziehungen untereinander geändert?

Alternativ zu obigen Fragen, kann Kindern oder verbal ungeübten Klienten das Angebot von Rollenspielen bzw. des Familienbretts zur Darstellung von leidbelegten Interaktionssequenzen gemacht werden<sup>75</sup>. Speziell bei Kindern empfiehlt sich oftmals zur Problemexternalisierung der Einsatz von Handpuppen, wie ihn Berg und Steiner (2006) beschrieben haben.

Nach der Beleuchtung der einzelnen Beschwerdeelemente folgt die Frage nach den bisherigen Lösungsversuchen. Dies, um sowohl alte Fehler zu vermeiden, als auch um Ansatzpunkte für die Intervention einer Lösung zweiter Ordnung zu finden, die auf die problemerzeugende Pseudolösung abzielt<sup>76</sup>, dem 2. Interventions-Standbein Soccers. Darüber hinaus können Interessen- und Therapiekonflikte mit anderen Helfersystemen vermieden werden, wenn sich der Berater danach erkundigt :

Was haben Sie bislang unternommen / wen kontaktiert & was vereinbart, um das Problem zu lösen?

Für die Hausaufgabenplanung sollten sich jetzt schon erste Hypothesen bilden, wie eine Aufgabe aussehen könnte, die der bisherigen Erwartungshaltung des Symptoms auf Reaktionen im Außen zuwiderläuft.

### 5.2.3 3. Schritt Causes , Frames und Präsuppositionen<sup>77</sup>

In diesem Modul finden sich die Grundlagen des Klientensystems, die den Nährboden für das Entstehen und die Aufrechterhaltung des Problems darstellen, wie z.B. Erwartungshaltungen<sup>78</sup>, Glaubenssysteme, Familienmythen<sup>79</sup>, Beschuldigungen, Projektionen etc.. „Gute Gründe“ also, die mit entscheidend dafür sind, dass solche Informationen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die das Symptom überwinden helfen, nicht genutzt werden, die aber für eine passgenaue Intervention berücksichtigt werden müssen. In diesem Element kommen zirkuläre Fragen besonders zum Tragen, um Geheimnisse und Missverständnisse aufzudecken oder um „widerständige“ und schweigsame Klienten für den linguistischen Prozess der Lösungskonstruktion zu motivieren. Im Setting sind folgende Fragen denkbar .

- Was glauben Sie, denkt Ihr Mann, welchen triftigen Grund Ihr Sohn hat, der Schule fern zu bleiben?
- Welche Vorteile könnte es für ihn haben haben, damit fortzufahren?
- Wer denken Sie, hat das meiste Interesse , dass sich durch die Beratung etwas Positives verändert?
- Was glauben Sie, müsste Ihre Frau tun, damit Ihre Tochter noch ein bisschen weniger isst?
- Wie wichtig auf einer Skala von 0-10 ist es wohl für Ihren Mann, das Problem aus der Welt zu schaffen? Und weshalb? Und warum noch?

<sup>74</sup> siehe dazu 3. The Elements of Crime

<sup>75</sup> vgl. Jürgen Hargens : „ Spielen ist für Probleme, wie Knoblauch für Vampire.“ (mdl., April 2008)

<sup>76</sup> siehe 4.4.3.1 und vgl. Watzlawick, 1974, S.99 ff

<sup>77</sup> Unter Präsupposition versteht die Transformationsgrammatik eine Vorannahme innerhalb eines Satzes, die zutreffen muss, damit der ganze Satz sinnvoll ist. Beispiel: Ich möchte, dass er so tüchtig wird, wie sein Vater. Vorannahme ist hier, dass der Vater überhaupt tüchtig ist.

<sup>78</sup> über die Spielarten und Konsequenzen von utopischen Erwartungshaltungen siehe Watzlawick, 1974, S. 70-74

<sup>79</sup> vgl. Ferreira 1963, der Familienmythen als wirklichkeitsferne aber von niemandem in Zweifel gezogene Meinungen der Familienmitglieder über ihr jeweiliges Wesen und ihre Funktion beschrieb, und die als für das System lebenswichtiger Homöostat wirken, in Watzlawick et al. 1969, S. 159-161

### 5.3 Solution-Talk                    Lösungen (er-)finden und Kontrakte schließen

In der Phase des Problemlösungsteils insistiert und forciert der Therapeut die Möglichkeit eines positiven Wandels und nimmt damit bewusst Einfluss auf die eher negative Erwartungshaltung des Klienten in Bezug auf Besserung seines Problems.

Der Therapeut orientiert sich in den ersten Interviews auf das, was beim Klienten als individueller und interaktioneller Unterschied in dessen kontextuellen, behavioralen, mentalen und emotionalen Submodalitäten zwischen der problembeladenen und der problemfreien Zeit herausgearbeitet werden kann sowie auf die Ergebnisse der Wunderfrage Die dabei zu Tage geförderten Elemente bilden dann die Herzstücke der Hausaufgabe.

In den Folgesettings liegt der Fokus des Therapeuten auf allen, noch so kleinen und scheinbar belanglosen Veränderungen, die sich in der Zwischenzeit im System oder Beschwerdeumfeld des Klienten ereignet haben und von diesem als positiv beschrieben werden können, damit, wie Prior so treffend schreibt, der Therapeut „die Welle der Besserung (reitet)“ (2006, S.87). Weiterhin erforscht er alle verlustig gegangenen Ressourcen, bringt sie zurück ins Bewußtsein des Systems und konstruiert auf ihrer Basis dann die jeweiligen Schlussinterventionen.

#### 5.3.1                    4. Schritt<sup>80</sup>                    Wunderfragen und Exzeptions, sowie solche Ausnahmen, die als Unterschiede weitere verursachen

In der jetzigen Phase der Lösungsfokussierung gilt es, bei dem Klienten eine Ja-Kette der Zustimmung aufzubauen<sup>81</sup> und ihn positiv auf eine „bessere“ Zukunft einzustimmen.

Die Exzeptions können in diesem Schritt sowohl vor als auch nach der Wunderfrage exploriert werden. Grundsätzlich werden bei der Suche nach Ausnahmen alle sicht-hör-fühl- und wahrnehmbaren Details der beschwerdefreien Zeit dabei zirkulär genauso akribisch hinterfragt, wie die Beschwerdeelemente selbst. Die Leitfragen im Setting lauten daher:

- Was tun Sie für gewöhnlich, um Ihr Symptom zu überwinden?
- Was ist an den Tagen, an denen die Beschwerde nicht auftritt, anders?
- Woran können Sie, Herr x, abends erkennen, dass y einen beschwerdefreien Tag gehabt hatte?

Die Wunderfrage hat hier außer der beschreibenden Funktion des Therapieziels noch den Sinn, dem System relevante Informationen über gewünschte Interaktionen zu liefern und wirkt darüber hinaus als autosuggestive und selbsterfüllende Prophezeiung. Sie kann auch dann alternativ eingesetzt werden, wenn Referenzerfahrungen von beschwerdefreien Zeiten komplett fehlen und diffuse Schilderungen den Veränderungs- und Explorationsprozess hemmen- oder man den einfachen Weg bevorzugt. Die Möglichkeit ihrer hypnotherapeutischen Einbettung und „Vergabe“ zeigen de Shazer und Dolan, 2007, auf.

Bei wunderfrageresistenten Klienten bieten sich als Techniken zur Ermittlung des Zielzustandes neben zirkulären Fragen<sup>82</sup>, dem Aufstellen von Skulpturen<sup>83</sup> und dem Familienbrett noch die Alternative des Psychodramas<sup>84</sup> bzw. einfache Rollenspiele an,- eine Möglichkeit, deren Vorteile schon bei der Problembeschreibung dargestellt wurden. Hier derweil verschiedene (Wunder-) Frageansätze<sup>85</sup> :

- „Wenn das Problem durch ein Wunder plötzlich weg wäre: Was würden Sie am Morgen danach als erstes anders machen?“ ( Schlippe u. Schweitzer, 2003, S.36)
- Nehmen wir einmal an, Ihnen wird über Nacht durch eine Fee Ihre Beschwerde für einen Monat weggenommen. Wie würden Sie sich auf einer Skala von 0-10 fühlen? Woran könnte Ihre Familie, Ihr Therapeut, das dann feststellen? Was täten sie dann, dass Sie heute noch nicht tun?
- Gab es in letzter Zeit Tage, die einem Wundertag nahe kamen bzw. fast beschwerdefrei verliefen?

<sup>80</sup> wie unter 6.3.3 vermerkt, ist die Reihenfolge von 5.3.1 und 5.3.2 frei wählbar und liegt im Ermessen des Beraters

<sup>81</sup> vgl. de Shazer, 1989a, S. 129

<sup>82</sup> siehe von Schlippe und Schweitzer, 1996, S. 138-147 und Simon, Fritz 1998

<sup>83</sup> siehe Satir, 1995, Seite 305-312

<sup>84</sup> eine von Jakob Moreno entwickelte „psychotherapeutische Interaktionsmethode“ (Soppa, 2004, S.19) bei der durch Rollenspiele Situationen und Gefühle ausagiert werden

<sup>85</sup> Ausgezeichnete Beispiele für die Wunderfrage und die entsprechende Vorbereitung in de Shazer, 2008, S. 53, 70ff

### 5.3.2 5. Schritt Outcome<sup>2</sup> Movens, anvisiertes Therapieziel & Effekte

Der fünfte Schritt impliziert einerseits das von Therapeut und Klient konstruierte Therapieziel, den Outcome 2, als Therapeutenauftrag, sowie die therapeutische Hypothesenbildung über die archetypische, unbewusste Veränderungsabsicht des Klienten hinsichtlich seines Lebenskontextes, dem Outcome 1. Diese Veränderungsabsicht, als unbewusste Triebfeder<sup>86</sup> aus den (non-) verbalen Kommunikationselementen heraus erfolgreich zu hypothesieren und in der Interventionsvergabe zu berücksichtigen, kann ausschlaggebend für die Kooperationsbereitschaft des Klienten sein<sup>87</sup>.

Im Rahmen der bereits definierten wohlformulierten Ziele gilt es hier kleinschrittige, positiv formulierte Ziele<sup>88</sup> zu wählen, die beschreibbare Effekte generieren, für deren Erfolg und Erfüllung ausschließlich der Klient und seine benannten Ressourcen allein verantwortlich sind.

Die Zielvorstellung des Klienten kann sich dabei ebenso wie sein Status als Klient, Klagender oder Besucher im Verlauf der Settings ändern, wobei ersteres aber zwischen dem Team Klient/Therapeut kommuniziert werden und von Letzterem konsequent fokussiert bleiben muss.

Sollte bei der Klärung über das zu erreichende Ziel / O2 der Klient Entscheidungsunsicherheiten zeigen, empfiehlt es sich, ihn zuerst alle Wunsch-Alternativen auflisten zu lassen. Danach sollte er sie unter dem Aspekt untersuchen, welche Auswirkungen sie auf sein Leben in z.B. 6 Monaten haben würden, um daraufhin per exclusionem die beste Alternative auszuwählen oder ein Tertium<sup>89</sup> einzuführen.

Sollte der Klient in den vorigen Modulen keine Referenzerfahrungen für neue Problemlösungsstrategien gezeigt haben und ist die Wunderfrage ergebnislos im Sande verlaufen, hilft es, die beiden Aspekte vom ersten erkennbaren Schritt einer Erleichterung und seinen wahrnehmbaren Effekten in der Vorstellung des Klienten so lebendig miteinander verschmelzen zu lassen, dass er sich mit dem Bild, dem Gehörten oder Gefühlten vollständig identifizieren und das Ergebnis künftig autosuggerieren kann,- diesen Effekt kann der Therapeut verstärkend ankern<sup>90</sup>. Orientierung können hier die folgenden Fragen bieten:

- „Worin würde eine wesentliche, wenn auch nur minimale, Besserung für Sie bestehen?“<sup>91</sup>
- Wie werden die Dinge für Sie und andere Menschen aussehen, wenn Ihr Problem gelöst ist?
- Womit können wir die überweisende Behörde überzeugen, dass Sie mich nicht mehr brauchen?
- Angenommen ich soll für Sie überflüssig werden, welches Ziel müssen wir dafür erreichen?
- Was hätte Ihr Sohn davon, wenn er nicht mehr die Schule schwänzen würde?

### 5.3.3 6. Schritt Ressourcen Modelle, Superhelden, Stärken und alles was man selbst kann

Dem sechsten Schritt gilt die Findung all dessen, was in der emotionalen und kognitiven Beurteilung des Klientensystems als:

- gut funktionierend und bewahrenswert, bzw.
- hilfreich zur Erfüllung des Therapieziels beurteilt, oder
- so in dieser Form durch den Therapeuten für das System reframed werden kann.

Der Therapeut wird alle Erfolge und Fähigkeiten des Systems nutzen, um diese indirekt sowohl als Unterschiede zu den leidvollen Beschwerdeelementen zu markieren als auch, sie innerhalb von Metaphern in Geschichten oder Aufgaben einzubinden. Ben Furman, der finnische Psychiater, Autor und Leiter des „Brief Therapy Institute“ (Institut für Kurztherapie) in Finnland, beschreibt wie z.B. Kinder motiviert werden können, mangelhaft entwickelte Fähigkeiten über die Identifikation mit Superhelden zu erlernen<sup>92</sup>.

<sup>86</sup> siehe Bollhof 2006 und Erickson in Haley 2006, der darunter die unbewusste Veränderungsabsicht verstand, die der Klient in den Therapieprozess mitbringt

<sup>87</sup> siehe Watzlawick et al., 1974, S. 127 wo die mutmaßlich vorhandene Trennungsabsicht einer Ehefrau als Outcome 1 erfolgreich reframed wurde und zur Annahme der paradoxen Intervention führte

<sup>88</sup> vgl. de Shazer 1992, S. 130, der diesen Punkt der Zielcharakterisierung `als Beginn von etwas´ (einem neuen Verhalten) und nicht als `Ende von etwas´ (der Abwesenheit oder dem Ende eines alten Verhaltens) beschreibt

<sup>89</sup> siehe Watzlawick 1986, S. 44 wo er als Tertium das sog. „Dritte“ als weitere Entscheidungsmöglichkeit beschrieb, das aus der manäischen (meint dialektischen) Zwickmühle einer Entweder-Oder Wahl herausführt, und deren Verwendung zu einer sowohl-als-auch Verbindung der besten Möglichkeiten führt

<sup>90</sup> Technik aus dem NLP, bei der durch einen zumeist kinästhetischen Reiz ein reaktives Erinnerungs- und Handlungsmuster induziert wird, ähnlich dem Pawlowschen Reiz-Reaktionsschema

<sup>91</sup> zitiert aus : Fisch et al. 1987, S. 285

<sup>92</sup> siehe Furman, 2003, S. 45



Darüber hinaus stellen alle Fertigkeiten und Berufe, Hobbies und Passionen Quellen der Kraft und Freude dar und fokussieren das System auf Positives. Sie lassen sich sowohl inhaltlich im Prozess als auch für die Gestaltung einer prädikatsaffinen Schlussintervention und Lösungskonstruktion nutzen und bieten dem Therapeuten nicht zuletzt auch Ansätze für den zügigen Aufbau von Rapport in den Folgegesprächen.

Folgende Fragen können Ressourcen ans Licht bringen:

- Was läuft in Ihrer Familie alles gut/wird o. wurde aktiv getan, dass unbedingt bewahrt bleiben soll?
- Wo sehen Sie Stärken Ihres Partners/Kindes allgemein und in Beziehungs bzw. -Erziehungsfragen?
- Wen kennen oder bewundern Sie, der Sie bei der Lösung Ihrer Beschwerde unterstützen könnte?
- Welcher Superheld könnte das Problem lösen? Welche Superfähigkeiten bräuchte er dazu?

### **Die Pre-Break Frage**

Sie gibt dem Klienten die Gelegenheit bislang vernachlässigte Inhalte zur Sprache zu bringen<sup>93</sup>.

- Ok, gibt es jetzt noch etwas, dass ich vergessen habe zu fragen und von dem sie meinen, dass wir darüber reden sollen, bevor wir eine Pause zum Nachdenken machen?

### **Das Break** Die Denkpause für Reflexion & Spannungsaufbau

Der vorletzte Schritt besteht in einer ca. 5-10 minütigen Pause, die der Reflexion des Therapeuten über die Ressourcen und Spezifika des Systems und seiner Interventionsvorbereitung<sup>94</sup> dient. Ferner maximiert sie die Aufnahmebereitschaft und dient der „Förderung der Reaktionsbereitschaft“ des Klienten (de Shazer, 1989 a, S. 128) auf die folgende Hausaufgabenverschreibung. Dabei helfen die Überlegungen :

- Was macht das System so einzigartig? - Worin finden sich Stärken, zeigt sich Liebe, Schutz o.ä.?

### **5.4 Interventionsvergabe** Lösungen 2. Ordnung, die man als Hausaufgaben gerne macht

Die abschließende Interventionsvergabe bildet als letztes Element das „i - Tüpfelchen“. Da ihr primäres Ziel nicht weniger ist, als die Verstärkung des Symptoms und seines Kontextes, sollte schon allein ihre Verpackung die Aufnahmebereitschaft des Klienten gewährleisten und ihn zu ihrer Erledigung motivieren.

#### **5.4.1 Die Vorbereitung**

Die für den Klienten passende<sup>95</sup> Verschreibung zu geben, setzt voraus, dass :

- die Beziehungsgestaltung erfolgreich verlaufen ist und sich der Klient verstanden und wertgeschätzt fühlt,-
- der Berater den Kooperationsstatus des Klienten richtig eingeschätzt hat,-
- ein von allen geteiltes und gewolltes Ziel konstruiert wurde,-
- der Klient den Therapeuten als kompetent und die Beratung als Erfolg versprechend einschätzt, und
- im Rahmen der Pausensetzung, der Klient offen und neu-gierig auf die Vergabe wartet.

---

<sup>93</sup> vgl. de Shazer 1996, S. 126

<sup>94</sup> vgl. Simon, 1998, S. 17, in der die Pause vor dem Abschluss der Sitzung als „Abstand vom Handlungsdruck während der Sitzung“ bezeichnet wird, damit das Gesagte und Gehörte verarbeitet werden kann.

<sup>95</sup> von Glasersfeld differenziert 1981 zwischen „passend“ (engl. fit) und „stimmend“ (engl. match), wobei ersteres den Dienst leistet den es soll, analog als Schlüssel das Schloss (zur Problemlösung zu öffnen) während zweiteres das Wissen um das Wesen des Schlosses ergründet und wiedergibt.

## 5.4.2 Die Sprache

Bei der Hausaufgabenverordnung gilt noch mehr als zu jedem anderen Zeitpunkt des Interviews, dass „der Ton die Musik macht“.

Die Gestaltangleichung der Aufgabenübermittlung in Sprache und Ausdruck des Klienten<sup>96</sup>, die Isomorphie, berücksichtigt an dieser Stelle, wie der Klient sich und die Welt verbal repräsentiert. Sie passt sich seinen Grundüberzeugungen an und spiegelt ihn als Person<sup>97</sup>. Dazu werden seine Metaphern, Symbole und sein primäres Repräsentationssystem<sup>98</sup> genutzt und in die Sprache seiner Wirklichkeit gekleidet, da ansonsten Fehlschläge die wahrscheinlichere Folge der Aufgabenvergabe sind<sup>99</sup> (vgl. dazu auch 5.2).

## 5.4.3 Einbindung des Systems

Je nach aktueller Kooperationslage der einzelnen Systemmitglieder werden ihnen ggf. unterschiedliche Arten von Hausaufgaben mitgegeben. Vereinfacht dargestellt, den Ängstlichen und Skeptischen Beobachtungs-, den Intellektuellen Denk- und den Veränderungswilligen Verhaltensaufgaben. Speziell in der Arbeit mit wahnähnlichen Verhaltensmustern und Psychosen fordert de Shazer „diejenigen Menschen, die eine enge Beziehung zum Klienten haben, sich so zu verhalten, *als ob* sie die Wirklichkeit des Bezugsrahmens des Klienten akzeptieren würden.“ (1989 b, S. 130),- m.E. ein Appell, der auch bei weniger dramatischen Verhaltensweisen angeraten scheint.

## 5.4.4 Eine beispielhafte Matrix<sup>100</sup> für die Schlussvergabe

Die in Klammern gesetzten Bezeichnungen sind je nach Art des Klientensystems, des Symptoms und anderer Spezifika des aktuellen Kontextes austauschbar.

„Zunächst einmal finde ich es bemerkenswert, dass Sie (das im Setting anwesende Klientensystem) soviel Zeit und Energie investieren, um an einer Veränderung der Appetitzügelung (opferfreie ins Aktive gesetzte Umdeutung des Beschwerdeverhaltens) Ihrer Tochter (dem Symptomträger) zu arbeiten, die Sie Anorexia Nervosa (die Symptombenennung durch System / Behörde / Arzt) nennen.

Von meiner therapeutischen Seite her gesehen, ist diese Anorexia Nervosa in Wahrheit aber die Art von Ihrer Tochter (dem Symptomträger) zu sagen: „Bitte gebt mir mehr Aufmerksamkeit“ (1. Symptomreframing).

Tatsächlich glaube ich sogar, dass Ihre Tochter (der Symptomträger) mit der Anorexia Nervosa (der Symptombenennung) für Ihre Familie (Art des Klientensystems) ein bisschen etwas Gutes tun will, indem sie damit für Ablenkung von den strittigen Themen in Ihrer Ehe sorgt (2. Reframing, Interaktionsabsicht des Symptoms).

Ich habe darüber nachgedacht und mich schließlich folgendes gefragt:

Was hätte es wohl für Auswirkungen auf sie alle und Ihre Ehe, wenn Ihre Tochter weniger Disziplin beim Essen zeigte? Ich möchte Ihnen vorschlagen, bis zur nächsten Sitzung:

- (Denkaufgabe) ... hier drüber einmal nachzudenken.
- (Beobachtungsaufgabe) ... zu beobachten, wer was tut, wenn sie beschließt, sich zu disziplinieren.
- (Verhaltensaufgabe) ... einmal etwas anderes zu tun als sonst, wenn Ihre Tochter weniger essen möchte als Sie es wollen und sich zu notieren, was sie glauben, dass die anderen anders gemacht haben als sonst.

Gibt es jetzt noch Fragen von Ihrer Seite oder brauchen Sie noch etwas, um gut nach Haus gehen zu können? Prima, dann freue ich mich auf unseren nächsten Termin am ... und bin gespannt, welche Veränderungen Sie mir mitteilen können.“

<sup>96</sup> vgl. dazu auch Nardone, 1997, der die Übernahme der Klientenausdrucksweise als „tracing“ bezeichnete

<sup>97</sup> vgl. dazu Fisch et al. 1996, S. 149 ff

<sup>98</sup> siehe Bandler und Grinder, 1987, S. 14 ff.,- die in der Sprache wieder dargestellten 5 Schwerpunkte, in denen die Welt erfahren wird: visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch.

<sup>99</sup> Watzlawick et al., 1974, S. 140

<sup>100</sup> Das Team um Stierlin und Simon zeigte 1998 (S. 250 ff.), dass die Schlussintervention auch dialogisch, und dabei die aktuelle emotionale Klientenlage auch spiegelnd, gesetzt werden kann. Eine zusätzliche Möglichkeit besteht m.E.n. darin, die Schlussintervention mit einem kinästhetischen Anker & einer Suggestion zu verknüpfen, sie schriftlich mitzugeben oder mit Metaphern und Analogien zu versehen.

## 6 Soccer im Überblick

Abschließend folgt eine Darstellung des idealtypischen (Pre-) Settingablaufes.

Wie Bandler und Grinder 1994 darlegten, kann es im Familien- und Paarbusiness relevant für einen dynamischen Lösungsprozess sein, dass der Therapeut Konfliktsituationen initiiert und Tabus z. B. durch zirkuläre und hypothetische Fragen anspricht, um „die Wirkungsweise des Systems kennen zu lernen“ (dies. S.198) bzw. das System aus der Distanz bei fehlschlagenden Problemlösungsversuchen zu beobachten.

6.1 Vorarbeit Die Analyse vorliegender Akten und (Geburts-) Daten<sup>101</sup> mit :

- a dem Überweisungskontext, der Fremdzieleerwartung, Prognose, Intervention & Empfehlung
- b Genogrammerstellung: Entwicklungsstadien Individuen, (Sub-)Systeme, Systemhierarchie
- c dem Muster der Kooperation mit vorangegangenen Helfersystemen
- d den reframebaren Abwehr- und Schutzmechanismen, Charaktermerkmalen
- e den Ressourcen, Hobbys und (fehlenden) Fähigkeiten & Fertigkeiten des Systems
- f dem Klientenkontext,- typen, & Erwartungen und Ängsten an die Beratungskonsequenzen
- g der Parallelen zu historischen Fällen und Interventionsansätzen
- h den Hypothesen und Überlegungen was unbedingt vermieden werden muss

6.2 Joining Rapportaufbau durch Sprachangleichung während der :

- Therapeut einen Überblick über sich und den Settingablauf gibt und Spielregeln aushandelt
- Klient die Befindlichkeit, den Beziehungs- & Lebenshintergrund und Tagesverlauf schildert und sich das System im Anschluss gegenseitig mit seinen Themen und Stärken vorstellt

Daraus folgen erste Hypothesenbildungen über die primären Schlüsselaspekte der :

- Kliententypen nach de Shazer und satirischen und riemannschen Kommunikationstypen<sup>102</sup>
- bevorzugten Repräsentationssysteme (NLP) und Kommunikationsprozesse und – regeln

6.3 Interviewphase , vom Problem- ins Lösungsland und zur Auftragsklärung

- 6.3.1 Symptom-Beschreibung, Klärung des Beschwerdemusters und versuchter Lösungen
- 6.3.2 Grundannahmen und Schuldzuweisungen
- 6.3.3 Ausnahmen und Wunschzustände
- 6.3.4 Ziele und deren Effekte
- 6.3.5 Personale Stärken und soziale Ressourcen
- 6.3.6 Auftragsklärung, individuell, systemisch und chronologisch

6.4 Pre-Break Frage und anschließende Pause

Vergegenwärtigung der Stärken und Besonderheiten der Klienten & die Interventionsvorbereitung

6.5 Schlussintervention

- 6.5.1 Lob, Komplimente und Wertschätzung der Ressourcen
- 6.5.2 Reframing des Beschwerdemusters und ggf. der Klärung, wer hier wen schützt
- 6.5.3 Isomorphe Hausaufgabenstellung

6.6 Neue Terminvereinbarung für Veränderungsgespräche (siehe 5.1.2), bzw. Abschlussitzung (siehe 5.1.3), bzw. Follow-up und Evaluation, nach 3, 6 und 12 Monaten

6.7 Die folgenden Sitzungen fokussieren dann grundsätzlich auf solche Ressourcenexploration und Fragen, die alle positiven Veränderungen jedes Systemmitglieds berücksichtigen, vgl. Protokoll A2.

---

<sup>101</sup> siehe dazu Riemann, 1976 und Berg, 2006

<sup>102</sup> siehe dazu Satir, 1990

## 7 Resümee

...und diese Definitionen der Wirklichkeit sind Legion.  
(Watzlawick, 1974)

Aus der Perspektive Soccers, als einem Modell der kurztherapeutischen Selbst- & Zielkonstruktion, ist ein...

**Symptom** nicht nur immer ein Beziehungsphänomen, sondern auch ein veränderbares und reframebares Muster kognitiver und emotionaler Beurteilungen von gedachten 12 Elementen einer Beschwerde. Es benötigt als Existenzgrundlage einen klar definierten...

**Context** als Lebenshintergrund und generiert in fixer Erwartung eine spezifische und invariante...

**Problemlösung** im Außen. Diese gestaltet sich aus Erfahrungen und Vorannahmen als...

**Causes** über die Entstehung des Symptoms und verhindert dadurch den Blick auf Neukontextualisierungen, Lösungsmöglichkeiten 2. Ordnung und ...

**Exzeptions.** Dieser Lösungsmöglichkeiten und -wege, wie auch seiner...

**Resources** und inhärenten Stärken, die der Klient gerne im Widerstand manifestiert, ist er sich, als erstes Opfer seines Leidensdruckes, in der Regel nicht mehr bewusst. Anderenfalls könnte sich der ...

**Outcome 1** , der sich hinter dem Symptom als eine treibende archetypische Kraft einer gehemmten oder erzwungenen Veränderung erwehrt, eines weniger problematischen Verhaltens bedienen.  
So jedoch muss der Klient dann ins therapeutische Setting und kann in diesem Kontext wieder sein Ziel erkennen und als ...

**Outcome 2** in allen Details und Zieleffekten beschreiben.

Und findet im besten Falle die Unterstützung eines systemisch-lösungsorientierten Problemmanagers und Familientherapeuten, der wie Stierlin es ausdrückte „*nicht notwendigerweise (...) viel spricht, anordnet oder manipuliert [aber] bereit ist, Verantwortung zu übernehmen, sich zu engagieren*“<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> Stierlin et al. 1980, S. 47

Die mit „O-“ in Klammern angegebenen Jahreszahlen, geben das Erscheinungsjahr der US-Erstaussage an.

- Bandler, Richard (1995) :** Time for a Change. Junfermann, Paderborn (O-1993)
- Bandler, Richard und Grinder, John (1990):** Die Struktur der Magie I Metasprache und Psychotherapie. 6. Auflage, Junfermann, Paderborn (O-1973)
- Bandler, Richard und Grinder, John (1987):** Die Struktur der Magie II Kommunikation und Veränderung. 3. Auflage, Junfermann, Paderborn (O-1976)
- Bandler, Richard und Grinder, John (1981):** Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Junfermann, Paderborn(O-1979)
- Bandler, Richard und Grinder, John (1994):** Reframing. Junfermann, Paderborn (O-1982)
- Bateson, Gregory (1983):** Ökologie des Geistes. 6. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt (O-1972)
- Bateson, Gregory,- Jackson, Don D. & Haley, Jay et al. (1969) :** Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt
- Berg, Insoo Kim (1992)** Familien – Zusammenhalt(en). 8. Auflage 2006, Verlag modernes Lernen, Dortmund ( O-1991)
- Berg, Insoo Kim und Steiner, Theres (2003):** Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. 2. Auflage, 2006. Carl Auer, Heidelberg
- Bollhof, Christian D. (2006) :** Wie oben, so unten. Facharbeit auszugsweise in : Jahrbuch Systemischer Familien- & Sozialtherapie, Essen
- Dilts, Robert und Epstein, Todd (1992):** Overview of Advanced NLP Skills and Tools. Learning Publications, California, USA
- Döring-Meijer, Heribert (1999):** Familienaufstellung in systemisch – lösungsorientierter Kurztherapie mit Drogenabhängigen. In: Döring-Meijer, Heribert (Hg.) Ressourcenorientierung-Lösungsorientierung 1999, S. 145ff, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Fisch, Richard,- Weakland, John H. & Segal, Lynn (1982) :** Strategien der Veränderung. 3.Auflage, 1996, Klett-Cotta, Stuttgart
- Furman, Ben (2003):** Ich schaffs ! Carl-Auer Systeme, Heidelberg
- Geyerhofer, Stefan und Komori, Yasunaga (1999):** Die Integration poststrukturalistischer Modelle von Familienkurzzeittherapie. In „Systeme“, 13 (2), 1999, S. 130-143
- Glaserfeld, Ernst von (1981) :** Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In : Watzlawick, Paul (Hg.) : Die erfundene Wirklichkeit. 3.Auflage, 2007, S. 19-20, Piper, München
- Haley, Jay (1978):** Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Cotta, Stuttgart
- Jackson, Don D. (1980) :** Das Studium der Familie. In : Watzlawick, Paul und Weakland, John (Hg.) : Interaktion. 1980, Huber, Bern (O-1965)
- Jong, Peter de und Berg, Insoo Kim (1998):** Lösungen (er-)finden.5. Auflage, 2003, Borgmann KG, Dortmund
- Klemenz, B. (2000) :** Ressourcendiagnostik bei Kindern. In : Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. S. 177-198

- Langenmayr, Arnold (1980): Krankheit als psychosoziales Phänomen. Hogrefe, Göttingen.
- Migge, Björn (2005) : Handbuch Coaching und Beratung. Beltz, Weinheim
- Mücke, Klaus (2007) : Eine Erwiderung auf die Anmerkung von Karin Rausch. In : Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, Heft 4, Oktober 2007, S. 265, Borgmann KG, Dortmund
- Nardone, Giorgio (1997) : Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Huber, Bern
- O`Connor, Joseph und McDermott, Ian (1997): NLP: Was Sie wirklich darüber wissen müssen. Goldmann
- O`Hanlon, Bill und Beadle, Sandy (1998) : Das wär` was ! Ein Wegweiser ins Möglichkeiten-Land. Borgmann GmbH, Dortmund
- Prior, Manfred (2002) : MiniMax-Interventionen. Carl-Auer, Heidelberg
- Prior, Manfred (2006) : Beratung und Therapie optimal vorbereiten. Carl-Auer, Heidelberg
- Riemann, Fritz (1961) : Grundformen der Angst. Reinhardt, München
- Riemann, Fritz (1976) : Lebenshilfe Astrologie. dtv, München
- Riskin, Jules und Faunce, Elaine E. (O-1970) : Familieninteraktions-Skalen. In : Watzlawick, Paul und Weakland John H. (Hg.) : Interaktion. 1980, S. 155-184, Huber, Bern
- Satir, Virginia (1990): Selbstwert und Kommunikation. 9. Auflage, Pfeiffer, München
- Satir, Virginia (1995): Das Satir-Modell. Junfermann, Paderborn
- Satir, Virginia, Bandler, Richard & Grinder, John (1978): Mit Familien reden. Pfeiffer, München (O-1976)
- Schmidt, Gunther (2006) : Stationäre Psychotherapie in einer psychosomatischen Klinik : Optimale Vorbereitung aus hypnosystemischer Sicht. In: Prior, Manfred: Beratung und Therapie optimal vorbereiten. 2006, S. 152, Carl Auer, Heidelberg
- Schlippe, Arist von (1995) : Familientherapie im Überblick. 11. Auflage, Junfermann, Paderborn
- Schlippe, Arist von und Schweitzer, Jochen (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 9. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schwartz und Schweppe (2000): Praxisbuch NLP. Südwest, München
- Shazer, Steve de (1983): Über nützliche Metaphern. In : Zeitschrift für systemische Therapie. Heft 1, 1983, S. 21-30, (O-1981)
- Shazer, Steve de (1992): Muster familientherapeutischer Kurzzeit-Therapie. Junfermann, Paderborn, (O -1982)
- Shazer, Steve de (O-1979-1984): Death of Resistance. In : Family Process, Inc., 23:11-17, 1984
- Shazer, Steve de (1989 a): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta, Stuttgart , (O-1985)
- Shazer, Steve de (1989 b): Der Dreh. Carl Auer, Heidelberg, (O-1988)
- Shazer, Steve de (1997) : Das Spiel mit den Unterschieden. Carl Auer, München , (O-1991)
- Shazer, Steve de (1996) : „... Worte waren ursprünglich Zauber“. Borgmann, Dortmund (O-1994)

- Shazer, Steve de et al. (O-1986) : Kurztherapie : Zielgerichtete Lösungsentwicklung. In : Watzlawick, Paul und Nardone, Giorgio (Hg.): Kurztherapie und Wirklichkeit. 2005, 3. Auflage, S. 165-197, Piper , München
- Shazer, Steve de und Dolan, Yvonne (2007) Mehr als ein Wunder, Carl-Auer, Heidelberg
- Simon, Fritz und Stierlin, Helm (1984): Die Sprache der Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Simon, Fritz B. und Rech-Simon, Christel (1998) : Zirkuläre Fragen. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Stierlin, Helm et al.(1977) : Das erste Familiengespräch. 2001, 8. Auflage Klett-Cotta, Stuttgart
- Soppa, Peter (2004): Psychodrama. 2. Auflage, VS Verlag, Wiesbaden
- Ulsamer, Bertold (1991): Exzellente Kommunikation mit NLP. Gabal, Offenbach
- Watzlawick, Paul (1977) : Die Möglichkeit des Andersseins. Huber, Bern
- Watzlawick, Paul (1986) : Vom Schlechten des Guten. Piper, München
- Watzlawick, Paul (1997) : Anleitung zum Unglücklichsein. 16. Auflage, Piper, München
- Watzlawick, Paul ; Beavin, Janet H. & Jackson, Don. D.(1969): Menschliche Kommunikation. Huber, Bern
- Watzlawick, Paul ; Weakland, John H. & Fisch, Richard ( 1974): Lösungen. Huber, Bern
- Watzlawick, Paul ; Weakland, John H.(1980) : Interaktion. Huber, Bern
- Weakland, John H. ; Fisch, Richard , Watzlawick, Paul & Bodin, Arthur (1974) : Kurztherapie- Zielgerichtete Problemlösungen. In : Watzlawick, Paul und Weakland, John H. (Hg.) : Interaktion. 1980, S. 369-401  
Huber, Bern

**A1**

**Aufnahmeprotokoll für Sozial- & Beschwerdeanamnese**

Datum / Ort : .....	Name : .....
Nächster Termin : .....	Fall Nr./Setting : .....

\*Ansprechpartner & Phone: .....

\*Adresse & Alter .....

Abschluss                      Klasse.....    Lehre .....    Studium.....

Berufliche Situation .....

\*Überweisungskontext : .....

\*Beschwerde/Befund : .....

\*Befindlichkeitsskala/            M            /            F            /            K            /

\* Beschwerdeskala

\*Helfersysteme : Befunde, Absprachen, Ziele.....

\*Persönliche Erwartungen : Ziele, Aufträge.....

Lebenskontext-Haushalt      Einzel      Alleinerz.      Familie      Patchwork      Getrennt

Kinder, Schulform& -situation .....

Wohnverhältnisse .....

Erziehungsverantwortliche .....

Erziehunghaltung &-Werte .....

Belohnungs/Bestrafungsprinzip .....

Beziehungskontext .....

Paarhistorie .....

Altersstrukturen :            Männl.            Weibl.            K 1            K 2

Eltern & soziales Netz .....

Status : Riemann/Satir/Rep-System/Darstellung/Zielkonsistenz/Interventionen/.....

\* die mit Stern versehenen Rubriken sollten als Daten im 1. Telefonat erhoben werden  
C.D. Bollhof, Systemischer Familien- & Sozialtherapeut



Datum/Ort \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ SettNo \_\_\_\_\_

Notizen

1. Befindlichkeit, Hausaufgabenfeedback, Veränderungen, Lichtblicke

Wie geht es Ihnen und sind Sie heute auf einer Skala von 0-10 hier?  
Was ist seit unserer letzten Sitzung alles Gutes geschehen/ positiv verändert/  
war zumindest ein bisschen besser als sonst/ ist für wen am besten gelaufen/  
war überraschend/sollte immer so sein?  
Wen müsste ich fragen, um von einer solchen Veränderung zu hören?

.....  
.....

2. Fortschritts- und Zielstabilität & Gewichtungsskala

Ist Ihr Ziel noch das ausgehandelte und wie wichtig auf einer Skala von 0-10  
ist es Ihnen? Wie sicher sind Sie es auch erreichen zu können?  
Woran kann xy das erkennen?

Wo Wichtig Sicher Woran

Wer	m	.....	.....	.....	.....
	f	.....	.....	.....	.....
	k	.....	.....	.....	.....

3. Was soll hier heute geschehen, damit Sie sagen es habe sich für Sie  
gelohnt zu kommen?  
Was müsste geschehen, damit dies die letzte Sitzung wird?

.....  
.....

Auftrag.....

4. Negative Individual -& Systemveränderungen

Was taten Sie, damit es nicht noch schlimmer wurde?  
Was tun Sie u.a., wenn Sie das Problem überwinden?

.....  
.....

5. Ressourcen –Check

Wo bestehen noch Veränderungs/Unterstützungswünsche?

.....  
.....

6. Hypothesen

.....  
.....

7. Interventionsaufgabe

.....  
.....

8. Interventionsinstrumente

ZirkFragen – HypoFr – LösFr – ReFr – PsyDr – RoSp – KomTheater - LeerSt  
Konjunktivistische Interventionen – Suggest – Hypo – Paradoxe Intervention-

.....

## A3

Familieninteraktionsskala<sup>104</sup>

Dimension	Person 1	P 2	P 3
<b>Atmosphäre</b> heiter, gelöst,- gespannt, gereizt, unfreundlich,- abwehrend, steif, ängstlich, unsicher			
<b>Themenkontinuität</b> zielorientiert, peu a peu,- abschweifend, ausagierend, sprunghaft,- zwangshafte Abwehr			
<b>Informationsgehalt</b> reichhaltig, detailliert,- knapp, imperativisch oberflächlich,- episch			
<b>Klarheit</b> transparent, realite Einschätzung,- ironisch, widersprüchlich, sarkastisch,- rigide			
<b>Kooperationsfähigkeit</b> unterstützend,-eigenwillig, isoliert,- starrsinnig, blockierend			
<b>Affekt &amp; - spektrum</b> gefühlreich, ernst, authentisch,- flach,- zuversichtlich, passiv,- gehemmt,- aggressiv			
<b>Witz</b> Wer über Wen, humorvoll,- blödelnd, irrational, unangemessen,- humorlos,- beißend			
<b>Unterbrechungen</b> unterstützend, wertschätzend,- willkürlich,- geltungsbedürftig, aufdringlich, wetteifernd			
<b>Benehmen</b> natürlich, unbefangen,- steif,- herablassend,- schüchtern,- leutselig distanzlos, respektlos			
<b>Beziehungsgestaltung</b> & Grenz unterstützend , schützend,- symbiotisch,- konfliktreich, diffus			
<b>Spontaneität</b> authentisch, impulsiv,- überbordend,- gehemmt			

<sup>104</sup> zur Hypothesenbildung über rigide, neurotische, konstruktive, unterstützende Kommunikationsmuster, anlehnd an Riskin & Faunce 1970, in Watzlawick und Weakland, 1980, S. 160-161,

**Notizen :**

**Christian D. Bollhof**

**Einzel, Konflikt- und Familienberatung**

**Dozent für lösungsorientierte Kurztherapie**

---

*Ich denke, dass die Hauptarbeit mit Klienten darin liegt, Ziele zu klären,-  
und dann beiseite zu springen, wenn sie sich auf den Weg machen.*

*(Jürgen Hargens, mündlich, im April 2008)*

---

**Kontakt**

**Phone : 0201 – 436 95 81**

**Email : Bollhof@yahoo.de**