

# SFBT 2.0 – Die nächste Generation der Lösungsfokussierten Kurztherapie ist bereits angekommen

Mark McKergow

Centre for Solutions Focus at Work, Großbritannien

*Mit diesem Beitrag sollen die Entwicklungen in der Lösungsfokussierten Kurztherapie (Solution Focused Brief Therapy, SFBT), die im vergangenen Jahrzehnt stattgefunden haben, beschrieben werden. Den meisten wird aufgefallen sein, dass sich eine „neue“ Form der SFBT ihren Weg gebahnt hat, die sich stark auf Beschreibungen konzentriert und formal einfacher gestrickt ist als das ursprüngliche SFBT-Konzept von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg und ihren KollegInnen. Was die Prioritäten und den Fokus ihrer ursprünglichen Begründer angeht, handelt es sich bei dieser neuen Form definitiv noch um SFBT. Allerdings sind viele Elemente nicht mehr enthalten, die bei der anfänglichen Entwicklung aus früheren familien- und kurzzeittherapeutischen Traditionen übernommen wurden. Mit der Bezeichnung „SFBT 2.0“ möchten wir Verwechslungen mit früheren Formen vermeiden und zugleich klar darauf hinweisen, dass es sich keinesfalls um eine neue Therapieform, sondern um die grundlegende Weiterentwicklung einer bestehenden Praxis handelt.*

In der Lösungsfokussierten Kurztherapie (Solution-Focused Brief Therapy, SFBT) wird oft die Frage gestellt: „Woran würden Sie merken, dass das Wunder geschehen ist?“ Dies zielt keinesfalls darauf ab, wie das Wunder herbeigeführt werden kann. Vielmehr soll ein Blick in die Zukunft geworfen und herausgefunden werden, wie das Wunder den Alltag verändern würde. Es geht also darum, Veränderung wahrzunehmen, und weniger darum, grundsätzlich nach ihr zu eifern – es geht darum zu entdecken, dass Veränderung bereits im Gange ist, als Vorstufe, auf die sich später aufbauen lässt.

Anzeichen einer Veränderung werden wohl auch auf unserem Fachgebiet immer deutlicher. Anhand dieses Beitrags möchte ich diese Anzeichen herausarbeiten und erläutern, wie sie meiner Meinung nach darauf hinweisen, dass wir bereits neue Richtungen eingeschlagen haben. Dieser Beitrag ist also keinesfalls eine Handlungsaufforderung. Ich schlage auch keine neue Form der SFBT vor, sondern versuche, das, was im Entstehen ist, klarer abzugrenzen, denn ich denke, es ist Zeit, diese Entwicklungen anzuerkennen und zu nutzen, anstatt vorzugeben, noch immer auf dem Stand der frühen 1990er-Jahre zu sein. Die neuen Versionen

sind zwar längst im Druck, allerdings nicht eindeutig als „neu“ zu erkennen. Zurzeit existieren verschiedene SFBT-Formen unter ein und derselben Bezeichnung. Für Einsteiger ist das möglicherweise verwirrend – und auch für fortgeschrittene Anwender, die verschiedene Ideen und Methoden unter derselben Überschrift kennengelernt haben.

Da die neueren Versionen jedoch unverkennbar SFBT sind, wäre es unangemessen, ihnen einen neuen Namen zu geben. Allerdings sind die Unterschiede so groß, dass eine Abgrenzung sehr wohl angebracht ist. Angelehnt an größere Software-Updates, schlage ich daher „SFBT 2.0“ als Arbeitstitel vor.

In diesem Paper erläutere ich die Neuerungen und Unterschiede zwischen SFBT 2.0 und dem, was man als SFBT 1.0, als „Original“-Version, bezeichnen kann. Auch das ist im Detail nicht ganz so einfach, denn Steve de Shazer hat bei vielen Gelegenheiten darauf hingewiesen, dass SFBT keinesfalls dogmatisch angewandt werden sollte. Nichtsdestotrotz werden die Unterschiede immer größer und bedeutender – und das Gebiet der SFBT immer undurchsichtiger.

## SFBT 1.0

Die Lösungsfokussierte Kurztherapie (SFBT) entstand nach und nach in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre aus einer breit angelegten empirischen Forschungsreihe am Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee/USA unter der Leitung von Steve de Shazer, Insoo Kim Berg und ihren KollegInnen. De Shazer and Berg waren stark vom Kurztherapie-Ansatz des Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto/USA beeinflusst und wollten diesen Ansatz in ihrem eigenen Forschungszentrum weiterentwickeln. Dabei blieb der MRI-Anhänger John Weakland ein enger Freund von Steve de Shazer und betreute diese Arbeit bis zu seinem Tod im Jahr 1995. Wie wir noch sehen werden, ist dieser Hintergrund wichtig dafür, wie Sprache ursprünglich in der SFBT verwendet wurde.

In der ersten Hälfte der 1980er-Jahre entwickelte das BFTC-Team seine Kurztherapie-Konzepte. Steve de Shazer gab zwei Bücher heraus (de Shazer 1982, de Shazer 1985), die auf der Vorstellung aufbauten, Muster aufzudecken und anhand der Methoden von Milton H. Erickson (wie der Glaskugel-Technik) neue Ideen zu entwickeln. Außerdem entwickelte er Interventionen, die als „Generalschlüssel“ für den Zugang zu Fällen angesehen werden konnten. Die ersten Merkmale der SFBT, wie wir sie kennen, wurden 1986 in einem Paper (de Shazer et al.) dargelegt und in dem 1988 erschienenen Buch „*Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*“ (de Shazer 1988) vertieft. Gale Miller, der im Jahr 1984 und ab 1989 als Beobachter bzw. Forscher am BFTC tätig war, ist der Ansicht, dass sich die Praxis während dieser Zeit erheblich verändert hat:

„Sie müssen bedenken, dass 1984 dort keine Lösungsfokussierte Therapie betrieben wurde, sondern etwas, was sich sehr stark an Steves erstem Buch (de Shazer 1982) orientierte. Ich habe das als ‚ökosystemische Therapie‘ bezeichnet. Dies war sehr stark geprägt von der Palo-Alto-Gruppe (dem Mental Research Institute) ... [1989] stellte ich jedoch fest, dass sich wirklich viel verändert hatte. Offensichtlich hatten sie einen großen Sprung in Richtung der Lösungsfokussierten Praxis gemacht: Sie gingen von anderen Annahmen aus, arbeiteten mit viel weniger Systemik, investierten weniger Zeit in clevere Interventionen und in die Darstellung von Störungen und Problemen. Vielmehr war der Ansatz auf Lösungsfindung ausgerichtet und viel fließender.“ (McKergow 2009:79)

Viele Praktizierende auf der ganzen Welt sagen, ihre Lösungsfokussierte Praxis begann mit der Lektüre von „Clues“, das die Hauptbestandteile der SFBT enthielt (wenn auch nicht mit derselben Gewichtung der Elemente – es wurde viel mehr Gewicht auf das Konstruieren von Ausnahmen gelegt, und zwar durch Gespräche über eine hypothetische Lösung in Fällen, in denen keine Ausnahmen gefunden werden konnten). Steve de Shazer schrieb zwei weitere Bücher (de Shazer 1991, 1994), in denen es sich weniger um das „Wie“ drehte als vielmehr darum, die Erkenntnisse stärker wissenschaftlich zu untermauern. In den frühen 1990er-Jahren etablierte sich der Ansatz international. Mit der Gründung der European Brief Therapy Association (EBTA) im Jahr 1994 hatten Praktizierende nun die Möglichkeit, zusammenzukommen sowie Ideen auszutauschen und weiterzuentwickeln.

In den 1990er-Jahren bis in die 2000er-Jahre hinein lag der Fokus mehr auf der Forschung und der Entwicklung eines EBTA-Forschungsansatzes, mit dem etwas Klarheit darüber geschaffen werden sollte, was als SFBT zu Forschungszwecken zählt. Außerdem erforschte man die Anwendung von SFBT-Konzepten in weiteren Therapie- und Lebensbereichen (Schulen, Organisationen, Soziale Arbeit, Gefängnisse usw.). Nachdem im ersten Jahrzehnt der 2000er-Jahre Hunderte Forschungsstudien veröffentlicht wurden (Macdonald 2011), gab die Oxford University Press 2012 eine von Cynthia Franklin kuratierte maßgebliche Sammlung heraus (Franklin, Trepper, McCollum, & Gingerich 2012). Das zweite Kapitel dieses Buches (Franklin et al. 2012) trägt die Überschrift „Handbuch für Lösungsfokussierte kurztherapeutische Behandlung“ (*Solution Focused Brief Therapy Treatment Manual*) und beschreibt gut, was wir als „klassische SFBT“ bezeichnen können:

- Änderung bis zur Sitzung (*pre-session change*)
- Ziele (vorzugsweise kleine Ziele)
- Wunder-Frage (*miracle question*)
- Skalierungsfrage
- Konstruktion von Lösungen und Ausnahmen
- Coping-Fragen (sofern angemessen/notwendig)
- Unterbrechung, Komplimente für Stärken und Ressourcen

- Hausaufgabe (vom Klienten erdachte Aufgabe oder vom Therapeuten vorgeschlagenes Experiment)

Diese Zusammenfassung dürfte als allgemeine Aussage unstrittig sein und dient als Ausgangspunkt für die nachfolgenden Erläuterungen.

## *Neue Entwicklungen*

In den 2000er-Jahren und bis in die 2010er-Jahre hinein haben auf dem Gebiet der SFBT einige interessante Entwicklungen stattgefunden, die meiner Ansicht nach das oben genannte Behandlungshandbuch für die klassische SFBT 1.0 erweitern und abändern. Viele dieser Entwicklungen wurden bereits von Shennan und Iveson (2011) sowie in weiteren Arbeiten des „BRIEF-Teams“ (am Centre for Solution Focused Practice) und anderen (Iveson, George & Ratner 2011; Iveson & McKergow 2016; Ratner 2014; Ratner George & Iveson 2012) aufgeführt. Ich befürchte jedoch, dass die Autoren in einigen Fällen ihre eigenen Neuerungen nicht stark genug von der etablierten Praxis abgegrenzt haben. Zu diesen Abgrenzungen zähle ich:

- von der Aktionssprache zur Beschreibungssprache
- von Fragen zu „Räumen“ und „Werkzeugen“
- von Zielen zu „besten Hoffnungen“/gemeinsamen Projekten
- erwünschte Zukunft und Skalen – identische Fragen, unterschiedliche Absichten
- von Ausnahmen zu Beispielfällen – deutlichere Gewichtung von Gesprächen über die Vergangenheit und die Gegenwart
- Entledigung von Relikten aus der Familientherapie
- Sitzungsende – keine Aufgaben oder Aktionen, mehr wertschätzende Zusammenfassung

Nachfolgend schauen wir uns diese Aspekte genauer an.

## *Von der Aktionssprache zur Beschreibungssprache*

Von Anfang an wurde im MRI-Modell der Kurztherapie eine spezifische, konkrete Beschreibung geschätzt (vgl. Weakland & Fisch 1992, eine Zusammenfassung, aus der ebenso hervorgeht, dass Steve de Shazer im Jahr 1972 einen frühen MRI-Kurztherapie-Workshop besuchte). Der MRI-Ansatz, der einen wahrhaftigen Paradigmenwechsel im Bereich der psychischen Gesundheit darstellte, sieht Probleme nicht „innerhalb“ des Patienten, sondern betrachtet sie als Ergebnis von Kommunikationsmustern zwischen dem Klienten und den ihn umgebenden Menschen. Der Fokus auf spezifische, konkrete Beschreibung stellt eine Möglichkeit dar, nicht in innerliches psychologisches Hypothesisieren zu verfallen, sondern die Auf-

merksamkeit auf die Interaktion zu richten: Wer macht was, mit wem, wann und in welcher Reihenfolge?

Im MRI-Modell liegt hierin der Schlüssel zur Unterbrechung des Musters, welches das Problem aufrechterhält. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, dass etwas anderes geschehen kann – durch eine verhaltenstherapeutische Intervention. Sobald TATSÄCHLICH etwas anderes geschieht, kann dem Klienten empfohlen werden, mehr davon zu tun, um das neue und bessere Verhaltensmuster zu fördern.

Dieser Fokus auf spezifische Sprache wurde in SFBT 1.0 übernommen. De Shazer et al. betitelten ihr wegweisendes Paper jedoch bewusst mit „Kurztherapie: Fokussierte Lösungsentwicklung“ (*Brief Therapy: Focused Solution Development*), und zwar in Anlehnung an den früheren Beitrag des MRI „Kurztherapie: Fokussierte Problemlösung“ (*Brief Therapy: Focused Problem Resolution* – Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin 1974), um darauf hinzuweisen, dass diese beiden Ansätze miteinander in Verbindung stehen. Dieses Detail macht jedoch den Unterschied: Es geht nunmehr eher darum, was sich der Klient wünscht, was am Tag nach dem Wunder funktioniert usw., und weniger um das Problemmuster. Das übergreifende Ziel beider Ansätze, mentalistisches Hypothesieren zu vermeiden und Spezifika in den Blick zu nehmen, bleibt bestehen – ebenso wie der Fokus auf das Sammeln von Informationen, um daraus Interventionen oder Aufgaben ableiten zu können.

Betrachten wir nun den von Shennan und Iveson beschriebenen „Wandel zur Beschreibung“ (*descriptive turn*), lässt sich dieser Fokus auf eine spezifische, konkrete Beschreibung ebenso deutlich erkennen. Dies dient jedoch nicht dazu, dass sich der Therapeut Interventionen ausdenken kann. Es geht vielmehr darum, dass der Klient etwas sagt und hört und reagiert. Wenn überhaupt, ist die Detailtiefe nun sogar höher als zuvor. Wie beim „Kuschel“-Beispiel, von dem Iveson und McKergow (2016) berichten und bei dem ein Kuscheln, das 5 Sekunden dauert, in ebenso vielen Minuten beschrieben wird. (Scharfsichtigere Leser haben möglicherweise bemerkt, dass der Titel ihres Papers „Kurztherapie: Fokussierte Beschreibungsentwicklung“ [*Brief Therapy: Focused Description Development*] bewusst auf beide vorstehend genannte Papers verweist – ebenfalls in Anlehnung an den sich entwickelnden Ansatz.)

Das Therapieziel ist nunmehr ein anderes: Der Therapeut versucht nicht, Informationen zu sammeln, um daraus Interventionen entwickeln zu können. Seine Rolle besteht vielmehr darin, die Klienten dabei zu unterstützen, ihren Beschreibungen (*descriptions*) mehr Details hinzuzufügen und sie auf diese Weise mit immer mehr winzig kleinen Spezifika zu spicken, die sich wiederum für den Klienten leicht als Aktionen (*actions*) anbieten könnten. Spricht der Klient z. B. über den Tag nach dem Wunder, leitet der Therapeut das Gespräch in Richtung einer ausführlicheren Darstellung des Klienten und der ihn umgebenden Menschen (eine sehr bewusste

Anlehnung an das MRI ein halbes Jahrhundert zuvor), wobei es jedoch mehr um Details zu den Wünschen des Klienten und weniger um Problemmuster geht. Dabei können sehr einfache Fragen hilfreich sein, z. B.:

- Was wären die ersten kleinen Anzeichen, an denen Sie bemerken würden, dass [X] bereits geschieht? Was noch?
- Wer wäre die erste Person, die bemerken würde, dass [X] geschieht? Was würde sie bemerken? Woran würde sie erkennen, dass [X] geschieht? Was noch?

Es sei darauf hingewiesen, dass [X] an dieser Stelle nicht spezifisch genannt werden muss – es kann eine simple Wiederholung der „besten Hoffnungen“ (*best hopes*) sein oder im Gespräch einfach mit „das“ oder „es“ benannt werden. Die Fragen tragen dazu bei, die Dinge detaillierter darzustellen, auch wenn sich die Ausgangssituation sehr diffus bzw. unklar gestaltet.

Die Rolle des Therapeuten ändert sich also vom „Detail-Sortierer“ (um die relevanten Details für Interventionen herauszufinden) zum „Detail-Erweiterer“ (um den Klienten dabei zu unterstützen, selbst in seine Beschreibungen einer besseren Zukunft, Vergangenheit und Gegenwart einzutauchen). Dabei verlagert sich das Vokabular von „Tun“ zu „Bemerkern“. Scheinbar waren Steve de Shazer und Insoo Kim Berg einem Teil dieser Schwerpunktverlagerung bereits 1992 auf der Spur, als sie in ihrem Paper „Therapiearbeit: eine poststrukturalistische Analyse“ (*Doing Therapy: A post-structural revision* – de Shazer & Berg 1992) die Idee der grammatischen Verschiebungen während der Sitzung diskutierten. Allerdings haben sie damals möglicherweise noch nicht alle Konsequenzen einer solchen Verschiebung erfasst. Die neue Rolle des Therapeuten kommt jedoch bei vielen anderen Unterschieden zum Tragen, die ich nachfolgend erläutern möchte.

### Von Fragen zu „Räumen“ und „Werkzeugen“

Fragen standen von jeher im Zentrum der SFBT. So sind die vom BFTC produzierten Original-Videos, die Steve de Shazer und Insoo Kim Berg bei ihrer Arbeit zeigen, mit Einblendungen wie „Wunder-Frage“ (*miracle question*), „Skalierungsfrage“ (*scaling question*) usw. versehen, damit die Zuschauer nachverfolgen können, was in der Sitzung geschieht. Der Fokus liegt also auf der Frage. Inzwischen gibt es sogar Bücher, in denen eine Unmenge „lösungsfokussierter Fragen“ zusammengetragen sind, sogar Bücher mit „1001 lösungsfokussierten Fragen“ („1001 *Solution-Focused Questions*“ – Bannink 2010) – als ob eine Frage allein „lösungsfokussiert“ sein könnte. (Jede Frage kann auf unzählige Arten gestellt werden, und nur einige von ihnen könnten lösungsfokussiert sein.)

Selbstverständlich sind solche Fragen ein wichtiges Element der lösungsfokussierten Praxis. Der springende Punkt ist jedoch nicht, dass diese Fragen einfach

gestellt werden, sondern dass damit ein Teil des Gesprächs/der Sitzung begonnen bzw. darauf aufgebaut wird. Eine Wunder-Frage und eine einzelne Antwort können zwar einen kleinen Fortschritt darstellen, doch die wahre Stärke zeigt sich in dem, was danach passiert, nämlich der Erweiterung der Antworten in Beschreibungen.

Bei der Wunder-Frage bzw. der Skalierung handelt es sich nicht einfach um Fragen. Sie sind vielmehr der Beginn eines sehr viel größeren Gesprächsteils, weshalb es sinnvoll ist, die Aufmerksamkeit auf diese „Gesprächsbrocken“ und weniger auf die Fragen selbst als eigenständige Elemente zu konzentrieren. Ein Gespräch über die „erwünschte Zukunft“ (*preferred future*) ist also eine Wunder-Frage PLUS all die Folgefragen darüber, welche ersten winzig kleinen Anzeichen darauf hinweisen, dass das Wunder geschehen ist, wer sonst etwas bemerken könnte, was genau diese Person bemerken würde, was als Nächstes passiert, welchen Unterschied das macht und für wen usw.

Chris Iveson verwendete in diesem Zusammenhang die Metapher der „Kunstgalerie“ (*art gallery*) für ein Therapiegespräch. Diese Kunstgalerie umfasst dabei mehrere „Räume“ (*rooms*), in denen verschiedene Dinge zu betrachten und zu prüfen sind, wobei diese Räume Folgendes umfassen können (Abbildung 1, S. 30):

- Eintrittskarten-Verkauf (*ticket office*) – einige „beste Hoffnungen“ des Klienten, eine „Eintrittskarte“ (*ticket*) dafür, mit der Arbeit fortfahren zu können
- Galerie der „erwünschten Zukunft“ – eine Reihe von Bildern oder Beschreibungen einer besseren Zukunft für die Klienten und ihre Bezugspersonen, wenn die „besten Hoffnungen“ erfüllt sind
- Galerie der „Beispiele“ (*instances*) – eine Reihe von Bildern oder Darstellungen von Beispielen in der Vergangenheit oder Gegenwart, die etwas mit der erwünschten Zukunft zu tun haben (möglicherweise skaliert von 1 bis 10)
- Souvenirverkauf (*gift shop*) – der letzte Raum, in dem eine Reihe von Bildern oder Darstellungen von N+1, kleineren Ausführungen oder Zeichen entlang des Wegs des Fortschritts ausgestellt sind

Wie bei der Galerie der „Beispiele“ spricht Adam Froerer von der Mercer University/USA von einem „Ressourcen-Raum“ (*resources room* – Froerer 2017), in dem verschiedene Elemente aus dem Leben des Klienten, die seine Ressourcen darstellen, zusammengetragen sind. Bei der Metapher der „Räume“ geht es nicht darum, dass jeder Raum in einer bestimmten Reihenfolge besucht werden muss und man nicht zurückgehen kann. Ganz im Gegenteil: Auch wenn definitiv eine Bewegungsrichtung vom Eingang zum Ausgang vorgegeben ist, können der Klient und der Therapeut während der Sitzung durchaus mehr Zeit in einem Raum als in anderen Räumen verbringen, sie können zurückgehen und sich etwas noch einmal ansehen oder vielleicht etwas entdecken, was sie zuvor nicht bemerkt ha-

<b>Galerie der „erwünschten Zukunft“</b>	<b>Galerie der „Beispiele“</b>
<b>Bilder vom Tag nach dem Wunder</b>	<b>Bilder aus der Vergangenheit oder Gegenwart, die mit der erwünschten Zukunft zu tun haben</b>
<b>Eintrittskartenverkauf</b>	<b>Souvenirverkauf</b>
<b>„beste Hoffnungen“/ gemeinsame Projekte</b>	<b>Zusammenfassungen und Bilder von N+1 zum Mitnehmen</b>

Abbildung 1: Eine lösungsfokussierte „Kunstgalerie“ (nach Chris Iveson)

ben, usw. Dies ist zwar kein Erfolgsrezept, aber eine Empfehlung für eine absolut individuelle Reise.

Die „Räume“ helfen den Praktizierenden, im Auge zu behalten, wo sie gerade stehen und was im Gespräch passiert. Im Allgemeinen ist es gut, eine Zeitlang in einem Raum zu verweilen und nicht hektisch von einem Raum zum nächsten zu hasten. Wenn während eines Gesprächs über die erwünschte Zukunft ein interessantes und bedeutsames Beispiel genannt wird (mehr zu diesem Konzept später), macht sich der Therapeut eine entsprechende Notiz und kommt zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurück, anstatt eine Umleitung zur sofortigen Betrachtung des Beispiels zu nehmen und dabei den Faden des Gesprächs über die erwünschte Zukunft zu verlieren. Therapeut und Klient können sich zusammen von einem Raum zum nächsten bewegen und wenn nötig noch einmal zurückgehen. Das Wichtigste ist hier, jeden „Raum“ bzw. jede Phase so gut wie möglich auszunutzen und nicht zwischen Räumen hin- und herzuspringen (ich beobachte diese Tendenz bei SFBT-Anfängern, die alle Fragen auf einmal anzuwenden scheinen wollen).

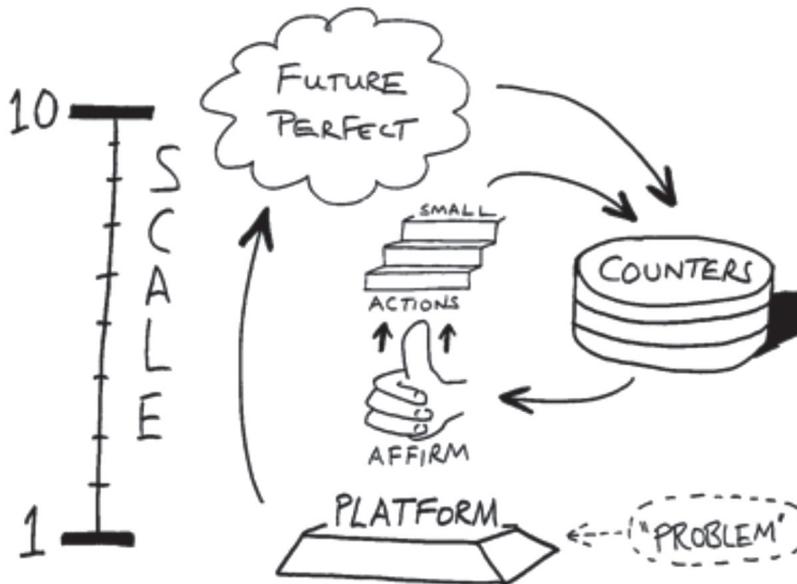


Abbildung 2: Solutions Tools (aus: Jackson/McKergow 2002)

Diese Entwicklung wurde schon in den Arbeiten von Jackson und McKergow (2002, 2007) zu „Lösungswerkzeugen“ (*solutions tools*) angedeutet. Auch diese waren ein Versuch, zu einem längeren Gesprächsteil zu finden, das mehr als nur Frage und Antwort umfasst. Es sollte angehende Praktizierende und Coaches dabei unterstützen, alles im Auge zu behalten. Jackson und McKergow bemühten sich, diesen Werkzeugen knackige Namen zu geben, zum Beispiel „vollendete Zukunft“ (*future perfect*) für die erwünschte Zukunft und „Theken“ (*counters*) für Beispiele und maßgebliche Ressourcen (Abbildung 2).

Zwar lassen sich diese Termini nicht immer gut in andere Sprachen übersetzen, doch haben sie sich in den letzten zehn Jahren dabei bewährt, den Praktizierenden zu helfen, das Beste aus ihrem Gespräch herauszuholen (indem sie am Ball bleiben) und sich nicht eilig in andere Gespräche zu stürzen, wenn der Klient einen „Leckerbissen“ anbietet. Ein weiterer Vorteil des Werkzeug-Konzepts besteht darin, dass für die Nutzung der Werkzeuge keine „richtige Reihenfolge“ verlangt wird, weshalb der Praktizierende innerhalb eines einfach zu handhabenden Gerüsts flexibel vorgehen kann.

## Von Zielen zu „besten Hoffnungen“/gemeinsamen Projekten

Es wurde viel darüber diskutiert, welche Art von Zielen in der SFBT verfolgt werden. In der Anfangszeit lag der Fokus meiner Ansicht nach auf (kleinen spezifischen verhaltensbezogenen) Zielen, und zwar als Möglichkeit der Unterstützung einer allgemeinen Bewegung, weg vom psychologischen Hypothesieren und hin zu einer Art Gespräch darüber, was sich der Klient wünscht. Die Idee der „Zielorientierung“ (*goal orientation*) war eine nützliche Kennzeichnung, um die SFBT von anderen „erkenntnisorientierten“ oder „tiefenpsychologischen“ Praktiken abzugrenzen. In der jungen SFBT ist der Prozess indessen nicht dann abgeschlossen, wenn die Ziele des Klienten notwendigerweise erreicht sind, sondern wenn der Klient davon überzeugt ist, sein Leben aus eigener Kraft weiterführen zu können – unabhängig davon, ob die ursprünglichen Ziele erreicht sind oder nicht.

Die Bewegung hin zu der Frage nach den „besten Hoffnungen“ des Klienten, wie es u. a. am Centre for Solution Focused Practice (BRIEF) praktiziert wird, stellt einen Schritt weg von den Zielen dar. Ein Ziel ist eine spezifische Sache, die (möglicherweise zu einem spezifischen Zeitpunkt) erreicht werden kann. Eine Hoffnung hingegen ist etwas in der Zukunft, etwas Erwünschtes, das aktuell noch nicht (ganz) präsent ist. Und eine „beste Hoffnung“ ist eine noch ambitioniertere und möglicherweise sogar kaum erfüllbare Hoffnung. (Dies unterscheidet sich direkt von den Gründen, aus denen die Therapie besucht wird, welche üblicherweise in der Vergangenheit liegen und von niemandem erwünscht sind.)

Die Frage nach den „besten Hoffnungen“ mag zwar nicht aus dem Stehgreif zu beantworten sein, doch stellen die Antworten eine Möglichkeit dar, das Thema oder die Art der Arbeit festzulegen. Harry Korman (2004) befasste sich damit, wie ein „gemeinsames Projekt“ (*common project*) – des Klienten und des Therapeuten – festgelegt werden kann, an dem beide für einen gewissen Zeitraum arbeiten möchten. Andere, zum Beispiel Michael Hjerth (in: Klingenstierna 2001) und Jackson & McKergow (2002), haben diese Phase als „Plattform“ (*platform*) bezeichnet, den Ausgangspunkt, an dem mit der Arbeit begonnen wird. Dabei sei auf die ursprüngliche Zusammenfassung verwiesen, die Steve de Shazer in seinen späteren Jahren verwendet hat: „Es gibt keine Garantie, aber ich tue mein Bestes, und ich hoffe, Sie auch. (Während man den Klienten anschaut, um eine positive Antwort darauf zu erhalten.)“ Damit wird ein eindeutiger Vertrag angeboten: „Ich werde mit Ihnen zusammen an Ihren Hoffnungen arbeiten, und wir sind beide gefordert zusammenzuarbeiten.“

Es wird jedoch kein Ziel gesetzt, sondern ein Titel bzw. ein Thema für die beginnende Arbeit festgelegt, das direkt in die Praxis umgesetzt werden kann, indem eine Wunder-Frage gestellt oder um eine Skalierung gebeten wird, um in die nächste Phase des Gesprächs überzugehen. Auf diese Weise ist Raum für Verän-

derung und Weiterentwicklung im weiteren Verlauf. Wird hingegen an konkreten Zielsetzungen festgehalten, können sogar kleine Ziele zu einer Art Gefängnis (*gaol*) mit unerwarteten Entwicklungen werden: So verwandelt sich ein ursprünglich vernünftiges Ziel möglicherweise in einen „einfachen Spazierweg“ – oder aber in einen „unerfüllbaren Traum“.

### *Erwünschte Zukunft und Skalen – identische Fragen, unterschiedliche Absichten*

Gespräche über die „erwünschte Zukunft“ (am Tag nach dem Wunder, das üblicherweise über Nacht geschieht) sowie Skalierungsfragen waren lange und sind noch immer zentrale Elemente der lösungsfokussierten Praxis. Da die Entwicklung jedoch davon weggeht, Informationen zu sammeln, um Interventionen zu konzipieren, und mehr und mehr umfassende und detaillierte Beschreibungen im Mittelpunkt stehen, ändern sich auch die Absichten der Therapieprozesse. So geht der Therapeut in eine etwas andere Richtung, wenn er diese Gespräche einleitet.

Anstatt auf Verhaltensmuster zu achten, die verstärkt und wiederholt werden könnten, beschäftigt er sich mehr damit, dem Klienten dabei zu helfen, seine Beschreibungen zu entwickeln und zu bereichern, insbesondere im Hinblick auf Interaktion: Wer macht was, als Reaktion auf wen, und an welchen klitzekleinen Zeichen zeigt sich das? Dies ist sehr nah an der ursprünglichen Idee des MRI bezüglich einer detaillierten Sprache – allerdings ist die Absicht eine andere. Es geht nicht darum, den gesamten Fall mit einem „Aha-Moment“ zu lösen, sondern um ein schrittweises Herausarbeiten von Details, was dazu führt, dass der Klient am Ende an einem anderen Punkt ist, auch wenn es keinen bahnbrechenden Aha-Moment gab.

### *Von Ausnahmen zu Beispielfällen – deutlichere Gewichtung von Gesprächen über die Vergangenheit und die Gegenwart*

Das wichtigste Schlüsselement in der Anfangszeit der SFBT war wohl die Art und Weise, wie Ausnahmen (*exceptions*) gefunden und konstruiert werden, also Gelegenheiten, bei denen das Problem hätte auftreten müssen, faktisch aber nicht oder weniger heftig aufgetreten ist. Im Jahr 1988, als „*Clues*“ veröffentlicht wurde, war dies tatsächlich die Hauptstrategie des Therapeuten. Die Wunder-Frage und eine hypothetische Zukunft wurden nur dann besprochen, wenn keine Ausnahmen gefunden werden konnten. Dies beruhte auf der Überzeugung, dass das Vorhandensein solcher Ausnahmen aufzeigt, dass zum einen das Auftreten des Problems nicht unausweichlich ist (wie es dem Klienten oftmals vorkommt) und dass zum anderen der Klient durch kluges Vorgehen und Beobachten anfangen

kann, diese Ausnahmen absichtlich herbeizuführen. Dies ebnete den Weg für die Kontrolle und anschließende Verringerung des Problemverhaltens – mit dem Klienten am Steuer.

Ursprünglich wurde beim Ermitteln von Ausnahmen, also von Gelegenheiten, bei denen das Problem nicht oder weniger heftig auftritt, alles zusammengetragen, was nicht der schlimmsten Ausprägung des Problems entspricht. Das ist eine ganz schön breite Palette! Heutzutage geht der Therapeut eher so vor, dass er zunächst ein Gespräch über eine erwünschte Zukunft einleitet, das eine andere oder besser definierte Alternative in Betracht zieht – „Beispiele“ (*instances*) dafür, dass die erwünschte Zukunft vollständig oder teilweise geschieht, oder vergangene Ereignisse, die die erhoffte Zukunft ankündigen. Dies ermöglicht eine klarere Ausrichtung auf Ereignisse, die nicht nur mit der Abwesenheit oder Verringerung des Problems zu tun haben, sondern mit den vom Klienten beschriebenen „besten Hoffnungen“ und seiner erwünschten Zukunft in Verbindung stehen. Auf diese Weise ist die Befragung fokussierter, und es lassen sich mehr unmittelbar hilfreiche und relevante Ideen in das Gespräch einbringen. Andere bezeichnen diese Elemente als „Stücke vom Besseren“ (*pieces of better*) – im Unterschied zu lediglich „Stücke vom Anderen“ (*pieces of different*). Wobei selbstverständlich zu diskutieren wäre, was „besser“ in diesem Kontext bedeutet.

Eine Möglichkeit, ein solches Gespräch einzuleiten, ist die klassische Formulierung „Auf einer Skala von 1 bis 10 ...“, wobei 10 dafür steht, dass die erwünschte Zukunft oder die „besten Hoffnungen“ eingetreten sind (es ist nicht erforderlich, eine volle Wunder-Frage zu stellen, um die „besten Hoffnungen“ des Klienten zu wecken). Der Klient denkt dann einen Augenblick nach und sagt zum Beispiel: „3.“ Das Gespräch wird natürlich fortgeführt mit: „Wie kommt es, dass Sie auf der Skala auf der 3 stehen und nicht weiter unten?“ Auch dies ist ein klassisches Element der lösungsfokussierten Arbeit, das im Wesentlichen unverändert geblieben ist – abgesehen davon, dass der Fokus nun darauf liegt, dass der Klient umfassende Beschreibungen erarbeitet, und nicht mehr versucht wird, ihn absichtlich zur Aktion zu veranlassen.

### *Entledigung von Relikten aus der Familientherapie*

Das MRI-Modell der Kurztherapie wurde von demselben MRI-Team entwickelt, das einige Jahre zuvor (in den 1950er- und 1960er-Jahren) die Familientherapie entwickelt hatte. Diese Gruppe war daran gewöhnt, das Drumherum und die Ausstattung der Familientherapie zu nutzen – einen speziellen Therapieraum mit einem Einwegspiegel, hinter dem (nicht sichtbar für den Klienten) ein Therapeutenteam sitzt, und ein Telefon für die Kommunikation mit dem Therapeuten, der zusammen mit dem Klienten im Raum ist. Die Familientherapie-Routine bestand für den leitenden Therapeuten darin, die Sitzung mit dem Klienten durchzuführen.

ren (wobei er möglicherweise von den Kollegen aufgefordert wird, bestimmte Fragen zu stellen) und dann den Klienten allein zu lassen, während er sich in den Team-Raum hinter dem Spiegel zurückzog. Dort wurde dann besprochen, wer was bemerkt hat, welche Art von Intervention angemessen ist und wie sie dem Klienten als nützlich „verkauft“ werden kann. Der Therapeut kehrte anschließend zum Klienten zurück und überbrachte die „Sitzungsende-Botschaft“ (*end-of-session message*) einschließlich der Intervention.

Die Idee, dem Klienten Komplimente zu machen, war zunächst ein strategischer Schachzug in diesen Sitzungsende-Botschaften: Man hatte festgestellt, dass durch das Loben des Klienten, seines bisherigen Umgangs mit der Situation sowie seiner nützlichen Stärken und Qualitäten der Klient in eine „Ja-Haltung“ (*yes-set*) versetzt wurde – er nickte zustimmend und war somit eher bereit, sich auf die Intervention des Therapeuten einzulassen.

Bei der weiteren Betrachtung der neuen Rolle des Therapeuten als jemand, der detaillierte Beschreibungen „herauskitzelt“, und nicht mehr als Entwickler einer Intervention, ergeben sich folgende wichtige Aspekte:

- Es ist kein Team mehr nötig. Das Gespräch soll vom Klienten mitgehört werden, und der einzige Therapeut ist Teil desselben. Die Idee, dass andere versteckt zusehen, erscheint nicht nur kostspielig, sondern auch ganz schön „gruselig“.
- Es besteht kein Grund zur Unterbrechung mehr, da keine Intervention entwickelt und mit niemandem eine Besprechung abgehalten werden muss. In der ursprünglichen EBTA-Forschungsdefinition von 1997 stellte die Unterbrechung noch eines von sechs Elementen dar, die darauf hinweisen, dass die Therapie korrekt „lösungs-fokussiert“ war. Doch die Zeiten haben sich geändert.
- Der Klient muss nicht mit Komplimenten überschüttet werden, um den „Verkauf“ einer Intervention einzuleiten. Dies bedeutet keinesfalls, dass Komplimente verboten sind. Vielmehr ändert sich ihr Zweck: Sie dienen nun eher dem potenziellen Reframing von Schwierigkeiten und dem Normalisieren von Herausforderungen und können jederzeit während der Sitzung eingesetzt werden.
- Selbstverständlich gibt es keine Intervention. Manche (auch das BRIEF-Team) würden sogar sagen, dass jedwedes Gespräch über mögliche Aktionen und nächste Schritte unnötig ist – der Klient wird schon etwas tun, wenn er es für angebracht hält, und wenn er es nicht für angebracht hält, muss auch nicht danach gefragt werden. Im Organisationskontext arbeitend, würde ich persönlich die Klienten weiterhin nach ihrer Meinung über mögliche nächste kleine Schritte fragen, da es in diesem Kontext ganz normal ist, Aktionen zu vereinbaren. Das geht so weit, dass manche Menschen annehmen, dass sie, wenn sie einer Aktion nicht zugestimmt haben, auch absolut nichts tun müssen – was

ganz und gar nicht der Eindruck ist, den ich erwecken möchte. Im Mittelpunkt steht üblicherweise, ihnen dabei zu helfen, sich auf kleine Aktionen zu konzentrieren, die sehr viel wahrscheinlicher umgesetzt werden als große Aktionen und somit eher einen Unterschied machen. Jedenfalls ist dies allenfalls eine kleine strenge Abschlussfrage an die Klienten und keine umfangreiche Intervention mit Münzwerfen, „So-tun-als-ob“, formalen Erstgespräch-Aufgaben, unterschiedlichem Verhalten an verschiedenen Wochentagen und all den anderen Elementen aus dem Nachschlagewerk der strategischen Familientherapie.

### *Sitzungsende – keine Aufgaben oder Aktionen, mehr wertschätzende Zusammenfassung*

Der Sitzungsabschluss hat also vieles von dem Beiwerk verloren, das in den Anfangstagen als selbstverständlich galt. Es gibt kein formelhaftes Unterbrechen, keine Komplimente und keine Aufgaben mehr. Nichtsdestotrotz müssen wir die Sitzung auf irgendeine Weise zu Ende bringen. Nützlich ist hierbei eine wertschätzende Zusammenfassung durch den Praktizierenden: Sie zeigt, dass er zugehört hat, und sie bietet dem Klienten die Gelegenheit, einige Dinge, die er gesagt hat, noch einmal zu hören – eventuell in einer anderen Reihenfolge. Eine Möglichkeit, um zusätzliche Details hinzuzufügen, die den Klienten dabei unterstützen können, auf kleinere (und folglich machbarere) Details zu schauen, ist eine Beschreibung von kleinen Anzeichen dafür, dass (N+1) erreicht wurde.

Ein weiteres Mittel, um eine Art Gespräch über Aktionen zu führen, ohne konkret über Aktionen zu reden, stellt das Skalieren des Vertrauens des Klienten dar. Evan George (George 2017) beschrieb vor nicht allzu langer Zeit drei Wege der Nutzung von Vertrauensskalen am Ende einer Sitzung:

- Vertrauen darin, in der Lage zu sein, hinsichtlich der „besten Hoffnungen“ Fortschritte zu machen (Skala von 1 bis 10 und anschließende Diskussion darüber, was dazu beiträgt, einen solch hohen Wert zu erreichen). Besonders am Ende des Erstgesprächs kann dies sehr hilfreich sein.
- Vertrauen darin, dass die erreichten Veränderungen beibehalten werden können (Skala von 1 bis 10 und anschließende Diskussion darüber, was dazu beiträgt, dass diese Dinge so hoch und möglicherweise noch höher bewertet werden). Dies kann hilfreich sein, wenn die Therapie zum Ende gelangt.
- Vertrauen darin, dass Veränderung beibehalten und ein „gut genug“ (*good enough*) erreicht werden kann. Das Konzept des „gut genug“ kann dabei helfen, Fortschritt zu beurteilen – nicht, indem eine 10 erreicht wird, sondern eher auf der Grundlage des aktuellen Erlebens des Klienten.

Ein weiterer Aspekt des Sitzungsabschlusses in der SFBT 2.0 ist eine noch klarere Verpflichtung, dem Klienten die Macht darüber zu geben, ob es eine weitere Sitzung gibt und wann ein guter Zeitpunkt dafür sein könnte. Es gibt also weniger „Bitte lassen Sie sich einen Termin für nächsten Dienstag geben“, sondern mehr „Ich hoffe, das war hilfreich für Sie. Möchten Sie wiederkommen, damit wir unsere Arbeit gemeinsam fortsetzen können?“. Steve de Shazer hat stets postuliert, dass Therapie so viele Sitzungen dauert wie nötig und keine einzige mehr. Wir sollten also den Klienten dabei helfen zu entscheiden, ob und wann sie wiederkommen möchten. Und wenn sie glauben, dass es reicht, ist das ein Grund zu feiern.

## *Zusammenfassung*

Abschließend lassen sich die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen SFBT 1.0 und SFBT 2.0 wie in der nachfolgenden Tabelle (s. S. 38) dargestellt zusammenfassen.

Obwohl sie viel gemeinsam haben, habe ich den Eindruck, dass sowohl explizit als auch implizit hinreichend grundlegende Abweichungen vorhanden sind, die es rechtfertigen, eine Unterscheidung zu treffen. Insbesondere die Rolle des Therapeuten hat sich verändert: weg von jemandem, der sich möglicherweise als fachkundiger Lehrmeister betrachtet, und hin zu jemandem, dessen Aufgabe darin besteht, den Klienten dabei zu helfen, ihre Beschreibungen dessen, was sie sich wünschen, auszubauen. In der früheren Perspektive erfolgte die Veränderung nach der Sitzung, wenn der Klient rausgeht und etwas anders macht (oder etwas anders betrachtet). Die heutige Haltung besteht darin, dass wesentliche Veränderung direkt in der Sitzung, während des Gesprächs geschieht.

Es geht keinesfalls darum, SFBT 1.0 als falsch, schlecht oder überholt darzustellen. Sie wird aktuell von vielen Praktizierenden angewandt, die damit gute Erfolge bei ihren Klienten erzielen. Wenn wir SFBT jedoch weiterentwickeln möchten, sollten wir eine klare Vorstellung davon haben, was wir machen und was nicht. Ich nehme an, dass viele Therapeuten etwas aus beiden Spalten anwenden. Dass all die genannten Aspekte gegenwärtig unter ein und derselben Überschrift stattfinden, scheint mir jedoch weder für Praktizierende und Lernende noch für Forschende hilfreich zu sein. Erste Forschungen (Shennan & Iverson 2011) zeigen, dass das, was ich als SFBT 2.0 bezeichne, kürzer und damit besser im Sinne des Grundgedankens der Kurztherapie als die verbreitetere Version ist. Und auch die Erfahrung – in meiner mehrjährigen Praxis und in der Praxis anderer – zeigt, dass die neuere Version der SFBT wirksam, effizient und eleganter ist als die früheren Versionen. Dies muss selbstverständlich überprüft werden, doch es lässt sich eben nur dann überprüfen, wenn wir erst einmal eine Unterscheidung treffen.

SFBT 1.0	SFBT 2.0
<b>Bleibt gleich</b>	
Fokus darauf, was der Klient möchte	Fokus darauf, was der Klient möchte
radikale Akzeptanz dessen, was der Klient sagt	radikale Akzeptanz dessen, was der Klient sagt
Wunder-Fragen und Skalierungen	Wunder-Fragen und Skalierungen
spezifische konkrete beobachtbare Beschreibungen und Details	spezifische konkrete beobachtbare Beschreibungen und Details
Coping-Fragen (sofern angemessen/notwendig)	Coping-Fragen (sofern angemessen/notwendig)
Nachfrage „Was ist besser?“	Nachfrage „Was ist besser?“
<b>Ist anders</b>	
Fokus auf Fragen	Fokus auf „Gesprächsbrocken“, „Räume“ und „Werkzeuge“
Fragen, um Informationen für Aufgaben zu sammeln	Fragen, um die Beschreibungen des Klienten zu erweitern
problemfreies Gespräch	direkter Einstieg in „beste Hoffnungen“
Ziele (vorzugsweise kleine Ziele)	„beste Hoffnungen“ und Unterschiede, welche die „besten Hoffnungen“ für alle Beteiligten machen
Ausnahmen (von dem Problem)	Beispiele (für Dinge, die mit den „besten Hoffnungen“/der erwünschten Zukunft verbunden sind)
Komplimente am Ende der Sitzung	wertschätzende Zusammenfassungen während der Sitzung, keine Komplimenteflut am Ende
Unterbrechung und „Sitzungsende-Botschaft“	Angebot einer weiteren Sitzung, sofern erforderlich/gewünscht

Tabelle 1: Zusammenfassung

## Literatur

- Bannink, F. (2010): *1001 Solution-Focused Questions*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1982): *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford Press.
- de Shazer, S. (1985): *Keys to solution in brief therapy*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1988): *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1991): *Putting difference to work*. New York: WW Norton.
- de Shazer, S. (1994): *Words were originally magic*. New York: WW Norton. (Deutsch 1996 : „... Worte waren ursprünglich Zauber“. Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. Dortmund: verlag modernes lernen.)
- de Shazer, S. & Berg, I. K. (1992): Doing therapy: A post-structural re-vision. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(1), S. 71–81.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986): Brief therapy: focused solution development. In: *Family Process*, 25, S. 207–221.
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E. & Gingerich, W. J. (2012): *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.
- Froerer, A. (2017): *The Power of Solution Focused Language*. Vortrag im Rahmen der Solution Focused Safari Conference, Johannesburg/Südafrika, 31. März 2017.
- George, E. (2017): *Scaling up our practice*. <https://www.facebook.com/BRIEF.SolutionFocus/posts/10155063623559976?pnref=story> (abgerufen am 17. April 2017).
- Iveson, C., George, E. & Ratner, H. (2011): *Brief coaching: A Solution Focused approach*. London: Routledge.
- Iveson, C. & McKergow, M. (2016): Brief therapy: Focused description development. In: *Journal of Solution Focused Brief Therapy*, 2(1), S. 1–17.
- Jackson, P. Z. & McKergow, M. (2002): *The Solutions Focus: The SIMPLE way to positive change* (1. Ausgabe). London: Nicholas Brealey.
- Jackson, P. Z. & McKergow, M. (2007): *The Solutions Focus: Making Coaching and Change SIMPLE*. London: Nicholas Brealey.
- Klingenstierna, C. (2001): *Lösungsfokuserad gruppterapi vid långtidssjukskrivning-en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mer än sex manader* (Lösungsfokussierte Gruppentherapie mit langer krankheitsbedingter Abwesenheit – eine vergleichende Studie mit Teilnehmern, die mehr als sechs Monate krankgeschrieben waren). Unveröffentlichte Psychologie-Diplomarbeit. Universität Uppsala, Sweden.
- Korman, H. (2004): *The Common Project*. <http://www.sikt.nu/wp-content/uploads/2015/06/Creating-a-common-project.pdf>“[www.sikt.nu/wp-content/uploads/2015/06/Creating-a-common-project.pdf](http://www.sikt.nu/wp-content/uploads/2015/06/Creating-a-common-project.pdf) (abgerufen am 24. November 2015).
- MacDonald, A. J. (2011): *Solution-focused therapy: Theory, research & practice* (2. Ausgabe). Sage Publications.
- McKergow, M. (2009): Gale Miller: The man behind the mirror behind the mirror at BFTC. In: *InterAction – The Journal of Solution Focus in Organisations*, 1(1), S. 78–88.
- Ratner, H. & Yusuf, D. (2015): *Brief coaching with children and young people: A Solution Focused approach*. London: Routledge.
- Ratner, H., George, E. & Iveson, C. (2012): *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Points and Techniques* (Vol. 8). New York: Routledge.
- Ratner, H., George, E. & Iveson, C. (2011): From solution to description: Practice and research in tandem. In: Franklin, C., Trepper, T. S., McColl-

lum, E. E. & Gingerich, W. J. (Hrsg.): *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. Oxford: Oxford University Press, S. 281–298.

Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., Gingerich, W. J. (2012): Solution-Focused Brief Therapy Treatment Manual. In: Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J. & McCollum, E. E. (Hrsg.): *Solution Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. Oxford University Press, S. 20–38.

Weakland, J. H. & Fisch, R. (1992): Brief therapy — MRI style. In: Budman, S. H., Hoyt, M. & Friedman, S. (Hrsg.): *The First Session in Brief Therapy*. New York: Guilford Press, S. 306–323.

Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. M. (1974): Brief therapy: Focused problem resolution. In: *Family Process*, 13(2), S. 141–168.