

Lösungsorientierte Kurztherapie: Stellung im Versorgungssystem, Indikation, Grundannahmen und basale Arbeitsmuster

Gerhard Seidenstücker und Thomas Wehr

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht stellt Grundannahmen, differenzielle Indikationsüberlegungen und basale Arbeitsmuster der lösungsorientierten Kurztherapie (LKT) dar. Die LKT wird als ein narrativer Ansatz im Rahmen der systemischen Therapie-Modelle beschrieben. Hinweise auf Stärken und Defizite der LKT ergeben sich aus einem Vergleich mit dem Graweschen Modell einer allgemeinen Psychotherapie. Es wird ein Modell zur selektiven Indikation der LKT vorgeschlagen und auf damit verbundene diagnostische Strategien hingewiesen. Grundannahmen und Haltungen der LKT, die sich hinsichtlich der Ressourcenorientierung und der Therapeut-Klient-Beziehung von anderen Psychotherapiemodellen unterscheiden, werden kurz erörtert. Abschließend werden die sechs operativen Haupteinheiten der LKT für das Startgespräch sowie für Folgesitzungen beschrieben: Die Gesprächsrahmen, die Checkliste zum Zielfilm Elaborieren, die Spezifikationsfragen, das Verbinden von Zielen, Ausnahmen und Lösungen mit dem Ziel, der Transfer (Zukunftsprojektionen) und die Skalierungsfragen.

Schlüsselwörter: Lösungsorientierte Therapie, differenzielle Indikation, Versorgungssystem

**Solution-focused therapy:
Place in health services, indications, basic assumptions and working structures**

Abstract

Solution-focused therapy (SFT) is seen as a narrative variant in the family of systemic therapies. Basic assumptions of and assumed psychological processes in SFT are described. The results of research studies show that SFT - besides being an interesting counseling strategy for everyday-problems - can effectively be used for minor mental disorders: we describe selective differential therapeutic rules for which we see at least some empirical support. The therapeutic process in SFT is based on two working structures: the action structure of the starting interview(s), in which a solution is constructed, and the action structure of the following interview(s), in which solutions are maintained. Details of these working structures are presented.

Keywords: differential indication, health services, solution-focused therapy

1 Lösungsorientierte Kurztherapie im aktuellen Versorgungssystem

Die lösungsorientierte Kurztherapie (LKT) ist eine relativ junge Therapieform. Sie gehört zur Familie der systemischen Therapien und stellt dort einen Ansatz im Bereich der narrativen Therapien dar (vgl. Tabelle 2).

Im Jahr 1985 publizierte DeShazer, einer ihrer einflussreichsten Erfinder, das erste Buch zu dieser Psychotherapiemethode (DeShazer, 1985). Im deutschsprachigen Raum wurde die LKT ab Beginn der 90er Jahre rezipiert (Ahlers, Hinsch, Rössler, Wagner & Wolf, 1991; Vogt-Hillmann, Eberling & Burr, 1992). Sie traf auf sehr großes Interesse. Das lässt sich u.a. daran ablesen, dass bereits nach kurzer Zeit die ersten Sammelbände erschienen (Eberling & Hargens, 1996; Eberling & Vogt-Hillmann, 1998; Vogt-Hillmann & Burr, 1999; Vogt-Hillmann, Eberling, Dahm & Dreesen, 2000). Diese Berichte illustrieren, wie man mit der LKT bei unterschiedlichen Problemstellungen bzw. Diagnosen in verschiedenen Settings arbeitet und zu welchen Resultaten man dabei kommen kann (vgl. auch O'Connell & Palmer, 2003).

1.1 Einordnung der LKT in die aktuelle psychotherapeutische Landschaft

Wir wollen zunächst einige Hinweise geben, wie sich die LKT in die aktuelle psychotherapeutische Landschaft einordnen lässt. Dazu erläutern wir den Stellenwert der LKT anhand von zwei Tabellen und einer Abbildung.

Grawe, Donati und Bernauer (1994) leisteten mit ihrer umfassenden Metaanalyse der bis ca. Mitte der 80er Jahre vorliegenden Psychotherapiestudien gleichzeitig eine Katalogisierung aller empirisch evaluierten Therapiemethoden. Tabelle 1 stellt die bis Mitte der 80er Jahre empirisch evaluierten Therapiemethoden vor¹. Wie ersichtlich wird die LKT nicht aufgeführt. Denn es gab in den 80er Jahren nur Einzelfallberichte und Katamnesen zur LKT. Beweiskräftigere empirische Einzelfall- oder Gruppenstudien zum lösungsorientierten Vorgehen lagen bis Mitte der 80er Jahre noch nicht vor.

Wenn man sich an prominenten Lehrbüchern der systemischen Therapien orientiert wie etwa dem Buch von von Schlippe und Schweitzer (1996), dann erhält man ein Bild, das erste Anhaltspunkte zur Einordnung der LKT bietet. Tabelle 2 ist an diesem Lehrbuch orientiert, entwickelt dessen Einteilung weiter und präsentiert die gegenwärtige Binnendifferenzierung innerhalb der Familie der systemischen Therapien.

¹ Bei der Bezeichnung der einzelnen Psychotherapieansätze und -methoden sowie der Clusterbildung haben wir uns an Grawe et al. (1994) orientiert. Die in Klammern angeführten Namen und Stichworte sollen der Verdeutlichung dienen.

Tabelle 1: Empirisch evaluierte Therapiemethoden nach Grawe, Donati und Bernauer (1994)

1) Psychodynamische Therapien

- Langzeit-Psychoanalyse (Patient liegend; Freud)
- Psychoanalytische Kurztherapie (10-30 Sitzungen; Patient sitzend mit Fokus)
- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (40-60 Sitzungen; Patient sitzend meist mit Fokus)
- Psychodynamische Therapie ohne nähere Spezifizierung („einsichtsorientiert“)
- Psychodynamische Therapie mit medikamentöser Behandlung
- Ich-Analyse (Anna Freud; Erikson; Horney)
- Individualtherapie (Adler)
- Katathymes Bilderleben (bildhaftes Erleben im geleiteten Tagtraum; Leuner)
- Daseinsanalyse (existentialistisch orientierte Therapie; Binswanger)

2) Humanistische Therapien

- Psychodrama (Moreno)
- Gestalttherapie (Perls & Perls)
- Gesprächspsychotherapie (Rogers; Tausch & Tausch)
- Encountergruppen (Rogers; Tausch & Tausch)
- Humanistische Therapie ohne nähere Spezifizierung
- Transaktionsanalyse (Berne)
- Musiktherapie (Bolay)
- Bewegungs- und körperorientierte Therapie (Kirchmann)
- Tanz- und Kunsttherapie (Duggan; Levick)
- Bioenergetische Therapie (Reich; Lowen)

3) Kognitiv-behaviorale Therapien

- Systematische Desensibilisierung (Wolpe)
- Training sozialer Kompetenz (Hersen; Ullrich & Ullrich de Muynck)
- Reizkonfrontation (Marks & Gelder; Rachman)
- Biofeedback (Rachman & Teasdale)
- Aversionstherapien
- Paradoxe Intention, Symptomverschreibung (Frankl et al.)
- Rational-emotive Therapie (Ellis)
- Kognitive Bewältigungstrainings (Meichenbaum)
- Problemlösungstherapie (Goldfried & D’Zurilla)
- Kognitive Therapie (Beck)
- Depressionstherapie (Lewinsohn)
- Verhaltenstherapeutische Alkoholikerprogramme (Sobell et al.)
- Verhaltenstherapeutische Sexualtherapie (Masters & Johnson)
- Breitspektrum-Verhaltenstherapie (Lazarus)

4) Interpersonale Therapien

- Interpersonale Psychotherapie (spezifische Depressionstherapie; Klerman & Weissman)
- Paartherapie (VT-Paartherapien; Kommunikationstrainings)
- Familientherapie (systemorientierte; VT-orientierte; psychodynamische)

5) Entspannungstherapien und Hypnose

- Progressive Muskelrelaxation (Jacobson)
- Autogenes Training (Schultz)
- Meditation
- Hypnose (Erickson)

6) Eklektische und richtungsübergreifende Therapien

- (Kombination von Therapiemethoden aus verschiedenen Therapierichtungen)
-

Tabelle 2: Richtungen und Varianten systemischer Therapien mit exemplarischen Methoden nach von Schlippe und Schweitzer (1996)

Klassische Ansätze	mit Methoden wie
Strukturelle Familientherapie (Minuchin)	<i>Intergenerationale Grenzen betonen; Subsysteme stabilisieren</i>
Mehrgenerationaler Ansatz (Boszormenyi-Nagy; Stierlin)	<i>Vermächtnisse, Konten klären; Delegation; bezogene Individuation</i>
Genogramm/Familienstammbaum (Bowen)	<i>Genogramme erstellen und interpretieren</i>
Erlebensorientierte Familientherapie (Satir)	<i>Familienskulptur; Reframing/Umdeuten</i>
Strategische Familientherapie (Haley)	<i>Paradoxien; Ordeals; Hausaufgaben</i>
Systemisch-kybernetische Familientherapie/ Mailänder Modell (Selvini-Palazzoli et al.)	<i>Zirkulär fragen; Hypothesisieren; Neutralität; Arbeit mit Paradoxa</i>
Systemaufstellung (Satir; Hellinger)	<i>Paar-, Familien- oder Gruppenaufstellung</i>
Kybernetik 2. Ordnung	
Konstruktivistische Therapie (Boscolo et al.)	<i>Zirkuläre Fragen; Hypothetische Fragen</i>
Reflektierendes Team (Tom Andersen)	<i>Reflektierendes Team</i>
Narrative Ansätze	
Therapie als konstruktionistischer, hermeneu- tischer Dialog (Harlene Anderson & Goolishian)	<i>Dialoge aus einer Haltung des Nicht-Wissens</i>
Narrative Therapie/Therapie als Dekonstruktion (White & Epston)	<i>Externalisieren; Suche nach Ausnahmen</i>
Lösungsorientierte Kurztherapie (DeShazer)	<i>Hypothetische Lösung; Ausnahmen suchen</i>
Systemisch-konstruktivistische Ansätze	
Systemisch-konstruktivistische Therapie (von Schlippe & Schweitzer)	<i>Integrative Arbeit mit den in den voraus- gehenden Richtungen genannten Methoden auf Grundlage konstruktivistischer Haltungen</i>
Hypnosystemischer Ansatz (Schmidt)	<i>Systemisch-konstruktivistische Methoden verbunden mit Konzepten der Ericksonschen Hypnotherapie</i>

Mit Tabelle 2 kann Folgendes verdeutlicht werden: Die noch bei Grawe et al. (1994) vertretbare Clusterbildung „Familientherapie (systemorientierte; VT-orientierte; psychodynamische)“ ist heute nicht mehr angemessen. Sie lässt die mittlerweile große Binnenvarianz innerhalb der Familie der systemischen Therapien außer Acht und suggeriert Homogenität, wo faktisch große theoretische, haltungsmäßige und methodische Unterschiede bestehen.

Zur angemessenen Darstellung ist heute eine Clusterbildung innerhalb der Familie der systemischen Therapien erforderlich, wie sie Tabelle 2 zeigt. Die Clusterbildung orientiert sich an den Entwicklungsphasen systemischer Therapien. Die jeweiligen Entwicklungsübergänge sind durch qualitative Veränderungen in den Grundannahmen gekennzeichnet.

Die klassischen Modelle der systemischen Therapien in Tabelle 2 werden heute als Kybernetik 1. Ordnung bezeichnet. Die Kybernetik 1. Ordnung wird mittlerweile kritisch gesehen, weil sie dem Therapeuten einen Standpunkt außerhalb des Systems zubilligt und ein Denken in Kategorien von Steuerung und Kontrolle der Patienten begünstigt. Der Begriff der Kybernetik 2. Ordnung soll signalisieren, dass der Therapeut nicht mehr als unabhängige Größe gesehen wird, sondern einen zusätzlichen Systemteil darstellt, der einen Kontext für das Patientensystem bildet. Der Therapeut besitzt demnach keine Systemsicht höherer Dignität, die für den Patienten maßgebend ist. Damit verzichtet der Therapeut auf Kontrolle und Steuerung.

Das dritte Cluster der narrativen Ansätze wechselt die Leitmetapher von der Kybernetik zu Narrationen (Geschichten), die Menschen erzählt bekommen und die sie sich und/oder anderen erzählen. Therapeutisch interessiert, welcher Art diese Geschichten sind, was dabei in den Vordergrund gerückt wird, was in den Hintergrund tritt und was ausgeblendet wird. Das letzte Cluster des systemisch-konstruktivistischen Vorgehens ist durch hoch komplexe und konstruktivistische (von Schlippe & Schweitzer, 1996) bzw. hypnosystemische (Schmidt, 2004) Umzentrierung der Methoden aller vorhergehenden Cluster gekennzeichnet.

Die Reihenfolge der Cluster in Tabelle 2 spiegelt die zeitliche Abfolge der Entwicklungsphasen systemischer Therapien wider. Während die klassischen Ansätze der systemischen Therapien in den 50er Jahren entstanden, wurde die LKT deutlich später in den 70er Jahren konzipiert und in den 80er Jahren durch Publikationen und Workshops der Arbeitsgruppe um DeShazer zunehmend bekannter.

1.2 Zur Rezeption der LKT

Im Anschluss an Grawes Vorschläge zu einer Allgemeinen bzw. Psychologischen Psychotherapie (Grawe et al., 1994, Grawe, 2005) ist die Dimension der Ressourcenorientierung wieder stärker in den Vordergrund gerückt. Ressourcenorientierte Psychotherapie folgt der Maxime, bei Veränderungen stärker an die vorhandenen idiosynkratischen Fähigkeiten, Interessen und Wertorientierungen des jeweiligen Patienten anzuschließen. Diese Zentrierung ist nicht neu: wir finden sie bereits in der Ich-Analyse (Anna Freud; Horney).

Wir verweisen in Tabelle 3 auf Arbeiten aus unterschiedlichen psychobiosozialen Arbeitsrichtungen, in denen über Vorstellungen und Erfahrungen mit der Verwendung lösungsorientierter Therapieelemente im Kontext ihres praktizierten Therapieansatzes berichtet wird.

Tabelle 3: Hinweise auf Vertreter unterschiedlicher psychobiosozialer Arbeitsrichtungen, die über ihre Vorstellungen oder Erfahrungen mit der Verwendung lösungsorientierter Therapieelemente im Kontext ihrer Heimattherapie berichten

Psychopharmakotherapie

Trautman (2000). Integrating solution-focused brief therapy and psychopharmacological treatment.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Kaimer (1995). Lösungsorientiert zuerst! Ein Vorschlag.

Kaimer (1999). Lösungsfokussierte Therapie.

Kosfelder (2000). Handlungsorientierung durch Lösungsfokus.

Naumann (1996). Lösungsorientierte Therapie und VT: Was für eine Verhaltensanalyse darf's denn sein?

Willutzki, Neumann, Haas, Koban & Schulte (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen.

Wilms, Wittmund & Mory (2004). Ein bisschen Angst hat schließlich jeder.

Psychoanalyse/Tiefenpsychologie

Fürstenau (1996). Lösungsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie: Effizienzsteigerung und Behandlungsverkürzung durch Synergie.

Fürstenau (1998). Esoterische Psychoanalyse, Exoterische Psychoanalyse und die Rolle des Psychotherapeuten in der lösungsorientierten psychoanalytisch-systemischen kurz- und mittelfristigen Psychotherapie.

Vogt (1996). Zur Integration lösungsorientierten und analytisch orientierten kurzzeittherapeutischen Vorgehens in der tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Praxis.

Gesprächspsychotherapie

Höder (1992). Wie können wir Therapien verkürzen?

Humanistische Psychotherapie

Hülster (2002). Der Weg, einfache Lösungen zu finden.

Narrative Therapie

Dykes & Neville (2000). Taming trouble: Using externalized characters in solution-focused therapy.

Strategische Therapie

Quick (1996). Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach.

Systemaufstellungen

Sparrer (2001). Wunder, Lösung und System: lösungsfokussierte systemische Strukturaufstellungen für Therapie und Organisationsberatung.

Systemische Körpertherapie

von Ploetz (1999). Systemische Körpertherapie als lösungsorientierte Kurztherapie.

Selbsthilfe

Stroß (2001). Selbstveränderung. Ressourcen, Modelle, Methoden.

Ressourcenorientiertes Vorgehen erscheint heute vielen als die überfällige Gegenbalance zu etablierten expertenbestimmten Vorgehensweisen, welche dazu neigen, die jeweils geforderten tiefenpsychologischen, gesprächspsychotherapeutischen, verhaltensorientierten oder kognitiven Veränderungsmittel zum Nonplusultra der Klärung und Problembewältigung zu deklarieren. Die Strategie, Veränderungen über Anschluss an und Nutzung der Begabungen und Fähigkeiten des Patienten zu erreichen, hat sich empirisch bewährt (Grawe, 2005).

Kaum ein anderer psychotherapeutischer Ansatz hat konsequenter und mit einfacheren Mitteln Ressourcenorientierung und patientengenerierte Ideen zur Problembewältigung in den Vordergrund gestellt als die LKT. Aufgeschlossene Vertreter unterschiedlicher Therapierichtungen haben sich recht bald im Kontext ihrer Heimattherapie mit den Möglichkeiten der LKT beschäftigt (z.B. Fürstenau, 1996; Höder, 1992; Hülster, 2002; Kaimer, 1995; Schulte, 1996; Trautman, 2000). Dazu erwiesen sich die Lehrbücher von Walter und Peller (1994) sowie DeJong und Berg (1998) als nützliche Katalysatoren.

Die Arbeit von Willutzki, Neumann, Haas, Koban und Schulte (2004; vgl. Tabelle 3) vergleicht kognitive Verhaltenstherapie mit einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen bei der Psychotherapie sozialer Ängste. Sie ist besonders informativ, weil sie in Form einer randomisierten kontrollierten Studie die etablierte und sehr wirksame kognitive Verhaltenstherapie sozialer Ängste mit einem lösungsorientiert optimierten kognitiv-behavioralen Therapieansatz vergleicht. Die Ergebnisse sprechen für eine deutlich höhere Wirksamkeit der Kombinationstherapie (kognitive Verhaltenstherapie plus lösungsorientierte Strategien).

Die Anzeichen mehren sich, dass die LKT im Versorgungssystem wahrgenommen und kompetent genutzt wird.

1.3 LKT im psychobiosozialen Versorgungssystem

Psychotherapie stellt nicht die einzige Möglichkeit zur Behandlung psychischer Störungen dar. Neben psychotherapeutischen Maßnahmen können biologische und soziale Maßnahmen Leid mindern und Gesundheit fördern.

Abbildung 1 soll die Leitidee einer psychobiosozialen Versorgung illustrieren. Sie kann verdeutlichen, dass der derzeitige Stand psychobiosozialer Maßnahmen auf ein hoch komplexes Versorgungssystem für psychische Störungen hinausläuft, in dem die LKT eine unter vielen therapeutischen Möglichkeiten darstellt.

Komplexe Versorgungssysteme erfordern differenzierte Indikationsregeln. Betrachten wir nur den psychotherapeutischen Teil des Versorgungssystems, so ist dieser mit seinen vielfältigen

Abbildung 1: Zum Ort der LKT innerhalb des Versorgungssystems für psychische Störungen



ambulanten und stationären Angeboten differenziert ausgebaut (vgl. Barghaan, Harfst, Koch & Schulz, 2004) und bietet so viele Optionen, dass Entscheidungen erforderlich sind. Diese Entscheidungen können sich darstellen als Entscheidungen zwischen Teilen des Versorgungssystems (ambulant vs. stationär), zwischen Therapierichtungen, innerhalb von Therapierichtungen und ggf. als Entscheidungen über die Sequenzierung von Angeboten (z.B. bei Angststörungen: ‚Beratung und dann Familientherapie‘ vs. ‚Beratung und dann graduierte Exposition in vivo‘) sowie als Entscheidungen über kombinierte Angebote (z.B. bei Paarproblemen:

‚Partnerschaftstherapie und gleichzeitige Einzeltherapie eines Partners‘ vs. ‚nur Partnerschaftstherapie‘). In Fachkliniken und Spezialstationen stellen sequenzierte und kombinierte Therapieangebote bereits den Versorgungsstandard dar. Damit stellen sich aber auch weitere, häufig nicht bedachte Fragen, wie z.B. die, ob sich kombinierte oder sequenzierte Therapieangebote in ihren Wirkungen unterstützen oder ob sie sich gegenseitig blockieren.

1.4 Indikation zur LKT

Bedauerlicherweise beruhen Entscheidungen im Kontext ambulanter und stationärer psychobiosozialer Versorgung auch heute noch nicht selten auf unzulänglichen Kenntnissen, vorgefassten Meinungen und sehr beschränkten Kompetenzen der Therapeuten. Sonst hätte Grawes harmloses Plädoyer für Erweiterung und Flexibilisierung psychotherapeutischer Kompetenz und Leistung (Leitidee einer Psychologischen Psychotherapie) kaum so viel Aufregtheit auslösen können (Grawe, 2005). Aufgrund der Vielfalt validierter therapeutischer Optionen haben wir heute die Möglichkeit, für jeden Patienten mit seinen Problemen und Störungen im Rahmen einer Psychologischen Psychotherapie aussichtsreichere psychobiosoziale Versorgungsangebote zu selektieren und adaptiv zu gestalten als das etwa vor 15 Jahren möglich war. Dazu muss sich aber die Psychotherapiezunft, wie das Schulte (2004) zu Recht fordert, höhere Ziele setzen. Schulte betont, dass die Profession auf Dauer ihre Akzeptanz verlieren wird, wenn sie sich mit der weichen Formulierung begnügt, sie *könne* helfen. Er argumentiert, dass sie auf dem derzeitigen Entwicklungsniveau ihr tatsächliches Können beweisen sollte, indem sie Versorgungsangebote bereitstellt, die realiter in hohem Maße wirksam sind.

Bei der selektiven Indikation geht es um Fragen wie: Bei diesem Patienten mit dieser psychischen Störung ist welche psychobiosoziale Behandlungsmaßnahme, welche Sequenz von psychobiosozialen Maßnahmen, welche Kombination von psychobiosozialen Maßnahmen oder welche Kombinationssequenz von psychobiosozialen Maßnahmen zu welchen Zielsetzungen in welchen Settings wie angemessen und wie effizient? Einmal selektierte psychobiosoziale Maßnahmen sind im Verlauf einer Behandlung nicht selten an Erfordernisse, Ressourcen und Präferenzen des Patienten zu adaptieren (vgl. Seidenstücker & Roth, 1998).

Was bedeutet das für die LKT? Hier sind zu Fragen der selektiven und adaptiven Indikation randomisierte und quasi-experimentelle Therapiestudien, Katamnesen, Einzelfallstudien und Einzelfallberichte zur Klärung ihres Wirkungsspektrums heranzuziehen. Was sagen empirische Untersuchungen über Stärke, Breite und Dauer ihrer Wirksamkeit?

DeShazer teilt mit, dass an seinem Therapiezentrum keine Kriterien für die Indikation zur LKT benutzt werden. Es wird ohne differenziertere Eingangs- oder Verlaufsdagnostik mit

allen Patienten und allen Diagnosen gearbeitet (DeShazer, 1996, S. 73). DeJong und Hopwood (1996) berichten, dass bei 275 mit LKT behandelten Personen weder die Diagnosen noch andere Merkmale wie Alter, Bildung oder ethnische Zugehörigkeit eine Vorhersage des Therapieerfolgs gestatteten. Sie meinen, daraus auf eine generelle Wirksamkeit der LKT schließen zu können. Angesichts der sehr einfachen Erfolgskriterien (ohne reichhaltige Messung von Wirkungsstärke und -breite) und der kurz angelegten Katamnesen kann man ihre Schlussfolgerung aber nicht als empirisch gut begründet betrachten. Das hat auch damit zu tun, dass die LKT (wie alle bisher empirisch untersuchten Psychotherapien) in vielen Fällen nicht erfolgreich ist. Lee (1997) berichtet über Untersuchungen, die Erfolgsquoten von 65% bis 80% nach einer LKT mitteilen. Das bedeutet, dass LKT im ungünstigen Fall bei ca. einem Drittel der behandelten Personen nicht erfolgreich ist. Wovon hängen Erfolg und Versagen der LKT ab?

DeShazer (1997, S. 130) beurteilt das Versagen der LKT als „Zufallsgeschehen“. Entgegen der Auffassung von DeShazer lassen sich aus den Evaluationsergebnissen zur LKT aber durchaus Zusammenhänge zwischen Art bzw. Schweregrad der psychischen Störung und dem Ausmaß der Wirkung bzw. von Erfolg oder Misserfolg einer LKT ablesen. Dazu findet man Hinweise in den im Folgenden angeführten Studien sowie bei Gingerich (2000) und Sundman (1998). Es gibt also relative Kontraindikationen für die LKT.

So meinen Beyebach und Rodriguez Morejón (1998) aufgrund ihrer Erfahrungen, dass LKT bei Störungen wie Anorexie oder schweren Partnerschaftsproblemen im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Maßnahmen weniger erfolgreich ist. Lee (1997) hat die Wirkungen der LKT bei Familien untersucht. Die Anliegen der männlichen und weiblichen Klientel dieser Studie reichten von Problemen mit ihren Erziehungsfertigkeiten als Eltern bis zu Problemen innerhalb der Familie. Die Ergebnisse der Katamnesestudie deuten differenzielle Effekte an: LKT war deutlich wirksamer bei schulischen oder emotionalen Problemen der Kinder als bei innerfamiliären Problemen. Das könnte daran liegen, dass Schulschwierigkeiten und emotionale Probleme der Kinder klarer umrissen und auf eine Person bezogen sind, während Familienprobleme oft ein komplexes Geflecht schwer abgrenzbarer Wechselwirkungen darstellen.

Aus den Evaluationsdaten von DeJong und Berg (1998) ergeben sich Hinweise darauf, dass LKT in Selbstbeurteilungsdaten bei Panikattacken (50%) und Gesundheitsproblemen (60%) und in Fremdbeurteilungen bei dysthymen Störungen (50%) die relativ geringsten Erfolgsquoten aufweist. Vermutlich stellen diese Erfolgsquoten Wirksamkeitsüberschätzungen dar, weil sie u.a. nicht aus randomisierten Patientenstichproben stammen, sondern aus Stichpro-

ben, die unter dem Aspekt der Kurzversorgung eher im Sinne geringerer Symptomschwere vorselegiert und an eine Kurzzeiteinrichtung empfohlen wurden.

Die bisher stringenteste Untersuchung zu Leistungsfähigkeit und Wirkungsspektrum der LKT bei unterschiedlichen, leicht ausgeprägten Störungsbildern haben Knekt und Lindfors (2004) publiziert (siehe Kasten 1). Ihre Studie spricht dafür, dass LKT nicht als Omnibus-Therapie zu verstehen ist, die in jedem Fall angezeigt ist, sondern dass sie eher für leichte bis mittelschwere Symptomausprägungen indiziert ist.

Kasten 1: Evaluation der LKT bei leicht ausgeprägten Störungsbildern (Knekt & Lindfors, 2004)

Die bisher stringenteste Untersuchung zu Leistungsfähigkeit und Wirkungsspektrum der LKT bei affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen, die alle leicht ausgeprägt waren (\bar{x} im BDI = 18.8 mit $s = 7.6$; \bar{x} in SCL-anxiety = 1.31 mit $s = 0.60$), haben Knekt und Lindfors (2004) publiziert. Diese randomisierte kontrollierte Studie vergleicht die Wirksamkeit der LKT mit zwei Varianten psychodynamischer Therapien (Kurzzeitvariante bis 20 Sitzungen; längerfristige Variante bis ca. 300 Sitzungen) und der klassischen Psychoanalyse (bis ca. 700 Sitzungen). An der naturalistischen Studie (ohne Kontrollgruppe) nahmen 367 Patienten und 71 niedergelassene Therapeuten aus dem Versorgungsgebiet Helsinki und Umgebung teil. Bei den affektiven Störungen hatten die Patienten folgende Diagnosen: nur eine Episode majorer Depression (24%), rezidivierende majorer Depression (42%), unspezifizierte Depression (25%) und bipolare Störung Typ II (3%). Die Angststörungen verteilten sich wie folgt: soziale Phobie (17%), generalisierte Angststörung (10%), Panikstörung (9%), spezifische Phobie (3%), Zwangsstörung (4%) und unspezifizierte Angststörung (8%). Komorbidität von affektiven und Angststörungen lagen bei 29% der Patienten vor. Persönlichkeitsstörungen wiesen 18% der Patienten auf.

Geplanter Katamnesezeitraum für die vier Treatmentvarianten sind fünf Jahre. Knekt und Lindfors (2004) teilen in der ersten Projektpublikation nur die Ergebnisse des Vergleichs von LKT ($n = 97$) und psychodynamischer Kurzzeittherapie (PKT; $n = 101$) zu vier Messzeitpunkten über einen einjährigen Katamnesezeitraum mit (3., 7., 9. und 12. Monat).

Bei den leichten affektiven Störungen und den leichten Angststörungen waren LKT und PKT gleich wirksam. Nur bei den leichten Persönlichkeitsstörungen war die PKT zum Zeitpunkt der Jahreskatamnese wirksamer als die LKT (46% symptomfreie Patienten vs. 21%). Bei den mit LKT behandelten Patienten waren zum Zeitpunkt der Jahreskatamnese 39% mit majorer Depression und 52% mit Angststörungen symptomfrei. Dabei erwies sich die LKT (10.1 Sitzungen) im Vergleich zur PKT (15.3 Sitzungen) in allen Fällen als effizienter.

Interessant ist, dass sich aus neueren Therapiestudien ansatzweise auch quantitative Wirkungsunterschiede zwischen der LKT und anderen Therapien im Bereich der affektiven Störungen erkennen lassen. So werden Patienten mit affektiven Störungen in der Studie von Knekt und Lindfors (2004) mit LKT behandelt und in der Studie von Jones und Asen (2002) mit systemisch-konstruktivistischer Paartherapie. Die Leistungsfähigkeit der LKT reicht von leichten bis mittelschweren affektiven Störungen. Mit systemisch-konstruktivistischer Paartherapie erreicht man auch Verbesserungen bei schweren affektiven Störungen: der Prozentrang des BDI-Mittelwerts der Patienten von Jones und Asen (2002) liegt bei 67. Solche empirischen Hinweise sind für Fragen der Indikationsstellung bei affektiven Störungen relevant.

Nun sind die vorliegenden Daten zur LKT (Einzelfallberichte, Einzelfallstudien, Katamnesen sowie experimentelle und naturalistische Therapiestudien unterschiedlicher Stringenz) nicht besonders zahlreich und bieten noch kein dichtes Erfahrungsnetz. Nichtsdestoweniger hat man - für welche psychobiosoziale Maßnahme auch immer - Indikationsregeln und Handlungsleitlinien zu formulieren. Gründe dafür ergeben sich aus der Handlungsnorm aller Heilberufe, einen Patienten bei allem, was man therapeutisch tut, in erster Linie nicht zu schädigen (*Primum nil nocere!*). Dieser Leitsatz gilt eben auch für psychotherapeutische Tätigkeiten. So wissen wir mittlerweile, dass Psychotherapie hinsichtlich ihres Belastungscharakters mit einer schweren Operation vergleichbar ist (Sulz, 1998). Und es spricht viel dafür, ausbleibenden Erfolg einer nichtindizierten Therapie bei verfügbarer erfolgversprechender Alternativbehandlung als eine Schädigung des Patienten zu betrachten.

Von diesen Überlegungen ausgehend und einen Vorschlag von Kaimer (1995) differenzierend schlagen wir als **sequenzielles Indikationsmodell für die LKT** die folgende Vorgehensweise **in vier Schritten** vor²:

Erster Schritt: Kontraindikationen und Indikationen abklären

Absolute Kontraindikationen für alle Kurzzeittherapien (vgl. dazu Laireiter, 1998; Sulz, 1998) **und damit auch die LKT** sind die folgenden Störungen/Diagnosen:

- alle psychischen Störungen, auf die im Akutstadium nach herrschender Lehrmeinung keine Form der Psychotherapie anwendbar ist wie akute psychotische oder hirnorganische Störungen
- Persönlichkeitsstörungen wie Borderlinestörungen, depressive, narzisstische, passiv-aggressive, schizoide Persönlichkeitsstörungen
- massive Ängste
- ständiges Ausagieren
- schwere Substanzabhängigkeiten
- alle mehr als mittelschwer ausgeprägten psychischen Störungen, die in Selbstbeurteilungsskalen über den Prozentrang von 50 hinausgehen

Zur Messung des Schweregrads aller häufiger auftretenden psychischen Störungen liegen normierte Selbstbeurteilungsskalen, z.T. auch Fremdbeurteilungsskalen vor (vgl. Testzentrale, 2004). Die ausgeschlossenen Diagnosen bzw. durch Prozentrang > 50 ausgeschlossenen Störungsschweregrade lassen sich vor allem durch Psychopharmakotherapien (vgl. Bandelow, Bleich & Kropp, 2004; Woggon, 2006) und in einigen Fällen auch durch andere psychotherapeutische Verfahren wirksamer behandeln. Es versteht sich, dass nach abgeschlossener Akutbe-

² Das Modell ist als vorläufig zu betrachten und muss anhand von künftigen empirischen Untersuchungen und Erfahrungen fortgeschrieben werden.

handlung in der dann anschließenden Phase der Nachsorge oder Rezidivprophylaxe einige der angeführten absoluten Kontraindikationen mindestens adjuvant auch mit LKT behandelbar sind.

Positive Indikationen für die LKT sind nach den vorliegenden Erfahrungen und Befunden leicht bis mittelschwer ausgeprägte psychische Störungen wie:

- *leichte bis mittelschwere* Agoraphobien (ohne Panikstörung)
- *leichte bis mittelschwere* akute Belastungsstörungen wie Anpassungsstörungen nach Verlusten, Posttraumatische Belastungsstörungen
- *leichte* depressive Störungen
- *leichte bis mittelschwere* psychische Störungen bei oder nach Gesundheitsproblemen
- *leichte bis mittelschwere* innerfamiliäre Probleme
- *leichte* Panikstörungen
- *leichte bis mittelschwere* Partnerschaftsprobleme
- *leichte bis mittelschwere* soziale Phobien
- *leichte bis mittelschwere* Trauerreaktionen
- *leichte bis mittelschwere* schulische oder emotionale Probleme von Kindern

Zweiter Schritt: Für die indizierten Patienten bietet man LKT bis zur 5. Sitzung an

Patienten, die keine der oben genannten absoluten oder relativen Kontraindikationen aufweisen, werden 5 Sitzungen lang mit LKT behandelt. Die Ergebnisse der LKT werden in jeder Sitzung mit Hilfe der üblichen Skalierungsfragen erhoben. Zur regelmäßigen Wirkungsmessung werden als Instrumente die jeweiligen störungsspezifischen Selbstbeurteilungsskalen (vgl. Testzentrale, 2004) verwendet.

Dritter Schritt: Zwischenbilanz am Ende der 5. Sitzung

Als gravierende Schwierigkeiten in der LKT gelten Fälle, in denen Patienten bis zur 5. Sitzung keine Verbesserungen berichten. Die DeShazer-Gruppe arbeitet auch unter diesen Bedingungen mit LKT weiter und sucht nach Therapeutenfehlern: z.B. nach Fehleinschätzungen der therapeutischen Beziehung, nach schlecht definierten Zielen oder nach fehlerhaft realisierten Einladungen zur hypothetischen Lösung. Anschließend versucht man, das lösungsorientierte Therapieangebot durch adaptive Fehlerkorrekturen für die Patienten nützlicher zu machen.

Die Arbeitsgruppe von Kaimer (1995) verfährt anders: sie ändert in Fällen, in denen bis zur 5. Sitzung keine Verbesserungen erreicht werden, den Therapieansatz und bietet den Patienten

Lösungen an, die zum Beispiel auf verhaltenstherapeutischen Methoden, kognitiven Methoden oder dem Selbstmanagement-Ansatz beruhen.

Wir halten Kaimers (1995) Vorgehensweise für angemessener und ziehen spätestens anhand der Ergebnisse der diagnostischen Instrumente am Ende der 5. Sitzung eine Zwischenbilanz:

- ⇒ Falls substantielle Verbesserungen erreicht wurden, wird die LKT fortgeführt.
- ⇒ Falls keine Verbesserungen erreicht wurden, wird der Therapieansatz gewechselt.

Vierter Schritt: Wenn am Ende der 5. Sitzung keine Verbesserungen vorliegen

Wenn bis zur 5. Sitzung keine Verbesserungen vorliegen, sollte in Abhängigkeit von der Diagnose oder Problemstellung und den Patientenpräferenzen ein problemlösungsorientiertes Vorgehen oder ein problemfokussierter Ansatz gewählt werden:

- Wenn eine Problemklärung im Vordergrund steht, kommt in erster Linie ein problemfokussierter Ansatz in Betracht (z.B. psychodynamische Fokaltherapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie).
- Wenn Problembewältigung vorrangig ist, ist ein problemlösungsorientierter Ansatz angezeigt wie ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen, ein kognitives Vorgehen oder ein kognitiv-behaviorales Vorgehen.
- Erst an dritter Stelle sind Verfahren zu wählen, die in einer intensiven therapeutischen Beziehung und bei starker emotionaler Beteiligung die Änderung zentraler Steuerungsprozesse des Selbst anstreben (z.B. emotionsfokussierte Therapie in der Form von Greenberg, Watson & Goldman, 1998).

Geltungsbedingungen des sequenziellen Indikationsmodells

- ⇒ Die Vorschläge gelten nur für den Fall, dass ein Patient ausschließlich mit LKT behandelt werden soll. Die Vorschläge gelten nicht, wenn ein Patient von mehreren Einrichtungen gleichzeitig oder nacheinander psychobiosozial versorgt wird und LKT als eine Methode unter anderen in einem Versorgungsverbund eingesetzt wird. LKT kann also in vielen Fällen durchaus als therapeutisches Adjuvans eingesetzt werden.
- ⇒ Im Übrigen ist es im Forschungskontext unter bestimmten Bedingungen legitim, nach *informed consent* monotherapeutisch zu behandeln, um empirisch noch schwach gestützte selektive Indikationsregeln einer Prüfung zu unterziehen und sich bis an die Leistungsgrenzen einer Therapiemethode vorzutasten. Das geht aber nur dann, wenn die psychobiosoziale Nachsorge aller Patienten gesichert ist, die die Therapie vorzeitig abbrechen oder auf das beforschte Therapieangebot nicht ansprechen.
- ⇒ Das dargestellte sequenzielle Indikationsmodell zur Anwendung der LKT stellt ein Hilfsmittel dar, um den Grundsatz des „Primum nil nocere!“ umzusetzen. Dazu bieten sich natürlich weite-

re Urteilsheuristiken an. Da es hier nicht um Vollständigkeit geht, weisen wir auf diese Heuristiken nur kurz hin.

Wenn man sich zum Beispiel an Grawes Überlegungen zu einer Psychologischen Psychotherapie (Grawe, 2005) orientiert, dann lassen sich in diesem Rahmenmodell weitere Hinweise finden, die dafür sprechen, dass die LKT vermutlich nicht für alle Störungen, Schweregrade von Störungen oder Patienten hinreichend ist. Als Gründe lassen sich anführen:

- 1) LKT setzt vor allem auf Ressourcenaktivierung und beschränkt sich bei der Problembewältigung auf imaginative Methoden.
- 2) Zudem realisiert die LKT einige therapeutische Wirkprinzipien einer Psychologischen Psychotherapie sensu Grawe kaum oder sehr unzureichend:
 - a) sie verfügt über keine differenzierteren Angebote zur Problemklärung
 - b) sie sieht keine „reale“ Problemaktivierung und -bewältigung im Therapiezimmer zum Beispiel qua Rollenspiel vor
 - c) sie sieht keine „reale“ Problemaktivierung und -bewältigung außerhalb des Therapiezimmers in der Alltagswelt vor
 - d) sie sieht keine Kombination ihres Vorgehens mit biologischen Behandlungsstrategien wie psychopharmakologischen Maßnahmen vor

Vor dem Hintergrund des Rahmenmodells Psychologische Psychotherapie sind die oben referierten Ergebnisse der relativ geringeren Erfolge der LKT bei Panikattacken und dysthymen Störungen also nicht überraschend. Bei der Behandlung solcher Störungen führen multimodale Problemaktivierung und Problembewältigung, wie sie kognitiv-behaviorale Therapieansätze anbieten, zu ausgeprägteren Therapieerfolgen (Grawe et al., 1994).

Für die Verbundversorgung in der Praxis werden heute noch weitergehende Rahmenmodelle entwickelt. Mit dem Konzept der leitlinienorientierten integrierten Versorgung psychischer Störungen liegen erste Lösungsansätze für die komplexen diagnostischen und interventionsgestaltenden Entscheidungsprozesse im ambulanten und stationären Versorgungssystem vor. Härter und Bermejo (2005) haben dazu exemplarisch ein Rahmenkonzept „Integrierte Versorgung Depression“ vorgestellt. Störungsspezifische evidenzbasierte Leitlinien ermöglichen psychobiosoziale Versorgungsentscheidungen, die relativ zum gegenwärtigen Informationsstand als gut begründet betrachtet werden können. Es wäre wünschenswert, indikative Überlegungen zur LKT an das Konzept einer leitlinienorientierten integrierten psychobiosozialen Versorgung von Härter und Bermejo (2005) anzubinden.

2 Grundannahmen und Haltungen in der LKT

Viele Therapierichtungen, beginnend mit der Psychoanalyse, haben aus Aufwands- und Kostengründen Kurzzeitvarianten entwickelt. Das gegenwärtige Panorama der Kurzzeittherapien findet man bei Laireiter (1998) und Sulz (1998) beschrieben. Die lösungsorientierte Therapie stellt eine der modernen Kurzzeittherapien dar.

Die LKT ist eine originelle Kurzzeittherapie. Sie macht therapiemethodisch nur wenige Anleihen bei anderen Kurzzeittherapien. Anders verhält es sich mit ihren Grundannahmen. Eine Annahme der LKT besagt: „Änderung geschieht stets“. Diese Auffassung teilt die LKT z.B. mit dem Konzept der positiv erlebten Ungewissheit in der modernen Beratungspsychologie (Scheller, 1998).

Eine weitere Annahme der LKT besagt, dass eine Ausrichtung auf die vorhandenen Lösungskapazitäten des Patienten Veränderungen erleichtert. Auch diese Annahme hat ihre Vorläufer. Man findet sie in der Ich-Analyse (z.B. Anna Freud, Horney, Erikson) formuliert und später auch von Erickson vertreten. Erickson, der als Weltmeister der Psychotherapie apostrophiert wird (z.B. Zeig, 1985), sah in den Ressourcen des Patienten die prioritäre Anknüpfungsstelle für die psychotherapeutische Kooperation. DeShazer und seine Arbeitsgruppe war in Anlehnung an Erickson bestrebt „das, was die Klienten mitbringen, nutzbar zu machen und ihnen zu helfen, es so zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse einzusetzen, dass sie ihr Leben aus eigener Kraft befriedigender gestalten können“ (DeShazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Ginge- rich & Weiner-Davis, 1986, S. 183).

Erickson war außerordentlich innovativ und ging noch weiter. Sein Verständnis von Psychotherapie ließ zum Beispiel die ungewöhnliche Idee zu, Symptome nicht nur als Negative zu sehen, sondern sie im passenden Kontext als Fähigkeiten zu nutzen („Symptome utilisieren“). Derart angemessen ungewöhnliche Denkweisen sind heute zu Markenzeichen systemisch-konstruktivistischer und hypnosystemischer Arbeit geworden und von dort unter dem Motto „Symptome als Ressourcen“ in die LKT importiert worden (Ozeki, 2002). Das ist nicht die einzige Stelle, an der die LKT noch angereichert werden könnte.

2.1 Die Grundannahmen

Die Techniken der LKT können nur auf der Basis ihrer Grundannahmen und Haltungen angemessen verstanden und praktiziert werden. Deshalb stellen wir sie vor den Leitfäden dar. Grundannahmen und Haltungen der LKT werden z.B. bei DeJong und Berg (1998) sowie

Walter und Peller (1994) ausführlich dargestellt (vgl. Seidenstücker & Wenzel, 2001). In erster Annäherung lassen sich Grundannahmen und Haltungen folgendermaßen formulieren:

- Leben stellt jeden vor eine nicht enden wollende Reihe von Problemen.
- Menschen haben alle Ressourcen, um ihre Probleme zu lösen.
- Wenn jemand aber stärkere Probleme hat, die er längerfristig nicht bewältigen kann, dann kann es dazu kommen, dass er in eine Problemtrance gerät und zum Patienten wird.
- Die Klärungs- oder Bewältigungsmethoden der LKT unterscheiden sich sehr deutlich von denen traditioneller Therapieformen. Es geht in einer LKT nicht um das Aufdecken von unbewussten Konflikten (wie z.B. in der Tiefenpsychologie), die Selbstexploration von Gefühlen (wie in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie), die Gestaltung von Lernprozessen (wie in der Verhaltenstherapie) oder die Änderung von dysfunktionalen Kognitionen (wie in der kognitiven Therapie von Beck oder in der rational-emotiven Therapie von Ellis).
- Ziel der LKT ist vielmehr, Patienten im Anschluss an ein Gespräch über ihre Probleme durch Fragen in solche Gesprächsrahmen einzuladen und ihnen solche Rückmeldungen, Botschaften und Aufgaben zu geben, dass sich ihr Aufmerksamkeitsfokus weg vom Problem hin zu realisierbaren Lösungsvorstellungen bewegt.

In der folgenden Tabelle 4 führen wir die Grundannahmen und Haltungen der LKT auf. Wir skizzieren ihre Bedeutung, indem wir andeuten, was die Grundannahmen und Haltungen ermöglichen, was sie bewirken können, womit sie zusammenhängen oder was sie heuristisch nahe legen.

Tabelle 4: Quintessenz dessen, was die Grundannahmen und Haltungen der LKT ermöglichen, was sie bewirken können, womit sie zusammenhängen oder was sie heuristisch nahe legen

Grundannahme und Haltung	Was die Grundannahme/Haltung ermöglicht, bewirkt, womit sie zusammenhängt, was sie heuristisch nahe legt
1.) Eine Ausrichtung auf das Positive, die Lösung und die Zukunft erleichtert die Veränderung in die gewünschte Richtung.	<ul style="list-style-type: none"> - Erinnerungen an problemfreiere Zeiten oder Zeiten des Erfolges werden wieder verfügbarer. - Patienten formen mentale Repräsentationen von sich, wie sie Probleme lösen. - Eine positive Beziehung zwischen Therapeut und Patient sowie die Repositivierung der Beziehung zwischen Partnern oder Familienmitgliedern wird gefördert.
2.) Zu jedem Problem können von Therapeut und Patient Annahmen und Lösungen konstruiert werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Ziele und Lösungen können nach kurzem Problemgespräch ausgehend von den Wünschen und Fähigkeiten des Patienten konstruiert werden (und nicht nur über den Umweg einer detaillierten Problemanalyse).

- | | |
|--|---|
| 3.) Nichts ist immer dasselbe. Änderung geschieht stets. | <ul style="list-style-type: none"> - Person-Umwelt-Systeme sind in ihren zahlreichen Systemebenen ständig in Veränderung. - Im therapeutischen Dialog soll eine konkrete, prozessorientierte Beschreibungssprache verwendet werden. - Das Zentrieren auf kleine Veränderungen und Prozesse unterstützt das Finden oder Konstruieren von Ausnahmen, die auf problemfreiere Zeiten oder das Ziel verweisen. |
| 4.) Ausnahmen verweisen auf Lösungen. | <ul style="list-style-type: none"> - Durch das Wahrnehmen von Ausnahmen wächst die Zuversicht des Patienten, sein Problem zu bewältigen. - Durch das Wahrnehmen von Ausnahmen nimmt das Kontrollgefühl des Patienten über das Problem zu. |
| 5.) Kleine Änderungen führen zu großen Änderungen. | <ul style="list-style-type: none"> - Kleine Änderungen führen in Form eines Dominoeffekts zu großen Änderungen. - Auch bei komplex erscheinenden Problemen sucht der Therapeut mit dem Patienten nach Ausnahmen oder Änderungen. |
| 6.) Schnelle Änderung von Problemen ist möglich. | <ul style="list-style-type: none"> - Die durch die LKT angeregten Veränderungen sind vermutlich öfter vom Typ eines Wandels 2. Ordnung. - Die LKT macht (wie auch andere Therapieformen) keine Aussagen darüber, wie lange die therapeutisch angeregten Lösungsmuster in einer sozialen Umwelt vorhalten, die durch ein hohes Wandlungstempo gekennzeichnet ist. |
| 7.) Patienten verhalten sich immer kooperativ. Sie zeigen uns ihre Überzeugung, wie Änderung eintreten kann. | <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt keine widerständigen Patienten, sondern nur unflexible Therapeuten (vgl. dazu „Gesprächsführung bei unfreiwillig gekommenen Personen“ und „Gesprächsführung bei Patienten mit Änderungserwartungen an andere“). - Wenn der Therapeut Denken und Handeln des Patienten richtig versteht, ist Kooperieren unvermeidlich. - Wenn ein Patient die Aufgaben oder Aufträge des Therapeuten nicht ausführt, signalisiert er damit, dass er sich den Änderungsprozess anders vorstellt als der Therapeut. |
| 8.) Menschen haben alles, was sie brauchen, um ihre Probleme zu lösen. | <ul style="list-style-type: none"> - Probleme existieren dadurch, wie Menschen ihre Situation definieren und an fehlgeleiteten Handlungen festhalten. - Jeder ist fähig, das zu tun, was er tun muss, um etwas von dem zu bekommen, was er möchte. |
| 9.) Bedeutung und Erfahrung sind interaktional konstruiert. | <ul style="list-style-type: none"> - Die Bedeutung unseres Sprechens und Handelns wird uns von unseren Interaktionspartnern zugeschrieben. Sie ist nicht durch unsere persönliche Bedeutungsgebungsabsicht oder ein „objektives“ Wörterbuch definiert. - Wer sich missverstanden fühlt, sollte anders sprechen und/oder handeln, bis die Adressaten seinem Handeln und Sprechen die Bedeutung zuschreiben, die er beabsichtigt. - Für den Patienten kann Bedeutungsänderung darin bestehen, dass er mit Hilfe des Therapeuten herausfindet, dass er etwas anderes tun kann, dass er sich bereits auf dem Weg zu seinen Zielen befindet oder dass ein Problem gar kein Problem ist. |
| 10.) Die Bedeutung einer Botschaft ist die Antwort, die der Therapeut erhält. | <ul style="list-style-type: none"> - In der LKT wird davon ausgegangen, dass die Verantwortung für eindeutige, klare Kommunikation ausschließlich beim Therapeuten liegt. - Wenn ein Patient etwas verstanden hat oder tut, was der The- |

rapeut nicht gemeint hat, dann hat nur der Therapeut etwas anders oder etwas anderes zu machen (und nicht der Patient).

- 11.) Handlungen und Beschreibungen sind zirkulär verbunden.
- Es besteht eine zirkuläre Beziehung zwischen den Komponenten:
 - wie eine Person ein Problem oder ein Ziel beschreibt,
 - welche Handlungen sie folglich ergreift,
 - wie sie diese Handlungen beschreibt,
 - wie sie die resultierenden Ergebnisse beschreibt,
 - inwieweit sie die Ergebnisse als problemlösend oder zielreichend einschätzt,
 - welche weiteren Handlungen sie folglich ergreift usw.
- 12.) Der Patient ist Experte und ko-kreiert mit dem Therapeuten die Lösung.
- Patienten haben alle Kompetenzen, um herauszufinden, was sie wollen und was sie benötigen und wie sie vorgehen können, um etwas von dem zu bekommen, was sie erreichen wollen.
 - Der Therapeut unterstützt den Patienten dabei, diese Kompetenzen bei sich selbst zu entdecken und damit ein befriedigenderes Leben zu kreieren.
 - Therapie im Sinne der LKT bedeutet:
 - Der Patient hat eines seiner Ziele entdeckt und ko-kreiert mit dem Therapeuten einen Weg zur Lösung.
 - Der Therapeut ist Ermöglicher, der nicht selber den Schlüssel zur Lösung besitzt, sondern dem Schlüsselbesitzer dabei hilft, den verlegten Schlüssel wieder zu finden.
-

2.2 Zentrale Fragen zur Wirkungsweise der LKT

Nach den Grundannahmen skizzieren wir deren Zusammenhänge mit Haltungen und Methoden der LKT. Dabei lassen wir uns von sechs zentralen Fragestellungen leiten.

Fragestellung 1: Was sind die Spezifika der Therapeut-Patient Beziehung?

- **Der Patient ist der Experte**

Die LKT ist ein lösungsorientiertes, ko-kreierendes Vorhaben mit dem Patienten als Experten und zwar für Ziele, Methoden, Tempo und Dauer der Therapie.

- **Der Therapeut realisiert eine Haltung des Nicht-Wissens**

Der Therapeut ist nicht der Experte, der die Fehler des Patienten aufdeckt und Lösungen aufzeigt, sondern er stellt mit der Haltung des Nicht-Wissens Fragen, die sich auf das Problem und vor allem auf ganz individuelle Lösungsmöglichkeiten des Patienten beziehen.

- **Der Therapeut ist Experte für lösungsförderndes Fragen in lösungsorientierten Gesprächsrahmen**

Mit lösungsfördernden Gesprächsrahmen und Fragen ermöglicht der Therapeut dem Patienten, Lösungen aufgrund seiner Ressourcen zu entwickeln und zu konkretisieren.

- **Der Therapeut bringt Vorbehalte ggf. Lösungsideen respektvoll zum Ausdruck**

Bei problematisch, riskant oder fragwürdig erscheinenden Lösungsideen gibt der Therapeut aufgrund seines Welt- und Fachwissens Vorbehalte im Rahmen des Interviews oder der Schlussintervention zu bedenken. Mittel dazu sind informierende Botschaften in Konsultationspause und Schlussintervention oder worst-case-Szenarien im Interviewteil.

- **Die Bedeutung liegt in der Reaktion**

Die Bedeutung einer Botschaft für den Patienten ist die Antwort, die der Therapeut erhält. Bei Missverständnissen muss der Therapeut etwas ändern (z.B. sein Kommunikationsverhalten) und nicht der Patient.

- **Kooperieren ist unvermeidlich**

Wenn man den Patienten als Experten betrachtet, verhält er sich kooperativ. Mit seinen Reaktionen zeigt er dem Therapeuten seine Überzeugung, wie Änderung eintreten kann und wie nicht. Wenn der Therapeut Denken und Handeln der Patienten richtig versteht, ist Kooperieren unvermeidlich. Hier sind **Ausnahmen** zu beachten wie: Beeinträchtigung der Einsichts-, Entscheidungs- oder Entschlussfähigkeit bei akuten psychotischen Störungen, bei hirnorganischen Störungen und bei allen mehr als mittelschweren „neurotischen“ Störungen.

Fragestellung 2: Wie kommen spontane Änderungen im Alltag des Patienten zustande?

- **Nichts ist immer dasselbe**

Änderung tritt immer auf und zwar in Form von Veränderungen (a) in der Umwelt, (b) im Organismus (z.B. durch Adaptation, Habituation, Regression zur Mitte), (c) von Emotionen, (d) von Kognitionen (z.B. Bedeutungsveränderungen: eine „Belastung“ wird zur „Aufgabe“), und (e) assimilativen Prozessen. Derartige spontane Veränderungsprozesse können zu einer partiellen oder - selten - vollständigen Remission führen.

- **Menschen haben Ressourcen**

Menschen haben alles, was sie brauchen, um ihre Probleme zu lösen. Angestrebt werden individuell ausreichende Lösungen und nicht normative Lösungen. Individuell ausreichend sind Lösungen, die vom Patienten imaginiert und umgesetzt werden können und nicht die Lösungen, die ein Therapieansatz als „richtig“ postuliert.

Fragestellung 3: Welche Änderungsprinzipien schreibt sich die LKT als Grundlage zu?

- **Bedeutung und Erfahrung werden interaktional konstruiert**

Bedeutung ist das Medium, in dem wir leben. Wir verleihen unserer Erfahrung eine Bedeutung und dadurch wird die Bedeutung Teil unserer Erfahrung. Bedeutung wird von der Person generiert oder von außen angeregt (durch Gesprächsrahmen, Botschaften, Aufgaben), aber nicht erzwungen. Eine Bedeutungsänderung kann für einen Patienten dadurch zustande kommen, dass er mit Hilfe des Therapeuten herausfindet, dass er sich bereits auf dem Weg zu einer Lösung befindet (qua Ge-

sprächsrahmen der Ausnahmen im Sinne des Ziels), dass er etwas anderes tun kann (qua elaborierter Ausnahmen oder qua Aufgaben), oder dass sein Problem gar kein Problem ist (qua Normalisierungsbotschaft).

- **Rekursivität**

Bedeutungen und Handlungen sind zirkulär miteinander verbunden.

Fragestellung 4: Wie werden Änderungen vom Therapeuten angeregt?

- **Durch Zentrieren auf eine „positive“ Zukunft**

Eine Ausrichtung auf das, was der Patient tun wird (statt auf das, was er nicht will), auf die Lösung und die Zukunft erleichtert eine Veränderung in die gewünschte Richtung - deshalb die Konzentration auf lösungsorientierte Kommunikation (und nicht auf problemorientierte).

- **Durch die Einladung zu Dialogen in den Gesprächsrahmen des Ziels, der Ausnahmen, der hypothetischen Lösung, des Modells, der Ressourcen oder in weitere Gesprächsrahmen**

Das gemeinsame Sprechen über Ziele, Ausnahmen, hypothetische Lösungen (Lösungsvisionen) sowie über Modelle und Ressourcen trägt zur Konstruktion von Lösungen bei.

- **Durch das Anregen nützlicherer Bedeutungen oder Erfahrungen**

- **Bestätigen**, d.h. kleinste Anzeichen eigener Lösungsschritte des Patienten durch Anerkennung und Komplimente verstärken.

- **Botschaften**, zum Beispiel durch Informieren, Normalisieren und positive Umdeutungen.

- **Aufgaben**: In jedem Fall anwendbar sind Beobachtungsaufgaben („Beobachten Sie Positives!“). Bei steuerbaren Positiva oder Ausnahmen lautet die Aufgabe: „Tue mehr davon!“. Sind die Ausnahmen hingegen noch nicht steuerbar: „Finden Sie heraus, wie!“. Bei hypothetischen Lösungen ohne Referenzerfahrungen kann man die Aufgabe „Mit einem Teil der Lösung experimentieren!“ geben oder „Tun Sie so, als ob!“.

Fragestellung 5: Wie generalisieren die in der LKT angeregten Veränderungen?

- **Kleine Änderungen sind notwendig**

Kleine Änderungen führen zu größeren Änderungen.

- **Ganzheitlichkeit**

Jede Änderung, wie der Patient ein Ziel, eine Ausnahme oder eine Lösung beschreibt und was er tut, beeinflusst zukünftige Interaktionen zwischen allen Beteiligten.

Fragestellung 6: Wer soll an der Therapie teilnehmen?

- **Wer soll an einer LKT teilnehmen?**

Mitglieder der Therapiegruppe sind die, die ein gemeinsames Ziel haben und etwas tun wollen, damit es eintritt (die Therapiegruppe muss nicht einer natürlichen Gruppe, zum Beispiel der Familie, entsprechen).

3 Basale Arbeitsmuster lösungsorientierter Therapie

LKT besteht vor allem aus zwei Schritten: Erstens der Konstruktion von Lösungen, zweitens dem Elaborieren, Transferieren, Aufrechterhalten und Weiterentwickeln der Lösung. In der ersten Sitzung wird im günstigen Fall eine Lösungskonstruktion erreicht, die in den Folgesitzungen aufrechterhalten und weiterentwickelt wird. Das Setting besteht aus einem Therapeuten und einem oder mehreren Patienten sowie einem Beobachter oder mehreren Beobachtern hinter einer Einwegscheibe. Jede Sitzung ist in drei Arbeitsphasen gegliedert:

Phase 1 (ca. 40 Minuten)

Das lösungsorientierte Interview - der Therapeut hält den Rapport aufrecht und konstruiert durch lösungsorientierte Gesprächsführung mit den/dem Patienten eine Lösung.

Phase 2 (ca. 15 Minuten)

Die Konsultationspause - der Therapeut arbeitet allein oder mit einem oder mehreren Beobachtern eine Rückmeldung aus.

Phase 3 (ca. 5 Minuten)

Die Rückmeldung - der Therapeut teilt den/dem Patienten Komplimente, Botschaften, Begründungen und Empfehlungen (Aufgabe) mit.

Wenn der Therapeut allein arbeitet, nimmt der zweite Abschnitt (Konsultationspause) die Form einer Selbstberatung an. Die Dreiteilung der Sitzungen wird auch in Folgesitzungen praktiziert.

Im Folgenden skizzieren wir die Grundbestandteile lösungsorientierter Startgespräche mit ihren zentralen operativen Einheiten. Wir verwenden hier bewusst den Begriff des Startgesprächs, weil die Einleitung einer LKT bisweilen auch zwei Gesprächstermine erfordern kann. Das gilt zum Beispiel in solchen Fällen, in denen der Patient den Großteil des ersten Gesprächstermins zur Schilderung seiner Probleme, Beschwerden, Klagen, Leiden und/oder Diagnose benötigt. In solchen Fällen kann der Therapeut erst im zweiten Gesprächstermin lösungsorientierte Gesprächsrahmen einsetzen. In so einem Fall wäre das Startgespräch erst mit dem zweiten Gesprächstermin abgeschlossen.

Hinweis zur Bedeutung von Platzhaltern in den Leitfäden



Zur Bedeutung des Platzhalters „[Problem / Beschwerde / Diagnose]“

Die Anliegen, mit denen Patienten kommen, können Beschwerden, Klagen, Leiden, Diagnosen und/oder Probleme sein. Im Folgenden übernimmt der Therapeut im Sinne eines sprachlichen „Joining“ die Bezeichnungsweise des Patienten möglichst wortwörtlich. Entsprechende Stellen sind markiert durch den Platzhalter [Problem / Beschwerde / Diagnose]. Der Platzhalter soll signalisieren, dass der Therapeut an dieser Stelle die vom Patienten benutzte Bezeichnung oder Beschreibung seines Problems oder seiner Störung verwendet.



Zur Bedeutung des Platzhalters „[Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme]“

Problembewältigungsstrategien können auf ganz unterschiedliche Weise erleichtert oder konstruiert werden.

Zu den vorbereitenden Erleichterungen gehören Fragen nach intakten Lebensbereichen und Ressourcen der Patienten.

Zu den Konstruktionshilfen zählen Gesprächsrahmen wie:

- nach Zielen fragen,
- nach Ausnahmen vom Problem fragen,
- nach hypothetischen Lösungen fragen,
- zu Lösungen qua Modellpersonen einladen,
- Gesprächsstrategien zur Bearbeitung von Ambivalenzen/Entscheidungsunsicherheit,
- Gesprächsstrategien zur Auseinandersetzung mit dem Ausbleiben des Wunders,
- Gesprächsstrategien zur Auseinandersetzung mit einem worst-case-Szenario,
- Gesprächsstrategien zur Auflösung eines globalen Rahmens.

An entsprechenden Gesprächsstellen, die durch den Platzhalter [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] markiert sind, soll der Therapeut die vom Patienten benutzte Bezeichnung oder Beschreibung seiner Problembewältigungsstrategie möglichst wortwörtlich übernehmen.

3.1 Die drei Phasen lösungsorientierter Startgespräche

Ein lösungsorientiertes Startgespräch besteht aus drei Arbeitsphasen, die jeweils unterschiedliche operative Einheiten enthalten.

Phase 1 (ca. 40 Minuten; bei $N > 1$ ca. 70 Minuten)

Das lösungsorientierte Interview

Zu Beginn wird die Arbeitsweise erläutert. Nach der Eingangsfrage hält der Therapeut den Rapport aufrecht und hört aktiv bei der Problemschilderung zu. Im Anschluss an die Problembeschreibung unterstützt der Therapeut den Patienten durch lösungsorientierte Gesprächsrahmen wie Fragen nach dem Ziel, nach Ausnahmen im Sinne des Ziels, nach einer hypothetischen Lösung usw. dabei, persönliche Lösungsimaginationen und konkrete Lösungsplanung Schritt für Schritt zu entwickeln.

Bei allen lösungsorientierten Gesprächsrahmen strebt der Therapeut die Erarbeitung eines wohldefinierten Ziels an. Er lenkt dazu durch seine Fragen die Aufmerksamkeit des Patienten auf prozessorientierte Bewältigungsbeschreibungen und regt ihn zum Spezifizieren an, was wir metaphorisch als das „Drehen von Lösungsfilmen“ bezeichnen. Diese Arbeit mündet in eine möglichst konkrete und im Kontrollbereich des Patienten liegende Bewältigungsvorstellung.

Schließlich muss geprüft werden, ob die Ziele, Ausnahmen oder Lösungen des Patienten mit seinem Therapieziel verbunden sind. Der Therapeut lädt dann dazu ein, den Zielfilm in die Zukunft zu projizieren und stellt anschließend Skalierungsfragen zur Problemschwere, zur Lösungszuversicht und zur Lösungsmotiviertheit. Abschließend wird die Schlussfrage gestellt.

Phase 2 (ca. 15 Minuten)

Die Konsultationspause

Der Therapeut überlegt allein oder berät sich mit seinem Team, um Komplimente, Botschaften und Aufgaben zu formulieren.

Komplimente: Um den Patienten in dem zu bestätigen, was er bereits an Nützlichem tut und was damit in Ordnung ist, werden entsprechende Verhaltensweisen durch Komplimente und Anerkennung verstärkt.

Botschaften: Um andere Bedeutungen anzuregen, die andere Handlungen ermöglichen, werden Botschaften erarbeitet, die aus Informationsangeboten, normalisierenden Hinweisen und/oder positiven Umdeutungsangeboten bestehen können.

Aufgaben: Um lösungsorientierte Handlungen im Alltag des Patienten anzuregen, werden Aufgaben formuliert. Die Auswahl spezifischer Aufgaben muss kurz begründet werden.

Phase 3 (ca. 5 Minuten)

Die Rückmeldung

Der Therapeut gibt dem Patienten Rückmeldung in Form von Komplimenten, Anerkennung, Verstärkung. Die in Phase 2 erarbeiteten Botschaften und die Formulierung einer Aufgabe und deren Begründung werden mitgeteilt.

3.2 Die operativen Einheiten des lösungsorientierten Interviews

Im Folgenden erläutern wir die Phase 1 und stellen die komplexeren operativen Einheiten des lösungsorientierten Interviews vor. Es handelt sich um fünf operative Einheiten:

3.2.1 Die Gesprächsrahmen

Wenn Menschen, wie die LKT annimmt, alles haben, was sie benötigen, um ihre Probleme zu lösen, dann hat man es als Therapeut in gewisser Weise leichter. Denn dann braucht man mit den Patienten nicht Konflikte durchzuarbeiten, sie zur Selbstexploration anzuhalten, ihnen etwas beizubringen, ihre dysfunktionalen Kognitionen zu ändern oder mit ihnen das zu erarbeiten, was immer ein normatives Therapiekonzept als notwendige Bedingungen für Problemlösungen, Symptomreduktion oder Persönlichkeitsveränderung erachtet.

Das zentrale Änderungsmittel in der LKT sind lösungsfördernde Fragen. Sie bestehen aus unterschiedlich ausgerichteten, zielhomogenen und sequenziell angeordneten Frageclustern. Diese Cluster werden als Gesprächsrahmen bezeichnet. Der Therapeut lädt den Patienten aus einer Haltung des Nicht-Wissens in solche Gesprächsrahmen ein. Die Gesprächsrahmen sind vielfältig und thematisieren Ziele, Ausnahmen, eine hypothetische Lösung, ein Modell oder weitere Ressourcen des Patienten. Der therapeutische Dialog über Ziele, Ausnahmen, hypothetische Lösungen (Lösungsvisionen), über Modelle oder Ressourcen trägt zur Konstruktion von Lösungen bei.

Schließlich regt der Therapeut nützlichere Bedeutungen oder Erfahrungen an. Hierzu stehen ihm in Konsultationspause und Schlussintervention vor allem drei Mittel zur Verfügung: Bestätigung und Anerkennung kleinster Anzeichen eigener Lösungsschritte des Patienten; informieren, normalisieren und zu positiven Umdeutungen einladen; Aufgaben stellen.

3.2.2 Checkliste zum Zielfilm Elaborieren

Der Therapeut lädt den Patienten ein, wohldefinierte Ziele zu erarbeiten. Dazu hält er den Patienten durch prozessbetonende, zum Spezifizieren und zu Kontrollkognitionen anregende Fragen im Imaginationsmodus des „Drehens von Lösungsfilmen“.

Erfahrungsgemäß können Patienten wohldefinierte Ziele im Sinne der LKT nicht unmittelbar aus dem Gedächtnis abrufen. Patienten entwickeln wohldefinierte Ziele vielmehr in einem länger dauernden, anstrengenden Konstruktionsprozess (vgl. mentales Training).

Wohldefinierte Ziele ...

- ... sollen für den Patienten wichtig sein,
- ... sollen eher klein sein,
- ... sollen vom Patienten als erreichbar und realisierbar angesehen werden,
- ... sollen dem Patienten deutlich machen, wann er etwas in Richtung seines Ziels tut oder es teilweise erreicht hat,
- ... sollen „positiv“ definiert sein durch Bestimmung eines erwünschten Verhaltens statt durch Negation eines unerwünschten Verhaltens,
- ... sollen prozesshaft formuliert werden (und nicht ein Endergebnis bezeichnen),
- ... sollen auch für andere, z.B. soziale Bezugspersonen, wahrnehmbar sein.

Die folgende Checkliste zum Zielfilm Elaborieren stellt ein Hilfsmittel für die Lösungsphase dar (siehe Tabelle 5). Sie schließt an die Kriterien für wohldefinierte Ziele an. Wenn ein Patient in seinen Äußerungen eines der ersten fünf Kriterien verfehlt, stellt der Therapeut mit Hilfe der Schlüsselworte Nachfragen, die den Patienten anregen, seine Ziele, Ausnahmen oder hypothetische Lösung wieder im Sinne einer wohldefinierten Vorstellung zu formulieren.

Beispiel: Wenn ein Patient mit Arbeitsstörungen seine Ausnahmen im Sinne des Ziels beschreibt mit „*In der Situation gerate ich dann nicht ins Tagträumen.*“ fragt der Therapeut nach mit „*Und was tun Sie stattdessen?*“

Tabelle 5: Checkliste zum Zielfilm Elaborieren

Kriterien wohldefinierter Ziele	Schlüsselworte	Musterfragen
1) positiv:	„stattdessen“	Was werden Sie stattdessen tun?
2) prozesshaft:	„wie“	Wie werden Sie das tun?
3) spezifisch:	„im Einzelnen“	Wie werden Sie das im Einzelnen tun?
4) im Kontrollbereich des Klienten:	„Sie“	Was werden Sie tun, wenn das eintritt?
5) im Hier und Jetzt:	„auf dem Weg sein“	Wenn Sie auf dem Weg zu Ihrem Ziel sind, was werden Sie anders tun oder wie werden Sie anders mit sich reden?
6) in der Sprache des Patienten:	Worte des Patienten	Die Formulierungen des Patienten wortwörtlich aufgreifen und sich an seinen Zielformulierungen orientieren!

3.2.3 Spezifikationsfragen

Spezifikationsfragen (siehe Tabelle 6) können in diversen Bezugsrahmen gestellt werden und den Zielfilm, Ziele generell, hypothetische Lösungen, Ausnahmen und andere Lösungswege konkretisieren helfen.

Tabelle 6: Spezifikationsfragen

-
- ⇒ nach **kontextuellen Unterschieden** fragen:
„Was ist in den Zeiten von [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] anders?“
 - ⇒ nach **Unterschieden im Bezugsrahmen des Patienten** fragen:
„Was machen Sie in diesen Zeiten von [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] anders?“
„Wie denken Sie in diesen Zeiten von [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] anders?“
„Wie fühlen Sie in diesen Zeiten von [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] anders?“
⇒ und bei der Frage nach Gefühlen anschließend nach der *Umkehrung von Gefühlen in Handlungen* fragen: „Wie handeln/denken Sie anders in den Zeiten, in denen Sie anders fühlen?“
 - ⇒ nach **Unterschieden im Bezugsrahmen des sozialen Umfelds des Patienten** fragen:
„Woran werden [wichtige Bezugspersonen] merken, ohne dass Sie es sagen müssen, dass [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] passiert ist?“
„Wie nehmen [wichtige Bezugspersonen] *Sie* wahr, wenn Sie sich nach [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] anders verhalten?“
„Wenn [wichtige Bezugspersonen] denken, *Sie* handeln anders, wie handeln die dann anders?“
 - ⇒ nach **Unterschieden in der Wahrnehmung des Therapeuten** fragen:
„Wenn ich mit einer Videokamera anwesend wäre, was ist dann auf dem Film von dem Tag, an dem Sie [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] realisieren, zu sehen?“
-

Wenn der Patient ein Ziel, eine Ausnahme, eine hypothetische Lösung, eine Referenzerfahrung zu einer hypothetischen Lösung oder einen anderen Lösungsweg ansatzweise gefunden hat, geht es darum, weitere Unterschiede zu konstruieren. Dazu stellt der Therapeut Fragen, die den Patienten einladen, Unterschiede zu beschreiben und zu elaborieren. Die resultierenden kontextspezifischen Beschreibungen können als Handlungspläne im prozeduralen Gedächtnis gespeichert werden.

3.2.4 Ziele, Ausnahmen und Lösungen mit dem Ziel verbinden

Mit der folgenden Nachfrage vergewissert sich der Therapeut noch einmal, dass die elaborierten Ziele, Ausnahmen oder hypothetischen Lösungen dem aktuellen Therapieziel des Patienten entsprechen: *„Wenn Sie weiter diese Dinge tun, die Sie eben beschrieben haben, denken Sie, dass Sie am Anfang eines Weges sind, das zu bekommen, was Sie mit der Therapie erreichen wollen?“*

Falls der Patient diese Frage verneint, hat der Therapeut qua Frage nach der hypothetischen Lösung, qua Frage nach Zielen usw. die Zielvorstellungen des Patienten erneut zu klären und/oder Aufgabentyp 2 zu wählen.

3.2.5 Ziele, Ausnahmen und Lösungen in die Zukunft projizieren (Transfer in den Alltag)

Ziel dieser operativen Einheit ist es, mit dem Patienten zu überprüfen, wie er seine Lösungen am besten in seine Lebenswelt (Ökologie) transferiert und künftig aufrechterhält. Diese Vorgehensweise wird in Anlehnung an das NLP auch als Ökologiecheck bezeichnet. Ein Ökologiecheck ist diagnostisch und vor allem interventiv nützlich. Die Eröffnungsfrage eines Ökologiechecks lautet etwa: *„Wie werden Sie das, was Sie als [Ziel / hypothetische Lösung / Ausnahme] beschrieben haben, in den nächsten Tagen in Ihrem Alltag umsetzen?“*

Es werden einfache und differenziertere Projektionen in den künftigen Alltag unterschieden. Differenziertere Projektionen beziehen sich auf das gesamte soziale Umfeld des Patienten. In beiden Fällen werden Spezifikationsfragen und das Elaborieren des Zielfilms benutzt.

3.2.6 Skalierungsfragen

Die Skalierungsfragen (siehe Tabelle 7) sind diagnostisch und interventiv nützlich. Der Therapeut leitet die Skalierungsfragen etwa folgendermaßen ein: *„Ich möchte mit Ihnen noch über ein paar Fragen zu Ihrem Anliegen sprechen. Ich schlage vor, wir nehmen eine Skala zur Hilfe, damit Sie das einfach ausdrücken können. Die Skala geht von 1 bis 10.“*

Der Therapeut kann die Skala zusätzlich visualisieren.

Tabelle 7: Skalierungsfragen

Den Patienten den derzeitigen Stand einschätzen lassen

„Nehmen wir an: 1 bedeutet = als es Ihnen mit dem Problem am schlechtesten ging;
 10 bedeutet = was Sie in der Therapie erreichen wollen/Ihr Problem ist gelöst.
 Wo befinden Sie sich jetzt auf der Skala = "___" ?“

Den Patienten das angestrebte Niveau der Zielerreichung einschätzen lassen

„Wieder auf der Skala 1 - 10: Wie hoch auf dieser Skala wollen Sie kommen, so dass Sie sagen, jetzt habe ich mein Ziel erreicht = "___" ?“
 (Diese Frage wird in der Regel nur im Startgespräch gestellt.)

Den Patienten die Zuversicht der Zielerreichung einschätzen lassen

„Jetzt geht es um Ihre Zuversicht, dass Sie Ihr Ziel, das Sie beschrieben haben, erreichen.
 Nehmen wir wieder die Skala 1 - 10. Jetzt bedeutet:
 1 = Sie haben gar keine Zuversicht, Ihr Ziel zu erreichen;
 10 = Sie haben volle Zuversicht, Ihr Ziel zu erreichen.
 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Zuversicht ein = "___" ?“

Den Patienten die Bereitschaft/Motiviertheit zur Zielerreichung einschätzen lassen

„Jetzt geht es um Ihre Bereitschaft, Ihre Ziele zu erreichen. Wieder auf der Skala 1 - 10:
 1 = es ist Ihnen egal.
 10 = Sie tun alles, um Ihr Ziel zu erreichen.
 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Bereitschaft ein = "___" ?“

3.3 Das Grundgerüst für lösungsorientierte Startgespräche

Ziel einer LKT ist es, dass der Therapeut auf der Basis von Rapport den Patienten durch die Verwendung spezifischer lösungsorientierter Gesprächsmittel dazu anregt, einen für ihn gangbaren Weg von seinen Anliegen zu seinen Problembewältigungen zu konstruieren.

Vor Beginn einer LKT sind Screening, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und selektive Indikationsfragen zu bearbeiten. Diagnostik, Differenzialdiagnostik und selektive Indikationsstellung sollen so organisiert werden, dass keine Konflikte zwischen der Rolle des Diagnostikers und der Rolle des Therapeuten auftreten.

Allgemeine Ausschlusskriterien für die LKT orientieren sich dabei an der Art des Problems oder der Diagnose, dem Schweregrad des Problems oder der Störung sowie der Eignung des Patienten (Ressourcen, Präferenzen). Empirisch basierte Selektionskriterien für LKT orientieren sich an der Art des Problems oder der Diagnose. Zu Beginn einer LKT sollte man sich zur Vor-Einstellung die Grundannahmen vergegenwärtigen. Es geht um die idiosynkratischen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten des jeweiligen Patienten:

- Der Therapeut geht deshalb von einer Haltung des Nicht-Wissens aus.
- Er lässt dem Patienten seine Zeit für seine Arbeit.
- Er fragt langsam und beharrlich.
- Er beachtet die Erfahrungsregel: Eine LKT ist einfach, aber nicht leicht!

Das lösungsorientierte Interview dauert ca. 40 Minuten (bei Paaren oder Familien ca. 70 Minuten). Seidenstücker und Wehr (2006) stellen für lösungsorientierte Startgespräche zwei Leitfäden dar: einen einfachen und einen optionsreicheren Leitfaden. Beide bestehen jeweils aus einem Ablaufplan in 11 Schritten:

Arbeitsweise erläutern

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

„Ich möchte mit Ihnen ca. 40 Minuten über das sprechen, was Sie möchten und über Ihre Situation.“

Eingangsfrage stellen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

„Was ist Ihr Ziel/Anliegen, wenn Sie hierher kommen?“

Im Rapport sein

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Bei Beschwerden, Problemen, Diagnosen, Klagen, Leiden sowie Zielen und weiteren Lösungskonstruktionen im Rapport sein.

Einladung zur Problembeschreibung

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

„Was hat Sie veranlasst zur Therapie zu kommen?“

Es können auch Therapieerwartungen geklärt werden: „Woran werden *Sie* merken, dass unser Gespräch für Sie nützlich ist?“

Inhaltsanalyse der Problembeschreibung

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- ⇒ Ist der Gesprächspartner ein Besucher ohne eigene Beschwerden, Probleme oder Ziele? → den Patienten complimentieren und ggf. zu einem weiteren Gespräch einladen.
- ⇒ Hat der Patient problematische Änderungserwartungen?
 - Erwartet der Patient, dass sich andere Personen ändern sollen?
 - setze Gesprächsstrategien bei Patienten mit Änderungserwartungen an andere ein
 - Handelt es sich um einen unfreiwilligen Patienten? Hat der Patient eine Therapieaufgabe?
 - setze Gesprächsstrategien bei unfreiwilligen Patienten ein
- ⇒ Ist der Patient am Ende seiner Problembeschreibung als Kläger immer noch stark auf seine Beschwerden fixiert? → den Patienten einladen, Beschwerden, Diagnosen, Klagen und Leiden als Probleme oder Ziele sehen.

Lösungen erarbeiten

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Zur Suche nach Lösungen qua Frage nach Zielen, Ausnahmen, hypothetischen Lösungen, Modellperson usw. einladen; ggf. lösungsvorbereitend nach Ressourcen fragen.

Welche Problemzentrierungen sind für den Patienten wichtig?

- ⇒ Wenn der Patient während oder nach Erarbeitung einer Lösung ein Gespräch über Entscheidungsunsicherheit will, bieten sich mehrere Wege an, darauf zu reagieren:
- 1) Den Patienten zur Konstruktion von Unterschieden einladen.
 - 2) Den Patienten mehrere hypothetische Lösungen entwickeln lassen und ihn diese mit einem systematischen Ökologiecheck abwägen lassen (differenzierte Lösungsprojektion in das soziale Umfeld des Patienten).
 - 3) Den Patienten eine hypothetische Lösung (Klärung/Entscheidung) entwickeln lassen.
 - 4) Den Patienten Impulse geben.
 - 5) Spezielle Aufgaben formulieren.
- ⇒ Will der Patient ein Gespräch über Ausbleiben des Wunders: dann Gespräch mit anschließenden Copingfragen.
- ⇒ Will der Patient ein Gespräch über den schlimmsten Fall: dann Gespräch mit anschließenden Copingfragen und dekonstruierenden Fragen.
- ⇒ Verwendet der Patient einen globalen Rahmen, indem er sich und seine Schwierigkeiten situativ und zeitlich invariant beschreibt: dann dekonstruierende Fragen zur Auflösung des globalen Rahmens stellen.

Spezifikationsfragen und Zielfilm: Bei allen Lösungskonstruktionen werden Spezifikationsfragen gestellt und ein Zielfilm elaboriert.

Ziele, Ausnahmen, Lösungen usw. mit dem Therapieziel verbinden: Nach allen Lösungskonstruktionen werden Nachfragen gestellt, ob die Ziele, die Ausnahmen, die Lösung qua Modellperson, die hypothetische Lösung usw. einen Weg zum Ziel darstellen.

Transfer in den Alltag

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Ziele, Ausnahmen, Lösungen usw. werden in die Zukunft projiziert (einfacher oder differenzierter Ökologiecheck).

Dabei werden Spezifikationsfragen gestellt und ein Zielfilm elaboriert.

Skalierungsfragen stellen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

⇒ Derzeitiger Stand?

⇒ Angestrebtes Zielniveau?

⇒ Zuversicht der Zielerreichung?

- Unterschiede erfragen und Zuversicht erarbeiten (Spezifikationsfragen, Zielfilm Elaborieren)

⇒ Motiviertheit zur Zielerreichung?

- Unterschiede erfragen, Motiviertheit und Bereitschaft erarbeiten (Spezifikationsfragen, Zielfilm Elaborieren)

Schlussfrage stellen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

„Gibt es noch etwas, was Sie sagen oder fragen wollen?“

Konsultationspause/Beratungspause (ca. 15 Minuten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- ⇒ Neuorientierung erforderlich?
- ⇒ Komplimente, Anerkennung, Verstärkungen formulieren!
- ⇒ Botschaften erarbeiten!
- ⇒ Aufgaben formulieren!

Rückmeldung/Schlussintervention (ca. 5 Minuten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

⇒ Komplimente/Anerkennung/Verstärkungen; Botschaft(en) und Begründung; Aufgaben!

3.4 Lösungsorientierte Folgesitzungen

Das Startgespräch ist in der Regel nach einer, manchmal aber auch erst nach zwei Sitzungen abgeschlossen. In den Folgesitzungen wird die im Startgespräch erarbeitete Lösungskonstruktion aufrechterhalten und/oder weiterentwickelt.

3.4.1 Die drei Phasen lösungsorientierter Folgesitzungen

Das Setting von Folgesitzungen gleicht dem des Startgesprächs. Folgesitzungen sind in drei Arbeitsphasen gegliedert:

Phase 1 (ca. 40 Minuten)

Lösungsorientiertes Interview - entspricht in fünf von sechs Arbeitseinheiten dem Startgespräch, unterscheidet sich aber in den verwendeten Gesprächsrahmen: Der Therapeut ist im Rapport und hält Lösungen, die im Startgespräch ansatzweise entwickelt oder durch die Aufgaben vorbereitet wurden, durch Fragen aufrecht oder entwickelt sie weiter. Nur wenn der Patient über starke Verschlechterungen berichtet, ko-konstruiert der Therapeut mit ihm eine neue hypothetische Lösung.

Phase 2 (ca. 15 Minuten)

Konsultationspause - verläuft wie im Startgespräch: Der Therapeut arbeitet allein oder mit einem oder mehreren Beobachtern eine Rückmeldung aus.

Phase 3 (ca. 5 Minuten)

Rückmeldung - erfolgt wie im Startgespräch: Der Therapeut teilt den/dem Patienten Komplimente, Botschaften, Begründungen und Empfehlungen (Aufgabe) mit.

3.4.2 Die operativen Einheiten des lösungsorientierten Interviews in Folgegesprächen

Die Interviewphase in Folgegesprächen besteht aus sechs komplexeren operativen Einheiten. Fünf dieser Arbeitseinheiten werden auch im Startgespräch benutzt:

- Spezifikationsfragen,
- Checkliste zum Zielfilm Elaborieren,
- Ziele, Ausnahmen und Lösungen mit dem Ziel verbinden,
- Ziele, Ausnahmen und Lösungen in die Zukunft projizieren (Transfer),
- Skalierungsfragen.

Das Charakteristische lösungsorientierter Gesprächsrahmen in Folgesitzungen kann man in den spezifischen Fragetechniken sehen. Diese Fragetechniken fördern - im Rahmen bereits ansatzweise konstruierter Ausnahmen - auf angemessen ungewöhnliche Weise das Aufspüren und Elaborieren von kleinsten Erfolgen und Bewältigungsansätzen der Patienten.

Das beginnt bereits mit der Eingangsfrage: „*Erzählen Sie mir, was ist seit unserem letzten Termin anders oder besser geworden?*“ Der Therapeut inhaltsanalysiert dann den Patientenbericht und ordnet ihn einer von vier Ergebnisklassen zu (etwas verbessert; nichts verbessert; etwas verschlechtert; stark verschlechtert). In den ersten drei Fällen tragen die jeweils anschließenden therapeutischen Gesprächsrahmen zur Elaboration, internalen Attribution und Verstärkung von Lösungsschritten bei. Im vierten Fall (stark verschlechtert) wird eine neue hypothetische Lösung erarbeitet.

Schließlich regt der Therapeut nützlichere Bedeutungen oder Erfahrungen an. Wie im Startgespräch stehen ihm hierzu in Konsultationspause und Schlussintervention vor allem drei Mittel zur Verfügung: Bestätigung und Anerkennung kleinster Lösungs- und Bewältigungsschritte; informieren, normalisieren und zu positiven Umdeutungen einladen; Aufgaben stellen.

3.4.3 Das Grundgerüst für lösungsorientierte Folgegespräche

Ziel einer Folgesitzung ist es, dass der Therapeut auf der Basis von Rapport den Patienten durch die Verwendung spezifischer Gesprächsmittel dazu anregt, seinen Lösungsweg fortzusetzen, auszubauen oder neu zu konstruieren, wenn sich eine versuchte Lösung doch nicht als gangbar erweisen sollte.

Das lösungsorientierte Interview im Folgegespräch dauert ca. 40 Minuten (bei Paaren oder Familien ca. 70 Minuten).

Arbeitsweise erläutern und Eingangsfrage stellen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

„Ich möchte mit Ihnen ca. 40 Minuten über das sprechen, was Sie möchten und über Ihre Situation.“ „Erzählen Sie mir, was ist seit unserem letzten Termin anders oder besser?“

Im Rapport sein, Patientenberichte inhaltsanalysieren

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Der Therapeut ist aktiv zuhörend und spiegelnd im Rapport und analysiert Patientenberichte, ob sie Verbesserungen, Nichtänderungen oder Verschlechterungen beinhalten.

Entscheidungen treffen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- ⇒ Falls sich in Bezug auf das Patientenanliegen **etwas verbessert** hat → Schritt 4.
- ⇒ Falls sich in Bezug auf das Patientenanliegen **nichts verbessert** hat → Schritt 5.1.
- ⇒ Falls es sich in Bezug auf das Patientenanliegen **leicht verschlechtert** hat → Schritt 5.2.
- ⇒ Falls es sich in Bezug auf das Patientenanliegen **stark verschlechtert** hat → Schritt 5.3.

Verbesserungen herausarbeiten

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Wenn sich **etwas verbessert** hat, werden die Verbesserungen im HOER-Zyklus herausgearbeitet: Erfragen, Erweitern, den Rahmen der Förderung internaler Attribution von Verbesserungen und Verstärkung. Wurden alle Verbesserungsfacetten herausgearbeitet → Schritt 6.

Mit Status Quo und Verschlechterungen umgehen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Schritt 5.1: Falls keine Verbesserungen vorliegen

Wenn sich **nichts verbessert** hat, den Rahmen der Abwendung einer Verschlechterung einsetzen und im HOER-Zyklus spezielle Fähigkeiten und Ressourcen herausarbeiten: Wenn Bewältigungsansätze zur Abwendung von Verschlechterungen erarbeitet sind → Schritt 6.

Schritt 5.2: Falls eine leichte Verschlechterung vorliegt

Wenn es sich **leicht verschlechtert** hat, akzeptierend zuhören, den Rahmen des Aushaltens einer Verschlechterung einsetzen, im HOER-Zyklus dekonstruierend fragen. Wenn Bewältigungsansätze zum Aushalten der leichten Verschlechterung vorliegen → Schritt 6.

Schritt 5.3: Falls eine starke Verschlechterung vorliegt

Wenn es sich **stark verschlechtert** hat, die Gefühle des Patienten akzeptieren, aktiv zuhören und anschließend eine hypothetische Lösung im Rahmen der Verschlechterung ko-konstruieren. Wenn Ausnahmen im Sinne des Ziels vorliegen → Schritt 7.

Bei allen Lösungskonstruktionen ist zu beachten:

- ⇒ Spezifikationsfragen stellen und Zielfilm Elaborieren.
- ⇒ Ziele, Ausnahmen, Lösungen usw. mit dem Therapieziel verbinden: Nach allen Lösungskonstruktionen werden Nachfragen gestellt, ob die Ziele, die Ausnahmen, die Lösung qua Modellperson, die hypothetische Lösung usw. einen Weg zum Ziel darstellen.

Transfer in den Alltag

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Ziele, Ausnahmen, Lösungen usw. werden in die Zukunft projiziert (einfacher oder differenzierter Ökologiecheck). Dabei: Spezifikationsfragen und Zielfilm Elaborieren.

Skalierungsfragen stellen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- ⇒ Derzeitiger Stand?
- ⇒ Zuversicht der Zielerreichung?
Ggf. Unterschiede erfragen und stärkere Zuversicht erarbeiten (mit Spezifikationsfragen und Zielfilm Elaborieren)
- ⇒ Motiviertheit zur Zielerreichung?
Ggf. Unterschiede erfragen und stärkere Motiviertheit bzw. Bereitschaft erarbeiten (mit Spezifikationsfragen und Zielfilm Elaborieren)

Bei Verbesserungen Therapieende ansprechen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Wenn sich die Verbesserungen im Bereich des im Startgespräch angestrebten Zielerreichungsniveaus stabilisieren, dann spricht der Therapeut das Therapieende an.

Schlussfrage stellen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

„Gibt es noch etwas, was Sie sagen oder fragen wollen?“

Konsultationspause/Beratungspause (ca. 15 Minuten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- ⇒ Neuorientierung erforderlich?
- ⇒ Bei leichter Verschlechterung: Wie zu attribuieren?
- ⇒ Bei starker Verschlechterung: Indikationsfragen prüfen!
- ⇒ Komplimente/Anerkennung/Verstärkung formulieren!
- ⇒ Botschaften erarbeiten: informierend, normalisierend oder positive Umdeutungsangebote!
- ⇒ Begründung für die Aufgabe(n) und Aufgabe(n) formulieren!

Rückmeldung/Schlussintervention (ca. 5 Minuten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- ⇒ Komplimente/Anerkennung/Verstärkungen, Botschaft(en) und Begründung, Aufgaben!

Literatur

- Ahlers, C., Hinsch, J., Rössler, E., Wagner, H. & Wolf, F. (1991). Erfahrungen mit de Shazers kurztherapeutischem Konzept in Österreich. Bericht aus der zweijährigen Zusammenarbeit eines Teams. In L. Reiter & C. Ahlers (Hrsg.), *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß* (S. 136-153). Berlin: Springer.
- Bandelow, B., Bleich, S. & Kropp, S. (2004). *Handbuch Psychopharmaka* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2004). Psychotherapeutische Versorgung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (3. Aufl., S. 25-33). Stuttgart: Thieme.
- Beyebach, M. & Rodriguez Morejón, A. (1998). Lösungsorientierte Therapie in Spanien: Die Erfahrungen der Salamanca Gruppe. In W. Eberling & M. Vogt-Hillmann (Hrsg.), *Kurzgefaßt. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa* (S. 252-280). Dortmund: verlag modernes lernen.
- DeJong, P. & Berg, I.K. (1998). *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- DeJong, P. & Hopwood, L.E. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. In S.D. Miller, M.A. Hubble & B. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 272-298). San Francisco: Jossey-Bass.
- DeShazer, S. (1985). *Keys of solution in brief therapy*. New York: Norton.
- DeShazer, S. (1996). „... Worte waren ursprünglich Zauber“. Dortmund: verlag modernes lernen.
- DeShazer, S. (1997). Die Lösungsorientierte Kurztherapie - Ein neuer Akzent der Psychotherapie. In J. Hesse (Hrsg.), *Systemisch-lösungsorientierte Kurztherapie* (S. 55-73). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DeShazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik*, 11, 182-205.
- Dykes, M.A. & Neville, K.E. (2000). Taming trouble and other tales: Using externalized characters in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 74-81.
- Eberling, W. & Hargens, J. (Hrsg.). (1996). *Einfach kurz und gut. Zur Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Eberling, W. & Vogt-Hillmann, M. (Hrsg.). (1998). *Kurzgefaßt. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Fürstenau, P. (1996). Lösungsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie: Effizienzsteigerung und Behandlungsverkürzung durch Synergie. In H. Hennig, E. Fikentscher, U. Bahrke & W. Rosendahl (Hrsg.), *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis* (S. 30-36). Lengerich: Pabst.
- Fürstenau, P. (1998). Esoterische Psychoanalyse, Exoterische Psychoanalyse und die Rolle des Psychotherapeuten in der lösungsorientierten psychoanalytisch-systemischen kurz- und mittelfristigen Psychotherapie. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Kurzpsychotherapien. Wege in die Zukunft der Psychotherapien* (S. 85-100). München: CIP-Medien.
- Gingerich, W. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 5, 4-11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

- Greenberg, L.S., Watson, J.C. & Goldman, R. (1998). Process-experiential therapy of depression. In L.S. Greenberg, J.C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 227-248). New York: Guilford Press.
- Härter, M. & Bermejo, I. (2005). Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression. *Der Nervenarzt*, 76, 103-121.
- Höder, J. (1992). Wie können wir Therapien verkürzen? In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (S. 85-97). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).
- Hülster, K. (2002). Der Weg, einfache Lösungen zu finden. *Humanistische Psychologie*, 1, 111-126.
- Jones, E. & Asen, E. (2002). *Wenn Paare leiden - Wege aus der Depressionsfalle. Therapeutische Forschung und Praxis*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kaimer, P. (1995). Lösungsorientiert zuerst! Ein Vorschlag. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 27, 389-404.
- Kaimer, P. (1999). Lösungsfokussierte Therapie. *Psychotherapie Forum*, 7, 8-20.
- Knekt, P. & Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results of the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one year follow-up*. Helsinki: Edita Prima.
- Kosfelder, J. (2000). *Handlungsorientierung durch Lösungsfokus: Eine klinisch-psychologische Interventionsstudie*. Osnabrück: Der Andere Verlag.
- Laireiter, A.R. (1998). Allgemeine und gemeinsame Aspekte kurztherapeutischer Interventionen in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 6, 185-194.
- Lee, M.Y. (1997). A study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. *American Journal of Family Therapy*, 25, 3-17.
- Naumann, A. (1996). Lösungsorientierte Therapie und VT: Was für eine Verhaltensanalyse darf's denn sein, auf daß die Therapie erfolgreich ist. In H. Hennig, E. Fikentscher, U. Bahrke & W. Rosendahl (Hrsg.), *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis* (S. 888-896). Lengerich: Pabst.
- O'Connell, P. & Palmer, S. (2003). *Handbook of solution-focused therapy*. London: Sage.
- Ozeki, T. (2002). "Problems" as resources: A practical guide to addressing clients' description of their problems in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 21, 35-47.
- Quick, E. (1996). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. New York: Academic Press.
- Scheller, R. (1996). Psychologische Beratung und positiv erlebte Ungewißheit. *Trierer Psychologische Berichte*, 23, Heft 2.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Auer.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2004). „Psychotherapie wird auf Dauer nur akzeptiert, wenn sie nicht nur helfen kann, sondern tatsächlich hilft.“ *Verhaltenstherapie*, 14, 59-62.
- Seidenstücker, G. & Roth, W.R. (1998). Treatment decisions: Types, models and schools. Special issue: Assessment for treatment. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 2-13.
- Seidenstücker, G. & Wehr, T. (2006). *Leitfäden zur Durchführung von Startgesprächen und Folgesitzungen im Rahmen lösungsorientierter Kurztherapien* (unveröffentl. Manuskript). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Seidenstücker G. & Wenzel A. (2001). Expertenmodelle und Interviewleitfäden in der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie. *Trierer Psychologische Berichte*, 28, Heft 2.

- Sparrer, I. (2001). *Wunder, Lösung und System: Lösungsfokussierte systemische Strukturaufstellungen für Therapie und Organisationsberatung*. Heidelberg: Auer.
- Stroß, R. (2001). *Selbstveränderung. Ressourcen, Modelle, Methoden*. Frankfurt: Lang.
- Sulz, S.K.D. (1998). *Kurzpsychotherapien. Wege in die Zukunft der Psychotherapien*. München: CIP-Medien.
- Sundman, P. (1998). Die Kehrseite der Lösungsorientierung. In W. Eberling & M. Vogt-Hillmann (Hrsg.), *Kurzgefaßt. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa* (S. 154-166). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Testzentrale. (Hrsg.). (2004). *Testkatalog 2004/05*. Göttingen: Hogrefe.
- Trautman, P. (2000). The keys to the pharmacy: Integrating solution-focused brief therapy and psychopharmacological treatment. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 100-110.
- Vogt, R. (1996). Zur Integration lösungsorientierten und analytisch orientierten kurzzeittherapeutischen Vorgehens in der tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Praxis. In H. Hennig, E. Fikentscher, U. Bahrke & W. Rosendahl (Hrsg.), *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis* (S. 910-917). Lengerich: Pabst.
- Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (Hrsg.). (1999). *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Vogt-Hillmann, M., Eberling, W. & Burr, W. (1992). Ein klinisches Metakzept für die Entwicklung lösungsorientierter Kurzzeittherapie. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 10, 268-278.
- Vogt-Hillmann, M., Eberling, W., Dahm, M. & Dreesen, H. (Hrsg.). (2000). *Gelöst und los! Systemisch-lösungsorientierte Perspektiven in Supervision und Organisationsberatung*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- von Ploetz, K. (1999). Systemische Körpertherapie als lösungsorientierte Kurztherapie. In H. Döring-Meijer (Hrsg.), *Ressourcenorientierung - Lösungsorientierung. Etwas mehr Spaß und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung* (S. 156-171). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Walter, J.L. & Peller, J.E. (1994). *Lösungsorientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 42-50.
- Wilms, H.U., Wittmund, B. & Mory, C. (2004). *Ein bisschen Angst hat schließlich jeder ... Ein Erfahrungsbuch für Betroffene und Angehörige*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Woggon, B. (2006). *Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und maßgeschneidert* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Zeig, J. (1985). *Meine Stimme begleitet Sie überall hin. Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Gerhard Seidenstücker
 Dr. Thomas Wehr
 Universität Trier
 FB I - Psychologie
 D - 54286 Trier