

Supervision in einer Suchtklinik

„Ist die Arbeit mit Rückfälligen möglich?“

Ressourcen- und lösungsorientierte Supervision im Klinik-Team mit verschiedenen Techniken

■ *Autor: Heribert Döring-Meijer*

In der Supervision einer süddeutschen Suchtklinik für mehrfachabhängige (polytoxikomane) PatientInnen schilderte mir das Team in der von mir geleiteten Supervision von folgenden immer wieder auftauchenden „Problemen“ in dieser Klinik und gab mir nachfolgenden Problem-Ist-Zustand:

1. Der „Problem-Ist-Zustand“

- Große Fluktuation und Bewegungen im Gesamtteam des Hauses (auch Küche, Verwaltung etc.)
- Innere Kündigung bei vielen MitarbeiterInnen
- Ca. alle drei Jahre wechselte „fast“ das komplette Therapeutenteam bis auf zwei Mitarbeiter, die seit über 12 Jahren, also quasi von Anfang an dabei sind.
- KollegInnen sagen von diesen 2 Mitarbeitern -,die wissen wie diese Arbeit zu machen ist“.
- Einer dieser beiden Kollegen ist selber „Betroffener“ und seit vielen Jahren „trocken“ und bei den Patienten sehr beliebt.
- Eine weitere Kollegin ist „Mehrfachangehörige“ und nach Aussagen des Teams eine erfahrene Kollegin.
- Häufig und „überverhältnismäßig“ brechen PatientInnen die Therapie vorzeitig ab.
- Wiederholt haben diese entlassenen PatientInnen sich dann einen „goldenen Schuß“ gesetzt, der des öfteren dann zum Tode führte – wegen der vorher in der Klinik erfolgten Entwöhnung des Körpers vertrugen Sie nicht mehr den „reinen Stoff“.
- Nach Aussage des Teams würden etwa ein Drittel der PatientInnen den Weg in eine „cleane“ Zukunft schaffen, ein weiteres Drittel würde bald wieder rückfällig und bräuchte oftmals 2 bis 3 weitere Langzeittherapien, der Rest würde es nie schaffen bzw. in der Verelendung oder auf dem Friedhof landen.
- „Alles im allem“ eine sehr anstrengende und oft frustrierende Arbeit mit zu wenig Erfolgsaussichten und guten Lösungen
- In dieser Klinik wird nicht mit rückfälli-

gen PatientInnen weitergearbeitet, sondern diese werden in der Regel noch am gleichen Tag entlassen.

Ein Teil des Teams sowie auch die therapeutische Leitung waren der Ansicht, wenn mit „Rückfällen“ gearbeitet würde, dann können wir gleich „den Laden dichtmachen“, und dies sei auch nicht mit dem Geldgebern und Kostenträgern – LVA, BfA (heute Deutsche Rentenversicherung), Krankenkassen – zu vereinbaren. Es gehe um die Wiedereingliederung der PatientInnen ins Arbeitsleben bzw. um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, das schien mir zumindest das vorrangige Ziel der Kostenträger zu sein, entsprechend wurde ich informiert. Die Wiedereingliederung der PatientInnen ins Arbeitsleben und auch das Abstinenzgebot – während des Klinikaufenthalts – sind klare Vorgaben nicht nur der Kostenträger, sondern auch der Klinikleitung. Diese Haltung wurde bisher auch von einem Großteil des Gesamtteams (Arbeitstherapie/ Psychotherapie) so geteilt.

Einige der jüngeren Teammitglieder (Psychotherapie) und ein Arbeitstherapeut verlangten immer wieder nach einer Aussprache bzw. der Auseinandersetzung mit der Frage, ob nicht zukünftig auch mit rückfälligen PatientInnen therapeutisch weiter gearbeitet werden kann. Die Information von außen, daß sich wieder einmal einer der von uns nach Rückfall entlassenen PatientInnen einen „goldenen Schuß“ gesetzt hat, wirkte sicherlich motivierend im Hinblick auf die anstehende Diskussion: „Kann/darf in dieser Klinik mit rückfälligen Patienten weiter gearbeitet werden?“

Eine therapeutische Mitarbeiterin bemerkte in dieser Supervisionssitzung, „daß doch jemand, der wieder krank wird bzw. dessen Leiden erneut ausbricht, nicht einfach vor die „Krankenhaustür“ gestellt wird – „dies sei doch erst einmal ein kranker Mensch und nach der RVO ist Sucht ja wohl auch eine anerkannte Krankheit.“ Ein anderer Kollege (selber „Betroffener“) meinte: „Wenn wir hier mit Rückfällen

arbeiten, bekommt die Klinikleitung meine Kündigung trotz meiner über zehnjährigen Zugehörigkeit zum Therapeutenteam.“ „Leute, wir machen hier ein Faß auf!“

Die Äußerung dieses therapeutischen Teammitgliedes, der als „Betroffener“ von einem „Faß“ spricht, das „aufgemacht“ wird, zeigt nicht nur seine eigene Angst vor dem, was in dieser Klinik in Bewegung kommen könnte, sondern auch eine für ihn selbst möglicherweise in Bewegung kommende neue Diskussion mit der eigenen Sucht. Der Teamkollege arbeitet „immer“ auch ein wenig für sich. Er will selber eine Antwort auf die Frage „Ist die Arbeit mit Rückfällen für mich und in dieser Klinik möglich?“ - und so arbeitet er natürlich auch an der Teamfrage. Die Haltung dieses langjährigen Teammitgliedes ist ein wichtiger positiver Beitrag, er ist ein Kollege mit großer Erfahrung. Manchmal sind das aber auch KollegInnen, die meinen, „die gute Wahrheit zu haben!“ und damit hinderlich bei Neuerungen, da diese Haltung ein wenig von dem in sich birgt, was ich „lösungshinderlich“ nenne (so zumindest meine Erfahrung aus der Arbeit in anderen Teams).

Ich bot dem Team an dieser Stelle eine von mir entwickelte Strukturaufstellung, die „Symptomaufstellung“, an zur Überprüfung eines möglichen Versuches mit „Rückfällen“ zu arbeiten und um sich in das Thema einzuspüren.

Symptomaufstellung

In der Symptomaufstellung werden folgende 6 Elemente aufgestellt:

1. Das Symptom
2. Das Ziel oder das mögliche Ergebnis
3. Die Ursache
4. Die Auswirkung (mögliche und vorhersehbare)
5. Die vorhandene Ressource (Ressourcen)
6. Der Verhinderer oder die Verhinderung

Die **Symptome** zeigen auch das Problem und wie es erkennbar ist. Das **Ziel** beinhaltet das gewünschte Ergebnis. Die **Ursa-**

che – oft ein ungeliebtes aber heimlich gut gepflegtes „Kind“ – im Firmen- oder Teamsystem. „Die Widerstände und Einwände“ der Ursache sind oft hilfreich und unterstützend bei der Lösungsfindung. In der Aufstellung müssen die Auswirkungen für das Gesamtsystem im Auge behalten werden, damit sie sich auch wirklich zieldienlich auswirken. Weiterhin sind die Verbindungen zwischen den Symptomen und dem **Verhinderer** bezüglich einer guten Lösung genau zu betrachten und gut zu begleiten. Die **Ressourcen** sind die Werte und „guten Mitbringsel“ zur Unterstützung einer guten Lösung und zielführend. Der **Verhinderer** ist in aller Regel der verdeckte Gewinn, häufig aber auch ein „guter Geist“, der Schaden abwenden will. Manchmal braucht der „gute Geist“ noch einen zusätzlichen Platz in dieser Aufstellung, damit er gewürdigt ist (z.B.: wir können doch als Buchhändler keine Gemüsekonserven verkaufen) und „Neues“ auch gut wachsen kann.

In dieser Aufstellung ist den Protagonisten viel „Bewegungsraum“ zu gewähren, bevor der zu begleitende Veränderungsprozeß mit seiner möglichen Lösung sichtbar wird. Das letzte Aufstellungsbild mit all seinen Aussagen gilt als die gewünschte und gefundene Lösung.

Ein vom Team ausgesuchter Kollege aus dem Therapeutenteam, der sich für die Weiterarbeit mit rückfälligen Klienten ausgesprochen hatte, nahm auch die einzelnen Zuordnungen – wer ist das Symptom, wer ist das Ziel etc.? – vor. Er stellte dann die KollegInnen seinem inneren Bild entsprechend in Beziehung zueinander in den Raum.

Für das **Symptom** (älterer Kollege aus der Arbeitstherapie) stellte er die „Sucht“ auf, der es egal war, was mit ihr passiert, und die sagte: „Ihr könnt mit mir machen was Ihr wollt“. Als er das **Ziel** (stellvertretende therapeutische Leitung), mit Rückfällen zu arbeiten, dazustellen, sagte dies: „Ich kann hier nicht gut stehen, benötige Halt von allen Seiten“, schaute aber freundlich auf das Symptom. Die hinzugestellte **Ursache** (vertreten durch den „selber betroffenen Mitarbeiter“), sprach über Übelkeit und Körpersymptome (Unruhe). Die dann hinzugestellte **Auswirkung** (erfahrene Kollegin/Mehrfachangehörige) schaute ausschließlich auf das Ziel und meinte, sie würde sich gerne zwischen Symptom und Ziel stellen wie eine Art Schutzmauer, damit das Ziel wachsen kann. Die dazuge-

stellte **Ressource** (gewählt wurde jemand aus dem Arbeitstherapeutenteam, der für die Klienten stand) berichtete von einem guten Gefühl zum Ziel und zur Auswirkung. Der dazugestellte **Verhinderer** (ein junger Kollege, erst seit 6 Monaten im Therapeutenteam) sagte, er sei kein Verhinderer, sondern fühle sich eher wie ein Schutzwall und verantwortlich für gutes „Weitergelingen“.

Nachdem ich alle „Plätze“ abgefragt hatte (wie jeder sich an seinem Platz fühlt), bat ich nun die Team-KollegInnen, in Bewegung zu kommen und sich auch auf die anderen Plätze im Raum zu stellen, zu tauschen – so daß jeder mal jeden Platz spüren, sich auch am anderen Platz einfühlend fühlen kann.

Das Team bestand darauf, auf den von dem Kollegen zugewiesenen Plätzen zu bleiben. Der betroffene Kollege, der für die Ursache stand, verließ den Raum und entzog sich der Supervision, und somit konnte ich diese Aufstellung nicht so zu Ende führen/fortführen wie ich es gern getan hätte.

Daraufhin bat ich die KollegInnen, ihre Plätze zu verlassen und für sich auf diesem Platz, an dem Sie gestanden waren, einen Stuhl aufzustellen, auch einen Stuhl für die Ursache, d. h. für den Kollegen, der den Raum verlassen hatte. Jetzt bat ich alle KollegInnen, sich auch auf die anderen Plätze, an denen jetzt Stühle standen, zu stellen und sich dort jeweils einzufühlen und auch alle Gedanken, Ideen hochkommen zu lassen, die mit den verschiedenen Plätzen verbunden sind.

Der Kollege, der für die Ursache stand, kehrte nicht in die Supervision zurück. Den „Versuch“ einer Bewertung im Team, warum der Mitarbeiter den Raum verlassen hatte und eines weiteren Mitarbeiters („der stand schon richtig auf dem Platz der Ursache“) ließ ich nicht zu.

Nach einer „Feed-back Runde“, die erstaunliche Facetten hervorbrachte und das Thema „therapeutische Weiterarbeit mit rückfälligen PatientInnen“ für das Team ganz neu beleuchtete, zeigte sich eine noch stärkere Tendenz im Team, sich näher und weiter mit diesem Thema in der Supervision zu befassen.

Zu allen Positionen in der Aufstellung hätten sich jetzt „wichtige“ Arbeitshypothesen bilden lassen, und der Weg zurück ins Problemmuster wäre nicht weit!

Bei der Rückfrage an das Team, wie es ihnen nach dieser Supervisions-Sitzung gehen würde, ergab sich eine Tendenz zwischen 5 und 6 auf einer Skala von 0 (allerschlimmster Zustand) bis 10 (Problem ist gelöst). Der Kollege, der die Supervision verlassen hatte, fehlte auch bei dieser Abstimmung. Ein Arbeitstherapeut lehnte es ab, hier seine Befindlichkeit kundzutun.

Für die nächste Supervisions-Sitzung nahm ich mir vor, die Wunderfrage zu stellen, nach Ausnahmen zu fragen und mit Skalierungen zu arbeiten, auch weil mir ein Großteil des Gesamtteams verdeutlichte, daß sie sich bei Entlassungen von PatientInnen nach Rückfall ziemlich schlecht fühlten und ihnen diese Entlassungen oft noch tagelang „nachgehen“ würden. Das galt auch für den Teil der Mitarbeiter, die sich noch nicht vorstellen konnten, mit Rückfällen zu arbeiten.

Für diesen Tag beendeten wir die Supervisions-Sitzung.

Infos zur Methodik

1. Lösungsfokussiertes Interview

Kleines Raster für das lösungsfokussierte Interview vor einer möglichen (hier) weiteren Aufstellung unter Einbezug der Wunderfrage und Fragen nach Ausnahmen und Skalierung

Kontextklärung:

- Auftrag klären (Kunde/Klient/Besucher)
- wer will was in diesem Kontext (von wem geschickt, Überweisungskontext, wer bezahlt etc.)
- alles Drumherum klären (interne Spielregeln, besondere Rechte, Besonderheiten etc.)
- Zugehörigkeit zum Kontext/System klären

Zielklärung

(Zielfragen sind Fragen nach dem „Wohin“ und noch im Problemzustand)

- keine unrealistischen Ziele annehmen
- „wo wollen Sie hin?“
- „woran würden Sie merken, daß der erste Schritt passierte?“
- „woran merken Sie, daß das Ziel erreicht ist?“

2. Wunderfrage (nach Steve de Shazer)

(Wunderfragen sind Zukunftsfragen im persönlichen Lösungszustand)

- (Einleitung) „Das ist eine schwierige Frage – eine Frage, die in die Zukunft führt! – wollen sie das wirklich?“

Diese Frage kann nur im Lösungszustand und mit dem Willen zur Veränderung - gestellt werden!

„Sie wissen, das „Wunder“ ist offen und hat wenig Grenzen – so sind Wunder nun mal!“

„Irgendwann werden Sie müde - legen sich schlafen – und irgendwann in der Nacht passiert ein Wunder und Ihr Problem ist gelöst – morgen schon – morgen früh schon“

- was ist anders?
- und - was ist noch anders?
- und – wie sieht Ihre Welt aus?
- und – wie sieht das Ihr Partner Ihre Kollegen, wenn das Wunder geschehen ist?
- und – wenn das Wunder geschehen ist, wer würde das noch merken?
- und – woran würden die das merken (Partner/Kollegen etc.)
- und – wie begegnen Ihnen Ihre Kollegen/Patienten/Kunden
- und - ...so weiter ..und so weiter!!

Fragen müssen in den Alltag eingebettet sein. Wenn das Problem gelöst ist, muß irgend etwas anders sein, anders aussehen, sich anders anfühlen. Im Zustand der Lösung sitzt/steht/schaut Ihr Gegenüber anders aus – wenn das **Wunder** wirklich geschehen ist.

Die Wunderfrage in der Arbeit mit Organisationen muß vielleicht etwas anders gestellt werden: „Ich stelle jetzt eine ungewöhnliche, komplizierte Frage, die für Sie vielleicht erst einmal seltsam erscheint“. Im psychosozialen Bereich sind Menschen/Mitarbeiter mehr daran gewöhnt, mit solchen Fragen umzugehen.

Problem und Lösung sind in der Regel unabhängig.

Der Lösung ist es egal was das Problem ist!

Wittgenstein sagt, Problem und Lösung haben in aller Regel nichts miteinander zu tun. Nur das Problem, mit dem Sie heute hier waren/gekommen sind, ist gelöst.

2. a) Ausnahmen und Skalierungen

(Die Fragen nach Ausnahmen sind zielführend und lösungsorientiert und Teile des „Wunders“.)

- sind Teile des „Wunders“ schon mal dagewesen?
- gab es schon einmal eine Zeit, wo es anders war? wie war es anders?
- wie fühlte es sich an?
- wie ging es Ihnen damals?
(Abfragen in einer Skala von 0 – 10 z. B. 0 = so wie Sie heute gekommen sind / 10 = das „Wunder“)
- wo sind Sie jetzt? (0 – 10)
- waren Sie vorher schon mal bei 8 oder 9 oder gar 10?
- oder vielleicht bei besser als 5?

Das „Wunder“ in der Aufstellung

Der Kontext des Wunders in einer Aufstellung benötigt alle Personen, die dazugehören. Für verschiedene Arbeitsgruppen, z. B. in einer großen Firma, kann dann auch nur ein Repräsentant genommen werden, falls nicht genügend Protagonisten zur Verfügung stehen.

- alle Personen, die zum System/Firma etc. dazugehören
- gab es irgend jemand in der Familie/Firma, dem der Erfolg versagt wurde?
- der ausgegrenzt/rausgeworfen/fristlos entlassen/gekündigt wurde?
- gab es Ausgeklammerte, denen die Loyalität versagt wurde?
- benötigen wir Familienangehörige, vergessene Arbeitskollegen, Gründer, Geldgeber usw.

Die W.A.S. Technik

Die Buchstabenkombination W.A.S. steht als Abkürzung für die drei essentiellen Techniken lösungsorientierter Kommunikation: Wunderfrage, Ausnahmen und Skalen (Quelle: „Das LOT-Prinzip“, Mehlmann/Röse, Vandenhoeck & Ruprecht 2000)

- Die Wunderfrage ist eine der typischen Ziel- und Zukunftsfragen, mit deren Hilfe sich konkrete Zielvisionen entwickeln lassen, anhand derer dann die nächst möglichen Schritte in diese Richtung erarbeitet werden können.
- Die Frage nach Ausnahmen von einem Problem zeigt uns, daß es Zeiten gibt, in

denen das Problem weniger stark auftritt oder sogar ganz abwesend ist. Aus der Erkundung dieser Ausnahmezeiten können wir viel für die Bewältigungschancen aktueller Schwierigkeiten lernen. Die Frage nach Ausnahmen bestätigt die Regel, daß es störungsfreie Zeiten und damit auch immer Lösungsmöglichkeiten gibt.

- Die Skalenfragen bieten eine Fülle von Möglichkeiten, verschiedene Aspekte teamgerecht einzuschätzen. Das trifft sowohl die akute Situation, als auch die Ableitung passender Bewertungsmaßstäbe für Veränderungen. Darüber hinaus eröffnen sie die realistische Option, einen Lösungsprozeß in kleinen, klar definierten Schritten in Richtung Zielvorstellung einzuleiten.

Die nächste Supervisionsitzung

In der nächsten Supervisionsitzung fragte ich im Rahmen der Auftragsklärung das Team, ob es bereit sei „heute mit der W.A.S. Technik zu arbeiten“, die ich kurz vorgestellt hatte. Den therapeutischen Mitarbeiter („Betroffener“), der beim letzten Mal die Supervisionsitzung verlassen hatte, fragte ich dann, ob er zur Verfügung stehe, heute repräsentativ für das ganze Team mit der Wunderfrage, den Fragen nach Ausnahmen und Skalierungen zu arbeiten – evtl. mit einer nachfolgenden Aufstellung. Dieser Mitarbeiter war bereit dazu und hatte auch die Zustimmung des Teams, das dann als Ressource bzw. als „Begleiter des Wunders“ als das Team dazu gestellt werden wollte.

Wunderfrage zum Thema: „Rückfällige Patienten dürfen erst einmal bleiben - werden nicht sofort entlassen“

Heribert Döring-Meijer: „Angenommen ... Sie gingen nach dem heutigen Arbeitstag nach Hause ... und irgendwann ... essen Sie zu Abend ... und dann ... legen Sie sich schlafen ... und ... Sie schlafen ein. Und ... mitten in der Nacht ... geschieht etwas ganz Erstaunliches ... fast schon ... ein Wunder - ... und das Wunder besteht darin, daß Ihr Problem gelöst ist ... einfach so ... aber da es ja Nacht ist, haben Sie es nicht gemerkt ... daß es geschehen ist ...

woran würden Sie am nächsten Morgen merken, daß das Wunder für Sie geschehen ist? Was wäre dann anders? Schon zu Hause? Und dann in der Klinik? Und dann auf der Station? Und dann im nächsten Einzelgespräch mit einem Klienten?“

Die Wunderfrage löste bei meinem

Gegenüber eine vollkommen entspannte Körperhaltung aus und die spontane Äußerung...“es fühlt sich gut an, so komme ich gerne morgens in die Klinik, auf der Station sind die Pflanzen gegossen, der Aufenthaltsraum ist gelüftet – wir haben viele Raucher, in mir ist mehr Ruhe“ – und jetzt verließ ihn das „Wunder“-same. „Aber es handelt sich ja hier nur um ein Wunder – und Wunder die gibt es nicht!“ Er sagte noch: „Ich weiß nicht ob ich mich in solch einem Therapierahmen wohl fühlen und arbeiten könnte.“

Ich stellte jetzt die Frage nach einer Ausnahme. „Gab es schon einmal in den letzten Jahren eine Ausnahme, bei der sich Verhalten von rückfälligen PatientInnen anders zeigte als Sie gedacht haben, angenommen haben?“

Der „betroffene Kollege“ der schon bei der Wunderfrage anfang, sich wieder zurückzunehmen, sagte: „Ja, es gab eine Ausnahme vor einiger Zeit auf einer anderen Station. Das löste damals auf meiner Station viel Unmut aus und den Ruf der Klienten nach Gerechtigkeit.“

Da es bei unterschiedlichen Meinungen im Team wichtig ist „das gemeinsame Ziel“ im Auge zu behalten schaltete ich jetzt das Team mit ein, um von weiteren möglichen Ausnahmen zu hören!

Eine Kollegin sagte: „Ja, es gab schon einmal eine Ausnahme bei einem Patienten, den haben wir nach einem Rückfall hier behalten – und der blieb auch „clean“ – aber das war ja nur eine Ausnahme! Wir haben damals gedacht, das ganze Haus wird jetzt „gierig“ nach Drogen! Jetzt werden wir bald weitere Rückfälle im Haus haben.“

Ein weiterer Kollege meinte, die PatientInnen bleiben bei uns nur „clean“, weil sie sonst „auf die Straße fliegen“ und ich halte das für eine hohe Anpassungsleistung der PatientInnen, aber nicht für eine echte Leistung im Rahmen des gesamten Therapieprozesses.

Im Team wurde sich an einen weiteren „Deal“ mit einem Patienten erinnert, der wohl während eines Ausgangs Alkohol getrunken hatte und auch bleiben konnte, obwohl der Alkoholrückfall ein klarer Entlassungsgrund in der Hausordnung darstellt. Auch dieser Patient blieb „trocken“ bzw. „clean“.

Dem Team wurde jetzt klar, daß es sehr wohl Ausnahmen gab, Zeiten, in denen es anders war, und daß ein Großteil der

PatientInnen eines Hauses nicht zwangsläufig mit rückfällig werden muß, wenn sich nur einer der PatientInnen dagegen entscheidet.

Ich versuchte jetzt folgendermaßen weiter mit dem ganzen Team und der Wunderfrage zu arbeiten unter folgendem Aspekt: „Sie würden in dieser Klinik PatientInnen nach einem Rückfall nicht mehr entlassen.“

„Stellen Sie sich wieder vor, angenommen Sie gingen nach dem heutigen Arbeitstag nach Hause... es wird abend ... Sie werden müde... Sie gehen zu Bett... schlafen ein... und in der Nacht passiert etwas Erstaunliches... fast schon ein Wunder... und das Wunder besteht darin, daß Ihr Problem gelöst ist... einfach so... aber da es ja Nacht war, und Sie geschlafen haben, haben Sie nichts gemerkt... daß ein Wunder geschehen ist... woran würden Sie das am nächsten Morgen merken, daß das Wunder für Sie geschehen ist?... Erst einmal, wenn Sie aufstehen... und was würde Ihr Partner sagen?... Und dann, wenn Sie in die Klinik kommen/und auf die Station kommen... usw. usf.“

Anschließend gab ich dem Team vor, in sich hinein zu spüren und im Rahmen einer Skalierung zwischen 0 und 10 und zu überprüfen, wie es ihnen mit der aus der Wunderfrage sich ergebenden Lösung gehen würde. Es zeigte sich eine Tendenz zwischen 6 und 7.

Jetzt bot ich an, das Wunder mit dem dazugehörigen Kontext aufzustellen.

Aufstellung

(Lösungsaufstellung nach Sparrer/Kibed unter Einbezug der Sichtweisen Steve de Shazer und der W.A.S.-Technik von Mehlmann/Röse)

Bei dieser Lösungsaufstellung wurden folgende 5 Teilaspekte verwendet:

- der Fokus (KlientIn),
- das Ziel des/der KlientIn,
- die Ausnahmen (bereits erreichte Zielaspekte),
- das „Wunder“ (die Antwort auf die Frage, woran der/die KlientIn erkennt, dass sein/ihr Problem gelöst ist)
- und dessen Kontext.

Da all diese Teile nach Sparrer und Kibed unentbehrliche Aspekte einer Lösung sind, sind auch immer alle aufzustellen. Dazu gehört ein lösungsorientiertes Kurzinterview, mit dem Hinweis bzw. den Fragen nach Ausnahmen (gab es schon

mal Ausnahmen, wo sich das Problem anders zeigte?), der „Wunderfrage“ (was wäre, wenn ab morgen alles anders wäre?/wie würde die Welt aussehen, wenn eine gute Fee käme und Sie könnten wünschen.....?) und die Frage nach der Skalierung zwischen 0 und 10 (wie würden Sie sich fühlen, wenn denn dieses Wunder geschehen wäre/wie ginge es Ihnen dann/wie war es bei der Ausnahme?) und der Zustandsbeschreibung im Rahmen dieser vorgegebenen Skala. Auch diese Aufstellung bleibt unter der Begleitung/Anleitung des Leiters so lange in Bewegung oder wird so lange umgestellt bis alle Beteiligten ihrem Platz zustimmen können und eine Lösung gefunden wurde, wie immer diese auch aussehen oder sich anfühlen mag.

Die gesamte Aufstellung hier noch zu dokumentieren, sprengt den Rahmen. Eine Schilderung gebe ich gerne persönlich.

Das „Wunder“ beginnt...

Drei Monate später fing das Team an „vorsichtig und behutsam“ mit rückfälligen Klienten zu arbeiten. Nicht jeder Klient durfte nach einem Rückfall bleiben. Es wurde von Fall zu Fall neu im Gesamtteam entschieden. Ein kleines „Wunder“ war passiert!



Heribert Döring-Meijer,

verheiratet, Vater von 3 Kindern, Gründer u. ehem. Geschäftsführer des Frol Karlsruhe, Autor div. Fachbücher und Fachartikel, Trainer und Lehrsupervisor (EAS), Supervisor (DGSv), Psychotherapeut (HPG), appr. Kinder- u. Jugendpsychotherapeut (LPK-BW), Dipl. Sozialarbeiter, Kaufmann, System. Supervisionsausbildung und Ausbildungen in syst. Familientherapie/Hypnotherapie (G. Schmidt) n. Erickson, Familienaufstellungen u.a. (Hellinger), Gesprächstherapie (Rogers), Bioenergetik (Lowen), TA (Berne). Ich leite Familienrekonstruktionen (V. Satir) und verschiedene Formen von Systemaufstellungen sowie Familienstammbaumarbeit an, die ich teilweise selbst entwickelt oder mitentwickelt habe.

Info: Systemische Beratungspraxis CLARO!,
Kaiserstraße 50, 76131 Karlsruhe,
Tel. 0721-618 41 43, Fax -44
email: doering-meijer@claro-vita.net
www.claro-vita.net

