Gesprächsführung IKT 03, A09

Literatur zur Vertiefung

Therapeutische Beziehung

1. Perspektiven der therapeutischen Beziehungsgestaltung (Rainer Sachse)
2. Wie in einem Spiegel (Bischofberger, Gränicher, Wanzenried)

Gesprächsführung

3. Die Psychologie der Gesprächsführung (George Pennington)
4. Materialien zur Gesprächsführung
5. Grundlagen der Gesprächsführung
6. Zirkuläres Fragen (1 Artikel, 1 Übersicht aus verschiedenen Quellen)

Ansätze

7. Die personenzentrierte Theorie von Carl Rogers
8. Lösungsorientiertes Arbeiten (Ralph Messmer)
9. Motivational Interviewing: Eine Übersicht (Körkel, Veltrup)
10. Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (Rotthaus)
11. A Brief Introduction to Cognitive-Behaviour Therapie (Wayne Froggat)
12. Ministrels of Soul – zur „Aesthetic Responsibility“ (Auszug, P. Knill, Barba, Fuchs)
13. Überraschung als Anstoss zum Wandlungsprozess – zur „Dezentrierung (Eberhart, Kilias)

Perspektiven der therapeutischen Beziehungsgestaltung

Rainer Sachse

1. Einleitung
2. Therapeutische Beziehungsgestaltung: Eine Begriffsbestimmung
3. Perspektiven auf das Konzept „therapeutische Beziehungsgestaltung"
4. Ebene 1: Beziehung als Grundlage von Psychotherapie versus Beziehung als therapeutisches Agens
5. Ebene 2: Beziehung als korrigierende Erfahrung versus Bearbeitung der Beziehung in der Therapie
6. Ebene 3: Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten versus Beziehungsgestaltung durch den Klienten
7. Integration verschiedener Perspektiven: Störungstheoretische Indikation für die therapeutische Beziehungsgestaltung
8. Prognose

1. Einleitung

In diesem Kapitel sollen, nach einer Bestimmung des Begriffes „therapeutische Beziehungsgestaltung", unterschiedliche Perspektiven auf dieses Konzept eingenommen werden; dabei wird deutlich, daß es in Therapiekonzeptionen deutlich unterschiedliche Auffassungen über die Art, die Funktionen, die Ziele und die Effekte einer therapeutischen Beziehung gibt.

Diese unterschiedlichen Auffassungen lassen sich jedoch, wie gezeigt wird, zu einem einheitlichen Modell einer störungstheoretischen Indikation integrieren, in dem sich verschiedene Arten der Beziehungsgestaltung aus den spezifischen Problemkonstellationen des Klienten ableiten lassen.

2. Therapeutische Beziehungsgestaltung: Eine Begriffsbestimmung

Diskutiert man das Konzept „therapeutische Beziehungsgestaltung", dann sollte man sich darüber im Klaren sein, daß dies aus drei Teilkonzepten zusammengesetzt ist:

Aus
- Beziehung
- Gestaltung

und
- therapeutisch.

Betrachtet man diese Konzepte kurz im Einzelnen, dann wird zunächst deutlich, daß „Beziehung" das zentrale Konzept ist: In der Therapie wird eine *Beziehung* gestaltet.

„Beziehung" ist dabei ein Konstrukt, etwas, das man aus Beobachtungen erschließen, jedoch nicht direkt beobachten kann.

Was zeichnet denn nun eine Beziehung aus?

Einige Bestimmungsstücke von „Beziehung" kann man spezifizieren (vergl. Hinde, 1993):
- Eine Beziehung impliziert eine *Interaktion* zwischen zwei Personen (A und B): Dabei zeigt Person A ein Verhalten gegenüber Person B. Daraufhin reagiert Person B mit Verhalten Y.
- Eine Beziehung beinhaltet eine Reihe solcher Interaktionen zwischen den Personen.
- Die Personen sind dabei einander bekannt.
- Die Dauer der Interaktion ist zeitlich begrenzt.
- Jede Person hat dabei bestimmte Erwartungen an die andere Person.
- Jede Person hat bestimmte Annahmen über die jeweils andere Person, deren Stellung zu ihr, über die erlaubten, erwünschten, möglichen und nicht erwünschten Verhaltensweisen sowie über Verläßlichkeit der Beziehung u.a.
- Jede Person hat bestimmte interaktionelle Ziele im Hinblick auf die andere Person sowie bestimmte Standardverhaltensweisen, Interaktionsstrategien u.ä.

Beziehung ist damit etwas, was sich zum einen „in" den beteiligten Personen abspielt (ihre Annahmen, Erwartungen, Wünsche, Ziele, Schemata) und was sich zum anderen „zwischen" den Personen abspielt (ihre Verhaltensweisen verbaler, paraverbaler und nonverbaler Art). Die Art der Beziehung ist dabei abhängig von der Art der internalen und externalen Aspekte (Tabelle 1):

In einer intimen Beziehung hat eine Person andere Annahmen und Verhaltensweisen als in einer beruflichen Beziehung (vergl. Auhagen, 1993; Bierhoff, 1993; Bierhoff & Grau, 1999; Gaska & Frey, 1993; Neuberger, 1993).

Der Aspekt der *„Gestaltung"* einer Beziehung spricht an, daß eine Person durch ihr konkretes Interaktionsverhalten einen *Einfluß* auf die Beziehung hat: Je nachdem, wie sie sich verhält, signalisiert sie dem Interaktionspartner etwas über ihre eigenen Annahmen, Wünsche usw. bezüglich des Interaktionspartners. So kann eine Person bewußt Nähe herstellen (z.B. indem sie den üblichen sozialen Abstand unterschreitet) und damit signalisieren, daß sie die Beziehung gern intensivieren würde; sie kann aber auch eine Anweisung geben, um zu signalisieren, daß sie der Meinung ist, daß ihr sozialer Status in der Beziehung höher ist als der des Partners.

	berufliche Beziehung	**intime Beziehung**
Annahmen	B ist mächtig.	B ist liebevoll.
	B respektiert mich.	B mag mich.
	B hat einen höheren Status als ich.	B hat den gleichen Status wie ich.
Erwartungen	B soll mich loben.	B soll mich wichtig finden.
Verhalten	Halte Distanz zu B.	Suche die Nähe von B.
	Kein Körperkontakt zu B.	Suche Körperkontakt zu B.

Tabelle 1: Internale und verhaltensmäßige Aspekte von beruflichen und intimen Beziehungen einer an einer Beziehung beteiligten Person

Gestaltung kann *intentional* geschehen: Die Person kann bewußt, ja sogar strategisch handeln, um beim Partner bestimmte Effekte zu erzielen, um die Beziehung in eine bestimmte Richtung zu verändern.

Gestaltung kann aber auch hoch automatisiert geschehen: Eine Person kann in ihrer Biographie einen bestimmten *Interaktionsstil* gelernt haben, der bestimmte *intentionale Ziele* enthält (z.B. das Ziel: „erweiterte Aufmerksamkeit") und bestimmte, der Zielerreichung dienende *intentionale Strategien* (z.B. „zeige Dich besonders lustig und unterhaltsam"). Diesen Interaktionsstil wendet die Person dann in bestimmten Situationen an, ohne daß ihr das selbst noch bewußt ist; dies gestaltet dann in hohem Maße die Interaktionssituation und damit die Beziehung zu einem Partner.

Der Begriff *„therapeutische"* Beziehungsgestaltung bedeutet, daß ein Therapeut sein Interaktionsverhalten im Therapieprozeß in besonderer Weise gestalten sollte. So soll ein Therapeut sein Interaktionsverhalten nicht unkontrolliert gestalten, sondern vielmehr gezielt, intentional, ja sogar strategisch, und zwar so, daß sich sein Beitrag zu der therapeutischen Beziehung für den Klienten konstruktiv auswirkt (vergl. Böcker & Breuer, 1980; Johnson & Matross, 1977; Orlinsky & Howard, 1987). Dabei geht der Therapeut von bestimmten Annahmen über die therapeutische Beziehung und seinen Beziehungsbeitrag aus (vergl. Sachse, 1992), z.B.

- die therapeutische Beziehung ist asymmetrisch,
- Therapeut und Klient leisten unterschiedliche Beiträge zu dieser Beziehung,
- die Beziehung ist zeitlich begrenzt und von der Anzahl, der Dauer und Frequenz der Kontakte limitiert,
- die Beziehung ist professionell, sie dient der Erreichung bestimmter Ziele und ist bestimmten Regeln unterworfen; sie ist *keine* Alltagsbeziehung.

Diese Begriffsbestimmung legt den Rahmen fest, in dem sich die unterschiedlichen Perspektiven, die unterschiedlichen Konzepte „therapeutischer Beziehungsgestaltung" bewegen, die nun diskutiert werden sollen.

3. Perspektiven auf das Konzept „therapeutische Beziehungsgestaltung"

Trotz des abgesteckten Rahmens für das Konzept der Beziehungsgestaltung bleibt dieses sehr komplex und vielschichtig (vergl. Grawe, 1998). Einige der Aspekte und Ebenen dieses Konzeptes sollen daher etwas genauer geklärt werden.

Dabei ist es möglich, verschiedene Ebenen zu unterscheiden, auf denen das Konzept oder relevante Aspekte des Konzeptes betrachtet werden können.

Behandelt werden sollen hier die Ebenen:

1. Beziehung als Grundlage von Psychotherapie *versus* Beziehung als therapeutisches Agens,
2. Beziehung als korrigierende Erfahrung *versus* Bearbeitung der Beziehung in der Therapie,
3. Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten *versus* Beziehungsgestaltung durch den Klienten.

Diese Ebenen sind nicht strikt voneinander getrennt, sondern sie überlappen oder durchdringen einander: Jede Ebene stellt eine bestimmte Art von Perspektive dar, unter der man das Konzept „therapeutische Beziehungsgestaltung" betrachten oder ausgestalten kann.

4. Ebene 1: Beziehung als Grundlage von Psychotherapie versus Beziehung als therapeutisches Agens

Praktisch alle Therapiekonzeptionen gehen davon aus, daß eine bestimmte Art von Therapeut-Klienten-Beziehung, die vom Therapeuten aktiv gestaltet und hergestellt werden soll, eine notwendige *Basisbedingung* für eine effektive therapeutische Arbeit ist (vergl. Böcker & Breuer, 1980; Rice, 1983; Sachse, 1992; Sachse und Atrops, 1989). Einige Therapiekonzepte gehen jedoch über diese Annahme hinaus: Sie sehen eine therapeutische Beziehungsgestaltung nicht nur als eine Basis an, auf deren Grundlage die „eigentliche" oder „spezifische" Therapie durchgeführt wird, sondern sie sehen die Beziehungsgestaltung als die eigentliche therapeutische Arbeit, die „Therapie an sich" an (vergl. Binder & Binder, 1981; van Kessel, 1976; van Kessel & van der Linden, 1993a, 1993b; siehe Abbildung 1).

4.1 Beziehung als Grundlage von Psychotherapie

Hier sollen zwei Konzeptionen exemplarisch erörtert werden, in denen therapeutische Beziehungsgestaltung als Grundlage für therapeutische Arbeit angesehen wird: das Konzept der therapeutischen Allianz und das Konzept der „Basisvariablen" in der Gesprächspsychotherapie.

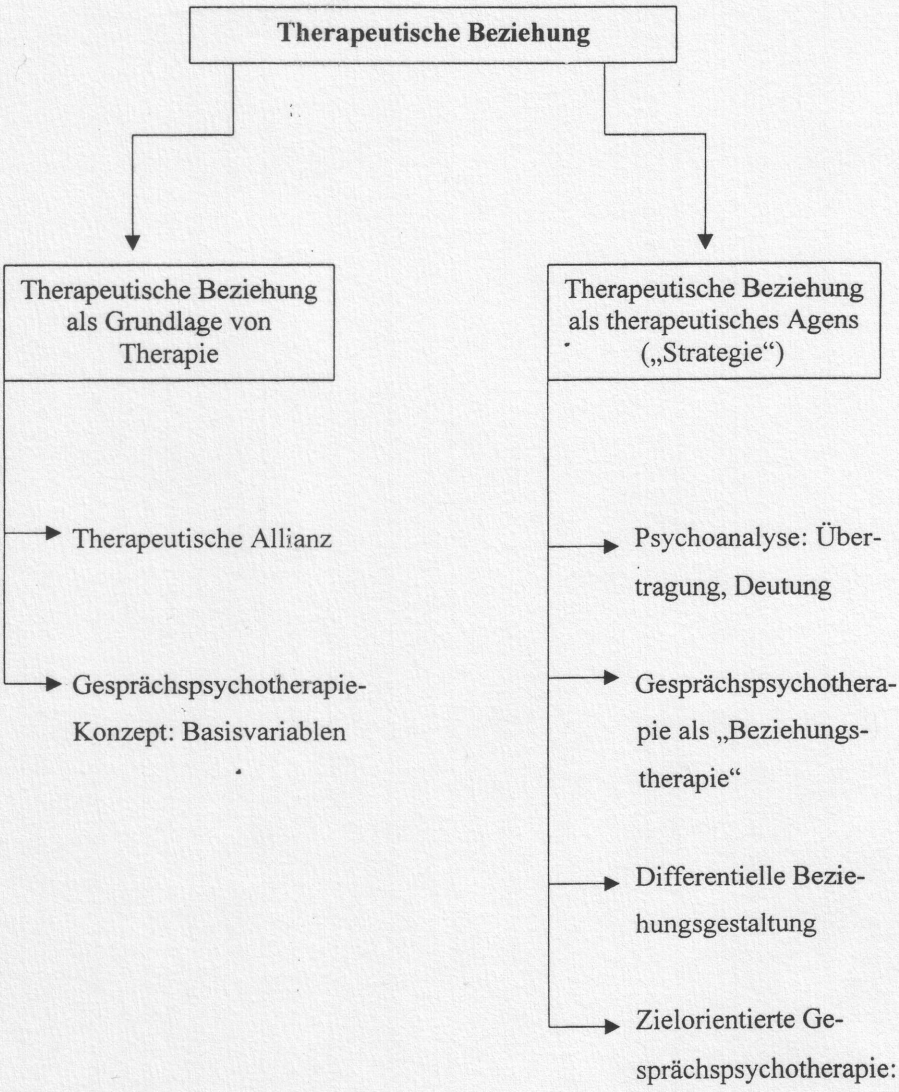


Abbildung 1: Konzepte therapeutischer Beziehungsgestaltung

4.1.1 Therapeutische Allianz

Das Konzept der „therapeutischen Allianz" (vergl. Bordin, 1975, 1979) bedeutet, daß Therapeut und Klient eine spezifische Art von Beziehung in der Therapie eingehen. Therapeutische Allianz ist ein sehr vielschichtiges und komplexes Konstrukt, das viele Einzelaspekte umfaßt. Einige der relevanten Aspekte sollen hier genannt werden.

Eine therapeutische Allianz umfaßt Beziehungsmerkmale wie:

- Die Beziehung ist zweckorientiert: Sie dient dazu, Probleme des Klienten zu bearbeiten; sie dient *nicht* anderen sozialen Zielen oder Zwecken.

- Die Beziehung ist befristet und folgt einem geplanten Zeitmuster.
- Sie ist professionell: Einer der Interaktionspartner ist ein Experte für die Bearbeitung von Problemen, der seine Hilfe professionell anbietet; es ist kein Freund, kein Partner, kein Kollege o.ä.
- Dementsprechend nehmen beide Interaktionspartner spezifische und unterschiedliche Rollen ein (Therapeuten- und Klienten-Rolle); damit gibt es auch spezifische Erwartungen an das Therapeuten- und Klienten-Verhalten.
- Die Kommunikation und Interaktion folgt bestimmten Regeln: Jedes Therapiesystem hat Regeln, wie Beziehung gestaltet wird, wie Inhalte bearbeitet werden usw.
- Die Beziehung sollte von Seiten des Klienten durch Vertrauen gekennzeichnet sein: Einerseits durch Kompetenzvertrauen (der Klient schätzt den Therapeuten als fachlich kompetent ein), andererseits auch durch personales Vertrauen (der Klient fühlt sich beim Therapeuten sicher, akzeptiert usw.).
- Der Klient sollte ein gewisses Ausmaß an therapeutischer Mitarbeit und an Aufnahmebereitschaft für therapeutische Interventionen zeigen (vergl. auch Horvarth, 1981; Horvath & Greenberg, 1989).
- Eine große Anzahl von Studien hat gezeigt, daß die Qualität der therapeutischen Allianz mit dem Therapieerfolg in bedeutsamem Zusammenhang steht, d.h. für eine effektive Therapie relevant ist (vergl. Gaffin, 1981; Gomez, 1982; Luborsky et al., 1980; Sachse, 1992; siehe auch Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

4.1.2 Basisvariablen

In bestimmten neueren Konzepten von Gesprächspsychotherapie geht man davon aus, daß die von Rogers (1959) definierten „therapeutischen conditions" Empathie, Akzeptierung und Kongruenz sog. „Basisvariablen" sind (vergl. Finke, 1999; Rice, 1984; Sachse, 1996, 1999; Tscheulin, 1980, 1982, 1992). Damit ist gemeint, daß diese therapeutischen Interaktionsformen nicht, wie von Rogers (1959) angenommen, notwendige und hinreichende Bedingungen für konstruktive Veränderungen bei Klienten sind, sondern vielmehr dazu dienen, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient zu schaffen, in der dann spezifische Problembearbeitungen stattfinden können.

Dabei haben die therapeutischen Basisbedingungen unterschiedliche Beziehungsfunktionen, die kurz expliziert werden sollen (vergl. Sachse, 1992, 1999).

Akzeptierung

Die Basisvariable der Akzeptierung erscheint unter dem Aspekt der Schaffung einer Beziehungsgrundlage als die zentralste der drei Therapiebedingungen.

Akzeptierung bedeutet zum einen, daß der Therapeut die Person des Klienten annimmt, daß er sich für den Klienten interessiert, ihn ernst nimmt, wertschätzt, sich auf ihn einläßt.

Akzeptierung bedeutet auch, die vom Klienten geäußerten Inhalte nicht zu werten, sondern sein eigenes Wertungssystem zurückzustellen, es gerade *nicht* auf die vom Klienten bearbeiteten Inhalte anzuwenden.

Diese Haltung, die sich aktiv in entsprechenden Handlungen ausdrücken muß, si-

gnalisiert dem Klienten, daß er in der Beziehung zum Therapeuten so sein kann, wie er ist (oder zu sein glaubt): Er muß sich nicht verstellen, seine Aussagen nicht zensieren, sich nicht damit beschäftigen, wie er dem Therapeuten am besten gefallen kann usw. Damit wird eine wesentliche Voraussetzung für Selbstöffnung, für Introspektion, für eine valide Bearbeitung auch hoch problematischer, den Klienten belastender Inhalte möglich. Akzeptierung ist damit eine wichtige Interaktionsart, die auf Seiten des Klienten eine konstruktive Problembearbeitung fördert, aber dem Klienten auch sogenannte korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht. Ohne eine Selbstöffnung und ohne die Bereitschaft, sich selbst mit problematischen Selbstaspekten, bis hin zu ängstigenden und peinlichen Themen zu beschäftigen, ist eine Bearbeitung von Inhalten im Sinne einer Klärung und Veränderung relevanter Schemata (ein sog. Explizierungsprozeß) nicht möglich. Zielt ein Therapeut auf eine Explizierung internaler Problemdeterminanten ab, dann muß er in der Regel durch eine entsprechende Beziehungsgestaltung die Voraussetzung dafür schaffen.

Auch eine klärungsorientierte Therapietechnik wie Focusing (Gendlin, 1981) setzt in der Regel die Etablierung einer entsprechenden therapeutischen Beziehung voraus (Sachse & Neumann, 1987; Sachse et al., 1992).

Kongruenz / Echtheit

Kongruenz auf Seiten des Therapeuten bedeutet, daß der Therapeut Zugang hat zu seinen eigenen Gefühlen und Gedanken, die er dem Klienten und der therapeutischen Situation gegenüber hat. Er verleugnet die Gefühle und Gedanken nicht, sondern kann sie verarbeiten und sie auch zum Verstehen des Klienten nutzen.

Kongruenz ist strenggenommen ein Prozeß, der „im" Therapeuten abläuft und dem Klienten gar nicht zugänglich ist; so definiert ist Kongruenz daher gar keine interaktionsrelevante Variable. Diese wird sie erst im Konzept der Echtheit: Diese bedeutet, daß der Therapeut nicht nur die Intention hat, seine Gefühle und Gedanken selbst zuzulassen, sondern auch, den Klienten, wenn er dies möchte, daran teilhaben zu lassen.

Interaktionell ist Echtheit eine *„vertrauensbildende Maßnahme"*: Schließt der Klient aus dem Verhalten des Therapeuten, daß dieser ihm nichts vormacht, ihn nicht täuscht, daß seine Aussagen mit dem übereinstimmen, was er denkt und fühlt, dann schließt der Klient, daß der Therapeut *vertrauenswürdig* ist. Sagt der Therapeut, daß er den Klienten versteht, dann ist dies für den Klienten auch der Fall; macht der Therapeut in seinem Verhalten deutlich, daß der den Klienten akzeptiert, dann tut er dies aus Sicht des Klienten auch: Der Klient weiß damit, daß er sich auf den Therapeuten verlassen kann, daß dieser transparent ist, daß seine Aussagen valide sind.

Echtheit dient damit der Ausbildung von personalem Vertrauen.

Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß der Klient die vom Therapeuten ausgehenden Botschaften überhaupt glauben, annehmen, verarbeiten kann: Ohne ein solches Beziehungsvertrauen könnte der Klient in der Therapie nur schwer konstruktiv arbeiten oder überhaupt korrigierende Beziehungserfahrungen machen.

Empathisches Verstehen

Empathisches Verstehen als Basisvariable der Therapie bedeutet, daß ein Therapeut

das „innere Bezugssystem" des Klienten verstehen und rekonstruieren kann und damit den Klienten aus dessen eigenen Voraussetzungen heraus verstehen kann.

Empathisches Verstehen „transportiert" gewissermaßen Akzeptierung und Echtheit; es macht dem Klienten aber auch deutlich, daß der Therapeut sich für ihn interessiert, daß er sich um Verstehen bemüht, daß er den Klienten auch tatsächlich versteht, daß er die Probleme des Klienten rekonstruieren kann. Insofern ist empathisches Verstehen sehr wesentlich für den Aufbau von Kompetenzvertrauen: Der Klient erhält den Eindruck, daß der Therapeut etwas mit den Problemen und Sichtweisen des Klienten anfangen kann und nicht, wie der Klient z.T. selbst, vor einem Rätsel steht.

4.2 Therapeutische Beziehung als therapeutisches Agens

Therapeutische Beziehungsgestaltung kann jedoch nicht nur als Grundlage, als Basis psychotherapeutischer Arbeit aufgefaßt werden, auf der andere therapeutische Vorgehensweisen aufbauen, wie z.B. verhaltenstherapeutische Manuale zur Angstbehandlung oder Explizierungsstrategien in der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Therapeutische Beziehungsgestaltung kann vielmehr auch als therapeutisches Agens, als therapeutisch effektive Vorgehensweise, als eine therapeutische Strategie selbst aufgefaßt werden: In diesem Fall geht man davon aus, daß „therapeutische Beziehungsgestaltung" kein unspezifischer, sondern ein sehr spezifischer Wirkfaktor von Psychotherapie ist.

Eingegangen werden soll hier exemplarisch auf die Konzepte der Übertragungsdeutung in der Psychoanalyse, auf das Konzept der „therapeutic conditions" in der klassischen Gesprächs-psychotherapie, auf das Konzept der differentiellen Beziehungsgestaltung in der Interaktionellen Verhaltenstherapie sowie auf die „Bearbeitung von Beziehung" in der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie.

4.2.1 Psychoanalyse

Ein Beispiel für das Konzept „therapeutische Beziehungsgestaltung als therapeutisches Agens" ist das Konzept der „Übertragung" und deren Bearbeitung in der Psychoanalyse (vergl. Thomä & Kächele, 1988). Theoretisch wird davon ausgegangen, daß in der therapeutischen Beziehungssituation alte biographische Beziehungsmuster aktiviert und auf den Therapeuten übertragen werden; schematheoretisch formuliert, werden Beziehungsschemata aktiviert, die relativ früh in der Biographie erworben wurden und die nun das Interaktionsverhalten des Klienten in der therapeutischen Situation steuern. Dieses Beziehungsverhalten des Klienten liefert wiederum die Information, die es dem Therapeuten gestattet, auf der Grundlage psychoanalytischer Theorie Deutungen zu entwickeln, die es dem Klienten ermöglichen, seine Schemata zu rekonstruieren, zwischen Schemata Verbindungen herzustellen usw.

Hier steht damit der Beziehungsaspekt der therapeutischen Arbeit im Vordergrund der Betrachtung: Die Therapeut-Klient-Beziehung ist das entscheidende therapeutische Arbeitsfeld.

Der Focus der therapeutischen Arbeit liegt dabei auf der Übertragungsbeziehung, also auf den biographisch alten Interaktionsmustern des Klienten; dies unterscheidet

die Psychoanalyse stark von der klassischen Gesprächspsychotherapie, in der es in erster Linie um die aktuelle, im Hier und Jetzt stattfindende Beziehung geht, ohne expliziten Rückgriff auf biographische Schemata.

4.2.2 Klassische Gesprächspsychotherapie

In der „klassischen Gesprächspsychotherapie" rogerianischer Prägung (Rogers, 1942, 1957, 1959) wird davon ausgegangen, daß ein Therapeut Empathie, Akzeptierung und Kongruenz/Echtheit als Haltungen realisiert und daß dies „therapeutic conditions" schafft, die notwendige und hinreichende Voraussetzungen sind für konstruktive Veränderungen auf Seiten der Klienten.

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) kennzeichnen diese „conditions" dann auch explizit als „Beziehungsangebot" des Therapeuten an den Klienten: Der Therapeut bietet dem Klienten eine ganz spezifische Art von Beziehung an, in der der Klient sich angstfrei seinem Erleben zuwenden kann und in der Lage ist, seine Inkongruenzen aufzulösen.

Höger (1990, 1995) leitet die Effekte der therapeutischen Beziehungsebene aus der Bindungs-theorie ab (vergl. Ainsworth, 1990; Bowlby, 1988). Bindungstheoretisch gesehen, ist die therapeutische Situation charakterisiert durch einen Klienten, dessen Bindungssystem, bedingt durch die Probleme, Störung oder Symptom in hohem Maße aktiviert ist, und einen Therapeuten, der die Funktion einer Bindungsfigur übernimmt und der in seinem Beziehungsangebot diejenigen Bedingungen bereitstellt, die es dem Klienten ermöglichen, sich und seine Möglichkeiten zu erkunden und die damit verbundenen Risiken und Ängste einzugehen und zu bewältigen.

Der Klient kann so *durch das spezifische Beziehungsangebot* des Therapeuten korrigierende Beziehungserfahrungen und auch, in gewissem Umfang, korrigierende Selbsterfahrungen machen (ohne daß spezifische, weitere therapeutische Maßnahmen notwendig wären).

4.2.3 Interaktionelle Verhaltenstherapie

Im Konzept der Interaktionellen Verhaltenstherapie (Caspar, 1984, 1986, 1996; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b), steht eine *differentielle Beziehungsgestaltung* im Vordergrund der therapeutischen Arbeit: Aufgrund eines Fallkonzeptes über das Beziehungsverhalten des Klienten wird das therapeutische Beziehungsangebot des Therapeuten systematisch geplant und „auf den Klienten abgestimmt".

Therapeutinnen und Therapeuten entwickeln aus der Analyse des Klienten-Verhaltens ein gründliches individuelles Fallkonzept eines Klienten; dieses Fallkonzept wird mit Hilfe der Plananalyse (Caspar, 1996) oder Schema-Analyse (Grawe, 1986, 1987, 1988; Grawe et al., 1988) erstellt. Mit Hilfe der Plananalyse werden die interaktionellen Ziele des Klienten aus dem konkreten Interaktionsverhalten des Klienten in der Therapie erschlossen: Es wird rekonstruiert, was der Klient in Interaktionen erreichen bzw. was er vermeiden will. Erschlossen werden darüber hinaus die vom Klienten verwendeten interaktionellen Strategien und Verhaltensweisen, mit deren Hilfe ein Klient seine interaktionellen Ziele zu erreichen versucht.

Eine Plananalyse beläßt es jedoch nicht bei einer Rekonstruktion einzelner Ziele und Strategien: In der Plananalyse ist es im Gegenteil sehr wesentlich, die Bezüge

zwischen verschiedenen interaktionellen Zielen sowie zwischen Strategien und Handlungen herauszuarbeiten.

Die Plananalyse führt damit zu einem *Netzwerk* von Zielen, Strategien und Verhaltensweisen. Damit wird diese Analyse einerseits der Komplexität des Interaktionsverhaltens gerecht; sie macht andererseits auch im konkreten therapeutischen Interaktionsgeschehen z.B. deutlich, daß eine einzelne Klientenhandlung gleichzeitig mehreren interaktionellen Zielen dienen kann: So kann ein Klient mit einer einzigen (komplexen) Handlung das Ziel verfolgen, vom Therapeuten bewundert zu werden, das Ziel verfolgen, dem Therapeuten deutlich zu machen, daß er Unterstützung benötigt, und das Ziel, die Regeln der Therapie zu bestimmen (z.B. ein Klient, der betont, welche außergewöhnlichen Probleme er hat, die nur in bestimmter Weise bearbeitet werden können).

Der Therapeut, der ein solches (z.T. noch komplexeres) Fallkonzept entworfen hat, kann nun die Gestaltung seiner therapeutischen Beziehung danach ausrichten (da er sie bei unterschiedlichen Klienten, je nach individuellem Fallkonzept, verschieden ausrichtet, wird hier von *differentieller Beziehungsgestaltung gesprochen*). Er kann z.B. versuchen, sich zu den (in der Hierarchie der Ziele und Strategien) möglichst zentralen interaktionellen Zielen des Klienten komplementär (im Sinne von motivbefriedigend) zu verhalten, d.h. er versucht, diese interaktionellen Ziele in der therapeutischen Beziehung so weit wie möglich zu erfüllen. Dabei kann er z.B. bestätigen, daß die Probleme des Klienten außergewöhnlich sind; dadurch kann sich der Klient ernstgenommen und verstanden fühlen; der Klient kann auch bemerken, daß er dem Therapeuten gegenüber nicht mehr um Anerkennung kämpfen muß; dies kann Kapazitäten dafür freisetzen, die Probleme zu bearbeiten anstatt sie nur als Mittel zur Erlangung von Anerkennung zu funktionalisieren u.ä.

Der Therapeut kann aber durch komplementäres Handeln auch Ressourcen aktivieren: Er kann z.B. betonen, daß der Klient sehr viel erreicht hat und daß er außergewöhnliche Hindernisse bereits bewältigt hat, und daß der Therapeut ihm daher zutraut, nun auch in der Therapie schwierige Aufgaben in Angriff zu nehmen. Dies kann den Klienten anspornen, seine Fähigkeiten einzusetzen und tatsächlich schwierige Probleme in Angriff zu nehmen und so Veränderungen auch einzuleiten.

Daher stellt eine differentielle Beziehungsgestaltung in hohem Maß ein therapeutisches Agens selbst dar: Der Therapeut fokalisiert die Interaktionen des Klienten und zielt mit seiner therapeutischen Beziehungsgestaltung auf eine Veränderung interaktioneller Ziele und Strategien ab.

4.2.4 Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

In der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie wird das Konzept „therapeutische Beziehungsgestaltung als therapeutisches Agens" differentiell angewandt: Es wird verwendet bei Klienten mit sog. Persönlichkeitsstörungen, die als Beziehungsstörung aufgefaßt werden; es wird dagegen nicht verwendet bei Klienten, bei denen keine Beziehungsstörung vorliegt (Sachse, 1997,1999).

Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie folgt bei der Therapiekonzeption für Klienten mit sog. „Persönlichkeitsstörungen" der Annahme, daß es sich dabei zentral um Beziehungs- oder Interaktionsstörungen handelt (Benjamin, 1993, 1994, 1996;

Fiedler, 1994; Sachse, 1997). Diese Annahme besagt, daß Klienten mit diesen Störungen in ihrer Biographie spezifische Interaktionserfahrungen gemacht haben, die mehrere psychologische Konsequenzen haben:

- zentrale Beziehungsmotive der Klienten wurden nicht befriedigt (z.B. „Bedürfnis nach Wichtigkeit") und bleiben damit hoch in der Motivhierarchie; sie dominieren damit weiter Verhalten und Verarbeitung in hohem Maße, ohne repräsentiert zu sein, d.h. ohne daß den Klienten diese Motive bewußt zugänglich sind;
- die Klienten entwickeln aufgrund ihrer Interaktionserfahrungen negative Schemata und zwar sowohl negative Selbstschemata (z.B. „ich bin nicht attraktiv") als auch negative Beziehungsschemata (z.B. „ich spiele im Leben anderer Menschen keine Rolle"). Diese Schemata dominieren sehr stark die Verarbeitung von Interaktionssituationen;
- die Personen entwickeln für die problematischen Interaktionssituationen Lösungen: Sie haben ein starkes Bedürfnis danach, wichtig zu sein, machten (und machen aufgrund eigenen Verhaltens z.T. immer noch) aber die Erfahrung, daß sie als Person nicht wichtig genommen werden. Sie haben in ihrem Interaktionssystem aber z.B. gelernt, daß sie durch bestimmte Verhaltensweisen von wichtigen Interaktionspartnern Aufmerksamkeit erhalten können: z.B. durch unterhaltsam sein oder auch für „Symptome" wie „Angst haben" u.ä. Sie haben somit interaktionelle Strategien gelernt, mit deren Hilfe sie Aufmerksamkeit erreichen können;
- damit wird das Bedürfnis nach Wichtigkeit jedoch weiterhin nicht gestillt (denn Wichtigkeit kann man mit Hilfe solcher Strategien gar nicht erreichen); da man andere Personen quasi dazu „zwingt", einem Aufmerksamkeit zu geben, wird auch das Schema „ich bin nicht attraktiv" nicht falsifiziert;
- damit bildet die Person einen spezifischen, hochgradig stabilen Interaktionsstil aus, der durch bestimmte Beziehungsmotive (z.B. „Wichtigkeit"), Schemata (z.B. „ich bin nicht attraktiv"), interaktionelle Ziele (z.B. „errege Aufmerksamkeit") und interaktionelle Strategien (z.B. „zeige Dich besonders lustig und unterhaltsam") gekennzeichnet ist.

In der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie (ZGT) geht man davon aus, daß es notwendig ist, therapeutische Arbeit auf der Beziehungsebene vorzunehmen, wenn und falls die Klienten Probleme auf der Beziehungsebene aufweisen (was keineswegs bei allen Klienten der Fall ist; vergl. Sachse, 1997).

Bei Klienten mit sog. „Persönlichkeitsstörungen" ist es daher wesentlich,

- die Klienten mit den in der Therapeut-Klient-Beziehung auftretenden Interaktionsstilen zu konfrontieren, d.h.: Der Therapeut macht den Klienten auf Strategien oder Ziele aufmerksam und regt den Klienten dazu an, die Gründe für dieses Verhalten zu klären;
- die dysfunktionalen Beziehungsschemata mit dem Klienten zu bearbeiten;
- die zentralen Beziehungsmotive des Klienten zu explizieren und mit dem Klienten an einer Klärung dieser Motive zu arbeiten;
- sich im Rahmen der therapeutischen Regeln zu den Beziehungsmotiven des Klienten komplementär zu verhalten: Wenn ein Klient z.B. ein starkes Bedürfnis nach Wichtigkeit hat, dann kann der Therapeut diesen Klienten ganz besonders ernst

nehmen, ihm signalisieren, daß er sich in besonders hohem Maße um Verstehen bemüht, z.B. auch versucht, nachzuvollziehen, daß der Klient in besonderem Ausmaß unter den Problemen leidet usw. Die bedeutet *nicht*, dem Klienten „etwas vorzumachen", sondern es bedeutet, sich in besonders hohem Maße auf den Klienten einzustellen und zu verstehen, was der Klient braucht.

5. Ebene 2: Beziehung als korrigierende Erfahrung versus Bearbeitung der Beziehung in der Therapie

Diese Unterscheidung ist bei der Diskussion der vorherigen Ebene bereits angeklungen (was deutlich macht, daß sich die Betrachtungsperspektiven überschneiden).

Faßt man die therapeutische Beziehung als etwas auf, das Klienten eine sog. „korrigierende Beziehungserfahrung" ermöglicht, dann geht man davon aus, daß es (zumindest für die Erreichung dieses Zieles!) genügt, eine bestimmte Art von Beziehung herzustellen, und daß der Klient dann durch diese und in dieser Beziehung neue Lernerfahrungen macht, die seine Schemata ändern (vergl. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1995). In dieser Konzeption wird damit Beziehung *nicht* explizit Thema der therapeutischen Kommunikation, d.h. man spricht nicht über Beziehung und man bearbeitet die Beziehung auch nicht.

Wenn ein Therapeut sich z.B. einem narzißtischen Klienten gegenüber komplementär verhält, so signalisiert der Therapeut, daß er ganz toll findet, was der Klient bisher in seinem Leben erreicht hat.

Dieses Therapeutenverhalten kann dazu führen, daß der Klient

- sich in der Beziehung angenommen fühlt;
- sein positives Selbstkonzept stärken kann;
- den Eindruck hat, daß er den Therapeuten nicht weiter beeindrucken muß, und aufhört, nur zu erzählen, wie toll er ist

usw.

Dabei wird das Verhalten des Klienten zu keinem Zeitpunkt in der Therapie thematisiert; auch seine interaktionellen Ziele werden nicht explizit angesprochen: Der Therapeut *gestaltet* die Beziehung aktiv und intentional, bearbeitet sie aber nicht (vergl. Caspar, 1987, 1996).

Etwas Entsprechendes geschieht, wenn ein Therapeut in der klassischen Gesprächspsychotherapie die „therapeutic conditions" als therapeutisches Agens realisiert, damit der Klient korrigierende Beziehungserfahrungen machen kann. Wenn ein Therapeut in klassischer Gesprächspsychotherapie Empathie, Akzeptierung und Kongruenz/Echtheit realisiert, dann kann ein Klient z.B. die Erfahrung machen,

- daß sich eine Person um Verstehen bemüht;
- daß er verständlich ist, daß seine Gedanken und Gefühle nachvollziehbar sind;
- daß eine Person ihn akzeptiert;
- daß eine Person seine Grenzen akzeptiert;
- daß er seine Gedanken, Gefühle, Annahmen betrachten, sich ihnen stellen kann;

- daß er seine Gedanken und Gefühle klären und selbst verstehen kann (vergl. Biermann-Ratjen, Eckert. & Schwartz, 1995; Sachse, 1999).

Diese Erfahrungen können entsprechende Schemata des Klienten (z.B. „keiner kümmert sich um mich") invalidieren und den Klienten veranlassen, sie zu hinterfragen.

Bei der *Bearbeitung von Beziehung* gestaltet der Therapeut nicht nur eine bestimmte Art von Beziehung, er thematisiert auch: Wenn ein Klient sich z.B. darüber beschwert, daß der Therapeut „ständig auf die Uhr schaut", und der Therapeut ein entsprechendes Klienten-Modell hat, das besagt, daß Wichtigkeit ein zentrales Beziehungsmotiv des Klienten ist, und der Klient ein Schema aufweist von „ich bin nicht wichtig", dann kann der Therapeut die Klientenaussage zum Anlaß nehmen, wesentliche Aspekte des Klienten-Interaktionsstils explizit zu thematisieren, z.B. „Wenn ich Sie richtig verstehe, sagen Sie mir damit, daß Sie sich von mir ignoriert fühlen, wenn ich auf die Uhr sehe. Ich finde das wichtig und wüßte gern genauer, was genau bei Ihnen passiert." Der Therapeut macht damit seine Beobachtung transparent, spricht seine Hypothese als Hypothese an („wenn ich Sie richtig verstehe") und bietet dem Klienten an, darüber therapeutisch zu arbeiten, was sein Verhalten (auf die Uhr schauen) beim Klienten auslöst: Das Beziehungsereignis (der Klient beschwert sich beim Therapeuten) wird so zum Ausgangspunkt der Klärung interaktioneller Schemata des Klienten (Sachse, 1997).

6. Ebene 3: Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten versus Beziehungsgestaltung durch den Klienten

Beziehungstheoretisch ist der Aspekt, daß sowohl der Therapeut als auch der Klient die Therapeut-Klient-Beziehung gestalten, ziemlich trivial: Da es sich um eine Interaktion handelt, sind immer (mindestens) zwei Interaktionspartner daran beteiligt und gestalten die Art der Interaktion.

Betrachtet man jedoch Therapiekonzeptionen, dann erscheint dieser Aspekt durchaus nicht mehr so trivial: In Therapiekonzepten ist es vielmehr eher üblich, die Beziehungsgestaltung *eines* Interaktionspartners sehr stark zu betonen, den Beitrag des anderen jedoch mehr oder weniger zu vernachlässigen. So wird in der klassischen Gesprächspsychotherapie sehr viel darüber gesagt, wie der Therapeut die Beziehung gestalten sollte; daß jedoch der Klient auch etwas zur Beziehungsgestaltung beitragen könnte, wird nahezu vergessen. C. Rogers (1959) führt lediglich an, daß der Klient die „therapeutic conditions" zumindest in minimalem Ausmaß wahrnehmen muß, damit sie wirksam werden können; der Einfluß des Klienten auf die therapeutische Beziehung reduziert sich damit praktisch auf den einer Störgröße.

Faktisch ist aber zu beobachten, daß die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten keineswegs unabhängig davon ist, was der Klient tut: Wenn der Klient z.B. den Therapeuten provoziert, kann ein Therapeut oft Empathie und Akzeptierung nur schwer durchhalten; wenn ein Klient anfängt, die Regeln der Therapie zu bestimmen, ärgert das viele Therapeuten usw. (vergl. Gossling, 1998; Scharmann, 1986). Damit ist das, was der Therapeut tatsächlich an Beziehungsangebot machen kann, die Art,

wie er die therapeutische Beziehung tatsächlich gestalten kann, in hohem Maße davon abhängig, wie der Klient die Beziehung gestaltet. Zumindest bei bestimmten Klienten (siehe nächster Abschnitt) ist es *nicht* ausreichend, zu konzipieren, wie ein Therapeut die Beziehung gestalten sollte; vielmehr muß der Interaktionsprozeß vollständig, d.h. unter Einbeziehung des Klientenhandelns konzipiert werden.

Es ist daher wesentlich, zu betrachten, welchen Interaktionsstil ein Klient in die Therapie mitbringt. Man muß daher systematisch mit-konzipieren, daß auch *Klienten* die Therapeut-Klient-Interaktion gestalten und nicht nur Therapeuten (vergl. Düppe, 1997; Klaßen-Leithoff, 1997; Malitte, 1997).

Therapiekonzepte unterscheiden sich stark darin, in welcher Weise sie diesen Interaktionsaspekt berücksichtigen, d.h. wie sie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Klienten konzipieren. Einige Therapiekonzepte konzipieren das Klientenverhalten eher *normativ*: Sie geben an, wie sich die Klienten in der Therapie verhalten *sollten*. Andere Therapiekonzepte konzipieren das Klientenverhalten eher *problemorientiert* als einen Beitrag, der *einen Teil des Klientenproblems* deutlich macht und auf den der Therapeut aktiv reagieren sollte.

6.1 Normative Konzepte

Ein Beispiel für ein normatives Konzept ist das „Duale Basismodell des therapeutischen Prozesses" von Schulte (1996).

Schulte geht davon aus, daß ein wesentliches Ziel des therapeutischen Prozesses (z.B. bei Klienten mit Angststörungen) darin liegt, die Problematik (z.B. die Panikstörung) selbst mit Hilfe therapeutischer Methoden zu behandeln: Ein Prozeßziel liegt damit in der gezielten Anwendung spezifischer therapeutischer Methoden bei spezifischen Klienten-Problemen. Eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten (S. 64) besteht somit darin, die therapeutische Beziehung so zu gestalten, daß der Klient für das sog. „Basisverhalten der Therapie" motiviert wird, das wiederum notwendige Voraussetzung dafür ist, spezifische therapeutische Methoden zur Bearbeitung der Klienten-Probleme durchführen zu können. Damit stellt die therapeutische Beziehungsgestaltung selbst nicht das „eigentliche" therapeutische Agens dar, sondern dient dazu, notwendige Voraussetzungen für die therapeutische Methodenanwendung zu schaffen (eine Vorgehensweise, die prinzipiell der in einer explizierenden Psychotherapie ähnlich ist: Es müssen für den therapeutischen Einsatz spezifischer Methoden erst bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden).

Normativ ist dieses Verfahren dann insofern, als auf Klienten-Seite das sog. Basisverhalten des Klienten hergestellt werden soll (Mitarbeit, Selbstöffnung und Erprobung), das Konzept aber kein spezifisches Vorgehen für den Fall vorsieht, daß der Klient das Basisverhalten deshalb nicht realisieren kann, weil er ein grundlegendes Interaktionsproblem hat. Der Fall, daß ein Klient das Basisverhalten gar nicht einnehmen kann, es ein Teil seines Problems ist und deshalb das problematische Verhalten nicht „repariert" werden kann, sondern u.U. Ansatzpunkt der Therapie sein sollte, wird in dem Konzept nicht vorgesehen.

6.2 Problemorientierte Konzepte

Ein Beispiel für eine problemzentrierte Konzeption findet sich in der ZGT beim Umgang mit Klienten, die sog. „Persönlichkeitsstörungen" aufweisen (Sachse, 1997):

Die Konzeption geht davon aus, daß das spezifische Interaktionsverhalten der Klienten in der Therapie Teil des Klientenproblems ist und als Teil des Problems verstanden und bearbeitet werden sollte. Die Therapeuten gehen somit nicht davon aus, daß dieses Interaktionsverhalten eine „Störung" des therapeutischen Prozesses ist, die „beseitigt" werden muß, bevor man mit der „eigentlichen" therapeutischen Arbeit beginnen kann; die Therapeuten gehen vielmehr davon aus, daß die therapeutische Bearbeitung des Klienten-Interaktionsverhaltens die *zentrale therapeutische Arbeit selbst ist.*

Diese ist allerdings zielgerichtet und damit auch zeitlich begrenzt: Sie zielt auf eine Veränderung des Interaktionsverhaltens ab; ist dieses Ziel in der Therapie erreicht, können andere Ziele in den Vordergrund treten, zu deren Erreichung eine Bearbeitung von Beziehungsaspekten nicht länger erforderlich ist.

7. Integration verschiedener Perspektiven: Störungstheoretische Indikation für die therapeutische Beziehungsgestaltung

Wie man eine Störung behandelt, sollte vom Verständnis der Störung abhängen, d.h.: Es ist wesentlich, ein psychologisches Modell über die Funktionsweise einer Störung zu haben, eine Störungstheorie, aus der man dann therapeutische Ansatzpunkte, Ziele und die Indikation für therapeutische Strategien ableiten kann.

Strenggenommen hat man damit eine störungs*theoretische* Indikation für eine Therapie und keine störungsspezifische: Was man therapeutisch für sinnvoll hält, hängt von der *theoretischen Konzeption der Störung* ab, keineswegs von der Diagnose.

Folgt man den neueren Konzepten zu Persönlichkeitsstörungen, dann kann man annehmen, daß Persönlichkeitsstörungen Beziehungsstörungen sind. Aus dieser Konzeption folgt,

- daß Interaktionsprobleme den zentralen Aspekt der Problematik ausmachen;
- daß Interaktionsprobleme und deren Veränderung die zentralen Ansatzpunkte und Ziele therapeutischer Arbeit darstellen sollten;
- daß Interaktionsprobleme vom Klienten „in die Therapie hineingetragen werden", der Klient die Therapeut-Klient-Beziehung also in entsprechender Weise gestalten wird;
- daß sich demnach die Beziehungsgestaltung des Therapeuten gezielt und strategisch darauf einstellen sollte
  und
- daß eine Bearbeitung der Interaktionsprobleme vorrangig in der Therapie stattfinden sollte.

„Therapeutische Beziehung" kann somit bei Klienten, die eine Interaktionsproblematik als Kern ihrer Störung aufweisen, nicht nur Grundlage der Therapie sein; auch

kann man von diesen Klienten kaum erwarten, daß sie ihre Interaktionsschwierigkeiten „an der Garderobe abgeben", damit man dann ungestört die „eigentliche" Therapie durchführen kann. Bei diesen Klienten, so muß man folgen, wird die therapeutische Beziehungsgestaltung und Beziehungsbearbeitung zum zentralen therapeutischen Agens.

Völlig anders liegt die Situation jedoch bei Klienten, die gar keine oder keine nennenswerte oder keine dominante Interaktionsproblematik aufweisen: Dies dürfte bei Achse-I-Klienten mit Ängsten, Depressionen, Sexualstörungen usw. der Fall sein (vorausgesetzt, sie weisen *keine* Co-Morbidität auf!); dies ist innerhalb der Persönlichkeitsstörungen oft auch bei Klienten mit selbstunsicherer oder dependenter Störung der Fall. Ein Klient, der mit einer Angststörung zur Therapie kommt, hat ein spezifisches Anliegen: Er will seine Störung loswerden, er ist bereit, intensiv daran zu arbeiten, er gibt dem Therapeuten einen Vorschuß an personalem und Kompetenzvertrauen usw. Er weist aber keine nennenswerten Interaktionsprobleme auf: Weder zeigt er im Therapieprozeß dysfunktionales Interaktionsverhalten noch stehen Interaktionsschwierigkeiten im Zentrum seiner Problematik.

Bei einem solchen Klienten ist eine „Beziehungstherapie" unnötig, ja sogar unsinnig: Der Klient braucht weder spezifische Beziehungsangebote noch Beziehungsbearbeitungen; er benötigt auch keine Beziehungsdeutungen, da Beziehung gar kein sinnvoll bearbeitbares Thema ist. Er benötigt eine therapeutische Allianz als Basis einer konstruktiven therapeutischen Arbeit; falls Störungen im „Basisverhalten" auftreten, kann sich der Therapeut bemühen, diese zu beseitigen, damit dann mit der hier sinnvollen Therapie weitergemacht werden kann.

Dies zeigt aber: Ob eine Beziehung „nur" als Basis der Therapie fungieren sollte oder ob sie als therapeutisches Agens aufgefaßt werden soll, ob die Beziehungsgestaltung durch den Klienten explizit berücksichtigt werden sollte oder vernachlässigt werden kann, ob man das Klientenverhalten normativ oder problemzentriert auffassen kann, hängt entscheidend davon ab, ob man in der Therapie einen Klienten vor sich hat, der eine Interaktionsproblematik aufweist oder nicht. Wendet man die Grundidee einer störungstheoretischen Indikation auch auf den Aspekt der therapeutischen Beziehungsgestaltung an, dann

- hängt die Art der Beziehungsgestaltung vom Klienten ab;
- sollten Therapeuten ihre Beziehungsgestaltung flexibel gestalten, reichend von Gestaltung als Basisbedingung bis zu spezifischen Beziehungsbearbeitungen;
- können Therapeuten keinesfalls allen Klienten das gleiche Beziehungsangebot machen;
- können Konzepte wie „Basisverhalten" von Klienten u.a. *nicht* auf Klienten mit Interaktionsstörungen generalisiert werden;
- können aber andererseits therapeutische Strategien, die auf Beziehungsprobleme ausgerichtet sind (z.B. „Beziehungsdeutungen"), nicht auf Klienten ohne Beziehungsprobleme sinnvoll angewandt werden.

Dies bedeutet aber, daß man bezüglich der Konzepte von Beziehungsgestaltung die angesprochenen Dichotomien (z.B. Beziehung als Basis *versus* Beziehung als Agens) aufgeben sollte zugunsten eines sehr viel umfassenderen und flexibleren Konzeptes,

das „therapeutische Beziehungsgestaltung" als eine komplexe therapeutische Strategie begreift, deren konkrete Ausgestaltung von der Problematik des Klienten abhängen sollte: differentielle Beziehungsgestaltung als adaptive Indikationsstrategie.

8. Prognose

Man kann vermuten, daß sich die therapeutischen Konzepte in Zukunft noch stärker in Richtung auf eine differentielle, störungsspezifische Beziehungsgestaltung entwickeln werden. „Therapeutische Beziehung" wird nicht nur als entscheidende Basis der therapeutischen Arbeit angesehen, sondern, in bestimmten Ausgestaltungen für bestimmte Klienten auch als spezifische „therapeutische Technik", als hoch-spezifische Interventionsstrategie.

Dies erfordert jedoch auch eine hoch-spezialisierte Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten: Diese müssen nicht nur lernen, Therapiemanuale anzuwenden, sondern sie benötigen eine Expertise im Hinblick auf spezifische Arten von Beziehungsgestaltung.

Dies erfordert nicht nur ein Denken über bisherige „Schul"-Grenzen von Psychotherapien hinaus, sondern auch eine Therapieausbildung, die die spezifischen Fertigkeiten und Möglichkeiten unterschiedlicher Therapiesysteme systematisch nutzt.

Literaturliste

Ainsworth, M.D.S. (1990). Some considerations regarding theory and assessment to attachments beyond infancy. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & C.M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschoolyears,* 463–487. Chicago: University of Chicago Press.

Auhagen, A.E. (1993). Freundschaft unter Erwachsenen. In: Auhagen, A.E. & von Salisch, M. (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen*, 215–254. Göttingen: Hogrefe.

Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders.* New York: Guilford.

Benjamin, L.S. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psychological Inquiry, 5,* 336–343.

Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.

Bierhoff, H.W. (1993). Heterosexuelle Partnerschaften: Entstehung, Aufrechterhaltung und Auflösung. In: Auhagen, A.E. & von Salisch, M. (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen*, 176–211. Göttingen: Hogrefe.

Bierhoff, H.W. & Grau, I. (1999). *Romantische Beziehungen.* Bindung, Liebe, Partnerschaft. Bern: Verlag Hans Huber.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie (7.Aufl.).* Stuttgart: Kohlhammer.

Binder, U. & Binder, J. (1981). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen.* Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.

Böcker, P. & Breuer, F. (1980). Zur Struktur und Variation therapeutischer Zielsetzungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 9 (4),* 245–265.

Bordin, E.S. (1975). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. *Paper presented at a symposium of the American Psychological Association, Washington, D.C.*

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practise, 16,* 252–260.

Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory.* London: Routledge.

Caspar, F. (1984). Analyse interaktioneller Pläne. Bern: *Universität Bern. Unveröffentlichte Dissertation.*

Caspar, F. (1986). Die Plananalyse als Konzept und Methode. *Verhaltensmodifikation (4),* 235–256.

Caspar, F. (1987). *Problemanalyse in der Psychotherapie.* Tübingen: DGVT.

Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Zweite überarbeitete Auflage.* Bern: Huber.

Caspar, F. & Grawe, K. (1982a). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung.* Forschungsbericht 5–1982, Psychologisches Institut. Bern: Universität Bern.

Caspar, F. & Grawe, K. (1982b). Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. In: H. Bommert & F. Petermann (Hrsg.), *Diagnostik und Praxiskontrolle in der klinischen Psychologie,* 25–29. München: Steinbauer & Rau.

Düppe, M. (1997). Interaktions- und Bearbeitungsmuster in der Therapie von Angst- und Persönlichkeitsstörungen. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.*

Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen.* Weinheim: Beltz.

Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie.* Stuttgart: Thieme.

Gaffin, G.L. (1981). Client-therapist complementarity as it relates to the process and outcome of psychotherapy. *Dissertation Abstracts International, 42, 1603B.*

Gaska, A. & Frey, D. (1993). Berufsbedingte Rollenbeziehungen. In: Auhagen, A.E. & von Salisch, M. (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen,* 280-298. Göttingen: Hogrefe.

Gendlin, E.T. (1981). *Focusing.* New York: Bantam.

Gomez, E.A. (1982). The evaluation of psychosocial casework services to Chicanos: A study of process and outcome. *Dissertation Abstracts International, 43,* 3A:925.

Gossling, N. (1998). Persönlichkeitsstörungen aus therapeutischer Perspektive. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.*

Grawe, K. (1986). *Schema-Theorie und Heuristische Psychotherapie* (Forschungsbericht 2/86, 2.Auflage 1/87). Bern: Psychologisches Institut der Universität Bern.

Grawe, K. (1987). Schema-Theorie und heuristische Psychotherapie. Bern: Universität Bern. *Forschungsbericht aus dem Psychologischen Institut.*

Grawe, K. (1988). Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. *Integrative Therapie. Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik, Sonderdruck, 4,* 309–324.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Siegfried, J., Bernauer, F., Donati, R. & Louis, C. (1988). Qualitätsanalyse der Psychotherapieforschung. Eine empirische Untersuchung. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 46,* 259–266.

Hinde, R. (1993). Auf dem Wege zu einer Wissenschaft zwischenmenschlicher Beziehungen. In: Auhagen, A.E. & von Salisch, M. (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen,* 7–36. Göttingen: Hogrefe.

Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In: G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.),

Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute, 30–53. Köln: GwG.

Höger, D. (1995). Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift, 100*, 47–54.

Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the concept of therapeutic alliance and its measurement*. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada. Reported in Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989): Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling psychology, 36*, 223–233.

Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233.

Johnson, D.W. & Matross, R.P. (1977). Interpersonal influence in psychotherapy: A social psychological view. In: A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy*. New York: Pergamon.

Kessel, van, W. (1976). Der psychotherapeutische Prozeß: Abriß einer Beschreibung in Interaktionsbegriffen. In: P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (1976), *Kli-ententzentrierte Psychotherapie heute*, 142 151. Göttingen: Hogrefe.

Kessel, van, W. & Linden, van der, P. (1993a). Der interaktionell-orientierte Therapeut bei der Arbeit, 2. Teil. *GwG Zeitschrift, 91*, 18–28.

Kessel, van, W. & Linden, van der, P. (1993b). Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. *GwG Zeitschrift, 90*, 19– 32.

Klaßen-Leithoff, B. (1997). Dysfunktionale Bearbeitungs- und Interaktionsmuster bei Psychosomatikern mit histrionischer Störung. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie*.

Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., Johnson, M., Cohen, M. & O'Brien, E.P. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy project. *Archives of General Psychiatry*, 37, 471–481.

Malitte, N. (1997). Dysfunktionale Bearbeitungs- und Interaktionsmuster von Psychosomatikern mit narzißtischer Störung. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie*.

Neuberger, O. (1993). Beziehungen zwischen Kolleg(inn)en. In: Auhagen, A.E. & von Salisch, M. (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen*, 258–278. Göttingen: Hogrefe.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change (4th edition)*, 270-376. New York: Wiley.

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd edition)*, 311–384. New York: Wiley.

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6*, 6–27.

Rice, L.N. (1983). The relationship in client-centered therapy. In: M.J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and patient relationships*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Rice, L.N. (1984). Client tasks in client-centered therapy. In: R.F. Levant & J.M. Shlien (Eds.), *New directions in theory, research, and practice*, 182–202. New York: Praeger.

Rogers, C.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consultative Psychology, 21*, 95–103.

Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science (Vol. 3)*, 184–256. New York: Mc Graw-Hill.

Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen: Interakionsstörungen im Therapieprozeß*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. & Atrops, A. (1989). Focusing: Beziehungs- oder Bearbeitungsangebot? In M. Behr, F. Petermann, W.M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1,* 107–119. Salzburg: Otto Müller.

Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). *Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren*. Bern: Huber.

Sachse, R. & Neumann, W. (1987). Prognostische Indikation zum Focusing aufgrund von Klienten-Prozeßerfahrungen in Klientenzentrierter Psychotherapie. *Bochumer Berichte zur Klinischen Psychologie, 2.*

Scharmann, M. (1986). Bearbeitungsweisen und bearbeitete Inhalte in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.*

Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

Thomä, H. & Kächele, H. (1988). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Berlin: Springer.

Tscheulin, D. (1980). Lernziel Therapeutisches Basisverhalten. In: V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in klinischer Psychologie und Psychotherapie*, 109– 128. Weinheim: Beltz.

Tscheulin, D. (1982). Differentielle Gesprächspsychotherapie. In: GwG/DGVT (Hrsg.), *Kongreßführer für den 2. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin.

Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.

Wie in einem Spiegel
Beziehungsphänomene in der Kunst- und Ausdrucksorientierten Psychotherapie

Eva Bischofberger, CAGS
Gunda Gränicher, M.A.
Brigitte Wanzenried, lic. phil. I

Vorbemerkung

Im Februar 2001 führten wir vom Institut ISIS einen Weiterbildungstag durch mit dem Thema „Übertragung - Gegenübertragung - wie zeigt sich dies bei uns?“ Unser Interesse entsprang der Erfahrung, dass sich in unserer Arbeit als Therapeutin auf verschiedenen Ebenen und in verschiedener Weise unser Gegenüber „spiegelt“ und unsere Arbeit beeinflusst - befruchtend oder auch behindernd. Diesen Spiegelungsprozessen wollen wir in diesem Artikel, der eine Fortführung der begonnenen Forschungsarbeit an diesem Weiterbildungstag ist, nachgehen. In allen tiefenpsychologischen Richtungen spielt die Frage von Übertragung und Gegenübertragung eine grosse Rolle. Und wie ist das bei uns? Wir gehen ja von einer dialogischen Begegnung zwischen zwei Menschen aus - der Therapeutin und der Klientin -, die sich auf einen gemeinsamen Suchprozess begeben. Sowohl Therapeutin wie auch Klientin sind mit ihren jeweiligen Geschichten, Haltungen und Weltsichten anwesend und reagieren aufeinander. Dies ist auch notwendig, denn Verstehen besteht im Antworten - und antworten kann ich nur von mir als Person aus. Antworten kann ich als Mensch, wenn etwas in mir anklingt, wenn ich etwas erkenne oder über etwas staune. Mein Antworten erzählt von meiner Verständnismöglichkeit. Was hilft mir nun als Therapeutin, zu erkennen, wo meine eigenen Geschichten und Gedanken sich im Beziehungsgeschehen verstricken? Wie gehe ich damit um, wenn etwas passiert, das mich oder die Klientin irritiert, zum Fluss hinauswirft? Zum Fluss des Beziehungs-geschehens zwischen Therapeutin und Klientin einerseits, oder zum Fluss des Geschehens im Dreieck Therapeutin - Klientin - Werk. Was hilft mir als Therapeutin dabei? Was hindert?
Diesen Fragen sind wir in den vorbereitenden Dialogen zu diesem Artikel nachgegangen, haben uns Geschichten erzählt aus unserer therapeutischen Arbeit und versucht, zu verstehen, was denn da abläuft, was wir als hilfreiche oder hindernde Arten von Umgang mit Situationen erachten, wo Ver-störung passiert.

Das Phänomen

„Lichtenberg schreibt einmal, er habe oft beobachtet, dass er über dieselbe Sache im Liegen eine andere Meinung habe als im Sitzen oder im Stehen. Das ist nur allzu wahr und ich kann dem höchstens noch hinzufügen, dass ich, wenn ich über mich und meine Arbeit Auskunft geben soll, je nach der Person, die mich befragt, ganz verschiedene, oft sogar entgegengesetzte Behauptungen aufstelle. Manchmal begegne ich Menschen, in deren Gegenwart ich völlig dumm werde, und dann wieder anderen, die mich inspirieren; dann bin ich selbst manchmal ganz verblüfft und

entzückt über die klugen Gedanken, die ich plötzlich in beliebiger Menge produzieren konnte. ...“ (Ende, 1998, S. 304)

Dieses Zitat führt gleich mitten ins Thema: Ich bin nicht immer gleich, und dieses Verschieden-Sein hat unter anderem damit zu tun, wer mein Gegenüber ist, was dieses Gegenüber bewirkt, durch sein Verhalten, seine Äusserungen, seine Nähe oder Ferne zu mir, seine Art, mich anzuschauen und noch vieles mehr. Ich kann irritiert sein, unsicher, eben „dumm“, wie M. Ende schreibt: Je nachdem, welche Saiten mein Gegenüber in mir zum Klingen bringt - woran es mich erinnert, welche „Muster“ angesprochen werden.

Genauso ist es in der therapeutischen Begegnung: Der Dialog wirkt, be-wirkt - im besten Falle das oben beschriebene entzückte Erstaunen über die neuen Gedanken und Zusammenhänge, die da plötzlich aufscheinen. Die Wirkung kann sich auch anders zeigen: In einer Irritation, einem Riss, einer Verstörung, einem Ich-verstehe-meine-Welt- nicht-mehr. Dies kann auf seiten der Klientin wie auch auf seiten der Therapeutin geschehen.

Der Weiterbildungstag hat viele Beschreibungen für das Phänomen hervorgebracht: Aussagen wie: „Was ist denn das?“ oder „Ich komme überhaupt nicht draus aus dieser Reaktion“ zeigen die Anwesenheit dieses Aus-dem-Fluss-Geworfenseins an. Immer ist eine Irritation, ein Riss, eine Verstörung, ein Ich-verstehe-meine-Welt-nicht-mehr da. Da bricht etwas hinein in die Beziehung, etwas Unerwartetes, Heftiges, Störendes.

Psychoanalytiker würden diese Phänomene als Übertragung und Gegenübertragung bezeichnen. Freud hat es folgendermassen beschrieben: *„Es gibt einen völligen Wechsel der Szene, wie wenn ein Spiel durch eine plötzlich hereinbrechende Wirklichkeit abgelöst würde, etwa wie wenn sich während einer Theatervorstellung Feuerlärm erhebt.“* (Knellessen / Passett / Schneider, 1998 ,S. 52)
Wir werden einen kurzen Abriss über die Geschichte dieser Begriffe geben, sind sie doch so in aller Munde, dass wir ihnen auch nachgehen möchten.

Die Geschichte der Begriffe Übertragung und Gegenübertragung

Die Wörter Übertragung und Gegenübertragung sind Begriffe, deren Ursprung in der Psychoanalyse zu finden sind.
Mittlerweile sind sie aber ein so selbstverständlicher Teil unserer Alltagssprache geworden, dass wir uns oft weder Gedanken über ihre Bedeutung noch über ihren Ursprung machen.
Übertragung und Gegenübertragung sind Phänomene, die in jeder Art von Beziehung vorkommen: in einer familiären, einer partnerschaftlichen wie in einer freundschaftlichen Beziehung, im privaten wie im Arbeitsbereich.
Im therapeutischen Setting sind Übertragung und Gegenübertragung Phänomene von Behinderungen in der Präsenz des Therapeuten und des Klienten. Üblicherweise sprechen wir von einer Übertragung, wenn der Klient behindert ist in seiner Wahrnehmung und Reaktion. Von einer Gegenübertragung wird gesprochen, wenn der Therapeut behindert ist in seiner Wahrnehmung und Interventionsmöglichkeit.

Keine dieser beiden Begriffe beleuchten aber das eigentliche Phänomen, das diesen Verhaltensweisen zugrunde liegt. Um dem Phänomen auf die Spur zu kommen, möchten wir kurz schildern, wie in den drei wichtigsten psychotherapeutischen Ansätzen die Beziehungsphänomene Übertragung und Gegenübertragung verstanden werden.

In der klassischen **Psychoanalyse** nach Sigmund Freud bezieht sich das Übertragungsmodell auf das Aufkommen von Gefühlen, Eigenschaften, Fantasien und Vorstellungen beim Klienten, die er auf den Analytiker überträgt. Diese Gefühle sind entstanden in der Kindheit des Klienten in Zusammenhang mit Beziehungen zu ihm wichtigen Personen.
Die Verschiebungen oder Projektionen, wie sie Melanie Klein später genannt hat, führen zu einer Verzerrung der sogenannten Realität. Indem der Analytiker „eine weisse Wand" anbietet, also neutral bleibt, ist es ihm möglich, den verzerrenden Einfluss, den diese Projektionen auf die Beziehung zwischen Analytiker und Klient haben, zu wiederspiegeln und zu interpretieren. Freuds Komponente der „positiven" Übertragung, die auf positiven Erfahrungen in der Vergangenheit des Klienten beruht, ermöglicht, realistische Hilfe vom Analytiker zu erwarten. Das Modell der Übertragung ist somit ein sehr wichtiges Werkzeug in der Psychoanalyse. Durch die Interpretationen des Analytikers wird den Klienten ermöglicht, sich ihrer wiederkehrenden und oft problematischen Verhaltensmuster bewusst zu werden. Sie verlieren im Laufe der Analyse an Bedeutung, und neue Sichtweisen des Klienten können sich etablieren.
Gegenübertragung wurde von Freud als das Gegenstück zur Übertragung gesehen, die „durch den Einfluss des Klienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes" entstand. Obwohl Freud sich dieses Beziehungsphänomens bewusst war, mass er ihm eine negative Bedeutung zu, indem er forderte, „dass der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse". Es wurde erwartet, dass der Analytiker möglichst objektiv und affektiv neutral den Patienten begegnen solle. In einem Aufsatz aus dem Jahr 1950 ist es Paula Heimann gelungen (Vgl. Heimann, 1950, S. 1-84), diese Auffassung so zu erweitern, dass die Gegenübertragung zu verstehen ist als ein Ausdruck des aktuellen Einflusses des Klienten auf den Analytiker und somit zu einem Verständnis der aktuellen Beziehung im analytischen Prozess führen konnte. Durch diese neue Haltung konnte die Gegenübertragung als eine förderliche Informationsquelle erkannt werden, die nützliche diagnostische Hinweise auf die psychische Struktur des Patienten zur Verfügung stellte.
Müller-Pozzi formulierte 1995 in seinem Buch „Psychoanalytisches Denken" folgendes: *„Die Analyse der Gegenübertragung wird zum exquisiten Mittel, die Übertragungen des Analysanden zu verstehen und damit zum Herzstück der psychoanalytischen Situation* (1995, S. 36).*"*

Das Modell der Übertragung in der **Analytischen Psychologie** nach C. G. Jung unterscheidet sich in ihrer Auffassung wesentlich von der psychoanalytischen. Da jeder Fall individuell ist, auch in Bezug auf die Übertragung, kann dieses Phänomen im therapeutischen Prozess eine wichtige Rolle einnehmen, muss aber nicht. Jung meint dazu: *„ Eine Übertragung ist immer hinderlich; sie ist nie ein Vorteil. Man heilt trotz der Übertragung, nicht wegen ihr. Je weniger Übertragung, desto besser."* (GW, Bd. 18/1, §§ 349, 351).

Übertragung ist zu verstehen als eine Projektion unbewusster Inhalte. Deshalb kann man sie nicht fordern oder machen. Die Übertragung kann in einem Fall eine Wendung zum Guten bedeuten, im anderen eher eine Beschwernis und im dritten ist sie relativ unwesentlich.
Jung vertrat die Ansicht, dass die Handhabung der Übertragung viel einfacher sei, wenn sich Klient und Therapeut gegenübersitzen, der Therapeut sich vollständig exponiere und dem Klienten gegenüber ohne Zurückhaltung reagiere. In diesem Setting erlebt der Klient ein menschliches Gegenüber und kann sich anhand der aktuellen Reaktionen des Therapeuten in seine Art der Lebensbewältigung einfühlen. Damit übernimmt der Therapeut eine Vorbild – Funktion.
Den Ausdruck der Gegenübertragung benutzte C. G. Jung zum ersten Mal im Jahre 1929.(Vgl. Jung, GW, Bd. 16, § 163). Er stellte fest, dass der Klient unbewusst den Arzt beeinflusse und ihn mit seinen Projektionen oder wie Jung sagt, „Verwicklungen" anstecke und ihn störe.
Im Modell der Übertragung - Gegenübertragung von Jung werden diese Phänomene heute in einem interaktiven Feld zwischen Therapeut und Klient angesiedelt. Darin wird Selbstregulierung möglich und damit Kreativität auf der Persönlichkeitsebene (Vgl. Kast, 1995). In der archetypischen Gegenübertragung fallen dem Therapeuten archetypische Bilder ein, z.B. Märchen. Dies wird verstanden als ein Hinweis auf die bestehende Thematik; das persönliche Problem steht dann in einem grösseren Feld von Ressourcen.

Im **Klientenzentrierten Ansatz nach Carl Rogers** gibt es laut Christiane Geiser, Leiterin des Ausbildungsinstituts GFK, Gesprächspsychotherapie - Focusing - Körperpsychotherapie, kein spezifisches Modell der Übertragung - Gegenübertragung. Trotzdem meint Geiser: *„dass da irgendwas ist, was eine Rolle spielt in der therapeutischen Beziehung".*
Carl Rogers hat in seinen frühen Arbeiten vorgeschlagen, die Übertragung einfach so zu behandeln wie alles andere auch, nämlich akzeptierend, dann würde sie sich auflösen. Obwohl es offenbar bei Rogers kein Modell dafür gibt, ist es in letzter Zeit üblich geworden, auch innerhalb der Gesprächspsychotherapie von „Übertragung" und „Gegenübertragung" zu sprechen. Geiser lehnt es aber ab, diese psychoanalytischen Begriffe zu übernehmen. Stattdessen spricht sie von „Bindung" und entwickelte ein Modell der „Bindungsarten".
„Ausgehend von neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und des Konstruktivismus soll dargelegt werden, wie menschliche Wesen sich in immer komplexer werdenden Stufen ihres Selbst entfalten und das in ständigen Wechselwirkungsprozessen mit ihrer Umwelt tun. Für die Interaktion in der Therapie können wir dieses Wissen nutzbar machen und ein Modell verschiedener Bindungsarten zwischen TherapeutIn und KlientIn entwerfen. Es hilft uns, das Beziehungsgeschehen einfühlbar zu machen und uns als Teil davon zu begreifen. Auf die psychoanalytischen Begriffe „Übertragung" und „Gegenübertragung" sollten wir im klientenzentrierten Ansatz verzichten und sie durch Begriffe wie „Bindung" und „Resonanz" ersetzen." (Geiser, Vortrag an der „Third International Conference on Client Centered and Experiential Psychotherapy" 1994).
Der klientenzentrierte Ansatz versteht die therapeutische Interaktion als eine Mischung aus dem aktuellen und einmaligen, sich neu ergebenden und den erlernten, geübten, sozusagen „eingefleischten" Interaktionsformen. Für das, was daraus entsteht, wird der Begriff „Bindung" benutzt.

Für unsere Arbeit in der **Kunst- und Ausdrucksorientierten Psychotherapie**, haben wir uns entschieden, eigene Begriffe zu prägen, den Versuch zu machen, diese Phänomene aus unserer Sicht neu zu bezeichnen. Entsprechend unserem phänomenologischen Grundverständnis sprechen wir von „Beziehungsphänomenen", die irritieren oder verstören. Indem wir die künstlerischen Disziplinen in unserem therapeutischen Ansatz mit einbeziehen, erscheinen diese Phänomene in vielfältiger Art und Weise.

Das dialogische Prinzip

Ich bin du, wenn ich ich bin.
Paul Celan

Das Essentielle meiner Arbeit als Therapeutin ist immer das In-Beziehung-Treten: Das Risiko, die Unsicherheit, ob ich zu dir in Beziehung treten kann, ob und wie sich Verstehen oder Missverstehen zeigen. Ich orientiere mich an einem Beziehungsverständnis Martin Bubers, dessen Kerngedanken hier noch einmal kurz wiedergegeben seien (Buber, 1962):

1. Der Mensch steht immer in Beziehung zur Welt. Er kann ihr auf zwei unterschiedliche Arten gegenübertreten: Indem er die Welt erfährt, wahrnimmt, analysiert, objektiviert und damit die Grundworte Ich-Es ausspricht; und indem er eintaucht in die Welt der Beziehung (Ich - Du), was Nähe, In-Beziehung-stehen bedeutet.

2. Ich - Du als dialogisches Prinzip: Wenn zwei Menschen einander Du sagen, treten sie in Beziehung. Es geschieht Hinwendung und Innewerdung dessen, was ist. Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Phantasie, kein Vorwissen, kein Mittel, sonst wird das Du zum Es, zum Objekt. Das Du wird als Einheit erkannt und als Ganzheit erfasst. Dies geschieht unmittelbar, also nur in der Gegenwart und ausserhalb von Raum und Zeit.

3. Beziehung ist ein Ereignis. Sie ist gegenwärtig. Nur durch Gegenwärtigkeit der Beteiligten entsteht Gegenwart. Beziehung ist Gegenseitigkeit, ist Begegnung. Sie ist unmittelbar und heisst: Mit dem ganzen Wesen dabeisein. Das Beziehungsereignis ist ausschliesslich, d.h. das Du grenzt nicht an etwas. Nur ein Etwas grenzt. Beziehung heisst, sich in die Totalität des Dialogs begeben, in das Dazwischen treten. Beziehung ist Teilnahme an der Wirklichkeit. Wo keine Teilnahme ist, ist keine Wirklichkeit.

4. Der Mensch wird am Du zum Ich: Durch die Verwirklichung des Dialogs wird der Mensch zur Person. Aus dem Beziehungsereignis wächst sein Ich-Bewusstsein. Partner eines echten Gesprächs vollziehen die Hinwendung, indem sie sich als Partner annehmen und dadurch als Partner bestätigen. Nur wenn das Ich vom Du angenommen und bestätigt ist, ist es Person und kein Objekt. Die Menschen müssen zuerst Einzelwesen werden, bevor sie in Beziehung treten und ihre jeweilige Andersheit gegenseitig offenbaren, anerkennen und bestätigen können.

Liebe geschieht zwischen Ich und Du, ist Beziehung vom Ich zum Mitmensch, ist Verantwortung eines Ich für ein Du und wird von verschiedenen Gefühlen begleitet.

Wandlung ist ein Geschenk

„Wandlung entspringt der Begegnung. Etwas vom Geheimnis der Wandlung erscheint in dem Wort „Dialog“: das „Zwischen-Wort“, das Wort, das als ein Neues, als Drittes zwischen Ich und Du entsteht. ... Immer ist dieses Dritte aus der Notwendigkeit des Augenblicks, des Hier und Jetzt geboren: nie ist es kalkuliert und geplant, auch wenn ich als Therapeut eine möglichst reiche Fülle von Heilmitteln zur Verfügung haben muss. ... Der Therapie-Künstler muss Könner und Wissender sein. Jedoch kann ich niemals exakt planen, welches Therapiemittel ich tatsächlich anwende; dann besteht die Gefahr, dass Therapie zur Manipulation wird. Jedes Gespräch erstarrt, wenn es geplant ist. Der Therapeut ist immer auch ein Entsagender: Er muss seinen vorgefassten Plänen entsagen können, um dem Raum zu geben, was da kommen will aus dem Zwischenraum zwischen seinem Patienten und ihm. ... Nicht machen - das Neue sich einstellen lassen aus der ungeheuren Spannung zwischen Ich und Du. Therapie ist nicht inszenierbar. ...“
(Petersen, 1987. S. 77 / 78)

Perspektivenwechsel

Wenn ich in einen Dialog trete, suche ich: Nach Antwort, nach Erweiterung, nach neuen Perspektiven.
Alessandro Barrico hat diese Suche nach der Erweiterung der eigenen Welt, nach einer neuen Perspektive in seinem Buch „Novecento“ wunderschön beschrieben: In einem Dialog des Pianisten Novecento, der in seinem bisherigen Leben nur die Welt des Ozeandampfers kennt mit seinem Freund. Er sagt seinem Freund, dass er, wenn sie das nächste Mal in New York seien, den Dampfer verlassen wolle. Er wolle ... das Meer sehen.

„„Du siehst das Meer jetzt seit zweiunddreissig Jahren, Novecento!“
„Von hier aus. Ich will es aber von da aus sehen. Das ist nicht das Gleiche.“
Grundgütiger! Ich hatte das Gefühl, mit einem Kleinkind zu reden.
„Na gut, warte, bis wir im Hafen sind, dann beugst du dich vor und siehst es dir gründlich an. Es ist das gleiche.“
„Es ist nicht das gleiche.“
„Wer hat dir denn das erzählt?“
Das hatte ihm einer erzählt, der Baster hiess. Ein Bauer. Einer von denen, die vierzig Jahre ihres Lebens damit verbringen, sich krumm und bucklig zu schuften, und alles, was sie je gesehen haben, ist ihr Stück Feld und ein-, zweimal, am Markttag, die grosse Stadt ein paar Meilen entfernt. Nur dass ihm die Dürre dann eben alles genommen hatte. ... Also hatte er eines Tages seine Siebensachen gepackt und zu Fuss ganz England durchquert, um nach London zu kommen. Da er sich allerdings mit Wegen nicht besonders auskannte, war er schliesslich statt in London in einem nichtssagenden Kaff gelandet, wo man aber, wenn man die Strasse weiterging, zwei

Kurven folgte und hinter einem Hügel abbog, zu guter letzt plötzlich das Meer sah. Er hatte es vorher noch nie gesehen. Wie vom Blitz getroffen stand er davor. Es hat ihn gerettet, wenn man seinen Worten Glauben schenken will. Er sagte: Es ist wie ein gigantischer Schrei, der schreit und schreit, und er schreit: `Ihr Idiotenpack, das Leben ist etwas Unermessliches, begreift ihr das denn nicht? Unermesslich.... Er Lynn Baster, hatte das noch nie gedacht. Dieser Gedanke war ihm einfach noch nie gekommen. Es war wie eine Revolution in seinem Kopf.
Vielleicht ist es ja so, dass auch Novecento ... dass auch ihm das einfach noch nie in den Sinn gekommen war - diese Sache, dass das Leben unermesslich ist. Wahrscheinlich ahnte er es sogar, aber noch nie hatte ihm das jemand so ins Gesicht geschrien." (Barrico, 2000)

Das ist es, was geschehen kann in einer Begegnung, in der beide offen sind: In der Begegnung mit dem Meer kann eine Revolution liegen, in der Begegnung zweier Menschen ebenso. Eine Revolution im Kopf, wie Barrico so schön sagt: Etwas Neues ist da, plötzlich, etwas, das einem noch nie in den Sinn gekommen war, etwas, das man vielleicht schon geahnt hat, aber jetzt seinen Ausdruck findet. In diesem Text gibt es zwei Revolutionen: Die Begegnung mit dem Meer, die dieses Erkennen der Unermesslichkeit auslöst, eine neue Qualität des In-der-Welt-Seins eröffnet. Und die Begegnung mit Novecento, der eine Erweiterung seiner Welt erfährt durch die Erzählung. Eine Erweiterung, für die er offen ist, präsent, bereit.

Wir würden sagen: Er ist in den Imaginationsraum eingetreten. Sein Gedankenraum hat diese Revolution, diese Erweiterung erfahren. Im Imaginationsraum kann eine Erweiterung geschehen. Ein Gedankenraum kann sich öffnen, aber auch ein Handlungsraum, ein Erfahrungsraum. Es kann eine Erweiterung erfahren werden, zum Beispiel im Theater oder im Tanz. In diesen Räumen treffen wir uns als Therapeutinnen mit den Werke erschaffenden Menschen und den Werken. Wir treten ein ins Geschehen.

Was heisst verstehen?

„Verstehen heisst antworten", sagt Bodenheimer. Verstehen heisst nicht, am Platz des anderen stehen. sondern an meinem Platz. Und von da aus antworten. Bodenheimer unterscheidet drei Arten von Antworten:

1. Antworten kann Begleiten sein, Mitgleiten, einschwingen im Tanz, in der Bewegung, ein Echo geben: Wieder-Geben. Und Wieder-Geben gibt die Bestätigung, erkannt, gehört worden zu sein. Von diesem Erkanntwerden aus baut sich die Person ihr Selbst-Verständnis auf.
   Eine Patientin macht eine Bewegung. Die Therapeutin selber nimmt diese Bewegung auf und bewegt neben ihr. Ein Leuchten in den Augen, eine „genährtere" Bewegungsqualität bestätigt, was die Patientin später ausspricht: „Ich merkte erst dann, was ich tat und es freute mich so, dass du mitmachtest. Es gibt mir Mut."

2. Antworten kann Erweitern sein. Durch die Aussagen entstehen beim andern Gedanken, Ideen, Widersprüche, neue Möglichkeiten. Als Therapeutin gebe ich

Antworten, die mein Erleben widerspiegeln, das, was „es" in mir angeregt hat. Ich betrachte das Gegenüber, sein Werk mit „fremdem" Blick - und zeige ihm damit andere, neue Sichtweisen und Möglichkeiten. Diese können wiederum anregen, weiterzuspielen, können aber auch stören, verstören, irritieren.
Eine Installation ist im Raum entstanden: ein Papierband hängt in Form einer unbestimmten Schlaufe von der Decke.
-Es ist nicht gelungen. Ich wollte einen perfekten Kreis machen. Ich kann eben nichts.
-Und wenn jetzt das Papier eine Stimme bekommt und von seiner Warte her schreibt?

Die andere, erweiternde Sichtweise kann von der Therapeutin her kommen in Alltagssprache, sie kann sie auch durch ihr künstlerisches Feedback mitteilen oder wie oben, wo die andere Sichtweise aus dem Werk selber oder seiner Umgebung kommt.

3. Antworten heisst auch: ver-stören. Nicht einfach lassen, was ist. Manchmal stört es, ohne dass es beabsichtigt ist. Plötzlich ist etwas da: irritierend. Es stört. Es ist heftig, reibt, ärgert. Kann beide treffen und plötzliche Gefühle wie Hilflosigkeit und Wut wecken. Oft sind es Irritationen, die Anlass zu Wandlung geben.
Zum Beispiel kann ein Feedback irritieren. „Du bist arrogant, wie du da immer schweigend dabei bist und dir das deine denkst." Mit ihrer Aussage „arrogant" färbt die Klientin das Geschehen mit ihrer Wertung (eine Wertung ist ein Produkt vergangener Erfahrungen). Sie macht sich Fantasien darüber, was ich denke. (Es ist leicht zu ahnen, dass sie negative Gedanken erwartet). Bei mir als Therapeutin war der Satz Auslöser einer Irritation, weil sie meiner Form von Aufmerksamkeit eine andere Bedeutung gibt. Es hinterliess eine Irritation über Selbst- und Fremdwahrnehmung. Aus der Verunsicherung entstand eine Erweiterung des Reagierens aufs Geschehen: In diesem Fall wurde ich aktiver in den Therapiestunden. Das Verständnis dessen, was meine Klientin braucht, wurde gefördert.

Dialog zu wagen ist immer ein Risiko, das Verletzung, Unerwartetes, Störungen beinhalten kann. Frei zu werden, innerlich, um den Dialog zu wagen, ist eine der Hauptaufgaben als Therapeutin. Die Irritation, der Riss im eigenen Selbstverständnis, kann auf beiden Seiten geschehen, ist immer unerwartet und birgt neue Möglichkeiten in sich.

Die Beziehungen in der Triade Therapeutin - Klientin - Werk

In der Kunst- und ausdrucksorientierten Therapie tritt zur Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin das Werk hinzu als etwas Eigenständiges, das die Beziehung zur Triade macht. Es existieren also zwei Beziehungsebenen:

Die Beziehung von der Klientin zur Therapeutin

Die Tatsache jeder Begegnung zwischen zwei Menschen ist eine Begegnung von je eigenen Geschichten, Erinnerungen, Welterfahrungen, Bildern und Sprachen. Diese Tatsache macht die Irritierbarkeit der Beziehung aus. In der Wahrnehmung einer

Begegnung erscheinen die Wirklichkeiten beider: der Klientin wie der Therapeutin. Diese Tatsache spiegelt sich in den Reaktionen beider. Dieses Sich-Zeigen, dieses Spiegeln nutzen wir in der Beziehung: Wir sind achtsam auf das, was in uns vorgeht: Als Therapeutin ist meine Antwort sowohl Spiegelung als auch meine persönliche Antwort. Ich versuche immer wieder, zu unterscheiden zwischen meiner Geschichte und der Geschichte meiner Klientin. Gleichzeitig bin ich mir über das allgemein Menschliche, das Verbindende, bewusst. Von beidem genährt erwächst das Antworten.

Eine Frau erzählt mir, wie schwierig es ist, mit ihrem behinderten Sohn zurecht zu kommen, der mit seinen Wutausbrüchen die Familie terrorisiere. Sie habe keine ruhige Minute, sei in ständiger Anspannung deswegen. Ich nicke, glaube zu verstehen. Plötzlich schaut sie mich wütend an, sagt: „Sie können das sowieso nicht verstehen, Ihre Kinder sind bestimmt alles nur Gymischüler!“
Ich bin sprachlos, denke: Ja - es trifft: Natürlich kann ich es mir nicht vorstellen. Kann mir sowieso nicht vorstellen, wie das Leben von irgendjemand anderem ist ausser meinem. Was soll ich sagen, tun? Ich bin versucht, mich zu rechtfertigen. Als ich in ihr Gesicht sehe, kommt etwas anderes. Ich sage: „Manchmal macht es wirklich wütend zu denken, dass andere es so einfach haben.“ Die Frau nickt, Tränen kommen. Ich fühle jetzt so etwas wie: tiefe Trauer und Erschöpfung. Endlich einmal entspannen. Ich teile ihr dies mit. Sie nickt. Sie sagt, dass sie endlich einmal weinen könne. Irgendwie verstehe ich etwas - einen Unterschied. Eine Ahnung, warum sie wütend wurde.

Die Beziehung zum Werk
Der Entstehungsprozess sowie das Werk selber bieten in unserer Arbeit eine Einladung, den Irritationen und Geschichten Form zu geben, ein Spielfeld zum Ablegen, Umordnen und Neuordnen zu öffnen. Das Schaffen selber kann zu einer Neuordnung führen wie auch die Betrachtung und Bedeutungsgebung des Werks. Das Werk nimmt eine besondere Stellung ein im Beziehungsgeschehen - beide, Klientin und Therapeutin sind auf das Werk bezogen. Das Geschaffene löst Erinnerungen, Gedanken, Geschichten aus. Im Werk finden alte Geschichten Verdeutlichung, Neuordnung und es kann die Türe öffnen zum Neuschreiben, zu neuen Aussichten. Beide, Klientin und Therapeutin versuchen, im Dialog, in einer neugierigen Haltung, die Be-deutungen des Werks zu finden, die Be-Deutung herauszukristallisieren, die gerade jetzt „richtig“ ist, die ein „Aha - ja“ auslöst. Dabei kann die Therapeutin vorschlagen, spiegeln, ihren Blick aufs Werk zeigen - der immer ihr Blick bleibt, vielleicht Erstaunen auslöst („Aha, so kann man das auch noch sehen!“), Freude, oder auch heftige Ablehnung: Das ist nie gewiss. Nie kann ich als Therapeutin die Bedeutung wissen. Ich kann nur Begleiterin sein im Abenteuer der Entdeckungsreise zu neuen Bedeutungen.

Als Therapeutin habe ich in diesem Dreieck Therapeutin - Klientin - Werk komplexe Bezüge:
Ich lasse mich vom Werk und dessen Entstehung ansprechen.
Ich habe einen Bezug zur Schöpferin des Werks.
Ich habe aber auch einen Bezug zum Umgang der Schöpferin mit ihrem Werk.
Alle diese Bezüge werden mich in meinen Interventionen beeinflussen.
Dazu ein Beispiel:

Meine Klientin hat, nach langem Hin und Her, eingewilligt, ein Bild zu malen. Ein Thema gibt es nicht. Sie sagt, sie sehe sowieso alles so negativ in letzter Zeit. Also fordere ich sie auf, mit einer Farbe zu beginnen, die ihr jetzt gerade gefalle. Dies ist gelb. Sie malt intensiv. Ein Bild entsteht, viel Gelb ist darin, in der Mitte ein grosser Raum, der weiss geblieben ist, offen nach unten. Als sie entschieden hat, das Bild sei fertig, fordere ich sie auf, zurückzutreten. Sofort sagt sie: „Das Bild hat keinen Boden. So ist es halt, ich habe keinen Boden. Ich habe es schon gewusst, dass wieder das herauskommen wird." Ich nehme das Bild total anders wahr. Ich werde innerlich wütend und denke: Nein, ich lasse sie jetzt nicht einfach ihr Bild ihrem alten System zuordnen und damit einmal mehr beweisen, dass alles ja doch keinen Sinn hat. Ich überlege fieberhaft, was ich vorschlagen könnte. Ich sage dann, wir sollten uns jede einen kleinen Rahmen basteln und damit einmal auf dem Bild herumreisen und Ausschnitte suchen, die uns in irgendeiner Weise ansprechen. Dies tun wir dann eine lange Zeit, zeigen uns gegenseitig verschiedene Ausschnitte im Bild.

Was ist hier passiert?
Ich lasse mich vom Werk und dessen Entstehung ansprechen: Ich habe mich zunächst schon vom Prozess des Malens ansprechen lassen: die Intensität und Selbstverständlichkeit, mit der dieses Werk entstanden ist, hat mich von einer anfänglichen Unsicherheit, wie ich mit der schwierigen Stimmung meiner Klientin umgehen solle, zu einer Leichtigkeit geführt. Die Farbigkeit und die Stimmung auf dem Bild gab mir Lust, selber zu malen. Mir geht gleichzeitig mit dieser meiner Deutung des Werks durch den Kopf, dass dieses Bild meine Sehnsucht anspricht. Meine Antwort auf dieses Werk hat mit dem Werk und mit mir zu tun.

Ich habe einen Bezug zur Schöpferin des Werks: Von früheren Erfahrungen mit meiner Klientin weiss ich, dass sie, wenn sie malt, ganz im Fluss sein kann, in Verbindung mit etwas, das ihr guttut. Dies hat sie zu wiederholten Malen so formuliert. Ich kann dies auch diesmal beobachten: Eines ergibt das andere, das Bild entsteht in einem Fluss. Für mich ist es wie ein Geschenk, dass sie in den Fluss des Schöpferisch seins einsteigt und darin verweilt. Andererseits kenne ich von früheren Erfahrungen die Tendenz meiner Klientin, die entstandenen Werke abzulehnen, sobald sie fertig sind und in ihre gewohnte Art, die Welt zu sehen, einzuordnen. Ich fürchte deshalb den Moment, wenn das Werk fertig ist. Wie werde ich mit ihrer Zerstörungstendenz umgehen können?

Ich habe einen Bezug zum Umgang der Schöpferin mit ihrem Werk
Die erwartete Entwertung und das Vereinnahmen ihres Bildes in ihr Muster tritt sofort ein. Bei mir löst dies einen starken Impuls aus, das Bild gegen diese Sichtweise zu schützen. Ich möchte dem Schöpferischen den Spielraum erhalten. Ich werde zur Anwältin des Bildes. Ich weiss jedoch auch aus Erfahrung mit ihr, dass bei ihr Sätze kommen wie: „Ja, ich habe es ja schon gewusst, ich sehe sogar mein Bild falsch." So versuche ich, meinem Impuls, Anwältin des Bildes zu sein, zu folgen, aber ohne diese Wertung selbst hinein zu tragen. Mit der Intervention, mit Rahmen anders hinzuschauen, entziehe ich mich der negativen Sprechspirale. Die Rahmen machen es möglich, anders hinzuschauen. Es ist nicht mehr denkbar, eine schnelle Einordnung vorzunehmen. Wir können zu einer Zeit gemeinsamen Staunens finden.

Therapie hat immer mit Verstörung zu tun

„Alle Therapie versucht im weitesten Sinne, die Beschreibungen zu verändern, über die Wirklichkeit erfahren wird. Therapie ist in meinen Augen ein gemeinsames Ringen um Wirklichkeitsdefinitionen. Alle psychologischen Massnahmen verändern, wenn sie erfolgreich sein sollen, die Art und Weise, wie in der Familie über einander, über Probleme, über psychische Störungen, Krankheit und die damit zusammenhängenden Optionen gesprochen wird. Sie verändern also die den Betroffenen gemeinsamen Sinnstrukturen im Kontext eines jeweiligen Systems. Und dabei braucht es ... neben neuen kognitiven Konzepten auch neue Erfahrungen, nicht nur der Kopf muss eine neue Geschichte erfinden, sondern der Leib muss sie neu erfahren." (von Schlippe 1995b, S.23f.)

Veränderung verstört ein gewohntes Selbstbild. Wir haben Störungen nicht gern. Lieber bleiben wir beim Gewohnten, sei es auch noch so schmerzhaft.

Einerseits kommt die Klientin ja, weil etwas in ihrem Leben stört, weil es nicht mehr so weitergehen kann, weil sie spürt, dass „etwas sich ändern muss" oder etwas sich so geändert hat, dass es nicht mehr in die bisherige Sicht der Welt passt.

Andererseits ist es auch ein Phänomen des Menschseins, dass wir an unseren Modellen oder Mustern, wie wir die Welt sehen, festhalten, so lange es geht. Um Neues zu wagen, braucht es Mut und Vertrauen, andere Möglichkeiten in einem geschützten Rahmen auszuprobieren. Wir nennen dies: den eingeschränkten Handlungsspielraum erweitern.

In der therapeutischen Situation ist also oft beides anwesend: etwas ist ver-stört, es will oder muss sich wandeln.Da ist aber auch etwas, das bleiben will.

Verstörung in der therapeutischen Situation kann auf zwei Ebenen stattfinden:

Es ist das Werk, das verstört / überrascht
„Ich habe gar nicht gewusst, dass mein Tanz so heftig sein kann - da kriege ich ja selber Angst!" Dies die erste Äusserung einer Klientin, nachdem sie von der Bühne kommt.
Oder: Ich fordere meine Klientin auf, die Augen zu öffnen, nachdem sie blind eine Form gefunden hat im Lehm. Sie solle sich auf die Überraschung vorbereiten, das zu sehen, was da entstanden ist. Die Klientin öffnet die Augen, schaut, und in ihrem Gesicht breitet sich etwas aus, das ich als Erschecken bezeichnen möchte.
„Das ist ja eine Pistole!" sagt sie und legt das „Ding" angewidert auf den Tisch.

In diesem Fall ist etwas schwierig in der Beziehung zum entstandenen Werk - die eigene Deutung befremdet. Und Befremdendes lehnen wir ja bekanntlich zuerst ab. Die gemeinsame Forschungsarbeit von Therapeutin und Klientin ist jedoch nicht in Frage gestellt. Die Therapeutin und die Klientin beginnen die Situation zu erforschen, es wird ums gemeinsame Aushalten und Hin-Schauen gehen, es wird um Antwort der Therapeutin gehen, darum, zu beschreiben, was sie gesehen hat, wie sich das Werk in ihren Augen zeigt. Explorieren heisst, beim Werk bleiben, es kennenlernen,

es ausloten in seinen verschiedenen Aspekten und möglichen Bedeutungen. Damit ist ein Prozess der Auseinandersetzung im Gange, Auseinandersetzung im Sinne von: Die Dinge anders sehen, anders ordnen, anders benennen.

Es ist etwas in der Beziehung, das verstört / überrascht

Meine Klientin kommt zum wiederholten Mal in einer Stimmung von Sinnlosigkeit und Unmöglichkeit, etwas zu handeln, bei mir an. Ich schlage ihr vor, doch aus dieser Stimmung heraus einmal ein Bild zu malen zu beginnen. Sie lehnt sofort ab, sagt, sie sei zu nichts fähig, sie würde es sowieso nicht annehmen können, wenn sie in einer solchen Stimmung sei, habe alles keinen Sinn. Auf meine Nachfrage, wie denn „eine solche Stimmung" sei, sagt sie wiederum, es sei einfach alles sinnlos, sie könne nichts annehmen. Reden habe auch keinen Sinn. Ich bin irritiert, spüre, dass ich nicht zu ihr durchdringe, keinen Kontakt schaffen kann. Meine eigene Hilflosigkeit kränkt mich. Es entsteht ein langes Schweigen zwischen uns. Plötzlich, einem Impuls folgend, sage ich zu ihr: „Kommen Sie, wir setzen uns ans Fenster und schauen mal da hinaus." Sie dreht den Stuhl - die erste Bewegung heute. Ich erlebe selber so etwas wie einen Schock, als ich meinen Stuhl drehe: Die Sonne scheint, warmes Spätherbstlicht, ich habe den ganzen Tag in der Praxis gearbeitet und es nicht gesehen. Ich teile ihr all dies mit. Sie sagt: „Ich habe es auch nicht gesehen, dass die Sonne scheint." Ich bemerke das intensive Blau des Himmels, das Licht, das die Fassaden fast golden erscheinen lässt. Ich teile dies mit. Sie weist mich auf die weissen Wolken hin, die nur in der Spiegelung im Fenster des gegenüberliegenden Gebäudes erkennbar sind. Es geht hin und her, wir erzählen einander, was wir sehen, schauen die ganze Zeit aus dem Fenster. Sie spricht mehr und mehr. Als sich diese Betrachtung erschöpft, gebe ich ihr einen Rahmen und viele Farbplättchen und fordere sie auf, ein Bild zu legen, das diese Farben wiederspiegelt. Dies tut sie auch, nicht ohne dabei die vorhandenen Farben als zu dumpf zu kritisieren, sagt dann: „Ok, ja, so etwa..." So geht die Stunde zu Ende.

Was ist da alles passiert? Die Wirklichkeit der Klientin drückt sich im Verstummen, Kontaktabbruch und Sinnlosigkeit aus. Die Wirklichkeit der Therapeutin ist ein Ohnmachtsgefühl, das schwer auszuhalten ist. Welcher Weg ist offen? Wieder einen Kontakt zu schaffen scheint mir vordergründig. Ich wähle: den Kontakt zur Welt - der Kontakt zur Klientin ist auf direktem Weg nicht möglich gewesen. Mein Vorschlag kommt also sowohl aus der eigenen Not als auch der Überlegung, einen anderen Weg zu versuchen, um Kontakt zu finden. Der Vorschlag kommt an. Wir kommen in Bewegung, Wahrnehmen wird möglich. Ich selber - und die Klientin können wieder einen Bezug herstellen: einen Bezug zum Aussen, weg vom persönlichen Unvermögen, hin zur Betrachtung der Welt. Dies war entscheidend. Eine Öffnung ist geschehen, eine Verbindung (re-ligio) mit der Welt ist wieder da. Auch mein Blick hebt sich. Ich werde mir mit einem Schlag bewusst, wie sehr ich mit-gegangen bin, wie sehr ich mich habe anrühren lassen von diesem ausweglos scheinenden Ort. Mir ist, als sähe ich zum ersten Mal, dass es ja die Sonne gibt.
Das Hinaus-Blicken befreit, wir müssen uns ja nicht an-blicken, aber wir können hinaus-blicken, beide. Da, wo die Klientin heute nicht hinblicken kann, zu sich selber, müssen wir nicht hinblicken. Trotzdem sind wir verbunden jetzt, im „parallelen Blick". Die Isolation ist durchbrochen. Das Enge hat sich geweitet. Der Blick verändert. Ich kann wieder atmen. Sie auch.

Der Ort des Spiels: die Bühne, das Blatt, der Raum, die Zeit

Die Kunst- und Ausdruckstherapie bietet mit dem Angebot der künstlerischen Medien Möglichkeiten zum Spiel an. Mit Spiel meinen wir das Öffnen eines Raumes zum Experimentieren und Ausprobieren, eines Handlungsspielraumes, wo einfallen kann, was will, wo neben der Alltagswelt mit ihren Problemen die Imaginationswelten auch eine Daseinsberechtigung bekommen. Diese Spiel-Erfahrungen führen über bereits Gedachtes und Erprobtes hinaus. Sie eröffnen überraschende Möglichkeiten, auf die Welt zu reagieren, das, was geschieht, zu verstehen.
Der Ort des Spiels wird klar unterschieden: eine abgegrenzte Bühne, ein Blatt, ein Zeitsignal für den Beginn und das Ende.
In der Qualität der Wirklichkeiten unterscheiden wir die alltägliche, die imaginierte und die effektive (in der Werkerfahrung) Wirklichkeit.
Die Einladung in den Spielraum, in den Raum des Tun-als-ob, ist gleichzeitig eine Einladung ans Unerwartete, es kann erfreuen, erschrecken - sicher erstaunen.
Das Eintreten wie das Austreten sind durch Übergangsrituale für Klientin und Therapeutin klar definiert, entsprechend begleitet die Sprache (z.B. „Da ist jetzt ein interessanter Typ angekommen!").

Mit der Irritation spielen
Der Klient bewegt sich im Raum und verstärkt, was kommen will. Der Gang wird unkontrollierter, lockerer, wild. Lallende Töne, freche Laute kommen dazu.
-Was wäre das für eine Figur in einem Theater?
-ein Clochard
Mit dem Namen erfährt die Figur eine zusätzliche Ausprägung.
Abrupt unterbricht der Klient, so einer sei ihm unheimlich und inakzeptabel nach seiner Ansicht. Auf den Vorschlag, miteinander diese Figur nochmals zu spielen, steigt er zögernd ein.
Ein lockeres Spiel entsteht, der Clochard wird freier, der Klient lacht.
Ausserhalb des Bühnenraums:
-dem Clochard scheint es zu gefallen
-ja schon, aber so möchte ich nie werden
-könnten sie soviel nehmen, dass es noch möglich ist?
Lächelnd bejaht er und geht mit leichtem Schwingen im Körper.

Auf der Bühne kann mit Ausgegrenztem gespielt werden. Was Angst macht, kann in möglichen Dosen ausprobiert werden, ebenso was unmöglich weit weg scheint, kann hergeholt, erspielt werden als Erweiterung des Selbstbildes. Alte Annahmen finden neue Einordnung ins Selbst- und Weltverständnis. Gleichzeitig wird ein kreativer Umgang mit eigenen beengten Sichtweisen geübt, was Möglichkeiten erschliesst, auf zukünftige Problemfelder zu reagieren.

Rollenwechsel als Verständnishilfe
Ein Klient erlebt sich blockiert gegenüber seinen Schülern, schimpft über ihr pubertäres Verhalten und seine Ohnmacht darin.
-wie waren sie damals?
-oh, ich war nie so
-Sollen wir einmal eine Szene spielen als Pubertierende? mit Requisiten?

Nach einigem Zögern und erklärtem Spielunvermögen, gehen wir auf die Bühne. Die Magie der Bühne funktioniert: kaum sind wir eingetreten, verwandelt sich der scheue Mann in einen schrankenlos frechen Rocker mit vulgärer Sprache, dass es mir kurz die Sprache verschlug. Ich war echt gefordert, dieser Figur ein Gegenüber zu geben. Im Laufe der Zeit wurde es ein saftiges Spiel.
Wir lassen die Requisiten auf der Bühne und treten über die Linie.
-ha,ha, das hat Spass gemacht - war ich zu frech?
-dieser Rocker war ja gut, seine Schlagfertigkeit hat mich anfangs richtig sprachlos gemacht. Ich bin mir völlig unfähig vorgekommen in meiner Rolle. Dann hat es mich aber angespornt und die Göre wurde dann auch frech.

In der Folge dieses Spiels fand der Klient Zugang zu seinem Witz und seiner lustvollen Schlagfertigkeit , was einen erheblichen Unterschied machte beim Unterrichten.

Im Spielraum können andere Rollenverhalten als Ressourcen entdeckt, wiedergefunden und entwickelt werden.
Als Therapeutin ist es wichtig, vertraut mit Irritationen zu sein, eigene Spielbereitschaft zu haben und klar zu sein in den eigenen Gefühlen. Diese mitzuteilen ist unter Umständen eine wichtige Information für den Mitspieler. Bei all dem darf die Not des verengten Spielraums des Klienten nicht ausser acht gelassen werden.

Den Werken werden Be-Deutungen übergeben
Werke und Beziehungsgeschehen werden Träger von Bedeutungen, die so jetzt möglich und für die Person sinnvoll sind:
Eine Blindzeichnung wird als Baum gesehen.
Eine Installation wird als Beweis für das eigene Unvermögen gesehen.
Eine Gestaltung kann stimmige Ausformung eines komplexen Inhaltes sein und somit Träger dieses Inhaltes werden. Im Umgang mit dieser Gestaltung ist ein Tun-als-ob möglich, das wunderbaren Möglichkeiten die Tür öffnet.
Jeder Moment in diesem Spielraum ist eine Einladung, Be-Deutungen zu finden, hineinzugeben und neue Aspekte darin zu entdecken.

Was hilft?
Möglichst nahe beim „Zugefallenen“, beim Erscheinenden bleiben.
Was sagt das Papierband zu dem, was geworden ist?
-Wie geht es dem Clochard?
-Was sehen die Augen, wenn sprechen sinnlos ist?
Die Sprache, die bei dem bleibt, was jetzt ist. Ganz an der Oberfläche der Wahrnehmung, beschreibend, was sich jetzt wie zeigt, diese Sprache ermöglicht ein Verweilen im Spielraum und bewahrt vor allzu schnellem Interpretieren.

Ein Riss ist eine Öeffnung

Was es ist

Es ist Unsinn
sagt die Vernunft
Es ist was es ist
sagt die Liebe

Es ist Unglück
sagt die Berechnung
Es ist nichts als Schmerz
sagt die Angst
Es ist aussichtslos
sagt die Einsicht
Es ist was es ist
sagt die Liebe

Es ist lächerlich
sagt der Stolz
Es ist leichtsinnig
sagt die Vorsicht
Es ist unmöglich
sagt die Erfahrung
Es ist was es ist
sagt die Liebe

Erich Fried

Was immer es ist, es löst etwas aus: Resonanz, Ablehnung, Freude, Berührung, Verletzung. Dies alles gilt es, erst mal willkommen zu heissen - gar nicht so einfach: Willkommen heissen im Sinne von Bereitschaft, es zu sehen, wahrzunehmen. Vielleicht ist da etwas so Starkes, dass die Klientin es ablehnen muss. Auch dies kann wichtig sein: Zum Schutz. Das Warten hat seine Zeit und das Betrachten hat seine Zeit.

Eine Frau reagiert geschockt auf ihr eben gemaltes Bild.
- Das will ich nicht anschauen!
- Möchtest du es noch eine Zeit verschleiern?
Ein Stoffschleier wird darübergelegt, schützend, nur einen kleinen Teil des Bildes dem Betrachten frei gegeben. So ist es möglich, mit dem Bild zu sein.

Wenn Irritation da ist, auf welcher Ebene auch immer, ist auch Intensität da. Das Werk fordert heraus. Wir kommen buchstäblich an eine Grenze.

An Grenzen muss angehalten werden. Identität wird geprüft: wer bin ich; erst dann geht es weiter. Zuerst durch diesen Niemandslandstreifen, wo vieles unklar ist. Erst dahinter kommt das neue Land, wird wieder neu orientiert und gefestigt.
So ist an eine Grenze kommen, ein Riss im gewohnten Selbstverständnis, auch eine Öffnung - eine Öffnung hin zu Erinnerungen, zu Sehnsüchten, zu alten Verletzungen, zu eigenen Wahrheiten. Und Öffnungen sind willkommen, im Sinne von: Fenster zu neuen Ländern, neuen Möglichkeiten.

Zusammenfassung: Der Umgang mit dem Phänomen

Im folgenden führen wir vier wichtige Punkte auf, die uns als Therapeutinnen helfen, wenn eine Irritation eintrifft:

1. Das, was geschieht, **benennen als ein Geschehnis**:
   Die beschreibende Sprache brauchen, an der Oberfläche bleiben.

2. **Betrachten des Geschehnisses**
   Welches waren die Ueberraschungen, die Irritationen?

3. **Bezüge**
   Welche Geschichten klingen an?
   Welche Erinnerungen stehen mit der Erfahrung in einem Zusammenhang?
   Wie hat sich die Anfangsfrage durch die gemachte Erfahrung verändert?
   Gibt es Antworten, gibt es neue Fragen?

4. **Ein „Medikament" schaffen**
   Erinnerungsobjekte hineinnehmen erleichtern, das Erlebte im Alltag zu integrieren

Am Schluss bleibt uns die Tatsache, dass wir immer wieder aus unserer vermeintlichen Ordnung hinausfallen, dass unsere Mitmenschen und unsere Werke uns immer wieder dabei helfen werden, und dass letztlich diese Verunsicherungen uns bei der Suche nach dem Gleichgewicht stärken und helfen.

Mysterium

Die Seele der Dinge
lässt mich ahnen die Eigenschaften
unendlicher Welten.

Beklommen
such ich das Antlitz
eines jeden Dings
und finde in jedem
ein Mysterium.

Geheimnisse reden zu mir
eine lebendige Sprache.

Ich höre das Herz des Himmels
pochen
in meinem Herzen.

Rose Ausländer

Literatur:

Barrico A.: Novecento. München: Piper 2000
Bodenheimer A.R.: Verstehen heisst antworten. Stuttgart: Reclam 1992
Buber, M. : Ich und Du. Zürich: Buchclub Ex Libtis, 1962
Ende M: Der Niemandsgarten. Stuttgart: Weitbrecht 1998
Fried E.: Vorübungen für Wunder. Berlin: Wagenbach 1999
Geiser, C.: Vortrag an der „Third International Conference on Client Centered and Experiential Psychotherapy" 1994 in Gmunden / Oesterreich
Heimann P.: On Counter-transference. International Journal of Psychoanalysis1950, 31: 1 - 84.
Jung C.G.: Die Psychologie der Übertragung. In GW Band 16, S. 163, 167-177 u. § § 353-539. Olten: Walter (1946) (1991)
Kast V.: A concept of Participation, In: Stein M. (Ed.): The interactive field in analysis. Wilmette (Il): Chiron Publications 1995
Knellessen / Passett / Schneider (Hg.):Uebertragung und Uebertretung. Tübingen: edition diskord, 1998
Knill, P. J., Barba, H. N., Fuchs, M. N. : Minstrels of Soul: Intermodal Expressive Therapy, Toronto: Palmerston Press 1995
Knill, P. J.: Ausdruckstherapie: Künstlerischer Ausdruck in Therapie und Erziehung als intermediale Methode, Pro Janus Verlag GmbH (vorm. Ohlsen-Verlag), 1979
Lenz G./ Osterhold G. / Ellebracht H.: Erstarrte Beziehung - heilendes Chaos. Freiburg / Basel / Wien: Herder 1995
Levine S. K., Levine E. G. (Hg.): Foundation of Expressive Arts Therapy: Theoretical and Clinical Perspectives. London: Jessica Kingsley Publishers 1999
Müller-Pozzi H.: Psychoanalytisches Denken. Bern: Hans Huber 1995
Petersen P.: Der Therapeut als Künstler. Paderborn: Junfermann 1987
von Schlippe A. / Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1999

Der Artikel ist erschienen in:
Forum für Kunsttherapie,
Organ des Schweiz. Fachverbandes für Gestaltende Psychotheraoie und Kunsttherapie GPK
15. Jahrgang, Heft 1 - 2002

George Pennington

Die Psychologie der Gesprächsführung

Wer regelmäßig Gespräche zu führen hat, weiß, dass Gesprächsführung alles andere als einfach ist. Zum Glück gibt es in Gesprächen bestimmte Gesetzmäßigkeiten und Regeln, an die man sich halten kann, um ein Gespräch zu einem guten Ende zu bringen. Dieser Artikel soll einen kurzen Überblick geben über die Faktoren, die man beim Führen von Gesprächen beachten sollte.

Gesprächsplanung

Zunächst muss Klarheit darüber bestehen, was mit dem Gespräch erreicht werden soll. Bei komplexeren Gesprächen lohnt es sich, mit Bleistift und Papier vorab eine Art „Gesprächsplan“ zu erstellen. In ihm sollten die Ziele des Gesprächs klar formuliert sein. Die Ziele des Gesprächspartners sollten, soweit sie vorher bekannt sind, ebenfalls aufgelistet werden. Alle zusätzlichen Gedanken und Überlegungen, die beim Erstellen des Gesprächsplans auftauchen, sollten als Randbemerkungen gleich hinzugefügt werden. Sie können während des Gesprächs, bei dem dieser Plan dann als Leitfaden dient, hilfreich sein.

Das Setting

Auch sollte man sich überlegen, wo das Gespräch geführt werden soll. Für manche Gespräche eignet sich eine zufällige Begegnung auf der Straße oder auf dem Gang bestens. Für andere, wichtigere Gespräche sollte der Ort mit Bedacht gewählt werden. Das eigene Büro schafft eine andere Atmosphäre, als das Büro des Gesprächspartners. In manchen Fällen ist ein neutraler Treffpunkt vorzuziehen, etwa ein Lokal oder ein gemeinsamer Spaziergang.

Im Büro macht es auch einen Unterschied, ob der „Einladende“ hinter seinem Schreibtisch hervorkommt, um sich z.B. mit dem anderen an einen anderen Tisch zu setzen, oder ob er hinter dem Schreibtisch bleibt, quasi als Demonstration seiner Amtsfunktion. (Wenn der Schreibtischstuhl auch noch etwas höher ist, als der Besucherstuhl, ist die Botschaft schon klar, bevor überhaupt ein Wort gefallen ist: „Ich habe hier das Sagen!“ Solche „Erniedrigungen“ des Gesprächspartners haben mit guter Gesprächsführung nichts zu tun.)

Die Wahl des richtigen Zeitpunktes ist ebenfalls wichtig. Am Anfang des Tages sind Menschen in einer anderen Verfassung, als abends, wenn sie müde sind und nur noch nach Hause wollen. Nach dem Essen sind alle Menschen deutlich weniger dynamisch, als eine Stunde davor oder danach. In jedem Fall sollte genügend Zeit für das Gespräch eingeplant werden. Unter Zeitdruck lässt sich nur schwer ein gutes Gespräch führen.

Der Gesprächbeginn

Gemeinsam legen die Gesprächspartner den Zeitrahmen fest, prüfen, ob alle benötigten Unterlagen vorliegen, und ob vielleicht noch jemand hinzu gezogen werden soll. Ist das alles soweit in Ordnung, kann das Gespräch beginnen.

Den Anfang sollte derjenige machen, der das Gespräch initiiert hat, und zwar mit einem kurzen Überblick über sein Anliegen und sein angestrebtes Gesprächsziel. Danach sollte sein Gesprächspartner ebenfalls Gelegenheit haben, seine eigene Perspektive darzulegen. Während dieser Anfangsphase ist es klug,

© Copyright 2006 George Pennington

kontroverse Punkte noch nicht zu betonen. Es ist ein erstes Abstecken des Themas und der Absichten, nichts weiter. Erst danach nimmt das eigentliche Gespräch seinen Lauf.

Gesprächsführung

Im Verlauf des Gesprächs findet das statt, was wir Gesprächsführung nennen. Das Wort sagt es schon: Das Gespräch wird geführt, d.h. es nimmt die Richtung, die wir ihm geben wollen. Es ist wie beim Reiten: Einen guten Reiter erkennt man daran, dass das Pferd dahin geht, wohin es der Reiter lenkt. Und nicht umgekehrt. Die Schwierigkeit dabei ist, dass Gespräche häufig eine Dynamik entwickeln, die uns nicht unberührt lässt. Wenn wir auf Aussagen des Gesprächspartners emotional reagieren, verlieren wir leicht den Überblick über unsere eigentliche Absicht, sagen „spontan" das erste, was uns passend erscheint – und zerbrechen möglicherweise eine Menge Porzellan ohne es zu wollen. Genau das zu verhindern ist die Absicht einer guten Gesprächsführung.

Gesprächsführung ist ein mentaler Prozess, d.h. sie setzt voraus, dass wir unseren Geist und unsere Emotionen während des Gesprächs sehr bewusst verwalten. Als äußeren Anhaltspunkt haben wir den anfangs besprochenen Gesprächsplan, der in schriftlicher Form vor uns auf dem Tisch liegt. Zusätzlich müssen wir einen inneren „Gesprächsfaden" verwalten, der uns nicht abhanden kommen darf, ganz gleich wie sich das Gespräch entwickelt und wie emotional es wird. Das erfordert Übung und einen hohen Grad an innerer Disziplin.

Der Schlüssel zur guten Gesprächsführung liegt in einer kleinen Pause, einem kurzen Innehalten bevor wir den Mund aufmachen. Diese Pause erfüllt zwei Funktionen. Zum einen brauchen wir diese Pause zum zuhören. Zum anderen gibt sie uns die Zeit, die wir brauchen, um den Gesprächsfaden zu verwalten und das Gespräch auch wirklich zu „führen" (im Gegensatz zu „laufen lassen").

Zuhören

Dass jemand auch wirklich zuhört, merkt man an der kurzen Pause, die er macht, bevor er spricht. Wenn einer der Gesprächspartner mit dem Sprechen fertig ist, ist es der Zuhörer (wenn er wirklich zuhört) noch nicht. Wenigstens nicht sofort. Zuhören heißt, das Gesagte innerlich mit eigenen Erfahrungen, Bildern und Konzepten in Bezug zu setzen, um seine eigenen Schlüsse daraus zu ziehen, und um es im Lichte der eigenen Erfahrung zu bewerten. Dieser Prozess dauert einen Moment. Und während dieses Momentes kann man nicht schon weiter sprechen.

Wer sofort nachdem der andere ausgesprochen hat, weiter spricht (oder dem Anderen gar ins Wort fällt), gibt dadurch zu erkennen, dass er nicht wirklich zuhört, nicht wirklich mitdenkt, sondern irgend ein Wort seines Gesprächspartners als Aufhänger für seine freien Assoziationen nutzt. Der Andere, der das merkt, wird sich unweigerlich innerlich aus dem Gespräch zurückziehen.

Die eigenen Optionen verwalten

Die kleine Pause ermöglicht uns auch, das, was wir gerade sagen wollen, nochmals kurz auf seine Tauglichkeit hin zu überprüfen: Komme ich mit dieser Aussage (mit dieser Frage) meinem Gesprächsziel näher? Oder wäre eine andere Aussage oder Frage geeigneter?

Wir haben bei jeder Aussage, die wir machen, verschiedene Optionen. Wir können auf der Sach-Ebene bleiben, wenn es dem Gespräch dient. Genauso können wir auf die Beziehungsebene wechseln, und versuchen, dort die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass es auf der sachlichen Ebene weiter geht. Wir können uns auf Ich-Botschaften beschränken, und zum Beispiel die Aussage „Sie sehen das ganz falsch!" durch „Ich sehe das etwas anders" ersetzen. Und wir können unseren Gesprächsstil ändern, wenn er nicht hilfreich zu sein scheint.

Eine kleine Pause zu machen, ist nicht immer leicht, zumal uns in der Regel schon etwas auf der Zunge liegt, was wir sagen wollen. Aber das, was uns zuerst einfällt, ist nicht immer das Beste. Besser ist es, zumindest an wichtigen Stellen des Gesprächs einen Moment abzuwarten, bis wir unter wenigstens drei

© Copyright 2006 George Pennington

verschiedenen Optionen diejenige ausgewählt haben, die uns zur Erreichung unseres Gesprächsziels am besten geeignet erscheint – und erst dann zu sprechen. Die kleine Pause, die wir dafür machen müssen, ist der Ort, an dem Gesprächs-Führung stattfindet. Wer darauf los spricht, ohne seine verschiedenen Optionen bewusst zu verwalten, plappert nur. Gerade bei Konfliktgesprächen ist diese kleine Pause besonders wichtig – und auch besonders schwer.

Im Gespräch bleiben

Der Gesprächspartner merkt an der kleinen Pause, die der Andere immer wieder macht, dass dieser auch wirklich zuhört und mit seinen Gedanken ganz beim Gespräch ist. Dieser Eindruck wird noch verstärkt, wenn der Andere sich immer wieder auf das eben Gesagte bezieht, es in eigenen Worten wiederholt, und nachfragt, ob er es auch richtig verstanden hat. Dieses aktive Zuhören des Gesprächspartners motiviert den Anderen, seinerseits mit seiner Aufmerksamkeit präsent zu bleiben, und sich nicht, wie es so oft geschieht, schon vor dem Ende des Gesprächs innerlich zurück zu ziehen. Genau das darf nicht geschehen. Ein gut geführtes Gespräch ist dadurch gekennzeichnet, dass beide Partner bis zum Schluss im Gespräch bleiben. Wenn sich einer innerlich zurückzieht oder resigniert, dann ist etwas schief gelaufen. Es sei denn, das Gespräch war von Anfang an als eine Art „Hinrichtung“ geplant. Aber von solchen „Gesprächen“ spreche ich hier nicht.

Gegenseitiger Respekt

In Gesprächen geht es immer wieder um den Austausch von Meinungen. Nun haben wir Menschen die fatale Neigung, diejenigen hoch zu schätzen, die unsere eigene Meinung teilen, und deutlich weniger von denen zu halten, die einen anderen Standpunkt vertreten. Im Spiegel eines anderen sehen wir am liebsten unser eigenes Bild. Diese sehr menschliche Eigenart führt dazu, dass wir in Gesprächen anders denkende Gesprächspartner unwillkürlich geringer schätzen, als solche, mit deren Haltung wir übereinstimmen. Wir antworten ihnen öfter mit „Ja, aber...“ (was soviel heißt wie „Nein!“), und geben ihm auf solche Weise subtil zu verstehen, dass wir seine Meinung weder teilen noch respektieren.

Man sollte sich dabei vor Augen halten, dass der abweichenden Meinung des Anderen wohl ebenso redliche und gewissenhafte Denkprozesse zugrunde liegen können, wie der eigenen. Diese Denkprozesse des Anderen basieren aber auf anderen Werten und Prioritäten, als unsere eigenen. Dem Anderen sind seine Werte und Prioritäten genau so wichtig, wie uns die eigenen. Wir sollten uns wenigstens die Mühe machen, ihn anzuhören, um herauszufinden, was sie für ihn so wichtig macht.

Dass der Gesprächspartner uns respektiert, merken wir daran, dass er wirklich zuhört (also gelegentlich kleine Denkpausen macht, nicht mit „Ja, aber...“ antwortet, sich auf Sach- und Ich-Aussagen beschränkt), und dass er Fragen stellt.

Fragen

In vielen Gesprächen ist mir aufgefallen, dass wenig Fragen gestellt werden. Dabei ist die Frage ein wunderbares Mittel, um dem Anderen Interesse zu signalisieren – und ihn so im Gespräch zu halten. Mit einer Frage laden wir den anderen ein, uns etwas über sich zu sagen. Wenn sie ehrlich gemeint ist - und das sollte sie sein -, wird unser Gesprächspartner dieses Interesse spüren, und uns etwas über sich erzählen. Und wenn wir zuhören, erfahren wir vielleicht etwas Wichtiges.

Das hört sich sehr banal an. Aber ich habe viele Gespräche erlebt, die an nicht gestellten Fragen zu scheitern drohten. Die Zwischenbemerkung des Anderen „Aus meiner Sicht sieht das ganz anders aus“ sollte uns nicht Anlass geben, die eigene Position noch weiter mit Sachargumenten zu erhärten, sondern uns zu der Frage veranlassen: „Wie denn?“ Wer nicht fragt, macht den Eindruck, am Anderen nicht interessiert zu sein. Das wird zur Folge haben, dass der Andere ebenfalls aufhört zuzuhören und sich unwillkürlich aus dem Gespräch zurückzieht.

© Copyright 2006 George Pennington

Ein gutes Gespräch ist eines, in dem Aussagen, Fragen und (Denk-)Pausen in einem ausgewogenen Verhältnis vorkommen. Um sich dafür zu sensibilisieren kann es hilfreich sein, ein Gespräch auf folgende Weise mitzuschreiben:

A	**?**		**! !**		**!**		**! !**		**! ! ! !**			**!**							
B		**... ?**		**... !**		**! ... ?**		**... !**			**?**		**... !**						

In diesem Beispiel sieht man, dass A weder zuhört noch Fragen stellt (also letztlich an dem, was B sagen könnte, kein Interesse hat), während B sich durchaus überlegt, was er sagt und fragt.

Der letzte Eindruck

Das Ende eines Gesprächs ist besonders wichtig. Selbst wenn der Gesprächsverlauf sehr emotional war und unvereinbare Gegensätze zum Vorschein brachte: Der letzte Eindruck bleibt als „Nachgeschmack" erhalten. Er wird das prägen, was der Gesprächspartner Dritten über das Gespräch berichtet. Das kann sehr wichtig sein, manchmal wichtiger als das eigentliche Gespräch. Außerdem stellt der letzte Eindruck die Weichen für das nächste Gespräch.

Wenn das Gespräch auf einer versöhnlichen, verständnisvollen Note endet, dann bleibt ein guter Eindruck erhalten, auch wenn es während des Gesprächs sehr unangenehme oder gar feindselige Momente gab. Deshalb sollte man das Ende eines Gesprächs mit besonderer Sorgfalt gestalten. Auch ausgesprochene Feinde können nach einem kontroversen Gespräch in gegenseitigem Respekt auseinander gehen. Oder unversöhnlich entzweit. Das liegt ganz am letzten Eindruck den das Gespräch hinterlässt, also daran, wie das Ende gestaltet wurde.

Gespräche: Potential und Realität

Ein Gespräch kann etwas Wunderbares sein: Zwei Menschen gehen aufeinander zu und tauschen ihre Ideen, Wertvorstellungen und Wünsche aus. Unsere Sprache, mit der wir sowohl sehr handfeste als auch äußerst subtile Sachverhalte beschreiben und verstehen können, ist ein sehr feines Werkzeug, und zu diesem Zweck bestens geeignet.

Wie kommt es, dass so viele Menschen Angst vor Gesprächen haben und dazu neigen, persönlichen Annäherungen Anderer misstrauisch gegenüber zu stehen oder ihnen ausweichen? Vielleicht kommt es daher, dass sie mit Gesprächen schlechte Erfahrungen gemacht haben. Vielleicht haben wir dieses Mittel zu oft als Waffe eingesetzt, als Bollwerk gegen Andere, statt als Mittel der Annäherung.

Je näher man Andere an sich heran lässt, desto größer wird auch die Gefahr einer Verletzung. Deshalb sollten wir bei aller möglichen Kontroverse eine prinzipielle Haltung gegenseitigen Respekts pflegen, im privaten ebenso wie beruflich. Nur so kann es gelingen, das Gespräch als das zu nutzen, was es ist: eine Brücke zwischen den Menschen.

George Pennington ist seit über 25 Jahren Trainer. Sein Spezialgebiet sind die persönlichen und sozialen Kompetenzen, für die er bei der ZfU – International Business School (Thalwil,CH) den Lehrstuhl innehat. Für seine Trainings zu den Themen Konflikt, Stress und Gesprächsführung erhielt er 2003 den **Teaching Award in Gold**. Mit BR-alpha produziere er 2005 die TV-Serie **Bewusst Leben: Psychologie für den Alltag**.

© Copyright 2006 George Pennington

1. Gesprächshaltung – Ein guter Einstieg ins Gespräch

2. Tipps zur Gesprächsführung
    a. Aktives Zuhören
    b. Offene Fragen
    c. Klare Kommunikation

3. MiniMax-Techniken für eine konstruktive Wortwahl
    a. Sondern?
    b. Immer!
    c. Noch nicht!
    d. Konstruktive W-Fragen
    e. Angenommen
    f. Aber!
    g. Die VW-Regel

4. Ziel- und Lösungsorientierte Fragen
    a. Motivation
    b. Ressourcen
    c. Umsetzung
    d. Rückfallprophylaxe

5. Feedback geben

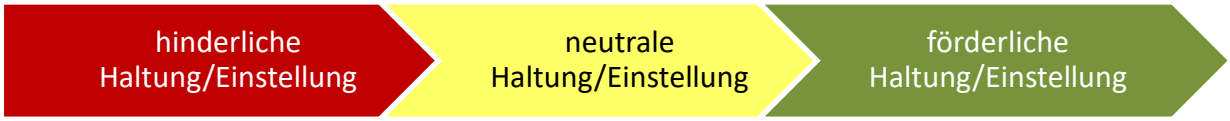
6. Effektiv Ziele setzen
    a) Motto-Ziele
    b) SMART-Methode
    c) Skalierung von Zielen

7. Deeskalationstechniken
    a. HARVARD-Konzept
    b. Deeskalationsformulierungen
    c. Umgang mit Provokationen

1. Gesprächshaltung – Ein guter Einstieg ins Gespräch

Die Basis für ein konstruktives Gespräch legen Sie schon, bevor Sie das Jahresgespräch durchführen. Neben einer gründlichen inhaltlichen Vorbereitung beeinflusst auch Ihre Stimmung, mit der Sie in das Gespräch starten, die Gesprächsatmosphäre nachhaltig. Versuchen Sie also, unvoreingenommen in das Gespräch zu gehen. Ihre Gesprächshaltung hat eine große Auswirkung auf das Gelingen des Jahresgespräches, denn sie beeinflusst unbewusst nicht nur Ihre Körperhaltung und Mimik im Gespräch, sondern auch worauf Sie Ihren Aufmerksamkeitsfokus legen (d.h. eher auf die negativen vs. positiven Gesprächsaspekte) und Ihre Interpretation des Gesagten. Daher ist es sinnvoll, die eigene Gesprächshaltung zu überprüfen und ggf. positiv auszurichten.

Stellen Sie sich Ihre Gesprächshaltung als Kontinuum vor:



Im roten Bereich haben Sie kaum Zugriff auf positive Erinnerungen der gelungenen Zusammenarbeit und zeigen Ihrem Gegenüber unbewusst durch Körperhaltung und Mimik, dass Sie nicht motiviert und interessiert sind, gemeinsame Themen zu besprechen und konstruktive Lösungen zu finden. Auch Ihr Gegenüber wird das Gespräch eher als negativ und unkonstruktiv empfinden.

Befinden Sie sich jedoch im grünen Bereich, so sind Sie motivierter, einen konstruktiven Austausch anzustreben, strahlen eine einladende Gesprächshaltung aus und können somit eher ein konstruktives Gespräch führen. Diese Haltung wird sich auch auf Ihre Gesprächspartnerin bzw. Ihren Gesprächspartner übertragen. Somit wirkt sich Ihre Gesprächshaltung sowohl direkt auf das Gespräch selbst und dessen Ergebnisse als auch auf zukünftige Termine aus.

Wie kommen Sie nun vor Beginn des Gesprächs in den grünen Bereich und damit in Richtung einer förderlichen Gesprächshaltung? Dazu können Sie sich vorab die folgenden Fragen stellen:

1. Wann haben Sie zuletzt gut zusammengearbeitet?
2. Wann und in welchen Situationen verstehen Sie sich gut?
3. Haben Sie schon mal gemeinsam eine gute Lösung für ein Problem gefunden?
4. Ändert es etwas, sich über Dinge zu ärgern, die in der Vergangenheit geschehen sind?
5. Stellen Sie sich vor, wie es wäre, wenn Sie sich besser verstünden und wie viel besser die Zusammenarbeit wäre.
6. Trennen Sie Persönliches und Sachliches voneinander? Sie können auch klar ansprechen, wenn persönliche Probleme bestehen und die Frage anschließen, ob eine berufliche und sachliche Zusammenarbeit möglich ist.

In diesem Abschnitt haben wir einige Gesprächstechniken für Sie zusammengefasst, die Sie einerseits im Jahresgespräch nutzen, andererseits natürlich auch in Ihren Arbeitsalltag einbinden können.
Wir empfehlen, nicht alle Techniken auf einmal anzuwenden, sondern je nach Gesprächssituation die Passenden auszuwählen.

Aktives Zuhören

Signalisieren Sie Ihrem Gegenüber verbal und nonverbal Ihre Aufmerksamkeit: Halten Sie **Blickkontakt**; ermuntern Sie durch **freundliche Gesten** zum Weitersprechen; lassen Sie **Gesprächspausen** zu, in denen Ihr Gegenüber nachdenken kann. Überprüfen Sie, ob Sie das Gesagte richtig verstanden haben, indem Sie das Gehörte **in Ihren eigenen Worten wiederholen**: „Habe ich das richtig verstanden, dass…“ oder „Sie meinen also, dass…“. Sprechen Sie geäußerte **Gefühle nicht wertend** an, sondern wie Sie diese wahrnehmen: „Ich habe den Eindruck, dass Sie über XY enttäuscht sind…“. Besonders wenn Gefühle geäußert werden, sollten Sie Ihrem Gegenüber Ihre **Wertschätzung** signalisieren. Dies bedeutet nicht, dass Sie sie/ ihn loben sollen, sondern, dass Sie Ihrem Gegenüber **Respekt** für die Äußerung entgegenbringen und ihre/ seine Sicht der Dinge ernst nehmen.

Offene Fragen

Den einzigen Weg zu regem Austausch wirklich neuer Informationen bieten offene Fragen. Denn sie lassen viele Antwortmöglichkeiten zu und wollen den Befragten dazu bewegen, von sich aus etwas ausführlicher zu berichten. Sie beginnen mit den bekannten „W“-Frageworten, also mit „wer“, „wie“, „was“, „welche(s)“, „warum“, „wieso“, „wo“, „wohin“, usw. und bieten viele entscheidende Vorteile:

- Sie lassen der Befragten bzw. dem Befragten großen Freiraum bei der Antwort. Erst dadurch tritt wirklich etwas über die Perspektive und Meinung der Befragten bzw. des Befragten zutage.
- Sie können präzise Sachverhalte erfragen und verbindliche Informationen erhalten.
- Sie regen die Befragte bzw. den Befragten zum Nachdenken an und stärken somit die Selbstverantwortlichkeit Ihrer Gesprächspartnerin bzw. Ihres Gesprächspartners
- Es entsteht ein Dialog, bei dem sich die Gesprächspartnerin bzw. der Gesprächspartner auf Augenhöhe und nicht einseitig ausgefragt fühlt.

Respektvolle Kommunikation

Gegenseitiger Respekt in der Kommunikation bringt Gespräche auf Augenhöhe und lässt faire Diskussionen und Auseinandersetzungen zu. Einige konkrete Verhaltensweisen für eine respektvolle Kommunikation sind:

- Zuhören und ausreden lassen
- Die Gesprächspartnerin/ den Gesprächspartner zu Wort kommen lassen
- Auf Gesagtes eingehen
- Sachlich argumentieren, nicht persönlich werden
- Beobachtung und Bewertung trennen
- Fakten und Annahmen klar voneinander trennen und als solche transparent machen
- Beim Thema bleiben
- Bei der Wahrheit bleiben
- Kritik annehmen und dem Gesagten offen begegnen
- Klare Bitten, Erwartungen ausdrücken

Klare Kommunikation

Möchten Sie Missverständnisse vermeiden und sichergehen, dass Ihre Botschaft ankommt? Kommunizieren Sie klar und konkret.

(1) Klar – also verständlich – kommunizieren, indem Sie
- kurze Sätze bilden,
- nur eine Aussage pro Satz transportieren,
- bekannte und geläufige Wörter benutzen,
- passende Beispiele verwenden
- und auf Floskeln oder Fachjargon verzichten.

(2) Konkret – also präzise – kommunizieren, indem Sie
- exakte Daten, Fakten und Sachverhalte mitteilen,
- Personen benennen statt „man“ zu sagen,
- deutliche Ziele definieren
- und Weichmacher wie „eigentlich“, „vielleicht“, „möglicherweise“, „relativ“ und „eventuell“ vermeiden.

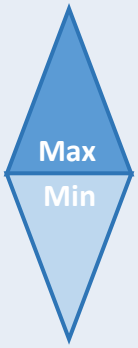
Vergewissern Sie sich bei wichtigen Punkten, ob diese von Ihrem Gegenüber verstanden wurden.

Ressourcen orientierte Kommunikation - MINIMAX-Sprachmuster (modifiziert nach Dr. M. Prior)

Bei den MiniMax-Interventionen (Minimale Interventionen mit maximaler Wirkung) handelt es sich um effektive Kommunikationsmuster, die es beiden Gesprächsparteien ermöglichen, sich auf die eigenen Fähigkeiten, Stärken und Potentiale (=Ressourcen) zu konzentrieren. Nachfolgend eine Zusammenfassung der wesentlichen Elemente, die für Ihre Jahresgespräche hilfreich sein können:

MiniMax kurz zusammengefasst:

1. **"Sondern"?**
   ➔ Negative Aussagen positiv umformulieren
2. **"Immer" vermeiden**
   ➔ Zeitrahmen konkretisieren
3. **"Noch nicht"!**
   ➔ Entwicklungsmöglichkeiten betonen
4. **Konstruktive W-Fragen**
   ➔ Lösungen suchen
5. **„Angenommen, Sie würden..."**
   ➔ Wünschenswerte Alternativen formulieren
6. **"Aber" ersetzen**
   ➔ Vorangegangenes ergänzen, nicht relativieren
7. **VW-Regel anwenden**
   ➔ Vorwürfe in Wünsche umformulieren



<u>Sondern? Negatives ist leicht gesagt</u>

Für viele Personen ist es einfach zu sagen, was sie nicht möchten oder was ihnen missfällt. Positiv zu sagen, was und wohin man will, fällt vielen sehr schwer. Durch „**sondern**…" sorgen Sie dafür, dass sich Ihr Gegenüber darüber Gedanken macht, wie denn der gewünschte Zustand sein soll und wie er vielleicht schon war, aber nicht wahrgenommen wurde.

Ein Beispiel:

- Mitarbeiter/in: „Letzte Woche haben wir uns gar nicht so oft angefahren im Büro…"
- Führungskraft: „<u>Sondern</u> was haben Sie gemacht? Wie sind Sie miteinander umgegangen?"
- Mitarbeiter/in: „Wir haben miteinander normal geredet und ich war dadurch nicht mehr so niedergeschlagen und unmotiviert."

Durch diese Umformulierung wird das Positive herausgestellt und damit oft erst bewusst gesehen.

<u>Immer! Ist nicht immer richtig</u>

Menschen benutzen gerade im Zusammenhang mit Problemen, Fehlern und Schwierigkeiten gerne Verallgemeinerungen (Generalisierungen). Die Problematik, die daraus entsteht, ist, dass das Problem riesig und allgegenwärtig erscheint. Man hat „immer" Kopfschmerzen, ist „immer" gestresst oder es gibt unter den Kolleginnen und Kollegen „immer" Streit. Fragen Sie nach, *wann* das Problem

auftritt und *wann* es möglicherweise gar nicht oder nur geringfügig auftritt. Dadurch geben Sie die Möglichkeit, das Problem auf die tatsächliche Größe zu reduzieren.

- „In den letzten Wochen hatten Sie also oft Streit. Wann genau gab es denn Streit und wann nicht?“
- „Zu welchen Zeitpunkten hast Du denn wahrgenommen, dass ich nicht bereit war, XY zu tun und wann hattest Du diesen Eindruck nicht?“

Versuchen Sie auch selbst im Gespräch, das Wort „immer“ zu vermeiden, beispielsweise wenn es um Verbesserungen geht, die Sie sich wünschen.

- „Wenn Sie etwas für mich drucken, ist da immer ein Fehler enthalten.“

Fragen Sie sich selbst, ob es wirklich „immer“ der Fall ist, denn auch für Ihr Gegenüber ist es nicht angenehm und motivierend, wenn die eigene Arbeit „immer“ falsch ist.

Noch nicht! Ist besser als gar nicht

Geben Sie Problemen, Schwächen und Fehlern in den Mitarbeiteräußerungen eine eindeutige Zuweisung zur Zeitachse. Sprechen Sie über Schwächen oder wahrgenommene Probleme eher in der Vergangenheitsform und kombinieren Sie diese mit „Noch nicht”-Formulierungen. Wenn Sie Fehler, Schwächen und Probleme auf diese Art thematisieren, erzeugen Sie sogleich eine Grundhaltung der Zukunfts- und Lösungsorientierung. Durch Ihre Wortwahl signalisieren Sie, dass Sie Ihrem Gegenüber zutrauen, die Aspekte, die bisher noch nicht so gut geklappt haben, in Zukunft zu schaffen.

- „In der Vergangenheit konnten Sie die Anforderungen noch nicht bewältigen.“
- „Bisher ist es Ihnen noch nicht gelungen …“
- „Sie haben noch nicht genügend Strategien entwickelt, um den Berg an Arbeit abzuarbeiten.“

Konstruktive W-Fragen

Fragen Sie weniger „ob …“, sondern mehr „**Wer** …?“, „**Wie** …?“, „**Was** …?“, „**Wann** …?“, „**Woran** …?“, „**Wodurch** …?“ und „**Welche** …?“. Zumeist geht es der Führungskraft nicht darum, „ob“ sich der Gesprächspartner schon Gedanken über bestimmte Dinge gemacht hat, sondern „welche“. Es geht auch meistens nicht darum, ob die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter Fortschritte bemerkt hat, sondern welche.

- „Ich wüsste gerne, **wie** Sie Ihrer Meinung nach weitere Schritte in Richtung Verbesserung Ihres XY gehen können.“
- „**Was** wäre denn als ein erster kleiner Lösungsschritt für Sie denkbar?“
- „**Woran** würden Sie denn merken, dass sich die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen und Kollegen verbessert hat?“

Angenommen, Sie würden...

Zusätzlich zu den zuvor genannten W-Fragen lässt sich das Gespräch auch über Fragen nach zwei oder mehr wünschenswerten Alternativen in eine konstruktive Richtung lenken. Sie können Ihr Gegenüber dadurch auf neue Gedanken bringen und lösungsorientierte Vorschläge unterbreiten, die weniger wahrscheinlich auf Ablehnung stoßen. Sie laden Ihr Gegenüber dazu ein, mögliche Alternativen gedanklich einmal durchzuspielen. Das könnte beispielsweise so aussehen:

- „Angenommen, Sie würden versuchen, eine Strategie zu finden, wie Sie Herausforderung XY überwinden könnten. Würden Sie dabei eher so vorgehen, dass Sie sich Tipps von Frau/ Herr X einholen, wie sie/ er vorgeht, oder würden Sie eher auf Bücher zu diesem Thema zurückgreifen?“

Aber! Und alles ist vom Tisch

Fragen Sie sich einmal selbst, wie oft Sie das Wort „aber“ im Alltag benutzen und wie oft Sie „aber“ auch hinter ein Lob hängen, um anzusprechen, wie es noch besser gewesen wäre. Leider ist es so, dass das „Aber“ hinter einem Lob vom Lob ablenkt und der Fokus auf das Nachfolgende verschoben wird. Versuchen Sie es durch „**und**“ oder „**gleichzeitig**“ zu ersetzen.

- „Ich habe deinen Text gelesen und finde ihn wirklich gut, aber ich habe dir noch ein paar Markierungen zur Verbesserung eingefügt.“

- „Ich habe deinen Text gelesen und finde ihn wirklich gut, gleichzeitig habe ich dir noch ein paar Markierungen zur Verbesserung eingefügt.“

Die VW-Regel

Versuchen Sie, Ihre (Veränderungs-)Anliegen nicht als **Vorwürfe** an Ihr Gegenüber zu formulieren, sondern als konkrete **Wünsche**. Vorwürfe bringen gleich mehrere Nachteile mit sich: Zum einen beziehen sie sich auf das Verhalten Ihres Gegenübers in der Vergangenheit, das dieser zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr verändern kann. Zum anderen drücken Sie über Vorwürfe meist implizit aus, dass Sie auch für die Zukunft ein solches schlechtes Vorgehen von Ihrem Gegenüber erwarten. Ihr Gegenüber wird sich durch Vorwürfe wahrscheinlich angegriffen fühlen und weiß überdies auch nicht, was sie/ er zukünftig verändern könnte. Um weiterhin eine gute Beziehung aufrechtzuerhalten und gleichzeitig in eine Haltung der Zukunfts- und Lösungsorientierung zu gelangen, bietet sich daher die Formulierung von Wünschen an.

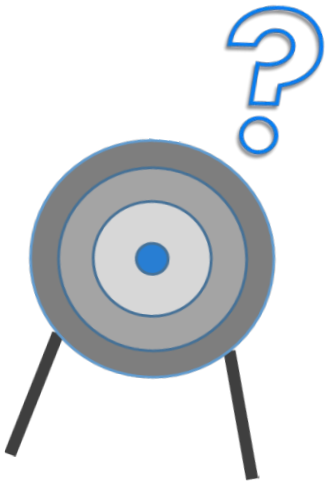
- „Ich finde es unerträglich, dass man mit Ihnen keinerlei verbindliche Absprachen treffen kann und sich nicht auf Sie verlassen kann. Durch Ihr Verhalten kommen alle anderen Beteiligten in die Bredouille, die dann kurz vor geplanter Fertigstellung noch einen Teil Ihrer Arbeit mit übernehmen müssen, damit wir es schaffen, den Zeitplan insgesamt einzuhalten.“

- „Ich wünsche mir, dass Sie sich zukünftig an gemeinsam getroffene Absprachen halten und Ihren Teil der Arbeit fristgerecht fertigstellen, sodass wir insgesamt nicht in zeitliche Bedrängnis kommen. Falls Sie merken sollten, dass es zeitlich knapp werden könnte, wünsche ich mir, dass Sie dies so frühzeitig wie möglich kommunizieren, damit wir gemeinsam nach Lösungen suchen können.“

4. Ziel- und Lösungsorientierte Fragen

Ziel- und lösungsorientierte Fragen sind offene Fragen, die darauf abzielen, die/den Gesprächspartner/in zum aktiven Nachdenken anzuregen und selbst den besten Weg für einen Sachverhalt bzw. ein Problem zu finden. Ziel- und lösungsorientierte Fragen können also die **Motivation** zur aktiven Auseinandersetzung mit einem Problem erhöhen, dazu anleiten, eigene **Ressourcen** zu erkennen, die **Planung** von Lösungen vereinfachen und helfen **Herausforderungen** zu identifizieren.
Im Folgenden einige Beispiele für solche speziellen offenen Fragen:

Fragen, die die Motivation erhöhen
Woran würden Sie merken, dass das Problem gelöst ist?
Was wird der größte Unterschied zur jetzigen Situation sein?
Welche neuen Möglichkeiten ergäben sich für Sie?
Gibt es eine Vision, die hinter dem Ziel steht?
Wie überzeugt sind Sie, Ihr Ziel zu erreichen?
Wie viele Ressourcen werden Sie realistischer Weise investieren?
Welche Vorteile hätte X? Gibt es auch Nachteile [abwarten] – wie können wir mit diesen umgehen?
Welchen Nutzen werden andere Personen haben?



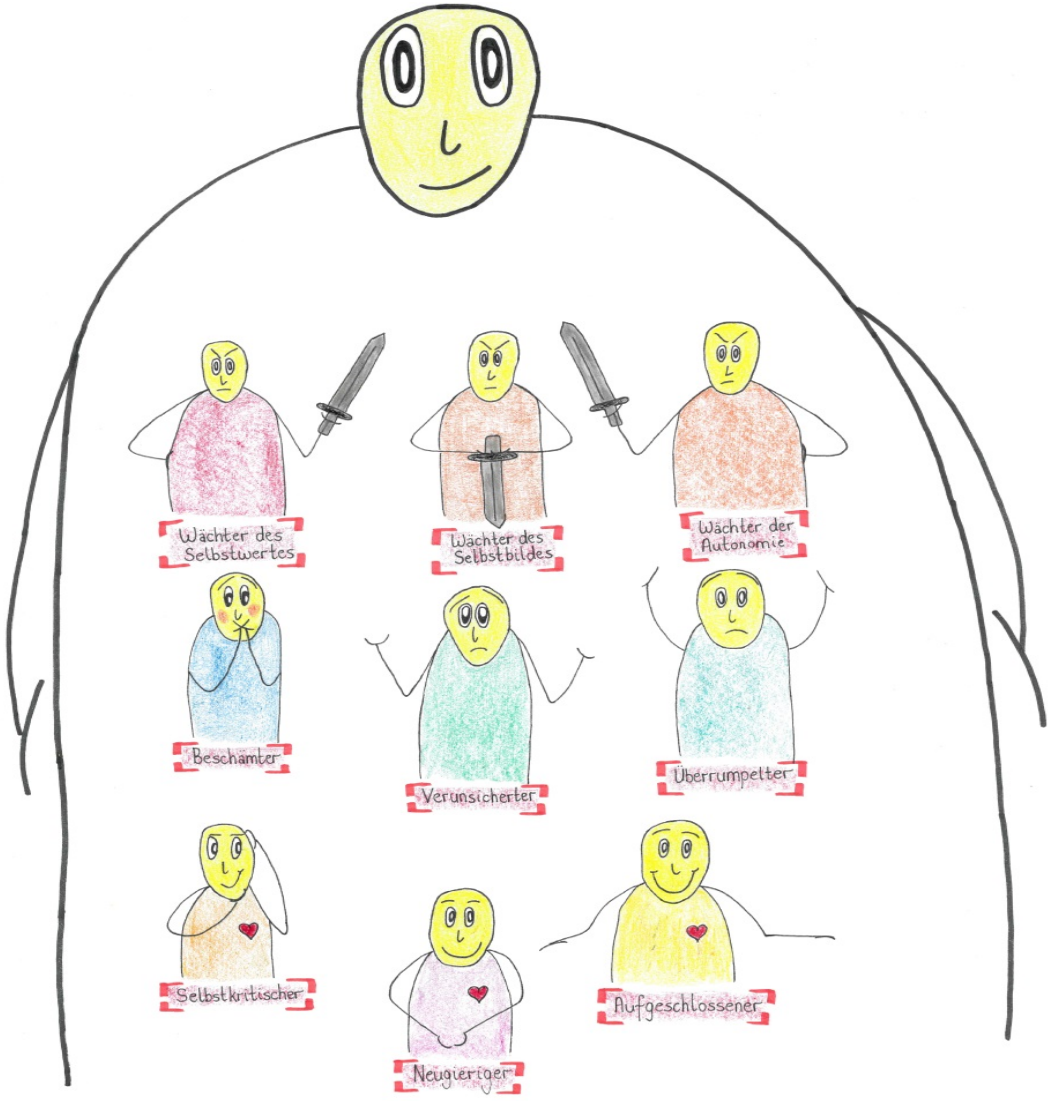
Fragen, die Ressourcen aufdecken
Gibt es eine Fähigkeit, die Sie neu erlernen wollen?
Was genau gibt Ihnen die Sicherheit, Ihr Ziel zu erreichen?
Wer kann Ihnen helfen? Wie?
Was können Sie persönlich tun, damit sich die Situation verändert/ verbessert? / Was könnte Ihr Beitrag zur Lösung sein?
Angenommen ich/… würde Ihnen in diesem Punkt entgegenkommen/ wir würden X ändern, was würden Sie im Gegenzug tun/ wären Sie bereit …?
Angenommen X wäre in Zukunft so geregelt, wie Sie es sich wünschen. Was würden Sie dann anders machen können?

Fragen, die die Umsetzungsplanung steuern
Welche Lösungsversuche gab es bislang? Mit welchem Erfolg?
Gibt es Lösungsideen, die bislang noch nicht ausprobiert wurden? Welche?
Für wie praktisch umsetzbar/ anwendbar halten Sie die Lösung/ Vereinbarung?
Gibt es etwas, dass Sie delegieren/ wir umverteilen könnten?
Was genau wäre ein erster Schritt? Wann?
Was müsste passieren/ sich ändern, damit X nicht mehr passiert?

Fragen, die Hindernisse identifizieren
Was könnte auf dem Weg die größte Herausforderung sein?
Welche Frage ist noch ungeklärt?
Welche Ressourcen müssen Sie noch beschaffen?
Wie werden Sie mit Rückschlägen umgehen?

Ein zentraler Aspekt des Jahresgesprächs besteht darin, die bisherige Arbeit gemeinsam zu reflektieren und zu evaluieren sowie etwaige Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft zu finden. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, seinem Gegenüber Feedback zu geben.

So bedeutend Rückmeldungen für die Entwicklung neuer Verhaltens- und Lernimpulse sind, so heikel kann Feedback-Geben sein. Damit Feedback möglichst positiv aufgenommen wird und motivationsfördernd wirken kann, sollte es so formuliert sein, dass sich das Gegenüber nicht angegriffen fühlt. Hierbei ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass das Innere Team des Feedback-Empfängers aus unterschiedlichen Anteilen aufgebaut ist. Wir haben Ihnen dieses „**Feedback-Empfangskomitee**“ einmal grafisch dargestellt:



Neben Anteilen, die **aufgeschlossen**, **neugierig** und **selbstkritisch** sind (jene Anteile, die man als Feedback-Geber ansprechen möchte), gibt es auch Anteile, die durch ungünstige Formulierungen des Feedbacks **beschämt** (bei Angriff auf den Selbstwert), **verunsichert** (bei Angriff auf das Selbstbild) oder **überrumpelt** (bei Nicht-Achtung der Autonomie) reagieren können. Um diese inneren Anteile zu schützen, stehen abwehrbereite **Wächter** aufseiten des Feedback-Empfängers bereit. Sie verteidigen den **Selbstwert**, das Grundbedürfnis nach einem stabilen **Selbstbild** und die **Autonomie**.

Ihr Ziel als Feedback-Geber ist es, offene Ohren aufseiten der interessierten Anteile vorzufinden und gleichzeitig den verletzlichen Anteilen nicht mehr als nötig zuzumuten. Hierbei ist es hilfreich, sich als Feedback-Geber an bestimmten Regeln zu orientieren.

Zur Veranschaulichung einer guten Vorgehensweise dient der „**Feedback-Burger**“, welcher verdeutlicht, dass beim Feedback-Geben eine Trennung von Beschreibung, Erklärung und Bewertung angebracht ist.

Werden diese Punkte vermischt, so wertet Ihr Gegenüber Ihr Feedback eher als Angriff auf das eigene Selbstbild und reagiert in Folge verunsichert. Im ersten Schritt des Feedbacks sollte dementsprechend zunächst eine sachliche **Beschreibung** der sinnlich feststellbaren Verhaltensmuster erfolgen (z.B. „Mir ist aufgefallen, dass du diese Woche dreimal zu spät zu unseren Team-Besprechungen gekommen bist“).

Um die Autonomie des Gegenübers zu wahren, bietet es sich für den Feedback-Geber nun an, zu fragen, ob der Feedback-Empfänger **Erklärungen zu Ursachen** seines Verhalten nennen möchte oder ob der Feedback-Geber selbst Ideen/ Vermutungen für mögliche Gründe des Verhaltens äußern soll („Ich erkläre mir das so, dass…“, „Ich glaube, das liegt an…“). Hierbei sollten unangemessene Interpretationen vermieden werden, um das Selbstbild des Gegenübers nicht anzugreifen.

Im nächsten Schritt erklären Sie als Feedback-Geber, welche **kurzfristigen Wechselwirkungen** das Verhalten Ihres Gegenübers auslöst (z.B. „Ich habe gemerkt, dass ich durch dein Verhalten das Gefühl hatte, dass ich mich nicht ganz auf dich verlassen kann“). Hiernach können Sie die **langfristigen Konsequenzen** erläutern, die Sie befürchten würden, wenn Ihr Gegenüber sein Verhalten nicht ändert (z.B. „Ich glaube, dass das Team langfristig schlecht darauf reagieren wird“).

Abschließend folgt die **Bewertung** des Verhaltens. Hierbei ist wichtig, dass Sie sich auf Ihre **eigenen Werte** beziehen und diese Ihrem Gegenüber transparent darstellen (z.B. „Ich wünsche mir, dass du bitte ab jetzt pünktlich kommst, weil mir Gerechtigkeit im Team wichtig ist (und die anderen auch pünktlich kommen)“, „Für dich gibt es sicherlich einen guten Grund für dein Handeln, aber weil mir Gerechtigkeit wichtig ist, wünsche ich mir, dass du bitte ab jetzt pünktlich kommst“).

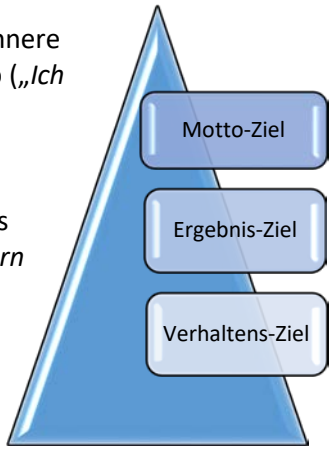
Während des gesamten Feedbacks ist es wichtig, sich stets auf das **Verhalten** der Person statt auf die Identität zu beziehen, damit das Gegenüber nicht in seinem Selbstwert verletzt wird und in Folge beschämt auf Ihr Feedback reagiert. Wenn Sie die hinter Ihrem Feedback stehenden **positiven Absichten betonen**, wird es Ihrem Gegenüber leichter fallen, Ihr Feedback aufgeschlossen und neugierig als gut gemeinte Unterstützung Ihrerseits zu interpretieren und anzunehmen.

Im Jahresgespräch empfiehlt es sich, gemeinsam Ziele zu formulieren, auf die die/der Mitarbeiter/in die eigene Arbeit und Anstrengungen ausrichten kann. Den ersten Schritt zur Umsetzung und Erreichung von Zielen stellt eine effektive Zielsetzung dar.

1. Zielsetzung mit Motto-Zielen

Oftmals können Ziele nicht konkret und kleinschrittig beschrieben werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn sich Ziele auf eine längerfristige Zeitspanne beziehen und der Ausgang des Ziels oftmals noch nicht genau vorhergesagt werden kann. Ein solches Ziel könnte z.B. sein, dass Sie Ihre *Arbeitsbelastung reduzieren möchten*.

Motto-Ziele liefern Ihnen einen Ansatzpunkt, wie Sie mit der Umsetzung und Definition solcher Ziele verfahren können. Die **Zielpyramide** zeigt Ihnen, wie ein Motto-Ziel mit Ihren Handlungen und Ihrem Verhalten zusammenhängt.



- An der Spitze der Zielpyramide steht das Motto-Ziel. Es bezieht sich auf die innere Haltung gegenüber dem Ziel und stellt das Handeln unter ein gewisses Motto („*Ich achte mehr auf mich und meine Belastung an der Arbeit*“).
- In der mittleren Ebene der Pyramide steht das Ergebnisziel, welches das Ziel konkretisiert („*Ich mache jeden Mittwoch pünktlich um 12 Uhr Pause*“).
- In der untersten Ebene der Pyramide ist das Verhaltensziel zu finden, welches sich auf eine konkrete Handlung bezieht („*Wenn mein Chef mich daran hindern möchte pünktlich zu gehen, dann…*“).

Mit folgenden Fragen können Sie überprüfen, ob Ihr Ziel Eigenschaften eines Motto-Ziels besitzt:

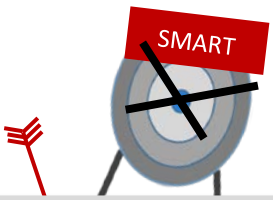
- Steht Ihr Ziel unter einem gewissen Motto/Leitgedanken?
- Können Zwischenergebnisse definiert werden, mit denen Sie sich dem Ziel annähern?
- Gibt es konkrete Handlungen und Verhaltensweisen, mit denen Sie Ihrem Ziel näher kommen?

2. Ergebnisziele setzen mit der SMART-Methode

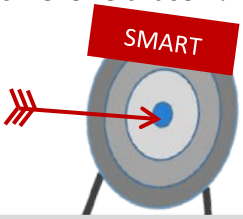
Für Ihre Vereinbarungen im Jahresgespräch, aber auch für persönliche Ziele, bietet sich die **SMART**-Methode an. Mit dieser Methode können Sie einfach überprüfen, ob Ihre Ziele und Vereinbarungen so konkret wie möglich definiert sind.

Dabei stehen die Buchstaben für bestimmte Eigenschaften, die ein gut formuliertes Ziel haben sollte:

- **S** für „Spezifisch“ – Ist das Ziel so konkret wie möglich beschrieben: Was? Wie? Womit?
- **M** für „Messbar“ – Woran ist der Erfolg zu messen?
- **A** für „Attraktiv und Akzeptiert“ – Ist die Erreichung des Ziels ansprechend und erstrebenswert. Hat die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter das Ziel angenommen, d.h. akzeptiert?
- **R** für „Realistisch“ – Ist das Ziel unter den gegebenen Rahmenbedingungen erreichbar?
- **T** für „Terminiert“ – Bis wann/ in welchem Zeitraum soll das Ziel erreicht sein?



Nicht smart: „Akten, die sich angestaut haben, abarbeiten.“



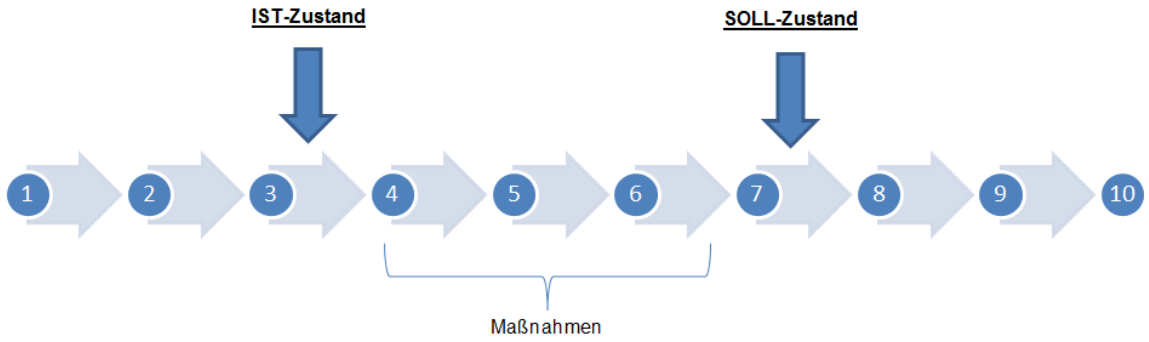
Smart: „Ich werde jeden Tag 3 Akten mehr bearbeiten, damit ich in einem Monat die angestauten Akten bearbeitet habe.“

Mit folgenden Fragen können Sie überprüfen, ob Ihr Ziel SMART-Eigenschaften besitzt:

- Beschreibt das Ziel konkrete (**S**), kleinschrittige (**M**) Handlungen?
- Kann ich das Ziel mit meinem vorhandenen Wissen und Kompetenzen erreichen? (**A**)
- Steht mir das Material, das ich zur Zielerreichung benötige, zur Verfügung? (**R**)
- Hat das Ziel einen bestimmten Zeitrahmen und ist dieser ausreichend zur Erreichung? (**T**)

3. Skalierung von Zielen

Durch die Visualisierung von Zielen auf einer Skala kann man Ziele messbar machen, die sich in der Realität oft nur schwer objektiv feststellen lassen (z.B. subjektive Empfindungen wie Zufriedenheit, Motivation, Wahrnehmungen, Eindrücke und Gefühle). Darüber hinaus kann man Veränderungen erkennbar machen und definieren, was geschehen muss, um Unterschiede zu erkennen.
Oft orientiert man sich bei der Skalierung von Zielen an einer Abstufung von 1-10, wobei 1 für die schwächste Ausprägung und 10 für die stärkste Ausprägung steht. In dem Beispiel der unteren Skala, entspricht der momentane Zustand einer 3. Der Zustand, der angestrebt werden soll, entspricht einer 7. Unterhalb der Abbildung sind die Maßnahmen als mögliche Zwischenschritte aufgeführt, die zum Fortschritt beitragen sollen, um den gewünschten SOLL-Zustand zu erreichen.



Die Vorteile der Skalierungsfragen sind:

- Veränderungen, Unterschiede & Fortschritte erkennen und konkretisieren
- Anregung zu einer differenzierteren Selbstbeobachtung
- Erkenntnisse über Gefühle & Empfindungen, ohne eine klare Ausformulierung oder Definition

Folgende Fragen geben Ihnen Beispiele für mögliche Skalierungsfragen:
„Stellen Sie sich eine Skala zwischen 1 und 10 vor, wobei 1 den absoluten Tiefpunkt darstellt und 10 den absoluten Höhepunkt bedeutet“

- „Wo auf dieser Skala zwischen 1 und 10 stehen Sie jetzt?“
- „Wo auf dieser Skala möchten Sie idealerweise hin?“
- „Woran würden Sie merken, dass Sie bei 10 angelangt sind?“
- „Was war die beste Zahl, die Sie bezüglich des Themas bisher im Alltag erreicht haben? Was haben Sie da anders gemacht?“
- „Was machen die anderen Beteiligten infolge Ihrer Veränderung anders?“
- „Was können wir tun, sodass Sie auf dieser Skala einen Punkt höher kommen?“

Deeskalation setzt dann ein, wenn Konflikte drohen. Dies muss aber nicht grundsätzlich negativ empfunden werden. Im Chinesischen setzt sich das Wort Konflikt oder Krise aus zwei verschiedenen Zeichen zusammen, die „Gefahr“ und „Chance oder Gelegenheit“ bedeuten. So besteht einerseits die Gefahr, dass ein tiefgreifender Konflikt entsteht, aber auch die Chance ist, diesen zu lösen und damit sogar eine Verbesserung zu bewirken. Mit den folgenden Deeskalationstechniken möchten wir Ihnen Werkzeuge an die Hand geben, Meinungsverschiedenheiten oder verschiedene Standpunkte nicht in Konflikten enden zu lassen, sondern die Chance auf eine gemeinsame Lösung zu nutzen.

Das HARVARD-Konzept

Möglicherweise besprechen Sie im Rahmen Ihres Jahresgesprächs Aspekte, die Konfliktpotential in sich tragen. Beispiele hierfür könnten nicht erfüllte Vereinbarungen und Gründe für ihre Nichterfüllung sein, Spannungen im Team bzw. in der Abteilung, gegenseitige Unzufriedenheit mit der jeweiligen Arbeitsweise, etc. Damit Konflikten vorgebeugt und sich einer sachlichen gemeinsamen Problemlösung angenähert werden kann, lassen sich die vier Stufen des HARVARD-Konzepts gut nutzen. Das Konzept beruht auf einem Projekt der gleichnamigen Universität und kann Ihnen dabei helfen, für alle Beteiligten die bestmögliche Lösung zu finden, sodass im Idealfall eine Win-Win-Situation für alle Parteien entsteht. Das Vorgehen ist das Folgende:

1. **Personen und Sachen trennen**
   Bleiben Sie beim Thema und diskutieren Sie sachlich. Das Problem wird nicht dadurch gelöst, dass jemand persönlich kritisiert wird.
   „Das Problem angehen, nicht den Menschen.“

Beispiel:

✖
- „Sie sind ein ganz unfairer Chef, der meine Arbeit gar nicht richtig würdigt!“

✔
- „Ich sehe momentan eine Diskrepanz zwischen meinen Leistungen und der mir entgegengebrachten Wertschätzung.“

2. **Auf Interessen konzentrieren, nicht auf Positionen**
   Beharren Sie nicht auf Ihren Positionen, sondern versuchen Sie, die Nöte, Wünsche und Sorgen des Gegenübers zu verstehen.
   „Hinter gegensätzlichen Positionen liegen auch gemeinsame Interessen.“

Beispiel:

✖
- Position: „Ich fordere drei Weiterbildungen im kommenden Jahr.“

✔
- Dahinterliegendes Interesse: „Ich möchte mich weiterentwickeln, damit ich für jetzige und zukünftige Aufgaben noch besser gewappnet bin.“

3. **Viele Lösungsmöglichkeiten sammeln**
   Versuchen Sie gemeinsam, weitere kreative Optionen zur Problemlösung zu finden und so für alle Parteien Vorteile zu erreichen.
   „Drohungen helfen nicht. Positive Angebote sind viel effektiver.“

Beispiel:
Gemeinsam verschiedene Möglichkeiten überlegen, wie Leistung Anerkennung finden kann, z.B. über

- neue und interessantere Aufgabenbereiche
- mehr Freiheiten in der Arbeitseinteilung
- mehr Projektarbeit
- ...

4. **Entscheidung zu beiderseitigem Vorteil treffen (Win-Win)**
   Wählen Sie die Option unter allen möglichen aus, die objektiv die meisten und besten Vorteile für alle Parteien mit sich bringt.

Beispiel: Ein für beide Seiten vorteilhafter Weg könnte in einer Kombination aus der Übernahme neuer Aufgabenbereiche, verbunden mit einer hochwertigen Schulung, bestehen.

Durch die sachliche Diskussion des Problems werden beide Parteien nicht zu Feinden, sondern zu Partnern, die gemeinsam eine Lösung suchen. Damit können Sie einer weiteren Eskalation des Problems vorbeugen, sodass weiterhin gemeinsame sachliche Gespräche möglich sind.

Deeskalationsformulierungen

Nachfolgend haben wir einige deeskalierende Formulierungsbeispiele für Sie zusammengetragen. So können Sie ein Gespür dafür bekommen, wie Sie Ihre eigene Sichtweise wertschätzend und in Ich-Botschaften darlegen.

1. Beispiel: Ein/e Mitarbeiter/in ist zu Ihnen gekommen, um ein Problem anzusprechen

1.1 „Gut. Lassen Sie uns heute Nachmittag in Ruhe darüber sprechen und das klären."

1.2 „Es ist wirklich gut, dass Sie zu mir gekommen sind, um die Sache anzusprechen."

1.3 „Jetzt verstehe ich Sie. Aus Ihrem Blickwinkel sieht das ja wirklich ganz anders aus."

1.4 „Jetzt, nachdem ich das weiß, gebe ich zu, dass ich das auch geschickter hätte erledigen können."

1.5 „Was können wir tun, damit dies in Zukunft nicht mehr vorkommt?"

1.6 „Was soll jetzt ganz konkret anders laufen?"

1.7 „Gut, dann mache ich das jetzt so ... und Sie sind für ... zuständig. Ist das so ok für Sie?"

2. Beispiel: Sie möchten eine/n Mitarbeiter/in auf etwas ansprechen

2.1 „Mir ist aufgefallen, dass …" / „Ich habe den Eindruck, dass …"

2.2 „Das bewirkt bei mir, dass …" / „Dadurch …"

2.3 „Für mich …" / „Ich erlebe das als …, weil …"

2.4 „Wie sehen Sie die Situation?" / „Verstehen Sie meine Sichtweise?"

2.5 „Wie lösen wir die Situation?" / „Wie behandeln wir solche Situationen in Zukunft?"

Sollte ein Konflikt entstehen, der nicht durch eine Führungskraft zu schlichten ist, empfiehlt sich der Einsatz externer Berater. Neutrale Ziele müssen erarbeitet, Verständnis für die jeweiligen Blickwinkel gewonnen und zwischen den Parteien vermitteln werden, bis diese wieder neutral miteinander umgehen können. Lässt man diese Möglichkeit verstreichen, bleibt am Ende als Lösung nur die Trennung der Streitparteien. Oft bedeutet dies die Versetzung in eine andere Abteilung.

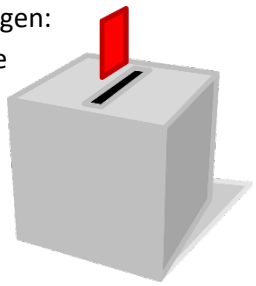
Umgang mit Provokation

Provokationen können sowohl in Einzelgesprächen als auch in Gruppensitzungen aufkommen. Nachfolgend möchten wir Ihnen einen möglichen Ablaufplan für eine Reaktion auf eine Provokation vorstellen.
Versuchen Sie erst einmal, die Provokation zu überhören (höchstens zweimal). Sie können auch darauf eingehen und erklären, dass das aus der Perspektive Ihres Gegenübers möglicherweise so sein kann. Sollte dies nicht helfen, können Sie nach den folgenden drei Schritten vorgehen.

1. **Konflikt entschärfen**
   Versuchen Sie, die Provokation erst zu verstehen, damit Sie dann darauf antworten können. Dafür können Sie wie beim aktiven Zuhören das Gesagte noch einmal in eigenen Worten wiedergeben: „Habe ich das richtig verstanden, dass…“. Wenn Sie noch eine Stufe weitergehen möchten, dann können Sie die Provokation auch in einen Wunsch verwandeln: „Sie möchten also, dass…“. Damit drehen Sie die Aufmerksamkeit auf das Positive und erzeugen eine Ja-Haltung.

   Beispiel: „Das kostet zu viel Zeit!“
   Eigene Worte: „Habe ich Sie richtig verstanden, dass das sehr zeitintensiv ist?“
   Wunsch: „Sie möchten also etwas machen, das Zeit spart?“

2. **Regeln vereinbaren**
   2.1. Einen eigenen Vorschlag unterbreiten
   Beschreiben Sie als erstes, was passiert ist. Also beispielsweise, dass Ihr Gegenüber zum vierten Mal die gleiche Frage stellt und Sie darauf geantwortet haben. Sollte Ihr Gegenüber über die genannte Frage noch weiter diskutieren wollen, schlagen Sie vor, dass dies in der Pause oder nach dem Gespräch passieren kann. Fragen Sie, ob das für sie/ ihn in Ordnung ist.
   2.2. Wenn der eigene Vorschlag abgelehnt wurde, können Sie Ihr Gegenüber fragen: „Was schlagen Sie in Anbetracht der Tatsache vor, dass das Gespräch auf eine gewisse Dauer begrenzt ist/ andere wichtige Themen anstehen?“.
   2.3. Sie können andere Personen im Raum nach Vorschlägen fragen und demokratisch abstimmen lassen.

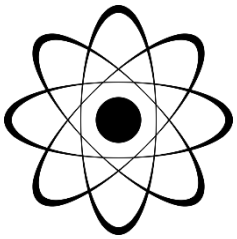
   

3. **Schlagfertig antworten**
   3.1. „Mit Schalldämpfer“
   Zweisilbige Kommentare wie „aha“, „naja“ oder „so, so“ provozieren schnell und können damit die Provokation anstacheln. Sie können Ihrem Gegenüber stattdessen zustimmen und dann wieder zum Thema überleiten:
   „Ja *(kleine Pause)* und *(weiter mit dem Thema)*“.

3.2. „Den Ball zurückspielen“

Dadurch bringen Sie die/ den Andere/n in Zugzwang, da sie/ er reagieren muss. „Ihre letzte Aussage irritiert mich“ oder „Das überrascht mich sehr“. Sollte auf Ihre Aussage eingegangen werden, dann entsteht eine Diskussion, sollte aber keine Reaktion vom Gegenüber kommen, so können Sie mit Ihrem Thema fortfahren.

3.3. „Auf eigene Kernbotschaft lenken“



Lenken Sie den Fokus wieder auf das Wichtige. Dafür eignen sich Sätze wie: „Ich stimme Ihnen zu, und es gibt einen weiteren Punkt, der zu beachten ist …“ oder „Das ist nicht der Normalfall, das sind eher Einzelfälle. In der Regel ist es so, dass…“. Im Anschluss können Sie zu Ihrem Thema übergehen.

3.4. „Negatives ins Positive lenken“

Dies ähnelt den MiniMax-Techniken zur Formulierung „sondern“. Reagieren Sie mit Aussagen wie „Was schlagen Sie stattdessen vor?“ oder „Besser wäre es, wenn…“ und lassen Ihr Gegenüber den Satz weiterführen. Sollte darauf eine Reaktion kommen, können Sie weiterführen mit „Und dazu müssten wir…“ und lassen wieder Ihr Gegenüber den Satz vervollständigen.

Bei persönlichen Angriffen → Die 4-i-Methode

- **Ignorieren/ Überhören**: Unfairness bzw. Unangemessenheit der Äußerung ignorieren und (Energie) aufs Sachthema zurücklenken.
    - Bsp. „Totaler Blödsinn, was Sie da von sich geben“. Antwort: „Ihre Aussage zeigt mir, dass Sie Bedenken haben. Welche Argumente haben Sie in der Sache?“
- **Ironisieren**: Geeignet, wenn provokante Sprüche/ Äußerungen mundtot gemacht werden sollen
    - Bsp. „Vielleicht hätten Sie Ihre Abteilung anders aufbauen sollen.“
    - Antwort: „Vielen Dank für Ihre Ratschläge“ - Pause - „Zurück zum Thema/ Was haben Sie in der Sache einzuwenden?“
- **Identifizieren**: Feedback geben. Dabei auf Meta-Ebene gehen und „Unfairness/ Regelverstoß“ aktiv ansprechen, dann aber zurück zum Thema lenken.
    - Antwort: „Sie sind meiner Frage nun wiederholt ausgewichen. Auf dieser Ebene kommen wir nicht weiter. “
- **Isolieren**: Unfairen Angriff durch temporären Abbruch isolieren. Wenn Gespräch zu späterem Zeitpunkt fortgeführt werden soll, dann endgültige Formulierungen vermeiden.

Informationen
für Beraterinnen und Berater

Blickpunkt Auge
Rat und Hilfe bei Sehverlust

Grundlagen der Gesprächsführung

Für Beratende der Mitgliedsvereine im DBSV ist dieses Dokument Teil der Wissensdatenbank, Onlinekurs und Skript zum Präsenzseminar für die Beraterqualifizierung nach Blickpunkt Auge Standard.

Inhaltsverzeichnis

1. Was sagt das DBSV-Qualitätshandbuch zur Gesprächsführung? 3
   1.1. Grundlagen der Beratung 3
   1.2. Unterstützung bei der Behinderungsbewältigung 4
      1.2.1. Leistungseigenschaften 4
      1.2.2. Qualifikation des Personals 5
      1.2.3. Leistungen Anderer 5
2. Zwischenmenschliche Kommunikation 5
   2.1. Das Modell zwischenmenschlicher Kommunikation 5
   2.2. Einflüsse und Fehlerquellen 6
   2.3. Die vier Seiten einer Nachricht (Quelle: Ferdinand Schulz von Thun) 6
      2.3.1. Selbstoffenbarungs-Ohr 7
      2.3.2. Sach-Ohr 7
      2.3.3. Beziehungs-Ohr 7
      2.3.4. Appell-Ohr 7
   2.4. Was bedeutet das für gelingende Kommunikation? 7
      2.4.1. Was der Sprecher tun kann 7
      2.4.2. Zuhörerfertigkeiten – Was der Zuhörer tun kann 7
   2.5. Feedback / Rückmeldung 8
      2.5.1. Beim Rückmeldung Geben 8
      2.5.2. Beim Rückmeldung Erhalten 8
3. Grundlagen des klientenzentrierten Gesprächs 8
   3.1. Empathie / Einfühlungsvermögen 9
   3.2. Positive Wertschätzung 9
   3.3. Echtheit und Wahrhaftigkeit / Kongruenz 9

Herausgeber: Blickpunkt Auge des DBSV, Rungestr. 19, 10179 Berlin
info@blickpunktauge.de

4. Wie ist die Motivation des Betroffenen? Welchen Anspruch darf / kann ich als Berater überhaupt haben? 10
5. Der idealtypische Ablauf eines Beratungsgesprächs 10
6. Auftragsklärung 10
7. Differenzieren / Lösungen (er-)finden 12
8. Gesprächstechniken 13
8.1. Aktives Zuhören 13
8.1.1. Grundlegende Technik Aktiven Zuhörens 14
8.1.2. Verboten beim aktiven Zuhören ist 15
8.2. Verbalisieren und Spiegeln 15
8.3. Wirkungen von "Verstehen wollendem Zuhören" 16
8.4. Die wichtigsten Fragetypen 16
8.4.1. Die geschlossene Frage 16
8.4.2. Die offene Frage 16
8.4.3. Die Verständnisfrage 17
8.4.4. Die Suggestiv-Frage 17
8.4.5. Die Alternativ-Frage 17
8.4.6. Die Gegenfrage 18
9. Nonverbale Kommunikation 18
9.1. Wenn wir die NVK nicht sehen können 19
9.2. Nonverbale Kommunikation einsetzen 19
10. Umgang mit starken Gefühlen 20
10.1. Trauer/Depression 20
10.2. Aggression/Wut 21
11. Vermittlung zu professioneller Lebensberatung 21
12. Mehrere Ratsuchende/Paare/Familien 22
13. Zehn Merkmale für eine „gelingende Kommunikation“ 23
14. Psychohygiene 24
15. Impressum 24

1. Was sagt das DBSV-Qualitätshandbuch zur Gesprächsführung?

1.1. Grundlagen der Beratung

Wir – die Beratenden der Blinden- und Sehbehindertenvereine – sind eine starke Selbsthilfegemeinschaft von Menschen, die sich gegenseitig unterstützen. Durch unsere erworbene Souveränität im Umgang mit einer Seheinschränkung sind wir Experten in eigener Sache oder als nicht Betroffene eng vertraut damit.

Unser Beratungsangebot wendet sich in erster Linie an Menschen mit Sehbeeinträchtigungen und ihre Angehörigen, unabhängig vom Alter, vom Krankheitsbild, vom Zeitpunkt des Eintritts einer Seheinschränkung oder vom aktuellen Sehvermögen des Betroffenen. Jeder ist willkommen, der sich angesprochen fühlt, Informationen oder Beratung sucht.

Die Ratsuchenden sollen angeregt, beraten und dabei unterstützt werden, mit einer Seheinschränkung leben zu lernen. Sie sollen gut informiert sein, um ihre eigenen Entscheidungen treffen zu können.

Die Beratung und Unterstützung durch selbst Betroffene birgt viele Möglichkeiten. Sie endet jedoch immer da, wo die Beratenden an ihre persönlichen oder inhaltlichen Grenzen stoßen oder wenn eine medizinische, augenoptische, therapeutische oder sozialrechtliche Fachberatung angezeigt ist. Nicht zuletzt deshalb stehen wir in Verbindung mit Fachleuten vieler Disziplinen rund ums (schlechte) Sehen.

Wir fühlen uns folgenden Grundsätzen verpflichtet:

- Wir sind den Ratsuchenden gegenüber wertschätzend, einfühlsam und authentisch.
- Wir setzen da an, wo die Ratsuchenden stehen und bieten an, was sie aktuell brauchen. Dabei fördern wir ihre Eigeninitiative.
- Wir verfolgen mit der Beratung keine Ziele, denen der Ratsuchende nicht zustimmen kann.
- Als selbst betroffene Berater setzen wir den eigenen Weg nicht als Maßstab für alle, sondern begleiten sie auf ihrem ganz persönlichen, selbst bestimmten Weg.
- Unsere Beratung ist vertraulich. Wir verpflichten uns auf die Einhaltung des Datenschutzes.
- Für jede Beratung nehmen wir uns ausreichend Zeit.

- Wir sorgen für Klarheit in Bezug auf Ziele, Inhalte, Anfang und Ende der Beratung.
- Wir kennen und wahren die Grenzen der Beratung durch Betroffene.
- Ratsuchende werden ermuntert, sich erneut an uns zu wenden.
- Wir bilden uns regelmäßig weiter.

1.2. Unterstützung bei der Behinderungsbewältigung

1.2.1. Leistungseigenschaften

Behinderungsbewältigung meint den Prozess hin zur Akzeptanz der eingetretenen Situation. Häufig durchlaufen die von einer bedrohlichen Augenerkrankung / Sehbehinderung betroffenen Menschen diesen in typischen Phasen. Die Unterstützung umfasst dabei alles, was dem Ratsuchenden hilft, mit den emotionalen und sozialen Folgen eines Sehverlusts in den verschiedenen Phasen umgehen zu können. Die Beratung gibt Raum für Emotionen und nimmt auch den Wunsch nach Heilung ernst.

a) Ergebnis / Ziel

- Der Ratsuchende hat im Gespräch Verständnis für seine Situation erlebt.
- Er hat durch die Beratung erfahren, dass man auch mit einer Beeinträchtigung des Sehens sein Leben aktiv gestalten und Wohlbefinden erleben kann.
- Er weiß, dass er sich jederzeit an die Beratung wenden kann und hier Unterstützung und Verständnis findet.
- Er hat von weiteren, ihn in diesem Prozess unterstützenden Angeboten erfahren.

b) Leistung für den Ratsuchenden

Die Beratung nimmt sich ausreichend Zeit, damit der Ratsuchende über seine derzeitige Situation sprechen kann. Sie nimmt den Ratsuchenden mit allen Fragen ernst und unterstützt im gesamten Prozess der Behinderungsbewältigung.

c) Vorhandenes Material und sachliche Ausstattung

- Broschüre: Der Weg geht weiter
- Kontaktdaten von Psychotherapeuten, der Telefonseelsorge / Krisentelefon
- Beschreibung der Bewältigungsphasen (Phasenmodell)

1.2.2. Qualifikation des Personals

- Die Beratung kennt Phasenmodelle bezüglich der Bewältigung von Behinderung und kann einschätzen, in welcher Phase sich der Ratsuchende befindet.
- Sie weiß, wie sie in schwierigen Beratungssituationen angemessen reagieren kann.
- Sie erkennt die eigenen Grenzen und weiß, an wen sie den Ratsuchenden weitervermitteln kann.

1.2.3. Leistungen Anderer

Die Unterstützung bei pathologischen Formen der Depression erfolgt durch professionelle Fachdienste und ist nicht Aufgabe der Beratung der Landesvereine. Hierzu gehört auch die Feststellung, ob überhaupt eine krankhafte Form einer Depression vorliegt.

2. Zwischenmenschliche Kommunikation

Wie läuft sie ab? Was spielt dabei eine Rolle?

2.1. Das Modell zwischenmenschlicher Kommunikation

Sender A *sendet Botschaft an* *Empfänger B*

Es gibt eine gesendete Botschaft und eine empfangene Botschaft, die sind nicht unbedingt deckungsgleich.

Empfänger A erhält Feedback von Sender B

Empfangenes Feedback und gesendetes Feedback sind auch nicht unbedingt deckungsgleich.

2.2. Einflüsse und Fehlerquellen

- Beim Sender A: Sprachliche Probleme, undeutliches Sprechen, Informationsverfälschung
- Beim Kanal: Lärm, Entfernung, Ablenkung
- Beim Empfänger B: Hör- oder Dekodierungsfehler, Desinteresse, Vorurteile, Bewertung, falsche Schlüsse

2.3. Die vier Seiten einer Nachricht (Quelle: Ferdinand Schulz von Thun)

Jede Nachricht enthält einen Sachaspekt und einen Beziehungsaspekt. Dazu kommen auf Seiten des Senders die Selbstoffenbarung und auf Seiten des Empfängers der Appell.

- Sachinhalt: enthaltene Sachinformation
  (z.B.: Ehefrau zu Ehemann: „Heute Abend ist Elternabend")
- Selbstoffenbarung: enthält Informationen über den Sender
  (je nach Stimmlage z.B.: "Ich habe keine Lust auf den Elternabend.")
- Beziehungsebene: Information über die Beziehung der Kommunikationspartner
  (z.B. „ich erwarte Verständnis" oder Interesse)
- Appell: Funktion, Einfluss auf den anderen auszuüben
  („Geh du hin" oder „Sei rechtzeitig zu Hause und bring die Kinder ins Bett")

Nur der Sender weiß, was er wirklich meint; der Empfänger „liest zwischen den Zeilen" und ist auf nonverbale Signale angewiesen (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Stimmlage, -melodie, -intonation, Rhythmus), besonders Blinde müssen auf die hörbaren Signale achten.

Der sogenannte „vierohrige Empfänger“ hört auf folgenden Ohren:

- Das Selbstoffenbarungs-Ohr
- Das Beziehungs-Ohr
- Das Sach-Ohr
- Das Appell-Ohr

2.3.1. Selbstoffenbarungs-Ohr

- „Was ist das für einer?“
- „Was ist mit ihm?“

2.3.2. Sach-Ohr

- „Wie ist der Sachinhalt zu verstehen?“

2.3.3. Beziehungs-Ohr

- „Wie redet der eigentlich mit mir?“
- „Wen glaubt der, vor sich zu haben?“

2.3.4. Appell-Ohr

- „Was soll ich tun, denken, fühlen aufgrund seiner Mitteilung?“

2.4. Was bedeutet das für gelingende Kommunikation?

2.4.1. Was der Sprecher tun kann

- Klar und direkt reden, Ich-Aussagen machen, konkret, persönlich und vorwurfsfrei sprechen, Wünsche klar äußern, nicht zu lange reden

2.4.2. Zuhörerfertigkeiten – Was der Zuhörer tun kann

- passiv und aktiv zuhören, zusammenfassen, rückmelden, nachfragen

2.5. Feedback / Rückmeldung

In der Zwischenmenschlichen Kommunikation kommt es oft vor, dass man jemandem eine Rückmeldung zu etwas geben muss. Ein paar Grundregeln helfen, dass solches Feed-Back für beide Beteiligten gut verläuft:

2.5.1. Beim Rückmeldung Geben

- Feed-Back soll konkret sein und sich auf ein ganz bestimmtes Verhalten oder eine Äußerung in einer Bestimmten Situation beziehen bzw. ganz konkrete Beispiele enthalten. Es soll nicht verallgemeinern.
  z. B. nicht: "Du hörst mir nie zu." sondern "Ich habe dir gestern von dem Brief erzählt und heute weißt du nicht mehr davon."
- Feed-Back soll beschreibend und nicht wertend sein.
  z. B. nicht: "Du hast schlechte Manieren." sondern: "Du hast nicht alle Gäste begrüßt."
- Feed-Back soll konstruktiv und auf eine Lösung gerichtet sein.
  z. B. nicht: "Du verhältst dich unmöglich." sondern: "Ich erwarte, dass du dich beim nächsten Treffen anders verhältst."
- Feed-Back sendet Ich-Botschaften und nicht Du-Botschaften. Es sagt, wie es mir mit einer Situation geht.
  z. B. nicht: "Du schreist." sondern: "Für mich sprichst du zu laut."
  nicht: "Du bist liebenswürdig." sondern: "Ich habe dich lieb."

2.5.2. Beim Rückmeldung Erhalten

- das Feed-Back anerkennen
- sich nicht sofort verteidigen
- zuhören und ausreden lassen
- nicht diskutieren, aber wenn passend eine Rückmeldung geben, wie das Gesagte bei einem ankommt

3. Grundlagen des klientenzentrierten Gesprächs

Das klientenzentrierte Beratungsgespräch fußt auf Grundlagen von C. Rogers und wurde später zum Teil weiterentwickelt. Es ist ein professionelles Gespräch. Es basiert auf der Überzeugung, dass jeder Mensch seine Schwierigkeiten selbst überwinden kann – auf die für ihn stimmige, richtige Art und Weise. Voraussetzung dafür ist eine möglichst weitgehende

Bewusstmachung seiner Gefühle und Beweggründe. Der Berater sollte den Klienten bei diesem Bewusstmachungsprozess unterstützen, damit er selbstständig seine Lösung entwickeln kann, ohne dabei in eine Abhängigkeit vom Berater zu geraten.

Ein wichtiges Merkmal ist die „nicht-direktive" Gesprächsführung, die dem Klienten erlaubt, Inhalt und Ziel des Gesprächs selbst zu bestimmen, selbstständig an seinem Problem zu arbeiten und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Folgende Haltungen sind förderlich:

3.1. Empathie / Einfühlungsvermögen

- bedeutet einfühlsames Verstehen der Welt und der Probleme aus Sicht des Klienten.
- Gesagtes darf nicht direkt gewertet werden.
- Nachfragen, um klare Informationen zu bekommen und nicht zu interpretieren, durch

3.2. Positive Wertschätzung

- bedeutet, den Ratsuchenden zu schätzen, zu ermutigen, zu loben, zu unterstützen
- „Schön, dass sie das geschafft haben", „Gut, dass sie sich Hilfe suchen".
- Zeigen Sie Verständnis für das Problem, aber stellen sie es nicht als unlösbar dar, machen Sie Mut!
- Achten Sie auf eine zugewandte Körperhaltung!

3.3. Echtheit und Wahrhaftigkeit / Kongruenz

- bedeutet, sich selbst als Berater in Frage zu stellen
- Offenes Wahrnehmen der Beziehung und des eigenen Handelns
- Wie kann ich mit meiner eigenen Betroffenheit umgehen? Habe ich Mitleid? Macht mich der Klient wütend, traurig? Wie verhalte ich mich gerade? wertschätzend? ablehnend?
- Psychohygiene: Ich kümmere mich um mein Wohl als Berater. Nur wenn es mir gut geht, kann ich auch gut beraten!

4. Wie ist die Motivation des Betroffenen? Welchen Anspruch darf / kann ich als Berater überhaupt haben?

- Besucher: will nur mal schauen, Berater kennen lernen, Ängste abbauen, Berater informiert nur
- Klagender: will sich „ausweinen", verstanden werden, Empathie; vorsichtig bei Lösungen, oft noch nicht bereit dafür; Tempo des Betroffenen mitgehen, aktives Zuhören, sich nicht abarbeiten, kleine Schritte
- Kunde/Klient: will Lösungen erarbeiten, will Veränderung, arbeitet konstruktiv mit

5. Der idealtypische Ablauf eines Beratungsgesprächs

1. Vorbereitung des Kontaktes
   Kontaktaufnahme, Angebot, Terminvereinbarung, Zeitrahmen
2. Gesprächsbeginn
   Warming-up, Begrüßung, Vorstellung, „Türöffner", Beziehung anbahnen
3. Kernphase
   Durch das „verstehen wollende" oder „aktive Zuhören" (siehe unten) Situation und Befindlichkeit des Klienten oder der Klientin kennenlernen, vorrangige Themen finden, Vertiefen, Lösungsmöglichkeiten besprechen, Umsetzungsschritte vereinbaren, eventuell Aufgaben verteilen.
4. Endphase
   Entspannender Abschluss, Zusammenfassung, Fragen, eventuell Terminvereinbarung, Verabschieden.
5. Nachbereitung
   Gespräch überdenken, gegebenenfalls Infos einholen oder weitergeben, dokumentieren, nächsten Besuch vorbereiten.

6. Auftragsklärung

In einer Beratung soll der Berater sich seines Auftrages bewusst sein.

Das bedeutet, der Wunsch bzw. die Erwartung des Ratsuchenden muss klar sein. Nur dann können wir als Berater, auch aus Sicht des Ratsuchenden, eine gute Beratung machen.

Beachten Sie hierzu auch unbedingt das Skript "Motivationale Lage des Ratsuchenden". Nicht jeder Ratsuchende ist ein Klient und gibt einen Auftrag. Siehe dazu auch: "Besucher" und "Klagende"

Fragen, um den Auftrag herauszufinden:

- Was ist Ihr Anliegen? Was kann ich für Sie tun?

In vielen Fällen äußern Ratsuchende konkrete Ziele, haben Fragen zu einem bestimmten Thema, etc.

Dann ist mein Auftrag schnell klar und ich kann mich an das Erarbeiten einer Lösung machen.

Manchmal ist es nicht so einfach. Der Ratsuchende ist z.B. unklar, druckst herum, springt von Thema zu Thema, redet pausenlos. Beim Berater entsteht oft ein Gefühl der Unklarheit i.S.v. „was möchte der Ratsuchende überhaupt?“

Dann können folgende Fragen bei der Auftragsklärung hilfreich sein:

Fragen zum Kontakt: Wer will was?

- Wer hatte die Idee in die Beratung zu kommen? (Freiwilligkeit?)
- Was will der Ratsuchende NICHT?

Die Erwartungen erfragen: Wozu?

- Mit welcher Erwartung kommen Sie zu mir?
- Was müsste ich tun, um diese Erwartungen zu erfüllen?

Fragen zum Problem und darum herum: Um was geht es?

- Wann/wie/wo taucht das Problem auf? Wo wird es gezeigt/wo nicht? Wann wird es gezeigt/wann nicht?
- Was wäre, wenn es das Problem nicht mehr gäbe?
- Woran würden Sie erkennen, dass es gelöst ist?
- Wie reagieren andere darauf? Was raten Ihnen andere? Was halten Sie von diesen Ratschlägen?
- Wie erklären Sie sich, dass das Problem entstanden ist?
- Was hat sich durch das Problem verändert (im Alltag, in ihrem Verhalten, in der Beziehung zu anderen?)

Ausnahmen: Wann nicht?

- Wann/wie oft/wie lange ist das Problem nicht aufgetreten?

- Was haben Sie/haben andere in dieser Zeit anders gemacht?
- Wie haben Sie es geschafft, das Problem nicht auftreten zu lassen?

Ressourcen: Was geht/tut gut?

- Was klappt gut? Was möchten Sie gerne weiter so machen?
- Was müssten Sie tun, um mehr davon zu machen?

Verschlimmerungsfragen: Was würde es verschlechtern?

- Was müssten Sie tun, um ihr Problem zu behalten/zu verschlimmern? Was müsste ich dafür tun?
- Wie können Sie sich so richtig unglücklich machen, wenn Sie dies wollen? Was müssten andere dafür tun?

7. Differenzieren / Lösungen (er-)finden

Wenn am Beginn der Beratung eine gute Auftragsklärung stattgefunden hat, ist es danach leichter an der Problemlösung zu arbeiten. Viele Lösungen trägt der Ratsuchende schon in sich, hat sich vielleicht bislang nicht getraut näher darüber nachzudenken oder es auszusprechen, etc. Manchmal benötigt er nur noch einen Anstoß in diese Richtung.

Manches wiederholt sich mit dem Abschnitt "Auftragsklärung", da dieselben Fragen hier wiederkehren können!

Wichtig ist:

- Der Berater ist absichtslos, d.h. die Lösung, die ich als Berater im Kopf habe, ist nicht unbedingt ein guter Weg für den Ratsuchenden.
- Der Ratsuchende erarbeitet sich seinen Lösungsweg mit Hilfe vom Berater selbst.

Bei mehreren Themen:

Was ist das Wichtigste woran der Ratsuchende jetzt arbeiten möchte? Warum gerade daran? Der Ratsuchende entscheidet was gerade am dringlichsten erscheint.

Lösungen (er-)finden:

- Warum und wie ist das Problem überhaupt ein Problem?
- Was wurde bereits versucht? Warum wurde diese Möglichkeit verworfen? (Klient ist selbstkompetent)

- Ziele entwickeln
- Wunderfrage, Vision, Wünsche „was wäre wenn…", dabei Zeit lassen, kein „ja, aber…" zulassen, sondern zum "frei denken" einladen.
- Kleine Schritte

Ziele sind sehr wichtig, um klar zu definieren wann und wie der Ratsuchende merken würde, wenn das Problem gelöst wäre. Ziele sollten realistisch und kleinschrittig sein. "Was wäre der nächste kleine Schritt, den sie tun könnten, um ihrem Ziel etwas näher zu kommen?"

Je kleiner der Schritt gewählt wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Ratsuchende sich trauen wird, ihn zu gehen.

- **Ausnahmen**
  als das Problem nicht auftrat…was war dann/ was haben sie anders gemacht? (zufällige/absichtliche Ausnahmen?)
  „Machen Sie mehr von dem, was funktioniert/tut gut/hilft"bRessourcen (Kraftquellen, Stärken) herausarbeiten
- Unterschiede zu Vorher/Neues/Verändertes (z. B. zur Beratung kommen, Bus nehmen, …), Coping „wie kommt es, dass sie heute Morgen aufgestanden sind/ dass, es nicht noch schlimmer geworden ist?

Ausnahmen und Unterschiede: Diese positiven Veränderungen sollte der Berater deutlich herausheben und den Ratsuchenden darin bestärken es immer wieder zu tun! (Komplimente)

- Reframing: Umformulieren mit neuer, positiver Sichtweise:
  z.B. „ich fühle mich unter Druck"- (von außen) kann gleichzeitig auch bedeuten „der Druck treibt mich an weiterzumachen" (von innen)
- Das System um mich herum: Was denken die anderen (Angehörige, Freunde, Kollegen) über mein Problem? Was schlagen diese als Lösung vor? Wie geht es denen mit meinem Thema?

8. Gesprächstechniken

8.1. Aktives Zuhören

Die wichtigste Grundtechnik in der Gesprächsführung ist das aktive Zuhören, auch empathisches oder verstehen wollendes Zuhören genannt. Der Begriff des aktiven Zuhörens verdeutlicht schon, dass es sich nicht um ein Zuhören

im allgemeingebräuchlichen Sinne handelt. Wie geäußerte Informationen beim Zuhörer verarbeitet werden, ist ein sehr komplexer Vorgang. Die gehörte Information wird dabei unbewusst durch einen eigenen Filter aus Vorerfahrungen, Bedürfnissen, Werten, Einstellungen geschickt. Dieser Filter behindert oftmals die Verständigung, weil der Zuhörer eher auf eigene Bedürfnisse und Vorstellungen reagiert als auf die des Gegenübers. Das Ergebnis ist oftmals ein "Aneinander-Vorbeireden"; der Vortragende fühlt sich nicht verstanden. Beim aktiven Zuhören lässt man den anderen reden und bringt sich (zunächst) nicht mit eigenen Erfahrungen und Meinungen ein. Dieses Zuhören ist aktiv, weil man sich voll und ganz auf die Aussagen des anderen konzentriert, spontane Reaktionen aktiv unterlässt, kontrolliert, ob man den anderen richtig verstanden hat, indem man seine Aussage kurz und knapp zusammenfasst und dabei Schlüsselbegriffe wiederholt, auch die Gefühlsebene anspricht. Dabei ist es nicht wichtig, den Gefühlszustand genau zu treffen, sondern ihn überhaupt auszudrücken.

Ziel ist es, sich in den anderen einzufühlen. Daher auch die Bezeichnung "empathisches Zuhören" (Empathie = Einfühlungsvermögen).

Ziel ist es für beide Seiten, mit dem Gegenüber in Kontakt zu kommen; intensiven Kontakt zu erleben.

8.1.1. Grundlegende Technik Aktiven Zuhörens

Die/Der aktiv Zuhörende hört zu und signalisiert dies durch Körpersprache (Zugewandtheit, Blickkontakt, Nicken etc.) und Bestätigung („Hmhm", „Aha” etc.). An geeigneter Stelle – spätestens, wenn die Kapazitätsgrenze des Zuhörenden erreicht ist – wiederholt sie/er in eigenen Worten und zusammenfassend, was der Klient gesagt und vor allem gemeint hat.

Aktives Zuhören hilft dabei:

- Sachverhalte besser verstehen zu können, indem die vom Gegenüber kommenden Informationen wiederholt, zusammengefasst und dadurch „gesichert” werden (Technik: Spiegeln)
- Aussagen des Klienten über sich selbst herauszuarbeiten. Diese Aussagen sind meist „versteckt”, der aktiv Zuhörende muss „zwischen den Zeilen lesen”. Diese „Selbstoffenbarungen” können am besten über die Gefühle benannt werden. Gefühle wiederum führen zu den Bedürfnissen. (Technik: Verbalisieren)

- Aktives Zuhören regt den anderen an, weiterzusprechen und führt zu einer Selbstklärung und Vertiefung, z.B. wenn die betroffene Person statt über andere Leute über ihr eigenes Bedürfnis spricht.
- Es dient auch der Strukturierung des Gesprächs, indem Vielredner z.B. immer wieder auf das Thema fokussiert werden, abstrakte Diskussionen und Ausflüchte auf das Wesentliche gelenkt und konkretisiert werden, jemand, der zäh und stockend spricht, „in Fluss" gebracht wird.

8.1.2. Verboten beim aktiven Zuhören ist

- werten, kritisieren, moralisieren, generalisieren: „Ich hätte genauso reagiert", „So etwas tut man doch nicht" „So etwas ist immer problematisch"
- beruhigen, beschwichtigen, trösten, bagatellisieren: „Ist doch nicht so schlimm", „Das wäre jedem so gegangen"
- Ratschläge erteilen, belehren, warnen, appellieren: „Da machen Sie am besten Folgendes", „Passen Sie auf"
- Vordenken, d.h. sich eine Antwort oder die nächste Frage zurechtzulegen, während der andere spricht.

8.2. Verbalisieren und Spiegeln

Der Zuhörer gibt wieder, was er vom Gehörten verstanden hat. Dies unterstützt den Prozess der Selbsterkenntnis. Der Klient fühlt sich verstanden.

- Wortwörtliche Wiedergabe
  z.B. „Ich habe verstanden, dass", „Sie sagen, dass"
- Neuformulierte Wiedergabe
  z.B. „Ich habe den Eindruck, dass"
- Benennen des Gefühls
  z.B. „Ich habe den Eindruck, dass ", „Ich höre", „Sie fühlen sich ..."
  Klient/Gesprächspartner fühlt sich tief verstanden
  fördert besonders die Selbsterkenntnis, heilsam!
- Kurzverbalisieren = das beherrschende Gefühl wird kurz zurückgespiegelt.
- Zurücksagen = unveränderte Wiederholung der wichtigsten oder letzten Worte

8.3. Wirkungen von "Verstehen wollendem Zuhören"

- Zwingt zum Zuhören
- Überprüfen, ob das Gesagte verstanden wurde
- Verhindert Missverständnisse
- Möglichkeit, richtigstellen zu können
- Verlangsamt
- Nimmt ggf. Dampf raus, macht das Gespräch ruhiger
- Steigert Konzentration
- Man bleibt eher beim Thema
- Tiefergehende und mehr Gedanken zum Gesagten sind möglich
- Man fühlt sich ernst genommen

8.4. Die wichtigsten Fragetypen

8.4.1. Die geschlossene Frage

Die geschlossene oder auch Kontrollfrage bietet für die Antwort wenig Spielraum. Sie ist überwiegend mit ja oder nein zu beantworten. Mit geschlossenen Fragen lassen sich Ergebnisse festhalten. Außerdem vermeiden Sie mit geschlossenen Fragen Missverständnisse und sparen Zeit. In Gesprächen sollte die geschlossene Frage nur dann benutzt werden, wenn eine klare Antwort gesucht wird. Sie wirkt nicht gesprächsanregend, eher abschließend.

- Sind diese Informationen für Sie hilfreich?
- Waren Sie seit der Sehverschlechterung schon beim Augenarzt?

Eine unterhaltsame Übung für ja-nein-Fragen sind Blackstories: Nach einer kurzen Beschreibung müssen die Mitspieler durch ja-nein-Fragen herausfinden, was geschehen ist. Blackstories gibt es z. B. unter:

http://horror-spass.de.tl/Black-stories.htm

8.4.2. Die offene Frage

Für ein Gespräch ist die offene Frage außerordentlich wichtig, weil sie das Gesprächsklima verbessert, die Gesprächspartner öffnet und hervorragend geeignet ist, um ein Gespräch zu beginnen. Offene Fragen weiten ein Gespräch aus.

Offene Fragen sind W-Fragen: Was - Wie - Wo - Welche - Warum?

- Was führt Sie heute her?
- Wo haben Sie die größten Schwierigkeiten im Alltag?
- Was meinen Sie damit?

Ein Spiel für offene Fragen ist: Die Mitspieler müssen mit höchstens fünf Fragen einen Begriff herauskriegen. Je offener die Fragen sind, umso mehr Informationen gibt es.

8.4.3. Die Verständnisfrage

Die Verständnisfrage will klären, ob die Antwort richtig verstanden wurde. Sie spielt eine wichtige Rolle beim Aktiven Zuhören.

- Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie vor allem wissen möchten, welche Nebenwirkungen eine Spritze ins Auge haben kann?
- Sie möchten gern wieder mit Ihrer Wandergruppe wandern gehen. Habe ich Sie da richtig verstanden?

8.4.4. Die Suggestiv-Frage

Die Suggestiv-Frage ist eine Frage, die Bestätigung und Zustimmung hervorrufen will. Sie kann auch zur Manipulation benutzt werden. Die fragende Person schafft einen hohen Erwartungsdruck, dem man sich nur schwer entziehen kann.

In Suggestivfragen werden häufig folgende Signalwörter benutzt: sicherlich, gewiss, wohl, doch, auch, bestimmt.

- Sie sind doch sicher auch der Meinung, dass wir heute einen großen Schritt vorangekommen sind?
- Sicherlich werden Sie jetzt wieder Zeitung lesen wollen?

8.4.5. Die Alternativ-Frage

Die Alternativ-Frage stellt zwei Möglichkeiten zur Auswahl. Sie ist eine erweiterte geschlossene Frage mit stark suggestivem Charakter.

- Möchten Sie das LPF-Training im Mai oder im Juni beginnen?

Damit wird das Wollen des LPF-Trainings als gesicherte Annahme vorausgesetzt.

8.4.6. Die Gegenfrage

Mit einer Gegenfrage verschaffen Sie sich Zeit und erhalten möglicherweise weitere Informationen, indem Sie die an Sie gestellte Frage nicht beantworten. Von ihrem Gesprächspartner kann eine Gegenfrage allerdings als Ausweichen verstanden werden. Wenn Sie eine solche Reaktion vermeiden möchten, dann wählen Sie einen ruhigen sachlichen Ton und stellen Gegenfragen möglichst nur dann, wenn Sie den Gesprächsgegenstand weiter erkunden wollen.

- Worauf genau bezieht sich Ihre Frage? Aus welchen Gründen fragen Sie mich das?

9. Nonverbale Kommunikation

Man kann nicht nicht kommunizieren. Auch wenn wir nicht reden kommunizieren wir, durch:

- Körperhaltung
- Mimik
- Gestik
- Blick
- Nähe und Distanz
- unsere Kleidung
- Geruch
- Frisur
- Alter

Dadurch geben wir dem Gegenüber erste Informationen über uns.

Hinzu kommen zu dem eigentlichen Inhalt des Gesagten auch das Gehörte „zwischen den Zeilen“:

- die Stimmlage, -melodie
- Sprechpausen
- Tonhöhe
- Dialekt
- Herkunft

- abschweifend, hektisch, fröhlich, ängstlich, zögernd, ironisch

Welche Gefühle löst die nonverbale Kommunikation meines Gegenübers bei mir aus? Welchen Eindruck habe ich von ihm? Vorurteile?
Die NVK gibt uns eine Botschaft über unsere Beziehung zueinander: die emotionale Lage der Gesprächspartner ist dadurch bereits erkennbar (hörbar).

9.1. Wenn wir die NVK nicht sehen können

Der visuelle Eindruck fällt weg, aber eine Menge der nonverbalen Signale können trotzdem wahrgenommen werden.

Allgemein gilt, dass der Berater die nonverbalen Signale benennen sollte, wenn sie ihm für den weiteren Verlauf bedeutend erscheinen.

Hilfreich dafür ist die Technik des Spiegelns. Der Zuhörer gibt wieder, was er vom Gehörten verstanden hat. Dies unterstützt den Prozess der Selbsterkenntnis. Der Klient fühlt sich verstanden.

Neue Informationen (nonverbale Signale) kommen hinzu.

- Wortwörtliche Wiedergabe: z.B. „Ich habe verstanden, dass…" / „Sie sagen, dass…"
- Neuformulierte Wiedergabe mit dem formulierten nonverbalen Signal: z.B. „Ich habe den Eindruck, dass... sie nervös sind/ihnen das nahe geht/sie ängstlich sind"
- Benennen des Gefühls: z.B. „Ich habe den Eindruck, dass…" / „Ich höre, ..." / „Sie fühlen sich..."
  Der Klient / Gesprächspartner fühlt sich tief verstanden. Das fördert besonders die Selbsterkenntnis und ist heilsam!
- Kurzverbalisieren: das beherrschende Gefühl wird kurz zurück gespiegelt.
- Zurücksagen: unveränderte Wiederholung der wichtigsten oder letzten Worte

9.2. Nonverbale Kommunikation einsetzen

Sehende Menschen erwarten Signale nonverbaler Kommunikation in einem Gespräch und können irritiert sein, wenn sie keine erhalten. Deshalb ist es wichtig:

- in die Richtung der Augen des Ratsuchenden zu schauen, wenn er spricht
- eine zugewandte Körperhaltung einzunehmen
- durch Kopfnicken oder andere zustimmende Aktionen zu zeigen, dass man zuhört und konzentriert ist
- Gesichtsmimik nutzen, z.B. lächeln, fragend gucken etc.

10. Umgang mit starken Gefühlen

10.1. Trauer/Depression

Woran erkenne ich, dass jemand depressiv ist?

Symptome: Niedergeschlagen, sieht keinen Sinn mehr, keinerlei Fröhlichkeit, wehrt alles ab, verzweifelt, überfordert, spricht evtl. von Suizid, müde, leer, verändertes Schlaf-/ Essverhalten

- Klienten unbedingt zum Arzt schicken, Hoffnung auf Heilung machen, Situation muss so nicht bleiben, sich helfen lassen, Berater kann nur weiterschicken und nicht heilen!
- Klient verstehen, er ist nicht allein, gibt viele solche Schicksale, denen geholfen wurde (eigene Lebensgeschichte nicht im Detail ausbreiten). Arzt ist nächste Anlaufstelle.

Wie kann ich mich abgrenzen und trotzdem mitfühlend/helfend sein? Was tun mit Mitleid?

- Nicht gemeinsam im Leid versinken, aber auch nicht „Kopf hoch“ „Stellen sie sich nicht so an“
- Zuhören, Lösungsvorschläge können meist nicht angenommen werden (Teil der Krankheit),
- nicht abarbeiten: Klient ist noch nicht bereit für Lösungen (Klagender), nicht als eigenes Versagen sehen, wenn Klient nichts annimmt.
- Konkretes erarbeiten, kleine Schritte: wie mache ich einen Termin/komme ich zum Arzt? Mobilität, kleinen Plan für den Tag (nächsten Tage) machen.
- Schönes herausfinden (Hobbies), Unterstützung klären (Nachbarn, Freunde, ...)

Vorgehen bei Suizidgefährdeten: ansprechen, genau nachhören, Verantwortung abgeben! Vertrag machen: Betroffener muss sich melden, Dritte (Familie, Freunde, Hausarzt) einschalten, im Notfall Notarzt rufen!

10.2. Aggression/Wut

Wie kann ich mich abgrenzen und trotzdem mitfühlend/helfend sein? Was tun mit eigener Aggression?

- Dampfdrucktopf „abdampfen" lassen, zuhören. Ruhig bleiben, nicht mit einsteigen in Stimmung, nicht dagegenhalten (bringt noch mehr Aggression)
- Verständnis zeigen „ich kann verstehen, dass sie aufgebracht sind",
- persönliche Angriffe abwehren „ich rede gerne mit ihnen über ihr Problem, aber ich bitte sie einen freundlichen Ton dabei zu wahren",
- keine Rechtfertigung
- „lassen sie uns sehen, was sie jetzt tun können"
- nicht mit Lösungsvorschlägen abarbeiten, solange noch Wut da ist.

11. Vermittlung zu professioneller Lebensberatung

Können Sie den Ratsuchenden in ihrer Behinderungsbewältigung selbst nicht mehr helfen, so können Sie an professionelle Beratungsdienste verweisen:

Bundesweite Telefonseelsorge, rund um die Uhr, 24h, kostenlos:

- 0800-111 0 111 (evangelisch)
- 0800-111 0 222 (katholisch)

Regionale Notrufnummern: Es gibt viele regionale Krisentelefone. Dazu kann man in die Suchmaschine das Wort „Krisentelefon" und sein Bundesland oder auch seine Stadt oder Region eingeben oder auch „Psychiatrischer Bereitschaftsdienst" und die Region.

Allgemeine Lebensberatung: Wohlfahrtsverbände, wie Arbeiterwohlfahrt, Johanniter, Malteser, Pro Familia, Caritas oder Diakonie unterhalten Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, die mit professionellen Beratern psychologische Hilfe bieten. Man findet sie über die Internetsuche, im lokalen „Sozialatlas" oder per direkter Nachfrage im Landkreis/in der Kommune bzw. bei den Kirchengemeinden.

In jeder Gemeinde gibt es Sozialpsychiatrische Dienste, die Menschen in psychischen Krisen und bei psychiatrischer Erkrankung Beratung bieten und weitere Hilfen vermitteln. Meistens sind diese bei den Gesundheitsämtern angesiedelt. Die Adresse und Telefonnummer des nächsten Dienstes gibt es bei den Gemeindeämtern.

Der DBSV hat eine Liste von Psychotherapeutinnen und -therapeuten veröffentlicht, die selbst blind oder sehbehindert sind, betroffene Angehörige haben, in der Beratung sehbehinderter und blinder Menschen erfahren sind oder an einer solchen Beratung interessiert sind. Mit dieser Liste kann keinerlei Garantie für die Qualität der gebotenen Beratung gegeben werden. Möglicherweise kann es aber hilfreich sein, sich von jemand Betroffenen oder mit spezifischer Erfahrung beraten zu lassen.

Die Liste der Therapeuten ist im Internet unter:
https://www.dbsv.org/psychologische-beratung.html

Dort können bei Bedarf Beratende der DBSV-Landesvereine und auch Einzelpersonen nach Therapeutinnen oder Therapeuten suchen. Außerdem steht ein Formular zum Download bereit, mit dem man sich melden kann, um selbst in die Liste eingetragen zu werden. Sollten Sie selbst entsprechende Therapeutinnen oder Therapeuten kennen, können Sie diese gern einladen, sich zu melden.

Krisenanlaufstellen: www.suizidprophylaxe.de

Suche nach Psychotherapeuten (auch Heilpraktiker u.a. Therapeuten):
www.therapeutensuche.de

Therapeuten findet man außerdem über Hausärzte, Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung www.kbv.de/html/arztsuche.php

Ausbildungsstätten für Psychotherapie bieten Beratung durch ihre Auszubildenden an. Diese findet man unter z. B. unter:
www.therapie.de/psyche/info/ausbildung/adressen-und-links/

12. Mehrere Ratsuchende/Paare/Familien

Was wollen die Beiden eigentlich? auf einzelnen Ratsuchenden konzentrieren, direkt ansprechen,

Verschiedene Aufträge und Erwartungen an den Berater abklären, jeder Ratsuchende bringt mindestens einen eigenen Auftrag an uns mit, alle Aufträge im Blick behalten

- Jeden Einzeln fragen, was er möchte
- Verständnis für Beide aufbringen, neutral bleiben!
- Wenn nötig, Begleiter ausbremsen „Entschuldigen Sie, ich möchte die Antwort gerne von ihrem Mann", Ratsuchenden immer wieder mit einbeziehen „was glauben sie, wie es ihrem Mann geht/ was ihr Mann möchte?"
- Nicht die Beziehung der Ratsuchenden in Frage stellen (nicht werten, aber Wertschätzung)
- gemeinsame Lösung finden (was können beide tun?)
- Bei persönlichem Angriff, klare Grenzen setzen, evtl. Gespräch unter- oder abbrechen. Einen rausschicken (Flyer holen) und einzeln beraten.
- Auf eigene Befindlichkeit achten.
- Bei hektischen Paaren oder gereizter Stimmung ruhig bleiben. Sich nicht in „Sog" reinziehen lassen.
- Eigenes Verhalten reflektieren.

13. Zehn Merkmale für eine „gelingende Kommunikation"

1. Sprich selbstverantwortlich und im Hier und Jetzt.
2. Achte und wertschätze deinen Gesprächspartner.
3. Sei echt und authentisch.
4. Sei empathisch und mitfühlend.
5. Sei bei Sachaussagen möglichst verständlich,
   bei Ich-Aussagen möglichst offen,
   bei Du-Aussagen möglichst wertschätzend
   und bei Aufforderungen möglichst direkt.
6. Höre voll konzentriert, zugewandt, aktiv und aufmerksam zu.
7. Vermittle deinem Gesprächspartner verbal und nonverbal Interesse und Verständnis.
8. Sende kongruente Nachrichten und hüte dich vor Doppelbotschaften.
9. Sei dir der Subjektivität deiner Wahrnehmung bewusst und hör nicht nur mit deinem „Lieblings-Ohr".
10. Sei dir deiner Grenzen gewahr.
11. Achte deine Grenzen sowie die Grenzen deines Gesprächspartners.

14. Psychohygiene

- Nur wenn es dem Berater gut geht, kann er auch gut beraten!
- Wie kann ich mitfühlend sein und mich gleichzeitig abgrenzen?
- gleiches Schicksal geht einem nahe, man fühlt sich emotional betroffen
- Gespräche mit Kollegen und Freunden darüber, aber nicht mit dem Klienten!
- Während des Gesprächs Konzentration auf das Gespräch und nicht auf eigene Probleme, keine Vergleiche ziehen, auch nicht bei der Lösung.
- Gefährliche Wörter (die die Tür zuschlagen könnten): Psychisch, Psychiater, Depression ...
- Delegieren, andere Hilfsangebote, Dienste (Liste mit Adressen von Beratungsstellen parat haben, um weiterverweisen zu können)
- „Sich nicht als Mülleimer fühlen", Gespräche mit Kollegen, Freunden, Supervision, evtl. eigene Psychotherapie, Ausgleich in der Freizeit, „Ich kann nicht alles lösen und jedem helfen!", eigene Ansprüche überdenken, mit kleinen Schritten zufrieden sein
- Immer wichtig: Was will der Betroffene? Was ist der Kunde? Was will ich? Passt das zusammen? Wie geht es mir dabei? Wo sind meine Grenzen?

15. Impressum

Für Beratende der Mitgliedsvereine im DBSV ist dieses Dokument Teil der Wissensdatenbank, Onlinekurs und Skript zum Präsenzseminar für die Beraterqualifizierung nach Blickpunkt Auge Standard.

Dieses und alle anderen Online-Kurs-Skripte finden Sie unter https://www.dbsv.org/Onlinekurse.html

- Word-Dokument
- PDF-Datei
- DAISY-Hörbuch als ZIP-Datei
- Brailledatei zum Ausdrucken (28 Zeichen pro Zeile und 28 Zeilen pro Seite)

Zudem finden Sie dort jeweils ein Word-Dokument mit den Aufgaben, die zum Online-Kurs gehören.

Herausgeber: Blickpunkt Auge des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. (DBSV), www.blickpunkt-auge.de und www.lernen.dbsv.org

Autor: Katharina Weidenbach
Dieses Dokument wurde auf der Grundlage des Buches Klientenzentrierte Gesprächsführung - Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe von Sabine Weinsberger erstellt.

Stand: März 2018

Herausgeber: Blickpunkt Auge des DBSV, Rungestr. 19, 10179 Berlin
info@blickpunktauge.de

Ueber das Fragen

„Ich möchte Sie bitten, Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in ihrem Herzen und zu versuchen, *die Fragen selbst* liebzuhaben wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind. Forschen Sie jetzt nicht nach den Antworten, die Ihnen nicht gegeben werden können, weil Sie sie nicht leben könnten. Und es handelt sich darum, alles zu leben. *Leben* Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich, ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antwort hinein." (S.21)

aus: R.M.Rilke: Briefe an einen jungen Dichter. Frankfurt/Leipzig: Insel Verlag 1994

Fragetechniken – Die Antwort kennt ganz allein der Wind

Die LeserInnen haben durch die vielen Beispiel-Fragen bis hierher sicher schon einen Eindruck von der Kraft des Fragens bekommen. Fragen dienen dazu, das betreffende Klientensystem zu perturbieren *(Maturana/Varela 1984)*, d.h. zu durchdringen, zu erforschen, umzugraben, auf die Rückseite zu drehen, zu durchfluten und zu erweitern. Dabei verfolgen die BeraterInnen verschiedene Ziele:

Entwickeln von Verständnis über Hintergrund, Geschichte, Erleben, Problemstellung und Lebenssituation der KlientInnen
Erweiterung der Sichtweisen der KlientInnen
Schaffen neuer Verknüpfungen
Auflösung linearer Ursachenzuschreibungen
Verwischen alter Erklärens- und Verhaltensmuster
Erzeugung von Raum für autonome Ordnungsbildung
Ideenentwicklung für mögliche Abschlußinterventionen

Wir werden im folgenden Abschnitt Fragetypen beispielhaft erläutern, um den LeserInnen einen besseren Zugang zur Methodik zu ermöglichen:

- **Kontextfragen:**
  Jede Therapie findet unter ganz bestimmten Kontextbedingungen statt, in denen sich mehrere Systeme begegnen:
  1. Der Überweiser oder Zuweisende mit der ihn bedingenden Institution.
  2. Die KlientInnen mit Partnern, Familie, Freunden, beruflichen und anderen Vorerfahrungen.
  3. Die gewählte Institution und die darin arbeitenden BeraterInnen.

Der Kontext des Therapiewunsches ist deshalb so wichtig, weil die Wahrscheinlichkeit, daß ein Verhalten zum Problem wird, sich vergrößert, wenn weitere Personen innerhalb oder außerhalb einer Familie oder Gruppe das Verhalten ähnlich bewerten. Vor allem wenn Beobachter in Machtpositionen wie ErzieherInnen, Lehrer, Ärzte, Justiz oder Polizei hinzukommen.

Deshalb ist es wichtig, bei jeder Therapie die Kontextbedingungen zu erfragen. Wir machen dies z.B. in folgender Art und Weise:

Fragen bezüglich des Überweisungskontexts:
Wer hat das Paar zu uns überwiesen? Was hat sich der Überweisende dabei gedacht? Welche Bilder über die Stelle oder die TherapeutInnen wurden dabei vermittelt? Was wurde über die zu erwartenden Arbeitsweisen ausgesagt? Was würde der Überweiser als Therapieerfolg bewerten? Wie erklärt er das Problem?

Fragen bezüglich der KlientInnen und ihres Kontextes:
Wer hat die Entscheidung zur Therapie getroffen? Was wird als Problem angesehen? Und wer hält die Therapie überhaupt für nötig? Wie wird das Problem erklärt? Welche Zeitvorstellung hat das Paar? Der wievielte Therapeut oder die wievielte Institution sind wir? Wie viele sind vor uns gescheitert? Was unterscheidet uns in diesem Fall von den Vorgängern und gibt es etwas, was die Hoffnung des Paares berechtigt, bei uns könnte alles anders und besser werden? Wer weiß noch von der Therapie/Beratung? Was denken die anderen darüber? Wie werden diese im Falle eines Erfolges oder Mißerfolges reagieren? Wie würden diese anderen Personen überhaupt Erfolg oder Mißerfolg definieren? Gibt es hierbei Unterschiede zur Definition des Paares?

Fragen bezüglich der gewählten therapeutischen Einrichtung und der dort arbeitenden TherapeutInnen:
Bin ich Teil der medizinischen Versorgung und damit einem Krankheitsmodell verpflichtet? Gehöre ich einer Institution der sozialen Kontrolle an? An welcher Stelle des Problem- und Lösungsprozesses stehe ich? Arbeite ich in der Prophylaxe oder am Ende eines Chronifizierungsprozesses? Wie sehe ich selbst meine Aufgaben und Möglichkeiten? Welche Chancen auf Veränderungen räume ich selbst meinen KlientInnen ein? Darf ich der Zuweisung widersprechen und welche Konsequenzen hätte das? Wer bezahlt mich, und entspricht die Entlohnung meiner Selbsteinschätzung?

Auch bei diesem Tanz der beteiligten Personen und Institutionen geht es um die schlichten Fragen:
Wer ist Auftraggeber, was ist der Auftrag und wer hat welche Verantwortung?
Als TherapeutInnen müssen wir diese Fragen beantworten können. Sonst kann es sein, daß wir geheime Kunden, geheime Aufträge und geheime Auftraggeber haben.

- **Hypothetische Fragen:**
  Systeme im Engpaß erlauben sich kaum, neue Ideen zu kreieren oder nach bisher ungelebten Möglichkeiten Ausschau zu halten. Hier gilt es, neue Gedanken und andere Sichtweisen ins Spiel zu bringen.
  Angenommen, Ihre Tochter, die Sie und die behandelnden Ärzte für krank halten, wäre eine Schwarzafrikanerin; was würde den Unterschied ausmachen, was würde mehr auffallen ... Angenommen Ihre Tochter würde in einem Jahr schwanger werden und heiraten, wie würde Ihr Mann darauf reagieren? Wie würde Ihre Familie nach einer erfolgreichen Therapie aussehen? Angenommen ein Zauberer käme und das Symptom würde morgen nicht mehr auftreten, was wäre ...? wer würde ...? wie wäre ...?

- **Zirkuläre Fragen:**
  Zirkuläre Fragen können in Verbindung mit jedem anderen Fragetyp verwandt werden und schaffen eine Metaebene, die es möglich macht, andere Beobachtungsstandpunkte einzunehmen und andere Sichtweisen im Unterschied zur eigenen wahrzunehmen.

Was glaubst du, geht in deinem Bruder vor, wenn er beobachtet und zuhört, wenn sich deine Eltern streiten? Wie sehen Ihre Eltern die Beziehung zu Ihrem Mann?

- **Klatsch und Tratsch in Anwesenheit und Abwesenheit von Familienmitgliedern:**
  Jeder denkt über jeden irgend etwas, nur wird dies oft nicht mitgeteilt. Dadurch werden Unterscheidungen und individuelle Besonderheiten und Standpunkte vermieden. Hier haben wir die Möglichkeit, Gedanken positiv sanktioniert offen aussprechen zu lassen.
  Was denken Sie, was Ihr Sohn über das Verhalten seiner Schwester denkt? Wer stimmt ihm innerlich zu und wer widerspricht dieser Meinung am ehesten? Angenommen, Oma würde laut ausdrücken, was sie fühlt, was wäre das und wie würde der Schwiegersohn darauf reagieren?

Anmerkung:
Klatschen und Tratschen kann und darf jeder, es erfordert keine spezielle therapeutisch-beraterische Fähigkeit oder Ausbildung.

- **Zukunftsfragen:**
  Systeme, die Hilfe suchen, glauben sich im Engpaß, fühlen sich hilflos. Hier wird ev. zum ersten Mal darüber nachgedacht und visioniert, wie denn die Zukunft anders sein könnte oder ob überhaupt eine Zukunft existiert.
  Wie wird Ihre Familie in drei, fünf oder zehn Jahren leben? Wie wird Ihre Familie am Ende einer gelungenen Therapie miteinander umgehen? Welche Ihrer Töchter wird zuerst das Elternhaus verlassen, ev. Kinder bekommen und heiraten? Wie werden Ihre Eltern nach Ihrem Auszug das Leben gestalten?

- **Fragen nach Unterschieden:**
  Manche Systeme erscheinen so, als ob alle Mitglieder gleich wären und als ob es keine Unterschiede in der Betrachtung der Welt gäbe. In vielen Familien ist es sogar mit einem Tabu belegt, Unterschiede zu machen. So ist es hilfreich, reichhaltig nach Unterschieden zu fragen. Wir erstellen mit den KlientInnen Ranglisten, fragen nach Prozentangaben und Vergleichen im Sinne von mehr oder weniger.

Für wen ist es ein größeres Problem? Wer macht sich mehr Sorgen? Wer hat das Problem zuerst bemerkt, wer würde sich am meisten freuen, wenn ...? Wer hat den größten Einfluß? Hier ist auch auf kleinste Unterscheidungen zu achten.

- **Fragen zu Verhalten und Transaktionen:**
  Systeme, die über ihre Probleme berichten, neigen oft dazu, uns Diagnosen oder linear-kausale Beschreibungen zu liefern. Unter Auslassung bestimmter Elemente, bestimmter Personen, bestimmter Verhaltensweisen können die Betroffenen häufig selbst keine Abweichungen oder andere Vorgehensweisen wahrnehmen. Die Aussage *Das Kind näßt immer ein* läßt den Schluß zu, daß es jeden Tag, jede Woche seit Beginn seines Lebens ins Bett macht. Genauso ist es mit der Aussage *Maria ist immer zornig, immer aufsässig.*
  Fragen: *An welchen Tagen genau macht das Kind ins Bett, unter Anwesenheit welcher Personen im Haus? Wie reagiert die Mutter und die anderen Angehörigen? Wie reagiert die Mutter anders, wenn auch der Vater anwesend ist? Woran merkt die Mutter, daß Maria zornig ist? Wie könnte die Mutter das Kind dazu bringen, zornig zu reagieren? Was macht der Vater, wenn die Mutter in der geschilderten Art und Weise auf Maria reagiert?*

- **Fragen nach Bedeutungszuweisung und Interpretation:**
  Menschen geben in der Regel jedem Ereignis und Erleben eine bestimmte Bedeutung. Sie bewerten es nicht nur als gut oder schlecht, sondern differenzieren in verschiedene Richtungen und auf verschiedenen Ebenen. So denken sie z.B., *mein Mann verhält sich so abweisend, weil er mich nicht liebt.* Auf die Frage *warum* könnte man interpretieren, *daß er noch eine sehr innige Beziehung zu seiner Mutter hat.* Auf diese Art machen wir laufend innere Zuschreibungen, stiften wir Sinn. Je nachdem wie wir interpretieren, fühlen wir uns anders und zeigen ein anderes Verhalten. Theoretisch können wir unendlich viele Sinngebungen gestalten, die wiederum unterschiedliche Gefühle und Reaktionen zur Folge haben. – Wenn wir deshalb fragen: *Wie erklären Sie sich das?* fragen wir nach dem sinnstiftenden Hintergrund für ein bestimmtes Gefühl und eine bestimmte Reaktion und Handlung. Wir erhellen also den Hintergrund und gehen gewissermaßen rückwärts im inneren Verarbeitungsprozeß. Dies ist dann nicht nur für die BeraterInnen eine wichtige Information, sondern auch für die betroffenen KlientInnen eine Erweiterung des Betrachtungshorizontes.

- Alle diese Fragen entspringen einer Haltung von Interesse und Wißbegierde und regen die KlientInnen zum Nachdenken an. Sie sollen auf diese Art im Bereich der kognitiven Organisation neue Attraktoren entwickeln und finden. Das Ganze geschieht als kokreativer Prozeß, da die TherapeutInnen ebenfalls neu angeregt werden, selbst wieder andere Hypothesen zu entwickeln, so daß sie wieder neue Fragen stellen können. Dies erfolgt in einem spiralförmigen Prozeß, in dem unterschiedliche Themen ventiliert werden und sich letzten Endes ein erweitertes Bewußtsein entwickelt, das wiederum neue Handlungsoptionen ermöglicht. Die BeraterInnen zielen gewissermaßen ins Blaue, sie wissen nicht, „was sie mit dem Ballwurf treffen" wollen und wissen auch nicht, was es denn genau zu treffen gibt. Sie werfen nur so viele Bälle wie möglich in möglichst viele verschiedene Richtungen und lesen die Wirkung lediglich an den Reaktionen ab.

Zur weiteren Verdeutlichung des Gesagten zitieren wir *Maturana/Varela* :

Unsere Erörterung hat uns zu der Folgerung geführt, daß es, biologisch gesehen, in der Kommunikation keine „übertragene Information" gibt. ... Jede Person sagt, was sie sagt, und hört, was sie hört, gemäß ihrer eigenen Strukturdeterminiertheit; daß etwas gesagt wird, garantiert nicht, daß es auch gehört wird. Aus der Perspektive eines Beobachters gibt es in einer kommunikativen Interaktion immer Mehrdeutigkeit. Das Phänomen der Kommunikation hängt nicht von dem ab, was übermittelt wird, sondern von dem, was im Empfänger geschieht. Und dies hat wenig zu tun mit „übertragener Information" [10].

aus: Lenz, G., Osterhold, G., Ellebracht, H.: Erstarrte Beziehung - heilendes Chaos. Freiburg im Breisgau: Herder 1995

7. Systemisches Fragen

Fragen zu stellen ist nicht nur eine Art der Informationsgewinnung, vielmehr wird immer gleichzeitig auch Information geschaffen, *generiert*. In jeder Frage versteckt sich nämlich auch eine implizite Aussage, die die gewohnte Art, wie in der Familie die Dinge gesehen werden, potentiell verstören kann.

Wenn etwa eine Therapeutin fragt: »Ist das Symptom stärker, wenn Sie dabei sind oder Ihr Mann?«, dann steckt darin implizit das Angebot, das Symptom als Beziehungsphänomen zu sehen und nicht als individuelles Problem des Kindes. Wenn die Frage dadurch beantwortet wird, daß ein Unterschied beschrieben wird (»bei mir« oder »bei meinem Mann«), dann ist damit das implizite Angebot der Wirklichkeitsbeschreibung angenommen.

Ähnliches gilt für die Frage: »Wann hat Ihre Tochter sich entschieden, nicht mehr zu essen?« oder: »Gesetzt den Fall, Herbert hätte sich damals nicht entschieden, depressiv zu werden, wie hätte sich der Streit zwischen Ihrer Frau und Ihrer Mutter weiterentwickelt?« Jede Antwort außer einer vollständigen Verwerfung der Frage bestätigt die Implikation, daß die »Krankheit« etwas ist, das zumindest in Grenzen in der Kontrolle des »Kranken« ist. Die Frage, ob diese Art von Implikation dauerhaft von einer Familie akzeptiert wird, zeigte sich in einer empirischen Untersuchung als zentraler Punkt für die Stabilität therapeutischer Veränderungen (RETZER et al. 1989).

Therapie stellt sich auf dieser subtilen Ebene als ein *gemeinsames Ringen um Wirklichkeitsdefinitionen* dar (VON SCHLIPPE 1995b, BRAUN-BRÖNNEKE 1990).

Eine kleine Denkaufgabe hierzu (in Anlehnung an HARGENS 1996): Überlegen Sie einmal, welche Implikationen sich in den folgenden Fragen verstecken, mit denen ein Erstgespräch eröffnet werden könnte:
Seit wann besteht die Krankheit?
Weshalb sind Sie hier?
Was ist Ihr Problem?
Was können wir heute für Sie tun?
Welche Lösung möchten Sie heute erreichen?
Was sollte heute hier geschehen, damit Sie nachher zufrieden nach Hause gehen?

Der genauere Blick auf die scheinbar harmlose Methode des Fragens zeigt, daß es sich um eine Form der Intervention handelt, die nicht unterschätzt werden sollte. Entsprechend dem kommunikationstheoretischen Axiom, daß man »nicht nicht kommunizieren« kann (WATZLAWICK et al. 1969), ist es unmöglich, Fragen zu stellen, ohne damit zugleich bei den befragten Personen eigene Ideen anzustoßen. SCHMIDT (1985) beschreibt entsprechend die systemische Therapie auch als eine Form der Hypnotherapie: Durch die Fragen werden implizite Botschaften übermittelt, derer man sich als Therapeut bewußt sein muss.

Kriterien für eindeutig definierte Ziele
(WALTER u. PELLER 1994, S. 82)

Kriterium	*Schlüsselwort*	*Musterfrage*
1. positiv	»statt dessen«	»Was werden Sie statt dessen tun?«
2. prozeßhaft	»wie«, Verbform	»Wie werden Sie das tun?«
3. Hier und Jetzt	auf dem Weg sein	»Wenn Sie heute aus der Sitzung herausgehen und auf dem Weg zu Ihrem Ziel sind, was werden Sie anders machen, oder wie anders werden Sie anders zu sich sprechen?«
4. So spezifisch wie möglich	»spezifisch«	»Wie werden Sie das im einzelnen tun?«
5. Im Kontrollbereich der Klientin	»Sie«	»Was werden Sie tun, wenn das eintritt?«
6. In der Sprache der Klientin	Worte der Klientin verwenden	

Externalisierungsfragen
- Wie wirkt das Problem auf dein Leben ein?
- Wie hat es dein Selbstbild beeinflußt?
- Wie deine persönlichen Beziehungen?
- Welche Einflüsse haben diese Sichtweisen auf dein Leben allgemein und auf den Umgang mit anderen Menschen im besonderen?
- Wie bist du in diese Sichtweise eingeführt worden? Wodurch hast du dich zu dieser Sichtweise einladen/verführen lassen?
- Bist du denn überhaupt damit einverstanden, daß diese Geschichten dein heutiges Leben bestimmen und beeinflussen?
- Welche Erfahrungen widersprechen diesen Geschichten? Wo gibt es Ausnahmen?
- Historisierung: »Wenn ich als Zuschauer damals dein Leben mitverfolgt hätte, was könnte ich erlebt haben, das mir erklären könnte, wie du zu dem fähig warst, was du da geschafft hast (= die Ausnahme)?« oder: »Wer von all den Personen, die dich als jungen Menschen gekannt haben, wäre am wenigsten erstaunt darüber, daß du zu diesem Schritt fähig warst, dich den Problemen entgegenzustellen, die dir das Leben schwermachen?

(nach: WHITE 1992, S. 52ff)

Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion

– Fragen, die aktuelle Beziehungsmuster deutlich machen –

1. Fragen zum Auftragskontext

1) Den Überweisungskontext erfragen:

- ▷ Wer hatte die Idee zu diesem Kontakt?
- ▷ Was möchte er/sie, was hier passieren soll?
- ▷ Warum gerade dieser Klient, warum gerade zu mir, warum gerade jetzt?

2) Die Erwartungen erfragen:

- ▷ Wer will hier was von wem (von mir, von uns)?
- ▷ Wer ist optimistisch, wer skeptisch?
- ▷ Was müßte ich (müßten wir) tun, um die Erwartungen zu erfüllen?
- ▷ Was müßte ich (müßten wir) tun, damit es ein Mißerfolg wird?

2. Fragen zum Problemkontext

1) »Das Problempaket aufpacken«:

- ▷ Aus welchen Verhaltensweisen besteht das Problem?
- ▷ Wem wird dieses Problemverhalten gezeigt, wem nicht?
- ▷ Wo wird es gezeigt, wo nicht?
- ▷ Wann wird es gezeigt, wann nicht?
- ▷ Woran würden Sie erkennen, daß es gelöst ist?

2) Die Beschreibungen rund ums Problem erfragen

- ▷ Wer hat es zuerst als Problem bezeichnet?
- ▷ Wer würde am ehesten bestreiten, daß es sich überhaupt um ein Problem handelt?
- ▷ Was genau meint Dr. X, wenn er/sie sagt »verhaltensgestört«?

3) Den »Tanz um das Problem« erfragen:

- ▷ Wer reagiert am meisten auf das Problemverhalten, wer weniger? Wen stört es, wen nicht?
- ▷ Wie reagieren welche anderen darauf?
- ▷ Wie reagiert das »Problemkind« auf die Reaktionen der anderen?
- ▷ Wie reagieren die anderen auf die Reaktionen es »Problemkindes«? (bis ein Kreislauf deutlich wird)

4) Erklärungen für das Problem erfragen:

- ▷ Wie erklären Sie sich, daß das Problem entstanden ist, wie daß es dann und dann auftritt und dann und dann nicht? Welche Folgen haben diese Erklärungen?

5) Bedeutung des Problems für die Beziehungen erfragen:

- ▷ Was hat sich in den Beziehungen verändert, als das Problem begann?
- ▷ Was würde sich in den Beziehungen verändern, wenn das Problem wieder aufhören würde?

Fragen zur Möglichkeitskonstruktion

– Fragen, die bisher noch nicht verwirklichte Beziehungsmöglichkeiten durchspielen –

1. Lösungsorientierte Fragen (»Verbesserungsfragen«)

1) Fragen nach Ausnahmen vom Problem:

- ▷ Wie oft (wie lange, wann) ist das Problem nicht aufgetreten?
- ▷ Was haben Sie und andere in diesen Zeiten anders gemacht?
- ▷ Wie haben Sie es geschafft, in diesen Zeiten das Problem nicht auftreten zu lassen?

2) Fragen nach Ressourcen:

- ▷ Was möchten Sie in Ihrem Leben gern bewahren, wie es ist?
- ▷ Was machen Sie gern, gut?
- ▷ Was müßten Sie tun, um mehr davon zu machen?

3) Die Wunderfrage:

- ▷ Wenn das Problem plötzlich weg wäre (weil eine Fee Sie geküßt hat, nach einer Operation, durch Gottes Wirken oder aus sonstigen Gründen):
- ▷ Was würden Sie am Morgen danach als Erstes anders machen? Was danach?
- ▷ Wer wäre am meisten überrascht davon?
- ▷ Was würden Sie am meisten vermissen in ihrem Leben, wenn das Problem plötzlich weg wäre?

2. Problemorientierte Fragen (»Verschlimmerungsfragen«)

- ▷ Was müßten Sie tun, um Ihr Problem zu behalten oder zu verewigen oder zu verschlimmern? Was könnte ich/könnten wir tun, um Sie dabei zu unterstützen?
- ▷ Wie könnten Sie sich so richtig unglücklich machen, wenn Sie dies wollten?
- ▷ Wie könnten die anderen Sie dabei unterstützen? Wie könnten die anderen Sie dazu einladen, es sich schlechtgehen zu lassen?

3. Kombination lösungsorientierter und problemorientierter Fragen

1) Fragen nach dem Nutzen, das Problem (vorläufig) noch zu behalten:

- ▷ Wofür wäre es gut, das Problem noch eine Weile zu behalten oder es gelegentlich noch einmal einzuladen?
- ▷ Was würde schlechter, wenn das Problem weg wäre?

2) Zukunfts-Zeitpläne:

- ▷ Wie lange werden Sie Ihrem Problem noch einen Platz in Ihrer Wohnung gewähren? Wann werden Sie es vor die Tür setzen? Wie lange wäre es dafür noch zu früh?

3) Fragen nach einem »bewußten Rückfall«

- ▷ Wenn Sie Ihr Problem schon längst verabschiedet hätten, es aber noch einmal »einladen« wollten: Wie könnten Sie das tun?

4) »Als-ob«-Fragen

- ▷ Wenn Sie gegenüber anderen nur so tun wollten, als ob Ihr Problem wieder zurückgekehrt wäre, ohne daß es da ist, wie müßten Sie sich verhalten?
- ▷ Würden die anderen erkennen, ob Ihr Problem tatsächlich wieder da ist, oder ob Sie nur so tun, als ob?

aus: Arist von Schlippe / Jochen Schweitzer: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1999

Carl Auer Systeme Verlag
S. 270 - 274

Zirkuläres Fragen
Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch
Fritz B. Simon
Christel Rech-Simon

18. Frageprinzipien und Fragetypen

Will man eine Typologie möglicher Fragen erstellen, so erscheint es am nützlichsten, allgemeine Prinzipien anzugeben, die dann jeweils mit konkreten Inhalten gefüllt werden können. Dies dürfte auch deshalb besser sein, als konkrete Fragen und Formulierungen vorzugeben, weil jede Frage dem Kontext der aktuellen Konversation an- und eingepaßt werden muß. Sie muß passen, und das tun Standardfragen eben meistens nicht. Doch mit Hilfe der in der nächsten Checkliste aufgeführten Fragetypen lassen sich vom Interviewer Fragen zu nahezu allen denkbaren Themen konstruieren.

Allgemeine Prinzipien

a) Unterschiede erfragen

Ohne Unterscheidung keine Information. Wird irgendein Begriff zur Beschreibung einer Situation oder eines Zustands (z. B. eines Problems) verwendet, so kann seine Bedeutung am ehesten dadurch geklärt werden, daß nach den beobachtbaren Merkmalen der Unterscheidung gefragt wird. Woran ist der genannte Zustand zu erkennen, an welchem Merkmal? Alternativ dazu kann auch nach der Negation, d. h. der anderen Seite der Unterscheidung gefragt werden. Welches Merkmal fehlt dann? Woran wäre ein Zustand zu erkennen, dem das genannte definierende Merkmal fehlt? Welches ist das Merkmal bzw. sind die Merkmale der Unterscheidung?

b) Die Unterscheidung zwischen Beschreiben, Erklären und Bewerten

Am sinnvollsten hat sich in der Praxis erwiesen, in seinen Fragen die möglichst deutungs- und wertfreie Beschreibung von Phänomenen von ihrer Erklärung und ihrer Bewertung zu trennen. Phänomene lassen sich im allgemeinen auf vielfältige Weise erklären. Wie sie erklärt werden, verändert ihre Bewertung, und ihre Bewertung verändert ihre Erklärung, und beides entscheidet, ob ein Phänomen überhaupt wahrgenommen wird usw.

Wenn es um Handlungkonsequenzen geht, so kommt Erklärungen und Bewertungen eine zentrale Rolle zu. Werden sie verändert, so ändern sich auch die Muster der Interaktion und Kommunikation.

c) „Verflüssigung" von Eigenschaften

1. Schritt: Übersetzen in Verhalten

Individuelle, statische „Eigenschaften" sind Zuschreibungen und Verdinglichungen, die aus individuellen, wiederholten Verhaltensmustern abgeleitet worden sind. Es gilt, sie durch die Art des Fragens wieder in die Verhaltensdimension zurückzuübersetzen.

Welche Verhaltensweisen muß z. B. der Vater zeigen, um als „Weichei" von sich selbst/anderen angesehen zu werden? Wie verhält sich die Mutter, wenn alle sie als „depressiv" beschreiben würden?

2. Schritt: Interaktionelle und zeitliche Rekontextualisierung

Verhaltensweisen wird kontextabhängig eine unterschiedliche Bedeutung zugeschrieben. Die Absolutheit vermeintlicher Eigenschaften kann dadurch in Frage gestellt werden, daß sie – bzw. das Verhalten, durch das sie sich „zeigen" – in ihren interaktionellen Kontext gestellt werden. Dazu gehören Fragen nach dem Effekt des Verhaltens.

Was geschieht, wenn ein bestimmtes (z. B. als problematisch erachtetes) Verhalten gezeigt wird? In welchen Situationen wird es wie stark gezeigt? Wer ist dabei? Wer reagiert wie? Was geschieht davor? Wie ist die zeitliche Abfolge der Interaktion? Wie sind die Interaktionsepisoden gestaltet?

d) Opfer zu Tätern: Verdeutlichung gegenseitigen Bedingens

Durch bestimmte Formen der Fragestellung wird eine zirkuläre, gegenseitige Bedingtheit des Verhaltens vorausgesetzt bzw. konkret erfragt. Jeder der Teilnehmer an der Interaktion wird als Handelnder vorausgesetzt, wodurch Täter- und Opferrollen mitsamt ihren geradlinig-kausalen Prämissen in Frage gestellt werden. Jeder ist verantwortlich für die Handlungen aller anderen.

Frage: *Wenn Sie wollten, daß Ihre Mutter genau das tut, worüber Sie sich jetzt beklagen, wie könnten Sie es erreichen?* Antwort: *Ich müßte x tun.* Frage an die Mutter: *Wenn Sie wollten, daß Ihr Sohn x tut, wie könnten Sie das schaffen?* usw.

e) Einführung einer zeitlichen Dimension

Die Relativierung von Statik und Verdinglichung durch Einführung einer zeitlichen Perspektive. Es werden Änderungen in der Vergangenheit ebenso wie mögliche Änderungen in der Zukunft abgefragt. Implikation solcher Fragen ist, daß Änderung möglich und wahrscheinlich ist.

Wann hat die Situation xy begonnen? Wie lange wird sie noch dauern?

f) Klärung individueller und familiärer Werte

Fragen zu Übereinstimmungen und Unterscheidungen hinsichtlich der basalen familiären und evtl. gesellschaftlich-kulturellen Werte.

Wem ist die Autonomie des Individuums/das Wohl der anderen am wichtigsten? Wenn es Konflikte zwischen diesen Werten gäbe, wer würde sich für was entscheiden usw.? Was ist es, was die Familie XY am meisten von den anderen abhebt?

g) Mythen, Geschichten und Theorien

Da Menschen in Geschichten denken, eröffnet der Zugang zu den Geschichten, welche die gemeinsamen Deutungsschemata der Familie bilden, die Möglichkeit, besser zu verstehen, welche Bedeutungen dem Verhalten aller Beteiligten zugeschrieben wird.

Welche Mythen und Geschichten werden in der Familie erzählt? Über die Vergangenheit, die Gegenwart, die Zukunft? Welches sind die in den Geschichten impliziten Erklärungen für die beobachtbaren Phänomene? Gibt es anerkannte/umstrittene/konkurrierende Theorien zur Erklärung der Geschehnisse? Wie glaubt man, die angestrebten Ziele am besten erreichen zu können?

Spezielle Fragetypen

a) Subsysteme und Koalitionen

Welches sind die gegenwärtigen Bündnisse und Allianzen? Wer macht was mit wem wann? Welche unterschiedlichen Spielregeln gibt es in unterschiedlichen Beziehungen? Welche Personen haben übereinstimmende/gegensätzliche Ziele, Meinungen usw.? Wie durchlässig oder verschlossen sind die Generationsgrenzen? Sind Koalitionen und Allianzen zuverlässig und berechenbar oder wechselnd? Gibt es erkennbare Kriterien des Wechsels?

b) Triaden – Einführung der Außenperspektive

Eine Person wird jeweils über die Beziehung zweier oder mehrerer anderer gefragt. *Wie sieht die Interaktion und Kommunikation von A und B aus der Perspektive von C aus? Was macht wer wann ?* usw.

c) Rangfolgen

Die Einstufung von Akteuren in einer Hierarchie, d. h. die Bildung einer Art von Hitparade. *Wer würde als erster ..., wer zuletzt ...? Wenn man eine Rangfolge in bezug auf ... erstellen wollte, wer käme an erster Stelle, zweiter Stelle ... letzter Stelle?*

d) Qualitative und quantitative Differenzierungen

Fragen nach Unterschieden in bezug auf Qualität und Quantität. *Ist es eher so oder eher so? Mehr oder weniger? Häufiger/seltener? Besser/schlechter?*

In diese Fragekategorie gehören auch Skalierungen. *Wenn Sie den augenblicklichen Zustand in einer Skala von 0 bis 10 bewerten müßten – 0 bedeutet optimal, 10 bedeutet so schlecht wie nur denkbar –, welche Zahl würden Sie angeben? Wenn Sie Schulnoten von 1–6 für ... geben sollten, welche Note hätten Sie am Anfang der Therapie gegeben, welche würden sie jetzt geben, welche soll noch erreicht werden?*

e) Übereinstimmungen und Nichtübereinstimmungen

Wer stimmt mit wem bzw. wessen Sichtweisen überein/nicht überein? Wer sieht es gerade entgegengesetzt? Wer ist unentschieden zwischen den verschiedenen Positionen?

f) Veränderungen

Welche außerfamiliären Veränderungen (Arbeit, Schule, Bekannte) lassen sich mit innerfamiliären Veränderungen zeitlich verknüpfen? Welche biologischen Veränderungen (Pubertät, Krankheiten, Unfälle, Alterserscheinungen usw.) bei einzelnen Familienmitgliedern lassen sich mit kommunikativen familiären Veränderungen in Zusammenhang bringen?

g) Anpassungsfunktionen des Status quo

Auch wenn Veränderungswünsche und -aufträge an den Therapeuten gerichtet werden, ist es wichtig, sich über die funktionellen Aspekte des Status quo klar zu werden. *Was ist gut an der Situation, wie sie gerade ist? Was sollte sich auf jeden Fall nicht ändern?*

h) Hypothetische Fragen

Gedankenexperimente sind ein gutes Verfahren, den Möglichkeitssinn zu nutzen, Optionen durchzuspielen, die Wirkung einzelner Veränderungen zu erproben. Durch hypothetische Fragen lassen sich Interviewpartner in mögliche alternative Welten führen, sei es in der Vergangenheit, sei es in der Zukunft.

Aus diesem Repertoire von Fragetypen lassen sich individuell zugeschnitten und paßgenau die Fragen zusammenschneidern, die nicht nur dem Informationsbedürfnis des Interviewers entsprechen, sondern ihm auch noch die Möglichkeit eröffnen, Ideen bei seinen Gesprächspartnern zu streuen. Denn es sollte niemals vergessen werden, daß jede Frage – auch die am harmlosesten erscheinende – einen suggestiven Gehalt hat und bestimmte Voranmahmen transportiert. Hier liegt der interventive Gehalt des Fragens.

Zirkuläres Fragen

1. Kurze Beschreibung der Methode

Zirkuläre Fragen wurden in der systemtherapeutischen Praxis entwickelt und werden dort heute erfolgreich eingesetzt, um zirkuläre Prozesse in Beziehungssystemen aufzudecken und starre Kommunikations- und Interaktionsmuster, die Konflikte innerhalb des Systems verursachen, durch eine gezielte Einnahme von unterschiedlichen Beobachterpositionen und Perspektivwechseln zu verflüssigen. Der Fragende (der Therapeut oder übertragen auf Lehr- und Lernprozesse z.B. der Lehrende) eröffnet den Beteiligten durch seine triadische Frageweise Möglichkeiten, sich in andere Positionen hinein zu versetzen und sich dabei auf einen Perspektivenwechsel innerhalb des Systems einzulassen. Die triadische Frageweise provoziert ein „Mutmaßen im Beisein der Anderen", denn die Beteiligten werden angeregt, ihre Vermutungen über Wünsche, Bedürfnisse, Meinungen, Beziehungen usw. anderer Beteiligter zu äußern. Im wechselseitigen Bezug aufeinander werden neue Denkprozesse eingeleitet und Veränderungen möglich.

2. Primäre und sekundäre Quellen

2.1 Primäre Quellen

Das Zirkuläre Fragen ist Bestandteil der systemischen Sichtweise. Die Methode des Zirkulären Fragens geht dabei hauptsächlich auf die sogenannte „Mailänder Schule" zurück. Im Jahre 1967 gründete sich in Italien eine Arbeitsgemeinschaft aus acht Psychologen und Psychoanalytikern. Sie bildeten zusammen das „*Centro per lo Studio della Famiglia e delle tecniche di Gruppo*", eine Einrichtung, die sich zunächst auf die Behandlung von Paaren und Familien auf psychoanalytischer Basis spezialisierte. Zu dieser Gruppe gehörten u. a. Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscoclo, Gianfranco Cecchin und Giuliana Prata, die sich 1971 von der ursprünglichen Gruppe abspalteten. Ziel der Gruppe war es, in Zukunft verstärkt mit einem mehr kommunikationstheoretischen Ansatz zu arbeiten, statt bei den tradierten Positionen der Psychoanalyse zu verbleiben. Inspiriert u. a. von Batesons Kybernetik und Watzlawicks Kommunikationstheorie entwickelten sie die Methode des Zirkulären Fragens für ihre Arbeit mit Familien.
Als eine der wichtigsten Publikationen ihrer Zeit veröffentlichten sie „Paradoxon und Gegenparadoxon", sowie den Artikel „Hypothetisieren – Zirkularität – Neutralität". Auch heute noch gehört letzterer zu den bedeutendsten Grundlagen der Systemtheorie.

Palazzoli, M.S. u.a.: Paradoxon und Gegenparadoxon. 11.Auflage Stuttgart (Klett-Cotta) 2003
Kommentar: Darstellung des Mailänder Ansatzes. Nicht nur das zirkuläre Fragen wird erläutert, sondern insbesondere auch die Technik der paradoxen Intervention. Heute wird in der systemischen Arbeit allerdings von vielen Positionen die Machtposition, die Therapeuten bei solchen Interventionen einnehmen, deutlicher problematisiert.

© Reich, K. (Hg.): Methodenpool. In: URL: http://methodenpool.uni-koeln.de 2008 ff

Selvini Palazzoli, Mara; Boscolo, Luigi; Cecchin, Gianfranco & Prata, Giuliana (1981): Hypothetisieren - Zirkularität – Neutralität. In: Familiendynamik, 6: 123-139

2.2 Sekundäre Quellen

Reich, K.: Systemisch- konstruktivistische Pädagogik. Einführung in Grundlagen einer interaktionistisch-konstruktivistischen Pädagogik. 5. Aufl. Neuwied 2005 Luchterhand.
Kommentar: Auf eine umfassende Einführung in die systemisch-konstruktivistische Denkweise folgen Kurzdarstellungen von entsprechenden Methoden sowie ihre Übertragung auf pädagogische Kontexte. In Kapitel 10: Systemische Methoden. Was Pädagogen von der systemischen Beratung lernen können. S. 236-242 wird die Methode des Zirkulären Fragens gesondert beschrieben. Das Buch eignet sich gut für den Einstieg in die Thematik und setzt Impulse zur Übertragung.

von Schlippe, A. und Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10.Aufl. Göttingen 2007 Vandenhoeck und Ruprecht.
Kommentar: Umfassendes Werk zur Einführung und Vertiefung der Systemtheorie und der therapeutischen Praxis. In Kapitel 7: Systemisches Fragen, S. 137-163 werden Theorie und Praxis der Methode umfassend und anschaulich bearbeitet. Sehr empfehlenswert!

Simon, F. B. und Rech-Simon, C.: Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch. 7. Aufl. Bonn 2006, VG Bild-Kunst.
Kommentar: Mehrere Niederschriften unterschiedlicher Therapiesitzungen geben einen Einblick in die systemtherapeutische Praxis unter dem Fokus des zirkulären Fragens und werden angereichert mit Erläuterungen zur systemischen Arbeit. Sehr empfehlenswert!

Pisarsky, B.: Mara Selvini Palazzoli – ein Nachruf. Aus: Zeitschrift für systemische Therapie. 17. Jg. Heft 4 1999.
Kommentar: Kurze Biographie Mara Selvini Palazzolis.

Palmowski, W. und Thöne, E.: Zirkuläres Fragen – Was war das noch?. Aus: Zeitschrift für systemische Therapie. 13. Jg. Heft 2 1995.
Kommentar: Kurze Abhandlung über die Theorie des Zirkulären Fragens. Eignet sich gut für Einsteiger.

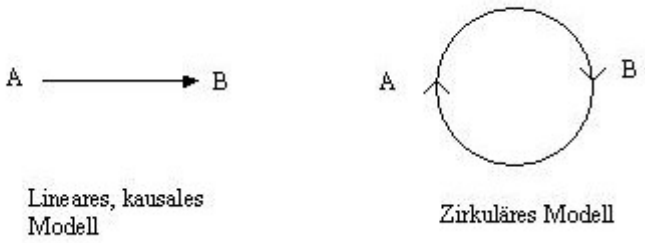
Moghadam, T.: Systemische Krisenintervention in der Mädchenarbeit. Aus: Sozialmagazin. 28.Jg. Heft 3 2003
Kommentar: Beispiel für den Einsatz Zirkulären Fragens in der sozialpädagogischen Arbeit.

http://www.efb-stupa.de/service/handouts/hdlg_2006-06-12_a.pdf (vom 1.12.07)
Kommentar: Guter Überblick über Zirkuläre Fragetechniken mit einem Fallbeispiel

www.lifeskills.at/Interventionen.pdf (vom 3.12.07)
Kommentar: Beispiel zu den verschiedenen Möglichkeiten des zirkulären Fragens

3. Theoretische und praktische Begründung

Reich (Konstruktivistische Didaktik. Lehren und Lernen aus interaktionistischer Sicht. Neuwied 2006, 298 f.) gibt folgende Definition von Zirkularität:
„In Beziehungen gelten keine eindeutigen und strikten Kausalbezüge, die linear ein Verhalten festlegen oder Kommunikation beschreiben können. Das Verhalten eines jeden Elements in einem zirkulären System ist durch Rückkopplung bedingt. Wenn sich auch technische Regelkreise nicht auf menschliches Verhalten direkt beziehen lassen, da sie nur einfache Wechselwirkungen beschreiben, so kann man dennoch die Metapher des *Feedback* aufnehmen und auf menschliche Kommunikation anwenden. Dies betrifft insbesondere die Erweiterung einer bloß kausalen Wenn-dann-Beziehung hin zu einer zirkulären: Jede kommunikative Äußerung wird in einer Kommunikation Anlass für andere Äußerungen, die dann, wenn sie zum Kommunikator zurückkehren, wieder Anlass für neue Äußerungen werden. Jede Äußerung birgt eine potenzielle Anregung oder auch Verstörung des Systems in sich. Dies ist für menschliche Kommunikation typisch. Lineare Wenn-dann-Zuschreibungen sind für kommunikative Prozesse immer zu einfach. Menschen sind keine Planetensysteme, die nach klar zu bezeichnenden Regeln um sich kreisen und vorausberechnet werden können. Eine zirkuläre Sichtweise hilft, die Verwobenheit von interaktiven Bezügen anzuerkennen ...In einer zirkulären Haltung stehen wir *möglichen* Ursachen und Wirkungen offener gegenüber als in einer bloß kausalen Suche. Wir betrachten zirkulär vor allem die Unterschiedlichkeit der individuellen Erfahrungen und Erlebnisse, die wir kommunikativ austauschen, um ein tieferes, weites Bild über uns und unsere Interaktionen zu erhalten.“
Sowohl in der systemischen Therapie als auch in der konstruktivistischen Didaktik spielt eine Öffnung zu den Beziehungen, damit auch zur Zirkularität eine entscheidende Rolle. Man geht grundlegend davon aus: „Menschen denken ständig über andere nach und darüber, was andere über sie denken und was andere denken, dass sie über andere denken usw. Man fragt sich, was nun in den anderen vorgehe, man wünscht oder fürchtet, dass andere Leute wissen könnten, was in einem selbst vorgeht“ (Laing u.a.: Interpersonelle Wahrnehmung. Frankfurt a.M., Suhrkamp 1971, 37).
Die systemische Therapie und Beratung beschäftigt sich hauptsächlich mit der Deutung von Beziehungswirklichkeiten in einem interaktionistischen System, z. B. der Familie. Weg von dem kausalen/linearen Ursache-Wirkungs-Modell, das einfache lineare Handlungsketten beschreibt, versucht die Systemtherapie Prozesse und Systeme in ihrer ganzen Komplexität zu erfassen. In dieser systemischen Sichtweise werden Ursachen und Wirkungen von menschlichem Verhalten zirkulär aufgefasst.



Lineares, kausales Modell

Zirkuläres Modell

Dabei wird u.a. auch das Täter-Opfer-Prinzip aufgebrochen. Viele Menschen erklären ihre Aktionen als Reaktionen auf das Verhalten anderer. Damit schieben sie jegliche Verantwortung und Schuld von sich. Das führt aber auch zu einem Ohnmachtgefühl. Scheinbar unfähig, in Situationen eingreifen zu können, da der andere als Ursache ihres Verhaltens angesehen wird und Macht über die Situation zu haben scheint, sehen sie sich in

der Opferrolle. Die fehlenden Handlungsoptionen führen zu einer Stagnation und gleichzeitig zu einer Stabilisierung des vorhandenen Interaktionsmusters.
Aber alle menschlichen Regungen, wie z. B. Verhaltensweisen, Symptome, unterschiedliche Formen von Gefühlsausdrücken usw., können sowohl als im Menschen ablaufende Ereignisse als auch als Ausdruck von wechselseitigen Beziehungsdefinitionen betrachtet werden. D.h., jede menschliche Regung ist immer auch eine Botschaft von jemandem an jemanden: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick u.a.).
Betrachtet man nun beispielsweise als Außenstehender eine Familie zirkulär, so wird deutlich, dass jeder die Bedingungen für das Verhalten aller anderen mitbestimmt. In manchen Fällen bestimmt zwar einer die Bedingungen mehr als umgekehrt, trotzdem kann man diese Tatsache aber nicht auf eine berechenbare Ursache-Wirkungs-Beziehung reduzieren. Verhalten ist zugleich verursacht und verursachend. Dabei findet eine Entwicklung statt, die immer rückbezüglich/rekursiv ist. Diesen dynamischen Vorgang kann man sich bildlich als Spirale vorstellen, die sich stetig fortsetzt.
Deckt man nun die Zirkularität auf und macht sie allen Beteiligten sichtbar, so schafft man neue Möglichkeiten der Beurteilung und daraus folgend neue Handlungsmöglichkeiten. Das bedeutet, es wird „neue Information im System“ (Schlippe/Schweitzer 1998, 141) gestreut, durch die bei allen Beteiligten neue Sichtweisen und Denkprozesse angeregt werden. Alte, oft eingefahrene Denkmuster können aufgebrochen und neue Lösungswege für Probleme beschritten werden.
Methodisch wird dies durch das Zirkuläre Fragen besonders gefördert, ein Frageverhalten, das nie direkt ist, sondern eine Außenperspektive erfragt, die neue Sichtweisen in einen Beziehungskontext einführt.

4. Darstellung der Methode

4.1 Funktion und Ziele des Zirkulären Fragens

„Ein Symptom, ein Problem, eine Krankheit sind keine Dinge, sondern Prozesse, gebildet durch Handlungen und Kommunikationen verschiedener Personen.“ (Schlippe/Schweitzer 1998, 141).
Jedes Verhalten innerhalb eines Systems hat einen Sinn. Dieser Sinn wird in Bezug auf die wechselseitigen Beziehungsmuster innerhalb des Systems verstehbar. Jedes Verhalten ist nach Schlippe und Schweitzer im sozialen System als kommunikatives Angebot zu sehen.

Zielgruppe des zirkulären Befragens in der Therapiesituation:

Kunde, Klient, Klagender

Die Unterscheidung zwischen Besucher, Klagender und Kunde in der Therapie geht auf den Ansatz der lösungsorientierten Kurzzeittherapie von Steve de Shazer zurück.
Bei ihm werden die Klienten zuerst einmal einer Kategorie zugeordnet. Dies bestimmt das weitere Vorgehen des Therapeuten.
Unter **Besucher** (Visitors) versteht de Shazer Menschen die oftmals nicht freiwillig kommen und bei denen keine expliziten Beschwerden vorliegen sowie keine Veränderungserwartungen/kein Veränderungsauftrag. Im Falle des Besuchers werden nur Komplimente

gemacht, die bisherigen Lösungen positiv bewertet und ansonsten weder eine weitergehende Therapie noch Aufgaben angeboten.
Die zweite Kategorie sind die Klagenden (Complainer). Als **Klagende** werden Personen bezeichnet, die Beschwerden haben, jedoch die Schuld und Lösung bei anderen Menschen suchen. Das heißt die Veränderung wird von anderen erwartet und nicht bei ihnen selbst gesucht. In der Therapie werden vorwiegend Verhaltens- und Denkaufgaben gestellt.
Als letzte Kategorie gibt es den **Kunden** (Customer). Dies ist letztendlich die Gruppe mit der der Therapeut arbeiten kann, denn dies sind Personen, die Beschwerden haben, jedoch auch ein ungefähres Bild darüber besitzen, wie sie aktiv etwas dagegen tun können. Als Kunden werden Menschen angesehen, bei denen es einen Veränderungskontrakt gibt. Sie erhalten vom Therapeuten neben Beobachtungsaufgaben auch Veränderungsaufgaben.
Natürlich ist eine Einteilung in diese Kategorien nicht immer ganz leicht und klar vorzunehmen und gerade zwischen Klagendem und Kunden kann es in der Einschätzung Unklarheiten geben. Kommt es zu solchen Unklarheiten, wird der Klient erst einmal vorsichtig als Klagender eingeordnet. Es ist danach jedoch durchaus möglich, dass aus dem Klagenden ein Kunde wird. Dies kann sich als Resultat aus dem Erstgespräch ergeben und/oder seiner Beobachtungsaufgabe.
Insgesamt gesehen ist das Konzept von Steve de Shazer sehr kundenorientiert. Dieser Begriff kommt ursprünglich aus der Wirtschaft, doch er lässt sich in diesem Zusammenhang sehr gut verwenden, denn hier soll das Angebot genau auf die Nachfrage des Kunden abgestimmt sein. Der Ansatz der Kurzzeittherapie geht auch davon aus, dass es im Grunde der Klient selbst ist, der am besten weiß, wie er sich helfen kann, da er seine Situation am besten kennt. Er ist demnach ‚Kundiger' seiner Beschwerden. In diesem Kunden-Therapeutenverhältnis macht der Therapeut also nichts anderes, als dem Kunden genau das anzubieten, was dieser subjektiv haben möchte und nicht das, was er nach Meinung der Fachleute braucht. Er richtet sich zumindest in einem gewissen Erwartungshorizont nach dem subjektiven Bedarf des Klienten. Offensichtlich ist allerdings, dass dies bestimmte psychische Leiden ausschließt, denn der Kunde wird als selbstverantwortlich für seine Handlungen interpretiert werden müssen. Ist diese grundlegende Situation zwischen Therapeut und Klient geklärt, kann man das weitere Vorgehen planen (vgl. Schlippe/Schweißer, Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 125, und Steve de Shazer: Der Dreh).

Ziele des zirkulären Befragens in der Therapiesituation sind:

1. Informationen über den Kommunikationskontext zu sammeln,
2. Kommunikationsangebote für alle Beteiligten sichtbar und in ihrem Sinn durchschaubar zu machen,
3. festgefahrene Kommunikations- und Verhaltensmuster sowie Beziehungs-konstellationen zu stören,
4. Ideen für neue Deutungsmuster und Handlungsoptionen zu streuen.

Dazu muss durch die Frageweise des Therapeuten eine Erweiterung der Perspektive oder ein Perspektivenwechsel aller Beteiligten initiiert werden. Der Beobachterstandort soll so verschoben werden, dass der Befragte lediglich über persönliche Mutmaßungen, Beobachtungen und Deutungen zu bestimmten Kommunikationsmustern anderer und deren Funktionen im System Auskunft gibt. Dies geschieht in deren Beisein, so dass entgegen den gewohnten Benimmregeln über diejenigen, die sich mit im Raum befinden, „getratscht" wird.

Beispiel: Person A ist verärgert. Sie könnte nun von einem Anwesenden nach dem Grund für ihren Ärger befragt werden (lineare Sichtweise). Damit würde aber nur ihre eigene Sicht

dargestellt werden. Person B sieht, dass A sich ärgert, A weiß, dass B ihr Gefühl wahrnimmt. Der Fragesteller könnte, um diesen kommunikativen Aspekt zu verdeutlichen, A danach fragen, was sie denkt, was ihr Ärger für B bedeutet. Gibt es dazu noch eine Person C, so kann der Fragesteller diese fragen, was sie denkt, was der Ärger von A bei B auslöst. Auf diese Weise erhält A Informationen über die mögliche Bedeutung ihres Ärgers für B, B erhält Informationen über die mögliche Intention von A und A und B erhalten eine Rückmeldung über ihre Beziehung aus der Sicht von C.

Wie aus dem Beispiel ersichtlich ist, hat das zirkuläre Fragen hier einen triadischen Charakter. Deutlich wird dabei, wie viele zusätzliche Informationen, die neue Sichtweisen und Denkprozesse bei allen Beteiligten anregen können, durch das zirkuläre Fragen offengelegt werden. Unter Berücksichtigung der Zirkularität haben sich in der therapeutischen Praxis verschiedene Fragetechniken und -formen herauskristallisiert, die im Folgenden genauer dargestellt werden. Sie lassen sich gut auch auf andere, z.B. pädagogische Kontexte, übertragen, wobei allerdings bewusst bleiben muss, dass sie dann nicht für einen therapeutischen Prozess genutzt werden, sondern allein einer Perspektivenerweiterung und kommunikativen Zwecken dienen sollten.

4.2 Fragetechniken und Frageformen des Zirkulären Fragens

Die im Folgenden aufgeführten Fragetypen für die therapeutische Praxis sollen nicht als Standardfragen gehandhabt werden, sondern als Leitfaden zur Verdeutlichung von allgemeinen Prinzipien des zirkulären Fragens gesehen werden. Mit welchen konkreten Inhalten diese allgemeinen Prinzipien dann gefüllt werden, hängt vom Kontext der aktuellen Konversation ab.
Es gibt verschiedene Versuche, zirkuläre Fragen zu klassifizieren und zu ordnen. Einige unterscheiden sich nach der Form, andere nach den Zielsetzungen und wieder andere nach den Inhalten der Fragen. Der triadische Charakter zieht sich hierbei durch fast alle Fragetypen. Stellvertretend wird hier die Kategorisierung nach Schlippe und Schweitzer ergänzt durch Simon vorgestellt und durch Beispiele erläutert.

4.2.1 Fragen nach Unterschieden

Phänomene lassen sich leichter beschreiben, wenn man sie von anderen abgrenzt. Abgrenzung erfolgt durch Unterscheidung – genauer durch die Klärung beobachtbarer Merkmale der Unterscheidung, welche das Phänomen charakterisieren. Fragen nach Unterschieden sollen daher zur Klärung von Begrifflichkeiten und Bedeutungszuschreibungen im Kontext beitragen. Dabei wird streng differenziert zwischen Beschreiben, Erklären und Bewerten. So erfährt der Klient oder Teilnehmer, dass das beschriebene Phänomen nicht unbedingt an seine subjektive Erklärungen und Bewertungen gebunden ist. Er wird angehalten, seine bisherigen Interaktions- und Kommunikationsmuster vor diesem neuen Hintergrund zu reflektieren. Gegebenenfalls entstehen neue Handlungskonsequenzen.
Die Fragen nach den Unterschieden kann man grob in Fragen nach der Qualität und Fragen nach der Quantität der Unterschiede unterteilen.

- **Klassifikationsfragen**
  Klassifikationsfragen zielen auf qualitative Unterschiede ab. Rangfolgen von Akteuren hinsichtlich einer interaktiven oder kommunikativen Situation sollen vom Klienten

eingestuft werden. Dabei werden Unterschiede in Sichtweisen und Beziehungen greifbar.
Beispiele: *„Wer würde als erster ..., wer zuletzt ...?“*
Wenn man eine Rangfolge in Bezug auf ...erstellen wollte, wer käme an erster Stelle, zweiter Stelle ...letzter Stelle?“
„Angenommen jemand möchte die Therapie abbrechen, wer wäre der erste, zweite, ...?“
„Wer freut sich über Ihr gelungenes Abitur in der Familie am meisten? Wer am wenigsten?“ „Wer hatte am meisten das Bedürfnis heute zu kommen, wer am wenigsten?"
„Wer ist am aktivsten, abenteuerlustigsten in der Familie, wer ist am wenigsten aktiv?“

- **Prozentfragen**
  Prozentfragen ermöglichen unter anderem eine bessere Differenzierung und Präzisierung von Ideen, Überzeugungen, Stimmungen, Krankheitskonzepten, Meinungen voneinander usw. in quantitativer Hinsicht. Je nach Bedarf können zusätzliche Skalierungen eingesetzt werden.
  Beispiel: *„Zu wie viel Prozent halten Sie dies für ... und zu wie viel Prozent hingegen für ...?“*
  „Zu wie viel Prozent halten Sie Ihr Problem für ein medizinisches, zu wie viel Prozent für ein psychisches?“
  „Für wie felsenfest halten Sie auf einer Skala von 0 bis 100% die Scheidungsabsichten Ihrer Schwiegermutter? Wie hoch schätzen Sie auf dieser Skala die Scheidungsabsichten Ihres Schwiegervaters ein?“

- **Übereinstimmungsfragen**
  Übereinstimmungsfragen haben zweierlei Funktionen. Zum einen geben sie Hinweise auf Familienkoalitionen, zum anderen geben sie die Möglichkeit des Feedbacks zu vorherigen Äußerungen.
  Beispiel: *„Wer stimmt mit wem überein/nicht überein?“*
  „Stimmen Sie dem zu oder sehen Sie das anders?“
  „Dein Vater denkt, du hättest einen engeren Bezug zu deiner Mutter als zu ihm. Deine Mutter sieht es genau umgekehrt. Welcher Sicht würde deine Schwester eher zustimmen?“
  „Sind Sie der gleichen Meinung wie Ihre Tochter oder sehen Sie den Sachverhalt anders?“

- **Subsystemvergleiche**
  Durch Subsystemvergleiche werden empfundene Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Gruppierungen im sozialen System verdeutlicht. Koalitionen sowie deren Bedingungen werden direkt erfragt. Vermeintliche Tabuthemen werden dabei nicht umgangen.
  Beispiel: *„Welches sind die gegenwärtigen Bündnisse und Allianzen in der Familie?“*
  „Wer macht was mit wem wann?“
  „Welche unterschiedlichen Spielregeln gibt es in unterschiedlichen Beziehungen?“
  „Wie durchlässig oder verschlossen sind die Generationsgrenzen/ Machtgefälle ...?“
  „Sind Koalitionen und Allianzen zuverlässig und berechenbar oder wechselnd?“
  „Wer hat die engste Beziehung zur Mutter? War das schon immer so? Wodurch könnte diese Verbindung gestört werden?“

© Reich, K. (Hg.): Methodenpool. In: URL: http://methodenpool.uni-koeln.de 2008 ff

„Welche Ihrer Kollegen verbringen gemeinsam die Mittagspause? Hat sich seit der Anstellung des neuen Chefs etwas daran geändert?“
„Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Mann und seine Eltern Sie bei gemeinsamen Unternehmungen ausgrenzen?“
„Nehmen Ihre Eltern die Meinung Ihrer Schwester zu politischen Themen ernst?“
„Sie als Tochter: Denken Sie, dass Mutter zur Zeit ein besseres Verhältnis zu Vater hat oder zum Bruder?“

4.2.2 Fragen nach Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen

Wirklichkeiten in einem sozialen System sind konstruiert, denn Situationen sind immer durch die subjektive Wahrnehmung des Einzelnen gefiltert. Es gibt folglich keine eindeutige Wirklichkeit, sondern viele Wirklichkeitskonstruktionen der verschiedenen Beobachter. Um neue Bewertungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume im sozialen System herbei zu führen, ist es zunächst wichtig, die gegenwärtige Situation des Systems aus Sicht aller Beteiligten für alle Beteiligten durchschaubar zu machen.

Beispiele: *„Wer hatte die Idee zu diesem Kontakt?“*
„Was möchten Sie, was hier passieren soll?“
„Wer will hier was von wem?“
„Aus welchen Verhaltensweisen (Wie? Wann? Wo?) besteht das Problem?“
„Wer reagiert am meisten auf das Problemverhalten, wer weniger? Wen stört es, wen nicht?“
„Wie erklären Sie sich, dass das Problem entstanden ist, wie dass es dann und dann auftritt und dann und dann nicht? Welche Folgen haben diese Erklärungen?“
„Was hat sich in den Beziehungen verändert, als das Problem begann?“

Sind Wirklichkeitskonstruktionen für alle Beteiligten durchschaubar, so werden sie veränderbar. Die Kenntnis anderer Wirklichkeiten schwächt die Absolutheit der eigenen Wirklichkeit. Fragen zur Möglichkeitskonstruktion sollen, darüber hinaus, neue Wirklichkeiten für das System offerieren. Möglichkeitskonstruktionen in der Form von Gedankenexperimenten sind ein gutes Verfahren um in der Vorstellung Optionen durchzuspielen und angstfrei Veränderungen zu erproben.

Fragen zu Möglichkeitskonstruktionen werden in zwei große Bereiche aufgeteilt. Zu den Fragen nach der Möglichkeitskonstruktion gehören:

(1) Lösungsorientierte Fragen (Verbesserungsfragen)
In einem problembelasteten Kontext richtet sich der Fokus aller Beteiligten meist nur auf eben diesen. Solch ein eingeschränkter Blickwinkel verhindert die Wahrnehmung von Ressourcen, die zu einer Auflösung des Problems führen könnten. So scheint man sich von einer möglichen Lösung immer weiter zu entfernen. Lösungsorientierte Fragen hingegen verlagern diesen Fokus.

- **Fragen nach Ausnahmen von Problemen**
  Oft sehen die Beteiligten des Systems das Problem/ Symptom als die Regel an: „Person X ist immer depressiv“. Durch Fragen nach Ausnahmen wird wiederum verdeutlicht, dass das Problem nicht allgegenwärtig ist.
  Beispiel: *„Wie oft (wie lange, wann, wo) ist das Problem nicht aufgetreten?“*

„Was haben Sie und andere in diesen Zeiten anders gemacht?“
„Wie könnten Sie mehr von dem machen, was Sie in Nicht-Problem-Zeiten gemacht haben?“

- **Fragen nach Ressourcen**
  Die Fragen nach Ressourcen eröffnen den Beteiligten den Blick auf ihre Stärken und Fähigkeiten. Dem Problem kommt so eine zweitrangige Rolle zu.
  Beispiel: *„Was soll in Ihrem Leben so bleiben wie es ist, was ist gut daran?“*
  „Was gefällt Ihnen an sich selbst und an den anderen?“

- **Wunderfragen**
  Wunderfragen geben vor, dass sich das Problem durch ein Wunder aufgelöst hat. Dabei fragen sie nicht nach dem „Wie?“, sondern nach dem „Was-ist-danach?“
  Sie zielen darauf ab, unverbindlich mögliche Problemlösungen zu phantasieren. Das hohe Maß an Unverbindlichkeit bewirkt, dass sich keiner der Beteiligten verantwortlich fühlen muss, eine Lösung herbeizuführen.
  Beispiel: *„Angenommen heute Nacht käme eine Fee und würde Ihnen das Problem abnehmen, was wäre dann morgen anders?“*
  „Wer würde als erstes erkennen, dass das Wunder über Nacht geschehen ist, und woran?“
  „Was würden die Menschen um Sie herum danach anders machen?“

(2) Problemorientierte Fragen (Verschlimmerungsfragen)
Durch problemorientiertes Fragen soll jedem einzelnen Beteiligten bewusst werden, dass er eine aktive Rolle bei der Erhaltung des Problems einnimmt und in welcher Form sie sich gestaltet. Dass Probleme bewusst erzeugt werden, impliziert gleichzeitig, dass sie dann auch bewusst unterlassen werden können.
Beispiel: *„Was könnten Sie tun, um sich noch schlechter zu fühlen?“*
„Was können Sie tun – angenommen Sie nähmen sich dies vor – um Ihr Problem absichtlich zu verschlimmern, zu behalten oder zu verewigen?“
„Wie könnten die anderen dabei helfen, das Problem zu behalten?“

- **Problem- und Lösungsszenarien**
  Wenn jedem der Beteiligten seine aktive Teilnahme an der Problemerhaltung bewusst geworden ist und sich Vorstellungen über mögliche Lösungen herauskristallisiert haben (Verbesserungs-/Verschlimmerungsfragen), so kann man nun gemeinsam den instrumentellen Charakter des Problems herausarbeiten. Das bedeutet, dass Probleme als Instrument eingesetzt werden können um Bedürfnisse zu befriedigen bzw. Defizite auszugleichen. So kann beispielsweise (unbewusst) eine Krankheit dazu eingesetzt werden sich dem angstbesetzten Berufsalltag zu entziehen und einer Auseinandersetzung mit dem ursprünglichen Problem auszuweichen.

- **Fragen nach dem Nutzen das Problem noch zu behalten**
  Dieser Fragetyp macht die Instrumentalität des Problems durchschaubar.
  Beispiel: *„Welchen Nutzen hätte es für das System, wenn das Problem noch eine Weile bestehen würde?“*
  „Wird Ihr Mann/Ihr Chef/Ihr Kollege/Ihr Kind diesen Zustand nach dem Wunder eher begrüßen oder eher darüber traurig werden und warum? Wie fühlen Sie sich dabei?“

© Reich, K. (Hg.): Methodenpool. In: URL: http://methodenpool.uni-koeln.de 2008 ff

- **Fragen nach Zukunfts- und Zeitplänen**
  Probleme können in der Vorstellung der Beteiligten zeitlich unbegrenzt existieren oder aber auch nur für einen bestimmten Zeitraum. Fragen nach Zukunfts- und Zeitplänen sollen diese Vorstellungen aufdecken.
  Beispiel: *„Wie lange wird das Problem noch Ihr Begleiter sein? Wann werden Sie es verabschieden?“*
  „Wir haben verstanden, dass du auf deine Eltern wütend bist und sie bestrafen willst: Was denkst du, wann du sie genug bestraft hast- in einem Jahr, in zwei Jahren oder schon in einigen Monaten?“

- **Als- ob- Fragen**
  Als- ob- Fragen sollen eine bewusste Simulation des Problems initiieren. Die Präsentation des Problems (alle nach außen getragenen Symptome) wird hierbei vom eigentlichen Problem losgelöst erfahrbar. Es ist durchaus denkbar, dass das gleiche Problem in verschiedenen Situationen unterschiedlich geäußert wird, gleichzeitig kann das nach außen getragene Symptom unterschiedliche Problemherde haben. Dadurch, dass die Präsentation und das Problem an sich nicht zwingend miteinander verknüpft sind, ergeben sich neue Handlungsoptionen, die aus den vermeintlichen Opferrollen herausführen. So wird jeder zum bewussten Akteur.
  Beispiel: *„Wie müssten Sie sich verhalten, damit die anderen denken würden, Ihr Problem sei zurückgekommen, obwohl es das gar nicht ist?“*
  „Angenommen, Sie hätten nächste Woche kein Kopfweh mehr, wollten aber Ihren Partner gern weiter zu dem rücksichtsvollen Verhalten bewegen, dass er an den Tag legt, wenn er Sie kopfwehgeplagt dasitzen sieht – wie könnten Sie das erreichen?“
  „Angenommen, Sie würden ihrem Partner gegenüber nur so tun, als hätten Sie Kopfweh – würde er sich dann genauso rücksichtsvoll verhalten?“

Um die Darstellung der Methode zu veranschaulichen, verweisen wir auf das Kapitel „Beispiele“.

5. Beispiele

Im Folgenden werden Beispiele für die Vielfalt der Anwendungsmöglichkeiten der Methode des Zirkulären Fragens gegeben. Gleichzeitig soll die vorausgegangene Theorie anschaulicher und verständlicher werden. Ausgehend von einem Beispiel aus der therapeutischen Praxis folgen Beispiele für Versuche des Einsatzes von Zirkulärem Fragen in der sozialpädagogischen Arbeit und im Schulunterricht.
Da die Methode durch ihren systemischen Charakter zunächst auf der Beziehungsebene ansetzt, gestaltet sich die Übertragung auf den Schulunterricht und somit auf die Inhaltsebene etwas schwieriger. Der Einsatz der Methode im Schulunterricht wurde noch nicht evaluiert, aber erste Erfahrungen zeigen, dass sich abhängig vom Kontext die Methode sehr gut einsetzen lässt. Dabei muss allerdings immer ein konzentriertes Zuhören aller Beteiligten erreicht werden.

5.1 Beispiel aus der therapeutischen Praxis

Dieses Beispiel aus der therapeutischen Praxis ist Fritz B. Simons Lernbuch „Zirkuläres Fragen“ (2001, 63-66) entnommen. Es handelt sich um einen Auszug aus einer Therapiesitzung. Den weiteren Verlauf der Sitzung und/oder ähnliche Beispiele aus der therapeutischen Praxis können bei Simon nachgelesen werden. Die Dialoge zwischen den Therapeuten und den Patienten sind mit Kommentaren Simons angereichert. Die Vorgehensweise des Therapeuten wird dadurch verständlicher.
Die Familie besteht aus Herrn Gerlach, 48 Jahre alt, von Beruf Postbeamter, Frau Gerlach (M), Hausfrau, 44 Jahre alt, der Tochter Monika (MO), Schülerin, 15 Jahre alt, und dem 12-jährigen Heinz, der ebenfalls noch zur Schule geht.
Die Symptomatik wird folgendermaßen geschildert: „ ... Monika habe begonnen, sich vor dem Urinieren zu ekeln, habe sich nicht mehr auf die Klobrille gesetzt, habe den Urin solange angehalten, bis sie eingenässt habe, und habe dann auch einige Zeit nachts eingenässt. Die Enuresis sei dann nach einigen Familiengesprächen in einer Beratungsstelle am Ort abgeklungen. Monika habe jedoch begonnen, sich zunehmend oft die Hände zu waschen, den Körper zu vernachlässigen, und habe auch sehr ‚verrückte‘ Verhaltensweisen gezeigt, wie z.B. Essbesteck und verschmutzte Unterwäsche im Bücherschrank des Vaters zu verstecken. Insbesondere dann, wenn der Vater die Türklinke oder den Wasserhahn berührt habe, öffne sie diesen mit dem Schuh. Daneben besteht ein Untergewicht aus unklarer Ursache, zuletzt ca. 47 kg bei einer Größe von 170 cm. Erst bei genauer Anamnese wird deutlich, dass Monika häufig auch relativ wenig esse. Ansonsten sei Monika zwar kein unkompliziertes, jedoch ein erfolgreiches Mädchen in der Schule ...“
Zum Erstinterview erscheinen nur die Eltern mit Monika, der Bruder ist zu Hause geblieben. Die Therapeuten sind Helm Stierlin (HS) und Fritz Simon (FS).
Im Verlauf des Gesprächs zeigt sich, dass es innerhalb der Familie zu häufigen Auseinandersetzungen kommt, an denen Monika immer beteiligt zu sein scheint. Die Anteile sind aber ungleich verteilt: Streit zwischen der Mutter und Monika (70%), dem Vater und Monika (30%). Der typische Ablauf solcher Streitigkeiten wird folgendermaßen geschildert:
Monika reize die Mutter durch ihr „unmögliches“ Verhalten, die Mutter rufe dann den Vater herbei und fordere ihn auf, ein Machtwort zu sprechen. Der Vater schimpfe, woraufhin Monika in ihr Zimmer gehe und die Eltern allein zurückblieben. Beide bekämen dann körperliche Beschwerden. Die Mutter sehe Monika als Siegerin.
Im Gespräch scheint deutlich, dass beide Eltern sehr wütend auf Monika sind. Den Vater ärgert vor allem die hohe Wasserrechnung, weil Monika manchmal stundenlang dusche. Beide Eltern betonen ihre eigene körperliche Verletzlichkeit. Über die anderen im Arztbrief erwähnten Symptome wird nur am Rande kurz gesprochen. Auf die Frage, was ihrer Meinung nach in der Familie geschehen würde, falls sie ihr gegenwärtiges auffälliges Verhalten aufgebe, antwortet Monika, dass sich dann die Mutter mehr um sich selbst kümmern und ihre eigenen Wege gehen würde. Sie glaube, dass dann die Wahrscheinlichkeit einer Trennung der Eltern größer werde. Der folgende Ausschnitt stammt aus der zweiten Sitzung. Anwesend ist die ganze Familie, d.h. Mutter, Vater, Monika und Heinz. Thema ist die Beziehung der Eltern. Wenn es zu Meinungsverschiedenheiten der Eltern kommt, zeigt der Vater häufig, dass es ihm körperlich schlecht geht. Er hat Herzbeschwerden, die sich mit einer grüblerischen Traurigkeit abwechseln. (...)
FS: *„Monika, was würdest du denn sagen, wann geht es denn der Mutter besser, wenn der Vater sich niedergeschlagen zeigt, oder wenn er losbrüllt?“*
K: Die Tochter wird gefragt, um Beobachtungen aus der Außenperspektive über die Beziehung der Eltern zu erhalten. Das hat mindestens zwei Vorteile: Zum einen erhalten die beiden, über deren Beziehung gesprochen wird, eine sehr direkte Rückmeldung darüber, wie

ihr Verhalten von außen, hier speziell von der Tochter, gesehen wird. Zum zweiten wird dadurch verhindert, in die logische Falle zu tappen, selbstbezügliche, das Muster verstärkende Schleifen zu erzeugen. Fragt man nämlich einen der an einer Beziehung Beteiligten in Anwesenheit seines Kommunikationspartners über das gemeinsame Kommunikationsmuster, so ist die Antwort auch ein Teil dieses Kommunikationsmusters, über das man etwas erfahren will. Denn auch die Versuche der Metakommunikation eines Paares sind Elemente ihres die Beziehung charakterisierenden Kommunikationsmusters.

(langes Schweigen)
MO: *„Ist eigentlich egal."*
FS: *„Das beeinflusst einen ja doch, wie es dem Partner geht. Das lässt einen ja nicht kalt."*
MO: *„Wenn er mehr schimpft."*
FS: *„Wenn er mehr schimpft, dann geht es ihr besser? Nehmen wir mal an, er ist niedergeschlagen und schimpft nicht, was würde dann die Mutter tun? Wie würde es ihr gehen? Würde sie dann auch niedergeschlagen werden? Würde sie eher auf ihn zugehen oder von ihm weggehen?"*
MO: *„Weg."*
FS: *„Eher weggehen!"*

K: Die Fragen zielen auf die tatsächlichen Reaktionen der Mutter auf das Verhalten des Vaters. Sehr häufig gibt es einen großen Unterschied zwischen der erhofften und tatsächlichen Reaktion des Partners. Aus dem Erstinterview war bekannt, dass beide Eltern versuchen, sich und die Kinder dadurch zu beeinflussen, dass sie demonstrieren, wie schlecht es ihnen körperlich geht. Dies ist ein weit verbreiteter Kontrollversuch, der zu sehr destruktiven Eskalationen mit den erstaunlichsten körperlichen Symptombildungen führen kann. Die dahinter liegende individuelle Logik ist leicht einzusehen: Wer den anderen als schuldig an dem Elend erlebt, das er selbst erleidet, verhält sich nur konsequent, wenn er für sein Weltbild wirbt und versucht, dem anderen Schuldgefühle zu machen. Allerdings zeigt die Betrachtung aus der Außenperspektive, dass solch eine Strategie häufig als Erpressungsversuch erlebt wird, dem mit Widerstand und Trotz begegnet wird.

FS (zu Frau Gerlach): *„Ich möchte noch einmal vollkommen vom Thema abweichen und wieder auf etwas zurückkommen, wo wir schon waren. Nehmen wir an, Ihr Mann wollte verhindern, dass Monika ihre Kräfte aktiviert, sich ablöst, wie er gesagt hat, und nach draußen geht. Wie müsste er das anstellen? Was müsste er machen, damit sie sagt: „Ich bleib doch lieber hier!" Sie ist ja sehr pflichtbewusst."*
M: *„Was er dafür tun soll, damit sie zu Hause bleibt?"*
FS: *„Ob er das soll, ist eine andere Frage. Aber, nehmen wir mal an, ganz hypothetisch, er wollte, dass sie auf jeden Fall dableibt. Was müsste er tun? Was könnte er tun?*

K: Die hypothetische Unterstellung einer Absicht im Gedankenexperiment sorgt für eine Umkehrung der Zuschreibung von Ursache und Wirkung. Im Idealfall eröffnet sie den Blick auf Einflussmöglichkeiten jedes Einzelnen. Wo die betrachtete Wirkung negativ bewertet wird, wird deutlich, welche Aktionen besser unterlassen werden sollten, wenn man nicht dazu beitragen will, dass genau das passiert, was man eigentlich nicht möchte (wieder „die positive Kraft des negativen Denkens").

M: *„Das wüsste ich schon: einsperren! Das heißt, dass sie überhaupt keinen Hobbies nachgehen kann."*
HS: *„Sich selbst einsperren?"*

M: *„Nein, dass die Monika nichts mehr machen dürfte: Tanzkurs kommt nicht in Frage, ist noch zu früh.“*
FS: „*Würde das bei Monika eher Wünsche aktivieren: „Nein, ich will aber in den Tanzkurs!““ Oder würde das bei ihr eher dazu führen, dass sie sagt, „Ich bleib zu Hause!““*
M: „*Nein, ich würde sagen, im Moment würde sie sich wehren.“*
FS: *„Also wäre das wahrscheinlich keine so schlaue Möglichkeit ...“*
M: *„Auf keinen Fall!“*
FS: *„Aber, was müsste er tun, wenn er wollte, dass sie nicht geht...dass sie nicht ihren Interessen nachgeht?“*
HS: *„Da sie ja sehr sensibel eingestimmt ist, was beide Eltern so im Grunde empfinden.“*
FS: „*Also müsste er sie eher einsperren oder bei ihrem Pflichtbewusstsein packen? Wie könnte er es am besten anstellen? Das ist ja jetzt auch eher Spinnerei, geb ich ja zu, aber...“*
M: „*Ja, also wenn man´s brutal sagen würde, könnte er sagen: Hör mal, wenn du jetzt mit so Sachen anfängst, mach lieber deine Arbeit, mach so Sachen nicht! Das macht mich noch mehr kaputt, so vielleicht auf diese Art. dass er sich selbst als Opfer sieht.“*
FS: *„Wenn er sich niedergeschlagen zeigt, wäre das eine Möglichkeit, zum Beispiel?“*
M: „*Ja, wenn das der Grund wäre, schon.“*
HS: *„Noch ein bisschen niedergeschlagener als jetzt, zum Beispiel? Entschuldigen Sie, wenn ich das so sage!“*
M: *„Na ja, klar, ich meine vielleicht als Druckmittel, eventuell.“*
HS: „*Also, wenn er sich jetzt noch ein bisschen mehr niedergeschlagen zeigen würde, würde das dann ausreichen, um die Monika zu veranlassen zu sagen: „Nee, zum Tanzkurs geh ich nicht, also jetzt bleib ich lieber bei ihm ...?“*
M: „*Könnte möglich sein.“* (Pause, denkt offenbar nach) „*Ob sie darauf reagiert? Könnte sein...*(zögerlich) *könnte sein...“[...]*

5.2 Beispiel aus der sozialpädagogischen Arbeit

Das folgende Gesprächsbeispiel entstammt einem Beratungsgespräch aus dem Autonomen Mädchenhaus Berlin. Dabei handelt es sich um eine vorübergehende, anonyme Zufluchts- und Kriseneinrichtung für Mädchen und junge Frauen im Alter von 14 – 21 Jahren. Im Rahmen der Jugendhilfe bietet die Einrichtung 10 Unterbringungsplätze an, die über ein Krisentelefon vermittelt werden. Das Beratungsangebot ist niedrigschwellig. Der Beratungsprozess bei aktuellen Konflikten wird hier meistens auch unter Anwendung des Zirkulären Fragens durchgeführt. Ein Beispiel hierzu ist das folgende Gespräch, entnommen aus dem Sozialmagazin, 28. Jg. 3/ 2003, an dem das Mädchen Gülnar, eine Beraterin sowie Gülnars Lehrerin teilnehmen. Dabei handelt es sich um ein Erstgespräch, bei dem zunächst der Beratungsauftrag geklärt werden soll. Die Fragestellung ist hier immer triadisch.

Gesprächsbeispiel:
Beraterin: „Was meinst du, warum deine Lehrerin dir unsere Telefonnummer gegeben hat?“
Gülnar: „Sie sagte, ihr könnt mir helfen.“
Beraterin: „Was denkst du, warum du ihrer Meinung nach Hilfe brauchst?“
Gülnar: „Damit ich in der Schule besser werde.“
Beraterin: „Was glaubt sie, soll sich ändern damit du besser wirst in der Schule?“
Gülnar: „Wenn es mir gut geht, dann wird es auch besser da.
Beraterin (zur Lehrerin): Woran erkennen Sie, dass es Gülnar besser geht?“
Lehrerin: „Wenn sie nicht müde ist, kann sie sich konzentrieren.“

Beraterin (zu Gülnar): Was denkt deine Lehrerin, ist der Grund für deine Müdigkeit?“
Gülnar: „Sie denkt, ich muss zu Hause viel helfen.“
Beraterin: „Was müssen wir ihrer Meinung nach tun, damit du weniger Verantwortung zu Hause trägst?“
Lehrerin: „Wir haben mit ihren Eltern darüber gesprochen, dass …“
Beraterin (zu Gülnar): „Was soll deiner Meinung nach geschehen?“
Gülnar: „Wenn ich in einer WG Platz bekomme …“
Beraterin: „Was können wir tun, damit es dir besser geht?“
Gülnar: „Ihr könnt für mich eine WG finden.“
Beraterin: „Was wird in der WG anders sein als bisher?“
(Frage zur Möglichkeitskonstruktion)
Gülnar: „Da sind Leute, die mir zuhören und für mich da sind.“

5.3 Beispiel für den Schulunterricht

Im Rahmen des Ethikunterrichts soll das Thema Euthanasie bearbeitet werden. Zunächst werden die Schüler in die Thematik eingeführt. Im nächsten Schritt entscheiden sich die Schüler für die Rolle einer am Kontext beteiligten Gruppe. Dies können Patienten, Ärzte, Angehörige, Vertreter verschiedener Religionen, Vertreter der Justiz, Philosophen, Krankenkassen, Krankenhauspersonal, Vertreter jüngerer und älterer Generationen, der Pharmaindustrie, Vertreter der medizinischen Forschung usw. sein. Zudem eignen sich die Schüler anhand verschiedener Methoden, wie z.B. Gruppen-Experten-Rallye, Gruppenarbeit u.a. ein Basiswissen zu der von ihnen gewählten Gruppe an und präsentieren ihre Ergebnisse dem Plenum. Die Präsentation kann methodisch auf vielfältige Weise umgesetzt werden, z.B. in Form einer Stellwand, Wandzeitung, Power-Point-Präsentation usw.
Hat nun jeder einen Überblick über die Sichtweisen der verschiedenen Gruppierungen erhalten, so können mit Hilfe des Zirkulären Fragens die Vernetzung der einzelnen Beteiligten miteinander und soziale Wechselwirkungen untereinander offengelegt werden.
Im Rollenspiel wird nun eine Diskussion eröffnet, in der die Schüler stellvertretend für ihre Gruppe befragt werden. Dabei zielen die Fragen aber entsprechend dem triadischen Grundgedanken auf die Perspektive einer anderen Gruppe ab.

„Du als Patient, wie würdest Du eine mögliche Entscheidung deiner Angehörigen für die Sterbehilfe beurteilen?“ (triadische Frage)
„Du als Angehöriger, was denkst du, empfindet ein Arzt, wenn er Sterbehilfe leistet?“ (triadische Frage)
„Du als Arzt, zu wie viel Prozent würdest du der Vermutung des Angehörigen zustimmen?“ (Prozentfrage)
„Was glaubst Du, als Vertreter der medizinischen Forschung, wie die einzelnen Vertreter der Religionen deine Arbeit bewerten?“ (triadische Frage)
„Du als Patient, würdest du der These zustimmen, dass sich die medizinische Forschung mit der Pharmaindustrie solidarisiert hat?“(Subsystemvergleich)
„Was glaubst du als Patient, wer das meiste Interesse an einer Legalisierung der Sterbehilfe hätte? Wer am wenigsten?“ (Klassifikationsfrage)
„Was hat sich für wen verändert, als die Sterbehilfe für Patient X zur Diskussion stand?“ (Wirklichkeitskonstruktion)
„Nehmen wir an, über Nacht wäre Euthanasie in Deutschland legalisiert worden. Was würde sich für alle Beteiligten verändern?“ (Wunderfrage)

Die Methode des Zirkulären Fragens geht, wie aus diesen Beispielen ersichtlich wird, über eine reine Reproduktion des Erlernten hinaus, hin zur Vernetzung des Erlernten, der Fähigkeit des Perspektivenwechsels und der kritischen Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex.

6. Methodenreflexion

6.1 Methodenkompetenz

Die Methode des Zirkulären Fragens kommt aus der systemischen Therapie und ist untrennbar mit der systemischen Denkweise verknüpft. Daher sind beim Einsatz der Methode Vorkenntnisse aus der systemischen Theorie sowie gewisse Fertigkeiten seitens des Anleiters erforderlich. Zunächst muss der Anleiter, der selbst Teil des Systems ist, den Anspruch der Neutralität erfüllen. In der Klärung eines Beziehungskontextes läuft der Leiter Gefahr, zwischen die Fronten der Konfliktparteien zu geraten. Er ist mit verschiedenen Personen und Werten, aber auch mit verschiedenen Wünschen und Aufträgen konfrontiert.
Um dem Anspruch der Neutralität möglichst gerecht zu werden, wird in der Therapie ggf. ein weiterer Therapeut als Beobachter eingesetzt. In der sozialpädagogischen oder schulischen Praxis könnte statt dessen ein zweiter Anleiter bzw. ein Teamteacher diesen Platz einnehmen.
Wahrt der Therapeut die Neutralität nicht und solidarisiert sich mit einer Partei, so läuft er Gefahr, Teilnehmer des Systems zu verlieren, so dass die Therapie nicht erfolgreich abgeschlossen werden könnte. Auch muss dem Anleiter bewusst sein, dass (zirkuläre) Fragen immer auch einen suggestiven Wert haben.
Vom Anleiter wird daher ein hohes Maß an Selbstreflexion erwartet. Außerdem ist im Prozess selbst aktives Zuhören und eine permanente Reflexion des Gesagten von Nöten, um Anknüpfungspunkte für zukünftige Fragestellungen zu finden. Nur so erhält das Zirkuläre Fragen eine produktive Dynamik.
Eindeutig fallen Sachverhalte auf der Beziehungsebene, auch außertherapeutischer Art, in den Kompetenzbereich der Methode. Doch sie ist auch auf die Vermittlung inhaltlicher Aspekte, z.B. im Schulunterricht, übertragbar, wenn auch eingeschränkt. In der Kombination mit dem Rollenspiel erweist sie sich als hilfreiche Methode zur Perspektivenerweiterung und zum eigenständig forschenden Unterricht, der ein ganzheitliches Lernen ermöglicht. Der Unterricht wird fragend entwickelt und kann trotz anfänglich notwendigerweise starker Anleitung des Lehrers im fortgeschrittenen Stadium immer mehr teilnehmerzentriert funktionieren. Die Auswahl der Themen, die man unter Einsatz des Zirkulären Fragens bearbeiten kann, erscheint hingegen eher eingeschränkt. Naturwissenschaftliche Inhalte stellen sich als teilweise schwer umsetzbar dar, wenngleich auch hier z.B. in Kombination mit dem Metalernen durchaus Ansätze gefunden werden können. Da von den Schülern notwendig ein hohes Maß an Reflexionsvermögen vorausgesetzt wird, erscheint es sinnvoll, die Methode erst in höheren Klassenstufen zu verwenden.

6.2 Methodenvielfalt

Das Zirkuläre Fragen sollte zukünftig stärker in sozialpädagogischer Praxis und im Schulunterricht eingesetzt werden. Da sich die Methode in der therapeutischen Praxis zur Erarbeitung von Beziehungsgeflechten und Lösung von Konflikten als besonders effektiv erwiesen hat, ist ein verstärkter Einsatz des Zirkulären Fragens in der sozialpädagogischen

Arbeit besonders wichtig. Im Schulunterricht bietet das Zirkuläre Fragen eine Möglichkeit, auch neben der Beziehungsarbeit das Fachwissen durch die Erarbeitung von zirkulären Prozessen in dem jeweiligen Themenbereich anzureichern.

6.3 Methodeninterdependenz

Grundsätzlich ist die Methode des Zirkulären Fragens mit allen anderen pädagogischen Methoden kombinierbar. Man sollte sie prinzipiell als Möglichkeit zum Perspektivenwechsel nutzen. Dabei bieten sich besonders die systemischen Methoden, wie z.B. Reflecting Team, Skulpturen, Supervision usw. an, da sie alle die gleichen systemischen Grundgedanken verfolgen.
Bei der Anwendung im Schulunterricht, im Prozess der Wissensvermittlung (Inhaltsebene), empfiehlt sich eine Verbindung besonders mit der Methode Rollenspiel oder dem Metalernen. Liegt der Fokus des Unterrichts auf der Beziehungsebene, wie z.B. bei der Problematisierung der Kommunikation und Kooperation, so empfiehlt sich der Einsatz der Feedback-Methode unter Einbeziehung der Techniken des Zirkulären Fragens.

7. Praxiserfahrung

Zirkuläres Fragen gilt in der systemischen Therapie als effektive Methode. Fritz B. Simon gibt dabei in seinem Lehrbuch „Zirkuläres Fragen“ einen Einblick in die therapeutische Praxis der Methode (vgl. auch Beispiel 5.1).
Praxiserfahrungen mit zirkulärem Fragen, losgelöst vom Therapiekontext, liegen nur wenige vor, da die Methode in diesem Bereich noch in der Erprobungsphase ist.

Name:	Datum:

Die personenzentrierte Theorie von Carl Rogers

Die klientenzentrierten **Gesprächspsychotherapie** (Personenzentrierter Ansatz) ist auf den amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers zurückzuführen. Klienten- bzw. Personenzentriert wird der Ansatz deshalb genannt, weil dem Menschen nicht als Objekt, sondern als gleichberechtigte Person begegnet wird, die in ihrer gegenwärtigen Lebensphase Hilfe benötigt. Um die Wertschätzung und Gleichberechtigung zu unterstreichen wird hierbei der Terminus „Klient" verwand, anstatt der bis dahin üblichen Ausdrücke, wie Patient, Analysand, Kunde, usw.

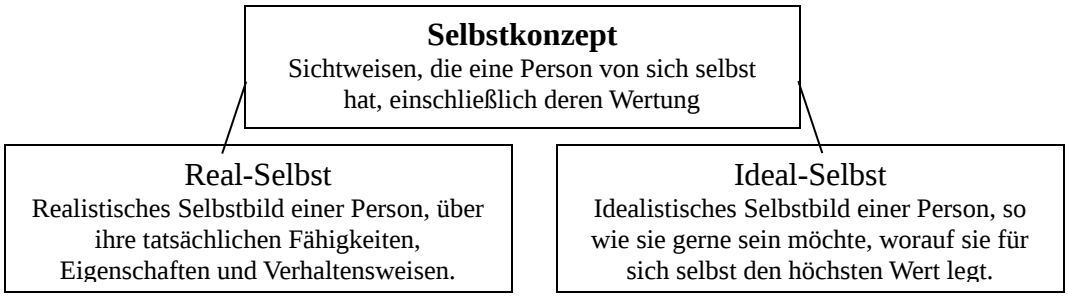
1. Basisannahmen

Nach Rogers wird der Organismus des Menschen nicht von irgendwelchen Trieben gesteuert, sondern von einer einzigen zentralen Energie, und zwar der angeborenen **Tendenz zur Selbstaktualisierung, Selbsterhaltung und Selbstverwirklichung.**
(Selbstaktualisierung = das angeborene Bestreben des Menschen, seine Entwicklungsmöglichkeiten zu entfalten und zu verwirklichen.)
Diese Energie ist das grundlegende Motiv für das Tätigwerden des Menschen im Sinne einer Entwicklung zu Autonomie und Selbstbestimmung, weg von Abhängigkeit und Kontrolle durch äußere Zwänge.
Dieses Streben des Menschen führt ständig zu neuen Erfahrungen. Diese Erfahrungen unterwirft der Mensch einem **Bewertungsprozess**:

- ≅ Erfahrungen, die Selbstaktualisierung ermöglichen werden als positiv bewertet und weiterhin angestrebt.
- ≅ Erfahrungen, die Selbstaktualisierung verhindern werden negativ bewertet und vermieden.

2. Das Selbstkonzept

All die individuellen Erfahrungen, die eine Person im Laufe ihres Lebens gemacht hat und weiterhin macht, verdichten sich zu einer für diese Person charakteristischen Realität, die einzigartig ist und von einer anderen Person nie vollständig verstanden werden kann.
Aus dieser individuellen Sichtweise der Dinge entwickelt sich nach und nach das **Selbstkonzept (Selbst)** einer Person.

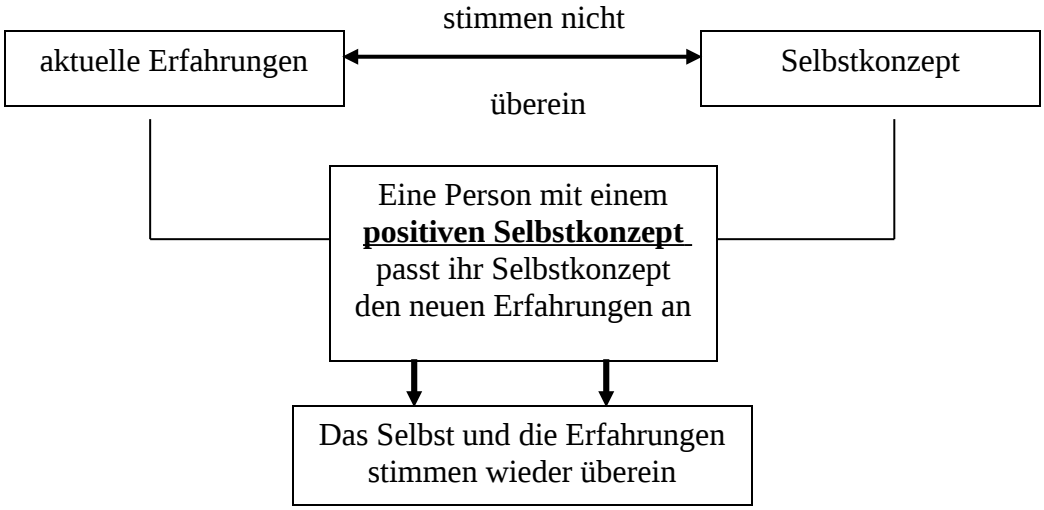


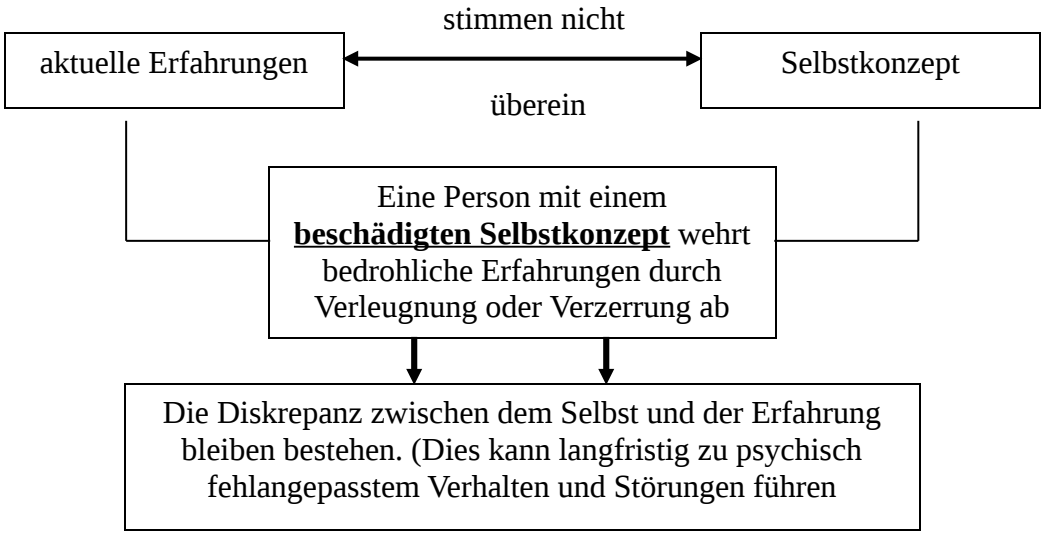
Personen streben nach der Übereinstimmung zwischen Real- und Ideal-Selbst. Sie sind glücklich und ausgeglichen, wenn diese Übereinstimmung weitgehend gelingt, bzw. unglücklich, wenn Real- und Ideal-Selbst zu weit auseinander klaffen.

Das Selbstkonzept eines Menschen wird schon in frühester Kindheit geprägt. Dabei spielen die Beziehungsbotschaften eine entscheidende Rolle. Erfährt das Kind hohe Wertschätzung *(„Ich bin erwünscht und wertvoll!")* dann entwickelt sich oft eine hohe Selbstachtung und daraus ein **positives Selbstkonzept**. Bei geringer Wertschätzung *(„Ich bin nicht erwünscht und unbedeutend!")* entwickelt sich entsprechend eine geringere Selbstachtung und damit ein **negatives Selbstkonzept**.

3. Aktuelle Erfahrungen und Selbstkonzept

Jeder Mensch wird andauernd mit neuen Erfahrungen konfrontiert. Diese Erfahrungen können nun sehr stark vom bestehenden Selbstkonzept abweichen. Dabei ist die Qualität des Selbst (positiv bzw. negativ) dafür verantwortlich, wie mit Selbsterfahrungen umgegangen wird, ob sie angenommen oder ignoriert werden.





Aufgaben:

1. Bestimmen Sie an einem Beispiel den Begriff Selbstkonzept und zeigen Sie an diesem Beispiel auf, wie sich das Selbstkonzept eines Menschen entwickelt.

2. Stellen Sie an zwei Beispielen den Zusammenhang zwischen dem Real- und Ideal-Selbst dar.

3. Verdeutlichen Sie mit Hilfe der personenzentrierten Theorie von Carl Rogers die Entstehung einer Verhaltensstörung am Beispiel einer Depression oder übertriebenen Ängstlichkeit.

Name:	Datum:

Sozialwissenschaften und Rehabilitation

Die personenzentrierte Therapie von Carl Rogers

Die klientenzentrierten **Gesprächspsychotherapie** (Personenzentrierter Ansatz) ist auf den amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers zurückzuführen. Klienten- bzw. Personenzentriert wird der Ansatz deshalb genannt, weil dem Menschen nicht als Objekt, sondern als gleichberechtigte Person begegnet wird, die in ihrer gegenwärtigen Lebensphase Hilfe benötigt. Um die Wertschätzung und Gleichberechtigung zu unterstreichen wird hierbei der Terminus „Klient“ verwand, anstatt der bis dahin üblichen Ausdrücke, wie Patient, Analysand, Kunde, usw.

Der Fokus der Psychotherapie erfolgt auf das persönliche Erleben des Klienten. Der Therapeut vermeidet danach *„nach Möglichkeit, dem Klienten seine eigene Wertbestimmung aufzudrängen...er stellt fest, dass eine Reihe seiner Klienten sich selbst helfen kann...er versucht dem Klienten nicht in den Weg zu kommen“*.

Rogers hat mit seinem Beratungsansatz die allgemeinen Grundlagen hilfreicher menschlicher Beziehung formuliert. Er beschreibt drei Grundhaltungen, die der Berater einnehmen sollte, um die Entwicklung seines Klienten zu fördern, dabei handelt es sich um die *Kongruenz* (Echtheit), *Akzeptanz* (Wertschätzen) und *Empathie* (einfühlendes Verstehen). Mit dieser Herangehensweise gestaltet der Berater eine Atmosphäre „**positiver Wertschätzung**“, in der Rogers die Vorraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sieht.

Die drei Variablen der beraterischen Grundhaltung:

- ≅ **Congruence**: (Kongruenz) Kongruenz - Echtheit - Authentizität - Übereinstimmung mit sich selbst; Nicht: Fassadenhaftigkeit
- ≅ **Positive regard**: (Akzeptanz) Bedingungsloses Wertschätzung - unbedingte Wertschätzung - nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung – positive Zuwendung - Achtung - Respekt - uneingeschränktes Akzeptieren - Wertung ohne Bewertung
- ≅ **Empathy**: (Einfühlungsvermögen) Empathie - Einfühlung - einfühlendes Verstehen - Reflektieren von Gefühlen - Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte.

In einem Klima der emotionalen Wärme und der Wertschätzung, mit anderen Worten, des Fehlens jeglicher Bedrohung in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient, kann der Klient seinem Selbst begegnen. Es entsteht ein "Schonraum", in dem er sich selbst nahe kommen kann. Hier ist er fähig, in sich hineinzuhorchen (Selbstexploration) und die ihm eigenen Reaktionen intensiver und unvoreingenommener wahrzunehmen.

Das Wesen und der Erfolg der Gesprächspsychotherapie liegt vor allem darin begründet, dass in diesem Schonklima in der besonderen Beziehung zwischen Therapeut und Klient die Auseinandersetzung mit geleugneten oder verzerrt wahrgenommenen Aspekten des Selbst gewagt werden kann und der Klient emotionale Erlebnisse und Reaktion konkreter fassen kann. Ungegliederte psychische Prozesse können dadurch geordneter und strukturierter werden, wodurch sie für den Klienten leichter handhabbar werden.
Diesem Beratungsansatz liegt die Annahme zugrunde, das der Ratsuchende seine Probleme am besten kennt, das jeder Mensch eine angeborene Fähigkeit zur Selbstlenkung und Selbstregulierung besitzt und das diese Fähigkeit zwar unausgebildet sein kann, durch entsprechende Therapie (Atmosphäre) jedoch wieder neu belebbar ist. Rogers spricht in diesem Zusammenhang auch von dem „Kosmos des Individuums“, in welchen der Therapeut unter Mitarbeit des Klienten Einblick erhalten kann. Nach Rogers ist die Summe der erlebten Erfahrungen über sich selbst das „Selbst“ des Menschen. „Verhaltensstörungen sind demnach Resultate der Abwehr einer Inkongruenz zwischen dem >Selbst< und den aktuellen Erfahrungen mit der Realität“.

Durch das wertschätzende Verhalten des Therapeuten und seine Fähigkeit dem Klienten zu einer Einsicht auf seine momentane Lebenskonstellation zu verhelfen, ohne ihre emotionalen Verstrickungen, Verwirrungen und Ambivalenzen wieder zuspiegeln, das Eigene Selbst objektivierend zu sehen, ermöglicht das Reorganisieren des Selbst und integrierendes Funktionieren des Selbst auf diese Weise zu fördern.

Rogers spricht in diesem Zusammenhang auch von dem „Kosmos des Individuums“, in welchen der Therapeut unter Mitarbeit des Klienten Einblick erhalten kann. Nach Rogers ist die Summe der erlebten Erfahrungen über sich selbst das „Selbst“ des Menschen. „Verhaltensstörungen sind demnach Resultate der Abwehr einer Inkongruenz zwischen dem >Selbst< und den aktuellen Erfahrungen mit der Realität“.

Am Anfang der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie steht folglich die Selbstexploration, welche in der wertschätzenden therapeutischen Atmosphäre unter der Einbeziehung der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) und der Technik des Paraphrasierens gefördert wird, damit sich der Klient aus den daraus resultierende Erfahrungen, erweiternden Verständnis und neuen Einsichten des eigenen „Seins“, nach eigenen Wünschen, Bedürfnissen und damit verbundenen Zielen Reorganisieren kann. Das führt dazu das der Klient nach der Therapie verstärkt das Gefühl hat, „sich unter Kontrolle zu haben, er fühlt sich mehr imstande, mit dem Leben zurecht zu kommen“.

Basisdokumentation

Lösungsorientiertes Arbeiten

Ralph Messmer
Ringweg 3
4460 Gelterkinden
079 667 50 89
www.syslob.ch
rmessmer@syslob.ch

Inhaltsverzeichnis

1. Geschichte des lösungsorientierten Ansatzes 4
   1.1. Systemisches Denken 4
   1.2. Systemische Bewegung an verschiedenen Schulen 5
   1.3. Lösungsorientierter Ansatz nach Steve de Shazer 5
2. Konstruktivismus 7
3. Systemisches Denken – Systemische Therapie 8
   3.1. Zusammenfassung 8
   3.2. Ein interdisziplinärer Ansatz 9
   3.3. Wahrnehmung ist subjektiv 10
   3.4. Ablauf und Prozessgestaltung 10
4. Lösungsorientierte Annahmen 13
5. Lösungsorientierte Haltung 15
6. Menschenbild 16
7. Loben, ein wichtiges Element im Lernprozess 17
   7.1. Unser Gehirn 17
   7.2. Was beeinflusst das Lernen 19
      7.2.1. Vigilanz 19
      7.2.2. Selektive Aufmerksamkeit 19
      7.2.3. Emotionen 20
      7.2.4. Motivation 21
   7.3. Loben unterstützt den Lernprozess 22
8. Reframing 23
9. Zirkuläres Fragen 24
   9.1. Zirkularität 24
   9.2. Zirkuläres Fragen 24
10. Wer, wie, was ... Die Theorie hinter den (W-)Fragen 26
   10.1. Definition 26
   10.2. Fragetechnik 26
   10.3. Offene Fragen 26
      10.3.1. Definitionsfragen 27
      10.3.2. Konkretisierungsfragen/Klärungsfragen 27
      10.3.3. Informationsfragen 27
      10.3.4. Motivationsfragen 27
   10.4. Geschlossene Fragen 27
      10.4.1. Entscheidungsfragen/Alternativfragen 27

10.4.2. Suggestivfragen 28
10.5. Ressourcenorientierte Fragen 28
11. Skalierungsfragen 29
11.1. Arten von Skalierungsfragen 30
12. Schema Ablauf Skalierungsfrage 31
13. Schema lösungsorientierter Gesprächsablauf 32
14. Literaturliste lösungsorientiertes Arbeiten 33

1. Geschichte des lösungsorientierten Ansatzes

Auch eine schwere Tür braucht nur einen kleinen Schlüssel.

Charles Dickens (1812–1870)
Englischer Schriftsteller

1.1. Systemisches Denken

Wegweisend für die Entwicklung des lösungsorientierten Ansatzes sind die systemischen Erkenntnisse aus den 50er Jahren. Bis dahin wurden allgemein einzelne Objekte in einem isolierten Rahmen beobachtet. In der Systemik wird davon ausgegangen, dass einzelne Objekte in einer Wechselwirkung zueinander stehen und nicht ausschliesslich ein Ursache-Folge-Modell vorherrscht. Diese Erkenntnisse, welche man erstmals im biologischen Zusammenhang gewann, wurden auf den psychosozialen Bereich übertragen. Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley, Salvadore Minuchin und Virginia Satir sind nur einige Persönlichkeiten, welche die damalige Psychotherapie revolutioniert haben. In diesem Rahmen wurde eine neue Form von Psychotherapie ins Leben gerufen: die Familientherapie. Dieses neue, erweiterte, ganzheitliche, systemische Denken basiert auf dem Postulat, dass der Mensch ein beziehungsorientiertes Wesen ist und sein Verhalten entsprechend primär als interaktives Geschehen, als Aktion und Reaktion gesehen werden muss und auch nur so in diesem Sinn verstanden werden kann.
Seit den 60er Jahren wurde die systemische Therapie ständig weiterentwickelt und stellt mittlerweile selber ein hochkomplexes System dar. Zu den zentralen Grundannahmen der systemischen Therapie gehört das Konzept der Kybernetik, der Zirkularität sowie des Konstruktivismus.
Die **Kybernetik** befasst sich mit dem Selbsterhalt eines Systems. Dabei wird angenommen, dass ein System Mechanismen aufweist, mit deren Hilfe es sich selbst erhält. Oftmals nimmt man an dieser Stelle eine häusliche Zentralheizung als Beispiel, welche über den Thermostaten eine gleich bleibende Temperatur im Haus gewährleistet. Dieser Mechanismus wurde auf soziale Systeme übertragen.
Für die Begriffserklärung der **Zirkularität** muss oftmals das Bild eines Mobiles herhalten. Wird ein Element des Mobiles angestossen, hat dies auch Auswirkungen auf die anderen Elemente, welche durch ihre Bewegung wiederum auf die anderen Elemente einwirken. Soziale Systeme sind diesem Phänomen ebenfalls unterstellt. Die Verhaltensweisen des Einzelnen sind immer durch die Verhaltensweisen des Anderen bedingt und bedingen diese wiederum gleichzeitig. So kann auch jedes Verhalten als Ursache und als Wirkung definiert werden.

Der **Konstruktivismus** besagt, dass jedes Individuum seine eigene Wirklichkeit kreiert und es dadurch keine wirkliche Wirklichkeit gibt. Paul Watzlawick, Heinz von Förster und Ernst von Glaserfeld haben den Begriff des Konstruktivismus massgeblich geprägt. Im Kontext einer Beratung heisst dies, dass sowohl die Klienten als auch die Therapeuten ihre eigene Sicht der Realität haben und für beide jeweils diese Realität die wirkliche ist.

1.2. Systemische Bewegung an verschiedenen Schulen

Die systemische Bewegung, welche Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre immer grössere Beachtung fand, wurde von drei Orten massgebend beeinflusst. In Palo Alto (Kalifornien) gründeten 1968 John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick und Arthur M. Bodin das Brief Therapy Center. 1971 gründeten Mara Selvine-Palazzioli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin und Giuliana Prata das Centro per lo Studio della Famiglia in Mailand (Italien). Steve de Shazer gründete mit Insoo Kim Berg und anderen 1978 das Brief Family Therapy Center in Milwaukee (Wisconsin). Obwohl alle drei Schulen auf den gleichen systemischen Grundgedanken basieren, entwickelten sich unterschiedliche systemische Schulen. Geistiger Vater und Vorbild aller Schulen war Milton Erickson, ein Psychiater und Psychotherapeut, welcher die Individualität der Klienten ins Zentrum stellte, woraus sich die Notwendigkeit ergab, für jeden Klienten den passenden Ansatz und Zugang zu finden.

1.3. Lösungsorientierter Ansatz nach Steve de Shazer

Vor dem Hintergrund des systemischen Denkens orientierte sich das Brief Therapie Center mit Steve de Shazer an der Beobachtung, dass die Problemlösungen von Klienten sich weit mehr gleichen als die Probleme und suchte deshalb nach universellen Basisinformationen, nach „Standardverschreibungen“ beziehungsweise „therapeutischen Dietrichen“. Steve de Shazer beschreibt seine Erfahrungen, die er in seinen Therapien sammeln konnte, folgendermassen: „Mit einem relativ kleinen Bund an Dietrichen lässt sich ein weiter Bereich von Schlössern knacken.“

Demzufolge zählt die Lösungsorientierte Arbeit zur Gruppe der systemischen Ansätze mit den Aspekten der Kybernetik, der Zirkularität und des Konstruktivismus. Ausserdem ist es ein kurzzeittherapeutischer Ansatz. Kurzeittherapeutisch heisst zum einen, die vorgetragenen Probleme, Konflikte respektive Störungen nicht vertieft zu explorieren, sondern möglichst schnell auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten zu fokussieren und alle Möglichkeiten ihrer aktiven Nutzung auszuschöpfen, um so möglichst direkt zu einer Problemlösung zu kommen. Zum anderen kann die Kurzzeittherapie auch deswegen kurz sein, weil sie davon ausgeht und darauf abzielt, dass innerhalb der Beratung beziehungsweise Therapie nur Anregungen gegeben werden für die eigentlichen

Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, die sich im Alltag der Klienten vollziehen müssen. Die Therapie findet demnach zwischen den Therapien statt.
Wichtigstes Element des lösungsorientierten Arbeitens ist die Lösungsorientierung. Dafür kann nochmals Charles Dickens‘ Metapher mit dem Schloss herangezogen werden, welche de Shazers gerne benutzte. De Shazer war der Überzeugung, dass es nicht wichtig ist herauszufinden, wie ein Schloss beschaffen ist, weil dies viel zu komplex ist. Viel wichtiger sei es, darüber zu sprechen, wie der Schlüssel oder eben auch der Dietrich beschaffen sein muss, um das Schloss zu öffnen. Und Dietriche öffnen ja bekanntlich verschiedene Schlösser. Auch wenn das Problem für die Klientinnen kompliziert ist, muss die Lösung deswegen nicht ebenso kompliziert sein. Es ist möglich, dass ein einfacher Dietrich ein sehr komplexes Schloss öffnet. In Beratungs- respektive Therapiegesprächen wird also die Lösung des Problems in den Fokus des Klienten gestellt. Der Fokus wird so weg vom Problem hin zu einer Lösung gelenkt. Es geht nicht darum herauszufinden, wo das Problem herkommt, sondern es geht darum herauszufinden, wie die Lösung aussehen soll. Nach dem Motto: von „weg von“ nach „hin zu“. Der Blick richtet sich nach vorne. Aufgabe der TherapeutInnen ist es, die Hoffnungen und Erwartungen zur Lösung der Schwierigkeiten ihrer KlientInnen zu wecken und diese zu erhalten.

Quelle: Bamberger, Günther G. (2005). Lösungsorientierte Beratung. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

2. Konstruktivismus

Was wir sehen, ist nicht was wir sehen, sondern was wir sind.

Fernando Pessoa (1888–1935)
Portugiesischer Dichter

Paul Watzlavick und andere namhafte Konstruktivisten wie Ernst von Glaserfeld und Heinz von Förster gehen davon aus, dass jede Person ihre eigene Interpretation ihrer Umgebung in sich selber konstruiert. Oder wie es Heinz von Förster formuliert: „Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung." (Watzlavick 2007: 40).
Aktuelle Reize unserer Umgebung werden durch unsere Sinne an das Gehirn weitergeleitet. In unserem Gehirn werden diese Reize unter der Nutzung von früheren Lernerfahrungen mit Bedeutung versehen. So werden die neuen „Inputs" mit einem biographisch geprägten Ordnungs- und Bedeutungsraster einsortiert, und dieser Raster bestimmt unseren ureigenen Blick auf die „Wirklichkeit" (vgl. Bamberger 2005: 12). Wir geben allen Sinneswahrnehmungen einen emotionalen Inhalt. Dieser wird durch unsere Vergangenheit und unser momentanes Befinden geprägt. Wir haben alle unsere eigene Wahrnehmung und demzufolge auch unsere eigene Wahrheit. Denn grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass das, was wir wahrnehmen, auch als Wahrheit gelten soll. Jeder Mensch konstruiert sich auf Grund seiner Erfahrungen in der Interaktion mit der Umwelt seine Wirklichkeit. Darüber hinaus beeinflussen diese Wirklichkeitskonstruktionen wiederum das, was diese Person wahrnimmt, wie sie dies bewertet, welche Verhaltenspläne sie daraus entwickelt und demzufolge, wie sie sich auch verhält. Dies bildet einen Rückkoppelungskreislauf, der sich selber verstärkt. Dieser Kreislauf funktioniert so, dass er für das Wohlbefinden und der existentiellen Sicherung im Zusammenleben mit anderen von Nutzen ist. Da auf der Erde rund sechs Milliarden Menschen leben, ergeben sich daraus ebenso viele Wirklichkeiten, welche je nach Situation ein mehr oder weniger grosses Konfliktpotential enthalten (vgl. Bamberger 2005: 13 f).
Konflikte respektive Probleme stellen sich immer in einem gewissen Kontext. Ein Kind, welches in der Klasse gerne den Clown spielt, Witze macht und dabei die Klasse stört, kann als Schauspieler in einem Kindertheater genau von diesem Verhalten profitieren. Anders ausgedrückt stellt sich ein Problem dann, wenn zwei Wirklichkeiten aufeinander treffen. Ausgehend von diesem Gedanken kann man die Aussage machen, dass wenn alle Menschen ihre eigene Wahrheit haben, sie demzufolge auch ihre eigenen Probleme haben, respektive konstruieren. Wenn man diesen Gedanken nun noch zu Ende spinnt, dann kann folgende Aussage gemacht werden: Wenn sich jeder Mensch seine ureigenen Probleme konstruiert, so kann auch nur dieser zur Lösung dieser Probleme etwas beitragen.

3. Systemisches Denken – Systemische Therapie

In der systemischen Therapie sind die Persönlichkeit und deren Beziehungen zum Umfeld wichtig. Therapeutinnen und Therapeuten messen den Kommunikationsmustern grosse Bedeutung zu.

3.1. Zusammenfassung

Das systemische Denken beruht auf einer interdisziplinären Beobachtung: In unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen – Biologie, Physik, Soziologie und Psychologie – gelangten Forscherinnen und Forscher in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu der Erkenntnis, dass die Elemente eines Systems miteinander im Austausch stehen und die Veränderung eines Teils immer auch die eines anderen bewirkt. Zudem hat sich gezeigt, dass das Verhalten eines Elements am besten durch die Art der Kommunikation der Teile erklärt werden kann. In der Psychologie wurde daraufhin damit begonnen, den Blick nicht mehr nur auf eine Person und ihre Symptome, sondern auch auf deren Beziehungen – innerhalb der Familie, Schule, Partnerschaft oder des Arbeitsplatzes – zu richten. Daraus ist die Familientherapie entstanden, aus der ihrerseits im Laufe der Zeit andere systemische Therapieansätze entwickelt worden sind, die für Einzelpersonen geeignet sind.

Einige Grundprinzipien dieser Arbeitsweise sind:

- Eine partnerschaftliche Grundhaltung, wobei Klientinnen und Klienten als Experten für ihre Lebensgestaltung betrachtet werden und auch Eigeninitiative zeigen sollen.
- Die Beratung oder Therapie richtet sich nach dem Anliegen und dem Ziel der Klientinnen und Klienten.
- Die systemische Haltung ist immer ressourcenorientiert. Das heisst die Stärken und Fähigkeiten einer Person sind von grosser Bedeutung für eine Veränderung.
- Die Autonomie eines Menschen hat einen hohen Stellenwert. So sind immer Entscheidungsfreiräume gegeben, die Klientinnen und Klienten für sich nutzen können.
- Der systemische Ansatz vertritt eine klientenzentrierte Haltung. Gemeint ist damit ein Interesse an Ressourcen, Veränderung und Entwicklung der Klientinnen und Klienten sowie ihrer Lebenswelt.

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg entstand in unterschiedlichen Wissenschaftsgebieten eine eindrückliche, fachübergreifend parallele Bewegung: Die Aufmerksamkeit verschob sich von der Untersuchung der Eigenschaften einzelner, isolierter Objekte – wie beispielsweise Individuen, Pflanzen, Atome – hin zur Betrachtung der Wechselbeziehung miteinander interagierender Objekte, die gemeinsam eine übergeordnete Einheit – ein System – bilden.

Das Verhalten der Elemente solcher Systeme kann besser durch die Spielregeln der Kommunikation zwischen ihnen als durch ihre individuellen Eigenschaften erklärt werden.

Ein Beispiel:

> *In einer Firma sind zwei Personen in anhaltende Streitigkeiten miteinander verwickelt. Es könnten mit diesen Mitarbeitern einzeln Gespräche stattfinden. Vielleicht würde danach gefragt werden, welche Eigenschaften denn diese oder die andere Person hat, die zu Querelen führen und wie diese zu verändern wären oder wie besser damit umzugehen wäre. Systemisch betrachtet wären jedoch Gesprächs- und andere Kommunikationsmuster – also die Dinge, welche Beziehung ausmachen – von Interesse und nicht Charakterzüge einzelner Menschen.*

Weil die Kommunikation innerhalb der Familie für ihr Wohl meistens eine besondere Bedeutung hat, entstanden zunächst familientherapeutische Methoden. In den Sitzungen wurde nicht nur – wie in anderen psychotherapeutischen Methoden – *über* die Familie gesprochen. Mutter, Vater, Bruder und Schwester wurden mit der Therapeutin oder dem Therapeuten in einen Raum gesteckt und mussten sich gemeinsam und vor seinen Augen unterhalten. Die Interventionen der Therapeuten richteten sich nicht mehr darauf, Individuen oder ihre Psyche zu verändern, sondern deren Kommunikationsmuster zu beeinflussen. Im Laufe der Zeit befassten sich verschiedene Forschungsgruppen in allen Teilen der Welt mit Kommunikation und deren Mustern innerhalb von Systemen. Die „Mailänder Gruppe“ bezeichnete ihre Arbeit und ihre Methoden auf Englisch als *systemic* und begründete so den Begriff *systemisch*, der im deutschsprachigen Raum in den Fachjargon eingeflossen ist.

3.2. Ein interdisziplinärer Ansatz

Seit Beginn der 80er Jahre hat sich die systemische Psychotherapie über den Rahmen der Familientherapie hinaus zu einem Ansatz mit eigenen klinischen Theorien und Praxisformen entwickelt. Systemische Praxis setzt kein bestimmtes Setting – wie die persönliche Teilnahme am Gespräch – voraus. Ihr Anwendungsbereich reicht von Einzelpersonen über Paare und Mehrpersonenkonstellationen – Familien, Gruppen, Organisationen – bis hin zu Supervision und Teamentwicklung. Systemisch bezeichnet nicht nur einen Therapieansatz, sondern auch ein umfassendes Praxis- und Wissenschaftsprogramm, das sich nicht auf Psychologie eingrenzen lässt, dafür aber eine besondere Relevanz besitzt. Inzwischen ist dieser Ansatz in vielen Wissenschaftszweigen – von der Physik über die Soziologie und die Psychologie bis zur Literaturwissenschaft – zu einer wichtigen Grundlage geworden.

3.3. Wahrnehmung ist subjektiv

In der weiteren Entwicklung fand eine neue entscheidende Erkenntnis Eingang in die Tätigkeit der Berater und Therapeuten: Arbeiten sie mit Familien, in denen ein oder mehrere Mitglieder ein verschobenes Weltbild entwickelt haben, stellt sich aus systemischer Sicht zwangsläufig die Frage, wie ein solches Weltbild in der Kommunikation mit der Umwelt zustande gekommen ist, wie es aufrechterhalten oder allenfalls verändert werden kann. Die Antworten, die sich aus der Theorie und der Erfahrung in der Praxis ergeben, sind Teil des *radikalen Konstruktivismus*. Wir Menschen können nie feststellen, wie die Welt wirklich geordnet ist. Wir können immer nur Modelle von ihr konstruieren, die zu ihr passen. An diesen Wirklichkeitskonstruktionen orientiert sich unser Verhalten. Dabei können wir immer nur feststellen, wo und wann unser Weltbild nicht zur Welt passt. Jemand rennt beispielsweise mit dem Kopf gegen eine Wand, weil er eine Tür „sieht“. Das zu dieser Konstruktion passende Loch in der Wand lässt sich aber nicht finden. Diese Erkenntnisse haben Konsequenzen: Es gibt eine Vielzahl möglicher Weltbilder, die zur Welt passen und mit deren Hilfe wir leben und überleben können. Das bedeutet auch, dass sich die Wahrheit unserer Konstrukte immer nur widerlegen, nicht aber bestätigen lässt. Jeder Mensch lebt demnach in seiner individuellen, autonomen Welt. Damit sich die Weltbilder mehrerer Menschen ähnlich sind oder gleichen, bedarf es der Abstimmung mittels Kommunikation. Wir erstellen so genannte Konventionen oder Übereinkünfte. Eine weitere Folge aus dieser Erkenntnis ist: Wer eine systemtheoretisch begründete Position vertritt, darf niemals für sich beanspruchen, im Besitz der Wahrheit zu sein. Systemische Therapeutinnen und Therapeuten wissen demnach nicht, welche Lösung für eine Klientin oder einen Klienten anzustreben ist. Was in einem sozialen System wahr ist, muss ausgehandelt werden und ist dem Wandel unterworfen. Dasselbe gilt für die Werte, die unser Handeln leiten. Wenn jeder Mensch sein Weltbild selbst konstruiert, so bleibt die Verantwortung für die Werte, denen er sich verpflichtet fühlt, bei ihm selbst.

3.4. Ablauf und Prozessgestaltung

Aus der oben beschriebenen Grundlage der Systemtheorie haben zahlreiche Gruppen eine systemische Therapie entwickelt, deren Handlungsansätze sich mehr oder weniger unterscheiden. Eine definitive Festschreibung systemischer Therapie dürfte wohl kaum gelingen und würde ihrem Anspruch auf einen flexiblen und entwicklungsfähigen Umgang mit der Komplexität der menschlichen Psyche nicht entsprechen. Dennoch gibt es zahlreiche Gemeinsamkeiten, die hier kurz benannt werden sollen.

- Die systemische Therapie räumt in ihrem Menschenbild der Autonomie des Menschen einen hohen Stellenwert ein. Klientinnen und Klienten sollen eine freie

Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer Therapie oder Beratung treffen können. Diese Wahlfreiheit und die von Klientinnen und Klienten geforderte Aktivität soll während des gesamten Verlaufs hindurch möglich sein.

- In der systemischen Therapie wird eine partnerschaftliche Grundhaltung vorausgesetzt, die als Kooperation bezeichnet werden könnte. Die Rolle der Therapeutin oder des Therapeuten besteht im Schaffen von günstigen Bedingungen für Veränderung. Therapeutinnen und Therapeuten sind Experten im Gestalten des Prozesses, Klientin oder Klient sind Experten für ihre Lebensführung und Zielsetzungen.
- Eine weitere Grundhaltung manifestiert sich in der Orientierung an Anliegen und Auftrag der Klientin oder des Klienten und im Verzicht auf normative Zielsetzungen und Pathologisierungen sowie in der konsequenten Lösungs- und Ressourcenorientierung.
- Auch in der ressourcenorientierten Grundhaltung der systemischen Therapieansätze haben Klientinnen und Klienten genügend Raum, ihre Lebenssituation und Probleme darzustellen. Aus den bisherigen Versuchen der Problembewältigung lassen sich Lösungsansätze entwickeln. Der systemische Ansatz geht allerdings davon aus, dass eine detaillierte Analyse von Problemen nicht immer eine notwendige Voraussetzung für Veränderungen darstellt. Nützlich ist die Entwicklung einer Vorstellung über den angestrebten Zustand, der beschreibt, wie es einmal sein soll.
- Von besonderem Interesse ist die Gestaltung und der Verlauf zwischenmenschlicher Beziehungen sowie das individuelle innere Erlebens- und Verhaltensmuster. Wichtig sind zudem die Bedeutungen, die der Mensch seinem Erleben und seinen Beziehungen beimisst.
- Wenn die Welt, in der wir leben, von uns selbst laufend erfunden wird, dann kann es nicht sein, dass eine Therapeutin oder ein Therapeut weiss, was gut für jemanden ist und was dafür zu tun ist. So zielt die systemische Therapie nicht auf konkrete Handlungsanweisungen, sondern auf das Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit von Veränderung – oder in der systemischen Sprache: von Selbstorganisation.
- Eine weitere Gemeinsamkeit der unterschiedlichen systemischen Therapieansätze ist die grosse Aufmerksamkeit, die der Qualität und dem Prozess der Therapeut-Klient-Beziehung geschenkt wird.
- Eine zentrale Rolle für die Entwicklung, aber auch für die Lösung menschlicher Probleme wird der Sprache zugeordnet. Von besonderer Bedeutung ist, wie Klientinnen und Klienten mit Hilfe der Sprache Wirklichkeiten erzeugen und

aufrechterhalten. Damit können auch die Veränderung von Wirklichkeiten und erwünschte Wirklichkeiten gefördert werden.

Diese Grundannahmen haben sich in der Beratung und Therapie als sehr hilfreich erwiesen, was die jüngere Psychotherapieforschung belegt. Unbestritten ist, dass die gemeinsame Suche nach Möglichkeiten zur Veränderung und der Unterstützung von den Klientinnen und Klienten gut aufgenommen und als hilfreich eingestuft wird. Das bestätigen auch Berater und Therapeuten, die sich anderen Methoden und Konzepten verpflichtet fühlen. Immer mehr Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten und Psychoanalytiker übernehmen die systemischen Ansätze und Methoden.

Quelle: http://www.beratungszentrum-baden.ch/pdf/systemisches_denken.pdf

4. Lösungsorientierte Annahmen

Auf der Basis des Konstruktivismus, des Paradigmenwechsels von „Lösungen finden statt Probleme lösen“ und des systemischen Denkens haben Kaspar und Marianne Bäschlin (2006: 20-23) sieben lösungsorientierte Annahmen entwickelt. Diese Annahmen repräsentieren auf einer sprachlichen Ebene die Haltung des lösungsorientierten Ansatzes. Da sich Haltung immer in Form von Verhalten zeigt, werden die sieben lösungsorientierten Annahmen auf der Verhaltenseben beschrieben.

Annahme 1: **Probleme sind Herausforderungen, die jeder auf seine persönliche Art zu bewältigen sucht.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden wertschätzen die Anstrengungen der Problemlösungsstrategien der KlientenInnen, in dem sie diese hervorheben und positiv konnotieren.

Annahme 2: **Wir gehen davon aus, dass alle Menschen ihrem Leben einen positiven Sinn geben wollen und dass die nötigen Ressourcen dazu vorhanden sind. In eigener Sache sind wir alle kundig und kompetent.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden sehen Lösungsversuche als das was sie sind: hilfreiche Strategien, welche dem Wohlbefinden und dem Überleben dienen oder auch dienten. Sie lenken das Augenmerk der Klienten auf diese Fähigkeiten und Ressourcen und wertschätzen diese. Indem die Klienten kundig und kompetent sind, nehmen die lösungsorientiert Arbeitenden eine fragende Haltung ein.

Annahme 3: **Es ist hilfreich und nützlich, dem Gegenüber sorgfältig zuzuhören und ernst zu nehmen, was er/sie sagt.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden haben die Haltung des „Nichtwissens“. Sie vermeiden es, ihre eigenen Gedanken und Strategien den KlientenInnen überzustülpen. Vielmehr stellen sie Fragen zum Gehörten, um dies in einem neuen Bild erscheinen zu lassen.

Annahme 4: **Wenn du dich am Gelingen und an den nächsten kleinen Schritten orientierst, findest du eher einen Weg.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden fokussieren auf das bereits Gelungene und machen das, was von den KlientenInnen oft als selbstverständlich angesehen wird, gross und wichtig. Sie helfen den KlientInnen das Ziel, durch das aufteilen in kleine Schritte, erreichbar zu machen.

Annahme 5: **Nichts ist immer gleich, Ausnahmen deuten auf Lösungen hin.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden helfen den KlientenInnen, den Blick auf Ausnahmen in einem Problem zu legen, um die Ressourcen dahinter aufzudecken. Diese aufgedeckten Ressourcen werden genutzt um darauf aufzubauen. Sie bilden das Saatkorn für eine positive Veränderung des Problems.

Annahme 6: **Menschen beeinflussen sich gegenseitig. Sie kooperieren und entwickeln sich eher und leichter in einem Umfeld, das ihre Stärken und Fähigkeiten unterstützt.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden nutzen die systemische Sicht, indem sie durch zirkuläres Fragen (vgl. Schwing/Fryszer 2009: 209f) den Fokus auf die Stärken und Ressourcen ihrer KlientenInnen legen und diese transparent machen.

Annahme 7: **Jede Reaktion ist eine Form von Kooperation, Widerstand auch.**

Die lösungsorientiert Arbeitenden gehen davon aus, dass jeder Mensch gute Gründe für sein Verhalten hat und melden dies auch zurück. Sie nutzen die Energie des Widerstandes, indem sie diese zum Anlass nehmen die Zukunft zu gestallten.

5. Lösungsorientierte Haltung

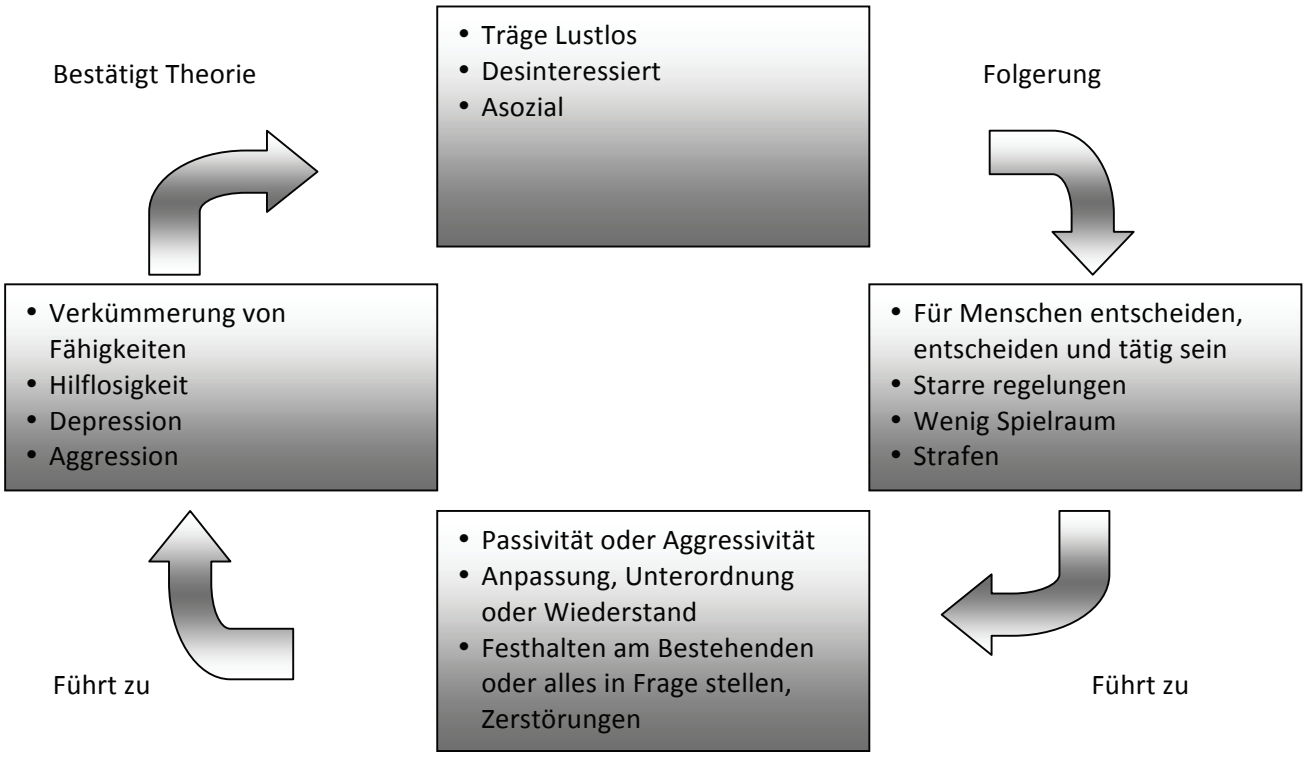
Ausgehend von den beschriebenen Prämissen Konstruktivismus, soziale Systemik, dem Paradigmenwechsel, dass die Lösung und nicht das Problem im Zentrum stehen soll und den lösungsorientierten Annahmen von Kaspar und Marianne Bäschlin können nun die wichtigsten Elemente einer lösungsorientierten Haltung abgeleitet werden.

Die lösungsorientierte Haltung:

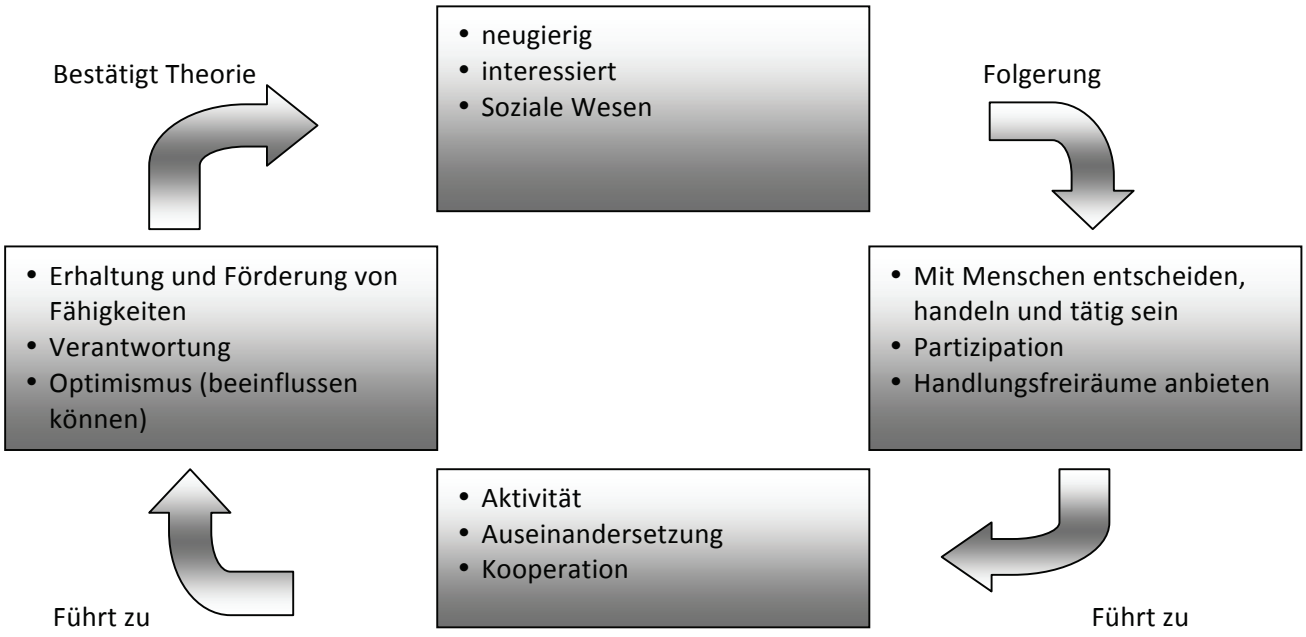
- **nimmt die Probleme, welche die KlientenInnen zu einer Beratung geführt haben, ernst und geht davon aus, dass diese Probleme auch wirklich echte Probleme für die KlientenInnen sind. Sie wertschätzt dies.**
- **geht davon aus, dass die Wirklichkeit der KlientenInnen bisweilen Sinn gemacht und ihnen bisher geholfen hat in Ihrer Umwelt zu bestehen und auch zu überleben. Sie wertschätzt dies.**
- **ist sich dessen bewusst, dass sie durch das vom Klienten Gesagte, ihre eigene Wirklichkeit machen, welches nichts mit der Wirklichkeit des Klienten zu tun haben muss.**
- **geht davon aus, dass die KlientenInnen Experten für ihr Leben und demzufolge auch für die Lösung ihrer Probleme sind.**
- **sieht sich nicht als ExpertenIn für die Probleme der KlientenInnen, sondern viel mehr als Wegbegleiter einer Neukonstruktion der Wirklichkeit. Dadurch nimmt sie eine fragende Haltung ein.**
- **stellt die Lösung ins Zentrum und nicht die Analyse der Probleme.**
- **entdeckt Ressourcen und nutzt diese zur Konstruktion von Lösungen.**
- **geht davon aus, dass Lösungen nicht direkt mit dem Problem zu tun haben müssen.**
- **geht davon aus, dass problembehaftetes nichts statisches an sich hat, sondern alles immer in Bewegung ist und desshalb auch veränderbar ist.**

6. Menschenbild

Negativ: „Menschen sind von Natur aus“



Positiv: „Menschen „sind von Natur aus“



(Baeschlin, Marianne und Kaspar (2007). S. 12. Im lösungsorientierten Umgang mit sich selbst. Winterthur. ZLB)

7. Loben, ein wichtiges Element im Lernprozess

Tadeln ist leicht; deshalb versuchen sich so viele darin. Mit Verstand zu loben ist schwer; darum tun es so wenige.

Anselm Feuerbach (1829–1880)
Deutscher Maler

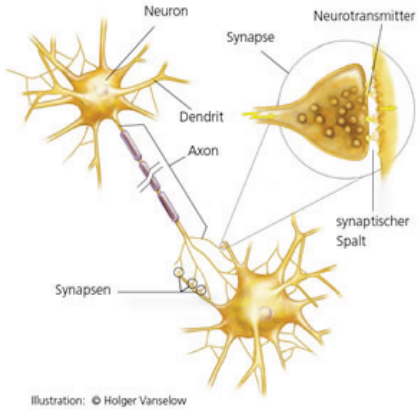
Der Mensch ist zeitlebens ein lernendes Wesen. Dieser Prozess beginnt bei der Geburt und endet mit dem Tod jedes Einzelnen. In unserer westlichen Kultur wird der gesellschaftliche Fokus für den Prozess des Lernens in erster Linie auf das Fehlende, das Fehlerhafte oder den Fehler schlechthin gelegt. Der Volksmund sagt: „Aus Fehlern lernt man!“ Dadurch, dass der Fehler ins Zentrum gestellt wird, versucht man, den Lernprozess zu beeinflussen. In der Schule werden beispielsweise die Fehler in der Rechtschreibung rot markiert. Im pädagogischen Alltag werden Kinder darauf hingewiesen, was sie alles noch nicht können oder was sie alles falsch machen. Als letzte Konsequenz werden Fehler dann bestraft mit der trügerischen Hoffnung, dass das Gegenüber daraus etwas lernt.

Die wertschätzende Haltung des lösungsorientierten Ansatzes stellt das Vorhandene ins Zentrum und meldet dies dem Gegenüber zurück. Steve de Shazer verkehrte dadurch den bis dahin allgemein gültigen Terminus des Fehler- respektive Problemdenkens. Das Fokussieren auf das Vorhandene und das Erkennen von Fähigkeiten wird dem Gegenüber rückgemeldet. Dadurch werden Lob und Anerkennung zu einem wichtigen Arbeitsinstrument der lösungsorientiert Arbeitenden. Durch die gesellschaftsbedingte Problemorientierung, in der auch wir aufgewachsen sind, braucht es daher einen Paradigmenwechsel, um diese wertschätzende Haltung auch im Alltag umsetzen zu können. Erkenntnisse aus der Hirnforschung und der Lernpsychologie untermauern mittlerweile die Erfahrungen aus dem lösungsorientierten Ansatz, dass Wertschätzung und Lob die Lernprozesse positiv beeinflussen.

7.1. Unser Gehirn

Um das Loben auf den Prozess des Lernens näher zu betrachten ist es notwendig, die Funktionsweise des Gehirns näher zu betrachten. Das Gehirn ist wohl das komplexeste Organ des menschlichen Körpers und wird seit langem erforscht. Mit Hilfe der neusten Errungenschaften der Technik gelingen immer tiefere Einblicke ins Gehirn und dadurch auch in die Geheimnisse des Lernens.

Zusammen mit dem Rückenmark bildet das Gehirn das Zentralnervensystem. Unser Zentralnervensystem besteht aus zirka 100 Milliarden Nervenzellen (Neuronen). Die Nervenzellen sind sehr kompliziert aufgebaut und stehen in einem komplexen System zueinander. Die Neuronen sind durch Synapsen miteinander verbunden.



Nervenzellen

Das Gehirn ist durch unsere Sinne (Sehen, Riechen, Hören, Schmecken, Fühlen) mit der Aussenwelt verbunden. Reize, wie zum Beispiel eine Berührung an der Kuppe des kleinen Fingers, werden in Form von Impulsen via Nerven an das Gehirn weitergeleitet. Diese Impulse sind immer gleich. Das heisst sie sind weder gross noch klein, noch dick noch dünn, noch sind sie bunt. Es sind einfach immer gleichbleibende Impulse, und unser Gehirn wandelt die Impulse in Sehen, Riechen Schmecken und so weiter um. Wenn nun mehrere benachbarte Neuronen, die via Synapsen miteinander verbunden sind, gleichzeitig aktiv sind, sprich die Impulse über diese hinweglaufen, verändern sich die synaptischen Verbindungen jedes Mal ein ganz klein wenig. Diesen Vorgang beschreibt Manfred Spitzer, ein Neurowissenschaftler und Buchautor mit Schwerpunkt auf dem Lernen mit psychologischem Hintergrund, ganz kurz und einfach als „Lernen“. Die Synapsen von Neuronen, welche regelmässig einem Impuls ausgesetzt sind, werden dadurch mit der Zeit dicker. Nebst der Häufigkeit ist noch ein zweiter Faktor massgebend, der die synaptischen Verbindungen beeinflusst: die Ähnlichkeit der Impulse. Wenn nun unterhalb der Fingerkuppe des kleinen Fingers eine Berührung stattfindet, so gehen diese Impulse ebenso über die Synapsen und verändern diese. Die Häufigkeit und die Ähnlichkeit der Impulse, welche über die Synapsen der benachbarten Nervenzellen gehen, beeinflussen die Stärke der Verbindung zwischen den Nervenzellen. Salopp gesagt heisst dies nun, dass stärkere synaptische Verbindungen einen anderen Effekt bei der Nachbarzelle erzielen, als wenn eine schwache Verbindung besteht (vgl. Spitzer 2003: DVD-Vortrag). Auf das Lernen übertragen heisst dies wiederum, dass Häufigkeit und Ähnlichkeit von Sinnesreizungen unseren Lernprozess beeinflussen.

7.2. Was beeinflusst das Lernen

Nun wissen wir, wie das Lernen in unserem Gehirn vonstattengeht. Sicherlich haben schon alle Leser selber erfahren, dass es Momente gibt, in denen wir besser oder schlechter lernen. In solchen Momenten gelingt es, das Gehörte, Gesehene oder auch Gelesene besser zu behalten, um uns später daran zu erinnern. Manfred Spitzer hebt vier Elemente hervor, die das Lernen im Wesentlichen beeinflussen.

7.2.1. Vigilanz

Der Begriff Vigilanz kommt aus dem Lateinischen und heisst übersetzt „Wachheit“ oder „Schlauheit“. Er beschreibt den Wachheitsgrad von Menschen, der es ermöglicht, auf kleinste zufallsgerichtete also nicht vorhersehbare Veränderungen in unserer Umwelt zu reagieren. Dieser Zustand kann von hellwach bis zu komatös reichen. Unser Grad der Vigilanz beeinflusst also, ob wir kleine Veränderungen in unserer Umgebung wahrnehmen können oder nicht. Als in der Steinzeit die Männer zur Jagd gingen, musste ihre Vigilanz sehr hoch sein. Wenn ein Säbelzahntiger in einem Busch lauert und die Vigilanz der Jäger in Richtung komatös tendierte, dann war die Chance gross, dass nicht der Säbelzahntiger zur Speise in die Höhle getragen wurde, sondern umgekehrt. In Versuchen wurde aufgezeigt, dass durch einen akustischen Reiz die Vigilanz der Probanden erhöht werden konnte. Den Probanden, welche dem akustischen Reiz ausgesetzt waren, gelang es besser, in einer Konzentrationsübung Kleinbuchstaben von Grossbuchstaben zu unterscheiden, als den Probanden, die keinem akustischen Reiz ausgesetzt waren. Dadurch wurde bewiesen, dass die Leistungsfähigkeit durch eine erhöhte Vigilanz gefördert wird (vgl. Spitzer 2007: 142).

7.2.2. Selektive Aufmerksamkeit

Die Welt um uns herum bietet eine Unmenge von Reizen, die ständig über uns hereinprasseln. Trotzdem, oder vielmehr auch zum Glück, nehmen wir diese nur bedingt wahr. Nur wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf etwas fokussieren, dringt dies in unser Bewusstsein. Wenn wir beim Sehen an der Peripherie etwas wahrnehmen, richten wir unseren Blick darauf und stellen es ins Zentrum und somit in unsere Aufmerksamkeit. Die selektive Aufmerksamkeit ist vergleichbar mit einem Scheinwerfer. Was der Scheinwerfer anleuchtet, ist beleuchtet und somit erkennbar. Dieser Scheinwerfer ist nicht teilbar. Wir haben also nicht die Fähigkeit, mit zwei Scheinwerfern verschiedene Gegebenheiten gleichzeitig ins Zentrum zu stellen. Die einzige Veränderungsmöglichkeit besteht im Einstellen des Durchmessers unseres Scheinwerfers. Dieser hängt davon ab, wie vielen Reizen wir sonst noch ausgesetzt sind. In einer reizüberfluteten Umgebung ist es schwieriger oder gar unmöglich, den Durchmesser des Scheinwerfers gross zu halten. Das heisst also, dass unsere Aufmerksamkeit auf ein mehr oder weniger gleichgrosses Kontingent an Reizen

beschränkt ist. Sind die irrelevanten Reize stark, vermindert sich die Aufmerksamkeit für die relevanten Reize. Sind die irrelevanten Reize gering, erhöht sich die Aufmerksamkeit für die relevanten Reize. Die erhöhte Aufmerksamkeit hat zur Folge, dass die Aktivität in den jeweils relevanten Hirnarealen zunimmt und der Austausch zwischen den Neuronen über die Synapsen angeregt wird. Die synaptischen Verbindungen werden verstärkt und dies wiederum bedeutet, dass wir etwas lernen.
Das heisst also, dass unsere Merkfähigkeit von der selektiven Wahrnehmung abhängig ist: Je aufmerksamer ein Mensch ist, desto besser kann er bestimmte Inhalte behalten (vgl. Spitzer 2007: 143–156).

7.2.3.Emotionen

Dass Emotionen beim Lernen eine grosse Rolle spielen, scheint unbestritten. Die Frage ist vielmehr, was denn diese Rolle ist. Emotionen kann man auf einer Stärkeachse x in „viel“ und „wenig“ und einer Valenzachse y in „positiv“ und „negativ“ darstellen. Wissenschaftler haben durch Versuche mit Probanden nachgewiesen, dass eine hohe emotionale Beteiligung das Lernen einzelner Fakten erheblich verbessert. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Emotionen positiv oder negativ sind. Emotionen zeigen sich auch in körperlichen Reaktionen. Unser Körper reagiert dabei viel schneller als unser Verstand. Wenn wir Angst haben, hat unser Körper durch erhöhten Blutdruck und Herzschlag und einer vermehrten Muskelanspannung schon lange auf eine Gegebenheit reagiert, bevor wir dies überhaupt bewusst wahrnehmen. Evolutionstechnisch ist dies auch sinnvoll: Wenn der Säbelzahntiger auf uns zu rennt und wir mittels bewusster Wahrnehmung und Entscheidungen unserem Körper Anweisungen geben müssten, dass sich der Puls und der Blutdruck erhöht und unsere Muskeln sich anspannen, wären wir schon lange gefressen. Deshalb bereitet uns diese Angst darauf vor, entweder zu kämpfen oder zu fliehen, und für beides ist der obgenannte körperliche Zustand sehr hilfreich. Für diesen Ablauf ist ein kleiner Teil in unserem Gehirn verantwortlich: der Mandelkern. Der Mensch ist in diesem körperlichen Zustand nicht mehr fähig, über das Bewusstsein Probleme zu lösen oder komplexe Dinge zu lernen. Der Selbsterhaltungstrieb springt an, und unsere bewusste Handlungsfähigkeit ist reduziert. Das führt beispielsweise zum Problem der Prüfungsangst. Komplexe mathematische Probleme zu lösen, in einem körperlichen Zustand der Angst, ist dann nicht mehr möglich. Im Umgekehrten bewirkt Angst zwar rasches Lernen. Dies bezieht sich jedoch jeweils nur auf ein einzelnes Faktum. Also ist es sicherlich möglich, in einem Zustand der Angst Französischvokabeln zu lernen, was auch funktioniert. Allerdings wird beim Abrufen des Gelernten auch immer der Gefühlszustand der Angst abgerufen. Und dies wiederum schränkt unsere Handlungsfähigkeit ein. Was wir beim Lernen wollen, ist das Verknüpfen des Neuzulernenden mit dem bereits Bekannten. Wir wollen, dass das Gelernte auf viele

Situationen und Beispiele angewandt werden kann. Und dies ist nur mit Hilfe von positiven Emotionen möglich, da dadurch die einzelnen zuständigen Hirnareale anspringen und sich vernetzen und nicht wie beim negativen Lernen nur der Mandelkern aktiv ist. Anhand wissenschaftlicher Untersuchungen wurde dies auch bewiesen. So wie wir beim „negativen Lernen“ durch Wiederholen die negativen Gefühle hervorrufen, rufen wir auch beim „positiven Lernen“ die positiven Gefühle hervor. Dies fördert auch unsere Motivation, wobei wir nun beim letzten Einflussfaktor des Lernens sind (vgl. Spitzer 2007: 157–171).

7.2.4.Motivation

Jetzt kommen die Hormone ins Spiel, welche einen wesentlichen Einfluss auf unser Sein und Wohlbefinden ausüben. In Bezug auf das Lernen ist das Hormon Dopamin massgebend. Dopamin ist ein Neurotransmitter. Dieser gewährleistet den Übergang der Impulse von einem Neuron auf das andere via Synapse (vgl. Croisile 2004: 57). Als Faustregel gilt, je mehr Dopamin, desto besser der Übergang und je weniger Dopamin, desto schlechter geht der Impuls über die Synapse zu den Neuronen. Dies wiederum bedeutet, dass sich synaptische Verbindungen besser verstärken, wenn mehr Dopamin ausgeschüttet wird und dies wiederum fördert das Lernen. Nun stellt sich natürlich die Frage, wie und wann das Dopamin ausgeschüttet wird.
Unser Gehirn ist kontinuierlich damit beschäftigt, unsere Umwelt zu ordnen und absehbar zu machen. Es denkt also ständig voraus, um uns bestmöglich auf unsere unmittelbare Zukunft vorzubereiten. Aus diesem Grund ist zum Beispiel beim Lesen am Anfang eines Satzes die Aufmerksamkeit am höchsten. Mit jedem Wort, das gelesen wird, versucht unser Gehirn, das Satzende etwas genauer vorauszusagen, was ihm auch in den allermeisten Fällen gelingt. Entspricht das Erwartete der Realität, wird das Ereignis als normal verbucht und nicht weiter verarbeitet. Ist das Ergebnis jedoch besser als erwartet, schüttet unser Körper Dopamin aus. Dopamin ist eine opiumartige Substanz. Man könnte also sagen, dass sich unser Gehirn selber belohnt. Die Ausschüttung von Dopamin hat wie bereits oben erwähnt, Auswirkung auf die synaptischen Verbindungen und sorgt dazu noch für ein gutes Gefühl. Und das ist das, was wir beim Lernen gerne erreichen wollen: Es soll Spass machen (vgl. Spitzer 2007: 176–195). Deshalb haben wir in unserem Gehirn ein eigenes Belohnungssystem, welches immer am Laufen, respektive immer auf Stand-by ist. Wir können es nicht ein- oder ausschalten nach dem Motto: „Jetzt motivier ich mich einmal.“ Es ist wie mit dem Hungergefühl. Der Hunger kommt von alleine, wir können ihn nicht erzeugen. Durch Versuche an Probanden wurde nachgewiesen, dass Musik die Dopaminausschüttung anstösst, also unser Belohnungssystem anregt. Beim Schokoladeessen passiert dies ebenso, wie wenn eine gutaussehende Person uns anschaut oder eine unsympathische

Person wegschaut. Das Belohnungssystem springt aber auch schon an, wenn wir ein nettes Wort hören oder gelobt werden.

7.3. Loben unterstützt den Lernprozess

Wenn wir nun gelobt werden, wird in unserem Gehirn Dopamin ausgeschüttet. Dopamin fördert die synaptischen Verbindungen. Dadurch wird die Lerngeschwindigkeit und die Lerntiefe erhöht. Auf die Emotionen hat dieser Vorgang einen positiven Einfluss. Wir fühlen uns dabei gut. Lernen macht Spass, und wir erkennen den Erfolg. Durch die positiven Emotionen wird die selektive Wahrnehmung fokussierter. Es gelingt dabei besser, sich auf lernrelevante Inhalte zu konzentrieren. Zu guter Letzt hat Lob auch einen positiven Einfluss auf die Vigilanz. Durch die positiven Emotionen werden wir neugierig und wach.

Quellen: Spitzer, Manfred (2007). Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Springer Verlag

Croisile, Bernard (2004). Unser Gedächtnis. Darmstadt: WBG

8. Reframing

Drei Mönche betrachten eine Fahne. Sagt der erste: „Die Fahne bewegt sich." Sagt der zweite: „Der Wind bewegt sich." Sagt der dritte: „Der Geist bewegt sich."

(Aus der buddhistischen Heilslehre)

Reframing bezeichnet den Prozess, durch den als problematisch empfundene Verhaltensweisen, Ereignisse, Gedanken oder Empfindungen so umgedeutet werden, dass neue/andere Bewertungen und mit ihnen verbunden neue/andere Empfindungen und neue/andere Handlungen entstehen können.

Oftmals befinden wir uns in einem engen und starren Wahrnehmungsrahmen. Wir haben ausschliesslich das Problem vor Augen und äussern dies zum Beispiel mit den Worten: „Immer ist der so aggressiv" oder auch: „Ich bin einfach zu faul, um etwas neues anzufangen." Dieser Wahrnehmungsrahmen erschwert eine Problemlösung. Durch Reframing kann der Situation jedoch zu einer völlig neuen Bedeutung verholfen werden, indem wir beispielsweise:

- das Problem als verdammtes Pech interpretieren, das jeden hätte treffen können (externale Attributation),
- im Problemverhalten eine indirekte Art und Weise erkennen, jemanden dazu zu bringen, dass dieser etwas Bestimmtes tut beziehungsweise nicht tut, was vielleicht für den Erhalt einer Beziehung sehr wichtig sein kann (instrumentale Attributation),
- die symptomatische Reaktionen als Ausdruck latenter Fähigkeiten und Ressourcen begreifen, die in einem anderen Kontext durchaus positiv erlebt werden (ressourcenorientierte Attributation) oder
- das ganze Problem als eine Herausforderung zu verstehen lernen, um das bisherige Lebenskonzept zu erweitern und persönlich zu wachsen (utilisierende Attributation).

Sobald wir unsere Situation anders sehen und bewerten, vermögen wir uns auch anders zu verhalten. Dies wiederum ermöglicht uns neue Erfahrungen. Diese neuen Erfahrungen wirken auf unser Verhalten, welches dann wiederum unsere Erfahrungen prägt. So etabliert sich schliesslich ein positiver Rückkopplungsprozess.

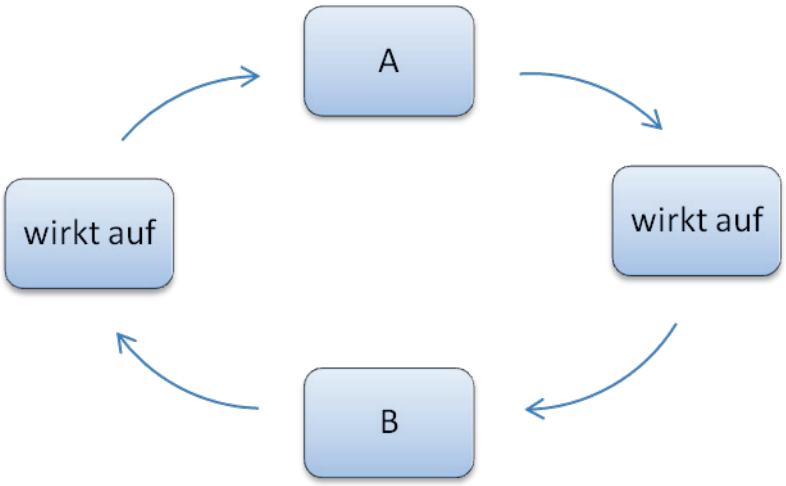
Auf der Ebene einer Beratung ist der Berater also ein „Moderator für die Generierung von alternativen Wirklichkeiten" oder ein „Erzähler, der alte Geschichten neu erzählt" oder auch ein „Entführer aus Bedeutungsgefängnissen von Wörtern".

Quelle: Bamberger, Günther (2005). Lösungsorientierte Beratung. 3. Auflage. Basel: Beltz Verlag

9. Zirkuläres Fragen

9.1. Zirkularität

Zirkularität ist ein systemischer Begriff und bezeichnet eine Haltung oder Sichtweise, mit der wir Dinge in ihrer Wechselwirkung aufeinander betrachten. A wirkt auf B ein, worauf B wieder auf A einwirkt und A wiederum auf B und so weiter. Wo dieser Prozess anfängt lässt sich nicht sagen. Das Geschehen wird als Wechselwirkung zwischen den Beteiligten oder den Ereignissen gesehen, eine Haltung ist Folge vorhergehender Prozesse und gleichzeitig Ursache für weitere Aktionen.



Beispiel

Ein Ehepaar hat Probleme in der Beziehung, es hat das Gefühl, dass es sich auseinanderlebt. Die Frau meint, dass ihr Mann ihr keinen Raum lässt, und zieht sich deswegen vermehrt zurück. Der Mann nimmt den Rückzug wahr und schenkt ihr vermehrt Aufmerksamkeit. Sie ist verärgert darüber, dass ihr Mann ihr dabei noch weniger Raum lässt und zieht sich noch mehr zurück, worauf der Mann anfängt, ihr Geschenke zu machen.

9.2. Zirkuläres Fragen

Die zirkulären Fragen untersuchen die Wechselwirkungen im System, vor allem Wechselwirkungen zwischen dem Problem/Symptom und dem Kontext, in dem es sich befindet:

- die Beziehung der Mitglieder des Systems und ihre Unterschiede,
- deren Sichtweisen und Vorstellungen über Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft,
- Ereignisse in der Vergangenheit und Zukunft,
- Reaktionen auf Ereignisse und Unterschiede in den Reaktionen.

Im systemischen Arbeiten werden Probleme kontextualisiert. Dadurch werden die Sichtweisen der Systemmitglieder, von denen Probleme oder Symptome oft individualisiert

gesehen werden, verstört. Zirkuläre Fragen erfüllen genau diesen Zweck und können somit als Herzstück des systemischen Arbeitens gesehen werden.

Beispiele: Die Fragebeispiele sind Möglichkeiten, welche in einem gewissen Kontext gestellt werden könnten.

Frage an Ehefrau:	Was findet Ihr Mann an Ihnen attraktiv, was ihn dazu veranlasst Ihre Nähe zu suchen?
Frage an Ehemann:	Was denken Sie, wie erklärt sich Ihre Frau Ihre guten Absichten, die Sie haben, wenn Sie ihre Nähe suchen?
Frage an Ehefrau:	Wenn ich Ihren Mann Fragen würde, wie er die ganze Sache noch viel schlimmer machen könnte, was würde er wohl antworten?
Frage an Ehemann:	Wie erklärt sich Ihre Frau Ihr Verhalten?
Frage an Ehefrau:	Wie fühlt sich Ihr Ehemann, wenn Sie sich zurückziehen?
Frage an Ehemann:	Angenommen Sie würden Ihrer Frau mehr Raum lassen, wie würde diese wohl reagieren?
Frage an beide:	Was würde ein guter Freund Ihnen raten, damit sich Ihre Situation verbessert?

Quelle: Schwing, Rainer (2009). Systemisches Handwerk. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH (vgl. S. 209–212)

10. Wer, wie, was ... Die Theorie hinter den (W-)Fragen

„Ob ein Mensch klug ist, erkennt man viel besser an seinen Fragen als an seinen Antworten.“

François Gaston de Lévis (1719–1787)
Französischer Offizier

10.1. Definition

Eine Frage ist eine Äußerung, mit der der Sprecher/Schreiber eine Antwort zwecks Beseitigung einer Wissenslücke herausfordert (Ausnahmen: rhetorische Frage und uneigentliche Rede). Die Antwort ist ein Satz, der die Leerstelle ausfüllt, die in einer Frage stets enthalten ist. Die Begriffe Frage und Antwort bilden ein Begriffspaar. Die Linguistik bestimmt Fragen als Sprechakte, speziell als illokutive Akte, die Wissenstransfer bezwecken. Fragen werden in der Form von Fragesätzen verschiedenen Typs geäußert; Sätze, die der Form nach Fragesätze sind, verfolgen aber oft auch andere Ziele wie die Aufforderung.
(Quelle: de.wikipedia.org/wiki/Frage)

Im Gegensatz zum journalistischen Fragestellen, wo es darum geht, Informationen zu erhalten, werden in der lösungsorientierten Pädagogik und Therapie Fragen dafür genutzt, den Klienten zum Nachdenken anzuregen. Durch das Fragen kann es beim Gegenüber zu einem Paradigmenwechsel in seinen Themen kommen.

10.2. Fragetechnik

Unter einer Fragetechnik versteht man den Einsatz von offenen und geschlossenen Fragen zur gezielten Gesprächsführung. Eine Frage sollte dabei als solche auch sprachlich erkennbar sein. Hierbei stellt die sprachliche Intonation zum Beispiel durch Anheben der Stimme ein sehr wichtiges Mittel dar.

10.3. Offene Fragen

Sie lassen einen breiten Antwortfreiraum offen und veranlassen den Gesprächspartner in der Regel zu längeren Antworten. Als Fragepronomen kommt für offene Fragen oft „wie?“, „warum?“, „wozu?“ oder „weshalb?“ vor.

Die offenen Fragen kennen verschiedene Unterkategorien:

10.3.1. Definitionsfragen

Diese Fragen werden oft gestellt, wenn ein Begriff diskutiert wird, der in der Umgangssprache verschieden interpretiert wird oder verschiedene Aspekte beinhaltet.

„Was verstehst du unter Respekt haben?“
„Was bedeutet für dich lieb sein?“

10.3.2. Konkretisierungsfragen/Klärungsfragen

Solche Fragen dienen dazu, eine – meist sehr theorielastige oder auch sehr allgemeine – Antwort zu konkretisieren.

„Wie würde dies beispielsweise ausshen?“
„Wie muss ich mir das vorstellen, wenn du ..?“

10.3.3. Informationsfragen

Sie zielen darauf, Tatsachen zu erfahren.

„Wo kannst du dann jetzt schon gut spielen?“
„Wer merkt, dass du dir Mühe dabei gibst?“

10.3.4. Motivationsfragen

Meist mit einem versteckten oder offenen Kompliment eingeleitet, sollen sie eher verschlossene Menschen öffnen und dazu bringen, freimütiger zu erzählen.

„Wie hast du das gemacht, dass du das in so kurzer Zeit geschafft hast?“
„Wie ist es dir gelungen, eine gute Pause zu haben?“

10.4. Geschlossene Fragen

Sie sind die „Gegenspieler“ der offenen Fragen und bedeuten quasi eine kurze Leine. Der Gesprächspartner hat sich oft zwischen verschiedenen, schon recht stark vorgegebenen Antwortvarianten zu entscheiden. Auch bei den geschlossenen Fragen unterscheidet man wiederum verschiedene Kategorien.

10.4.1. Entscheidungsfragen/Alternativfragen

Diese Fragen verlangen eine Entscheidung. Sie lassen zwischen vom Fragenden vorgegebenen Alternativen entscheiden oder sind mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten.

„Hast du dein Concerta schon genommen?“

„Wirst du dein Ämtli vor oder nach dem Zvieri erledigen?“

10.4.2. Suggestivfragen

Eine Unterkategorie der Alternativfragen bilden die Suggestivfragen.

„Ist es nicht so, dass du weniger Ärger hast, wenn du lieb zu deinen Eltern bist?“
„Sind Sie nicht auch der Meinung, dass eine Therapie für Ihr Kind nicht besser wäre?“

10.5. Ressourcenorientierte Fragen

Offene Fragen wie wer, wie, wo, was, wann usw. laden das Gegenüber dazu ein nachzudenken und gedanklich über den eigenen Horizont zu gehen. Die Fragen sind neutral zu verstehen und zielen sowohl auf positive sowie auf negative Aspekte ab. Im lösungsorientierten Ansatz wird der Fokus auf vorhandene und zu stärkende Ressourcen gelegt. Offene Fragen, welche den Klienten Kompetenzen und Ressourcen unterstellen, sind das wichtigste Werkzeug des lösungsorientierten Ansatzes

Geschlossene Frage	**Offene Frage**	**Ressourcenorientierte Frage**
Kommen sie mit der neuen Familienhelferin zurecht?	Wie kommen sie mit der neuen Familienhelferin zurecht?	Was klappt schon gut mit der neuen Familienhelferin?
Müssen Sie mit dieser Situation alleine klarkommen?	Wie werden Sie mit dieser Situation klarkommen?	Wer könnte Ihnen in dieser Situation hilfreich sein?
Verstehen Sie sich im Urlaub besser?	Wie verstehen Sie sich im Urlaub?	Wann war ihr letzter schöner gemeinsamer Urlaub? Was war da anders als im Alltag
Wollen Sie mit unserer Beratungsstelle zusammenarbeiten?	Wie soll eine Zusammenarbeit mit unserer Beratungsstelle aussehen?	Was macht sie zuversichtlich, dass eine Zusammenarbeit mit unserer Beratungsstelle gerade jetzt hilfreich sein kann?
War es heute gut in der Schule?	Wie war es heute in der Schule?	Was war heute gut in der Schule?

11. Skalierungsfragen

Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit einem ersten Schritt.

Loa-tse (400 v. Chr.)
Chinesischer Philosoph

Klienten befinden sich in Gesprächen oftmals in einer Problemtrance und verfallen in ein Entweder-oder-Denken, welches sich hinderlich auf die Prozessgestaltung „weg von einem Problem“ nach „hin zu einer Lösung“ auswirkt. Mit Hilfe von Skalierungsfragen können die Klienten komplexe, intuitive Beobachtungen über ihre früheren Erfahrungen sowie Einschätzungen ihrer zukünftigen Möglichkeiten ausdrücken und dadurch fassbar machen. Dies wirkt sich positiv auf ihren Entwicklungsprozess aus. Skalierungsfragen laden die Klienten dazu ein, ihre Beobachtungen, Eindrücke, Erfahrungen und Vorhersagen auf einer Skala von 0 bis 10 einzuschätzen. Bei den Skalierungen definieren die Gesprächsführer die Pole (0 und 10) der Skala. Das Skalieren ist dadurch eine nützliche Technik, die komplexen Aspekte im Leben der Klienten für sie selbst und für den Gesprächsführer zugänglicher zu machen.

Bsp.: Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei die 10 dafür steht, dass Sie immer alles ansprechen, was Sie stört, und die 0 dafür steht, dass Sie dies nie tun. Wo befinden Sie sich heute?

Im Entweder-oder-Denken der Klienten herrscht oft das Immer oder Nie. So ist ein Problem immer da, oder die Lösung kommt nie vor. Skalierungsfragen eignen sich hervorragend, auf Ressourcen und Ausnahmen im Problem der Klienten aufmerksam zu machen.

Bsp.: In Bezug auf das Ansprechen, was Sie stört, sagen Sie, Sie sind bei einer 3. Was machen Sie denn jetzt schon, was Sie bei einer 1 oder 2 nicht machen?

Durch Skalierungsfragen können auch feine Nuancen, welche die Klienten äussern, sichtbar und ansprechbar gemacht werden. Dabei ist es wichtig, dass die Gesprächsführer diese Nuancen in den Äusserungen der Klienten wahrnehmen und diese weiter erkunden: Ist etwas mehr oder weniger, stärker oder schwächer, häufiger oder seltener, besser oder schlechter und so weiter?

Bsp.: Sie sagen, an guten Tagen gelingt es Ihnen teilweise schon anzusprechen, wenn Sie etwas stört. Wo würden Sie diese guten Tage auf der gleichen Skala wie vorhin ansiedeln?

Mit Hilfe der Skalierungsfrage kann der Weg „hin zu einer Lösung“ als Prozess dargestellt werden, wobei die einzelnen Zahlenwerte als nächste kleine Schritte definiert werden. Und indem man Schritt für Schritt vorgeht, wird aus einem zu Beginn unlösbaren Problem eine Erfolgsgeschichte aus vielen lösbaren Einzelschritten.

Bsp.: Wenn Sie sagen, dass Sie, in Bezug auf das Ansprechen, was Sie stört, heute bei einer 3 sind. Was würden Sie mehr machen, wenn Sie bei einer 4 sind?

11.1. Arten von Skalierungsfragen

Lösungsskala

Wenn auf einer Skala die 10 dafür steht, dass das Problem gelöst ist, und die 0 für das Gegenteil, wo stehst du jetzt?

Motivationsskala

Wenn die 10 dafür steht, dass du so motiviert bist, wie du nur sein kannst, um daran zu arbeiten, dass sich die Dinge verbessern. Wo stehst du jetzt?

Fortschrittsskala

Wenn auf einer Skala die 0 dafür steht, wie die Dinge beim letzten Mal standen, wo stehst du jetzt im Bezug auf das Erreichen deines Ziels?

Zuversichtsskala

10 bedeutet, du bist so zuversichtlich, wie du nur sein kannst, dass sich deine Situation positiv verändert, wo stehst du heute?

Selbstwirksamkeitserleben-Skala

Wenn 10 dafür steht, dass du so zuversichtlich bist, wie es nur geht, selber Einfluss darauf zu nehmen, dein Ziel zu erreichen. Wo stehst du?

Quelle: Bamberger, Günter G. (2005). Lösungsorientierte Beratung. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

De Jong, Peter, Berg, Insoo Kim (2008). Lösungen (er)finden. 6. verbesserte und erweiterte Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

12. Schema Ablauf Skalierungsfrage

Positive Zukunft

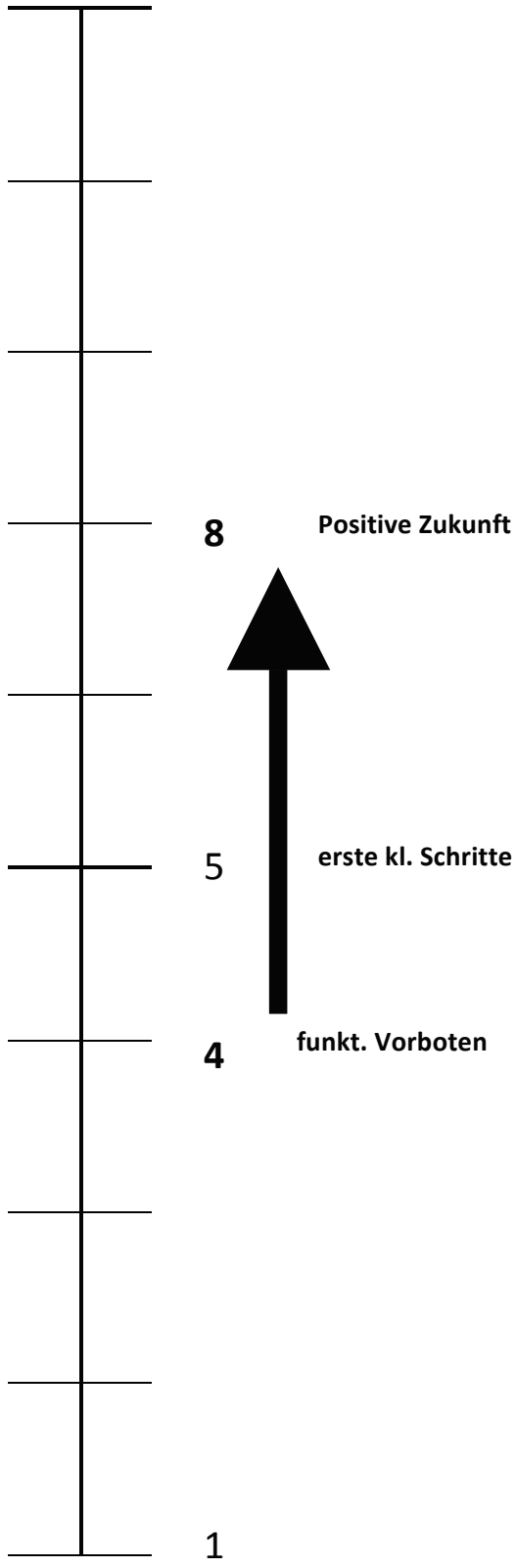
In Bezug auf das Thema.
Auf einer Skala von 1 bis 10.
Wo möchtest du einmal sein?
(z. B. 8). Wie ist es dort?
Was machst du dort besser?
Wer merkt es? Woran?

Funktionierende Vorboten

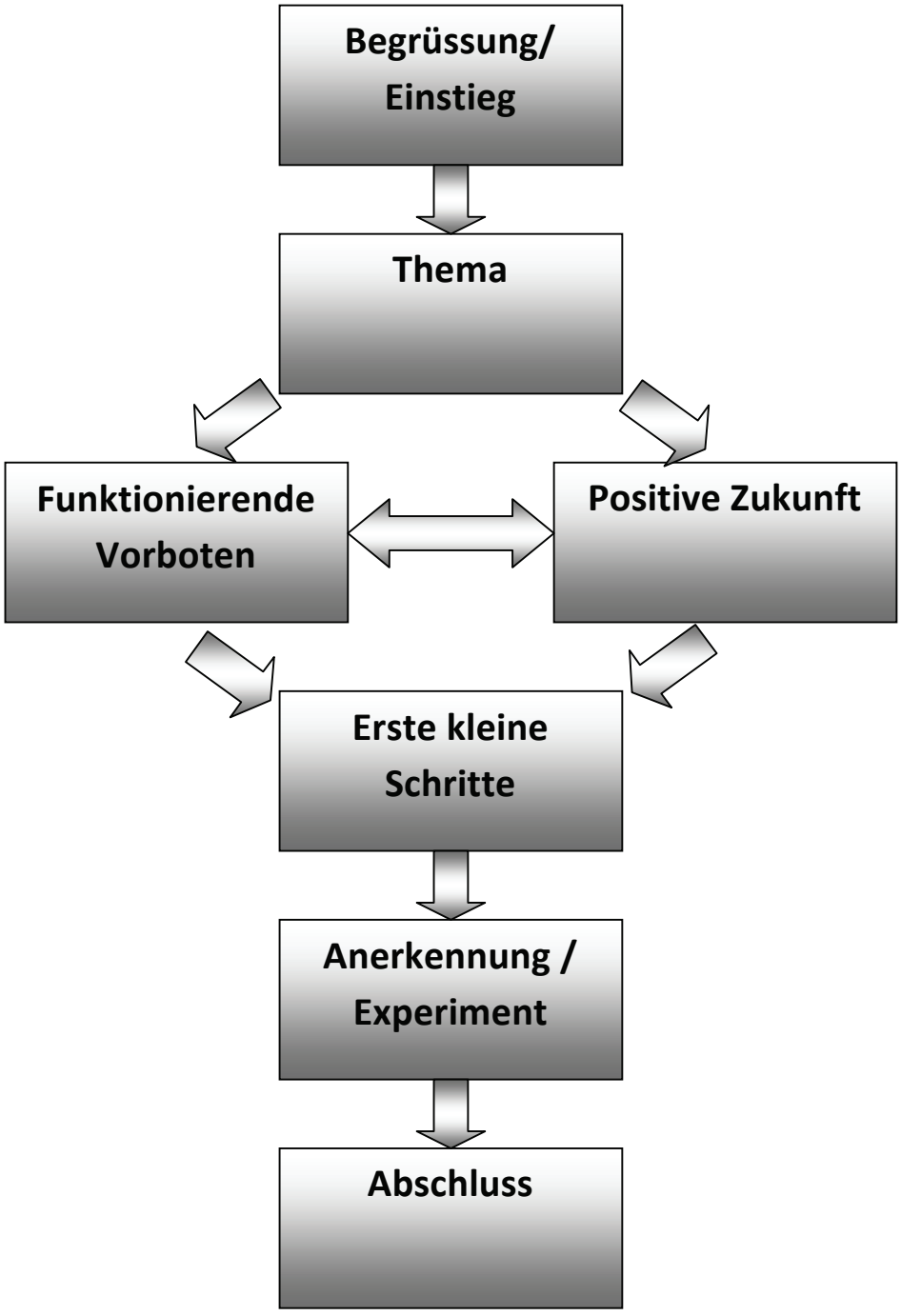
Was denkst du, wo auf der
Skala befindest du dich jetzt?
(z. B. 4). Was machst du, dass
du sagen kannst, dass du dort
bist? Wer merkt das sonst
noch. Usw.

Erste kleine Schritte

Was könntest du machen,
dass du langsam vom jetzigen
Standpunkt in Richtung
dorthin gehst, wo du einmal
sein möchtest? Was wäre das
konkret? Was brauchst du
dafür? Usw.



13. Schema lösungsorientierter Gesprächsablauf



14. Literaturliste lösungsorientiertes Arbeiten

- Bamberger, Günter G. (2005). Lösungsorientierte Beratung. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Conen, Marie-Luise, Cecchin, Gianfranco (2007). Wie kann ich Ihnen helfen mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten. Heidelberg: Carl-Auer
- Croisile, Bernard (2004). Unser Gedächtnis. Darmstadt: WBG
- Schwing, Rainer (2009). Systemisches Handwerk. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH
- De Jong, Peter, Berg, Insoo Kim (2008). Lösungen (er)finden. 6. verbesserte und erweiterte Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- De Shazer, Steve (2005). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- De Shazer, Steve (2006). Der Dreh – Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. 9. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer
- Durrant, Michael (1996). Auf die Stärken kannst du bauen. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Hargens, Jürgen (2007). Lösungsorientierte Therapie … was hilft, wenn nichts mehr hilft … Dortmund: Borgman
- Hargens, Jürgen (2003). Systemische Therapie … und gut – Ein Lehrstück mit Hägar. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Jansen, Fritz, Streit, Uta (2006). Positives Lernen. 2. Auflage. Heidelberg: Springer
- Kindl-Beilfuss, Carmen (2008). Fragen können wie Küsse schmecken – systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene. Heidelberg: Carl-Auer
- Meier, Daniel (2004). Wege zur erfolgreichen Teamentwicklung. Basel: Solution Surfers
- Spitzer, Manfred (2006). Lernen – Die Entdeckung des Selbstverständlichen. DVD. Hamburg: Archiv der Zukunft
- Spitzer, Manfred (2007). Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Springer Verlag
- Steiner, Therese, Berg, Insoo Kim (2005). Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Heidelberg: Carl-Auer
- Steiner, Therese (2011). Jetzt mal angenommen … Heidelberg: Carl-Auer
- Szabó, Peter, Berg, Insoo Kim (2006). Kurz(zeit)coaching mit Langzeitwirkung. Dortmund: Borgmann
- Vogt-Hillmann, Manfred, Burr, Wolfgang (2005). Lösungen im Jugendstil. 2. Auflage. Dortmund: Borgmann

- Vogt-Hillmann, Manfred, Burr, Wolfgang (2006). Kinderleichte Lösungen. 5. Auflage. Dortmund: Borgmann
- Watzlawick, Paul (2007). Die erfundene Wirklichkeit. 3. Auflage. München: Piper
- Schriftenreihe „Einfach aber nicht leicht“ Selbstverlag ZLB Winterthur
    - Einfach aber nicht leicht – Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Institutionen
    - Fördern und fordern – Lösungsorientiertes Denken und Handeln im erzieherischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen
    - Der WOW-Ansatz – Handbuch für lösungs(er)schaffende Strategien im Unterricht
    - Lernen oder leiden – Einblicke in das lösungsorientierte Denken und Handeln im Schulalltag
    - Im lösungsorientierten Umgang mit sich selbst – Für Eltern, Lehrer und Sozialpädagogen

J. Körkel[1]
C. Veltrup[2]

Motivational Interviewing: Eine Übersicht

Motivational Interviewing: An Overview

Zusammenfassung

Motivational Interviewing (MI) ist ein sowohl klientenzentrierter als auch direktiver Ansatz der Gesprächsführung zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, ein problematisches Verhalten (z. B. Suchtmittelabusus) zu ändern. Dieser Ansatz ist von William R. Miller (Albuquerque, USA) und Steven Rollnick (Wales) entwickelt worden und mittlerweile international vor allem in der Suchtbehandlung weit verbreitet. MI geht davon aus, dass Menschen in der Regel nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind („Soll ich etwas ändern oder nicht?"). Dementsprechend vollzieht sich die Motivationsarbeit entlang der Exploration und Reduzierung von Ambivalenzen des Klienten. Neben einem spezifischen „Geist" (Grundannahmen) sind es vier Prinzipien (Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, geschmeidiger Umgang mit Widerstand, Förderung von Veränderungszuversicht) und sieben Methoden (bzw. Gruppen von Methoden, wie z. B. offene Fragen stellen, aktiv zuhören, Klientenäußerungen würdigen und zusammenfassen), welche MI charakterisieren. Der Ablauf von MI umfasst zwei Phasen. In der ersten Phase steht der Aufbau von Änderungsbereitschaft im Vordergrund. Phase 2 widmet sich der Erarbeitung und Vereinbarung persönlich verbindlicher Ziele und Wege zur Veränderung, die in einen konkreten Änderungsplan münden. Empirische Studien belegen die Wirksamkeit von MI zur Einleitung von Verhaltensänderungen. Ausbildungen in MI versprechen eine deutliche Kompetenzsteigerung im Umgang mit Sucht- und anderen Problemen.

Schlüsselwörter

Motivational Interviewing · Sucht · Grundannahmen · Veränderungsmotivation · Widerstand · Ausbildung

Abstract

Motivational Interviewing (MI) is a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change problem behavior (e.g substance abuse) by exploring and resolving ambivalence. This therapeutic approach has been developed by William R. Miller (Albuquerque, USA) and Steven Rollnick (Wales). Meanwhile it is used all over the world, especially in the treatment of addictive behaviors. The premise of MI is that people are not unmotivated but ambivalent to change their problem behavior ("Should I change it or not?"). So treatment centers on exploring and resolving ambivalence of clients. Besides a specific "spirit", four principles (express empathy, develop discrepancy, roll with resistance, support self-efficacy), and seven groups of methods (like asking open questions, reflective listening, affirmation and summing up important arguments of clients) characterize the approach of MI. MI is applied in two phases. Phase 1 involves building motivation for change. Phase 2 ("commitment to change") centers around goal setting and ways to achieve the goal, ending in a clear plan for change. Empirical studies confirm the efficacy of MI to change problem behavior. Trainings in MI for professionals seem promising for increasing expertise in handling addiction and other problems.

Key words

Motivational Interviewing · addiction · spirit · motivation to change · resistance · training

Institutsangaben
[1] Ev. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen
[2] Therapieverbund Ostsee, Lübeck

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Joachim Körkel · Ev. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen · Bärenschanzstr. 4 · 90429 Nürnberg · E-mail: joachim.koerkel@evfh-nuernberg.de

Bibliografie
Suchttherapie 2003; 4: 115–124 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Über Jahrzehnte hinweg galten bzw. gelten noch heute in der Suchtarbeit das Leugnen oder Bagatellisieren eigener Suchtprobleme und fehlende Veränderungsmotivation quasi als Persönlichkeitsmerkmale Suchtmittelabhängiger. Bereits die verwendete Begrifflichkeit (z. B. „fehlender Leidensdruck", „fehlende Mitwirkungsbereitschaft" [compliance]) verweist auf diese Sichtweise.

Die daran anknüpfende Motivierungsdevise lautet nicht selten: Konfrontieren, „Druck machen" oder Überzeugungs- und Überredungskünste walten lassen. Es folgen daraus Kraft zehrende und frustrierende Interaktionssequenzen im Stile der „Konfrontations-Leugnungs-Falle", bei der der Therapeut immer mehr Argumente für eine Veränderung vorbringt und der Klient sich immer geschickter gegen eine Veränderung sträubt („Reaktanz"; vgl. Tab. **1**).

Ähnliche Effekte zieht der Versuch, den Klienten auf eine Diagnose (z. B. „Alkoholiker") „festzunageln", nach sich („Etikettierungs-Falle").

Eine völlig andere Sichtweise von Motivation und Motivationsförderung wird in dem von William R. Miller (Albuquerque, USA) und Steven Rollnick (Wales) entwickelten Konzept des „Motivational Interviewing" (MI; meist als „Motivierende Gesprächsführung" übersetzt) vertreten [1, 2].

Tab. **1** Beispiel einer Gesprächssequenz im Sinne der „Konfrontations-Leugnungs-Falle" (mod. nach [1, S. 57])

Therapeut:	Sie haben offenbar ein schweres Alkoholproblem.
Klient:	Was meinen Sie damit?
Therapeut:	Sie hatten einen ‚Filmriss', verlieren leicht die Kontrolle über den Alkohol und bekommen Entzugserscheinungen, wenn sie nichts trinken.
Klient:	Aber viele Leute, die ich kenne, trinken auch nicht weniger als ich.
Therapeut:	Das mag ja sein. Aber wir sprechen im Moment nicht über die anderen, sondern über Sie.
Klient:	Ich denke nicht, dass alles so schlimm ist, wie Sie es darstellen.
Therapeut:	Nicht so schlimm?! Es ist purer Zufall, dass Sie noch niemanden zu Tode gefahren haben.
Klient:	Ich habe Ihnen doch schon gesagt, dass ich ein sehr sicherer Fahrer bin. Ich habe mit dem Autofahren keine Probleme.
Therapeut:	Und wie steht es mit Ihrer Familie? Ihre Frau hat mir doch gesagt, dass Sie viel zu viel trinken und damit aufhören sollten!
Klient:	Ach, meine Frau stammt aus einer Familie, in der überhaupt kein Alkohol auf den Tisch kommt. Die denken doch, dass jeder, der drei Bier getrunken hat, schon ein Alkoholiker ist.

Rahmenmodell des MI

Abb. **1** gibt eine Übersicht über die Bestandteile, die in den MI-Ansatz einfließen.

Der Abbildung ist zu entnehmen, dass mit MI zwei grundlegende Ziele verfolgt werden. Zur Erreichung dieser Ziele kommen sieben Methoden (bzw. Methodengruppen), die auf vier fundamentalen Prinzipien der Intervention beruhen und von einem bestimmten „Geist beseelt" sind, zum Einsatz.

Diese Bestandteile des MI-Ansatzes werden im Folgenden genauer ausgeführt.

Definition und Ziele von MI

Miller und Rollnick definieren MI als „a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by explo-

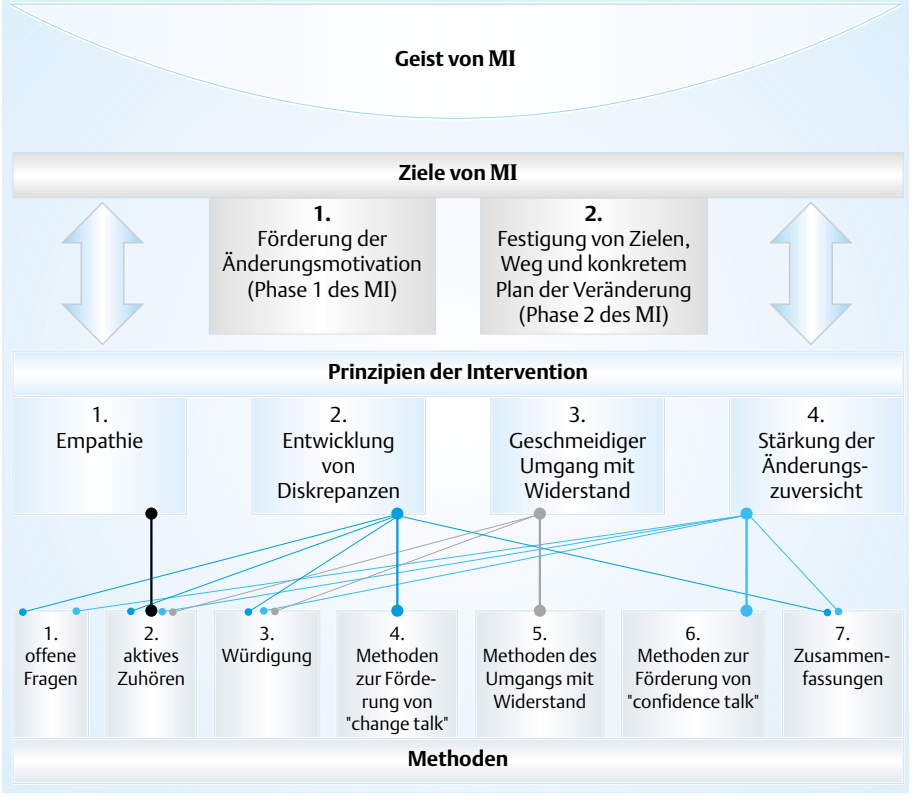


Abb. **1** Komponenten des Motivational Interviewing-Ansatzes.

ring and resolving ambivalence“ [1, S. 25; 3]. Das heißt: Durch MI sollen zielgerichtet („directive“) die positiven und negativen Seiten des Suchtmittelkonsums hinsichtlich einer potenziellen Konsumveränderung erkundet werden, und zwar so, wie sie sich für den Klienten subjektiv darstellen („client-centered“). Es wird davon ausgegangen, dass durch die respektvolle, nicht wertende Erkundung auch der sinnhaften Seiten des derzeitigen Konsumverhaltens eine Öffnung für die Nachteile des bisherigen Konsums erfolgt: Der Klient wird bereit, selbst über die in ihm bereits „schlummernden“ Beweggründe für eine Veränderung zu sprechen („intrinsic motivation“), und er wird zunehmend offener für eine Konsumveränderung, wenn er erlebt, dass sein Konsum mit wichtigen Zielen oder Werten in seinem Leben nicht vereinbar ist. MI bedeutet in diesem Sinne die Freisetzung von im Klienten bereits angelegten Veränderungsimpulsen (Eigenmotivation) und nicht die Anwendung einer Trickkiste von Motivationsgags à la Höller & Co.

Das erste Ziel von MI besteht somit darin, mit dem Klienten seine Ambivalenzen im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum zu erkunden („Soll ich etwas ändern oder nicht?“) und auf diesem Weg die Bereitschaft zu einer änderung zu stärken (Phase 1 des MI). MI eignet sich dementsprechend in idealer Weise für Klienten, die sich gemäß dem „Stadien-der-Veränderung-Modell“ im Prozess des Nachdenkens über eine Verhaltensänderung („contemplation“) befinden (vgl. [4]; Beitrag Hoyer, in diesem Heft).

Ist der Klient zu einer Veränderung bereit, stellt sich in Phase 2 die Aufgabe, Veränderungsziele, den Veränderungsweg sowie einen konkreten Veränderungsplan zu erarbeiten („decision“ im Sinne des „Stadien-der-Veränderung-Modells“). Erfahrungsgemäß ist Phase 1 der schwierigere und zeitaufwändigere Teil der Wegstrecke.

Die Umsetzung der geplanten Veränderungen (z. B. im Rahmen einer ambulanten oder stationären Behandlung; „action“ im „Stadien-der-Veränderung-Modell“) ist nicht mehr Gegenstand von MI.

„Geist“ des MI

MI ist ganz wesentlich durch einen der Humanistischen Psychologie nahe stehenden „Geist“ („spirit“) bzw. eine innere Haltung (Menschenbildannahmen, Ethik), mit der man Menschen gegenübertritt („a way of being with people“ [1, S. 34]), geprägt: Respekt und Achtung für den Klienten sowie das Bestreben, die Autonomie des Klienten zu wahren, sind fundamental. MI ist somit keinesfalls auf die technisch geschickte Abwicklung eines Gesprächs zu reduzieren („It is not a bag of tricks for getting people to do what they don't want to do“ [1, S. 35]).

Auch wenn der „Geist“ des MI bisher in keine explizite, kohärente Systematik gebracht worden ist, lassen sich die folgenden wesentlichen Komponenten eines solchen „MI-Geistes“ aus vorliegenden Veröffentlichungen und Trainerseminaren extrahieren.

Ambivalenzmodell

Dem MI liegt die (Menschenbild-)Annahme zugrunde, dass Menschen mit Suchtproblemen nicht unmotiviert, sondern *ambivalent* sind (zwiespältig: „einerseits möchte ich etwas ändern, andererseits aber auch nicht“) und bei ihnen „zwei Seelen in einer Brust schlagen“. Das Wippe-Modell (Abb. **2**) verdeutlicht diesen Gedanken: Es gibt aus Sicht des Konsumenten jeweils gute Gründe für und gegen eine Änderung.

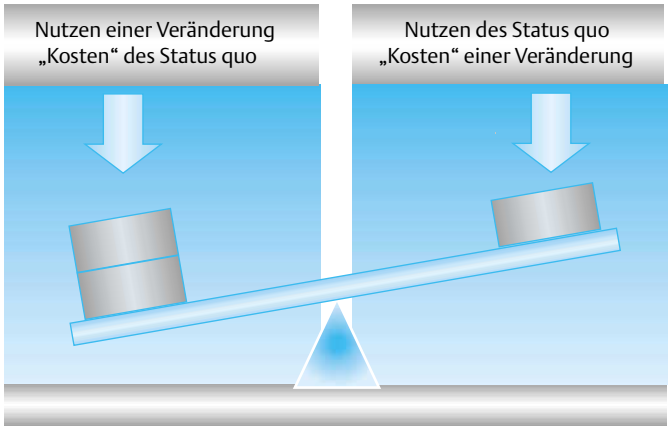


Abb. **2** Wippe-Modell: Abwägen zwischen Nutzen und Kosten einer Veränderung bzw. Nichtveränderung (modifiziert aus [1, S. 15]). Der linken Seite („pro Veränderung“) soll durch MI mehr Gewicht verliehen werden.

Einerseits hat die abhängige Person einiges davon, ihren Suchtmittelkonsum zu ändern (z. B. Erhalt des Arbeitsplatzes, Wiedererlangung des Führerscheins, Verbesserung der Beziehung zur Partnerin usw.). Andererseits setzt sie bei einer Veränderung einiges aufs Spiel: Ängste, Depressionen und andere Affekte können bedrohlicher werden, suizidale Tendenzen zunehmen, es kann der Verlust des „nassen Freundeskreises“ drohen usw. Aus Sicht des MI ist überhöhter bzw. abhängiger Substanzkonsum somit nicht auf eine biologische Erkrankung, Willensschwäche oder Uneinsichtigkeit zu reduzieren, sondern er ist psychodynamisch zu verstehen als Ausdruck einer begründeten inneren Zwiespältigkeit. Diese Ambivalenz ist aus Sicht des MI ein normaler Teil menschlichen Erlebens und Verhaltens und kein Ausdruck von Pathologie: „Passing through ambivalence is a natural phase in the process of change“ [1, S. 14].

Veränderungspotenzial des Klienten

Mit der Annahme der Ambivalenz geht die Sichtweise einher, dass jede abhängige Person ein Veränderungspotenzial besitzt („natural change processes that are already inherent in the individual“ [1, S. 41]): Sie selbst trägt in Form der Pro-Veränderungsseite bereits die Gründe für eine Veränderung in sich. Sie kann also selbst zum Fürsprecher der eigenen Veränderung werden (intrinsische Motivation), wenn in ihr die Argumente für eine Veränderung an Gewicht gewinnen – nur dann erscheint im Übrigen eine stabile Verhaltensänderung überhaupt realistisch: „We believe that unless a current 'problem' behavior is in conflict with something that the person values more highly, there is no basis for motivational interviewing to work“ [1, S. 167].

Achtung vor dem Klienten

Die zuvor explizierte Sichtweise, dass der Klient sich durchaus sinnhaft verhält und sich im Moment – gefangen in seiner inneren Ambivalenz – nicht einfach anders zu verhalten vermag, er-

fordert aus Sicht des MI Achtung für den Klienten und Respekt vor seinem Gewordensein.

Autonomie des Klienten
Beim Einsatz von MI ist eine Haltung eigener Bescheidenheit gefragt. Das eigene Expertentum (z. B. hinsichtlich des Fachwissens über Sucht) endet bei ethischen Fragen („Soll-Fragen"): Im Hinblick auf die Fragen, ob er sich letztlich verändern soll, welche Ziele angestrebt werden sollen und welcher Weg zur Veränderung eingeschlagen werden soll, wird das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) des Klienten respektiert: „Motivational interviewing honors and respects the individuals' autonomy to choose" [1, S. 41].

Widerstand als interaktionelles Phänomen
Widerstand gegen das Eingeständnis eigener Suchtprobleme bzw. die Bereitschaft der Veränderung wird im MI nicht als Ausdruck eines Persönlichkeitsmerkmals des Klienten, sondern als Folge von Übergriffigkeiten bzw. Autonomieverletzungen durch den Therapeuten angesehen: Wenn er Klienten eigene Sichtweisen aufzudrängen versucht und sie nicht „dort abholt, wo sie stehen", stabilisieren sich hartnäckiges Leugnen oder Herunterspielen von Suchtproblemen. Widerstand ist somit Ausdruck einer Dissonanz in der Beziehung: „It requires at least two people to not cooperate" [1, S. 45]. Offenheit für die Sichtweisen, Ziele und Handlungspräferenzen der Klienten minimieren dagegen Widerstand. Hilfreich für MI ist es somit, den eigenen „Rechthaber-Reflex" („righting reflex") zu bändigen. „The true art of a counselor is tested in the recognition and handling of resistance" [1, S. 110].

Partnerschaftliche Beziehung
Im MI wird eine gleichberechtigte, von einer positiven interpersonellen Atmosphäre geprägte Beziehung zwischen Therapeut und Klient angestrebt, die den Klienten dazu einlädt, Vor- und Nachteile seines Suchtmittelkonsums zu erkunden und eine Veränderung zu wagen. In diesem Sinne ist auch der Begriff „MI" zu verstehen: „It is an inter-view, a looking together at something" [1, S. 25]. Der Therapeut versteht sich in diesem Dialog weniger als Experte (oder gar Richter), denn vielmehr als „Hebamme", um intrinsische Veränderungsmotivation freizusetzen: „[MI] is a collaborative, not a prescriptive, approach" [1, S. 41].

Aus ethischer Perspektive wird die Anwendung von MI problematisch, wenn der Therapeut den Klienten zu ganz bestimmten Entscheidungen „bringen" möchte (z. B. sich für eine Therapie in der zur Beratungsstelle gehörigen Fachklinik zu entscheiden), weil sein Arbeitsplatz oder Einkommen von diesen Klientenentscheidungen abhängt. Der Einsatz von MI wird noch unethischer, wenn das Ergebnis der Entscheidung gegen die Interessen des Klienten verstößt und der Therapeut die Macht besitzt, seine eigenen Interessen durchzusetzen (z. B. indem er ein für den Klienten bedeutsames Gutachten anzufertigen hat).

Die vorherigen Ausführungen zum „Geist" des MI legen nahe, dass Therapeuten vor einer Umsetzung des MI-Ansatzes in einen Prozess der Selbstklärung treten und sich eigener Werte, Überzeugungen und Absichten gewahr werden sollten.

Prinzipien des MI

Die vier Prinzipien des MI stellen das Vermittlungsstück zwischen dem Geist und den zum Einsatz kommenden Methoden des MI dar. Diese Prinzipien geben die Leitlinien für den Dialog mit dem Klienten ab („principles [that] underlie the specific methods" [1, S. 42]). Sie lauten: Höre dem Klienten respektvoll zu und versuche, sein Verhalten aus dessen Perspektive zu verstehen (Empathie); entwickle Diskrepanzen zwischen dem jetzigen Verhalten des Klienten und seinen persönlichen Werten bzw. Zielen; vermeide alles, was beim Klienten Widerstand hervorrufen könnte, und baue Widerstand ab, wenn er auftauchen sollte; stärke die Zuversicht des Klienten, sein Verhalten ändern zu können.

Versetze Dich in den Klienten, um seinen Standpunkt verstehen zu können („express empathy"; Prinzip 1)

Die von Carls Rogers als zentrales Merkmal hilfreicher Gespräche herausgearbeitete Bereitschaft und Fähigkeit zur Empathie stellt für das MI eine zentrale Grundlage dar. Gemeint ist damit das Bestreben, dem Klienten respektvoll zuzuhören, um sein Erleben und Verhalten aus seiner Innensicht zu verstehen und ihn so zu akzeptieren, wie er ist. „Verstehen" und „akzeptieren" müssen dabei keineswegs „zustimmen" bedeuten. Man kann den Klienten in seinem So-Sein annehmen, aber durchaus anderer Meinung sein oder andere Werte haben als er.

MI macht sich mit dieser Grundhaltung der Empathie die Erfahrung zunutze, dass Menschen das Risiko der Veränderung leichter eingehen, wenn man sie annimmt, wie sie sind (Theorie der paradoxen Veränderung).

Entwickle Diskrepanzen („develop discrepancies"; Prinzip 2)

Im Prozess des MI soll der Person ihre eigene Zwiespältigkeit dem Suchtmittelgebrauch gegenüber erlebbar gemacht werden. Das heißt, dass sie stärker damit in Kontakt gebracht werden soll, wie ihre Sucht mit wichtigen persönlichen Zielen und Werten (z. B. Erhalt des Arbeitsplatzes oder Fürsorge für die Familie) in Konflikt steht [5]. Mit anderen Worten: Die Wichtigkeit einer Veränderung soll an innerer Kraft gewinnen. Dies gelingt am besten, wenn der Klient und nicht der Therapeut die Gründe vorbringt, die für eine Änderung sprechen, bzw. im Jargon des MI: wenn veränderungsorientierte Formulierungen („change talk") aus dem Mund des Klienten kommen. „Change talk" kann in vier Varianten auftreten:

- Der Klient spricht über die Nachteile seines derzeitigen Suchtverhaltens, z. B.: „Es bekümmert mich, dass mein Kind von meinen Drogenkonsum etwas mitbekommt."
- Der Klient spricht über die Vorteile einer Verhaltensänderung, z. B.: „Meine Kinder würden mich wieder besuchen kommen."
- Der Klient drückt Optimismus hinsichtlich einer Veränderungsmöglichkeit aus, z. B.: „Ich glaube, ich kann es ohne Drogen schaffen".
- Der Klient formuliert eine Änderungsabsicht, z. B.: „Es ist an der Zeit, etwas zu tun!"

„Gehe mit dem Widerstand, anstatt dich gegen ihn zu stellen" („roll with resistance"; Prinzip 3)

Miller und Rollnick [1, S. 48] unterscheiden vier Kategorien von Widerstandsverhalten bei Klienten:

- *„Arguing"*: Der Klient stellt die Kompetenz des Therapeuten in Abrede (z. B. „Was wissen Sie denn schon über Alkoholiker? Haben Sie selbst einmal gesoffen?").
- *„Interrupting"*: Der Klient schneidet dem Therapeuten das Wort ab.
- *„Negating"*: Der Klient leugnet („Ich habe mit dem Alkohol kein Problem") oder bagatellisiert eigene Probleme, lehnt Vorschläge oder Hilfsangebote destruktiv ab und/oder zeigt eine durchgängig negativistische Haltung.
- *„Ignoring"*: Der Klient „klinkt" sich aus dem Dialog aus, indem er unaufmerksam ist, nicht antwortet oder dem Gespräch eine neue Richtung verleiht (z. B. „Wir haben jetzt genug über Alkohol gesprochen. Was gibt es noch?").

Derartiger Widerstand wird begünstigt, wenn man einen Menschen gegen seinen Willen zu etwas bewegen möchte (z. B. zum Eingestehen eigener Suchtprobleme, zu einem abstinenten Leben, zu einer stationären Therapie usw.) und es dann letztlich um Gewinnen oder Verlieren geht („Wer hat Recht?"). Aus MI-Sicht gilt deshalb: „Persistent resistance is not a client problem, but a counselor skill issue" [1, S. 99]. Ein geschulter MI-Therapeut nimmt Anzeichen von Klientenwiderstand zum Anlass, das eigene Vorgehen zu überdenken und sein Gesprächsverhalten zu ändern. Dies wird umso leichter fallen, je mehr er Klientenwiderstand wertschätzen und als normales, verstehbares Verhalten auffassen kann.

Im Bilde gesprochen: Gutes MI kommt einem schwerelosen, dahingleitenden Tanz in einem Ballsaal gleich. Die beiden Partner bewegen sich gemeinsam in guter Abstimmung zueinander im gleichen Rhythmus („dancing"). Das Gegenteil davon ist Catchen, das auf einem permanenten, Kraft zehrenden Gegeneinander beruht („wrestling").

Stärke die Veränderungszuversicht des Klienten („support self-efficacy"; Prinzip 4)

Die Zuversicht, der Optimismus bzw. der Glaube eines Menschen, sein (Sucht-)Verhalten ändern zu können, ist ein guter Prädiktor dafür, ob er sein Verhalten tatsächlich ändern wird. Dementsprechend wird im MI Wert darauf gelegt, diese Zuversicht („Selbstwirksamkeitserwartung") beim Klienten zu nähren – zum Beispiel durch Bezug auf frühere erfolgreiche Verhaltensänderungen des Klienten oder Erfolge von anderen. Äußerungen von Klienten, die Änderungszuversicht zum Ausdruck bringen, werden als „confidence talk" bezeichnet. „Confidence talk" stellt eine Variante von „change talk" dar [1, S. 113 ff].

Methoden des MI

Die zuvor erläuterten Prinzipien werden über sieben Methoden (bzw. Gruppen von Methoden) in beobachtbares Handeln umgesetzt: offene Fragen stellen; dem Klienten „aktiv zuhören"; Verhalten oder Äußerungen des Klienten würdigen; Methoden, um veränderungsorientierte Aussagen des Klienten zu fördern; Methoden, um Widerstand zu schwächen; Methoden, um die Änderungszuversicht zu stärken; zentrale Klientenausführungen zusammenfassen. Diese Methoden stehen in mehr oder weniger enger Beziehung zu den vier MI-Prinzipien (vgl. Abb. **1**). Auf die einzelnen Methoden wird im Folgenden eingegangen.

Offene Fragen („open questions")

Offene Fragen sind Fragen, die nicht durch „ja" oder „nein" bzw. wenige Worte zu beantworten sind, sondern den Klienten zu einer ausführlicheren Darlegung seiner Sichtweise einladen. Beispiele: „Wie denken Sie selbst über Ihren Alkoholkonsum?" „Wie haben Sie bisher schwierige Phasen in Ihrem Leben gemeistert?" Im MI wird durch offene Fragen ein Thema eröffnet, um es dann durch „aktives Zuhören" (s. u.) und andere Methoden zu vertiefen.

Offene Fragen dienen dazu, dass der Klient sich mit seiner eigenen Sichtweise auseinandersetzt und dabei auch eigene Ambivalenzen hinsichtlich des Suchtmittelkonsums erkundet.

„Aktives Zuhören" („reflective listening")

„Aktives Zuhören" ist die methodische Umsetzung einer empathischen, klientenzentrierten Grundhaltung (Prinzip 1 des MI). „Aktives Zuhören" bedeutet, dass man in der Lage ist, bei Äußerungen des Klienten „ganz Ohr zu sein" und ihm das Verstandene möglichst in vertiefter Form zurückzumelden – was gerade auch die emotionalen Zwischentöne des Ausgedrückten impliziert („dem Anderen aus dem Herzen sprechen" [6]). Ein Beispiel: Klient: „Ich kann die meisten Menschen unter den Tisch trinken". Therapeut: „Sie sind stolz darauf, wie viel Sie vertragen."

Man folgt beim „aktiven Zuhören" der Gedanken- und Erlebniswelt des Gesprächspartners und verzichtet darauf, eigene Fragen, Themen, Ratschläge, Bewertungen oder Meinungen – sprich „eigenen Senf" – hinzuzufügen.

Gleichwohl schließt MI nicht aus, zu gegebener Zeit auch eigene Anregungen in konstruktiver Form in das Gespräch einzuspeisen, sofern der Klient dies wünscht und dem ausdrücklich zustimmt. Erfahrungen, Sichtweisen und Empfehlungen des Therapeuten können – wenn nicht mit generellem Gültigkeitsanspruch versehen – durchaus ein Gewinn für den Dialog sein.

Würdigung („affirmation")

Die Würdigung bzw. Wertschätzung von Verhaltensweisen oder Äußerungen des Klienten bringt nicht nur die positive Grundhaltung des Therapeuten gegenüber dem Klienten zum Ausdruck, sondern sie ist eine herausragende Kraft zur Stärkung des therapeutischen Bündnisses und Ermutigung des Klienten, das Risiko einer Änderung einzugehen. Beispiele: „Es muss schwer für Sie gewesen sein, überhaupt hierher zu kommen." „Mich beeindruckt, wie sehr Ihnen Ihre Familie am Herzen liegt." „Ich habe großen Respekt davor, wie ernsthaft Sie sich mit der Veränderung Ihres Kokainkonsums beschäftigen."

Methoden zur Förderung von „change talk"

Die in Tab. **2** zusammengestellten acht Methoden dienen der Förderung änderungsbezogener Äußerungen von Klienten. Es handelt sich dabei um Methoden zur Umsetzung des zweiten MI-Prinzips „Entwickle Diskrepanzen".

Tab. **2** Acht Methoden zur Förderung veränderungsbezogener Äußerungen („change talk“; mit Beispielen; nach [1])

- **Offene Fragen** („asking evocative questions“)
  „In welcher Weise machen Sie oder andere sich Gedanken wegen Ihres Kokainkonsums?“ (→ Nachteile des Status quo)
  „Wie würde Ihr Leben in 5 Jahren aussehen, wenn Sie sich wegen Ihres Heroinkonsums keine Sorgen mehr machen müssten?“ (→ Vorteile einer Änderung)
  „Wann in Ihrem Leben haben Sie schon einmal größere Veränderungen vorgenommen? Wie haben Sie das gemacht?“ (→ Optimismus)
  „In welcher Weise möchten Sie Ihren Konsum ändern?“ (→ Änderungsintention)
- **Wichtigkeitsrating** („using the importance ruler“)
  „Auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (sehr wichtig): Wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihres Zigarettenkonsums? Was müsste passieren, damit Sie sich für den [höheren] Wert … entscheiden?“
- **4-Felder-Entscheidungsmatrix** („exploring the decisional balance“)
  Das Für und Wider einer Veränderung und das Für und Wider einer Beibehaltung des Status quo werden exploriert und in vier Felder eingetragen.
- **Veränderungsmotive genau erkunden** („elaborating“)
  „Wie stellen Sie sich so einen Tag ohne Alkohol genau vor? … Wie läuft er ab? … Was machen Sie anders als vorher? …“
- **Extrementwicklungen erfragen** („querying extremes“)
  „Was sind Ihre schlimmsten Befürchtungen, was passieren könnte, wenn Sie so weitermachen wie bisher?“
- **Rückschau halten** („looking back“)
  „Wenn Sie einmal zurückdenken an die Zeit, als der Cannabiskonsum noch keine Probleme verursacht hatte: Was war da anders?“
- **Zukunft nach Konsumreduktion imaginieren** („looking forward“)
  „Wenn Sie sich entscheiden würden, an Ihrem Heroinkonsum etwas zu ändern: Was würden Sie sich davon versprechen?“
- **Lebensziele explorieren und Dissonanzen zum Suchtmittelkonsum eruieren** („exploring goals and values“)
  „Was ist Ihnen in Ihrem Leben am wichtigsten? … Wenn ich Sie richtig verstehe, ist Ihnen Ihre Partnerschaft sehr wichtig. Gleichzeitig haben Sie geschildert, dass Ihr Alkoholkonsum zu ständigen Auseinandersetzungen in der Partnerschaft führt. Ich stelle mir vor, dass Sie das in die Zwickmühle bringt.“

Tab. **3** Acht Methoden des „geschmeidigen“ Umgangs mit Widerstand (mit Beispielen; nach [1])

- **einfaches Widerspiegeln** („simple reflection“)
  Klient: „Ich trinke überhaupt nicht zuviel – da können Sie mir sagen, was Sie wollen!“ Therapeut: „Für Sie besteht kein Zweifel daran, dass es mit dem Alkohol nicht zuviel geworden ist. Und Sie möchten nicht, dass ich Ihnen da etwas anderes unterstelle.“
- **überzogenes Widerspiegeln** („amplified reflection“)
  Klient: „Ich habe meinen Alkoholkonsum im Griff. Ich stehe noch aufrecht, wenn die anderen schon unter dem Tisch liegen.“ Therapeut: „Sie müssen sich um nichts Sorgen machen. Alkohol kann Ihnen überhaupt nichts anhaben.“
- **Widerspiegeln der Ambivalenz** („double-sided reflection“)
  Klient: „Ich weiß: Sie wollen, dass ich überhaupt keinen Alkohol mehr trinke. Aber das werde ich nicht tun!“ Therapeut: „Sie merken, dass es mit dem Alkohol zuviel geworden ist – aber ganz aufhören kommt für Sie nicht infrage.“
- **Verschiebung des Fokus** („shifting focus“)
  Klient: „Ich weiß: Sie wollen, dass ich überhaupt keinen Alkohol mehr trinke. Aber das werde ich nicht tun!“ Therapeut: „Ich weiß nicht, zu welchem Ergebnis wir kommen. Verbeißen Sie sich bitte nicht an diesem Punkt. Ich würde mit Ihnen gerne erst einmal über … sprechen.“
- **Umdeuten** („reframing“)
  Klient: „Meine Frau nörgelt laufend wegen des Trinkens an mir herum.“ Therapeut: „Das ärgert Sie. Und gleichzeitig klingt es so, als würde sie sich auch Sorgen um Sie machen – es scheint ihr nicht gleichgültig zu sein, was aus Ihnen wird.“
- **Zustimmung mit einer Wendung** („agreeing with a twist“)
  Klient: „Hier geht es ständig nur um das Thema Alkohol. Mir gehen aber meine Sorgen wegen meiner Frau und den Kindern nicht aus dem Kopf.“ Therapeut: „Stimmt: Wir haben die ganze Zeit nur über Ihren Alkoholkonsum gesprochen. Es geht aber letztlich um die ganze Familie – und die sollte im Mittelpunkt stehen.“
- **Herausstellen der persönlichen Wahlfreiheit** („emphasizing personal choice and control“)
  Klient: „Ich weiß: Sie wollen, dass ich überhaupt keinen Alkohol mehr trinke. Aber das werde ich nicht tun!“ Therapeut: „Niemand kann Ihren Alkoholkonsum für Sie verändern. Es ist allein Ihre Entscheidung.“ Oder: „Sie sind ein freier Mensch und es hängt letztlich von Ihnen ab, wie es weitergeht.“
- **mit der Position des Klienten konform gehen** („coming alongside“)
  Therapeut: „Sie haben einiges über Ihren Alkoholkonsum erzählt, und da gibt es ja eine Reihe sehr positiver Dinge. Ich frage mich, ob es mir an Ihrer Stelle wirklich wert wäre, daran etwas zu ändern.“ Oder: „Wir haben über die Vor- und Nachteile des Trinkens gesprochen und die Vorteile überwiegen offensichtlich. Sie sind glücklich mit Ihrem Trinken und wollen im Grunde nichts verändern.“

Die acht Methoden zur Förderung von „change talk“ sind unterschiedliche Varianten offener Fragen. Dazu gehören z. B. Fragen nach Nachteilen des gegenwärtigen Verhaltens (z. B.: „In welcher Weise machen Sie oder andere sich Gedanken um Ihren Kokainkonsum?“) und Vorstellungen einer Zukunft ohne Suchtmittelabusus („Wenn Sie sich entscheiden würden, an Ihrem Heroinkonsum etwas zu ändern: Was würden Sie sich davon versprechen?“).

Miller und Rollnick [1, S. 78 ff.] betrachten die Fertigkeit, änderungsbezogene Äußerungen („change talk“) beim Klienten zu evozieren, als „one of the key motivational interviewing skills“ [1, S. 78].

Methoden zum Umgang mit Widerstand

Methoden zum Umgang mit Widerstand stellen die Umsetzung des dritten MI-Prinzips („Gehe mit dem Widerstand“) in konkretes Handeln dar. Tab. **3** fasst acht Varianten des geschmeidigen, nicht konfrontativen Umgangs mit Klientenwiderstand zusammen [1, S. 100 ff].

Die ersten drei Methoden stellen Varianten des aktiven Zuhörens dar und sind relativ einfach umsetzbar. Sie signalisieren dem Klienten, dass der Therapeut sein „Stop!“ gehört hat und ernst nimmt (z. B. Therapeut: „Sie möchten nicht, dass ich Ihnen da etwas anderes unterstelle“) – was meist bereits ausreicht, um die Luft aus den Segeln des Widerstands zu nehmen. Die Varianten 4 bis 8 erfordern höhere Anwendungserfahrung und wollen mit Bedacht gewählt sein.

Methoden zur Förderung von „confidence talk“

Die Methoden zur Förderung der Änderungszuversicht dienen der Umsetzung des vierten MI-Prinzips („Stärke die Änderungszuversicht des Klienten“). Miller und Rollnick [1] unterscheiden acht Methoden zur Stärkung der Änderungszuversicht (vgl. Tab. **4**).

So kann beispielsweise in der Phantasie ausgemalt werden, welche Kompetenzen für eine Verhaltensänderung genutzt werden könnten (z. B. „Nehmen Sie einmal an, Sie würden Ihr Ziel erreichen und schauten nun darauf zurück: Was hat den Ausschlag gegeben, dass Sie es geschafft haben? Wie haben Sie das hingekriegt?“).

Tab. **4** Acht Methoden zur Förderung der Änderungszuversicht („confidence talk"; mit Beispielen; nach [1])

– **evokative Fragen** („evocative questions") „Was stimmt Sie optimistisch, dies schaffen zu können?"
– **Zuversichtsrating** („confidence ruler") „Auf einer Skala von 0 (gar nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr zuversichtlich): Wie zuversichtlich sind Sie im Hinblick auf ...? ... Wie kommt es, dass Sie sich bei Wert ... und zum Beispiel nicht bei Wert 0 eingeordnet haben?"
– **Rückblick auf vergangene Erfolge** („reviewing past successes") „Wann in der Vergangenheit haben Sie sich schon einmal zu einer Veränderung entschlossen und diese umgesetzt? ... Wie haben Sie das gemacht? ... Was gab es für Hindernisse und wie haben Sie diese überwunden?"
– **Ansprechen persönlicher Stärken und Unterstützungsmöglichkeiten** („personal strenghts and supports") „Welche Stärken haben Sie, die Ihnen helfen könnten, diese Veränderung vorzunehmen? ... Wer könnte Sie dabei unterstützen?"
– **Brainstorming** „Wenn Sie einmal alle Ideen – so abwegig sie auf den ersten Blick auch erscheinen mögen – aussprechen, was Ihnen eine Veränderung erleichtern würde: Was fällt Ihnen da ein?"
– **Weitergabe von Informationen und Empfehlungen** („giving information and advice") Therapeut entfaltet ein „Menü" möglicher Wege zur Veränderung: „Einige Personen haben folgenden Weg eingeschlagen ... Andere haben ... ."
– **Umdeuten** („reframing") Klient: „Ich habe es mehrmals versucht und bin immer wieder gescheitert." Therapeut: „Diese Versuche haben nicht den vollen Erfolg gebracht. Für was waren diese Versuche gut – welchen Nutzen können Sie daraus ziehen?"
– **Thematisieren hypothetischer Änderungen** („hypothetical change") „Nehmen Sie einmal an, Sie würden Ihr Ziel erreichen und schauten nun darauf zurück: Was hat den Ausschlag gegeben, dass Sie es geschafft haben? Wie haben Sie das hingekriegt?"

Zusammenfassungen

Periodische Zusammenfassungen von Klientenäußerungen dienen dazu, dass der Klient immer wieder seine Argumente pro und kontra Veränderung hört und auf diese Weise die innere Auseinandersetzung mit der eigenen Ambivalenz „am Köcheln gehalten wird". Zusammenfassungen können nach einzelnen Gesprächsabschnitten (z. B. nach dem sukzessiven Zusammentragen verschiedener Argumente pro Veränderung), am Sitzungsende und zu Beginn einer neuen Sitzung (um den roten Faden wieder aufzunehmen, etwa zu Beginn von Phase 2 des MI) erfolgen. Ein Beispiel findet sich weiter unten im Abschnitt *Einen konkreten Änderungsplan festlegen*.

Einen Änderungsplan erarbeiten und vereinbaren (Phase 2 des MI)

In der ersten Phase des MI ging es darum, die Motivation für eine Veränderung des Suchtverhaltens aufzubauen bzw. zu stärken. Äußert sich der Klient vornehmlich änderungsbereit („change talk") und ist Vertrauen in die Möglichkeit einer Änderung erkennbar („confidence talk"), so geht es nun (in Phase 2) um die Erarbeitung und Vereinbarung eines persönlich verbindlichen Änderungsplans.

Einleitung von Phase 2 des MI

Phase 2 des MI beginnt damit, dass man dem Klienten eine *Zusammenfassung* der Ergebnisse aus Phase 1 gibt und dabei seine zentralen Überlegungen, was für eine Änderung spricht („change talk") und was ihn zuversichtlich macht, eine Änderung vollziehen zu können („confidence talk"), einbezieht.

An die *Rückversicherung* hinsichtlich der Korrektheit der Zusammenfassung („Ich habe jetzt noch einmal zusammengefasst, was wir bisher besprochen haben. Habe ich das alles richtig verstanden?") schließt sich eine so genannte „*Schlüsselfrage*" („key question") an: „Sie möchten, dass es so nicht mehr weitergeht. Wie soll es aus Ihrer Sicht weitergehen?"

Im Anschluss an diese Schlüsselfrage geht es darum, das Ziel der Veränderung, den Weg zur Zielerreichung, einen konkreten Veränderungsplan und die „Einschwörung" auf diesen Plan zu erarbeiten.

Ziele vereinbaren („setting goals"; Phase 2a des MI)

Das Credo dieser MI-Phase besteht darin, Veränderungsziele (wie Abstinenz oder kontrolliertes Trinken) im gleichberechtigten Dialog zusammen mit dem Klienten zu erarbeiten, statt ihm Ziele vorzusetzen. Letztlich sollte das Ziel verfolgt werden, das sich der Klient selbst setzt – alles andere würde zu einer ethisch bedenklichen und vom Ergebnis her zweifelhaften Zwangsbehandlung führen: „The fact is that you cannot impose your own goals on another person. ... You can offer your best advice, but the client is always free to accept or disregard it. Further arguing and insisting would likely evoke defensiveness rather than agreement. ... It is far better, we believe, to maintain a strong working alliance with the client, and to start with the goals toward which he or she is most eager to make progress. If these goals are misguided, it will become apparent soon enough" [1 S. 134].

Die Abwägung zwischen verschiedenen Zielen kann durch eine gedankliche Vorwegnahme der Zielerreichung gefördert werden (z. B. „Was wäre gut, wenn Sie dieses Ziel [Abstinenz, kontrolliertes Trinken ...] erreichten? Was wäre weniger gut?" Oder: „Was würde es an Ihrem Leben ändern, wenn Sie den Alkoholkonsum völlig aufgäben?"). Selbsteinschätzungen der Zuversicht, das Ziel zu erreichen (s. o. „confidence ruler"), können dazu beitragen, den Blick auf mögliche Schwierigkeiten bei der Zielerreichung zu lenken.

Verschiedene Wege der Zielerreichung in Betracht ziehen („considering change options"; Phase 2b des MI)

In Phase 2b geht es um die Frage, auf welchem Weg das zuvor festgelegte Ziel erreicht werden soll und kann. Hier ist die grobe Wegmarkierung gefragt: Meint der Klient, eine Konsumveränderung aus eigenen Kräften heraus oder mit Unterstützung von Angehörigen, Freunden oder einer Selbsthilfegruppe schaffen zu können? Hält er eine ambulante Beratung für sinnvoll? Bevorzugt er eine stationäre Therapie? Ist zusätzlich eine ambulante oder stationäre Entgiftung vonnöten? Und so weiter.

Auch bei diesen Fragen sollte die Suchtfachkraft nicht den vermeintlich richtigen Weg vorgeben („Das einzige, was für Sie jetzt sinnvoll ist, ist eine stationäre Langzeittherapie!"). Ihre Aufgabe ist es vielmehr, die Vorstellungen des Klienten über den ihm angemessen erscheinenden Weg zu erfragen und präzisieren zu helfen, bei Bedarf Sachinformationen über alternative Behandlungsmög-

lichkeiten und ihre Vor- und Nachteile zu vermitteln und eine Entscheidung zu ermöglichen, „hinter der der Klient steht“.

Eigene Meinungen oder Empfehlungen sollten in dieser wie in allen anderen Phasen mit Zurückhaltung und ohne Besserwisserei eingebracht werden. Zuallererst sollten stets die Vorschläge des Klienten eingeholt werden (z. B.: „Ich kann Ihnen gerne meine Gedanken dazu mitteilen. Ich möchte aber nicht den Eindruck erzeugen, dass Sie einen bestimmten Weg einschlagen müssten. Deshalb möchte ich Sie zunächst fragen, ob Sie selbst schon Ideen haben, wie Sie Ihr Ziel erreichen könnten.“). Sinnvoll ist es zudem, Optionen anzubieten und die eigenen Vorschläge zu relativieren, etwa wie folgt: „Einige Leute haben mit Erfolg Folgendes gemacht (nämlich: ...), andere haben den folgenden Weg eingeschlagen (nämlich: ...). Wichtig ist, dass Sie herausfinden, welcher Weg für Sie der richtige ist. Was meinen Sie, welches Vorgehen Ihnen am meisten gerecht wird?“ Oder: „Es gibt keinen Weg, der für alle Menschen richtig ist. Ich kann Ihnen – wenn Sie möchten – sagen, was andere mit Erfolg gemacht haben, und Sie können prüfen, welcher Weg für Sie am besten passt.“

Einen konkreten Änderungsplan festlegen („arriving at a plan“; Phase 2c des MI)

In Phase 2c werden mit dem Klienten die in Phase 2b erörterten Eckdaten konkretisiert und das genaue Vorgehen festgelegt, wie etwa: Wann sollen die gewünschten Gespräche in der Beratungsstelle beginnen und wie oft sollen sie stattfinden? Wer soll an der Beratung teilnehmen (Klient, Partnerin, weitere Personen)? Wie lange soll die Maßnahme insgesamt dauern? usw. Der Therapeut kann das Ergebnis z. B. so zusammenfassen:

„Ich möchte gerne einmal zusammenfassen, wo wir nun angelangt sind. Sie wollten wissen, welche Möglichkeiten es gibt, etwas am Trinken zu ändern, und wir haben über verschiedene Alternativen gesprochen. Sie denken, dass es vermutlich am besten wäre, gar nichts mehr zu trinken, aber Sie wollen erst einmal versuchen, mit weniger Alkohol auszukommen. Sie haben sich verschiedene Vorgehensweisen durch den Kopf gehen lassen und sich dafür entschieden, nach der stationären Entgiftung jede Woche zu einem Gespräch in die Beratungsstelle zu kommen. Sie meinen, dass es wohl gut wäre, Ihre Partnerin zu ein paar Gesprächen mitzubringen. Ganz sicher sind Sie sich bei Ihrem ganzen Plan noch nicht, aber Sie sind fest entschlossen, etwas zu tun, und das scheint zunächst einmal das gerade Besprochene zu sein. Habe ich das alles so richtig verstanden?“

Einen derartigen Plan kann man schriftlich festhalten (vgl. [1, S. 137]).

Stärkung der Verbindlichkeit des Änderungsplans („eliciting commitment“; Phase 2d des MI)

Abschließend empfehlen Miller und Rollnick, sich die Zustimmung des Klienten zu dem Erarbeiteten einzuholen: „Ist es das, was Sie tun möchten?“

Eventuell können auch gleich die ersten Schritte zur Planumsetzung eingeleitet werden (z. B. ein Aufnahmezeitpunkt für eine Entgiftungsbehandlung vereinbaren). Wichtig ist, dass sich der Klient bei alledem nicht gedrängt fühlt. Gegebenenfalls sollte man ihm Zeit einräumen, um noch einmal über das weitere Vorgehen nachzudenken.

Die innere Zustimmung zum Vorgehen kann dadurch gefestigt werden, dass der Klient mit anderen über sein Vorhaben spricht.

Anwendung und Wirksamkeit von MI

Der Einsatz von MI im klinischen bzw. suchttherapeutischen Alltag kann in vier Varianten erfolgen:

- *MI als ausschließliche Behandlung* („MI as primary treatment“)
  MI als eigenständige Behandlung bedeutet die „reine“ Anwendung von MI.
  Beispiel: Ein vom Richter zu zehn Sitzungen Zwangsberatung „verdonnerter“ Drogenkonsument erscheint in der Suchtberatungsstelle. Dort erfolgen Gespräche nach Geist, Prinzipien und Methoden des MI. Ziel ist es, den Klienten zu einem Überdenken seines Drogenkonsums und ggf. zu einer Verhaltensänderung zu motivieren.
  Wirksamkeit: Zur Wirksamkeit dieser „reinen“ Form von MI liegen bislang keine empirisch abgesicherten Effektivitätsnachweise vor (vgl. [7]).
- *MI als übergeordneter Behandlungsstil, kombiniert mit anderen Behandlungselementen* („MI as permeating style combined or integrated with other treatment components or entire treatments“)
  Zum zweiten kann MI als Kommunikationsstil während einer suchttherapeutischen, medizinischen, psychotherapeutischen oder sonstigen Behandlung, in der auch andere Behandlungselemente zum Einsatz kommen (z. B. Rückmeldung von Laborergebnissen; Einsatz von Informationsmaterial; Aufbau bzw. Modifikation kognitiv-behavioraler Kompetenzen), herangezogen werden. In diesem Fall wird von „Adaptiertem Motivational Interviewing“ („Adapted Motivational Interviewing“, AMI) gesprochen [7].
  Beispiel: Ein Arzt gibt einem Patienten im Rahmen einer medizinischen Behandlung Feedback über seine Leberwerte, die auf überhöhten Alkoholkonsum hindeuten. Das Feedback wird im Stil von MI gegeben und auch die anschließende Erörterung möglicher Konsequenzen (Alkoholkonsum ändern oder nicht?) erfolgt im Geiste und nach den Methoden des MI.
  Eine Kombination aus Diagnostik, Feedback und MI liegt auch im Falle des „Drinker's Check-up“ vor, bei dem auf breiter Basis alkoholbezogene diagnostische Daten erhoben und dem Klienten im MI-Stil rückgemeldet bzw. besprochen werden [8]. Ähnliche Varianten der MI-Anwendung wurden für kurze Interventionen im Rahmen medizinischer Behandlungen („Brief Motivational Interviewing“, „Brief Negotiation“ [9]) bzw. für den Einsatz bei Alkohol missbrauchenden Studierenden entwickelt („Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students“ [10]).
  Wirksamkeit: Vielfältige Untersuchungen vor allem im Alkoholbereich, aber auch bei Drogenabhängigen (vgl. Beitrag Kremer sowie Beitrag Vogt, Schmid und Schu in diesem Heft), zeigen, dass das mit anderen Behandlungselementen verknüpfte MI Behandlungsabbrüchen vorbeugt [11] und Suchtverhalten wirksamer reduziert als keine Behandlung bzw. mindestens genauso effektiv ist wie andere Behand-

lungen (vgl. [7, 12 – 14]). Beispielsweise führte die vierstündige MI-Variante „Motivational Enhancement Therapy“ [15], bei der neben dem „reinen MI“ diagnostische Befunde erhoben und mit dem Klienten besprochen werden, zu genauso starken Trinkmengenreduktionen wie eine dreimal so lange kognitive Verhaltenstherapie oder ein typisches 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker [16].
Unklar bleibt in diesen Studien, was der „reine Effekt“ von MI in Abgrenzung zu den anderen Behandlungselementen (wie Rückmeldung diagnostischer Befunde) ist. Zudem bleibt offen, ob bei den unter der Bezeichnung „MI“ durchgeführten Behandlungen auch wirklich MI lege artis zur Anwendung kam („treatment integrity“; vgl. [7]).

- *MI als vorangestelltes Behandlungselement* („MI as prelude“)
  Bei dieser Variante erfolgt der erste Kontakt mit dem Klienten nach den Prinzipien und Methoden des MI. Anschließend erfolgt eine nicht MI-spezifische Standardbehandlung.
  Beispiel: Ein Patient wird während einer Krankenhausbehandlung mittels MI in motivierender, nicht konfrontativer Weise auf seinen Alkoholkonsum angesprochen. Ziel ist es, dass er nach Entlassung eine Suchtberatungsstelle aufsucht und sich dort weiter mit der Suchtthematik auseinandersetzt.
  Wirksamkeit: Wenn eine MI-Einheit einer anderen Behandlung vorangestellt wird, erhöht dies die Mitwirkungsintensität in der späteren Behandlung und senkt die Abbruchquote (bzw. erhöht die „Vermittlungsquote“, wie im zuvor genannten Krankenhausbeispiel; vgl. [7, 11, 17, 18]).
- *Rückgriff auf MI bei Bedarf* („MI as fall-back option“)
  Bei der vierten Variante des MI-Einsatzes greift man während einer Behandlung auf MI-Methoden zurück, wenn motivationale Probleme bei Klienten sichtbar werden.
  Beispiel: Während einer Indikationsgruppe „Selbstsicherheit“, die im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie angeboten wird, zeigt sich, dass der Klient sich nicht sicher ist, an seinem Umgang mit Drogen etwas ändern zu wollen. Das Thema „Will ich tatsächlich etwas an meinem Drogenkonsum ändern?“ wird deshalb in einem MI-Dialog aufgegriffen.
  Wirksamkeit: Zu dieser Einsatzvariante des MI liegen bislang keine Wirksamkeitsstudien vor.

Der Forschungsstand spricht auch für die Wirksamkeit von MI bei nicht substanzbezogenen Problembereichen, wie etwa Bluthochdruck, Diabetes, psychiatrischen Doppeldiagnosen und Bulimie (vgl. [7]). Widersprüchliche Ergebnisse gibt es hinsichtlich des Nutzens von MI bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit bzw. der Steigerung der körperlichen Fitness. Keine positive Wirkungen konnten bislang bei der Beeinflussung HIV-bezogener Risiken festgestellt werden (z. B. Spritzentausch [7]).

Die Anwendungsmöglichkeiten von MI reichen inzwischen weit in das gesamte Gesundheitssystem hinein (vgl. [9, 19, 20]). Viel versprechende Anwendungsgebiete liegen z. B. in der Beratung Suchtmittel konsumierender Frauen in gynäkologischen Praxen [21] und der Arbeit mit Straftätern [22]. Erst in Entwicklung befindet sich der systematische Einsatz von MI-Methoden in Gruppen [23].

Training in MI

Wie aus den vorigen Abschnitten deutlich geworden sein sollte, gehen in den scheinbar einfachen Ansatz des MI eine Vielzahl Methoden, die flexibel unterschiedlichsten Klientencharakteristika und Gesprächssituationen angepasst werden müssen, den übergeordneten vier MI-Prinzipien entsprechen und im Geiste des MI durchgeführt werden sollten, ein. Die Umsetzung dieses Kompetenzbündels setzt u. a. voraus, dass MI-Anwender in einen Prozess der Selbstklärung eintreten und sich anwendungsfeldbezogen mit eigenen Wertmaßstäben und Normen, institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungspräferenzen und alten Gewohnheiten auseinandersetzen.

Dieser Mix an Anforderungen an eine kunstfertige Anwendung von MI macht deutlich, dass es zum Erlernen von theoretischen Grundlagen des MI und der Aneignung von Umsetzungsexpertise zeitlich angemessener Schulungsmaßnahmen bedarf. Vorträge zu MI oder einmalige Halbtagesworkshops sind bestenfalls als „appetizer“ zu verstehen, um einen ersten Überblick über diesen Ansatz zu gewinnen bzw. ein Gespür dafür zu entwickeln. Die in Deutschland inzwischen verbreiteten zwei- bis dreitägigen MI-Workshops für Kliniker mit Praxiserfahrung können hinsichtlich einiger MI-Methoden Grundkompetenzen vermitteln – nicht weniger, aber auch nicht mehr: MI „is not an approach that can be acquired merely by reading, listening to lectures, or watching demonstration videotapes – or, indeed, by attending a single workshop“ [1, S. 186].

Erfahrungsgemäß sind Fortbildungen aus mindestens drei mehrtägigen Blöcken notwendig, um in Theorie und Praxis beide Phasen des MI zu erlernen, zwischen den Blöcken Gelegenheit zum Sammeln von Erfahrungen in der berufspraktischen Umsetzung des MI zu erhalten („clients are your teachers“ [1, S. 181]) und durch Coaching bzw. Supervision diese Erfahrungen zu reflektieren und sich neue Kompetenzen anzueignen.

1993 starteten Miller und Rollnick damit, MI-Trainer auszubilden. Inzwischen gibt es jährliche internationale Treffen zur Weiterbildung und zum Erfahrungsaustausch von MI-Trainern („MINTies“), die in einem internationalen Netzwerk (MINT = Motivational Interviewing Network of Trainers) und mittels eines Newsletters (MINUET = Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training) miteinander verbunden sind.

Resümee und Ausblick

Die klinischen Erfahrungen aus inzwischen über 10-jähriger MI-Anwendung zeigen, dass Motivationsgespräche erheblich entspannter und erfolgreicher ablaufen können, wenn man sich die Sichtweise zu Eigen macht, dass sich Menschen mit Suchtmittelabusus in einer inneren Situation der Ambivalenz befinden und es neben Veränderungsimpulsen eine sinnhafte Tendenz zur Nichtveränderung gibt. Eigenmotivation zur Veränderung wird gefördert, wenn die Motive pro Veränderung gestärkt und gleichzeitig die Motive kontra Veränderung wertgeschätzt werden (Phase 1 des MI). Ist eine Hinwendung zur Veränderung erreicht, können im partnerschaftlichen Dialog die Veränderungsziele (Phase 2a), der Veränderungsweg (Phase 2b) und das

konkrete Vorgehen (Phase 2c) erarbeitet und verbindlich gemacht (Phase 2d) werden.

Dieser Ansatz ermöglicht aber nicht nur, dass Suchtarbeit in einer angenehmen und konstruktiven Atmosphäre stattfinden kann, sondern er ist auch – wie die Forschung zeigt – wirksam (Senkung von Abbruchquoten, Reduktion des Suchtmittelkonsums) und bei entsprechender Schulung erlernbar.

Für die zukünftige Weiterentwicklung des MI bleibt zu wünschen, dass „Geist" und ethische Maximen des MI in eine stringentere, theoretisch begründete Systematik gebracht, MI-Prinzipien und MI-Methoden klarer aufeinander bezogen, die Wirksamkeit von „reinem" MI geprüft und der Nutzen von MI für weitere klinische Anwendungsfelder ausgelotet werden. Zu erhellen bleibt auch die Frage, welche seiner einzelnen Elemente die Wirksamkeit des MI-Ansatzes ausmachen.

Der interessierten Leserschaft seien abschließend die MI-Bücher von Miller und Rollnick [1, 2] zur theoretischen Vertiefung sowie der Besuch von Fortbildungen zur praktischen Aneignung dieses Ansatzes empfohlen. Weitere und jeweils aktuelle Informationen zum MI finden sich auf der internationalen MI-Webseite (www.motivationalinterview.org). Und schließlich sind auch die sieben englischsprachigen Videokassetten von Miller, Rollnick und Moyers [24] hilfreich, um Einblick in Geist und Methoden des MI zu gewinnen (weitere Angaben zu Videodemonstrationen auf der internationalen Webseite www.motivationalinterview.org).

Literatur

[1] Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition. New York: Guilford, 2002

[2] Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991 (Deutsch: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus, 1999)

[3] Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1995; 23: 325 – 334

[4] DiClemente CC, Velasquez MM. Motivational Interviewing and the stages of change. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 201 – 216

[5] Wagner CC, Sanchez FP. The role of values in Motivational Interviewing. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 284 – 298

[6] Schulz von Thun F, Ruppel J, Stratmann R. Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte. Reinbek: Rowohlt, 2000

[7] Burke BL, Arkowitz H, Dunn C. The efficacy of Motivational Interviewing and its adaptions: What we know so far. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 217 – 250

[8] Miller WR, Sovereign RG, Krege B. Motivational Interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-Up as a preventive intervention. Behavioural Psychotherapy 1988; 16: 251 – 268

[9] Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for practitioners. New York: Churchill Livingstone, 1999

[10] Dimeff LA, Baer JS, Kivlahan DR et al. Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm-reduction approach. New York: Guilford Press, 1999

[11] Zweben A, Zuckoff A. Motivational Interviewing and treatment adherence. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 299 – 319

[12] Demmel R. Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. Sucht 2001; 47: 171 – 188

[13] Dunn C, DeRoo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from Motivational Interviewing across behavioral domains: A systematic review. Addiction 2001; 96: 1725 – 1742

[14] Noonan WC, Moyers TB. Motivational Interviewing: A review. Journal of Substance Misuse 1997; 2: 8 – 16

[15] Miller WR, Zweben A, DiClemente CC et al. Motivational Enhancement Therapy Manual. A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH Monograph Series, Volume 2). Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995

[16] Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol 1997; 58: 7 – 29

[17] Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. Addiction 1993; 88: 315 – 336

[18] Brown JM, Miller WR. Impact of Motivational Interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. Psychology of Addictive Behaviors 1993; 7: 211 – 218

[19] Resnicow K, DiIorio C, Soet JE et al. Motivational Interviewing in medical and public health settings. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 251 – 269

[20] Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief Motivational Interviewing. Journal of Mental Health 1992; 1: 25 – 27

[21] Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of Motivational Interviewing with pregnant drinkers. Journal of Studies on Alcohol 1999; 60: 285 – 287

[22] Ginsburg JID, Mann RE, Rotgers F et al. Motivational Interviewing with criminal justice populations. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 333 – 346

[23] Walters ST, Ogle R, Martin JE. Perils and possibilities of group-based Motivational Interviewing. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). Motivational Interviewing. Second edition. New York: Guilford, 2002; 377 – 390

[24] Miller WR, Rollnick S, Moyers TB. Motivational Interviewing. Professional training videotape series. The University of New Mexico, Albuquerque 1998

Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit*

Von Wilhelm Rotthaus

Zusammenfassung

Einige Grundannahmen der sog. Systemtheorie der zweiten Generation, die sich mit Namen wie *von Foerster, Maturana, Bateson, von Glasersfeld, Prigogine* u.a. verbindet, werden dargestellt und das Menschenbild der Systemtheorie in wenigen Punkten skizziert. Dem folgen Überlegungen dazu, welche Auswirkungen ein solches Denken und eine solche Sicht des Menschen auf das Selbstbild des Psychotherapeuten, seine Möglichkeiten und Grenzen und damit auf sein therapeutisches Handeln haben.

1 Systemisches Denken

Die Entwicklung der Systemwissenschaften in den letzten 2-3 Jahrzehnten hat dazu geführt, daß sich Umrisse einer Systemtheorie immer deutlicher abzeichnen, die als der fruchtbarste Versuch angesehen werden können, die Kluft zwischen Geistes- und Naturwissenschaften zu überbrücken und die Trennung von Körper und Geist, von Soma und Psyche mit einem umfassenden, die Grenzen einzelner wissenschaftlicher Disziplinen übergreifenden Konzept aufzuheben. Diese „Systemtheorie der zweiten Generation" – in Abgrenzung von der früheren, rein kybernetisch geprägten Systemtheorie – hat ihre Quellen beispielsweise in den Arbeiten von *Heinz von Foerster*, der als Biokybernetiker bereits in den 60er Jahren das Prinzip der Selbstorganisation als ein über seine Wissenschaft weit hinausgehendes Prinzip erkannte, und von *Gregory Bateson*, der als Biologe, Ethnologe und Anthropologe vor allem die Bedeutung der „verbindenden Muster" beschrieb, in Erkenntnissen des Nobelpreisträgers *Ilya Prigogine* über dissipative Strukturen, in dem Konzept der Autopoiese als Charakteristikum des Lebens von *Humberto Maturana* und *Francesco Varela*; sie greift zurück auf Erkenntnisse der modernen Physik aus den zwanziger Jahren, repräsentiert durch *Einstein, Heisenberg* und *Niels Bohr*, auf die entwicklungspsychologische Forschung von *Jean Piaget* und verbindet sich weiter mit Namen wie *Ernst von Glasersfeld, Niklas Luhmann* sowie den Mitarbeitern des Palo-Alto-Institutes von *Jackson* bis *Watzlawick*.

Systemisches Denken bezeichnet eine bestimmte Art, die Welt zu sehen. So formuliert *Anatol Rapoport*: „Die allgemeine Systemtheorie ist eher eine Weltsicht (outlook) als eine Theorie. Sie ist eine Weltsicht, welche die weitreichenden Verkettungen gegenseitiger Abhängigkeit (Interdependenz) unterstreicht. Wendet man sie auf die gegenwärtigen Probleme der Menschheit an, zeigt die Idee der Interdependenz das unteilbare Schicksal der Menschheit auf." (1983, 162)

Es geht also darum, daß die modernen Systemwissenschaften ein neues Bezugssystem, einen neuen Rahmen entwickelt haben, in dem bekannte Daten neue Bedeutung erhalten und in dem unter einem andersartigen Blickwinkel neue Zusammenhänge aufscheinen. Wie schon in dem Zitat von *Rapoport* angesprochen, richtet sich der Blick nicht, wie in der traditionellen Naturwissenschaft, auf die materiellen und dinglichen Eigenschaften einzelner Erkenntnisobjekte, sondern auf gegenseitige Abhängigkeiten, auf Wechselbeziehungen, auf interpersonale Strukturen – ihren Aufbau, ihren Erhalt und ihre Veränderung –, d.h. insgesamt auf Organisationsprozesse.

Dabei hat sich gezeigt, daß unter diesem Blickwinkel die Annahme einer gradlinigen Kausalität zwischen Ursache und Wirkung unzureichend ist und daß dies in besonderem Maße für lebende Systeme gilt. Als wichtiges Charakteristikum lebender Systeme wurde das Prinzip der Selbstreferenz erkannt, was bedeutet, daß die Verhaltensweisen eines lebenden Systems immer auf es selbst wieder zurückwirken. Es geht hier also um zirkuläre Kausalität, in der die Wirkung sich ihre eigene Ursache schafft und umgekehrt.

Das bekannteste Beispiel eines zirkulären Prozesses ist *Watzlawicks* berühmtes Eheproblem der übertrieben nörgelnden Frau und des sich immer mehr zurückziehenden Mannes. Er beschreibt sein Verhalten als einzig mögliche Verteidigung gegen ihr Nörgeln, während dies für sie eine böswillige Entstellung dessen ist, was in ihrer Ehe „wirklich" vorgeht, daß nämlich seine Passivität der einzige Grund für ihre Kritik ist. Es handelt sich also um eine zirkuläre, eine kreisförmige Organisation, und ein Kreis hat weder einen Anfang noch ein Ende. Was Ursache und was Wirkung ist, hängt ab von der Interpunktion, die der Beobachter vornimmt, und charakterisiert

* Prof. Dr. Gerhard Bosch zum 70. Geburtstag gewidmet.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 38: 10-16 (1989), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 1989

somit die Beschreibung und nicht den beobachteten Prozeß. Der beobachtete Prozeß ist eine unauflösbare Wechselbeziehung. Die Funktionsweisen zweier interagierender Elemente sind nur in ihrer Beziehung zueinander verständlich, und die Merkmale dieser Beziehung sind nicht einem der beiden Elemente allein als Eigenschaft zuschreibbar.

Dieses Prinzip der Zirkularität muß außerordentlich verunsichern in der Neigung, Menschen Eigenschaften zuzuschreiben. Das Verhalten eines Menschen ist nach *Bateson* immer nur durch Kombinationen doppelter Beschreibungen zu erfassen. *Bateson* schreibt dazu in „Geist und Natur": „Es ist richtig (und eine große Verbesserung), wenn man anfängt, über die beiden Parteien der Interaktion so nachzudenken wie bei zwei Augen, von denen jedes eine monokulare Sicht des Geschehens gibt, beide zusammen aber ein binokulares und tiefes Bild entstehen lassen. Diese doppelte Sicht ist die Beziehung. Eine Beziehung existiert nicht innerhalb einer Person. Es ist Unsinn, von ‚Abhängigkeit', ‚Aggressivität' oder ‚Stolz' und so weiter zu reden. Alle diese Worte haben ihre Wurzeln in dem, was zwischen Personen vor sich geht und nicht in einem Innerhalb einer Person, was es auch sein mag." (1984, 165)

„Eine solche Erklärung, welche die Aufmerksamkeit vom zwischenmenschlichen Bereich auf eine künstliche innere Tendenz, auf ein Prinzip, einen Trick oder was immer verlagert, ist meiner Ansicht nach großer Unsinn, der nur die tatsächlichen Probleme verschleiert." ... „Will man etwa über ‚Stolz' reden, dann hat man es mit zwei Personen oder Gruppen und mit dem zu tun, was sich zwischen ihnen abspielt. A wird von B bewundert. A.s Bewunderung ist bedingt und kann in Verachtung umschlagen und so weiter. Dann kann man eine besondere Art des Stolzes definieren, indem man sich auf ein besonderes Interaktionsmuster bezieht. Das nämliche gilt für ‚Abhängigkeit', ‚Mut', ‚passiv-aggressives Verhalten', ‚Fatalismus' u.ä. *Alle* charakterologischen Adjektive müssen so reduziert oder erweitert werden, daß sie ihre Definitionen von Mustern des Austausches herleiten, d.h. von Kombinationen doppelter Beschreibung." (*Bateson* 1980, 166)

So einleuchtend ein solches Denken auch ist, so schwer ist es, diese Einsichten im Alltag umzusetzen. Dies hat vor allem zwei Gründe: Zum ersten verweist schon die Notwendigkeit doppelter Beschreibungen zum Erfassen eines Musters auf die Tatsache, daß unsere Sprache kaum angemessene Möglichkeiten für die Beschreibung eines relationalen Sehens anbietet. Vielmehr fordert sie durch die Art ihrer Kategorien- und Begriffsbildung ständig dazu auf, von Zusammenhängen und Wechselbeziehungen, d.h. von der Dynamik des Lebendigen zu abstrahieren, und verleitet zu der Annahme, daß die Teile des dynamischen Ganzen isolierbare Objekte seien. Als Ausweg aus diesem Dilemma wählte *Bateson* häufig Geschichten und Metaphern, die er am ehesten noch als eine Sprache von Zusammenhängen ansah.

Hinzu kommt, daß ein lineares Ursache-Wirkung-Denken offensichtlich viel zu tief in uns verwurzelt ist, als daß wir uns einfach davon lösen könnten. Man wird mit *Robert Riedel* davon ausgehen müssen, daß unsere Wenn-Dann-Erwartung tief im Tierreich unseren Vorfahren eingebaut worden ist als ein unverbrüchliches Programm, das sich zumeist bewährte und sich immer wieder als von lebenserhaltender Bedeutung erwies. Man darf zudem ohne weiteres konstatieren, daß ein solches Denken auch heute im alltäglichen Bereich noch sehr praktisch ist. Dementsprechend neigen wir dazu, ein solches Denken auch als Beobachter unserer selbst anzuwenden, ohne uns die damit vollzogene Reduktion des komplexen Geschehens bewußt werden zu lassen (s. auch *Rotthaus* 1987, 76).

Zirkularität ernstzunehmen bedeutet, die Ein-Sinnigkeit aller Dichotomien zu erkennen, wie sie die lineare Logik nahelegt. So ist es beispielsweise eine der wichtigsten Aufgaben in der Ausbildung von Systemtherapeuten, das dualistische und letztlich so bequeme Entweder-oder-Schema aufzulösen, das Geist und Körper, Soma und Psyche, Gesundheit und Krankheit, Individuum und Gruppe trennt. Demgegenüber gilt es, das Sowohl-als-auch-Schema der Komplementarität zu erlernen, das in unserer westlichen Welt verlorengegangen ist. Seine Wurzeln hat ein solches Denken in philosophischen Traditionen mit einer dynamischen Schau der Wirklichkeit, in denen den sprachlichen Barrieren oft durch das Hervorheben von Paradoxien begegnet wird, „um den Schüler auf die dynamische Natur der Wirklichkeit hinzuweisen, in der die Paradoxa sich in Hin-und-Her-Schwingungen auflösen." (*Capra* 1987, 87)

Ganz besonders wesentliche Impulse sind von der Biologie gekommen, wo vor allem *Maturana* und *Varela* zu nennen sind. *Maturana* ist im wesentlichen ausgegangen von biologischer Wahrnehmungsforschung und hat das System Individuum ins Blickfeld genommen. Er kennzeichnet als Charakteristikum aller lebenden Wesen, daß sie autopoietische, also sich selbst referentiell erhaltende Systeme sind, die als energetisch offen, jedoch als operational geschlossen angesehen werden müssen. Sie sind autonom und strukturdeterminiert. D.h.: Sie stehen in ständigem Austausch mit ihrer Umgebung; ihre Aktionen werden aber durch ihre eigene Struktur festgelegt, auch wenn sie als strukturell plastische Systeme ihre Struktur unter dem Einfluß der Umgebung ständig ändern. Diese Struktur ist das Ergebnis der evolutionären und individuellen Geschichte des autopoietischen Systems. Lebende Systeme mit komplexen Nervensystemen können Beobachter ihrer selbst sein, wie auch Beobachter anderer Systeme und ihrer Umwelt. Sie entwickeln durch Selbstbeobachtung Selbstbewußtsein. Es muß deshalb ständig genau unterschieden werden zwischen dem System und dem Beobachter.

Wenn für ein System nun Einflüsse aus der Umwelt „nur" Auslöser für interne Veränderungen sind, so ist das, was dieses System für Umwelt hält, nicht „Abbildung", sondern „Vorstellung". Wahrnehmen und Erkennen ist demnach nicht das richtige Erfassen einer objektiven Außenwelt, sondern die mehr oder weniger passende bzw. brauchbare (*von Glasersfeld* prägte das Wort „vi-

able") Konstruktion einer Wirklichkeit, die uns zielstrebiges Handeln im Bereich der Erlebenswelt erlaubt. Die Systemtheorie verweist damit die Idee einer absoluten Objektivität, die immer besser zu erkennen uns aufgegeben ist, in den Bereich unreflektierter Illusionen. *Heinz von Foerster* formuliert: Objectivity is a subjects delusion that observing can be done without him. – Objektivität ist die Wahnvorstellung, man könne beobachten, ohne selbst daran beteiligt zu sein (nach *von Glasersfeld* 1985, 19).

2 Aspekte eines systemischen Menschenbildes

Wenn nun versucht werden soll, in einigen Punkten ein systemtheoretisches Menschenbild zu skizzieren, so ist das, in der Logik des Vorangesagten, nur möglich durch doppelte Beschreibung. Einerseits ist das Individuum zu kennzeichnen als operational geschlossenes, autonomes, selbstverantwortliches System, dessen jeweiliges Verhalten durch seine augenblickliche Struktur festgelegt wird und nicht durch die Außeneinflüsse. Das bedeutet beispielsweise für den Erzieher, daß er durch seine erzieherische Intervention nicht bestimmt, was das Kind lernt, sondern daß es vielmehr die Struktur des Kindes ist, die das Schicksal der erzieherischen Intervention bestimmt.

Diese Betonung der operationalen Geschlossenheit des Individuums ist aber wiederum nur die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite ist hervorzuheben, daß die Umwelt, unabhängig von welchem Aspekt aus ich sie betrachte (unter physikalischem, biologischem, menschlichem, sozialem oder kulturellem Aspekt), notwendig ist, um leben zu können. Ihre Zerstörung bedeutet das Ende des Individuums, d.h. mit Worten *Duss-von Werdts* (1987, 128): „Das Individuum ist für sich keine Lebenseinheit, sondern theoretisch ein Abstraktum, existentiell lebensunfähig (nicht nur lebensuntüchtig)." *Guntern* formuliert es folgendermaßen: „Die systemische Öko-Anthropologie stellt die Hypothese auf, daß die Person ein integrierter Bestandteil des Ökosystems ist; daß das Ökosystem ein Prozeß ist und nicht etwa eine statische Einheit, und daß das Ökosystem – und nicht der individuelle Organismus – die kleinste lebens- und entwicklungsfähige Einheit des Lebens ist. Damit ist das Ökosystem auch die Grundeinheit normaler und norm-devianter Entwicklung." (1984, 305)

Die zweite zentrale Aussage eines systemtheoretischen Menschenbildes ist, daß dem Menschen keine absolute Wahrheit und keine absolute Wirklichkeit verfügbar ist, sondern daß alles, was er für Wahrheit und Wirklichkeit hält, seine Konstruktionen sind. Solche Konstruktionen können überaus passend und nützlich sein, was jedoch nicht heißt, daß sie, um mit *Watzlawick* zu sprechen, die „wirkliche Wirklichkeit" darstellen. Hierfür gibt es ein sehr hübsches Beispiel: So hatte es sich sicherlich bis zu *Wernher von Braun* und seinen Kollegen herumgesprochen, daß wir heutzutage das ptolemäische, geozentrische Weltbild nicht mehr für richtig halten, sondern vielmehr die kopernikanische, heliozentrische Sicht der Welt. Nichtsdestoweniger gingen und gehen diese Wissenschaftler von einem geozentrischen Weltbild aus, weil dies für ihre Zwecke, die Weltraumfahrt, ausreicht, gleichzeitig aber sehr viel einfachere Berechnungen erlaubt als das kopernikanische Weltbild.

Auch hier haben die Physiker die entsprechenden Erkenntnisse bereits in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts gewonnen, und es läßt sich anschaulich nachlesen, wie sie eine existentielle Bedrohung subjektiv erlebt haben angesichts der Tatsache, daß sie sich gezwungen sahen, ihr gesamtes Weltbild zu revidieren. Wichtigste Erkenntnis war, daß das, was wir als Wirklichkeit erkennen, eng zusammenhängt mit der Struktur unseres Bewußtseins. Die widersprüchlichen Beobachtungen über die Natur des Lichtes (*Huygens*: Wellenstruktur; *Planck*: Korpuskelcharakter) waren beide als „richtig" zu akzeptieren in Abhängigkeit vom jeweiligen Standpunkt des Untersuchers. Stellte er dem Elektron eine Teilchenfrage, gab dieses ihm eine Teilchenantwort. Stellte er ihm eine Wellenfrage, gab dieses ihm eine Wellenantwort. Das bedeutet: Beobachter und beobachtetes Objekt hängen wechselseitig voneinander ab; eine isolierte Betrachtung eines von beiden ist nicht möglich.

Heisenberg formulierte als die „neue Situation" in der modernen Naturwissenschaft, „daß wir die Bausteine der Materie, die ursprünglich als die letzte objektive Realität gedacht waren, überhaupt nicht mehr ‚an sich' betrachten können, daß sie sich irgendeiner objektiven Festlegung in Raum und Zeit entziehen, und daß wir im Grunde immer nur unsere Kenntnis dieser Teilchen zum Gegenstand der Wissenschaft machen können. Das Ziel der Forschung ist also nicht mehr die Erkenntnis der Atome und ihrer Bewegung ‚an sich', d.h. abgelöst von unserer experimentellen Fragestellung, vielmehr stehen wir von Anfang an in der Mitte der Auseinandersetzung zwischen Natur und Mensch, von der die Naturwissenschaft ja nur ein Teil ist, so daß die landläufigen Einteilungen der Welt in Subjekt und Objekt, Innenwelt und Außenwelt, Körper und Seele nicht mehr recht passen wollen und zu Schwierigkeiten führen. Auch in der Naturwissenschaft ist also der Gegenstand der Forschung nicht mehr die Natur an sich, sondern die der menschlichen Fragestellung ausgesetzte Natur, und insofern begegnet der Mensch auch hier wieder sich selbst." (*Heisenberg* 1984, 107 f.)

Wenn aber unsere Wirklichkeit, wie wir sie sehen, von unserer Entscheidung abhängt, wie wir sie sehen wollen, dann heißt das:

a) Wir müssen die Verantwortung für unsere Wirklichkeit übernehmen. Wir können nicht mehr sagen: Die Welt ist eben so, sondern wir müssen sagen: Wir machen die Welt so. (Dem Begriff der Verantwortung kommt deshalb in der systemischen Psychotherapie m.E. eine zentrale Bedeutung zu.)
b) Wir müssen tolerant werden und die Entscheidungen des anderen, wie er die Welt sehen will, respektieren; denn es sind keine objektiven Maßstäbe erkennbar,

aus denen ich ableiten könnte, daß ich einen höheren Anspruch auf Wahrheit habe als der andere.

Verantwortung für die eigene Wirklichkeitskonstruktion und Toleranz für die Wirklichkeitskonstruktion des anderen sind die Pole, die der Vorstellung des unbegrenzt Machbaren einerseits und der Idee des den Umständen Ausgeliefert-Seins andererseits Grenzen setzen und den Raum eigenständigen Handelns für das Individuum definieren. „In dieser Sicht", schreibt *Guntern*, „ist die Person weder ein passives Opfer der Umstände noch ein aktiver Täter, der sich die Welt ‚untertan macht'. Die Person ist ein teilweise autonomer, teilweise heteronomer Tänzer im Ballett des kosmischen Tanzes, dessen Choreographie durch die Zufälle und Gesetzmäßigkeiten des Ökosystems bestimmt wird. Diese Sicht der Person beinhaltet Hoffnung und Realitätssinn, Freiheit und Verantwortung, Rechte und Pflichten, aktive Gestaltung und passive Betroffenheit zugleich." (1984, 324)

3 Systemische Therapie

3.1 Klärung der Verantwortlichkeit als Vorbedingung

Welche Auswirkungen hat nun dieses Denken und dieses Menschenbild auf therapeutisches Handeln? Wie gesagt, hat das Stichwort „Verantwortung" im therapeutischen Denken des Verfassers einen großen Stellenwert eingenommen. Dabei ist es ein alt bekanntes Faktum, daß psychotherapeutisch Arbeiten die Fähigkeit, zumindest aber die Bereitschaft des Patienten zur Übernahme von Verantwortung für sich selbst, voraussetzt. Leidensdruck wird als notwendig angesehen, um Therapiewilligkeit zu bewirken. Wird von einem Patienten jegliche Eigenverantwortung negiert, ist lediglich eine *Be*handlung (beispielsweise medikamentöser Art) möglich im Sinne einer Fremdeinwirkung auf dieses Individuum (in der Hoffnung, daß diese Fremdeinwirkung in irgendeiner Weise günstige Folgen für das Individuum haben könnte), aber es ist keine Psychotherapie durchzuführen – vorausgesetzt zumindest, der Blick wird lediglich auf das Individuum als zu therapierende Einheit gerichtet.

Wenn demgegenüber eine größere Einheit als zu therapierendes System gewählt wird, dann eröffnen sich wesentliche neue Möglichkeiten: Nun ist der Therapeut nicht mehr angewiesen auf die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme seitens des diagnostizierten resp. identifizierten Patienten, sondern er kann danach Ausschau halten, wer in diesem System bereit und in der Lage ist, Verantwortung zu übernehmen, solange der identifizierte Patient dies nicht tun kann oder will. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird diese Rolle üblicherweise den Eltern zufallen. Es gibt jedoch Situationen – und das sind zumeist die besonders schwierigen –, in denen die Eltern ebenfalls nicht bereit und in der Lage sind, Verantwortung zu übernehmen, und in denen dann andere Personen bzw. Institutionen, beispielsweise das Jugendamt, in diese Funktion treten müssen (*Rotthaus* 1986).

Verantwortung trägt auch der Therapeut, und zwar für sein therapeutisches Handeln, dem neben sachlicher Kompetenz Empathie, Echtheit und Respekt vor dem Gegenüber zugrundeliegen muß. Respekt und Vertrauen in die Ressourcen des anderen ermöglicht, was gerade bei stationärer systemischer Therapie von größter Bedeutung ist: Eine klare Trennung der Verantwortungsbereiche, die es verhindert, daß zum Beispiel Kinder oder Jugendliche durch eine stationäre Aufnahme in zusätzliche bzw. neue Loyalitätskonflikte geraten. Sie bedeutet im übrigen zugleich eine klare Schranke vor dem Zugriff bzw. den Übergriffen des (möglicherweise gutwilligen, aber unreflektiert helfenden) „allmächtigen" Therapeuten.

3.2 Anerkennung der Grenzen des therapeutisch Machbaren

Systemisches Denken verweist sehr deutlich auf diese Grenzen, die dem Therapeuten gesetzt sind. So ist es nach *Maturana* nicht möglich, den anderen gezielt zu beeinflussen, d.h. gezielt ganz bestimmte Änderungen in ihm hervorzurufen. Vielmehr ist die Reaktion des anderen durch seine eigene Struktur bedingt, d.h. er bestimmt das Schicksal der therapeutischen Intervention. Auch dies ist nicht neu und entspricht der therapeutischen Erfahrung, daß ein Klient im nachhinein eine bestimmte Äußerung des Therapeuten als entscheidenden Wendepunkt bewertet, an die sich der Therapeut selbst kaum erinnern kann. *R. D. Laing* hat dies in seinem Buch „Phänomenologie der Erfahrung" in einem Satz zusammengefaßt: „Doch die wirklich entscheidenden Momente in der Psychotherapie sind – wie jeder Patient oder Therapeut weiß, der sie erfahren hat – nicht vorhersagbar, einmalig, unvergeßlich, niemals wiederholbar und oft unbeschreibbar." (nach *Capra* 1987, 126 f.)

Maturanas theoretische Fundierung einer psychotherapeutischen Erfahrung führt zu einem höheren Maß an Freiheit dadurch, daß der Therapeut weniger angestrengt mit sich ins Gericht geht, sich selbst weniger Vorwürfe macht, wenn die Erfolge sich nicht so einstellen, wie er es erwartete, und daß er auch dem Patienten keine Vorwürfe mehr macht, wenn dieser anders reagiert, als es im Lehrbuch steht. Der Therapeut braucht den Widerstand beim Patienten nicht mehr zu bemühen, der ihn so frustriert hat, und kann selbst kreativer und einfallsreicher handeln.

Diese Zunahme an Kreativität und Einfallsreichtum erwächst auch aus der größeren Toleranz und daraus, daß der Therapeut Abschied nimmt von der Idee, in seinem Kopf ganz bestimmte Lösungswege entwickeln zu müssen, auf die er den Patienten/die Familie in möglichst gekonnter Weise zu schicken habe.

3.3 Vertrauen in die Ressourcen des Patienten

Aufgabe des systemischen Therapeuten ist es – lediglich (?) –, die erstarrte und festgefahrene Entwicklungs-

dynamik eines Systems – eines Menschen oder einer Familie, ggf. auch eines Stationsteams oder einer Betriebsgruppe – wieder in Gang zu setzen, die Koevolution beispielsweise der Familienmitglieder aus der Erstarrung zu befreien und der Familie zu helfen, ihr Problem selbst kreativ zu lösen. Zentral ist das Vertrauen in die Kreativität und den Einfallsreichtum der Familie, aus dem heraus der Therapeut die erstaunlichsten Beobachtungen machen kann, wenn er sich von der Fixierung auf seinen Lösungsweg frei gemacht hat. Dies schafft ihm auch die Möglichkeit, sich von dem zu lösen, was er als Pathologie anzusehen gelernt hat und das in seiner Ausbildung stets im Mittelpunkt stand.

Vertrauen in die Ressourcen der Familie bedeutet, die Überzeugung zu haben, daß die Familie ihre Lösung selbst findet, wenn es ihr gelingt, über den Zaun zu schauen, mit dem sie sich den Blick auf die 100 Möglichkeiten selbst versperrt hat. So kann es geschehen, daß der Systemtherapeut in einer Stunde seine ganze Erfahrung nutzt, um der Familie über die allerunterschiedlichsten, ganz gegensätzlichen, möglicherweise dieser Familie ganz absurd erscheinenden Lösungsmöglichkeiten ihres Problems zu berichten, wie sie andere Familien gefunden haben, um mit dieser Familie in hypothetischer Form einige Möglichkeiten durchzuspielen. Es geht also um Erweiterung des Horizontes, da ein Großteil der Familien mit Problemen sich erfahrungsgemäß immer auf den Lösungsweg einengt, der das Problem nicht löst, sondern perpetuiert.

So geht es auch darum, Urteile, Bewertungen und einseitige Sichtweisen in Frage zu stellen, um neue Perspektiven zu eröffnen, neue Beziehungsdefinitionen zu kreieren, Perspektiven zu schaffen für Neuentwicklungen. Wie gesagt: Typisch für viele Familien mit auffälligen oder gestörten oder kranken Mitgliedern sind fixierte Urteile und Bewertungen. Sie charakterisieren die Unfreiheit und Blockiertheit der Familie. Dabei gibt es für den Systemtherapeuten eben nicht mehr das Entweder-Oder, sondern immer das Sowohl-als-Auch:

> So kann es beispielsweise geschehen, daß Familienmitglieder den Vater ablehnen, weil er unablässig in unerträglicher Weise herummeckert, redet, schimpft, Vorwürfe macht ... Der Therapeut erlebt es häufig ganz ähnlich, und er ist dann rasch im familiären Spiel gefangen. In solchen Fällen muß er sich daran erinnern, daß jede Medaille zwei Seiten hat, und kann dann allen Familienmitgliedern möglicherweise eine neue Perspektive eröffnen, wenn er konstatiert, daß dieser Vater sich außerordentlich große Mühe gibt, daß er sich gewaltig anstrengt, daß er sich unablässig „abstrampelt" in Sorge um die anderen, wenn auch wohl ohne jeden Erfolg.

Derartige Umdeutungen – häufig, aber durchaus nicht immer positive Konnotierungen von nur negativ gesehenen Verhaltensweisen – gehören mit zu einem auch nur annähernd vollständigen Bild:

- Das aufsässige Kind, das sich alle Vorteile nimmt und die Eltern tyrannisiert, drangsaliert und schlägt, das in der Arbeit mit der Familie aber völlig unbeteiligt wirkt, auch wenn die Eltern über ihre großen Sorgen und Schwierigkeiten mit ihm berichten, das triumphiert und anscheinend seine Macht genießt ... Wenn wir genau hinschauen, ist es zumeist außerordentlich unglücklich und traurig; es spürt selbst, daß sein Entwicklungsverlauf gestört ist und daß es durch sein eigenes Verhalten seine Chancen verspielt.
- Das kranke, schwache, hilfsbedürftige Kind ... Es ist demgegenüber – ein gut bekanntes Muster – in seiner Schwäche oft sehr stark und mächtig und kann die Eltern „tanzen lassen".

Übrigens läßt sich die therapeutische Handlungsfähigkeit eines Mitarbeiterteams sehr gut daran erkennen, ob gemeinsame, meist negative Zuschreibungen des Verhaltens von Eltern für das Erleben eines Gruppenzusammenhaltes notwendig sind oder ob es in der Lage ist zu doppelten Beschreibungen, indem beispielsweise die völlig übertriebene Besorgnis einer Mutter, die durch ihre ständigen Anrufe die ganze Station „nervt", auch als Interesse und Sorge um ihr Kind angenommen werden kann.

3.4 Bescheidenheit im Werten und Urteilen

Erfahrungsgemäß ist es ungemein schwierig, sich auf dieses Sowohl-als-Auch des systemischen Denkens tatsächlich und ganz konkret einzulassen, sich auf einen Bewußtseinszustand einzulassen, den *Bateson* als „Bescheidenheit und Einsamkeit" charakterisiert, und ein Denken zu akzeptieren, nach dem es, wie *Keeney* (1983) schreibt, „kein Gen, keine Chemie, kein Individuum, keine Gruppe oder keine Kultur mehr gibt, die man beschuldigen oder auf die man wütend sein kann". Hier zeigt sich eine bemerkenswerte Übereinstimmung mit *Heisenberg*, der 1953 bereits in einem Vortrag in München formulierte, „daß zum erstenmal im Laufe der Geschichte der Mensch auf dieser Erde nur noch sich selbst gegenüber steht, daß er keine anderen Partner und Gegner mehr findet" (1984, 106 f.).

Tatsächlich führt systemisches Denken den Therapeuten zu sehr viel Bescheidenheit und Zurückhaltung im Werten und Urteilen. Das, was er in einer Familie sieht und beobachtet, sind seine Beobachtungen. Was er bewertet, sind seine Bewertungen. Er weiß, daß er in dem Augenblick, wo er der Familie begegnet, deren Handeln und Reagieren beeinflußt, daß möglicherweise ein anderer Therapeut ganz andere Dinge erleben und beobachten würde. Er weiß auch, daß seine Übereinstimmung, die er möglicherweise mit anderen Therapeuten im Beschreiben und Beurteilen einer Familie rasch herstellt, eventuell nur oder vor allem dadurch begründet ist, daß Therapeuten in gleicher Weise sozialisiert sind – recht mühevoll in Ausbildungen, die sich über viele Jahre erstrecken – und daß sie deshalb gelernt haben, gleichartige Wirklichkeitskonstruktionen zu vollziehen. Möglicherweise würde jemand, der in ganz anderer Weise sozialisiert ist, unbelastet von aller „Psychologie", ganz andere Erfahrungen machen und die Familie mit ihm – nicht auszudenken, daß solche Erfahrungen für die Familie nützlicher sein könnten.

3.5 Wecken von Kreativität

Die Überzeugung, daß der Therapeut niemals objektiv beobachten kann, sondern durch seine Anwesenheit eine neue Wirklichkeit schafft, führt den Therapeuten nun keineswegs dazu, seine therapeutischen Möglichkeiten als allzu gering oder irrelevant zu beurteilen. Im Gegenteil: Durch seine Anwesenheit in einer Familie entsteht ein neues System, ein System mit neuen Regeln und neuen Mustern. In diesem neuen System kann der Therapeut seine Beziehungen als Interventionen nutzen. So könnte er beispielsweise im Kontakt mit einer schizopräsenten Familie, in der zumeist die Metaregel besteht, daß keine Regel besteht bzw. Bestand haben darf, die Idee fester und klarer Regeln anregen. Umgekehrt mag er in seinen Gesprächen mit sogenannten psychosomatischen Familien, in denen die Regel gilt, daß keine Regel verändert werden darf, eine Metaregel der Flexibilität entstehen lassen.

Solche Familien sind, wenn sie zu uns kommen, nicht in der Lage, aus sich heraus neue Regeln zu schaffen, da alle Änderungsvorschläge am Prinzip der Selbstreferenz scheitern. Die Chance zum Wandel entsteht durch die Bildung des neuen therapeutischen Systems unter Einschluß eines neuen Mitgliedes (des Therapeuten), der nicht in dem Wertekodex der Familie gefangen ist und sich nicht an die familienspezifischen Muster hält.

„Die konsequente Einführung der Außenperspektive", so formuliert es *F. Simon*, „ist dementsprechend das wesentliche therapeutische Instrumentarium der systemischen Therapie. Wenn sich der Rahmen der wechselseitigen Selbst- und Fremdinterpretation verändert, wandeln sich auch die Interaktionsregeln" (1985, 461). *Fritz Simon* verweist in diesem Zusammenhang auf das zirkuläre Fragen als spezifische, hierauf ausgerichtete Interviewmethode. Nicht neue Verhaltensmuster sollen erlernt werden, sondern – auf der logisch übergeordneten Ebene – die Fähigkeit des „Lernens zu lernen", d.h. mit anderen Worten: Es geht darum zu lernen, wieder kreativ zu werden und sich in gemeinsamer Koevolution weiter zu entwickeln.

3.6 Verzicht auf das Ergründen „der" Ursache

Als letztes: Systemisches Denken zwingt, von der Annahme Abschied zu nehmen, ein Ergründen der Ursache sei Vorbedingung für gutes, verantwortungsvolles, wirksames therapeutisches Handeln. Angesichts des heutigen Erkenntnisstandes müssen Forscher und Therapeuten gleichermaßen einräumen, weit davon entfernt zu sein, die Ursachen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu kennen – bei den sogenannten somatischen scheint es nicht anders zu sein. So wird heute gern von der multifaktoriellen Genese gesprochen, und je mehr geforscht wird, um so mehr erkennt man, wie ungemein kompliziert das Zusammenspiel der einzelnen Ursachenstränge ist. Es ist nicht schwer vorauszusagen, daß es den Sozialwissenschaftlern ähnlich gehen wird wie den Physikern: Je genauer und aufwendiger und detaillierter sie untersuchen und forschen, um so mehr werden sie sich von der Erfüllung ihres Wunsches entfernen, das Zusammenspiel aller Faktoren erkennen und berechnen zu können.

So werden auch die Sozialwissenschaftler erfahren, wie sehr in der Entwicklung lebender Wesen Zufälle eine wichtige Rolle spielen. *Ilya Prigogine* hat aufgezeigt, daß in der dynamischen Entwicklung von Systemen immer wieder Instabilitäten auftreten. Treffen nun verstärkende Einflüsse zufällig gerade im Augenblick höchster Instabilität auf dieses System, dann wird die Stabilitätsgrenze überschritten und es entwickeln sich neue Organisationsstrukturen. Welche der vielen möglichen Änderungen in einem System erfolgen, hängt also unter anderem vom zufälligen Zusammentreffen der jeweiligen Zustände und Einflüsse ab.

Dies sollte nun keineswegs davon abhalten, zu forschen und eine bestimmte Position oder Sichtweise als für eine Therapie besonders nützlich zu erachten, solange dies nicht zu der Täuschung führt, diese Position und diese Sichtweise sei die einzig richtige. Das oben angeführte Beispiel der Weltraumflüge sollte unter anderem zeigen, daß es darauf auch gar nicht ankommt, um erfolgreich handeln zu können. Eine solche Annahme stimmt lediglich für den Bereich der groben Mechanik; *Heinz von Foerster* würde sagen: für „triviale Maschinen". Der Mensch in seiner ganzen Komplexität ist aber zweifellos eine nichttriviale Maschine. Wollte der Therapeut die ganze Vielfalt des Hintergrundes eines Symptoms erst vollständig ergründen, er würde nie zur Therapie kommen – selbst wenn er annehmen würde, es wäre überhaupt möglich, einen derartig komplexen Prozeß über Jahre hin zurückzuverfolgen (was nach den obigen Darlegungen als prinzipiell unmöglich erscheint). Es ist aber auch keineswegs notwendig, das gesamte Bündel an Ursachen in seiner jeweiligen Bedeutsamkeit zu kennen, um therapeutisch wirksam handeln zu können. Notwendig ist es, einen Standpunkt einzunehmen, der sich für die therapeutische Arbeit als fruchtbar erwiesen hat, und von diesem Standpunkt aus kompetent und fachkundig zu arbeiten. Dabei muß man sich der selbstgewählten Begrenzung seines Sehens bewußt sein und nicht dem Wahn verfallen, daß man mit seinem Sehen die ganze Wahrheit erfasse.

Summary

The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work

Some of the fundamental ideas of the so called Systemic Theory of the second generation, connected with the names of *von Foerster, Maturana, Bateson, von Glasersfeld, Prigogine* etc., are described, and the underlying idea of man is outlined in a few points. This is followed by some reflections as to the effects of this kind of thinking and this view of man on the therapist himself, his potentials, his limits, and so on his therapeutic actions.

A Brief Introduction To

Cognitive-Behaviour Therapy

By Wayne Froggatt

This version: Jul-2009

Cognitive-Behaviour Therapy (CBT) is based on the concept that emotions and behaviours result (primarily, though not exclusively) from cognitive processes; and that it is possible for human beings to modify such processes to achieve different ways of feeling and behaving. There are a number of 'cognitive-behavioural' therapies, which, although developed separately, have many similarities.

Some history

The 'cognitive' psychotherapies can be said to have begun with Alfred Adler, one of Freud's inner circle. Adler disagreed with Freud's idea that the cause of human emotionality was 'unconscious conflicts', arguing that thinking was a more significant factor.

Cognitive Behaviour Therapy has its modern origins in the mid 1950's with the work of Albert Ellis, a clinical psychologist. Ellis originally trained in psychoanalysis, but became disillusioned with the slow progress of his clients. He observed that they tended to get better when they changed their ways of thinking about themselves, their problems, and the world. Ellis reasoned that therapy would progress faster if the focus was directly on the client's beliefs, and developed a method now known as *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT). Ellis' method and a few others, for example Glasser's 'Reality Therapy' and Berne's 'Transactional Analysis', were initially categorised under the heading of 'Cognitive Psychotherapies'.

The second major cognitive psychotherapy was developed in the 1960's by psychiatrist Aaron Beck; who, like Ellis, was previously a psychoanalyst. Beck called his approach *Cognitive Therapy* (CT). (Note that because the term 'Cognitive Therapy' is also used to refer to the *category* of cognitive therapies, which includes REBT and other approaches, it is sometimes necessary to check whether the user is alluding to the general category or to Beck's specific variation).

Since the pioneering work of Ellis and Beck, a number of other cognitive approaches have developed, many as offshoots of REBT or CT. The term 'Cognitive Behaviour Therapy' came into usage around the early 1990's, initially used by behaviourists to describe behaviour therapy with a cognitive flavour. In more recent years, 'CBT' has evolved into a generic term to include the whole range of cognitively-oriented psychotherapies. REBT and CT have been joined by such developments as Rational Behaviour Therapy (Maxie Maultsby), Multimodal Therapy (Arnold Lazarus), Dialectical Behaviour Therapy (Marsha Linehan), Schema Therapy (Jeffrey Young) and expanded by the work of such theorists as Ray DiGiuseppe, Michael Mahoney, Donald Meichenbaum, Paul Salkovskis and many others.

All of these approaches are characterised by their view that cognition is a key determining factor in how human beings feel and behave, and that modifying cognition through the use of cognitive and behavioural techniques can lead to productive change in dysfunctional emotions and behaviours.

By now it will be seen that 'CBT' is a generic term that encompasses not one but a number of approaches. When reading articles or texts on CBT, it is helpful to identify the theoretical perspective involved. Often they are saying the same thing, but using different words. Being aware of the terminological differences will help the reader understand and, hopefully, integrate the various approaches. This article will present an approach that combines REBT and CT, incorporating elements of some other approaches as well.

Theory of causation

CBT is not just a set of techniques – it also contains comprehensive theories of human behaviour.

CBT proposes a 'biopsychosocial' explanation as to how human beings come to feel and act as they do – i.e. that a combination of biological, psychological, and social factors are involved.

The most basic premise is that almost all human emotions and behaviours are the result of what people think, assume or believe (about themselves, other people, and the world in general). It is

what people believe about situations they face – not the situations themselves – that determines how they feel and behave.

Both REBT & CT, however, argue that a person's biology also affects their feelings and behaviours – an important point, as it is a reminder to the therapist that there are some limitations on how far a person can change.

A useful way to illustrate the role of cognition is with the 'ABC' model. (originally developed by Albert Ellis, the ABC model has been adapted for more general CBT use). In this framework 'A' represents an event or experience, 'B' represents the beliefs about the A, and 'C' represents the emotions and behaviours that follow from those beliefs.

Here is an example of an 'emotional episode', as experienced by a person prone to depression who tends to misinterpret the actions of other people:

A. *Activating event:*
Friend passed me in the street without acknowledging me.

B. *Beliefs* about A:
He's ignoring me. He doesn't like me.
I'm unacceptable as a friend – so I must be worthless as a person.
For me to be happy and feel worthwhile, people must like me.

C. *Consequence:*
Emotions: hurt, depressed.
Behaviours: avoiding people generally.

Note that 'A' doesn't cause 'C': 'A' triggers off 'B'; 'B' then causes 'C'. Also, ABC episodes do not stand alone: they run in chains, with a 'C' often becoming the 'A' of another episode – we observe our own emotions and behaviours, and react to them. For instance, the person in the example above could observe their avoidance of other people ('A'), interpret this as weak ('B'), and engage in self-downing ('C').

Note, too, that most beliefs are outside conscious awareness. They are habitual or automatic, often consisting of underlying 'rules' about how the world and life should be. With practice, though, people can learn to uncover such subconscious beliefs.

What is dysfunctional thinking?

We have seen that what people think determines how they feel. But what *types* of thinking are problematical for human beings?

A definition

To describe a belief as 'irrational' is to say that:

1. It blocks a person from achieving their goals, creates extreme emotions that persist and which distress and immobilise, and leads to behaviours that harm oneself, others, and one's life in general.
2. It distorts reality (it is a misinterpretation of what is happening and is not supported by the available evidence);
3. It contains illogical ways of evaluating oneself, others, and the world.

The Three Levels of Thinking

Human beings appear to think at three levels: (1) Inferences; (2) Evaluations; and (3) Core beliefs.

Every individual has a set of general 'core beliefs' – usually subconscious – that determines how they react to life. When an event triggers off a train of thought, what someone *consciously* thinks depends on the core beliefs they *subconsciously* apply to the event.

Let's say that a person holds the *core belief*: 'For me to be happy, my life must be safe and predictable.' Such a belief will lead them to be hypersensitive to any possibility of danger and overestimate the likelihood of things going wrong. Suppose they hear a noise in the night. Their hypersensitivity to danger leads them to *infer* that there is an intruder in the house. They then *evaluate* this possibility as catastrophic and unbearable, which creates feelings of panic.

Here is an example (using the ABC model) to show how it all works:

A. Your neighbour phones and asks if you will baby-sit for the rest of the day. You had already planned to catch up with some gardening.

B. You *infer* that: 'If I say no, she will think badly of me.'
You *evaluate* your inference: 'I couldn't stand to have her disapprove of me and see me as selfish.'
Your inference and the evaluation that follows are the result of holding the *underlying core belief:* 'To feel OK about myself, I need to be liked, so I must avoid disapproval from any source.'

C. You feel anxious and say yes.

In summary, people view themselves and the world around them at three levels: (1) inferences, (2) evaluations, and (3) core beliefs. The therapist's main objective is to deal with the underlying, semi-permanent, general 'core beliefs' that are the continuing cause of the client's unwanted reactions.

CT focuses mainly on inferential-type thinking, helping the client to check out the reality of their beliefs, and has some sophisticated techniques to achieve this empirical aim.

REBT emphasises dealing with evaluative-type thinking (in fact, in REBT, the client's inferences are regarded as part of the 'A' rather than the 'B'). When helping clients explore their thinking, REBT practitioners would tend to use strategies that examine the logic behind beliefs (rather than query their empirical validity).

What REBT and CT do share, though, is an ultimate concern with underlying core beliefs.

Two Types of Disturbance

Knowing that there are different levels of thinking does not tell us much about the actual *content* of that thinking. The various types of CBT have different ideas of what content is important to focus on (though the differences are sometimes a matter of terminology more than anything else).

One way of looking at the content issue that I find helpful comes from REBT, which suggests that human beings defeat or 'disturb' themselves in two main ways: (1) by holding irrational beliefs about their 'self' (*ego* disturbance) or (2) by holding irrational beliefs about their emotional or physical comfort (*discomfort* disturbance). Frequently, the two go together – people may think irrationally about both their 'selves' and their circumstances – though one or the other will usually be predominant.

Seven inferential distortions

In everyday life, events and circumstances trigger off two levels of thinking: inferring and evaluating. At the first level, we make guesses or *inferences* about what is 'going on' – what we think has happened, is happening, or will be happening. Inferences are statements of 'fact' (or at least what we think are the facts – they can be true or false). Inferences that are irrational usually consist of 'distortions of reality' like the following:

- *Black and white thinking:* seeing things in extremes, with no middle ground – good or bad, perfect versus useless, success or failure, right against wrong, moral versus immoral, and so on. Also known as *all-or-nothing thinking*.
- *Filtering:* seeing all that is wrong with oneself or the world, while ignoring any positives.
- *Over-generalisation:* building up one thing about oneself or one's circumstances and ending up thinking that it represents the whole situation. For example: 'Everything's going wrong', 'Because of this mistake, I'm a total failure'. Or, similarly, believing that something which has happened once or twice is happening all the time, or that it will be a never-ending pattern: 'I'll always be a failure', 'No-one will ever want to love me', and the like.
- *Mind-reading:* making guesses about what other people are thinking, such as: 'She ignored me on purpose', or 'He's mad with me'.
- *Fortune-telling:* treating beliefs about the future as though they were actual realities rather than mere predictions, for example: 'I'll be depressed forever', 'Things can only get worse'.
- *Emotional reasoning:* thinking that because we *feel* a certain way, this is how it really is: 'I feel like a failure, so I must be one', 'If I'm angry, you must have done something to make me so', and the like.
- *Personalising:* assuming, without evidence, that one is responsible for things that happen: 'I caused the team to fail', 'It must have been me that made her feel bad', and so on.

The seven types of inferential thinking described above have been outlined by Aaron Beck and his associates (see, for example: Burns, 1980).

Evaluations

As well as making inferences about things that happen, we go beyond the 'facts' to *evaluate* them in terms of what they *mean to us*. Evaluations are sometimes conscious, sometimes beneath awareness. According to REBT, irrational evaluations consist of one or more of the following four types:

- *Demandingness.* Described colourfully by Ellis as 'musturbation', demandingness refers to the way people use unconditional shoulds and absolutistic musts – believing that certain things must or must not happen, and that certain conditions (for example success, love, or approval) are absolute necessities. Demandingness implies certain 'Laws of the Universe' that must be adhered to. Demands can be directed either toward oneself or others. Some REBT theorists see demandingness as the 'core' type of irrational thinking, suggesting that the other three types derive from it
- *Awfulising.* Exaggerating the consequences of past, present or future events; seeing something as awful, terrible, horrible – the worst that could happen.
- *Discomfort intolerance* (often referred to as *'can't-stand-it-itis')*. This is based on the idea that one cannot bear some circumstance or event. It often follows awfulising, and leads to demands that certain things not happen.
- *People-Rating.* People-rating refers to the process of evaluating one's entire self (or someone else's). In other words, trying to determine the total value of a person or judging their worth. It represents an overgeneralisation. The person evaluates a specific trait, behaviour or action

according to some standard of desirability or worth. Then they apply the evaluation to their total person – eg. 'I did a bad thing, therefore I am a bad person.' People-rating can lead to reactions like self-downing, depression, defensiveness, grandiosity, hostility, or overconcern with approval and disapproval.

Core beliefs

Guiding a person's inferences and evaluations are their *core beliefs*. Core beliefs are the underlying, general assumptions and rules that guide how people react to events and circumstances in their lives. They are referred to in the CBT literature by various names: 'schema'; 'general rules'; 'major beliefs'; 'underlying philosophy', etc. REBT and CT both propose slightly different types of core belief. I find it convenient to refer to them as (1) *assumptions* and (2) *rules*.

Assumptions are a person's beliefs about how the world is – how it works, what to watch out for, etc. They reflect the 'inferential' type of thinking. Here are some examples:

- My unhappiness is caused by things that are outside my control – so there is little I can do to feel any better.
- Events in my past are the cause of my problems – and they continue to influence my feelings and behaviours now.
- It is easier to avoid rather than face responsibilities.

Rules are more prescriptive – they go beyond describing what *is* to emphasise what *should be*. They are 'evaluative' rather than inferential. Here are some examples:

- I need love and approval from those significant to me – and I must avoid disapproval from any source.
- To be worthwhile as a person I must achieve, succeed at whatever I do, and make no mistakes.
- People should always do the right thing. When they behave obnoxiously, unfairly or selfishly, they must be blamed and punished.
- Things must be the way I want them to be, otherwise life will be unbearable.
- I must worry about things that could be dangerous, unpleasant or frightening – otherwise they might happen.
- Because they are too much to bear, I must avoid life's difficulties, unpleasantness, and responsibilities.
- Everyone needs to depend on someone stronger than themselves.
- I should become upset when other people have problems, and feel unhappy when they're sad.
- I shouldn't have to feel discomfort and pain – I can't stand them and must avoid them at all costs.
- Every problem should have an ideal solution – and it's intolerable when one can't be found.

Helping people change

The steps involved in helping clients change can be broadly summarised as follows:

1. *Help the client understand that emotions and behaviours are caused by beliefs and thinking*. This may consist of a brief explanation followed by assignment of some reading.
2. *Show how the relevant beliefs may be uncovered*. The ABC format is useful here. Using an episode from the client's own recent experience, the therapist notes the 'C', then the 'A'. The client is asked to consider (at 'B'): 'What was I telling myself about 'A', to feel and behave the way I did at 'C'? As the client develops understanding of the nature of irrational thinking, this process of 'filling in the gap' will become easier. Such education may be achieved by reading, direct explanation, and by record-keeping with the therapist's help and as homework between sessions.
3. *Teach the client how to dispute and change the irrational beliefs*, replacing them with more rational alternatives. Again, education will aid the client. The ABC format is extended to include 'D' (*Disputing* irrational beliefs), 'E' (the desired new *Effect* – new ways of feeling and behaving), and 'F' (*Further Action* for the client to take).
4. *Help the client to get into action*. Acting against irrational beliefs is an essential component of CBT. The client may, for example, dispute the belief that disapproval is intolerable by deliberately doing something to attract it, to discover that they in fact survive. CBT's emphasis on both rethinking and action makes it a powerful tool for change. The action part is often carried out by the client as 'homework'.

The process of CBT therapy

What follows is a summary of the main components of an CBT intervention.

Engage client

The first step is to build a relationship with the client. This can be achieved using the core conditions of empathy, warmth and respect.

Watch for any 'secondary disturbances' about coming for help: self-downing over having the problem or needing assistance; and anxiety about coming to the interview.

Finally, possibly the best way to engage a client is to demonstrate to them at an early stage that change is possible and that CBT is able to assist them to achieve this goal.

Assess the problem, person, and situation

Assessment will vary from person to person, but following are some of the most common areas that will be assessed as part of an CBT intervention.

- Start with the client's view of what is wrong for them.
- Determine the presence of any related clinical disorders.
- Obtain a personal and social history.
- Assess the severity of the problem.
- Note any relevant personality factors.
- Check for any secondary disturbance: How does the client feel about having this problem?
- Check for any non-psychological causative factors: physical conditions; medications; substance abuse; lifestyle/environmental factors.

Prepare the client for therapy

- Clarify treatment goals.
- Assess the client's motivation to change.
- Introduce the basics of CBT, including the bio-opsychosocial model of causation.
- Discuss approaches to be used and implications of treatment.
- Develop a contract.

Implement the treatment programme

Most of the sessions will occur in the implementation phase, using activities like the following:

- Analysing specific episodes where the target problems occur, ascertaining the beliefs involved, changing them, and developing relevant homework (known as 'thought recording' or 'rational analysis').
- Developing behavioural assignments to reduce fears or modify ways of behaving.
- Supplementary strategies & techniques as appropriate, e.g. relaxation training, interpersonal skills training, etc.

Evaluate progress

Toward the end of the intervention it will be important to check whether improvements are due to significant changes in the client's thinking, or simply to a fortuitous improvement in their external circumstances.

Prepare the client for termination

It is usually very important to prepare the client to cope with setbacks. Many people, after a period of wellness, think they are 'cured' for life. Then, when they slip back and discover their old problems are still present to some degree, they tend to despair and are tempted to give up self-help work altogether.

- Warn that relapse is likely for many mental health problems and ensure the client knows what to do when their symptoms return.
- Discuss their views on asking for help if needed in the future. Deal with any irrational beliefs about coming back, like: 'I should be cured for ever', or: 'The therapist would think I was a failure if I came back for more help'.

The practice principles of CBT

- The basic aim of CBT is to leave clients at the completion of therapy with freedom to choose their emotions, behaviours and lifestyle (within physical, social and economic restraints); and with a method of self-observation and personal change that will help them maintain their gains.
- Not all unpleasant emotions are seen as dysfunctional. Nor are all pleasant emotions functional. CBT aims not at 'positive thinking'; but rather at realistic thoughts, emotions and behaviours that are in proportion to the events and circumstances an individual experiences.
- Developing emotional control does not mean that people are encouraged to become limited in what they feel – quite the opposite. Learning to use cognitive-behavioural strategies helps oneself become open to a wider range of emotions and experiences that in the past they may have been blocked from experiencing.
- There is no 'one way' to practice CBT. It is 'selectively eclectic'. Though it has techniques of its own, it also borrows from other approaches and allows practitioners to use their imagination. There are some basic assumptions and principles, but otherwise it can be varied to suit one's own style and client group.
- CBT is educative and collaborative. Clients learn the therapy and how to use it on themselves (rather than have it 'done to them'). The therapist provides the training – the client carries it out. There are no hidden agendas – all procedures are clearly explained to the client. Therapist and client together design homework assignments.
- The relationship between therapist and client is seen as important, the therapist showing empathy, unconditional acceptance, and encouragement toward the client. In CBT, the relationship exists to *facilitate* therapeutic work – rather than being the therapy itself. Consequently, the therapist is careful to avoid activities that create dependency or strengthen any 'needs' for approval.

- CBT is brief and time-limited. It commonly involves five to thirty sessions over one to eighteen months. The pace of therapy is brisk. A minimum of time is spent on acquiring background and historical information: it is task-oriented and focuses on problem-solving in the present.
- CBT tends to be anti-moralistic and scientific. Behaviour is viewed as functional or dysfunctional, rather than as good or evil. CBT is based on research and the principles of logic and empiricism, and encourages scientific rather than 'magical' ways of thinking.

Finally, the emphasis is on profound and lasting change in the underlying belief system of the client, rather than simply eliminating the presenting symptoms. The client is left with self-help techniques that enable coping in the long-term future.

A typical CBT interview format

What happens in a typical CBT interview? Here is how a typical interview would progress:

1. Review the previous session's homework. Reinforce gains and learning. If not completed, help the client identify and deal with the blocks involved.
2. Establish the target problem to work on in this session.
3. Assess the emotion and/or behaviour: specifically what did the client feel and/or do?
4. Identify the thinking that lead to the unwanted emotions or behaviours.
5. Help the client check out the evidence for and/or logic behind their thinking, preferably using 'Socratic questioning' ('What evidence are you using ... ?' 'How is it true that ... ?' etc. Replace beliefs that are agreed to be dysfunctional.
6. Plan homework assignments to enable the client to put new functional beliefs into practice.

Techniques Used In CBT

There are no techniques that are essential to CBT – one uses whatever works, assuming that the strategy is compatible with CBT theory (the 'selectively eclectic' approach). However, the following are examples of procedures in common use.

Cognitive techniques

- *Rational analysis:* analyses of specific episodes to teach client how to uncover and dispute irrational beliefs (as described above). These are usually done in-session at first – as the client gets the idea, they can be done as homework. (There is an example at the end of this article).
- *Double-standard dispute:* If the client is holding a 'should' or is self-downing about their behaviour, ask whether they would globally rate another person (e.g. best friend, therapist, etc.) for doing the same thing, or recommend that person hold their demanding core belief. When they say 'No', help them see that they are holding a double-standard. This is especially useful with resistant beliefs which the client finds hard to give up.
- *Catastrophe scale:* this is a useful technique to get awfulising into perspective. On a whiteboard or sheet of paper, draw a line down one side. Put 100% at the top, 0% at the bottom, and 10% intervals in between. Ask the client to rate whatever it is they are catastrophising about, and insert that item into the chart in the appropriate place. Then, fill in the other levels with items the client thinks apply to those levels. You might, for example, put 0%: 'Having a quiet cup of coffee at home', 20%: 'Having to mow the lawns when the rugby is on television', 70%: being burgled, 90%: being diagnosed with cancer, 100%: being burned alive, and so on. Finally, have the client progressively alter the position of their feared item on the scale, until it is in perspective in relation to the other items.
- *Devil's advocate:* this useful and effective technique (also known as *reverse role-playing*) is designed to get the client arguing against their own dysfunctional belief. The therapist role-plays adopting the client's belief and vigorously argues for it; while the client tries to 'convince' the therapist that the belief is dysfunctional. It is especially useful when the client now sees the irrationality of a belief, but needs help to consolidate that understanding. (NB: as with all techniques, be sure to explain it to the client before using it).
- *Reframing:* another strategy for getting bad events into perspective is to re-evaluate them as 'disappointing', 'concerning', or 'uncomfortable' rather than as 'awful' or 'unbearable'. A variation of reframing is to help the client see that even negative events almost always have a positive side to them, listing all the positives the client can think of (NB: this needs care so that it does not come across as suggesting that a bad experience is really a 'good' one).

Imagery techniques

- *Time projection:* this technique is designed to show that one's life, and the world in general, continue after a feared or unwanted event has come and gone. Ask the client to visualise the

unwanted event occurring, then imagine going forward in time a week, then a month, then six months, then a year, two years, and so on, considering how they will be feeling at each of these points in time. They will thus be able to see that life will go on, even though they may need to make some adjustments.

- *The 'worst-case' technique:* people often try to avoid thinking about worst possible scenarios in case doing so makes them even more anxious. However, it is usually better to help the client identify the worst that could happen. Facing the worst, while *initially* increasing anxiety, usually leads to a longer-term *reduction* because (1) the person discovers that the 'worst' would be bearable if it happened, and (2) realises that as it probably won't happen, the more likely consequences will obviously be even more bearable; or (3) if it did happen, they would in most cases still have some control over how things turn out.
- *The 'blow-up' technique:* this is a variation of 'worst-case' imagery, coupled with the use of humour to provide a vivid and memorable experience for the client. It involves asking the client to imagine whatever it is they fear happening, then blow it up out of all proportion till they cannot help but be amused by it. Laughing at fears helps get them under control.

Behavioural techniques

One of the best ways to check out and modify a belief is to act. Clients can be encouraged to check out the evidence for their fears and to act in ways that disprove them.

- *Exposure:* possibly the most common behavioural strategy used in CBT involves clients entering feared situations they would normally avoid. Such 'exposure' is deliberate, planned and carried out using cognitive and other coping skills. The purposes are to (1) test the validity of one's fears (e.g. that rejection could not be survived); (2) de-awfulise them (by seeing that catastrophe does not ensue); (3) develop confidence in one's ability to cope (by successfully managing one's reactions); and (4) increase tolerance for discomfort (by progressively discovering that it is bearable).
- *Hypothesis testing:* with this variation of exposure, the client (1) writes down what they fear will happen, including the negative consequences they anticipate, then (2) for homework, carries out assignments where they act in the ways they *fear* will lead to these consequences (to see whether they do in fact occur).
- *Risk-taking:* the purpose is to challenge beliefs that certain behaviours are too dangerous to risk, when reason says that while the outcome is not guaranteed they are worth the chance. For example, if the client has trouble with perfectionism or fear of failure, they might start tasks where there is a chance of failing or not matching their expectations. Or a client who fears rejection might talk to an attractive person at a party or ask someone for a date.
- *Stimulus control:* sometimes behaviours become conditioned to particular stimuli; for example, difficulty sleeping can create a connection between being in bed and lying awake; or the relief felt when a person vomits after bingeing on food can lead to a connection between bingeing and vomiting. Stimulus control is designed to lengthen the time between the stimulus and the response, so as to weaken the connection. For example, the person who tends to lie in bed awake would get up if unable to sleep for 20 minutes and stay up till tired. Or the person purging food would increase the time between a binge and the subsequent purging.
- *Paradoxical behaviour:* when a client wishes to change a dysfunctional tendency, encourage them to deliberately behave in a way contradictory to the tendency. Emphasise the importance of not waiting until they 'feel like' doing it: practising the new behaviour – even though it is not spontaneous – will gradually internalise the new habit.
- *Stepping out of character:* is one common type of paradoxical behaviour. For example, a perfectionistic person could deliberately do some things to less than their usual standard; or someone who believes that to care for oneself is 'selfish' could indulge in a personal treat each day for a week.
- *Postponing gratification* is commonly used to combat low frustration-tolerance by deliberately delaying smoking, eating sweets, using alcohol, sexual activity, etc.

Other strategies

- Skills training, e.g. relaxation, social skills.
- Reading (self re-education).
- Tape recording of interviews for the client to replay at home.

Probably the most important CBT strategy is *homework*. This includes reading, self-help exercises such as thought recording, and experiential activities. Therapy sessions can be seen as 'training sessions', between which the client tries out and uses what they have learned. At the end of this article there is an example of a homework format

which clients can use to analyse specific episodes where they feel or behave in the ways they are trying to change.

Applications of CBT

CBT has been successfully used to help people with a range of clinical and non-clinical problems, using a variety of modalities. Typical clinical applications include:

- Depression
- Anxiety disorders, including obsessive-compulsive disorder, agoraphobia, specific phobias, generalised anxiety, posttraumatic stress disorder, etc.
- Eating disorders
- Addictions
- Hypochondriasis
- Sexual dysfunction
- Anger management
- Impulse control disorders
- Antisocial behaviour
- Jealousy
- Sexual abuse recovery
- Personality disorders
- Adjustment to chronic health problem, physical disability, or mental disorder
- Pain management
- General stress management
- Child or adolescent behaviour disorders
- Relationship and family problems

Modalities

The most common use of CBT is with individual clients, but this is followed closely by group work, for which CBT is eminently suited. CBT is also frequently used with couples, and increasingly with families.

Learning to use CBT

To practise CBT it is important to have a good understanding of dysfunctional thinking. This can be gained by a critical reading of the substantial literature available.

The use of CBT in the interview situation is best learned by attending a training course It can also be observed by reading verbatim records of interviews or from audio or video tapes of interviews conducted by CBT practitioners.

The most effective way you can learn how to help clients uncover and dispute irrational beliefs is to practice CBT on oneself, for example by using written 'self-analysis' exercises (see the last page of this article).

READING LIST

There are many hundreds of books and articles based on CBT. Here is a small selection of what is available.

Self-Help Books

Beck, A. (1988). *Love Is Never Enough*. New York: Harper & Row.

Birkedahl, Nonie. (1990). *The Habit Control Workbook.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Bourne, Edmund J. (1995). *The Anxiety & Phobia Workbook (Second Edition).* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Burns, David M. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy.* New York: Signet, New American Library.

Calabro, Louis E. (1990) *Living with Disability*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Cooper, C.L. & Palmer, S. (2000). *Conquer Your Stress*. London: Chartered Institute of Personnel and Development.

Copeland, Mary Ellen. (1998). *The Worry Control Workbook.* Oakland, CA: New Harbinger Publ.

Davis, Martha. Eshelman, Elizabeth R. & McKay, Matthew. (1988). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook.* Oakland, CA: New Harbinger Publ.

Dryden, Windy. (1997). *Overcoming Shame.* London: Sheldon Press.

Dumont, R. (1997). *The Sky Is Falling: Understanding & coping with phobias, panic, and obsessive-compulsive disorders.* New York: Norton.

Ellis, Albert & Abrams, Michael. (1994). *How to Cope With a Fatal Illness: the rational management of death and dying.* New York: Barricade Books, Inc.

Ellis, Albert & Harper, Robert A. (1975). *A New Guide to Rational Living.* Hollywood: Wilshire Book Company.

Ellis, Albert. (1997). *Anger – How to Live With and Without It.* New York: Carol Publishing Group.

Ellis, T.T. & Newman, C.F. (1996). *Choosing to Live: How to defeat suicide through cognitive therapy.* Oakland: New Harbinger Publications.

Fanning, Patrick & McKay, Matthew. (1993). *Being a Man: A guide to the new masculinity,* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Froggatt, W. (2003). *Choose to be Happy: Your step-by-step guide* (2nd Edn). Auckland: HarperCollins.

Froggatt, W. (2003). *FearLess: Your guide to overcoming anxiety*. Auckland: HarperCollins

Froggatt, W. (in press, June 2006). *Taking Control: Manage stress to get the most out of life*. Auckland: HarperCollins.

Hauck, Paul. (1983). *How to Love and be Loved*. London: Sheldon Press.

Jakubowski, P., & Lange, A.J. (1978). *The Assertive Option: Your Rights & Responsibilities.* Champaign, Il: Research Press.

Oliver, Rose & Bock, Fran. (1987). *Coping with Alzheimer's: A Caregiver's Emotional Survival Guide.* North Hollywood: Wilshire Book Company.

Robb, H.B. (1988). *How to Stop Driving Yourself Crazy With Help From the Bible*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Robin, Mitchell W. & Balter, Rochelle. (1995). *Performance Anxiety.* Holbrook, Massachusetts: Adams Publishing.

Sandbek, Terence J. (1993). *The Deadly Diet: Recovering From Anorexia & Bulimia.*. Oakland, Ca: New Harbinger Publications.

Seligman, Martin E.P. (1994). *What You Can Change and What You Can't: The complete guide to successful self-improvement.* Sydney: Random House.

Steketee, Gail & White, Kerrin. (1990). *When Once Is Not Enough: Help for obsessive-compulsives.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Wolfe, Janet. (1992). *What to Do When He Has a Headache: How to rekindle your man's desire*. London: Thorson's.

Professional Literature

Altrows, Irwin F. (2002). Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy with Adult Male Offenders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 20:3/4, 201-222

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2003). *The Treatment of Anxiety Disorders: Clnician guides and patient manuals.* Cambridge: Cambridge University Press.

Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books

Beck, A.T., Freeman, A., Davis D.D. & Associates. (2003). *Cognitive Therapy of Personality Disorders (2nd Edition).* New York: Guilford.

Wright, Thase, Beck & Ludgate. (1993). *Cognitive Therapy With Inpatients : Developing a Cognitive Milieu.* New York: Guilford Press

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford Press

Bond, F.W. & Dryden, W. (2002). *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Borcherdt, B. (2002). Humor and its contributions to mental health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 20:3/4, 247-257

Bouman, T.K. & Visser, S. (1998). Cognitive and Behavioural Treatment of Hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 67, 214-221

Chadwick, P. Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.

Cigno, K. & Bourn, D. (Eds.). (1998). *Cognitive-Behavioural Social Work in Practice.* Aldershot: Ashgate Publishing Group.

Ellis, A. (1971). *Growth Through Reason.* Hollywood: Wilshire Book Co.

Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology.* 32, 145-168

Ellis, A. (1985). *Overcoming Resistance: Rational-Emotive Therapy With Difficult Clients*. New York: Springer.

Ellis, A. (1986). Fanaticism That May Lead To A Nuclear Holocaust. *J. Of Counselling & Development.* 65, 146-151

Ellis, A. (1987). A Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. *Cognitive Therapy & Research.* 11, 121-146

Ellis, A. (1991). The Revised ABC's of Rational-Emotive Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 9(3), 139-172

Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy (Rev.Ed.).* New York: Carol Publishing Group.

Ellis, A. (1999). Early theories and practices of Rational Emotive Behaviour Therapy and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy.* 17(2), 69-93

Ellis, A. (1999). Rational Emotive Behaviour Therapy and Cognitive-Behaviour Therapy for Elderly People. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 17(1), 5-18

Ellis, A. (2003). Discomfort Anxiety: A New Cognitive-Behavioral Construct. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 21:3/4, 183-202

Ellis, A. (2003). Reasons why Rational Emotive Behavior Therapy is relatively neglected in the professional and scientific literature. *Journal of Ra-*

tional-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy. 21,3/4: 245-252

Ellis, A. (2004). Why Rational Emotive Behaviour Therapy is the most comprehensive and effective form of behaviour therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 22:2, 85-92

Ellis, A. & Abrams, M. (1994). *How to Cope With a Fatal Illness: the rational management of death and dying.* New York: Barricade Books, Inc.

Ellis, A. & Bernard, M.E. (Eds.). (1985). *Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy.* New York: Plenum.

Ellis, A. & Dryden, W. (1990). *The Essential Albert Ellis.* New York: Springer.

Ellis, A. & Dryden, W. (1991). *A Dialogue With Albert Ellis.* Stony Stratford, England: Open University Press.

Ellis, A. & Greiger, R. (Eds.). (1977). *Handbook Of Rational-Emotive Therapy (vol 1).* New York: Springer.

Ellis, A. & Greiger, R. (Eds.). (1986). *Handbook Of Rational-Emotive Therapy (vol 2).* New York: Springer.

Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe,R. & Yeager,R. (1988). *Rational-Emotive Therapy With Alcoholics And Substance Abusers.* New York: Pergamon Press.

Ellis, A., Sichel, J., Yeager, R., DiMattia, D., & DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-Emotive Couple's Therapy.* New York: Pergamon.

Ellis, A., Young, J. & Lockwood, G. (1987). Cognitive Therapy and Rational-Emotive Therapy: A Dialogue. *J. of Cognitive Psychotherapy.* 1(4)

Ellis, Gordon, Neenan & Palmer. (1997). *Stress Counselling: A Rational Emotive Behavioural Approach.* London: Cassell.

Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry.* 55(9), 816-20

France, R. & Robson, M. (1997). *Cognitive Behavioural Therapy in Primary Care.* London: Jessica Kingsley Publishers.

Free, M. L. (1999). *Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and resources for practice.* Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.

Friedberg, R. D., Crosby, L. E., Friedberg, B.A., Rutter, J. G., & Knight, K. R. (2000). Making cognitive behavioral therapy user friendly to children. *Cognitive and Behavioral Practice.* 6, 189-200

Froggatt, W. (2002). *The Rational Treatment of Anxiety: An outline for cognitive-behavioural intervention with clinical anxiety disorders.* Hastings. Rational Training Resources.

Gibbs, J. C., Potter, G.B. & Goldstein, A. P. (1995). *The Equip Program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach.* Champaign, Illinois: Research Press.

Glaser, N.M., Kazantzis, N., Deane, F.P. and Oades, L.G. (2000). Critical issues in using homework assignments within cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy.* 18(4), 247-261

Graham, P. (Ed.). (1998). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families.* Cambridge: Cambridge University Press.

Haddock, G. & Slade, P. D. (1996). *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders.* London: Routledge.

Hays, P.A. (1995). Multicultural applications of cognitive-behavior therapy. *Professional Psychology: Research and Practice.* 26, 309-315

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (1989). *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems.* Oxford: Oxford University Press.

Horvath, A.T. & Velten, E. (2000). Smart Recovery: Addiction recovery from a cognitive-behavioural perspective. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy.* 18(3), 181-191

Jensen, L.H. & Kane, C.F. (1996). Cognitive Theory Applied to the Treatment of Delusions of Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing.* X(6), 335-341

Johnson, M. & Kazantzis, N. (2004). Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain: Strategies for the Successful Use of Homework Assignments. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 22:3, 189-218

Kiehn, B. & Swales, M.A. (1995). *An Overview of Dialectical Behaviour Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder.* http://www.priory.com/dbt.htm. Internet: Psychiatry Online.

Kingdon, D., Turkington, D. & John, C. (1998). Cognitive-Behaviour Therapy of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry.* Pp 581-587

Kinsella, P. (2002). Food for thought: REBT and other approaches to obesity. *The Rational Emotive Behaviour Therapist.* 10(1), 37-44

Kush, F. R. (2000). An Innovative Approach to Short-Term Group Cognitive Therapy in the Combined Treatment of Anxiety and Depression. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice.* 4(2), 176-183

Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dick-Siskin, L. & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Lam, D.H., Hayward, P. & Bright, J.A. (1999). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice.* Chichester: Wiley.

Lawton, B. & Feltham, C. (2000). *Taking Supervision Forward: Enquiries and Trends in Counselling and Psychotherapy.* London: Sage.

Lear, G. (1995). Pain relief in children. *New Zealand Practice Nurse.* Feb, 40-42

Leahy, R.L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A practitioner's guide.* New York: Guilford.

Marshall, W., Anderson, D. & Fernandez, Y.M. (1999). *Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders.* Chichester: Wiley.

McMullin, R.E. (2000). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques.* New York: W.W. Norton & Company.

Meichenbaum, D. (1997). *Treating post-traumatic stress disorder: A handbook and practice manual for therapy.* Brisbane. John Wiley.

Moore, R. & Garland, A. (2003). *Cognitive Therapy for Chronic & Persistent Depression.* Chichester: Wiley.

Moorey, Stirling & Greer, D. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People With Cancer (2nd Edition).* Oxford: Oxford University Press.

Nelson, H. (1997). *Cognitive-Behavioural Therapy with Schizophrenia: A practice manual.* Cheltenham. Stanley Thornes (Publishers) Ltd.

Nelson-Jones, R. (1999). Towards Cognitive-Humanistic Counselling. *Counselling.* 10(1), 49-54

Palmer. S. (2002). Cognitive and Organisational Models of Stress that are suitable for use within Workplace Stress Management/Prevention, Coaching, Training and Counselling Settings. *The Rational Emotive Behaviour Therapist.* 10(1), 15-21

Reinecke, M.A., Dattilio, F.M. & Freeman, A. (Eds.). (2003). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A casebook for clinical practice.* New York: Guilford.

Rubin, R., Walen, S. R. & Ellis, A. (1990). Living With Diabetes. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 8(1), 21-39

Scott, M.J., Stradling, S.G. & Dryden, W. (1995). *Developing Cognitive-Behavioural Counselling.* London: Sage Publications.

Secker, L., Kazantzis, N. & Pachana, N. (2004). Cognitive Behavior Therapy for Older Adults: Practical Guidelines for Adapting Therapy Structure. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy.* 22:2, 93-110

Shortall, T. (1996). Cognitive-behavioural treatment of recurrent headache. *The Rational Emotive Behaviour Therapist.* 4(1), 27-33

Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (1999). *Treating Complex Cases: The cognitive behavioural therapy approach.* Chichester: Wiley.

Treatment Protocol Project. (1997). *Management of Mental Disorders (Second Edition).* Sydney: World Health Organisation.

White, C. A. (2001). *Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems: A guide to assessment and treatment in practice.* Chichester: Wiley.

Woods, P.J. & Ellis, A. (1996). Supervision in Rational Emotive Behaviour Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 14(2), 135-151

Ziegler, D.J. (2002). Freud, Rogers, and Ellis: A comparative theoretical analysis. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy.* 20(2)

How to obtain items on this list

Library Interloan

Many of the items listed are available through the interloan system. You can ask your employing organisation's librarian to order them for you, or send a request to your local library.

Purchase

To purchase any of the books:

1. Have a local bookseller order it from overseas.
2. Order via the internet: go to the Centre for Cognitive Behaviour Therapy's website (www.rational.org.nz) and click on 'Book-Shop'.
3. Some of the books, especially those on REBT, can be obtained from the Albert Ellis Institute (www.rebt.org).

CBT on the Internet

There are numerous internet sites related to CBT. A good place to start searching would be the *Centre for Cognitive Behaviour Therapy* website at: http://www.rational.org.nz (as well as viewing articles on that site, go to the 'Links' page for references to other sites).

Rational Self-Analysis

CBT emphasises teaching clients to be their own therapists. A useful technique to aid this is *Rational Self-Analysis* (Froggatt, 2003) which involves writing down an emotional episode in a structured fashion. Here is an example of such an analysis using the case example described earlier:

A. Activating Event (*what started things off)*:
Friend passed me in the street without acknowledging me.

C. Consequence (*how I reacted)*:
Feelings: worthless, depressed. Behaviour: avoiding people generally.

B. Beliefs *(what I thought about the 'A'):*

1. He's ignoring me and doesn't like me. *(inference)*
2. I could end up without friends for ever. *(inference)* This would be terrible. *(evaluation)*
3. I'm not acceptable as a friend *(inference)*- so I must be worthless as a person. *(evaluation)*
4. To feel worthwhile and be happy, I must be liked and approved by everyone significant to me. *(core belief)*

E. New Effect *(how I would prefer to feel/behave):*
Disappointed but not depressed.

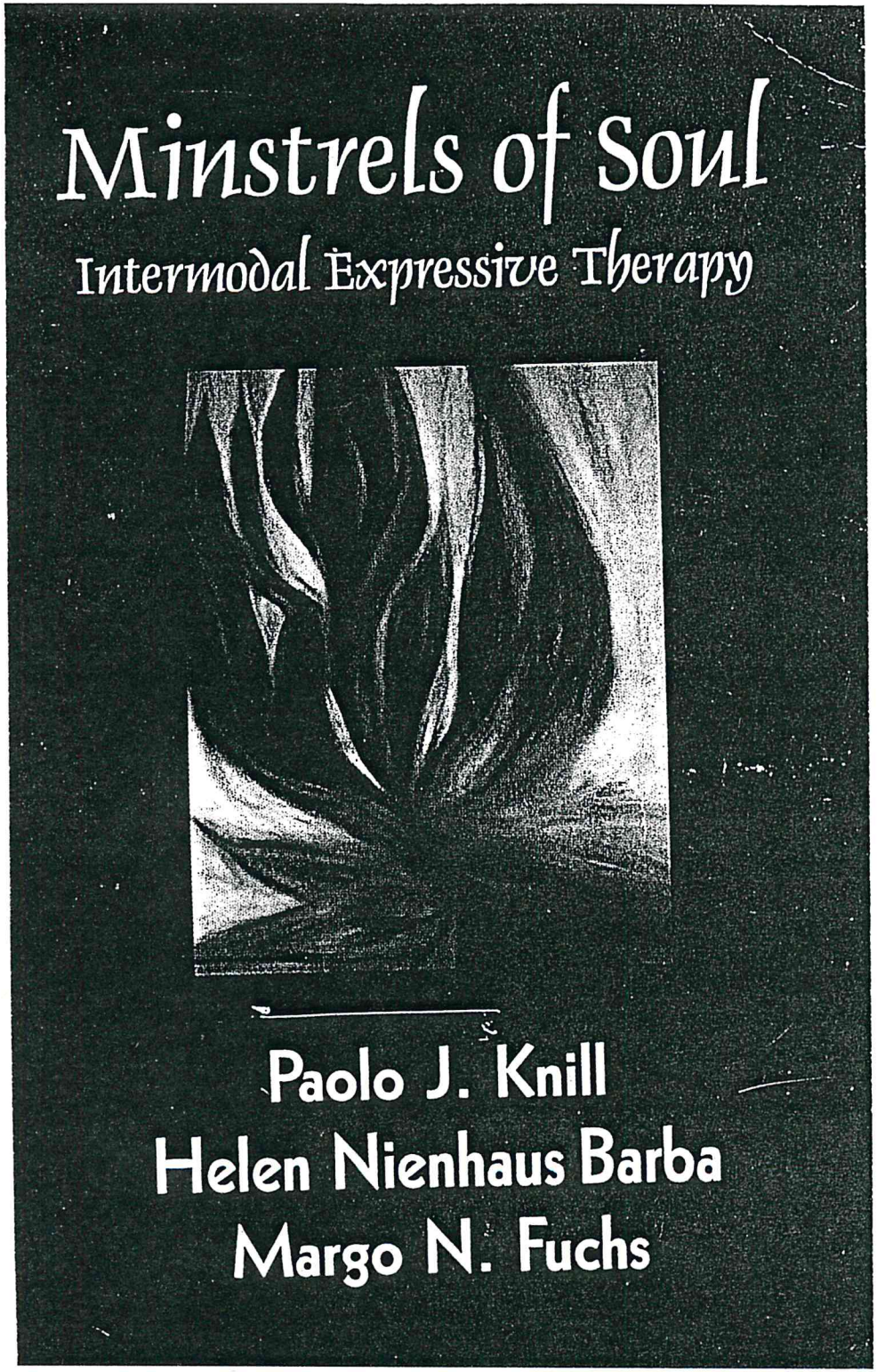
D. Disputation *(of old beliefs and developing new rational beliefs to help me achieve the new reaction):*

1. How do I know he ignored me on purpose? He may not have seen me. Even if he did ignore me, this doesn't prove he dislikes me – he may have been in a hurry, or perhaps upset or worried in some way.
2. Even if it were true that he disliked me, this doesn't prove I'll never have friends again. And, even this unlikely possibility would be unpleasant rather than a source of 'terror'.
3. There's no proof I'm not acceptable as a friend. But even if I were, this proves nothing about the total 'me', or my 'worthwhileness'. (And, anyway, what does 'worthwhile' mean?).
4. Love and approval are highly desirable. But, they are not absolute necessities. Making them so is not only illogical, but actually screws me up when I think they may not be forthcoming. Better I keep them as preferences rather than demands.

F. Further Action *(what I'll do to avoid repeating the same irrational/thoughts reactions):*

1. Re-read material on catastrophising and self-rating.
2. Go and see my friend, check out how things really are (at the same time, realistically accepting that I can't be sure of the outcome).
3. Challenge my irrational demand for approval by doing one thing each day (for the next week) that I would normally avoid doing because of fear it may lead to disapproval.

Copyright Notice: This document is copyright © to the author (2001-6). Single copies (which must include this notice) may be made for therapeutic or training purposes. To use in any other way, contact: *Wayne Froggatt, PO Box 2292, Stortford Lodge, New Zealand. Fax 64-6-870-9964. E-mail: wayne@rational.org.nz* Comments are welcomed.1



Beauty

One key question lies at the base of all philosophies of art: "What is beauty?" The dialogue generated by the inquiry comprises the field of aesthetics. Each of us possesses a human if not an artist's sense of beauty. But this awareness seems to be taboo in the therapy room—based, perhaps, on a fear that responding to beauty in a client's work puts us in a position of judging the "good-" or "badness" of the work—which might in turn adversely impact the client's self-esteem. But in suppressing our aesthetic sense, we have thrown out the baby with the bathwater, so to speak—wasting one of our most valuable talents for engaging the healing power of the arts and for reaching depth in the psychotherapeutic relationship.

The question is not whether aesthetics has a place in expressive therapy. It most certainly does! The question, rather, is how to make optimal and responsible use of it. This is the question upon which we will focus most of our attention here.

Aesthetics as an academic discipline is relatively young if we consider that the discourse about beauty was already evident in ancient Greece, and yet the discipline was not founded until 1750—by Alexander Gottlieb Baumgarten. His aesthetics was based strictly on the Cartesian paradigm and considered primarily the formal aspects of the object perceived as the source of an aesthetic response. The psychological aesthetics represented by Johann Heinrich Tschokke in 1793 and later by the psychologist Gustav Theodor Fechner postulated that aesthetic effectiveness originates in the life that we as the onlooker project onto the object (Alesch, 1991, p. 29-33).

If we are to explore aesthetics in a way that is truly pertinent to the arts in psychotherapy, a way that nurtures

soul, it is necessary to leap beyond the traditional understanding of formal aesthetics which concerns itself with ideal forms, and beyond the oversimplified statement that "beauty lies in the eyes of the beholder." Instead, we will concentrate on a phenomenon which we call the *aesthetic response*. This phenomenon occurs within persons who engage in the artistic/creative process as artists or performers *and* as witnesses. This phenomenon does not provide for measuring art's beauty against some objective ideal. Rather, the aesthetic response describes characteristic *ways of being in the presence of a creative act or a work of art*—ways that touch soul, evoke imagination, engage emotions and thought. Our purpose here is to focus on the *quality* of response, rather than to try to objectify the kinds of occurrences evoking it. The examination confirms our premise that aesthetics has a significant place in the study and practice of depth psychology.

The Aesthetic Response and Aesthetic Responsibility

An *aesthetic response*, as we will use the term here, refers to a distinct response, with a bodily origin, to an occurrence in the imagination, to an artistic act, or to the perception of an art work. When the response is profound and soul-stirring, we describe it as "moving" or "breath-taking" (*Atem-beraubend*). Our language suggests a sensory effect associated with the image, what Hillman describes as revealing itself in the quick in-breath (or *inspiration)* we might experience when in the presence of beauty (1994)—even though we may sometimes not experience the effect literally.[1]

Gendlin (1981) described the aesthetic response as a "felt sense" in his focusing method—the phenomenon of a "quite right" image emerging. The felt sense precedes

a shift in awareness and a sharpened understanding of a psychotherapeutic process. The language we use to describe the phenomenon (e.g., "moving," "breath-taking," "heart-stopping") demonstrates the imaginal, sensual and surprising aspects of the response. The lucidity associated with the response and the effect on the breath are also pointed out by Bühler in what he called an "Aha" experience.[2] The metaphor applies whether the experience is intensely pleasurable or characterized by pain or disgust. The contrary quality, then, would be *an-aesthesia*, so to speak—a dullness, an *inability* to respond.

How, then, might we distinguish between a *lack of response* due to a non-evocative occurrence and an *anesthesia* due to an evocative one? In other words, when a patient fails to respond to a painting, for example, is it because of a dullness in the (non-evocative) painting or the (anesthetized) patient? The awareness of the distinction comes from careful training of ourselves and our clients in opening the senses, recognizing the aesthetic response, and learning to use it as a tool. The distinction is important to the psychotherapist, for the aesthetic response can aid in the attainment of greater depth. Moreover, deep responses that are sensory as well as emotional have the capacity to open a door to the Psyche. This can only be done when we provide sufficient space in our work to activate the senses to the point where trust and confidence foster a sensory responsiveness.

We have a special challenge in confronting the anesthetizing mechanisms in the world of today. Could it be that genuine beauty has become absent from our daily life to such an extent that we have to anesthetize in order to protect ourselves from sensing abusive realities? Perhaps contemporary therapists' concerns about past abuses should be matched with those abuses that take

place in the present; certainly the aesthetic response would then have political implications.

The aesthetic response is a phenomenon existing in the presence of an artistic *product*, while aesthetic responsibility describes a phenomenon concerning the artistic *process*. We will see later that we need to consider both phenomena if we want to be able to make beauty a useful criterion of expressive therapy.

First of all, an aesthetic response, as we have seen, signals the significance of an emerging image, whether it has painful or pleasurable content. This signaling is analogous to the way in which a tightening in the chest signals the heart's endangerment. Dialogue with the image, then, leads to a deepening of its beauty and richness and the revelation of essential meanings. Artistic work or "products" encompass a full range of attractive and repelling images, and all are held in the Eros associated with beauty. The aesthetic response therefore has close ties with the erotic, as we will note in discussing aesthetic responsibility.

Regarding the study of aesthetic responsibility, Rudolph Arnheim commented on the connection between Eros and the arts, stating that no artistic process can exist outside a "loving affection." Such an inclination toward Eros is not necessarily apparent in the object or theme presented; rather, it is more a sense we get from the traces of the artistic process left in the work of art. They are traces of "loving affection" (Arnheim, 1987).

The attention committed toward the theme and object, the intense devotion to the artistic process beyond the limits of space and time, the permeation of artist and object in suffering and joy, are all qualities we attach to the experience of love toward an object. For Platonists, beauty is what is lovable in a strong and vehement sense. Eros drives the philosopher or artist—the same Eros we know in myth (Armstrong, 1987, p. 61).

The erotic experience in the making of art culminates in the *letting go* of the work when it is recognized, illustrating a truly nonpossessive attitude within the erotic engagement. We can observe these qualities also in the processes and works of art among "non-professional" artists, including children and people in therapy. These qualities are not necessarily sufficient criteria for measuring the greatness of a work of art, but they make the work distinct from utilitarian activities—that is, artistic activities for which the end justifies the means, like photos that satisfy a marketing goal, or tests and assessments which satisfy a preconceived mechanistic evaluation. (This is not to say that under such conditions a piece of art could never evolve; even under these circumstances art can sometimes flourish.)

The presence of beauty therefore is not bound to the concreteness or abstractness of the theme or object presented. Beauty radiates through the ways and means in which the emergent—originally conceived in loving affection—approaches us. This is what touches us so deeply in works like Picasso's "Guernica," Kodaly's "Psalmus Hungaricus," Bosch's Hell, Breughel's drunkards, Bach's torture scenes in the Passions, or many times in the painful pictures, movements, sounds, rhythms, acts and words of clients. These are presentations that attract our attention and empathic perplexity without awakening our anxiety or defenses. The power of beauty that allows us to approach the painful, the suffering, the ugly, the repulsive, is archetypal, as is well-depicted in the myth of "Beauty and the Beast."

When we respond to the emergent responsibly in an artistic process, we are exhibiting *aesthetic responsibility*. The specific qualities essential to achieving an aesthetically responsible attitude, which guard the therapeutic process from destructiveness, are discussed in greater detail next.

Aesthetic Responsibility in Practice

Once a therapist is prepared or "purified" and able to be present to the work,[3] he or she is ready to apply theory and language indigenous to studio art—in other words, aesthetic responsibility. This application of aesthetic responsibility becomes a confrontation, in a therapeutic sense, and a vital part of taking an artistic approach to the therapeutic relationship.

Certain qualities characterize responsible aesthetic participation in the artistic/therapeutic process. They include:

- strong, committed attention;
- a surrender that exceeds the limits of time and space;
- a permeation of boundaries between artist and emergent;
- a nonpossessive attraction/yearning toward the emergent;
- letting go of work when it is recognized; and
- the condition that the validity of the process is independent of the beauty or "beastliness" of the emergent.

These principles are illustrated in examples to follow, as we discuss the power of beauty in intervention.

The Aesthetic Response as an Intervention

We've just examined therapeutic interventions in the shaping *process*, based on aesthetic criteria and having a focus on aesthetic responsibility. In expressive therapy, we can also provide a space for therapeutic intervention when we meet the *products*, the finished work—paintings, stories, poems, songs, dances and presentations of theater and music.

For many therapists, approaching confrontations with the work may feel more secure if the encounter proceeds in a way that allows for the outcome to happen according to a well-defined theory. This approach, however, may miss the proverbial "boat" travelling over troubled waters. In attempting to "fix" realities on this shore, the therapist may lose sight of the expandable effective realities—and this vision must be guarded if we want to reach the other shore. A more promising approach to "meeting the work" in a therapeutic setting has its foundation in the aesthetic tradition based on the aesthetic response.

Even with adequate preparation, the clarity and alertness required of expressive therapists for such intensive work demands tremendous stamina. In an environment of such intimacy, one must be constantly vigilant to countertransference material.

Countertransference Considerations

You make me move forward
But you come unexpectedly from behind—
It's all unclear
until I can see YOU.

What we need to achieve is precisely what we described above as a "purifying" or cleansing attitude—a careful watchfulness, ensuring that we don't contami-

nate the aesthetic response with neurotic needs or countertransference. We will have to examine constantly our motivation to respond and our attraction to the work, with questions such as:

- Is it the "Aah" experience of beauty—that experience which feels good and is easy to love—that attracts me? On the other hand, do I have the desire or the stamina to endure painful or ugly material?

- Am I more attracted to the satisfaction of having observed something that confirms a psychotheoretical speculation than by beauty? Am I in love with the Sherlock Holmes game of confirming my own hypotheses and being recognized as a successful therapist?

- Am I truly surprised about the material encountered, or just surprised about seeing what I thought might come? In other words, am I proudly astonished that I was "right"?

- Do I bring a subtle curiosity to the material? Is it a keen, loving affection accompanied by joy, awe and a respectful fear that causes me to respond aesthetically? Or do I seek a familiar game of pretending interest to pull off something sensational? Am I brave to show interest despite my real anxiety?

- Am I ready to be confronted with unknown aesthetic cues and nurture them until they attain mastery and comprehension? Or am I influencing the development of a piece of art with my response, in a way that satisfies my formal aesthetic criteria for a portfolio about client art?

- Can I be honest about a lack of an aesthetic response, knowing about the importance of that recognition to the client, and still ask for a transfer into another art form to explore its meaning? Or do I simulate an aesthetic response in order to have a "good feeling" or manipulate the session towards closure?

There are many more such questions possible. Each touches the dilemma of countertransference.

Questioning a therapist's motivations is essential to an analysis of countertransference. We must also question the aesthetic motivation that drives us to engage in activities which reveal the painful, ugly, shocking and repulsive. Is it the thrill of sensationalism, the deficiency behind a helping syndrome, or bravery compensating for anxiety that spurs our motivation? Or is it the sensitive discovery kindled by an intense loving affection towards the emergent, a committed attention and permeation surrendering to the container similar to that of an artistic discipline, as articulated earlier? Is the attraction experienced not possessive? Is there enough space for separation, similar to the letting go of an artist towards the work? Do the compassion and devotion to the painful bear the radiance of the aesthetic response—the "Aah" and "Aha" of recognition? We call this questioning of the motivation an *art analogue inquiry*.

The analyst Müller-Braunschweig, in keeping with our preceding discussions, defined the work of psychotherapy as an "analogue" to that of art. Let us make it clear here, however, that the client cannot be compared to the piece of art; rather, it is the *situation of the two*, client and therapist in their encounter, which is analogous to the evolving art (Salber, 1980, p. 19). We have seen that the presence of beauty and love does not necessarily depend on the content of the artistic work. This presence is a

consequence of the *aesthetic responsibility* during the process of opening and an *aesthetic response* in meeting with what emerges. The myth of Beauty and the Beast, mentioned earlier, symbolizes this phenomenon and can be understood in an art analogue inquiry.

During a symposium at Harvard University in 1986,[4] scholars undertook an investigation of the art analogue inquiry. In the symposium, a discussion addressed psychotherapy with victims of torture in the Cambodian war. Should clients be encouraged to tell about their trauma, or should they be helped to forget the experience, in the hopes of being freed from the nightmare? Relying somewhat on knowledge gained from psychotherapeutic experiences with World War II veterans, some warned of the potential of psychotic breaks with the opening up of material. Others warned that severe depression could result from efforts that helped clients to forget the nightmares. Research material was inconclusive in both cases, and to shed more light on the issue, the discussion turned to an examination of countertransference. Most participants agreed that the ethical issue behind the question could not be solved once and for all by choosing one of the proposed methods.

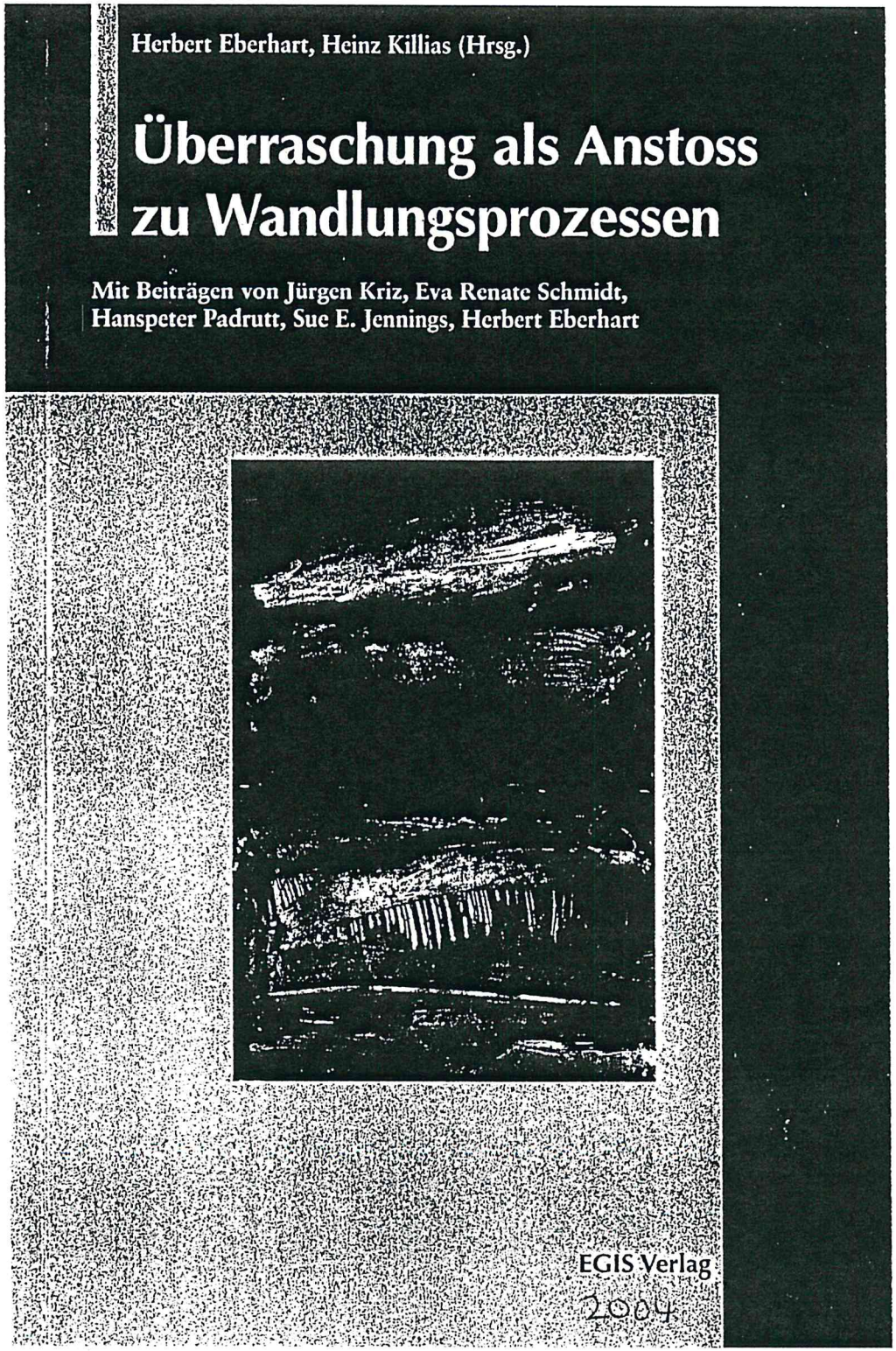
An art analogue inquiry into the ethics of a problem like this will always bring into question acts of intervention that *force* disclosure (out of hidden sensationalistic motives), or those that *cover up* (in an attempt to hold onto a moralistic aesthetics). An art analogue inquiry also questions mechanistic methods that literally repeat the experience of anguish, instead of patiently providing a safe and open container in which the pain may take its form when it needs to and find the passionate space to transform.

The presence of beauty and love in therapy is analogous to its presence in the arts, regardless of the object

or theme indicated. However, it must radiate from the work itself, or the therapeutic relationship, if it is to succeed. As we have noted, this depends upon the aesthetic responsibility during the process of opening and the aesthetic response in meeting what emerges. Attending the painful, ugly, shocking and repulsive can then be tolerated with compassion, as images that exist separately from moral judgment and are essentially beautiful.

An example may help to illustrate how this might work. During the Harvard symposium, a psychiatrist introduced the case of a woman who suffered in a Cambodian concentration camp. She presented her horrifying story in a therapy group only after her therapy was well advanced. Spontaneously, the group responded to her story by enacting a traditional ceremony of their native region. Within that ritual one of the "elders" did a storytelling about a terrifying "black" tale of their homeland. Through the art of storytelling, the traumatic experience of the client was received in the archetypal circle of this ancient myth of these people, which was capable of holding the unbelievably painful stories of their culture. The experience could not correct the original situation or make it better; however, it did provide a safe container for the client's passion and openness, which allowed the pain to take the form it needed and find the radiance of archetypal beauty.

Nurturing a strong commitment to beauty, the expressive therapist is a servant to the emerging imagination. Passion, Eros and transformative aggression will be needed and used in the humble service of the meaning that arrives. Ego has to move out of the way, or else the therapist will not be able to invite surprise. Therapists, like artists, need highly disciplined skills and patience to stay with helplessness, a task made bearable with strong faith. Being an expressive therapist demands a religious posture of staying open to all the soul's light and shadow.



Dezentrierung und Überraschung in der kunst- und lösungsorientierten Arbeit

Herbert Eberhart

Die historischen Anfänge der kunst- und ausdrucksorientierten Arbeit

Statt Ratio und Redekur Betonung des Körpers und der Sinne

Die kunst- und ausdrucksorientierte Arbeit, bis vor wenigen Jahren fast immer als «Therapie» beschrieben («Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie resp. Psychotherapie»), hat verschiedene Wurzeln. Als anfangs der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts Paolo Knill, Shaun McNiff und Norma Canner am Lesley College Graduate School in Cambridge, Massachusetts, USA diesen Arbeitsansatz entwickelten (Knill 1993), stand die Abkehr von den damals im Vordergrund stehenden, stark rationalistischen, das Verbale betonenden Psychotherapie-Ansätzen im Vordergrund. Der Einbezug der Sinne und damit des Sinnlichen durch den künstlerischen Ausdruck hob die Bedeutung des Körpers hervor, ist doch der Kör-

per an den allermeisten künstlerischen Aktivitäten in hervorragendem Masse aktiv beteiligt. Dadurch bekam die Ganzheitlichkeit der Betrachtungsweise und des methodischen Vorgehens einen besondern Stellenwert. Dieses Bemühen um Ganzheitlichkeit machten medizinische Etikettierungen, mechanistische Vorgehensweisen, detaillierte Ursachenerforschung und reine Symptombehandlungen fragwürdig.

Das Postulat der Ganzheitlichkeit

Die Wichtigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes, zum Beispiel das Ringen um eine ganzheitliche, unverstellte Begegnung, zeigt die Nähe der Kunst- und Ausdruckstherapie zu Ansätzen der Humanistischen Psychologie auf, die sich ebenfalls in den 70er Jahren stark entwickelte. Tatsächlich fühlte sich die Kunst- und Ausdruckstherapie anfänglich verschiedenen Therapieansätzen innerhalb der Humanistischen Psychologie stark verpflichtet. Mit ihnen teilte sie zum Beispiel das Interesse am Prozessgeschehen. Der Gestaltung des therapeutischen Prozesses, ebenso wie der Gestaltung des künstlerischen Prozesses, wurde und wird noch heute grosse Bedeutung zugemessen.

Der Bezug zur Humanistischen Psychologie

Die Nähe zu Ansätzen aus dem Umfeld der Humanistischen Psychologie zeigt sich auch in der von der professionellen Person praktizierten Haltung gegenüber den Klienten. Sie ist gekennzeichnet durch Offenheit, Respekt und Wertschätzung. Empathie, Echtheit und eine hohe Sensibilität gegenüber der Person der Klientin und ihrer Art, sich künstlerisch auszudrücken, sind weitere Merkmale der professionellen Beziehungsgestaltung.

Dass der kunst- und ausdrucksorientierte Arbeitsansatz aber nicht einfach als eine (weitere) Methode innerhalb der Humanistischen Psychologie bezeichnet werden kann, verdankt er seiner Offenheit dem Umfeld gegenüber, in dem er sich befindet, und der Tatsache, dass er sich mit Kunst beschäftigt und damit mit einem Lebensgebiet, in dem geistige Strömungen herrschen, die teilweise gerade im Gegensatz stehen zu solchen, wie sie z. B. im Gebiet der klinischen Psychotherapie zu finden sind.

Ersteres zeigt sich in der Tatsache, dass trotz der Nähe zur Humanistischen Psychologie anfänglich häufig und auch heute noch in verschiedenen Ländern und Instituten tiefenpsychologisches Gedankengut im Vordergrund stand und steht, trotz der Tatsache, dass sich Humanistische Psychologie seinerzeit als «dritte Kraft» gerade auch von der Tiefenpsychologie (und der Verhaltenstherapie) abgesetzt hatte.

Der Bezug zur Kultur

Schon ganz von Anfang an war durch den hohen Stellenwert der Kunst der kulturelle Bezug der Kunst- und Ausdruckstherapie offensichtlich: Wer Kunst in therapeutische Arbeit einbezieht und das Künstlerische nicht einfach instrumentalisiert, es zum Beispiel als eine Art projektiven Test benützt, wird sich rasch mit der kulturellen Dimension seines Vorgehens konfrontiert sehen. Schon immer haben Gesellschaften künstlerische Ausdrucksformen eingesetzt, um ihren kranken und psychisch in Bedrängnis geratenen Mitgliedern zu helfen. Durch den Einsatz der Kunst, oft

in ritueller Form, sollten unter anderem zusätzliche Ebenen der Wirklichkeit erschlossen werden, etwas worauf später im Konzept der «alternativen Welterfahrung» (z. B. KNILL 2000) in anderer Form hingewiesen wurde.

Mit dem Nachdenken über Kunst und ihre Bedeutung innerhalb einer psychologischen Prozedur öffnet sich die Welt der Philosophie und der (Kultur-) Anthropologie. In dieser Welt sind andere Denktraditionen vorherrschend als in der Welt der westlichen Klinischen Psychologie oder der westlichen Psychiatrie. Das bereichert das Denken, dürfte sich allerdings auch als hinderlich auf die Anerkennung der Kunst- und Ausdrucksarbeit in der akademischen Welt ausgewirkt haben.

Multimediale Arbeitsweise

Schon in den 1970er Jahren hat Paolo Knill darauf hingewiesen, dass die Arbeit mit verschiedenen künstlerischen Ausdrucksformen in der gleichen Arbeitssequenz die Kommunikation bereichert und die therapeutischen Ergebnisse verbessert (KNILL 1979). Er beschreibt das Konzept einer intermedialen Ausdruckstherapie, die wir heute als multimedial bezeichnen würden, und untersucht die verschiedenen Möglichkeiten des intermedialen Transfers, der intermedialen Verstärkung und der intermedialen Verarbeitung. Damit wird ein weiteres Mal die Ganzheitlichkeit des Vorgehens betont. Klienten sollen auf möglichst allen Sinnesebenen angesprochen werden und Gelegenheit haben, sich auszudrücken. Auf diese Weise wird eine Reichhaltigkeit des sinnlichen Ausdrucks angestrebt, die Akteur und Beobachter nicht

nur belebt, anregt und «nährt», sondern auch neue Perspektiven eröffnet und damit Raum gibt für Überraschendes.

Von der Werkfokussierung zur Dezentrierung

Die Wende zur Werkfokussierung, die sich im Laufe der 1980er Jahre vollzog (z. B. KNILL 1995), markiert in der Kunst- und Ausdruckstherapie die Betonung des Dinglichen, des konkret Fassbaren auf der einen Seite und des realen Handlungsvollzugs auf der andern Seite. Damit wird die zentrale Bedeutung der Imagination, welche sowohl in der Therapie als auch in der Kunst eine hervorragende Rolle spielt, nicht gemindert, sondern ergänzt.

Die am Werk interessierte Kunst- und Ausdruckstherapeutin ist am Tun interessiert. Ihre Arbeit bleibt nicht bei der Würdigung eines berührenden Prozesses, eines aufkommenden Gefühls oder einer Stimmung stehen. Sie regt an und unterstützt die Entstehung eines künstlerischen Werks unter dem Motto «low skills – high sensitivity».

Das Werk als Arbeitsprobe

Das Werk selber kann als eine Art Arbeitsprobe verstanden werden. Wenn im Verlauf der Entstehung eines künstlerischen Werkes im Rahmen der beschränkten Möglichkeiten von Zeit, Material, Raum und Fähigkeiten der Beteiligten ernsthaft, mutig, experimentierfreudig und konzentriert an der Entstehung und Vollendung eines künstlerischen Werks ge-

arbeitet wird, so bedeutet das immer auch Training: ein Training in der Bewältigung einer neuen Situation. So kann die werkfokussierte Kunst- und Ausdruckstherapie als Übungsfeld für Bewältigung (coping) verstanden werden.

Das Werk ist immer konkret

Die Werkfokussierung markiert eine spezifische Wendung hin zum Realen und Konkreten. Das, was der Klientin durch den Kopf geht, wenn sie ein zweites oder drittes Mal vom entstehenden Bild zurücktritt mit der Frage der Therapeutin im Ohr «Braucht ‹es› (= das Bild) noch etwas?» ist natürlich bestimmt durch ihre Imagination. Gleichzeitig geht es um etwas Reales «da draussen»: das Blatt an der Wand, die Farben und Formen darauf. Es geht um etwas, das in der Welt ist, das zugänglich ist, auch für Aussenstehende, auch für unbeteiligte Beobachter. Damit erhält das konkrete künstlerische Werk eine besondere Qualität, die im therapeutischen Prozess ausgenützt werden kann. Analoges gilt für den zweiten oder dritten Durchgang bei der Erarbeitung einer tänzerischen Produktion oder einer Theaterszene, selbst wenn diese nicht auf Videoband aufgenommen werden, d. h. nur noch in der Erinnerung präsent sind.

Das Werk ist ein Stück Gelingen

Mit der Konzentration auf das entstehende Werk, und damit immer auch auf das Gelingen dieses Werkes, ist ein erster klarer Schritt in Richtung der Ressourcenorientierung getan. Die Mehrzahl der Klientinnen, denen professionelle Beraterinnen

und Therapeutinnen begegnen, haben ein schlechtes Selbstwertgefühl, oder ihr Selbstwertgefühl ist durch aktuelle Erfahrungen stark erschüttert. Durch das gelingende Werk wird diese Gefühlslage nachhaltig in Frage gestellt und zwar ohne Worte. Das vollendete Werk, dessen Schönheit Klientinnen und Klienten oft persönlich überrascht, weil sie sich so etwas selber nie zugetraut hätten, ist an sich ein «Beweis» dafür, dass sie «jemand sind», dass sie etwas können, mit andern Worten, dass sie «etwas wert» sind. Und damit öffnet sich ein inneres Feld, in dem Hoffnung präsent ist.

Weg vom Problem, hin zu Lösungen

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Entwicklung der kunst- und ausdrucksorientierten Arbeit wurde in der zweiten Hälfte der 90er Jahren getan als auf der Basis des systemtheoretischen Gedankengutes, von Chaostheorie und Synergetik (z. B. Kriz 1997a, 1997b) das Gedankengut der Lösungsorientierung rezipiert wurde. De Shazer (z. B. 1989, 1996) und White (1989, 1990) haben darauf aufmerksam gemacht, dass viele traditionelle Therapiemethoden fasziniert sind von der Differenziertheit der jeweiligen Problematik ihrer Klientinnen und diese mit vielerlei Mittel auszuloten versuchen. So steht im therapeutischen Gespräch das Leiden mit seiner ganzen Vielschichtigkeit und seinen Hintergründen im Zentrum, was zu einer gemeinsamen Problemtrance führen kann. Demgegenüber wendet sich das therapeutische Gespräch bei der Lösungsorientierung nach der Erfassung der Problemsituation rasch dem angestrebten besseren Zustand zu. Die Klientin wird dazu angehalten, Visionen einer positiven Zukunft zu entwickeln,

und sie wird unterstützt, diese Visionen so konkret und detailliert wie möglich zu formulieren. Allgemein wird auf die Stärken und Ressourcen der Klienten fokussiert, auf die Ausnahmen vom Problemzustand und auf die Art und Weise, wie der betreffende Mensch Schwierigkeiten meistert (Coping-Verhalten). Anstatt ein Problem zu lösen, werden Lösungen konstruiert, die, im positiven Fall, die ursprüngliche Problemsituation gegenstandslos werden lassen. Diese Lösungen können sich aus der gemeinsamen Arbeit ergeben oder erarbeitet werden oder sie können sich überraschend einstellen. Als Grundsatz gilt, dass menschliche Probleme nie starr mit Lösungen gekoppelt sind, oder mit andern Worten, dass es sehr verschiedene Lösungswege gibt, die ein Problem zum Verschwinden bringen.

Klienten werden Experten

Beim lösungsorientierten Vorgehen wird der Klient als Experte behandelt für das, was wichtig ist, und das, was er bis jetzt erfahren hat. Die Beraterin selber arbeitet aus einer Position des Nicht-Wissens heraus. Sie ist Expertin für die Rahmenbedingungen und den Beratungs- resp. Therapieprozess. Die Erfahrung zeigt, dass es Klientinnen und Klienten oft sehr schwer fällt, sich selber als Expertin resp. Experte ernst zu nehmen. Dazu kommt, dass ihr Wissen über ihre Stärken und ihre Coping-Fähigkeiten in der Regel äusserst mangelhaft ist. Es braucht einen gut geführten Prozess und kreativ gestaltete Situationen, damit Klienten ihre eigenen Kapazitäten entdecken können und nicht darum herum kommen, sie ernst

nehmen zu müssen. Dazu sind die kreativen Fähigkeiten der professionellen Person gefragt.

Verbesserte Effektivität

Die Effektivität der kunst- und ausdrucksorientierten Arbeit wird durch die Lösungsorientierung in deutlichem Mass vergrössert. Zum einen stellt die Lösungsorientierung ein Instrumentarium an Fragen und Vorgehensweisen zur Verfügung, das sehr gut zum werkfokussierten Umgang mit Kunst passt und den Umgang mit der Alltagssprache professionalisiert. Zum andern wird die Wirkung des lösungsorientierten Vorgehens durch den künstlerischen Ausdruck vertieft, in den Körper und die Sinne eingebettet und so nicht nur reichhaltiger, sondern auch wirklichkeitsnäher. Schliesslich weckt die Ausrichtung des kunst- und ausdrucksorientierten Vorgehens auf die Stärken der Klienten, auf ihre Ressourcen, auf positive Ausnahmezustände etc. oft ein ungeahntes Potential an Möglichkeiten, das erstaunt und beglückt und das sich in den verschiedensten Lebensbereichen positiv auswirkt.

Um die Verschränkung der beiden Vorgehensweisen deutlich zu machen, sprechen wir heute neu von «Kunst- und Lösungsorientierter Arbeit».

Kunstorientiertes Arbeiten in der Phase der Dezentrierung

Die systematische Kombination von Kunst- und Ausdrucksorientierung und Lösungsorientierung hat dazu geführt, kunstorientiertes Arbeiten vornehmlich in einer speziellen Phase der Beratungs- oder

Therapiesitzung einzusetzen. Wir nennen sie «Phase der (intermodalen) Dezentrierung» (KNILL 2000, EBERHART 2002). Es handelt sich um einen zeitlich kurzen oder längeren Abschnitt innerhalb einer Sitzung, in der sich Klient und Berater voll einem künstlerischen Werk oder einem Spiel hingeben. Die persönlichen Erfahrungen des Klienten, der Prozess und das entstandene Werk werden anschliessend in einer spezifischen Weise phänomenologisch (keinesfalls interpretierend) ausgewertet. Das dezentrierende Tun und das Gespräch darüber fördern fast immer interessante, oft völlig überraschende Aspekte zutage, die direkt oder indirekt für die Lösung des ursprünglichen Anliegens verwendet werden können.

Ort und Stellenwert von Überraschung

Negative Erwartungen und starre Verhaltensmuster führen in die Notenge

Schwierigkeiten, Konflikte, Probleme sind Situationen, die durch Einschränkungen der üblicherweise vorhandenen Handlungsoptionen gekennzeichnet sind. Viele Menschen erfahren dies ganz konkret an ihrem Körper: «Mein Hals ist wie eingeschnürt.» «Ich kann gar nicht mehr frei atmen.» «Ich fühle mich wie gelähmt.» Mit Knill sprechen wir heute von der Notenge (KNILL 2003), in der sich solche Menschen befinden. In diesen Situationen sind die Erwartungen der betroffenen Menschen fixiert auf bestimmte negativ erlebte Abläufe oder Ereignisse. Da das Verhalten in der Notenge durch mehr oder weniger starre

Muster gekennzeichnet ist, treffen diese Erwartungen auch überzufällig häufig ein, was wiederum die entsprechende Erwartung verstärkt. Es entwickelt sich eine Art von «Teufelskreis».

Die Überraschung als erwartungswidriges Ereignis

Die Überraschung ist ein erwartungswidriges Ereignis, d. h. ein Ereignis, das Erwartungen durchkreuzt. In Situationen, die durch starke Erwartungen gekennzeichnet sind, könnte man metaphorisch von der Sprengkraft der Überraschung sprechen. Dies gilt speziell für positive Überraschungen in der Notenge.

Der durch berufliche Misserfolge niedergeschlagene, mutlose und an sich selbst zweifelnde Kleinunternehmer, der in letzter Zeit immer öfters zur Flasche greift, wird durch die folgende Frage seines Coachs überrascht: «Wie kommt es, dass Sie in den letzten Monaten offenbar keine einzige Arbeitsstunde versäumt haben und regelmässig um 7.30 Uhr im Geschäft erschienen sind?» Darüber hat er noch nie nachgedacht. Sein bisheriges Nachdenken ist durch Selbstvorwürfe gekennzeichnet gewesen. Irgendwie ist es ja selbstverständlich, dass man regelmässig im Geschäft erscheint ... Aber wenn er es nun neu bedenkt, eigentlich doch auch wieder nicht ...

Und damit nimmt das Gespräch eine neue Wende.

Fragen des Beraters überraschen

Im obigen Beispiel hat die Frage des Coaches überrascht. Das ist eine Form, wie es zu Überraschungen kommt. Sie können durch den Berater quasi inszeniert werden, was durchaus sinnvoll sein mag. Meistens sind beraterische Interventionen jedoch lediglich potentiell überraschungsträchtig. Eine spezielle Frage der professionellen Person kann in der einen Situation überraschend wirken, in einer andern aber wieder nicht. Ein Rollenwechsel, der die Situation aus einer völlig neuen Perspektive zeigt, wirkt oft, aber nicht immer überraschend.

Klienten überraschen sich selbst

Meist eindrücklicher wirken Überraschungen, wenn sie der Klient sozusagen unwissentlich selber erzeugt. Das geschieht beim künstlerischen oder spielerischen Tun während der Dezentrierungsphase. Das kann aber auch geschehen, wenn dem Klienten eine Formulierung entschlüpft, die ein ganz neues Licht auf den berichteten Inhalt wirft. Klienten überraschen sich in derartigen Situationen sozusagen selber. In der supervisorischen Arbeit mit Tina werden beide Aspekte deutlich:

Tina steht vor der Situation, dass sie erstmals einen Workshop selber durchführen muss. In der ersten Sitzung schälen wir das zentrale Anliegen heraus, das Tina im Workshop realisieren möchte, und arbeiten an der Operationalisierung dieses Anliegens.

Die zweite Sitzung findet wenige Tage vor dem Workshop statt. Nun steht die Angst, vor dem, was bevorsteht, im Vordergrund. Auf meine Frage, was für sie denn ein gutes Ergebnis dieser Sitzung wäre, denkt sie kurz nach, lacht und meint: «Ich sehe jetzt ein Bild: da ist ein Gitterkorb für meine Ängste, ... der muss mit!» Es ist offensichtlich, dass dieser Einfall sie selber überrascht und gleichzeitig belustigt.

In der themennahen Dezentrierungsphase gestaltet Tina zwei «Räume»: einen für die Ängste und alles Belastende im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Workshop und einen «freudigen Raum», den sie in der vorangehenden Gesprächsphase mit einer für mich auffälligen Aufwärtsbewegung des rechten Armes angedeutet hatte. Der «Käfig» wird markiert durch zwei verkehrt aufeinanderstehende Stühle, in dessen Innern ein zerknüllter, luftiger, farbloser Plastiksack bei jedem Luftzug leicht baumelt. Der «freudige» Raum ist ein farbig-buntes Gebilde, das von der Decke bis an den Boden reicht.

Auf meine Frage, ob noch etwas fehle, holt Tina ein Maler-Abdeckband und spannt es derart, dass ein weiterer «Käfigstab» entsteht und die Öffnung an dieser Stelle des «Käfigs» kleiner wird. Das Band hat sie noch in der Hand, als wir mit der ästhetischen Analyse des Gebildes beginnen. Auf meine entsprechende Frage hin meint sie, dass sie das Klebband selber überrascht habe. «Es ist mir sehr wichtig. Mit dem kann ich konkret etwas tun; mich schützen nämlich.»

Einige Tage nach dem Workshop erreicht mich eine Karte: «Lieber Herr Eberhart, der Workshop ist super gelaufen – der Flöte (spielte in der Nachbearbeitung als Zeichen für Sorgfalt, Respekt und sensibles Hinhören eine Rolle), dem Klebband und Ihnen sei Dank!»

Überraschungen im Werk

Überraschendes zeigt sich häufig im entstandenen Werk. Manchmal ist es offensichtlich, springt in die Augen oder klingt in den Ohren nach. Häufiger zeigt es sich, wenn sich professionelle Person und Klientin dem Werk nach dessen Fertigstellung wertschätzend-neugierig zuwenden:

Gudrun, die vor kurzem einen Lehrauftrag für Erweiterung der Sozialkompetenz an einer Internatsschule für intellektuell schwache Mädchen angenommen hat, kommt mit einer Gruppe nicht zu Rande und findet auch beim ständigen Lehrkörper wenig Verständnis. In der Dezentrierungsphase der ersten Coaching-Sitzung gruppiert sie in ganz kurzer Zeit drei farbige Blätter zu einem einfachen, unspektakulären Muster. Auf meine nachfolgenden Fragen geht Gudrun gut ein und versucht, sie nach jeweiligem kurzen Nachdenken sorgfältig zu beantworten: «Was siehst du? Gehe ganz vom visuellen Eindruck und von der Ästhetik aus!» – «Was interessiert dich an dem, was da entstanden ist? Was packt dich auf irgend eine Art und Weise?» – «Hat dir etwas die Arbeit erleichtert oder erschwert?» – «Hat dich etwas überrascht?»

Angeregt durch diese Fragen und die Antworten, die ihr dazu in den Sinn kommen, sagt sie plötzlich: «Das ist noch verrückt: ich merke jetzt plötzlich, dass es mir gefällt!» («Was meinst Du damit?») «Die Aufgabe dort (in der Internatsschule) gefällt mir. Dass es spannend ist.» – Und dann fährt sie fort: «Ja, es ist tatsächlich spannend. Nicht zu wissen, auf welche Seite es geht (meint das Muster auf dem Boden). Verschiedenes ist möglich.» Und nach einer kleinen Pause meint sie in einem zusammenfassenden Tonfall: «Das Spiel mit diesen Möglichkeiten. Dass es auch zum Spiel wird.»

Die restlichen 8 Minuten der Sitzung verbringt sie auf meine Aufforderung hin damit, zu überlegen, was es in ihrer konkreten Situation heissen könnte «Das Spiel mit den Möglichkeiten – dass es zum Spiel wird.» Sie entwickelt Ideen darüber, und Wochen später zeigt ihre Berichterstattung, dass sie einige dieser Ideen tatsächlich verwirklicht hat und diese in der konkreten Situation der Internatsschule eine nachhaltige positive Wirkung hatten.

Der Coach ist mehr überrascht als seine Klientin

Der Schluss, den Gudrun aus der Dezentrierungsphase zog, hat mich als ihr Coach völlig überrascht. Mit meinen Gedanken war ich bei verschiedenen Vorgehensweisen, mit denen sie die Dynamik in der Gruppe und im Lehrerzimmer vielleicht hätte positiv beeinflussen können. Gudruns eigene Schlussfol-

gerung war viel radikaler und grundsätzlicher, war quasi eine Lösung auf einer grundsätzlichen abstrakten Ebene. Sie selber schien darob nicht besonders überrascht. Irgendwie waren für sie die Schlüsse, die sich aus ihrer Arbeit mit den farbigen Blättern ergaben, folgerichtig und «logisch». Ohne irgendwelche inhaltliche Hilfe meinerseits war sie in der Lage, diese Schlussfolgerung für die konkrete Situation zu operationalisieren und später auch durchzuführen. Die Wirkung des von ihr gewählten und realisierten Vorgehens war in jeder Beziehung positiv und nachhaltig.

Es ist eine allgemeine Erfahrungstatsache, dass Überraschendes oft übersehen wird. Überraschungen sind längst nicht immer so spektakulär, dass sie den Atem der Beteiligten stocken lassen. Oft enthüllen sie sich erst im nachhinein.

Das Faktum, dass in Beratungen und Therapie Überraschungen zum Thema werden und immer wieder Überraschendes passiert, hat viel zu tun mit der Atmosphäre im Beratungszimmer und mit der Haltung der professionellen Person, die wir in der Kunst- und Lösungsorientierten Arbeit als «kunstanalog» kennzeichnen.

Die kunstanaloge Haltung

Ein gemeinsamer Tanz

Knill beschreibt das Beziehungsgeschehen zwischen Therapeut und Klient als «ein Tanz des Auskundschaftens und Entdeckens, der sich auf kreative Art ständig verändert und transformiert» (Knill, Nienhaus Barba & Fuchs 1993, S. 124; Übersetzung durch den Verfasser). Diese metaphorische Beschreibung weist mit aller Deutlichkeit darauf hin, dass die Beziehung im professionellen Rahmen als etwas Offenes, sich Veränderndes aufgefasst wird, das nicht einseitig kontrolliert werden kann. Im gemeinsamen Tun, das sich in der vorliegenden Metapher der Gestaltung und der Schönheit des Tanzes hingibt, kann sich zudem etwas Drittes einstellen, das so direkt nicht machbar ist. Auf das Tanzen bezogen, könnten wir dieses Dritte vielleicht einmal «Harmonie» oder ein andermal «Leichtigkeit des Dahinfliessens» oder von den Akteuren her gesehen «Aufgehoben-Sein im gemeinsamen Tun» nennen.

Die kunstanaloge Beziehung ist nicht einfach machbar ...

Wir sprechen in der Kunst- und Lösungsorientierten Arbeit von der kunstanalogen Beziehungsgestaltung oder von der kunstanalogen Beratung und betrachten mit dieser metaphorischen Bezeichnung die entstehende Beziehung zwischen professioneller Person und Klientin als eine Art von Kunstwerk. Damit wird als erstes auf die zentrale Bedeutung hingewiesen, die dem Beziehungsgeschehen beigemessen wird. Zum zweiten betont die Bezeichnung «kunstanalog», dass eine geglückte professionelle Beziehung letztlich nicht machbar und ihre Gestaltung auch nicht in letzter Konsequenz lernbar ist. Der gut ausgebildete Künstler, der mit solidem handwerklichen Können, mit ganzem Einsatz und mit Disziplin an einem Werk arbeitet, hat es letztlich nicht in der Hand, ob ein vollendetes Kunstwerk entsteht. Bis vor wenigen

Jahrzehnten hat man bei vollendeten Kunstwerken von Gnade gesprochen: eine begnadete Künstlerin, ein begnadeter Augenblick und damit auf die Nicht-Machbarkeit vollendeter Kunst hingewiesen. Das kann ohne Abstriche auf eine rundum geglückte professionelle Beziehung übertragen werden.

... aber die Beraterin kann viel dazu beitragen

Dass ein konkretes Beziehungsgeschehen zum Kunstwerk wird, ist in letzter Konsequenz nicht machbar. Die Voraussetzungen aber dafür zu schaffen, dazu hat die professionelle Person viele Möglichkeiten. Wir sprechen davon, dass sie kunstanaloge Vorgehensweisen pflegen und bei sich selber eine kunstanaloge Haltung aufbauen kann. Dazu gehören unter Anderen:

- sorgfältiges, möglichst unvoreingenommenes Hinhören und Hinschauen
- respektvolles und wertschätzendes Begegnen der andern Person (nicht unbedingt deren Verhaltensweisen oder Meinungen und Überzeugungen gegenüber)
- eine hohe Präsenz nicht nur in Bezug auf die andere Person, sondern auch in Bezug auf sich selber und dem gegenüber, was sich «dazwischen» entwickelt
- eine offene, nicht-wertende, ressourcenorientierte Haltung dem gegenüber, das sich zeigt (analog einem Holzbildhauer, der den vorher nicht sichtbaren Ast im Holzblock nicht einfach wegschlägt, sondern versucht, ihn für das entstehende Werk zu nutzen)
- eine Haltung des Nicht-Wissens dem gegenüber, was dem Klienten wichtig ist, seinen Zielen, die er anstrebt, und den Bedeutungen, die er Erfahrungen zumisst
- eine konkrete Sprache, die wertschätzend-neugierig zu fragen wagt und nicht zu schnell aufgibt, wenn sich ein Aspekt mit einem generalisierenden Wort zu entziehen versucht
- eine Offenheit für alltagssprachlich Nicht-Fassbares und damit für Metaphern, Symbole und sinnlichen Ausdruck
- eine Art des Beschreibens, das an der Oberfläche des Beobachteten bleibt (dem «Phänomen» verpflichtet ist) und sich nicht in den Niederungen der Interpretation verliert
- eine Offenheit, vielleicht sogar eine Lust am Experimentieren, am Probehandeln
- eine Bereitschaft für den Perspektivenwechsel, auch den eigenen Annahmen gegenüber
- das Wissen darum, dass kein Eigentumsanspruch besteht, weder auf eine geglückte professionelle Beziehung noch auf eine geglückte Beendigung von Beratung, Supervision oder Therapie
- eine durchgehende, wertschätzende Neugier, die gleichzeitig darauf bedacht ist, dass der Klient in keinem Augenblick «sein Gesicht verliert»

und last but not least:

- eine Haltung, die Überraschendes nicht als Störung wahrnimmt, sondern im Gegenteil eine Bereitschaft, auf Überraschungen einzugehen und die Aufmerksamkeit auf überraschende Aspekte zu fokussieren

Diese kunstanaloge Haltung ist kompatibel mit der systemtheoretischen Erkenntnis, wonach «instruktive Interaktion» unmöglich ist. Philosophisch entspricht sie Grundannahmen resp. Grundvorstellungen aus verschiedenen Gebieten: Selbstorganisation lebender Systeme (Systemtheorie), «Menschen sind im Grund genommen gut und besitzen alles, was sie zur Bewältigung ihres Lebens brauchen» (Humanistische Psychologie), Grundvorstellungen im Buddhismus etc.

Kunstanaloge Haltung sich selber gegenüber

Der Aufbau der kunstanalogen Haltung ist nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen. Im speziellen bedingt er eine Hinwendung zur kunstanalogen Haltung auch sich selber gegenüber. Gelingt dies, ist der Gewinn ein Doppelter: nicht nur die professionellen Beziehungen werden befriedigender und effektiver, sondern auch das eigene Leben wird reichhaltiger und leichflüssiger.

Wie ein zweijähriges Kind

Dass Überraschungen innerhalb einer Therapie- oder Beratungssitzung relativ häufig vorkommen, hat nach unseren Beobachtungen viel mit der skizzierten Grundhaltung und der beschriebenen Art von Beziehungsgestaltung zu tun. Man könnte metaphorisch

formulieren, dass Überraschungen in einem Klima von wertschätzender Neugier und einem Klima des Nicht-(besser)-Wissens besonders gut gedeihen. Vergegenwärtigen wir uns ein Kind von zwei oder drei Jahren, das mit offenen Augen und Ohren an der Hand von Vater oder Mutter in eine neue Umgebung kommt. Wenn wir es beobachten, sehen wir, dass es eigentlich hinter jeder Ecke etwas Überraschendes erwartet. Und genau wie dieses Kind immer wieder einmal die Hand von Vater oder Mutter braucht, brauchen unsere Klienten ein Mindestmass an Sicherheit, um sich Überraschendem stellen zu können. Ein klarer Rahmen bei der Gestaltung der Sitzung, eine Beziehungsgestaltung im geschilderten Sinn und das Bemühen der professionellen Person, dass die Klientin nicht unnötig «ihr Gesicht verliert», tragen zu dieser Sicherheit Wesentliches bei.

Die Phase der Dezentrierung – eine Schatztruhe von Überraschendem

Der zeitliche Ort der Dezentrierung

Die Dezentrierung ist die Zeitspanne innerhalb der Therapie- oder Beratungssitzung, in der explizit «etwas Anderes» gemacht wird. Die Situation des Klienten ist bereits zur Sprache gekommen, seine Anliegen sind bekannt, ebenso das, was er durch die Arbeit mit der professionellen Person erreichen möchte, bevor eine Phase der Dezentrierung angebracht ist. Auf Grund meiner Erfahrungen dürfte vor allem der letzte Punkt wichtig sein. Der erwünschte Ausgang der Beratung oder Therapie, am besten sowohl als

Zukunftsvision nach Abschluss der gemeinsamen Arbeit als auch als «gutes Ergebnis» der im Gange befindlichen Sitzung formuliert, muss ins Blickfeld gekommen sein. Und was es auch immer ist, das dabei in Worte gefasst wird, es sollte so konkret wie möglich ausgedrückt werden. Mit andern Worten: vor der Dezentrierung ist die Möglichkeit einer Besserung, die Möglichkeit der Lösung des Problems, die Möglichkeit eines guten Umgangs mit einer schwierigen, an sich nicht veränderbaren Situation als Wunsch formuliert und zwar so konkret formuliert, dass das Erwünschte vorstellungsmässig auch für eine aussenstehende Person fassbar ist. Dann erst kommt der Vorschlag der professionellen Person, das Gespräch zu unterbrechen und für eine gewisse Zeitspanne «etwas ganz Anderes» zu tun. Es ist vorteilhaft, sich dafür das Einverständnis des Klienten einzuholen, welches man fast immer auch ohne weiteres erhält.

Es ist hier nicht der Ort, das methodische Vorgehen bei der Einleitung, Durchführung und Auswertung der Dezentrierung im Detail zu beschreiben. Das kann andernorts nachgelesen werden (z. B. EBERHART 2002) oder in entsprechenden Workshops oder Ausbildungsgängen erlebt werden. Wichtig ist jedoch, auf die Eigenheiten dieser speziellen Zeitspanne innerhalb der Sitzung zu verweisen.

Dezentrieren heisst, sich loszulösen und zu verlieren

Dezentrieren in der Tradition der Kunst- und Lösungsorientierten Arbeit bedeutet, sich «losgelöst» vom besprochenen Anliegen künstlerisch oder spielerisch zu betätigen. Dieses «Losgelöst-Sein» ist zentral.

Es geht darum, dass sich die Klientin in die künstlerische Gestaltung vertieft oder sich im Spiel verliert. Selbst wenn der Ausgangspunkt für die Gestaltung themennah ist, zum Beispiel bei der Darstellung einer erlebten Mehrpersonen-Situation durch die Gegenstände, die sich gerade zufällig auf dem Schreibtisch des Beraters befinden, als Installation, oder beim Erarbeiten eines Sketchs, der einen Aspekt der besprochenen Thematik aufnimmt, geht es um die Ästhetik oder die theatrale Gestaltung und keinesfalls um eine metaphorische Übersetzung des vorher Besprochenen. Deshalb ist es beim Sketch, bei einem Tanz oder einem Musikstück sinnvoll, mehrere «takes» durchzuführen, mit der Absicht, den künstlerischen Gehalt aus der Sicht der Klientin und der Therapeutin zu verbessern.

Es ist zu vermuten, dass es wichtig ist, dass Therapeutin und Klientin in diesem Tun gleichermassen dezentrieren resp. dezentriert sind. Die Sorge um das Anliegen der Klientin darf nicht im Kopf der Therapeutin herumgeistern. Ob sie selber dabei mitspielt oder in voller Präsenz als Beobachterin dabei ist, scheint in der anschliessenden «Phase des Erntens», d. h. in der Bezugnahme des in der Dezentrierung Erfahrenen zum ursprünglichen Beratungsanliegen, keinen grossen Unterschied zu machen. Ich selber bevorzuge die Beobachterrolle, weil ich in dieser Position das Geschehen vielfältiger aufnehmen kann. Dabei ist die Präsenz und das Bemühen um das entstehende Werk das Zentrale. Durch ständiges Training gelingt es dem Berater, auftauchende Interpretationen rasch und freundlich zu verabschieden und sich wieder voll dem Geschehen zuzuwenden. Und wenn der Klientin mitten im Tun ein Zusammenhang zum geäusserten

Anliegen auftaucht, und sie dies äussert, ist dies ebenso freundlich entgegenzunehmen und gleichzeitig darauf zu verweisen, dass es jetzt um etwas anderes geht. Es geht darum in sehr beschränkter Zeit und mit beschränkten Mitteln zu einer künstlerischen Gestalt zu kommen oder ein – meist selbsterfundenes – Spiel gut zu spielen. Alles andere kann warten.

Sich für einige Minuten völlig einem Spiel hingegeben zu haben, entspannt, löst, befreit. In einer Gruppe als Mitspielerin oder Arrangeurin mitgeholfen zu haben, mit einfachen Musikinstrumenten eine kleine Improvisation immer besser zum Klingen zu bringen, berührt, ist Seelennahrung. Beides stärkt die Akteure, und das Geschehen führt fast immer in einen ressourcenvollen Zustand. Er ist gekennzeichnet durch Gestaltungsfreude, Neugierde, Angeregtheit und vieles mehr.

Wer ganz einem Werk oder einem Spiel hingegeben ist, erlebt in der Regel Überraschungen. Die Offenheit der Situation und die Losgelöstheit vom meist beengenden oder gar bedrückenden Anliegen, auch das Ungewohnte der Aufgabenstellung, die oft Spannung und Neugierde erzeugt, oder die Nichtvoraussagbarkeit dessen, was entstehen wird, mögen alle ihren Teil dazu beitragen.

Überraschendes zeigt sich sofort

Einige der Überraschungen werden unmittelbar als solche ausgedrückt:

A. kniet am Boden, wo aus Papier durch Reissen und Falten ein dreidimensionales Gebilde entsteht. Einem Impuls folgend, beugt sie sich vor

und schaut das Ding von hinten an und meint: «Oh – da ist ja eine richtige Höhle entstanden!» Dann beginnt sie sich mit diesem Teil näher zu beschäftigen.

B. stellt mit Glasperlen verschiedener Grösse, Farbe und Beschaffenheit auf einem blauen Samtstoff alles auf, was für sie zur Situation gehört: die Menschen, das Besprechungszimmer, die Stimmung im Raum etc. und erhält dann die Aufgabe, das Ganze in eine ästhetisch schöne Form zu bringen. Als sie am Schluss das entstandene Werk von verschiedenen Seiten her betrachtet, stellt sie überrascht fest, dass die Perle, die sie ursprünglich für sich selber genommen hat, sehr abseits steht.

Oft werden Überraschungen erst im Nachhinein bewusst

Viele Überraschungen werden allerdings erst im Nachhinein bewusst. Deshalb ist die Nachbearbeitung und vor allem auch die Art dieser Nachbearbeitung des gestaltenden oder spielerischen Tuns in der Dezentrierungsphase wichtig. Ist ein Werk entstanden, sprechen wir von der «ästhetischen Analyse». Beim Spiel steht eher der erlebte Prozess im Vordergrund.

Ellen hat in der Dezentrierungsphase aufgrund des Auftrags, mit dem im Beratungszimmer vorhandenen Material etwas zu gestalten, das in einer gewissen Hinsicht die Qualität «schön» besitze, sehr rasch einen Kreis aus Steinen gestaltet,

die aus einem Fluss stammen und nicht nur eine farblich interessante Oberfläche besitzen sondern auch vom Fluss poliert und gerundet worden sind. Auf die Frage, ob noch etwas fehle, sucht sie sich einen weiteren Stein aus und setzt ihn ins Zentrum des Kreises. Bei der nachträglichen Beschreibung des «Werkes» und des kurzen Prozesses, der dazu geführt hat, nennt sie zwei Aspekte, die für sie nachträglich überraschend sind. Es ist einmal die Tatsache, wie rasch das Ganze abgelaufen ist. Dies erstaunt sie um so mehr, als sie sich selber als Mensch bezeichnet, der vor neuen Aufgaben zuerst eher abwägt und sich viel überlegt. Die Steine hätten sie förmlich «angesprungen» und es sei ihr rasch klar geworden: «So muss es sein.» Überrascht ist sie auch, wie sich der auf dem Boden gestaltete Steinkreis durch den nachträglich ins Zentrum gelegte Stein veränderte. «Es ist eine Blume geworden.» «Es kam so etwas wie eine neue Dimension dazu.»

Dieser zweite Aspekt macht für Ellen auch im Fallbeispiel, das sie in dieser Supervisionssitzung vorstellt, viel Sinn. Es wird ihr deutlich, dass hier noch eine andere Dimension zu beachten ist. Sie will in der nächsten Sitzung mit ihrem Klienten «tiefer» gehen und zu dieser neuen Dimension vorstossen.

Hilfreiches Nachfragen oder «Die ästhetische Analyse»

Die Nachbearbeitung, so wie wir sie pflegen, geschieht in Sprache und zwar in einer Sprache, die wir

«phänomenologisch» nennen. Wir verstehen darunter das Bemühen, mit der sprachlichen Beschreibung so weit wie möglich an der Oberfläche des zu Beobachtenden oder des Erlebten zu bleiben. Das bedingt grosse, geduldige Disziplin von allen Beteiligten und eine konsequente, wohlwollende Führung durch entsprechende Fragen der professionellen Person:

- Die Fragen zielen auf eine sorgfältige Beschreibung des entstandenen Werks: (Beispiel bildnerische, figürliche oder installatorische Gestaltung) «Was siehst du?» «Was noch?» «Was noch?» ... «Gehe ganz von der Ästhetik aus!»
- Sie heben den persönlichen Bezug zur Ästhetik des Werks hervor: «Was springt dir speziell ins Auge?» «Was interessiert dich daran?» «Was packt dich irgendwie?» «Was noch?» «Was noch?» ... «Was ist dir hier speziell gelungen?» «Was freut dich besonders?»
- Sie versuchen den abgelaufenen Prozess zu erfassen: «Wenn du die ganze Abfolge nochmals vor dem inneren Auge vorbeiziehen lässt: was war wichtig?» «Was hat das Ergebnis unterstützt?» «Was noch?» «War etwas behindernd?»
- Und sie zielen direkt auf allfällige Überraschungen: «Wenn du das nun so vor dir siehst: überrascht dich etwas?» «Was noch?» «Noch etwas?» «Und wenn du den ganzen Ablauf nochmals überdenkst: war etwas überraschend für dich?» «Was noch?»

Konkrete, spezifische und reichhaltige Beschreibungen

Für dieses nachfolgende Gespräch ist es wichtig, genügend Zeit zu haben. Dem Leser wird aufgefallen sein, dass ich mich selten mit einer Antwort auf eine Frage begnüge. Die Ideen, Assoziationen oder Überlegungen, die an zweiter, dritter oder vierter Stelle genannt werden, erweisen sich bei der Auswertung in der Phase des «Erntens» oft als fruchtbarer als das, was einem zuerst einfällt. Die Frage «Was noch?» ist deshalb wichtig und nützlich.

Die Dezentrierungsphase kann gelegentlich sehr kurz sein (zwischen fünf und zehn Minuten). Für das nachfolgende Gespräch braucht es nach meiner Erfahrung insgesamt mindestens zwanzig Minuten, wenn man auch noch zu einem guten Abschluss der Sitzung kommen will.

Die Art der verwendeten Sprache ist zentral. Sie sollte konkret und spezifisch und nicht generalisierend oder abstrakt sein. Ziel ist, eine reichhaltige Beschreibung des Prozesses während der Dezentrierungsphase und des entstandenen Werkes zu erhalten. Wenn jemand zu Interpretationen neigt, werden diese freundlich und klar auf später verwiesen. Manchmal verwenden Klienten Metaphern, um ihre Beschreibungen konkreter zu machen. Wenn sie keinen diagnostischen oder theoretischen «Gehalt» haben, verwendet der Berater sie mit Vorteil selber auch. Solche Metaphern sind oft voller innerer Bezüge und Perspektiven, die später genutzt werden können. Im einen oder andern Fall entsteht durch die Verwendung von Metaphern, die durch die Klienten eingeführt worden sind, fast so etwas wie eine Geheimsprache zwischen den Gesprächspartnern. Es ist möglich, den

metaphorischen Aspekt zu fördern, indem man zum Beispiel dem Werk eine Stimme verleiht und so erfragen kann, was es als Werk «zu sagen» hat.

Die Art der Fragen und die Formulierungen sind in dieser Arbeitsphase wichtig. Je mehr es der fragenden Person gelingt, die Haltung des Nicht-(Schon)-Wissens zu leben und wertschätzend-neugierig zu sein, desto mehr werden Klienten zu konkreten, reichhaltigen Beschreibungen angeregt.

Es ist zu vermuten, dass eine konkrete, reichhaltige Beschreibung das Gewahrwerden von überraschenden Zusammenhängen fördert. Es ist deshalb von Vorteil, während der ästhetischen Analyse regelmässig nach Aspekten zu fragen, die am Werk überraschen oder in seinem Entstehungsprozess überrascht haben. Die Frage bringt sehr oft Inhalte hervor, die sonst wohl nicht zur Sprache gekommen wären. Die meisten Überraschungen zeigen sich jedoch, wenn nach der Dezentrierungsphase und ihrer ästhetischen Analyse die Verbindung zum ursprünglichen Anliegen resp. zur Problematik gemacht wird.

Überraschendes Nutzen

Ernten

Die an die ästhetische Analyse anschliessende Gesprächsphase nenne ich mit Vorliebe die Phase des «Erntens». Es geht darum, sich probeweise, hypothetisch oder spielerisch zu fragen, ob das, was in der Auszeit der Dezentrierung passiert ist, irgend etwas zu tun haben könnte mit dem vorgebrachten Anlie-

gen resp. mit der zu Beginn der Sitzung präsentierten Problematik:

«Wenn sie dies alles, was jetzt passiert ist, vor ihrem inneren Auge vorbeiziehen lassen: Was bedeutet das für ihr Anliegen?»

Oder vorsichtiger und hypothetischer formuliert:

«Wenn dies alles, was jetzt mit diesen ... (Farben, Blätter, dieser Musik etc.) passiert ist, irgendetwas zu tun hätte mit deiner am Anfang der Sitzung vorgebrachten Problematik: Was könnte das sein?»

Auch wenn eine solche Frage eigentlich eine recht abstruse Aufforderung beinhaltet, nämlich eine Beziehung zu suchen zwischen diesem «Ganz Anderen», das in der Dezentrierungsphase passierte und dem ursprünglichen Anliegen, wird sie von den meisten Klienten offenbar überhaupt nicht als abstrus empfunden. Einige von ihnen können rasch und offensichtlich ohne Mühe Beziehungen herstellen. Andere stutzen, ihr Blick wendet sich nach innen und dann kommen Antworten, die oft Berater und Klient überraschen.

Tina, eine Betriebswirtschafterin, die sich nach einer Phase als Ausbildnerin neu der Organisationsberatung zuwendet, hat in der Dezentrierungsphase mit Papier ein tunnelartiges Gebilde gestaltet, das einen grossen Innenraum einschliesst, den man von der Vorderseite her kaum wahrnimmt. Auf meine Frage nach einem möglichen Bezug zwischen dem entstandenen Gebilde resp. dem Prozess, der dazu führte und dem ursprünglichen Anliegen, geht sie zuerst auf diesen Raum ein: «Es ist viel Raum da. Ich hab ja tatsächlich eine Fülle von Argumenten und Erfahrungen (für ein bevorstehendes Gespräch).» Ich frage weiter: «Gibt es noch etwas, das Dir einfällt?» «Dass ich die Stufen innerlich überwinden muss» (in der unmittelbaren Umgebung des Raumes können so etwas wie Stufen unterschieden werden). «Was meinst Du damit?» «Ich muss mehr auf den Inhalt gucken als auf die Stufen. Die Stufen führen erst zum Raum, zum Spielraum.» Ich frage weiter: «Gibt es noch etwas?» «Dass ich mich selber schützen muss. Dass dieser Schutz da ist. Dass ich Schutz habe.» Tina verweist auf höhlenartige Formen, die entstanden sind. Und dann meint sie spontan: «Es ist noch gar nicht alles sichtbar, was da an Raum vorhanden ist. Im Grunde genommen gibt es da noch viel.» Und dann nach einer Pause: «Dass es noch Schutz braucht – und Schutz bietet –, um sich voll entfalten zu können.»

Überraschende «Lösungen zweiten Grades»

Es ist offensichtlich: Die Zusammenhänge zum Anliegen, die Tina beim Betrachten ihres Werkes einfallen, sind sehr grundsätzlicher Art. Ihr ursprünglich vorgebrachtes Anliegen, eine möglichst gute Vorbereitung eines wichtigen Gesprächs, das für sie neue Akquisitionsmöglichkeiten auftun könnte, erscheint dadurch in einer ganz neuen, sehr viel elementareren Perspektive. Was in den Antworten von Tina erscheint, sind eine Art Elemente zweiten Grades der zu bearbeitenden Situation. Man könnte sie «Lösungen zweiten Grades» nennen, denn sie erweisen sich fast

regelmässig als Basis für konkrete Handlungsanweisungen, die die Problematik lösen resp. das Anliegen bearbeitbar machen. Als Lösungen zweiten Grades sind sie potentiell in verschiedenen Situationen anwendbar. Als Berater kann man in späteren Sitzungen darum auch wieder auf sie zurückgreifen.

Ein weiterer Bearbeitungsschritt: Lösungen handhabbar machen

In der Regel ist ein weiterer Bearbeitungsschritt nötig, damit eine «Lösung zweiten Grades» für die vorgebrachte konkrete Problemstellung genutzt werden kann:

> *Ich frage Tina deshalb, was das denn konkret bedeute für das bevorstehende Gespräch, dass «viel Raum da ist». Die Antwort macht ihr keine Mühe: Sie müsse in angemessener Form darstellen, was sie als Berufsfrau und Mensch für die Erledigung solche Aufträge mitbringe. Und sie werde den zu präsentierenden theoretischen Hintergrund ihrer Arbeit in Verbindung bringen mit den eigenen Erfahrungen. Auch zu den andern Aspekten des Werkes, die Tina beim «Ernten» erwähnt, kann sie ohne Mühe Operationalisierungen nennen, die auch für den aussenstehenden Beobachter Sinn machen. Die Nachprüfung nach einem halben Jahr zeigt, dass das, was Tina in dieser Arbeit gefunden hat, sich in der Realität ihres Arbeitskontextes in fast allen Teilen bewährt hat.*

Tina ist eine sehr aktive Frau mit guter Intuition, die im Verlaufe unserer Gespräche immer mehr der eigenen Kompetenz und Kreativität vertraut. Für sie

bot die Operationalisierung der Einfälle keine Schwierigkeiten. Das ist nicht immer so. Darum ist in dieser abschliessenden Phase eines Gesprächs oft die Unterstützung durch die professionelle Person gefragt. Dabei geht es lediglich um Vorschläge und Anregungen und keineswegs um Anordnungen oder Weisungen. Hingegen erweisen sich Vorschläge für Experimente oder «Hausaufgaben» oft als nützlich.

Der Ablauf des Gesprächs in der Phase des Erntens bei Tina ist typisch. Wenn Klienten nach möglichen Zusammenhängen zwischen dem, was in der Phase der Dezentrierung passiert und entstanden ist und dem ursprünglich vorgebrachten Anliegen gefragt werden, finden sie meistens solche auf der Ebene der Haltung, der Einstellung, der Handlungsmaximen, der Ethik oder der Motivation. Es geht also um Grundsätzliches, das hier als möglicher Zusammenhang auftaucht und beachtet werden will.

Die Klientin hat die Lösung gefunden

Der beschriebene grundsätzliche Aspekt für die Problemlösung wird bei unserem Vorgehen immer vom Klienten vorgebracht. Der Therapeut hat am Inhalt direkt keinen Anteil. Das Gefundene, das sich für die konkrete Problemstellung meist als sehr nützlich erweist, stammt «aus der Werkstatt» des Klienten. Dieses Faktum wirkt auf ihn zurück, bestärkt, macht sicherer und gibt ihm Mut, sich selber mehr zu vertrauen.

Die gefundene Lösungen sind Möglichkeiten, die neugierig machen

Der Zusammenhang zwischen Dezentrierung und Anliegen wird immer als Möglichkeit beschrieben. Es geht nicht um einen festen Zusammenhang oder einen logischen Schluss oder gar um Zauber. Als Möglichkeit kann sie auch ohne Gesichtsverlust wieder fallen gelassen oder gar verneint werden – und gerade dies gibt ihr ihre Potenz. Es ist eine Möglichkeit, die sich ergeben hat aus spielerischem oder künstlerischem Tun. Man ist selber auf sie gestossen. So ist sie es wohl wert, dass man ihr nachgeht, sie ausprobiert und erprobt, was sie bringt. Sie macht neugierig, ohne grossen Druck zu erzeugen.

Das, was sich aus der Dezentrierungsphase ergibt oder sich bei deren Analyse und Auswertung zeigt, ist meistens in irgendeiner Form überraschend, weil es nicht folgerichtig aus der Situation abgeleitet werden kann. Erstaunlich – und in diesem Sinne überraschend – ist die Beobachtung, dass gelegentlich, und zwar nicht allzu selten, das Überraschungsmoment bei meinen Klienten kleiner zu sein scheint als bei mir selber. Ist es darum, weil sich in den letzten Jahren meine Wahrnehmung für Überraschendes geschärft hat? Oder zeigt sich in diesen Überraschungen etwas von der inneren Weisheit oder der Selbstheilungskraft des betreffenden Menschen, mit der er, auch wenn er sie nicht zu formulieren vermöchte, doch irgendwie vertraut ist?

Ausblick

Überraschenderweise wird das Phänomen der Überraschung kaum je in der einschlägigen Literatur von Therapie, Supervision, Beratung und Coaching bearbeitet. Das mag unterschiedliche Gründe haben, auf die ich hier nicht eingehen will. In der Kunst- und Lösungsorientierten Arbeit hingegen spielen Überraschungen eine wichtig Rolle. Diese Arbeit macht deutlich, dass es ein bestimmtes Klima, eine bestimmte Atmosphäre, eine Art von «Biotop» braucht, dass Überraschungen sich zeigen und genutzt werden können. Die Elemente dieses Biotops wurden in der hier vorliegenden Arbeit beschrieben. Die Erfahrungen des Verfassers beziehen sich auf seine Privatpraxis für Supervision und Beratung. Zurzeit fehlen Berichte über die Bedeutung und den Umgang mit Überraschungen in andern Kontexten.

Sehr interessant dürfte es sein, der Frage nachzugehen, wieso die intermodale Dezentrierung und die Nutzung von Überraschungen in diesem Rahmen so ausgezeichnete Resultate erbringen. Die Ausführungen von Kriz (2004) scheinen mir in diesem Zusammenhang besonders anregend und wegweisend zu sein. Nach ihm enthalten Überraschungen eine Botschaft der (Neu-)Ordnung aus dem Chaos heraus. Auf unsere Arbeit bezogen könnte das heissen, dass bei Menschen, die mit einer Problematik in die Beratung kommen, die alte Ordnung im betreffenden Lebenssektor nicht mehr nützlich ist. Der Zustand der Notenge repräsentiert eine Un-Ordnung, d. h. hat etwas Chaotisches an sich. Zeigen sich durch die Dezentrierungsarbeit, eine Gesprächsphase, in der eine grosse Menge von ungeplanter Information zur Ver-

fügung gestellt wird, Überraschungen, so künden diese neue, angemessenere Ordnungsvarianten an. Die Begründung dafür, dass diese neuen Ordnungen der konflikthaften Situation angemessener sind, kann darin gesehen werden, dass vor der Dezentrierung ausführlich und konkret über positive Zukunftsvorstellungen gesprochen wurde. Damit kann die sich in der Überraschung ankündigende Neu-Ordnung als ein Schritt zur Selbstheilung verstanden werden.

Literatur

DE SHAZER, S. (1989): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie.* Klett-Cotta, Stuttgart.

DE SHAZER, S. (1996): *Worte waren ursprünglich Zauber, Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis.* modernes lernen, Dortmund.

EBERHART, H. (2002): «Decentering with the Arts: A New Strategy in a New Professional Field.» In: Levine, S. (Hrsg.) *Crossing Boundaries: Explorations in Therapy and the Arts – A Festschrift for Paolo Knill.* EGS Press, Toronto.

KNILL, P. J., NIENHAUS BARBA, H. & FUCHS, M. N. (1993): *Minstrels of Soul. Intermodal Expressive Therapy.* Palmerston Press, Toronto.

KNILL, P. J. (1995): «Ist Schönheit bildend und heilsam, eine Stellungnahme zur Ästhetik in der Kunstpädagogik.» In: Schiementz, W./Beilharz, R. (Hrsg.), *Ins Bild gesetzt, Facetten der Kunstpädagogik.* Deutscher Studienverlag, Weinheim.

KNILL, P. J. (2000a): «Was wirkt eigentlich Wie in der Kunst und Therapie.» In: *FORUM für Kunsttherapie.* Schweizer. Fachverband für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie GPK, 13. Jahrgang, Heft 1.

KNILL, P. J. (2000b): «The Essence in a Therapeutic Process: An Alternative Experience of Worlding.» In: *POIESIS, A Journal of the Arts and Communication Volume* 2, EGS Press, Toronto, S. 6–14.

KNILL, P. J. (2003): «‹Die drei Sprungarten aus der Notenge› – Spiel und Imagination; das Entgrenzende in der werkorientierten Musiktherapie.» In: *«Einblicke» Beiträge zur Musiktherapie,* Berufsverband für MusiktherapeutInnen in Deutschland e.V. (BMV), Heft 14, Mai 2003, S. 7.

KRIZ, J. (1997a): *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner.* Facultas Universitäts Verlag, Wien.

KRIZ, J. (1997b): *Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

KRIZ, J. (2004): «Überraschung: Eine Botschaft der Ordnung aus dem Chaos.» In: Eberhart, H.; Killias, H. (Hrsg.), *Überraschung als Anstoss zu Wandlungsprozessen.* EGIS-Verlag, Zürich.

WHITE, M. (1989): *Selected Papers.* Dulwich Centre Publ., Adelaide.

WHITE, M. & EPSTON, D. (1990): *Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken.* Auer, Heidelberg.

Anschrift des Autors

Dr. Herbert Eberhart, Mühlemattstr. 12, CH-8135 Langnau a/A