

Palo Alto – revisited

Arbeiten mit inneren Bildern in der systemischen Kurzzeittherapie

Ilka R. Hoffmann

Zusammenfassung

Leiden Menschen an chronischen Problemen, dann können erfolgreiche Strategien zur Unterbrechung des Teufelskreises problemerhaltender Muster für die psychotherapeutische Praxis sehr hilfreich sein. In diesem Artikel wird eine neue Methode zur Unterbrechung ebensolcher Muster vorgestellt.

Explizit Analoge Interventionen in der Systemischen Kurzzeittherapie (EAI Kurzzeittherapie) ist ein Ansatz, der auf Watzlawicks, Weaklands und Fischs Konzept der Veränderung zweiter Ordnung basiert: Halten die bisherigen (erfolglosen) Lösungsversuche das Problem „lebendig“, ist es hilfreich das problemerhaltende Muster zu unterbrechen und eine andere Richtung einzuschlagen. Neu und zentral an dem von Ilka R. Hoffmann entwickelten Ansatz ist die Verlagerung des Konzepts der Veränderung zweiter Ordnung in den Kontext des therapeutischen „Nicht-Expertentums“: unter Veränderung der Rolle der TherapeutIn werden die problemerhaltenden Muster durch die KlientInnen selber unterbrochen. Dies geschieht durch die Aktivierung von KlientInnenressourcen in Form von inneren Bildern. Dieser Artikel zeigt, wie dies möglich ist und welche Schritte in diesen Prozess involviert sind.

Schlüsselwörter: Systemische Kurzzeittherapie, Palo Alto Kurzzeittherapiemodell, Veränderung zweiter Ordnung, Ressourcenaktivierung, analoge Methoden, innere Bilder, Nicht-Expertentum

Abstract

Palo Alto – Revisited. Activating Internal Images in Systemic Brief Therapy

When people suffer from chronic problems, successful strategies for the interruption of the vicious cycle of problem-maintaining patterns can be very helpful in psychotherapeutic practice. In this article a new method for the interruption of these vicious cycles is introduced.

Explicit Analogue Interventions in Brief Therapy (EAI Brief Therapy) is an approach which is based on Watzlawick's, Weakland's and Fisch's concept of second-order change: when the (unsuccessful) attempted solutions keep the problem alive, it is useful to interrupt the problem maintaining pattern and shift the direction.

New and central in the approach developed by Ilka R. Hoffmann is that the concept of second-order change is re-introduced from a „non-expert“ stance: Instead of interrupting the client's unsuccessful attempted solution through therapeutic expertise, the client's internal images are activated for change. This article shows how this is possible and which steps are involved in this process.

Keywords: Systemic Brief Therapy, Palo Alto Brief Therapy Model, Second Order Change, resource activation, analogue methods, internal images, non-expert stance

Anlässlich der Verleihung des Wissenschaftlichen Förderpreises durch die Systemische Gesellschaft im Mai 2007 für meine Forschungsarbeit möchte ich in diesem Artikel meinen am *Mental Research Institute (MRI)* in Palo Alto (USA) entwickelten Kurzzeittherapieansatz – *Explizit Analoge Interventionen in der Kurzzeittherapie (EAI Kurzzeittherapie)* – vorstellen. Hierfür werde ich zunächst auf die Entstehung des Ansatzes, einige zugrunde liegende theoretische Annahmen sowie ausführlich auf die Methode eingehen und abschließend kurz die unternommene Forschung skizzieren.

Lebenskrisen und das Phänomen der Veränderung zweiter Ordnung

Ausgangspunkt meiner Arbeit war das von Paul Watzlawick, Richard Fisch und John Weakland am MRI entwickelte *Brief Therapy Model*, welches auf dem Konzept der Veränderung zweiter Ordnung basiert. Das Phänomen der Veränderung zweiter Ordnung beschreibt Veränderungen, bei denen das System an sich verändert wird und nicht lediglich eine Veränderung innerhalb des Systems (Veränderung erster Ordnung) stattfindet. Eingefahrene Muster, sogenannte „Teufelskreise“, werden unterbrochen, so dass etwas qualitativ Neues entstehen kann.

Auf das Konzept der Veränderung zweiter Ordnung stieß ich bei der Auseinandersetzung mit der Frage, wie Veränderung

Wie tritt Veränderung spontan im Alltag auf und wie kann das wirkungsvoll in der Therapie gefördert werden?

spontan im Alltag auftritt und auf welche Weise sie wirkungsvoll in der Therapie gefördert werden kann. In meinem Umfeld hatte ich beobachtet, dass einige Menschen, ausgelöst durch eine Lebenskrise wie z.B. der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit oder durch den Verlust einer Beziehung, plötzlich ihr Leben veränderten. Sie taten auf einmal das, was sie schon immer tun wollten, bisher aber nicht gewagt hatten. So beendete ein Freund, nachdem bei ihm Krebs diagnostiziert wurde und er erfuhr, dass er nur noch ein Jahr zu leben habe, das Medizinstudium und wendete sich seiner Leidenschaft des Fotografierens zu. Er erfreut sich heute als Fotograf bester Gesundheit. AIDS-Patienten, die ich im Hospiz betreute, berichteten, dass diese Krankheit ihnen, trotz des erheblichen Leidens, eine neue Perspektive auf das Leben vermittelt habe, die sie als sehr bereichernd erlebten und die ihnen vielleicht sonst verborgen geblieben wäre. Ähnliches wurde mir von professionellen HelferInnen beschrieben, die mit Menschen in Krisen arbeiten. Natürlich verändert nicht jeder Mensch auf Grund einer Krise sein Leben grundlegend, aber in vielen Fällen entsteht zumindest oft ein Gefühl, welches als eine tiefgehende, innere Veränderung beschrieben wird.

Das Phänomen der Veränderung zweiter Ordnung und die Frage der Ressourcenaktivierung

Bei spontan auftretenden Veränderungen zweiter Ordnung im Alltag scheinen Krisen und „Schock“ zu einer veränderten Perspektive zu führen und eine Musterunterbrechung im bisherigen Leben der Betroffenen zu bewirken (siehe auch Rossi 1973). Ich fragte mich, wie diese Art der Veränderung – weniger schmerzhaft – in der Therapie genutzt werden kann und wie die inneren Ressourcen, die oft spontan innerhalb einer Krise freigesetzt werden, in der Psychotherapie zugänglich gemacht und aktiviert werden können. So inspirierte einerseits das Phänomen der Veränderung zweiter Ordnung und andererseits die Frage der Ressourcenaktivierung meine Forschung.

Das Palo Alto Modell

Da mir von den vielen Modellen für die Erklärung therapeutischer Veränderung (z. B. Schiepek 1999) das Konzept der Veränderung zweiter Ordnung als Beschreibung für meine Beobachtungen am passendsten erscheint, baut meine Forschung auf der Arbeit von Fisch, Watzlawick, Segal und Weakland auf (Watzlawick et al. 1974; Fisch et al. 1982, 1999). Ihre Antwort auf die Frage, auf welche Weise Veränderung zweiter Ordnung

durch Psychotherapie hervorgerufen werden kann, war die Entwicklung und Verfeinerung des *Brief Therapy Models* am MRI (Fisch et al. 1982; Fisch & Schlanger 1999).

Diesem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass Probleme dann entstehen und aufrechterhalten werden, wenn Menschen mit Alltagsschwierigkeiten unangemessen umgehen: Wenn eine Schwierigkeit nicht gelöst werden kann, wird dieselbe Lösungsstrategie (versuchte Lösung) wiederholt, indem man mehr desselben macht (Lösungen erster Ordnung). Dies führt oft zu einer Verschlimmerung der Schwierigkeit, bis daraus ein Problem wird, für welches gegebenenfalls therapeutische Hilfe aufgesucht wird. So kann laut Watzlawick et al. (1974) z. B. ein Problem, was häufig als „Depression“ beschrieben wird, dann entstehen, wenn ein Partner der natürlichen Trauerreaktion des anderen immer wieder mit Aufmunterungsversuchen begegnet. Eine Veränderung zweiter Ordnung und somit eine Problemlösung ist erst dann möglich, wenn das, was getan wird, um das Problem zu lösen, unterbrochen wird. Dies kann durch psychotherapeutische Interventionen erreicht werden, die entweder neues Verhalten oder eine veränderte Perspektive hervorrufen. Weiterhin wird angenommen, dass dieser „Teufelskreis“ aus „mehr desselben“ und „Verschlimmerung“ durch Interventionen von ExpertInnen unterbrochen werden muss, da die Lösungsversuche der KlientInnen selber nicht erfolgreich genug waren und weitere eigene „neue“ Lösungsversuche vermutlich nur Variationen desselben Themas (z. B. „aufmuntern“) sein würden. Innerhalb des *Brief Therapy Models* wird angenommen, dass wirklich neue Lösungen, welche die versuchte Lösung unterbrechen würden (Lösungen zweiter Ordnung), meist dem „gesunden Menschenverstand“ widersprechen und es somit unwahrscheinlich ist, dass diese von KlientInnen entwickelt werden.

Diese Art von ExpertInnen-Interventionen, wie sie unter anderem im Palo Alto Modell favorisiert werden, nenne ich „implizite Ressourcenaktivierung“ (Hoffmann 2007), da die Interventionen für die KlientInnen nicht transparent sind. Die wohl bekannteste Intervention dieser Art ist die „Paradoxe Intervention“ (Watzlawick 1969). Werden die Interventionen von den KlientInnen angenommen, ist das *Brief Therapy Model* sehr hilfreich. Problematisch an diesem Modell kann jedoch sein, dass die Richtung der therapeutischen Interventionen eben tat-

Prämissen des MRI-Modells

Der „gesunde Menschenverstand“ und seine Rolle in der Bewertung von Lösungsideen

sächlich so sehr dem „gesunden Menschenverstand“ der KlientInnen widerspricht, dass diese nicht akzeptiert werden. In den zweieinhalb Jahren hinter dem Einwegspiegel des Brief Therapy Centers in Palo Alto beobachtete ich, dass dieser Widerspruch auch zum Therapieabbruch führen kann. Richard Fisch bestätigte mir, dass die Schwierigkeit, eine Intervention zu „verkaufen“, als eine Hürde dieses Ansatzes gesehen werden kann.

Am Beispiel der Magersucht möchte ich dieses verdeutlichen: Betrachtet man Eltern, die wegen ihres magersüchtigen Kindes Hilfe suchen, als „KundInnen“ innerhalb der Therapie, würde man nach ihren (erfolglosen) Lösungsversuchen fragen. Man würde davon ausgehen, dass die versuchte Lösung der Eltern, z. B. ihr Kind auf jede erdenkliche Weise zum Essen bewegen zu wollen, das Problem aufrechterhält. Wenn die Richtung der therapeutischen Intervention nun darauf ausgerichtet ist, diese versuchte Lösung zu unterbrechen, heißt das, die Therapeutin muss versuchen die Eltern durch eine (implizite) Intervention von der Haltung „du musst essen!“ zu „du sollst nicht essen!“ zu bewegen. Da die Eltern jedoch um das Leben ihres Kindes fürchten und ihr gesunder Menschenverstand ihnen sagt, dass ihr Kind essen muss, um zu überleben, kann es schwierig für sie sein eine Intervention in diese Richtung anzunehmen.

Das Nützliche bewahren

Mein Ziel war es, das Nützliche des Palo Alto Modells zu bewahren und für die therapeutische Intervention eine andere Möglichkeit zu finden. Für nützlich halte ich das Konzept der Veränderung zweiter Ordnung. Meines Erachtens ist es sogar ein zentrales Element der Systemischen Therapie, welches mehr oder weniger seit der konstruktivistischen Wende vernachlässigt wurde. Die bestehenden Methoden, um eine Veränderung zweiter Ordnung anzuregen, wurden als zu „interventionistisch“ und nicht mehr kompatibel mit dem Weltbild der Postmoderne sowie der therapeutischen Position des „Nicht-Expertentums“ gesehen. Somit gerieten problemerhaltende „Teufelskreise“ aus dem Fokus. Den Blick auf die Unterbrechung solcher Teufelskreise und das Konzept der Veränderung zweiter Ordnung halte ich jedoch gerade in Bezug auf die häufig auftretenden chronischen Probleme für sehr relevant. Selbst wenn man die Frage hinsichtlich der Entstehung chronischer Probleme als

letztlich unentscheidbar (zwischen all den verschiedenen Erklärungsansätzen) betrachten möchte, so könnte man sich vermutlich darauf einigen, dass chronische Probleme meist durch die erfolglosen Lösungsversuche der KlientInnen und die daraus resultierende Verschlimmerung aufrechterhalten werden. Aus diesem Grund ist die Veränderung zweiter Ordnung ein beachtenswerter Aspekt in Psychotherapie und Gesundheitspsychologie. Die erfolgreiche Behandlung chronischer Schmerzen z. B. stellt nach wie vor eine offene Frage in psychotherapeutischer und medizinischer Forschung dar.

Ansatzpunkte für die Forschung bietet das Palo Alto Modell aus meiner Sicht in Hinblick auf die nicht akzeptierten therapeutischen Interventionen sowie den Kontext des therapeutischen „Expertentums“ in Verbindung mit impliziter Ressourcenaktivierung. Ich gehe indes nicht davon aus, dass bei einem „guten“ Modell Interventionen generell akzeptiert werden würden. Es geht mir vielmehr um die Frage einer besseren Passung. Die große Herausforderung des Palo Alto Modells für TherapeutInnen liegt darin, wirkungsvolle Interventionen zu kreieren und diese für die KlientInnen so zu rahmen, dass sie deren eigener Haltung entsprechen, auch wenn sie sie zu Handlungen anregen sollen, die letztlich ihrer ursprünglichen Intuition widersprechen. Das ist nicht leicht. Und wenn dies selbst von den Begründern dieses Ansatzes anerkannt wird, dann stellt sich mir die Frage, welche anderen Möglichkeiten es geben könnte.

Der Kontext des therapeutischen Expertentums sowie die implizite Ressourcenaktivierung ist einerseits eine Frage der Präferenz bzgl. der therapeutischen Haltung und des Menschenbildes. Andererseits ist es aber auch eine Frage dessen, wie ernst man die Ergebnisse der Psychotherapieforschung nehmen möchte. Nach Hubble et al. (1999; Miller et al. 2000; 2001) sind 40% des positiven Therapieerfolges auf extratherapeutische Faktoren wie z. B. KlientInnenfaktoren zurückzuführen. Wenn ein Hauptaspekt für Therapieerfolg die Berücksichtigung der Veränderungstheorie der KlientInnen innerhalb der Therapie darstellt (Miller et al. 2001, S. 6), dann wäre es sinnvoll das Wissen der KlientInnen bzgl. ihres Problems und dessen Veränderung therapeutisch verstärkt zu nutzen. Da dies weder mit einem ExpertInnenblick auf die KlientInnen noch durch implizite Ressourcenaktivierung gut gelingen kann, ist es interessant zu untersuchen, wie die inneren Ressourcen, z. B. das *implizite*

Das Berücksichtigen der KlientInnenfaktoren als A & O

Die Idee der „Veränderung zweiter Ordnung“ als zentrales Element Systemischer Therapie

Wissen¹ der KlientInnen (Hoffmann 2007), innerhalb der Therapie hilfreich aktiviert werden können.

Veränderung zweiter Ordnung explizit statt implizit

Meine Idee war relativ simpel: Wenn KlientInnen therapeutische Interventionen zur Unterbrechung ihrer versuchten Lösung nicht akzeptieren, könnten eventuell eigene Ideen der KlientInnen akzeptabler sein. Das hieße, eine Veränderung zweiter Ordnung müsste durch *explizite*, anstatt durch *implizite* Ressourcenaktivierung angeregt werden. Unter expliziter Ressourcenaktivierung verstehe ich, dass die Ressourcen für die betreffenden KlientInnen transparent aktiviert werden, z.B. durch Fragen. Während einer Diskussion mit Richard Fisch bezüglich meiner Idee entgegnete dieser: „Wenn KlientInnen eigene versuchte Lösungen unterbrechen könnten, hätten sie es bereits getan und wären nicht in Therapie“. Meine Vermutung war jedoch, dass die KlientInnen eine Musterunterbrechung deshalb bisher nicht selbstständig erreicht hatten, weil sie auf der rational-logischen (digitalen) Ebene über ihr Problem nachdachten und ihnen deshalb ihr „gesunder Menschenverstand“ im Weg war. Durch einen Perspektivwechsel auf die analoge (bildhafte) Ebene könnten sie ihre „Ratio“ (vgl. Watzlawick 1986) umgehen und das Muster ihrer versuchten Lösung mit Hilfe ihrer inneren Ressourcen unterbrechen. Aus dieser Vermutung entstand mein Konzept der Veränderung zweiter Ordnung durch explizite Ressourcenaktivierung auf der analogen Ebene: *Explizit Analoge Interventionen in der Systemischen Kurzzeittherapie*.

1) Als implizites Wissen bezeichne ich bisher ungenutzte innere Ressourcen. Ob es sich dabei um vorbewusste oder unbewusste Prozesse handelt, ob dieses Wissen im Gedächtnis gespeichert ist oder während des therapeutischen Prozesses entwickelt oder co-konstruiert wird, ist eine Frage der Perspektive. Relevant ist in diesem Kontext vielmehr die Beobachtung, dass KlientInnen tatsächlich Alternativen generieren können, und die Frage, wie diese sinnvoll aktiviert werden können. Die Annahme, dass wir mehr Information über Probleme und deren Lösung gespeichert haben, als wir normalerweise nutzen, wird durch Forschung zur subliminalen Wahrnehmung unterstützt (Feldmann 1988). Es wird angenommen, dass wir auf der analogen Ebene, z. B. durch innere Bilder, wesentlich mehr Information speichern, als uns auf der rational-analytischen Ebene zugänglich ist.

Das Anregen einer Veränderung zweiter Ordnung durch explizite, anstelle implizite Ressourcenaktivierung

Explizit Analoge Interventionen in der Kurzzeittherapie – ein therapeutisches Modell

Explizit Analoge Interventionen in der Kurzzeittherapie (EAI Kurzzeittherapie) basiert somit auf den folgenden drei Ideen: Dem Konzept der Veränderung zweiter Ordnung, der Idee der expliziten Ressourcenaktivierung und der Idee der Bedeutung analoger Prozesse.

AIDE – Ressourcenaktivierung innerhalb der systemischen Kurzzeittherapie

Die von mir vorgenommene Unterscheidung zwischen verschiedenen Methoden der Ressourcenaktivierung innerhalb der systemischen Kurzzeittherapie (AIDE-Modell) entstand aus einem Versuch, die bestehenden Methoden zu systematisieren, um dadurch Schwerpunkte und Erweiterungsmöglichkeiten deutlich zu machen. Danach werden Ressourcen sowohl *implizit* (I) als auch *explizit* (E) aktiviert sowie auf der *digitalen* (D) und der *analogen* (A) Ebene. Implizite Ressourcenaktivierung arbeitet mit KlientInnenressourcen aus therapeutischer Perspektive, explizite Ressourcenaktivierung arbeitet mit KlientInnenressourcen aus KlientInnensicht. Weiterhin werden Ressourcen direkt und indirekt für die Problemlösung oder Lösungsbildung aktiviert, je nachdem welches therapeutische Ziel angestrebt wird. Wenn Ressourcen direkt für die Problemlösung aktiviert werden, werden die TherapeutInnen Ressourcen zugänglich machen, die entweder für das Problem oder die Lösung relevant sind. Sollen Ressourcen jedoch indirekt für die Problemlösung aktiviert werden, können Ressourcen zugänglich gemacht werden, die für die therapeutische Interaktion oder das Wohlbefinden der KlientInnen relevant sind. In Tabelle 1 sind zur Erläuterung beispielhaft Interventionen aus verschiedenen Ansätzen der Systemischen Kurzzeittherapie eingefügt (vgl. de Shazer 1985, 1986; Fisch et al. 1982; Haley 1973; Duncan & Miller 2000) eingefügt. Eine genauere Darstellung des AIDE Modells findet sich in Hoffmann 2007.

In der EAI Kurzzeittherapie geht es darum, innere Ressourcen, implizites Wissen, zum einen direkt für die Lösungsbildung zu aktivieren und zum anderen explizit, also für die KlientInnen transparent vorzugehen. Für den Fall, dass diese inneren Ressourcen dem gewohnten logisch-analytischen Denken widersprechen, ist es hilfreich sie zwar explizit, aber auf der analogen

Explizit analoger Zugang zu Ressourcen: KlientInnen entwerfen sich ihr eigenes Bild erweiterter Möglichkeiten.

	Interventionen für explizite Ressourcenaktivierung	Interventionen für implizite Ressourcenaktivierung
Ressourcen werden direkt für die Problemlösung aktiviert Ziel: Problem- oder lösungsrelevante Ressourcen zu aktivieren	DIGITAL ▶ Ausnahmefragen ▶ Skalierungsfragen	DIGITAL ▶ Direktiven zur Musterunterbrechung ▶ Aufgaben
	ANALOG ▶ Wunderfrage	ANALOG ▶ Metaphern ▶ Utilisation
Ressourcen werden indirekt für die Problemlösung aktiviert Ziel: Ressourcen, die für die Interaktion oder das Wohlbefinden relevant sind, zu aktivieren	DIGITAL ▶ Copingfragen ▶ Komplimente	DIGITAL ▶ positive Erwartung fördern, z. B. durch Zielorientierung
	ANALOG	ANALOG ▶ Optimismus implizieren

Abbildung 1: Das AIDE-Modell: Ressourcenaktivierung in der Systemischen Kurzzeittherapie (angelehnt an Hoffmann 2007)

Ebene zu aktivieren, damit die Ratio sie nicht gleich blockiert. Wenn implizites Wissen, wie z. B. das Wissen um Ausnahmen, alternative Lösungsmöglichkeiten oder Gedankenmuster explizit analog aktiviert wird, kann es den KlientInnen zugänglich gemacht werden, so dass sich neue Perspektiven zur Musterunterbrechung eröffnen.

Das Konzept der „Analogen Präsentation“

Explizit analoge Ressourcenaktivierung basiert auf dem Konzept der „Analogen Präsentation“ (Hoffmann 2007). Innere Bilder können durch analoge Sprache „präsentiert“, d.h. ausgedrückt werden. Analoge Präsentationen sind gewissermaßen „Portraits“ der subjektiven inneren Realität der KlientInnen. Dies kann *verbal* z.B. durch Gedichte und sprachliche Metaphern oder *nonverbal* durch Tanz, Zeichnungen, Musik und Skulpturen geschehen. Wenn also eine Therapeutin eine Klientin anregt ihre Schwierigkeiten mit dem Partner z.B. als Skulptur darzustellen, handelt es sich dabei um explizit analoge Ressourcenaktivierung, da die Ressourcen der Klientin direkt aktiviert werden und der Vorgang für sie transparent ist, dies jedoch auf

der analogen Ebene geschieht². Ein Hauptkriterium für explizit analoge Ressourcenaktivierung ist, dass der Vorgang nicht von „ExpertInnen“ interpretiert wird und die Analoge Präsentation ausschließlich dazu genutzt wird, KlientInnen einen Zugang zu ihren inneren Ressourcen zu ermöglichen. Sobald die Methode der Skulptur z.B. genutzt wird, um KlientInnen eine bestimmte therapeutische Botschaft zu vermitteln, würde ich von implizit analoger Ressourcenaktivierung sprechen.

Die einzelnen Phasen des Modells

Die praktische Umsetzung dieser theoretischen Überlegungen und Annahmen erfolgt in sieben verschiedenen Phasen (Abbildung 3, S. 43). Die ersten drei Schritte der EAI Kurzzeittherapie sind (bis auf Phase II) fast identisch mit dem Palo Alto Modell (vgl. Fisch et al. 1982; 1999). Ich weiche an der Stelle vom Ursprungsmodell ab, wo es darum geht, die versuchte Lösung zu unterbrechen, indem ich eine andere Art der Musterunterbrechung und somit eine andere Art der Ressourcenaktivierung vorschlage. Zentral ist hierbei die Phase der Analogen Präsentation, die durch eine geführte Körper Fokus Meditation eingeleitet wird. Mein ursprüngliches Konzept für den Prozess der Analogen Präsentation war schlicht: KlientInnen sollten in einem entspannten Zustand zu einer Analogen Präsentation ihrer bisherigen (erfolglosen) versuchten Lösung durch innere Bilder angeregt werden sowie anschließend zu einer Veränderung dieses Bildes. Als ich begann, dieses Konzept am Mental Research Institute mit Hilfe von Menschen zu erforschen, die an chronischen Schmerzen litten, musste die Phase der Analogen Präsentation erweitert und verfeinert werden, um sie dem anzupassen, was die KlientInnen tatsächlich präsentierten.

Der Weg von der Idee zum Konzept

Ausarbeitung des Konzepts in der Arbeit mit Menschen, die an chronischen Schmerzen litten

Da diese Veränderungen von mir spontan im Prozess unternommen wurden, konnte ich sie erst nach der qualitativen Datenanalyse (der Analogen Präsentation) am Ende des Forschungsprojektes systematisch erfassen und darstellen. Die Ergebnisse werde ich jedoch in die Darstellung unten mit einfließen lassen.

Um das Verständnis zu erleichtern, ist das Modell im Folgenden in mehreren Phasen dargestellt. In der Praxis können einige

2) Analoge Methoden sind demnach Methoden, die mit verbalen und nonverbalen Präsentationen innerer Bilder arbeiten, unter Verwendung analoger Sprache.

davon jedoch ineinander übergehen oder in der Abfolge variieren. Manche Phasen können eine gesamte Sitzung in Anspruch nehmen, andere nur einen Teil, wie z. B. die Vorbereitungsphase. Das Modell wird hier anhand von Beispielen aus meiner Forschungsarbeit illustriert. Es ist jedoch keineswegs auf die Anwendung von chronischen Schmerzen beschränkt und wurde von mir bereits auf verschiedenste Anliegen erfolgreich übertragen.

Phase I – Was ist das Problem?

Zunächst geht es darum, das Anliegen der KlientInnen und die damit verbundenen Interaktionen herauszuarbeiten. Hilfreich dafür ist es, nach konkreten Beispielen zu fragen, wirklich zuzuhören, was die KlientInnen sagen, und eigene Annahmen über das Problem bei Seite zu lassen. Am Ende der ersten Sitzung lade ich meine KlientInnen meist ein, zu Hause darüber nachzudenken, was ein erstes kleines, aber sehr konkretes Zeichen für eine Verbesserung ihres Problems wäre. Diese Frage dient zum einen dazu, Hoffnung auf Veränderung zu implizieren, zum anderen aber auch als Vorbereitung auf die zweite Phase. Antworten innerhalb des Forschungsprojektes bezogen sich auf die chronischen Schmerzen der KlientInnen. So hieß es z. B. einmal „4 Stunden schmerzfrei sein“ oder ein anderes Mal „weniger reizbar beim Autofahren sein“.

Phase II – Problemfokus

Im zweiten Schritt soll die Therapie weiter fokussiert werden. Die KlientInnen in der Studie wurden gefragt: „Abgesehen davon, dass Ihre Schmerzen weh tun, auf welche Weise sind sie außerdem noch ein Problem für Sie? Wobei sind sie Ihnen am meisten im Weg?“ oder „Was stört Sie an den Schmerzen am meisten?“ Durch diese Fragen soll der Lebensbereich identifiziert werden, in welchem sich die KlientInnen am meisten durch ihren Schmerz beeinträchtigt fühlen. Da chronische Schmerzen – oder auch andere chronische Probleme – meist als ein unüberwindbares Hindernis im Leben der KlientInnen erscheinen, helfen diese Fragen einen Fokus für die Therapie zu finden. Dieser Fokus kann als „Tür“ in das chronische Problemsystem genutzt werden. Es lassen sich so kleinere und erreichbare Ziele finden, die vermutlich mit einer erhöhten Veränderungsmotivation verbunden sind. Außerdem verändert sich so die Perspektive von Schmerz als einem allgemeinen unlöslichen Problem zu Schmerz als einem Problem in einem bestimmten

Lebensbereich. Ein Klient antwortete z. B., dass seine Schmerzen ihm in Bezug auf soziale Beziehungen am meisten im Weg seien, da er seinen sehr umfangreich gewordenen Bekanntenkreis inzwischen nicht mehr mit der ihm angemessen erscheinenden Regelmäßigkeit pflegen könne. Die KlientInnen werden anschließend gefragt, ob eine Veränderung in dem Bereich, in welchem der Schmerz ihnen am meisten im Weg ist, ein sinnvoller Fokus für unsere gemeinsamen Sitzungen wäre. Wenn dies mit „ja“ beantwortet wird, wird dieser Bereich zum Fokus der Therapie. Wenn nicht, sind weitere Fragen nötig, um einen für die KlientInnen relevanten Fokus zu finden. Wenn der Fokus klar ist, wird gemeinsam erörtert, was genau den KlientInnen Schwierigkeiten bereitet. Dabei ist die Frage aus Palo Alto „Wer tut was, und wie ist dies ein Problem für wen?“ hilfreich im Hinterkopf zu behalten. Am Ende der Sitzung erhält der Klient oder die Klientin abermals die Anregung, über ein erstes kleines, aber sehr konkretes Zeichen der positiven Veränderung – diesmal im Fokusbereich – nachzudenken. Für einen Klienten, dem seine Schmerzen am meisten hinsichtlich seiner sozialen Beziehungen im Weg waren, war z. B. ein erstes Zeichen, weniger Magensäure zu spüren.

Phase III – Versuchte Lösung

Erfragt wird hier, wie die Klientin mit ihrem Problem umgeht. Das Ziel ist es, die – erfolglose oder nicht ausreichend erfolgreiche – versuchte Lösung der Klientin hinsichtlich ihres Problems zu identifizieren. Dies kann geschehen, indem man fragt: „Was haben Sie bisher getan, um mit Ihrem Problem umzugehen?“ und „Mich interessiert auch all das, was Sie versucht haben, was aber gar nicht oder nicht gut genug funktioniert hat ...“. Dabei ist es sinnvoll nach exakten Dialogen zu fragen, da vor allem bei interaktionellen Problemen die Versuche, das Verhalten einer anderen Person zu verändern, meist verbal sind. Wenn die Beschwerde sich auf die KlientInnen selbst bezieht, sind innere Dialoge relevanter. Der Fokus von Lynn in der Studie war z. B. der durch Ärger ausgelöste Schmerzanstieg, während und nachdem sie mit dem Auto Besorgungen erledigte. Sobald sie den Ärger im Auto aufkommen fühlte, begann ein innerer Dialog. Sie sagte sich, dass es keinen Grund gäbe sich zu ärgern, dass ihr Ärger völlig irrational sei und dass sie ruhiger sein sollte. Diese erfolglose versuchte Lösung ist insofern therapeutisch interessant, als angenommen wird, dass sie das Problem aufrechterhält. Die durch die Fragen der Therapeutin gewonnene

Bisherige Lösungsversuche erfassen – detailliert

Verknüpfung von Problembeschreibung und Aufmerksamkeit für Veränderungsanzeichen

Veränderung der Perspektive: von Schmerz als einem allgemeinen unlöslichen Problem zu Schmerz als einem Problem in einem bestimmten Lebensbereich

Information gibt Aufschluss darüber, was die Klientin getan hat und immer noch tut, um ihr Problem aufrechtzuerhalten. In diesem Sinne ist der Fokus der Therapie, das zu unterbrechen, was das Problem lebendig hält, nämlich die versuchte Lösung.

Nun mit bewusster Aufmerksamkeit – die bisherigen Lösungsversuche im Alltag unter die Lupe genommen: KlientInnen entwickeln ihre eigene Expertise.

Sobald die versuchten Lösungen identifiziert sind, werden sie mit der Klientin diskutiert und von dieser bis zur nächsten Sitzung zu Hause weiter untersucht. Lynn sah z. B. als eine versuchte Lösung, dass sie sich im Auto selber sehr unter Druck setzte. Die Klientin wird angeregt ihre versuchten Lösungen zu 100% beizubehalten, bis zum nächsten Mal nicht zu verändern und nur zu beobachten, ggf. ihre Beobachtungen schriftlich festzuhalten. Ein Zweck dieser Aufgabe ist es, den Blick der Klientin für ihre Lösungsversuche und deren Wirkung zu schärfen und die nächste Phase vorzubereiten. Ein anderes Ziel besteht darin, die Klientin dazu zu bringen, hinsichtlich ihres Problems gelassener zu werden und weniger auf das Lösen des Problems fixiert zu sein, zumal die (erfolglosen) Lösungsversuche das Problem ja bisher verschlechtert bzw. aufrechterhalten haben. So hat es einen anderen Effekt, wenn Lynn weiterhin – absichtlich – versucht sich im Auto unter Druck zu setzen, als wenn man sie ermuntern würde sich im Auto zu entspannen und ruhig zu bleiben, was sie bereits – erfolglos – versucht hatte.

Im Palo Alto Modell haben Problemklärung und Identifizierung der versuchten Lösung in erster Linie den Sinn, Informationen zu sammeln, die die Therapeutin braucht um – implizit – zu intervenieren. In der EAI Kurzzeittherapie haben die Phasen I – III das Ziel, Informationen für die KlientInnen zu generieren und sie für einen Perspektivwechsel auf die analoge Ebene vorzubereiten.

Phase IV – Vorbereitung

Nun geht es darum, die bisherigen Erfahrungen und gemeinsam erarbeiteten Informationen für die KlientInnen zu verdichten und sie darauf vorzubereiten, etwas anderes auszuprobieren. Es ist die Vorbereitung auf die Phase der Analogon Präsentation. Nachdem die versuchte Lösung mit den KlientInnen besprochen wurde und sie ihr eigenes Verhalten hinsichtlich ihres Anliegens zwischen den Sitzungen beobachtet haben, kontrastieren die TherapeutInnen das Problem und die versuchten Lösungen der KlientInnen im Gespräch. Man kann eine Klientin z. B. fragen, wie gut das, was sie bisher tat, um ihr Problem zu lösen, in ihren Augen funktioniert hat und ob sie das

so beibehalten möchte. Meist haben die KlientInnen inzwischen durch ihre eigene Beobachtung realisiert, dass ihre Lösungsversuche nicht hilfreich waren und eventuell sogar ihr Problem verschlimmern. Das Problem mit der versuchten Lösung zu kontrastieren, hat den Zweck, das Interesse für etwas Neues zu wecken. Diese „Motivierung“ ist insofern wichtig, da die nächsten Schritte vielen Menschen als recht ungewöhnlich erscheinen können. Die „Vorbereitung“ endet damit, dass das gemeinsame Thema der versuchten Lösungen der KlientInnen zu einem „roten Faden“ zusammengefasst wird. Dann wird nachgefragt, ob die KlientInnen mit dieser Zusammenfassung übereinstimmen. Falls nötig wird dieser rote Faden zusammen mit den KlientInnen in ihren eigenen Worten modifiziert. Anschließend werden die KlientInnen gefragt, ob sie nun Lust hätten, etwas Neues zu probieren. Nur wenn die Antwort „ja“ ist, beginnt der nächste Schritt³.

Phase V – Körper Fokus Meditation

Spätestens an dieser Stelle weicht EAI Kurzzeittherapie erheblich vom Palo Alto Modell ab. Beide verfolgen zwar das gleiche Ziel, nämlich die KlientInnen von ihren erfolglosen versuchten Lösungen abzubringen, aber der Weg dorthin ist unterschiedlich.

Die Körper Fokus Meditation (Hoffmann 2007) ist eine direkte Vorbereitung der Analogon Präsentation. Beide sollten immer innerhalb einer Sitzung aufeinander folgen. Bei der Körper Fokus Meditation handelt es sich um eine angeleitete Aufmerksamkeitsfokussierung durch die Therapeutin. Ziel von Phase V ist ein Zustand entspannter Aufmerksamkeit sowie die Vorbereitung auf etwas Neues. Der entspannte Zustand soll den KlientInnen helfen das Alltägliche zurückzulassen und einen Wechsel auf die analoge Ebene erleichtern. Anschließend an die geführte Körper Fokus Meditation beginnt die Phase der Analogon Präsentation.

Eine angeleitete Aufmerksamkeitsfokussierung

Das Problem mit der versuchten Lösung kontrastieren

3) Die nächsten Phasen werden nur angewendet, wenn ein Problemfokus gefunden wurde und wenn TherapeutIn und Klientin sich über das Thema, den roten Faden, der versuchten Lösungen einig sind. Solange der Problemfokus noch wechselt oder die versuchte Lösung unklar ist, wird die Analogon Präsentation nicht angewendet. Analogon Präsentation wird ebenfalls nicht angewendet, solange anderweitig die gewünschten Veränderungen eintreten, z. B. durch die Aufgaben zwischen den Sitzungen. Das Kriterium für die Anwendung der Analogon Präsentation ist, dass KlientInnen an einem Punkt sind, an welchem sie glauben „festzustecken“.

Phase VI – Analoge Präsentation

Die Analoge Präsentation war das zentrale Element innerhalb des Forschungsprojektes. Diese Phase aktiviert die inneren Ressourcen der KlientInnen explizit auf der analogen Ebene, um eine Unterbrechung der versuchten Lösung zu ermöglichen.

Es geht dabei nicht um Informationsbeschaffung, sondern vielmehr darum, das Bild für die KlientInnen konkreter werden zu lassen.

Während die KlientIn sich noch mit geschlossenen Augen in entspanntem Zustand befindet, wiederholt die TherapeutIn das Thema der versuchten Lösung in exakt dem Wortlaut, der in Phase IV mit den KlientInnen vereinbart wurde. Dann wird die KlientIn dazu angeregt für dieses Thema, für ihre versuchte Lösung, ein Bild aufsteigen zu lassen. Sie soll, was immer sich zeigen will, zulassen, ohne irgendetwas zu erzwingen oder zu bewerten, egal ob das, was sich zeigt, konkret oder abstrakt, einfach oder komplex ist. Lynn z. B. sah sich in eine Schraubzwinge eingeklemmt. Sobald die Klientin ein Bild benennt, fragt die Therapeutin nach einer genaueren Beschreibung. Es geht dabei nicht um Informationsbeschaffung, sondern vielmehr darum, das Bild für die KlientInnen konkreter werden zu lassen. Wenn dieses Bild beschrieben worden ist, fragt die TherapeutIn, ob dieses Bild sich angenehm oder unangenehm anfühlt. Die Annahme dabei ist, dass eine Analoge Präsentation einer erfolglosen versuchten Lösung sich eher unangenehm anfühlt und KlientInnen daran interessiert sind, einen unangenehmen Zustand zu verändern. Die Frage „angenehm oder unangenehm?“ ist bewusst einfach gehalten, um den analogen Gedankenmodus zu unterstützen. Sollte eine Klientin „angenehm“ antworten, würde ich annehmen, dass es sich bereits um eine neue Lösung handelt oder dass die (erfolglose) versuchte Lösung nicht identifiziert wurde. Wenn die Antwort jedoch – wie es meist der Fall ist – „unangenehm“ lautet, fragt die TherapeutIn, was sich in diesem Bild ändern muss, damit es für die KlientIn (etwas) angenehmer ist. Es kann eine Veränderung innerhalb dieses Bildes sein, aber auch ein ganz neues Bild. Lynn, die sich in der Schraubzwinge sah, antwortete z. B., dass es sich etwas angenehmer anfühlen würde, wäre die Schraubzwinge etwas lockerer. In einer anderen Sitzung entwarf sie ein neues Bild, indem sie sich auf einer Wolke schweben sah. Sobald es ein verändertes oder neues Bild gibt, stellt die TherapeutIn Fragen, die helfen dieses Bild zu konkretisieren. Hat die TherapeutIn den Eindruck, dass der Prozess zu Ende ist, überprüft sie dies, indem sie die KlientInnen fragt, ob sich das Bild für sie an dieser Stelle vollständig anfühlt. Der Prozess endet, wenn die KlientInnen zustimmen.

Soweit mein ursprüngliches Konzept für die Analoge Präsentation. Wie bereits erwähnt, wurde dieses im Laufe der Forschung weiter differenziert. Ausschlaggebend für die Erweiterung des Konzeptes war, dass manche KlientInnen auf meine Frage hinsichtlich der Vollständigkeit des neuen Bildes „nein“ antworteten oder Schwierigkeiten mit dem Bild erwähnten. So regte sich z. B. in einer Klientin die Frage, ob ihr Verhalten in dem Bild für die neue Lösung nicht nur ein „Ausweichen“ sei. In einem anderen Fall war das neue Bild ein völlig anderes Bild als das erste, so dass ich die Notwendigkeit sah die Klientin nach einem Übergang von dem einen Bild zum anderen zu fragen. Daraufhin begann ich relativ systematisch, meine Frage, ob das Bild angenehm oder unangenehm sei, auch nach dem Auftauchen des veränderten bzw. neuen Bildes zu stellen. Abbildung 2 zeigt ein Modell des Prozesses der Analogen Präsentation, welches eine Zusammenfassung der verschiedenen, in den Daten gefundenen Prozessmuster darstellt. In Abbildung 2 (S. 41) wird deutlich, dass der Prozess abhängig von der Bewertung dieses inneren Bildes der neuen Lösung in drei mögliche Richtungen gehen kann:

- a) Wenn KlientInnen die neue Lösung als *negativ* bewerten, kann der Schritt „neue Lösung generieren“ wiederholt werden, bis eine neue Lösung auftaucht, die als positiv bewertet wird⁴.
- b) Wenn KlientInnen die neue Lösung als *positiv* bewerten, können die TherapeutInnen entweder mit dem „Abschluss“ beginnen oder, wenn es notwendig erscheint, einen „Übergang“ einfügen. Bei der Übergangsphase wird – immer noch auf der analogen Ebene – ein Bild des Überganges von der versuchten Lösung zur neuen Lösung generiert und geklärt, wie es realisiert werden kann. In Lynns Fall war das z. B. ein Bild, in welchem Hände die Schraubzwinge öffnen und sie aus der Schraubzwinge auf die Wolke heben.
- c) Wenn KlientInnen ein *Problem* mit der neuen Lösung erwähnen, können die TherapeutInnen eine Phase „Problemlösen“ beginnen, welche verschiedene Möglichkeiten beinhalten kann, abhängig davon, welcher Typ von Problemlösung gewählt wird. Die Klientin z. B., bei der sich Zweifel hinsichtlich ihrer neuen Lösung regten, wurde für die Problemlösung angeregt, einen

Variationen und Weiterungen

4) Für eine genauere Beschreibung der hier erwähnten Phasen innerhalb der Analogen Präsentation und der darin enthaltenen einzelnen Schritte siehe Hoffmann 2007 sowie das darin enthaltene ausführliche Fallbeispiel mit wörtlichen Transkripten der vorgenommenen Analogen Präsentationen.

Berater zu visualisieren und diesen hinsichtlich ihres Zweifels zu befragen.

Nach dem Übergang und dem Problemlösen werden die KlientInnen angeregt, den momentanen Zustand des Bildes zu bewerten. Wird das Bild positiv bewertet, beginnen die TherapeutInnen die Abschlussphase. Bewerten KlientInnen den momentanen Zustand des Bildes als weiterhin problematisch (oder negativ), wird die Problemlösephase (oder Übergangsphase) wiederholt, bis die KlientInnen zu einer positiven Bewertung kommen oder bis die TherapeutInnen vorschlagen, den Prozess der Analogen Präsentation für diese Sitzung abzuschließen und die KlientInnen dem zustimmen.

Die Analoge Präsentation hat das Ziel, die Perspektive der KlientInnen auf ihre versuchte Lösung zu wechseln und ihnen zu ermöglichen, diese Lösung eigenständig zu verändern.

Der Prozess der Analogen Präsentation wird anschließend mit den KlientInnen weder interpretiert noch diskutiert, zumindest nicht ausgehend von Seiten der TherapeutInnen. Die Analoge Präsentation hat nur das Ziel, die Perspektive der KlientInnen auf ihre versuchte Lösung zu wechseln und ihnen zu ermöglichen, diese Lösung eigenständig zu verändern. Eine ExpertInnen-Interpretation wird in diesem Zusammenhang nicht als nützlich angesehen, da es um die Aktivierung des impliziten Wissens der KlientInnen geht. Eine Interpretation durch die KlientInnen wird nicht angeregt, da dies zu einer Rationalisierung führen könnte. Wenn KlientInnen jedoch etwas zu ihren Erlebnissen sagen möchten, können sie dies natürlich tun.

Nach der Analogen Präsentation erhalten die KlientInnen die Anregung, dieses neue Bild auf eine für sie passende Art und Weise zu externalisieren. Entweder können sie es gleich anschließend in der Sitzung auf einem Blatt Papier skizzieren oder zu Hause ein Symbol für dieses Bild finden oder kreieren. Weiterhin werden die KlientInnen angeregt, dieses Bild oder Symbol an einem für sie stimmigen Platz aufzubewahren und es täglich eine Minute oder mehr zu betrachten, aber keinerlei Anstrengungen zu unternehmen es zu analysieren. Die Absicht dabei ist, dass die Aufmerksamkeit der KlientInnen auf dem neu entstandenen Bild gehalten wird. Auf diese Weise erhält es eine Präsenz in seinem Alltag, was hilfreich sein könnte, um seine neue Perspektive zu implementieren.

Inzwischen nutze ich den Prozess der Analogen Präsentation gelegentlich auch in einer verkürzten Version. Ohne die Körper

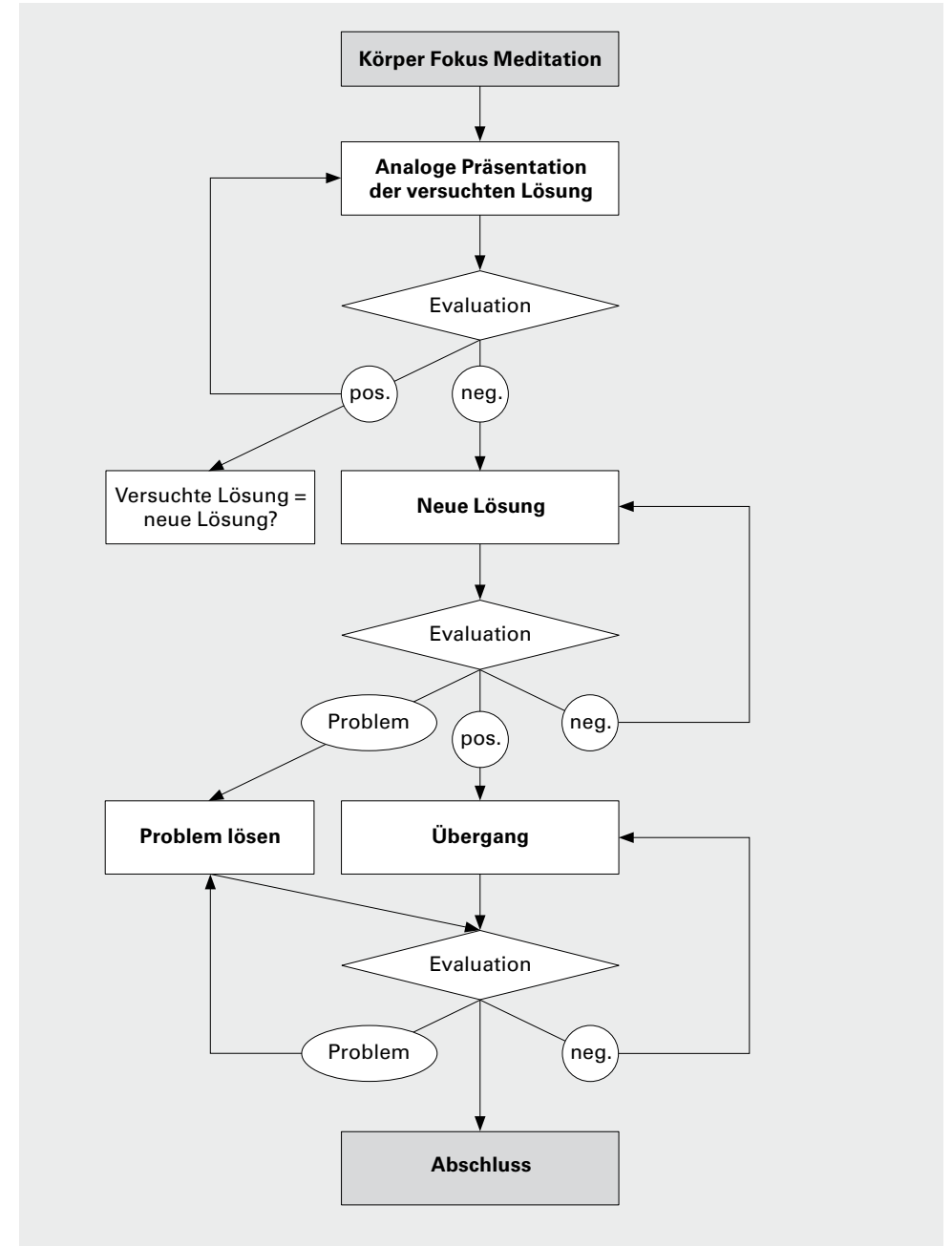


Abbildung 2: Prozess der Analogen Präsentation (aus Hoffmann 2007 ins Deutsche übersetzt)

Fokus Meditation lasse ich die KlientInnen ihre versuchte Lösung einfach kurz mit bunten Farben skizzieren, so dass sie (und nur sie) erkennen und erinnern, was gemeint ist. Ich arbeite dann mit diesem Bild weiter, lasse Veränderungen in dem Bild vornehmen oder neue Bilder malen. Die verkürzte Version hat jedoch in meiner Erfahrung oft eine andere Qualität. Zunehmend experimentiere ich auch mit anderen Modalitäten der Analogon Präsentation wie z. B. Körperhaltungen und -bewegungen, Körperempfindungen, Klang, Geruch oder Geschmack.

Phase VII – Problem Re-assessment

In der folgenden Sitzung erkundigt sich die TherapeutIn nach Veränderungen oder anderen Beobachtungen. Falls die KlientInnen ihr Problem als gelöst betrachten, kann die Therapie abgeschlossen werden. Ansonsten geht der therapeutische Prozess weiter, indem entweder an die Analoge Präsentation der vergangenen Sitzung angeknüpft wird oder der Problemfokus neu bestimmt wird, falls es zu Veränderungen gekommen ist. Alle vorhergehenden Phasen können bei Bedarf solange wiederholt werden, bis die KlientInnen ihren Problemfokus als genügend gelöst betrachten.

Kriterium für das Ende der Therapie ist, inwiefern die KlientInnen ihr ursprüngliches Anliegen als genügend gebessert ansehen. Im Falle von chronischen Schmerzen kann dies bedeuten, dass sie weniger Schmerzen als zuvor haben oder auch dass sie ihren Schmerz einfach nur anders wahrnehmen. Manche KlientInnen können das Gefühl haben, mehr Kontrolle über ihren Schmerz zu haben, oder sind nun fähig, mit ihrem Schmerz anders als vorher umzugehen.

Forschung zur Phase der Analogon Präsentation

EAI Kurzzeittherapie wurde an unter chronischen Schmerzen leidenden Menschen innerhalb meines Forschungsprojektes am MRI untersucht. Empirisch untersucht wurde die für den Veränderungsprozess zentrale Phase des Modells, die Phase der „Analogon Präsentation“. Für die Studie wurde eine eigene qualitative Forschungsmethode entwickelt, bestehend aus einer strukturellen und einer sequentiellen Datenanalyse (Hoffmann 2006). Die Datenanalyse bezog sich auf die Transkripte der Analogon Präsentationen. Sie konnte die TherapeutInnen- und KlientInnen-Aufgaben, die Phasen und die Phasenabfolge des

Alle vorhergehenden Phasen können bei Bedarf solange wiederholt werden, bis die KlientInnen ihren Problemfokus als genügend gelöst betrachten.

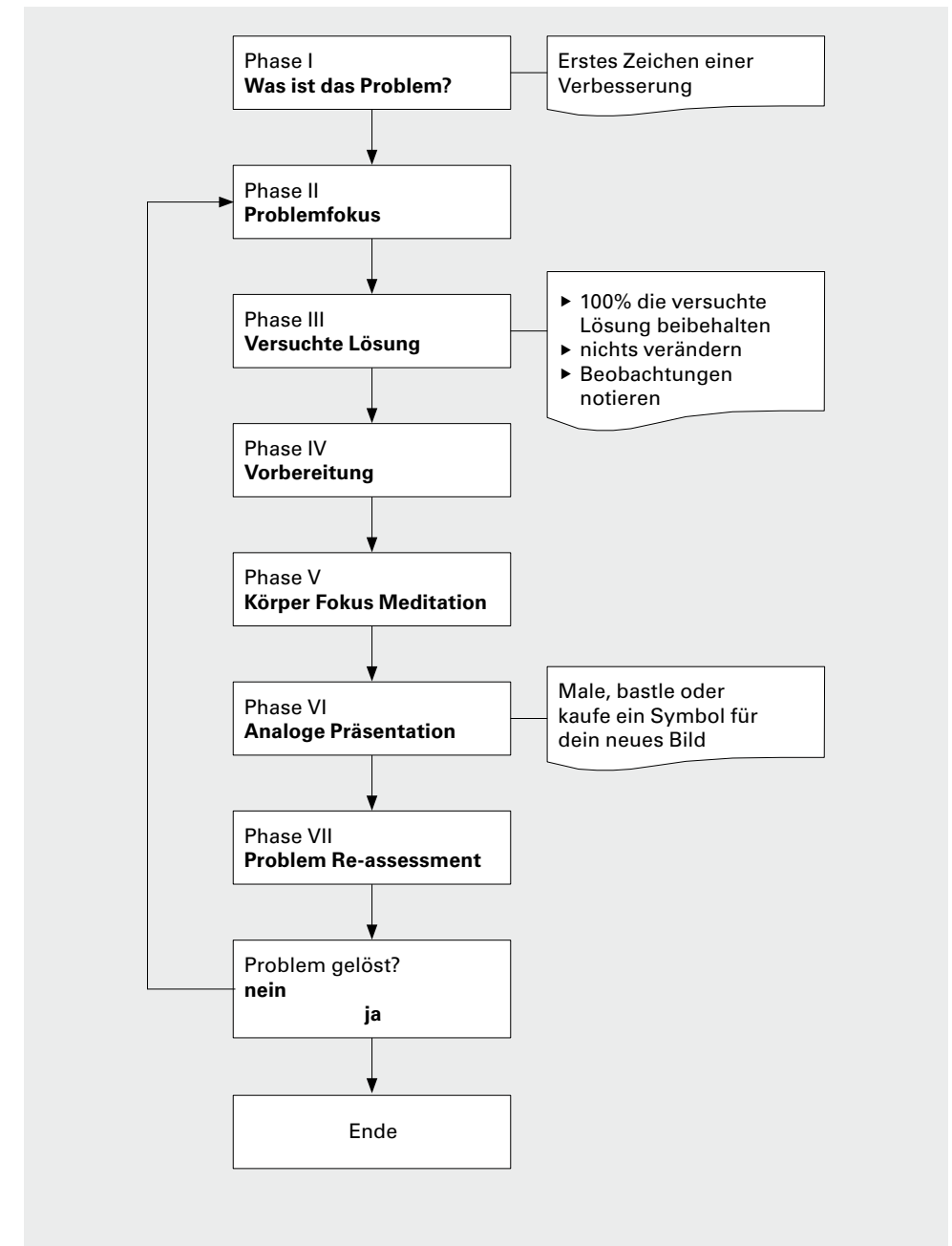


Abbildung 3: Phasen der EAI Kurzzeittherapie (aus Hoffmann 2007 ins Deutsche übersetzt)

Zwei Ziele der Analogen Präsentation: neue Lösungen durch explizite Ressourcenaktivierung und Überprüfung der Alltagstauglichkeit

Prozesses der Analogen Präsentation bezüglich ihrer Anwendung in der Praxis identifizieren (eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse findet sich in Hoffmann 2006; 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Prozess der Analogen Präsentation zwei Ziele verfolgt: Ein Ziel war vor der Datenanalyse bekannt. Es ist das Ziel, neue Lösungen zu generieren durch explizit analoge Ressourcenaktivierung, um die erfolglose versuchte Lösung zu unterbrechen. Das andere Ziel ist ein Ergebnis der Datenanalyse. Es ist das Ziel zu überprüfen, ob (und wie) diese neue Lösung realisiert werden kann oder ob es – aus der Sicht der KlientInnen – Blockaden bezüglich ihrer Realisierung gibt. Wie KlientInnen die Realisierbarkeit ihrer neuen Lösungen einschätzen, sei es als positiv, negativ oder problematisch, bestimmt den Ablauf der Analogen Präsentation. Eine neue Entdeckung durch die Forschung war somit, wie man mit „Störungen“ im Prozess umgehen kann und wie diese „Störungen“ durch explizit analoge Ressourcenaktivierung durch die KlientInnen selber aufgelöst werden können.

Schlussbemerkung

Die systematische explizite Aktivierung von KlientInnenressourcen auf der analogen Ebene als Unterscheidungsmerkmal der EAI

Durch EAI Kurzzeittherapie wird das „Rad“ nicht „neu erfunden“. Sie unterscheidet sich jedoch von anderen systemischen Kurzzeittherapien durch die *systematische* explizite Aktivierung von KlientInnenressourcen auf der analogen Ebene. Auch wenn durchaus Elemente der impliziten Ressourcenaktivierung in diesen Ansatz mit einfließen (z. B. Hoffnung wecken durch implizite Botschaften, wie die Frage nach dem ersten kleinen Zeichen der Verbesserung), so liegt der Fokus dennoch auf expliziter Ressourcenaktivierung.

Der Vorteil von explizit analoger Ressourcenaktivierung besteht meiner Meinung nach darin, dass die reichhaltigen KlientInnenressourcen vielfältiger genutzt werden. Außerdem kann sowohl die Größe der Veränderung als auch das Timing von den KlientInnen selber bestimmt werden. Darüber hinaus erleben die KlientInnen es als sehr befriedigend, selber zu Lösungen gekommen zu sein. Dieses wiederum kann ihren Selbstwert, das Gefühl der Selbstwirksamkeit, ihre Autonomie und ihr Vertrauen in die eigenen Ressourcen stärken. Die KlientInnenperspektive als zentral anzuerkennen, kann sich zudem sehr positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken.

Wird das Leben komplexer, kann sich das auch auf den Bedarf nach schnellerer Anpassung an neue Bedingungen in der persönlichen Umgebung auswirken. In diesem Prozess kann es gefragt sein, KlientInnen darin zu unterstützen, eine eigene Bezugsgröße zur Orientierung zu entwickeln, um das jeweils für die eigene Situation momentan Passendste zu finden. Therapeutische Expertise in der explizit analogen Aktivierung von KlientInnenressourcen für Problemlösungen und Lösungsbildung kann hierbei nützlich sein.

Literatur

- De Shazer S (1985) Keys to Solution in Brief Therapy. Norton, New York [deutsch: 1999 (7. Aufl.) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta, Stuttgart]
- De Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, Weiner-Davis M (1986) Kurztherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 11:182-205
- Duncan BL, Miller SD (2000) The Heroic Client: Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy. Jossey Bass, San Francisco
- Feldmann J (1988) Subliminale Wahrnehmung und Informationsverarbeitungstheorie. Hypnose und Kognition 5:74-86
- Fisch R, Weakland JH, Segal L (1982) The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly. Jossey-Bass, San Francisco [deutsch: 1996 (3. Aufl.) Strategien der Veränderung. Systemische Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart]
- Fisch R, Schlanger K (1999) Brief Therapy with Intimidating Cases. Jossey-Bass, San Francisco
- Haley J (1973) Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D. Norton, New York [deutsch: 2006. Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Klett-Cotta, Stuttgart]
- Hoffmann IR (2006) Changing Perspective – Changing Solutions. Client-focused Brief Therapy: An Approach for Explicit Analogue Activation of Internal Client Resources in Systemic Brief Therapy. A Qualitative-Empirical Study. Dissertation, Microfiche, Freie Universität Berlin
- Hoffmann IR (2007) Changing Perspective – Changing Solutions. Activating Internal Images for Change in Systemic Brief Therapy. Carl-Auer Verlag, Heidelberg
- Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (1999) The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy. American Psychological Association, Washington DC [deutsch: 2001. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag modernes lernen, Dortmund]

- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA (2000) *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Miller SD, Duncan, BL, Hubble MA (2001) Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work: Directing Attention to "What Works" in Treatment. Online. Internet: <http://www.talkingcure.com>, 17.9.2003
- Rossi EL (1973) Psychological Shocks and Creative Moments in Psychotherapy. *The American Journal of Clinical Hypnosis* 16 (1):9-22
- Schiepek G (1999) *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) *Menschliche Kommunikation*. Huber, Bern
- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Norton, New York [deutsch: 2001 (6. Aufl.). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Huber, Bern]

Dr. Ilka R. Hoffmann
Manfred von Richthofenstr. 152
D-12101 Berlin
e-mail: i.hoffmann@berlin.de