

## **„Meine Symptome aus dem Mund eines anderen“**

### **Ehemalige KlientInnen als Resource in der Psychotherapie**

Stefan Geyerhofer und Carmen Unterholzer

#### **Zusammenfassung**

Der Artikel beschreibt die Möglichkeit ehemalige KlientInnen als KonsultantInnen in laufende Therapien einzubeziehen. Diese kurzzeitige Erweiterung des therapeutischen Settings kann die erlebte Isolation von KlientInnen reduzieren, ein unmittelbares Verstehen des Problems ermöglichen, und gibt KlientInnen die Chance neue Lösungen durch „positive Modelle“ zu erfahren. Theoretische Überlegungen zu dieser Vorgehensweise werden mit den Erfahrungen der Beteiligten (aus Follow Up Interviews zu den Sitzungen) in Verbindung gebracht. Zwei konkrete Fallbeispiele illustrieren den Nutzen für die KlientInnen, mögliche Effekte auf die KonsultantInnen und für den therapeutischen Prozess. Risiken und Richtlinien zu dieser Interventionsmethode werden dargestellt, und im Vergleich zu Methoden mit einer ähnlichen Zielsetzung (Videointerviews, schriftliche Abschlussberichte, ehemalige KlientInnen im Reflektierenden Team etc.) diskutiert.

Schlüsselwörter: Ehemalige KlientInnen als KonsultantInnen, Internalisieren von Lösungen, Psychotherapie und Hoffnung, Positive Modelle, Systemische Therapie

#### **Abstract**

**“My Symptom in An Other’s Mouth” – Former Clients as Resource in Psychotherapy**

The article describes the practice of using former clients as consultants in therapy. This temporary extension of the therapeutic setting can decrease clients’ subjective isolation, help

reach a better and more direct understanding and opens up opportunities for experiencing and learning about new solutions from a “positive example”. Theoretical considerations to this method of intervention are combined with reports from participating clients (from follow up interviews to these sessions). Two concrete case examples illustrate the benefits for clients and possible effects on the participating consultants and the therapeutic process. Risks and guidelines for the use of this intervention method are presented and discussed in comparison with methods of similar intentions (such as video interviews, written client reports, former clients on reflecting teams...).

Keywords: Former clients as consultants, Internalizing Solutions, Psychotherapy and Hope, Positive Examples, Systemic Therapy

#### **1. „Ich hatte da einmal eine Klientin, die ein ganz ähnliches Problem hatte ...“**

Mit Worten wie diesen begann Milton H. Erickson seine bereits legendären, trancebegleiteten Geschichten über ehemalige KlientInnen. Er lenkte damit die Aufmerksamkeit für die Lösungsfindung von sich und von den Betroffenen weg, hin auf andere, nicht im Raum anwesende Personen. Deren Erfahrungen stellte er seinen KlientInnen modellhaft zur Verfügung.

Wie mit Geschichten über „Heilerfolge“ therapeutisch gearbeitet werden kann, zeigt auch Jeffrey K. Zeig, Hypnotherapeut und Herausgeber von Ericksons Arbeiten. Zeig erzählt beispielsweise einer Klientin, die seit 13 Jahren an einer Phobie leidet und ihn um eine Hypnose bittet, mehrere Geschichten über phobische KlientInnen, die ihre Probleme in unterschiedlich

langen Zeiträumen bewältigt haben. „Diese besondere Patientin nun hatte eine gewisse, außerhalb ihrer bewussten Wahrnehmung liegenden Art, bestätigend zu nicken – und zwar immer bei denjenigen Teilen der Anekdoten, in denen es um langsames Überwinden der Probleme ging.“ (Zeig 1999, S. 33) Er gab ihr also Termine mit großen zeitlichen Abständen. „Eine dichtere Sitzungsfolge war nicht angezeigt, weil die Patientin bereits deutlich gemacht hatte, dass nur eine langsame Besserung in Frage käme.“ (Zeig 1999, S. 34) Zeig verwendet hier Anekdoten, um diagnostisch verwertbare Reaktionen hervorzurufen. Sie werden aber auch mit der Intention erzählt, -Kontakt zu den KlientInnen herzustellen, -ihnen Lösungsvorschläge zu unterbreiten, -zur Selbsterkenntnis beizutragen, -die Motivation zu steigern, -starre Beziehungsmuster zu verändern, -Widerstände abzubauen, -Direktiven zu erteilen, -ein Problem umzudefinieren oder neu zu definieren. (Zeig 1999, S. 34ff.)

Das Festhalten von therapeutischen Erfolgsgeschichten hat durch die Narrativen Ansätze in der Systemischen Therapie zahlreiche neue Varianten erlebt. Während Erickson und Zeig stellvertretend für die KlientInnen erzählten, lassen narrative TherapeutInnen ehemalige Betroffene selbst zu Wort kommen. TherapeutInnen beenden Therapien mit einem Abschlussinterview, in dem sie gemeinsam auf den Kampf der KlientInnen gegen eine Erkrankung oder gegen ein Problem zurückblicken. Besonders Augenmerk legen sie auf alle Entdeckungen, die geholfen haben, mit der Krankheit oder dem Problem fertig zu werden (White

u. Epston 2002; Epston, White u. „Ben“ 1995). Die Interviews am Ende der Therapie geben den KlientInnen die Chance, die eigene Erfolgsgeschichte vor sich selbst und vor einem Publikum (Therapeut und eventuell weitere Betroffene, an die die Geschichte weitergegeben werden können) noch einmal zusammenfassend zu erzählen. Aber auch TherapeutInnen haben die Gelegenheit, über die am Beginn der Therapie formulierte Beschwerde und das definierte Therapieziel hinaus, diese alternativen Geschichten mit den KlientInnen ein letztes Mal festzuschreiben (Geyerhofer u. Komori 1993). Audio- und Videoaufzeichnungen dieser Interviews erlauben, das Material später als Ressource in laufenden Therapien weiter zu verwenden. Jene Menschen, die einst in einer ähnlich schwierigen Situation waren, ihr „Schicksal“ aber gemeistert haben, werden so zu „positiven Modellen“ der Problembewältigung.

Ähnlich wie mit medialen Aufzeichnungen verhält es sich mit schriftlichen Abschlussberichten. Mit Erlaubnis der KlientInnen geben TherapeutInnen diese anonymisierten Berichte an andere, betroffene Menschen weiter und einige wenige Zeilen werden so zu „Hoffnungsträgern“ in Situationen vorherrschender Verzweiflung.

## **2. „Ich kenne niemanden, der diese Krankheit überwunden hat.“ Ein Schritt aus der Isolation.**

In einer Therapiestunde mit Julia<sup>1</sup> war ich<sup>2</sup> auf einmal mit der geballten

<sup>1</sup> Namen wurden geändert

<sup>2</sup> Die Fallbeispiele stammen aus der Arbeit von Stefan Geyerhofer am Institut für Systemische Therapie (IST) in Wien

Hoffnungslosigkeit des 12-jährigen Mädchens im Kampf gegen ihre Magersucht konfrontiert. Begonnen hatte alles scheinbar recht harmlos. An einem Julitag im öffentlichen Bad hatte eine Freundin zu ihr gesagt: „du solltest aufpassen! du wirst immer dicker!“ Julia hatte sich daraufhin eine „Sommerdiät“ verordnet, sie verzichtete auf Süßigkeiten. Im August drehten sich bereits die meisten Gedanken und Gespräche um das „Dick sein“, „Zunehmen“ und „Essen“. Begonnen Kalorien zu zählen, hatte sie im September, ab Herbst aß sie nur noch ausgewählte Speisen. Sie spürte das „Entschwinden“ ihres eigenen Willens, etwas Anderes hatte die Kontrolle übernommen. Im November erfolgte die Einweisung ins Wiener Allgemeine Krankenhaus: ihr Einlieferungsgewicht 35 Kilo, die Diagnose „Anorexie“.

Die ersten drei Therapiestunden bei mir am Institut fanden Anfang Jänner, noch während des stationären Aufenthalts, mit den Eltern statt. Wir sprachen über die Geschichte des Problems (auch die Mutter hatte in ihrer Jugend unter Magersucht gelitten), über die momentane Situation (Druck der Klinik wegen ihres Grenzgewichts von 36 Kilo), über mögliche Ursachen (schwierige Familiensituation seit der Trennung der Eltern, Angst vor dem Erwachsenwerden ...) und über die Auswirkungen der Erkrankung auf die einzelnen Familienmitglieder (Schuldgefühle, Ängste, Lebensumstellungen durch Betreuungsaufgaben ...).

In der zweiten Stunde sprach ich zuerst mit den Eltern allein über ihre Geschichte als Paar, über die Trennung, über derzeitige Konflikte und über ihre erfolglosen und verzweifelten Versuche, Julia zu helfen.

Dann sprach ich mit Julia alleine. Wir redeten über ihre Ängste vor dem Erwachsenwerden, über ihren Perfektionismus und über ihre Stärken. Ich fragte weiter nach Dingen, die ich sonst noch über sie oder über das Problem wissen sollte. Auf die Frage, wie sie eigentlich ihre Krankheit nenne, erzählte Julia von „Fritzchen“. Sie berichtete, wie es ihr in so kurzer Zeit ihren Willen geraubt und die Kontrolle übernommen hatte, ihr den Spaß am Leben ausgetrieben und sie letztendlich in eine psychiatrische Klinik gebracht hatte. Da die Eltern über „Fritzchen“ Bescheid wussten, gelang es in einer weiteren, gemeinsamen Stunde, die Magersucht als „Fritzchen“ zu externalisieren (zum Externalisieren von Problemen siehe: White 1988; White u. Epston 2002; Freeman, Epston u. Lobovits 2000) und die Familie im Kampf gegen dieses „G'frast“ (wörtliches Zitat von Julia) zu vereinen. Julia hatte beschlossen, den Kampf gegen „Fritzchen“ aufzunehmen, entdeckte ihren eigenen Willen („Ich will leben!“ „Ich will gesund werden!“) als ihren stärksten Verbündeten in diesem Kampf. Ihren wiedererwachten Willen demonstrierte sie bereits in ihrer letzten Woche an der Klinik. Sie überredete die anderen Mädchen dazu, jedes Mal, wenn die Fernsehwerbung eines dieser superschlanken Models zeigte, den Sender zu wechseln. Erste Schlachten gegen „Fritzchen“ wurden gewonnen, und in Zusammenarbeit mit mir instruierte Julia ihre Eltern, wie diese sie am besten in ihrem Kampf unterstützen konnten.

In der vierten Stunde erzählte Julia von ihrem ersten großen Einbruch, ihre Motivation drohte dahinzuschwinden. „Fritzchen“ hatte einige Schlachten gewonnen, der Kampf gegen die

Magersucht, hatte sich herausgestellt, war härter als erwartet. Julia war, nach der Entlassung aus der Klinik, wieder mit dem Alltag konfrontiert und dieser enthielt Supermärkte („Fritzchens“ Lieblingskampfplatz), Modemagazine, Plakatwände, Spiegel, wenig einfühlsame Freundinnen, LehrerInnen und MitschülerInnen – also jede Menge „verständnisloser Mitmenschen“ und Verbündete der Magersucht oder anders gesagt: „Fritzchens Spione“. Unter Tränen gab sie ihrer Verzweiflung Ausdruck: „Woher soll ich denn Optimismus nehmen? Ich kenne ja niemanden, der es geschafft hat, diese Krankheit zu überwinden. In der Klinik habe ich auch nur die getroffen, die schon das dritte Mal dort waren.“ Es war am Ende dieser Therapiestunde, als ich das erste Mal vorschlug, eine meiner ehemaligen Klientinnen in eine laufende Therapie einzuladen.

### **3. „Chancenlos? Keineswegs!“ Ehemalige KlientInnen als „positive Modelle“.**

Die Therapie mit Carla<sup>1</sup> und ihrer Familie lag einige Jahre zurück. Die damals 14-Jährige stand, ähnlich wie Julia, kurz vor der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt im Wiener Allgemeinen Krankenhaus und wurde zu mir überwiesen. Die Therapie selbst war eine von jenen gewesen, wo man als Therapeut kaum dazu kommt, nach dem Problem zu fragen, weil die Familie damit beschäftigt ist, Veränderungen und funktionierende Lösungen aufzuzählen – das klarste Signal dafür, erst gar nicht einen problemorientierten Weg einzuschlagen, sondern sofort lösungsorientiert zu arbeiten (Geyerhofer u. Komori 1995; 1999). Wir verbrachten zwei Therapiestunden mit Bekräftigen, Ausbauen und Internalisieren von Lösungen und vereinbarten einen

weiteren „Check-Up-Termin“ in drei Monaten. Den sagte die Mutter dann telefonisch ab, da alles bestens lief. Carla schickte mir ihren persönlichen „Abschlussbericht“, ich bedankte mich in einem Brief, in dem ich die Leistungen von Carla und allen anderen Familienmitgliedern noch einmal hervorhob.

„Im Spital änderte sich meine Einstellung zum Essen“, schreibt die junge Frau in ihrem Bericht, den sie mit „Magersucht – chancenlos? Keineswegs!“ betitelte. „Ich habe aufgehört, Essen so stark mit Zunahme und Idealgewicht zu verbinden. Es wurde zu einer täglichen Pflicht, um gesund zu bleiben, und vor allem um leistungsstark zu sein. Ich denke dabei nicht an extremen Sport, sondern an Arbeiten und Aufgaben des täglichen Lebens. Die regelmäßigen Mahlzeiten, finde ich, sind auch für die gesamte, seelische Verfassung von großer Bedeutung. Man kann wieder an schulischen Aktivitäten teilnehmen, Spaß haben, diversen Hobbys nachgehen. Oft sage ich mir (vor allem, wenn ich zweifle), dass es gemein mir gegenüber wäre, wenn ich nicht auch wie meine Freundinnen die Jugend genießen würde.“ Carla erlaubte mir, ihre schriftlich verfassten Gedanken über den Kampf gegen die Magersucht an andere Betroffene weiterzugeben. An sie dachte ich auch, als ich am Ende jener Stunde Julia gegenüber saß, und sich die Hoffnungslosigkeit im Therapieraum breit machte.

Ich überreichte Julia eine Kopie von Carlas Aufzeichnungen, und versprach, ihrem Wunsch gemäß, die Möglichkeit einer gemeinsamen Stunde mit Carla zu prüfen. Am Telefon erreichte ich Carlas Mutter. Ich erzählte ihr von meiner Idee, ihre Tochter

als „Expertin“ in eine laufende Therapie einzuladen. Die Mutter berichtete, ihre Tochter sei mittlerweile ausgezogen, wohne in einer eigenen Wohnung und studiere mit großem Eifer. Sie äußerte Bedenken, dass ein solches Gespräch „alte Geschichten“ wachrufen könnte. Zuerst wolle sie selbst mit ihrer Tochter darüber reden, würde Carla aber nicht im Weg stehen, wenn sie darauf eingehe. Carla willigte tags darauf ein.

#### **4. „Ich bin nicht alleine.“ Das Wissen um das Leiden der anderen.**

Ähnlich den Erfolgsgeschichten von Erickson und Zeig, Audio- und Videoaufzeichnungen von Abschlussinterviews am Ende erfolgreicher Therapien, können auch schriftlich verfasste „Erfolgsberichte“ von ehemaligen KlientInnen eine unterstützende Rolle in der Therapie spielen. Madigan und Epston (1995) beschreiben, wie diese „therapeutischen Archive“ Menschen in ähnlichen Problemsituationen helfen, wie diese dadurch wieder Mut fassen und aus ihrer Isolation ausbrechen können. Die Anti-Anorexia- und Anti-Bulimia-Liga definieren Madigan und Epston als eine öffentliche Unterstützungsgemeinschaft, deren Material den einzelnen KlientInnen hilft, ihre Einsamkeit und Isolation zu überwinden. KlientInnen spüren dadurch, dass sie mit ihrem Leiden und ihren Problemen nicht alleine sind. Epston, Morris und Maisel (1995) meinen, dass die Bedeutung dieser archivierten Materialien gar nicht überschätzt werden kann. Sie glauben zu erkennen, „wie diese Geschichten (...) den Anfang eines alternativen Vokabulars darstellen, das Voraussetzung für jede Art von Erkenntnis der Unterdrückung durch ein Problem

und für jede Form von Widerstand ist“ (Epston, Morris und Maisel (1995, Seite 69-96). Epston definiert seine Rolle als Mediator durch den Begriff „therapeutischer Archivar“ (Epston et al. 1995), der gesammeltes Wissen und die Erfahrungen von ehemaligen KlientInnen – mit deren Einverständnis und unter Einhaltung der Verschwiegenheit – an aktuelle KlientInnen weitergibt.

Jim Sparks (1997) beschreibt an einem Fallbeispiel aus dem Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto wie man ehemalige Betroffene direkt und „live“ in eine laufende Therapie einbeziehen kann. Für die Therapeutin Karuna Cayton war der unmittelbare Anlass für die Einladung einer ehemaligen Betroffenen in eine Therapiestunde ebenfalls das Gefühl ihres Klienten, ohne Zuversicht und einsam im Leiden zu sein. Caytons Klient erwähnte, seine anhaltende Hoffnungslosigkeit komme auch daher, dass er noch nie jemanden getroffen habe, der Panikattacken erfolgreich überwunden hat (Sparks, 1997). Jim Sparks zeigt deutlich, wie das Gespräch zwischen Klient und Konsultantin zumindest vorübergehend das Einsamkeitsgefühl verschwinden lässt.

Ähnliches formuliert auch Tobias<sup>1</sup> über eine Therapiestunde mit einer ehemaligen Klientin als Konsultantin. „Es war einfach gut zu hören, dass auch andere am selben Problem leiden wie ich. Interessant war für mich, ‚meine‘ Symptome aus dem Mund einer anderen Person zu hören“, sagt er in dem Follow-Up-Interview<sup>3</sup>. Seit drei Jahren plagten ihn Panikattacken, Ängste und Depressionen. Er hatte bereits zwei

---

<sup>3</sup> Follow-Up-Interviews zu den Sitzungen hat Carmen Unterholzer durchgeführt und ausgewertet

Psychotherapien abgebrochen, und war über ein Buch von Paul Watzlawick mit großen Erwartungen an eine „Kurztherapie“ zu mir<sup>2</sup> ins Institut gekommen. In der Therapie wurden für ihn Zusammenhänge zwischen den Ängsten und seiner schwierigen, familiären und persönlichen Situation klarer. Neben dem Umgang mit den Panikattacken und der Depression standen daher von Anfang an auch die Neuordnung seines Lebens und die Stärkung seiner Person als Ziele fest. Zu einem Zeitpunkt, als er wieder einmal das Gefühl hatte, „da nie raus zu kommen“ und als er daran zweifelte, ob jemand, der solche Symptome hat, jemals wieder ohne Leiden leben wird können, schlug ich ihm vor, eine ehemalige Klientin, die ihre Panikattacken bewältigt hat, in die nächste Stunde einzuladen.

Ich dachte an Gudrun<sup>1</sup>, eine ehemalige Klientin, die auf ein Überlastungssyndrom mit Panikattacken reagierte. Nach Abschluss der Therapie hatte sie mir erlaubt, ihre persönliche Erfolgsgeschichte in einem Videointerview festzuhalten. Gudrun zögerte nicht lange, als ich sie bat, in eine Stunde mit Tobias zu kommen. Ich stelle beide einander mit Vornamen vor. Gudrun erzählt zuerst ihre „Geschichte“, Tobias hört aufmerksam zu. Sie berichtet von ihrer möglichen Disposition für Ängste und von ihrer Erfahrung, Einfluss auf den Verlauf ihrer Ängste nehmen zu können. Sie erzählt wie und mit welchen „Tricks“ sie „Herr des Monsters“ geworden war, das sie einst bedrängt hatte, und dass sie heute auf bereits 5 rückfallsfreie Jahre zurückblicken kann. Abschließend zählt sie die positiven Nebenwirkungen ihrer Erkrankung und ihrer Therapie auf: Sie hat begonnen zu laufen, hat aufgehört zu rauchen, hat ihren Job gewechselt,

ihre Ansprüche an sich selbst heruntergeschraubt, schaut mehr auf den Genuss den die Gegenwart bereiten kann, und weiß heute um die Gefährlichkeit von übermäßigem Analysieren und Grübeln Bescheid. Tobias fragt nach einigen, konkreten Symptomen, interessiert sich aber besonders für die „Tricks“, die Gudrun erwähnt hatte. Das angeregte Gespräch zwischen den beiden entlässt mich als Therapeut in die angenehme Rolle des Zuhörers und Moderators.

Im Follow-Up-Interview erwähnt Tobias, es sei für ihn sehr hilfreich gewesen, dass jemand anderer ihm bestätigte, was er selbst erlebte. „Es war gut, einmal ganz konkret zu hören, wie das bei anderen ist. Abstrakt weiß man ja, dass es auch andere mit der gleichen Störung gibt. Aber es macht einen großen Unterschied, einen Menschen vor sich zu haben, der das erzählt.“ Ungefragt äußert auch Gudrun in ihrem Follow-Up-Interview, dass es damals für sie ebenfalls wichtig gewesen wäre, unmittelbar zu erfahren, dass sich andere mit dem gleichen Problem herumschlagen wie sie: „Wäre jemand damals in meine Stunde gekommen, der mich versteht, der ähnliche Erfahrungen gemacht hat wie ich, wäre es sicherlich gut gewesen – zumal es für mich wichtig war zu wissen, dass andere am selben Problem leiden wie ich.“

Ehemalige KlientInnen als KonsultantInnen in die Therapie einzubeziehen, kann kurzfristig, aber auch längerfristig, das oft vorhandene Gefühl der Isolation und des Alleinseins mit einer Krankheit oder mit einem Problem aufheben. Diese Annahme deckt sich mit der Befürchtung von Lobovits, Maisel u. Freeman (1995), dass traditionelle Ansätze von Einzel-

Psychotherapie oftmals, ohne es zu beabsichtigen, ein Klima der Einsamkeit unterstützen. Ähnlich wie in Selbsthilfegruppen oder auch in Gruppentherapien können KlientInnen aus einer Stunde mit ehemaligen KlientInnen als KonsultantInnen nicht nur das Gefühl mitnehmen, nicht alleine zu sein, sondern auch erfahren, dass sie von anderen Menschen gut verstanden werden. Im besten Fall erhalten sie eine Bestätigung der eigenen Lösungsversuche oder gar neue Lösungsansätze. Darüber hinaus lassen sich aber noch weitere mögliche Effekte dieser Interventionsmethode erkennen.

##### **5. „Ein ähnliches Leiden, aber unterschiedliche Perspektiven.“ Ein Modell für Probleme und Lösungen mit Ähnlichkeiten und Unterschieden.**

Menschen in ähnlichen Notlagen wie jenen der KlientInnen in das Reflektierende Team einzuladen (Neal 1996), ist eine weitere Möglichkeit, deren Wissen und Erfahrungen zu nutzen. Epston und Madigan (1995) schreiben, hätten sie einen freien Platz in einem Reflektierenden Team, sie würden diesen lieber mit einem Mitglied ihrer „Anti-Anorexia/Anti-Bulimia-League“ als mit TherapeutInnen besetzen. Nach ihren Erfahrungen sind KlientInnen immer begeistert von den direkten und einfühlsamen Reflexionen der Liga-Mitglieder.

Von ähnlichen Erfahrungen berichtet auch Matthew Selekman (1991, 1995), Psychotherapeut in Chicago, aus der Arbeit mit straffälligen und verhaltensauffälligen Jugendlichen. „Peers“ in Reflektierenden Teams bringen oftmals größere therapeutische Fortschritte als TherapeutInnen in Reflektierenden Teams

(Selekman, 1995). Die kreativen Ideen, die Jugendliche von ihren „Peers“ bekommen, sind leichter annehmbar als jene der TherapeutInnen, und schon alleine deshalb besser geeignet, neue Lösungen zu entdecken. Die anwesenden „Peers“ können schon nach wenigen Worten zu annehmbaren „Positiv-Modellen“ werden. Gelingt diese Identifikation, werden sie in weiterer Folge zu möglichen Quellen eines direkten, empathischen Verstehens des Problems, aber auch für mögliche Lösungen. In seinem Beitrag mit dem treffenden Titel „With a little help from my friends“ skizziert Selekman (1991) verschiedene Arten, gleichaltrige Jugendliche in die Familientherapie einzubeziehen. Er verweist auch darauf, dass „Peers“ helfen, das elterliche Vertrauen wieder aufzubauen und dass sie eine hilfreiche Rückfallprävention sein können. Selekmans therapeutische Kreativität zeigt sich in einem Fallbeispiel, das er in seinem Buch über lösungsorientierte Therapie mit Kindern (Selekman 1997, S. 171ff.) beschreibt. Als er mit einem jungen Klienten und dessen Eltern nicht recht weiter kommt, bezieht er einen Freund des Buben als Konsultant in die Therapie mit ein. Ihn hatte bereits der junge Klient und seine Eltern als „Ausnahme-Beziehung“ definiert. Im Laufe der weiteren Stunden erweist er sich als großartiger Ratgeber für seinen Freund, dessen Eltern und den Therapeuten.

Ähnliche Phänomene erlebten wir mit ehemaligen KlientInnen. Gudrun versuchte, Tobias zu vermitteln, dass es auch Spaß machen kann, sein Leben in die Hand zu nehmen. Tobias meinte am Ende der Stunde, es sei gut gewesen, diesen Satz von Gudrun zu hören. Vergleichbares hätte ihm bereits sein Vater gesagt, von

dem hätte er es aber nicht annehmen können.

Die Einladung von „Peers“ oder von ehemaligen KlientInnen in Reflektierende Teams erweitert zwar die therapeutischen Möglichkeiten, bringt KlientInnen aber um die Chance, sich aktiv mit einer neuen Ressource auszutauschen. Im Reflektierenden Team haben KlientInnen keinerlei Möglichkeit nachzufragen, in den „Live-Konsultationsstunden“ mit ehemaligen KlientInnen hingegen werden die Betroffenen geradezu aufgefordert, Fragen zu stellen. Tobias kam die Gelegenheit zu fragen, sehr entgegen, wie er im Follow-Up-Interview erwähnt: „Ich wollte wissen, wie sie feststellte, was ihre Knackpunkte waren. Ich wollte wissen, ab wann ihr klar war, dass die Panikattacken bewältigt waren, wann sie sagen konnte, so, das war's jetzt. Dann wollte ich noch wissen, ob die Anfälle dann ganz weg waren oder ob sie Ansätze davon auch noch später spürte.“

Die direkte Kommunikation gestattet den KlientInnen ein Abschätzen von Ähnlichkeiten und Unterschieden in den Problemen, Lebensumständen und Lösungsversuchen. Dies wiederum kann zu einem Perspektivenwechsel führen. Denn in den Erzählungen der ehemaligen KlientInnen verstecken sich oft Möglichkeiten das eigene Problem anders wahrzunehmen, manchmal sogar wirklich schöne Metaphern, Umdeutungen (Reframing) oder Externalisierungen. Tobias fasst diesen Effekt aus der Stunde mit Gudrun so zusammen: „Wichtig war für mich einfach, dass man die gleichen Dinge aus sehr unterschiedlichen Perspektiven sehen kann. Das war sehr hilfreich für mich.“

## **6. „Es wird mich nicht ein Leben lang begleiten.“ Das Prinzip Hoffnung**

„Heute habe ich zum ersten Mal so etwas wie ein Gefühl der Hoffnung empfunden“, bemerkte der Klient von Karuna Cayton am Ende jener Therapiestunde, in die die Therapeutin eine Konsultantin eingeladen hatte (Sparks 1997). „Ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie sehr mich das berührt hat, was Sie mir heute erzählt haben. Ich wünschte, wir hätten noch Stunden, um miteinander zu reden.“ Der von Jim Sparks (1997) beschriebene Klient weist auf eine der größten Bereicherungen dieser gemeinsamen Therapiestunden hin: KlientInnen erhalten das Gefühl, aus einer ähnlichen Betroffenheit heraus verstanden worden zu sein. Trotz aller Unterschiede in den persönlichen Leidensgeschichten, kann dieses empathische und oft solidarische Verstehen eine große Entlastung sein, die neue Hoffnung gibt. Auch Tobias spricht davon, nachdem er sich mit Gudrun ausgetauscht hat. Er hebt zweierlei hervor. Für ihn war zum einen die Einladung einer früheren Klientin ein Lichtblick. „Ich dachte mir, wenn ich wirklich so ein hoffnungsloser Fall wäre, dann würde sich der Therapeut doch nicht diese Mühe mit mir machen.“ Zum anderen erlebte Tobias es als Entlastung, dass es Menschen gibt, die Panikattacken bewältigt haben. „Es war wichtig für mich zu hören, dass es auch wieder vorbei gehen kann, dass es mich nicht ein Leben lang begleiten wird. Das konnte ich mir nämlich zu dem Zeitpunkt überhaupt nicht mehr vorstellen.“ Hoffnung gab ihm auch die Tatsache, dass seine Gesprächspartnerin ihre Panikattacken vollkommen überwunden hat: „Als Gudrun sagte, die Panikattacken seien ganz weg, hat mich das unglaublich



erleichtert.“ Auch Carla berichtet – als ehemalige Klientin und Konsultantin –, dass sie sich in ihrer eigenen Therapie eine derartige Intervention gewünscht hätte: „Ich dachte mir, dass es für mich sicherlich gut gewesen wäre, wenn in meine Therapie eine ‚geheilte‘ Patientin eingeladen worden wäre. Das gibt Mut und Zuversicht.“

Mut und Zuversicht – zwei Faktoren, die eine eminent wichtige Rolle in Therapien spielen. Snyder, Michael und Cheavens (2001), welche die „Theorie der Hoffnung“ untersuchen, grenzen sich dabei von älteren, gefühlsbetonten Modellen der Hoffnung ab und fokussieren ihre Überlegungen auf das Denken, den kognitiven Teil dieses Faktors: „Hoffnung lässt sich so verstehen, wie Menschen über ihre Ziele denken.“ Michael J. Lambert (1992), Wirkungsforscher und Psychologieprofessor an der Brigham Young Universität, definierte „Placebo, Hoffnung und Erwartung“ als eine Kategorie der vier therapeutischen Faktoren, die über die Grenzen therapeutischer Schulen hinaus wirken. Forschungsergebnisse zeigen, dass Hoffnung und Erwartung mit 15 Prozent an der positiven Veränderung von Klienten beteiligt sind. „Diese Klasse der therapeutischen Faktoren bezieht sich auf den Teil der Besserung, der sich aus dem Wissen der KlientIn ergibt, behandelt zu werden, und aus der Bewertung der therapeutischen Grundideen und der damit zusammenhängenden Techniken“ (Hubble et al. 2001, S. 28). Dabei betonen Snyder, Michael und Cheavens (2001) – in Anlehnung an Frank und Frank (1991) –, seien vier Punkte wichtig:

1. Eine emotional besetzte Beziehung zu einem Therapeuten<sup>4</sup>, der entschlossen ist zu helfen und der daran glaubt, dass der Klient sich ändert (siehe auch Kapitel 11 – Therapeutische Beziehung). Genau dies scheint der Therapeut Tobias durch die Einladung einer ehemaligen Klientin vermittelt zu haben.
2. Ein therapeutisches Setting, das die Wahrnehmung bekräftigt, die Therapeutin fördere positive Veränderungen und stärke den Glauben der KlientInnen an Fortschritte. Die Klientin muss spüren, dass die Therapeutin, die in diesem besonderen Setting arbeitet, schon anderen geholfen hat, ihre Ziele zu erreichen. Hier spielen die „positiven Modelle“ in einer Therapie eine entscheidende Rolle, erleben KlientInnen doch mit eigenen Augen, dass es Menschen gibt, denen die Therapeutin bereits geholfen hat. (siehe auch Kapitel 11)
3. Ein therapeutischer Mythos, der erklärt, oder eine Begründung, die angibt, warum der Klient die Symptome hat und wie sich die Symptome durch die Therapie verändern werden.
4. Eine therapeutische Ritualhandlung oder eine Vorgehensweise, der die Therapeutin vertraut. „Wirksame TherapeutInnen vermitteln sowohl Ausweg- als auch Handlungsdenken durch das Vertrauen in die Techniken und durch die Beherrschung der Techniken, die sie verwenden.“ (Snyder et al. 2001, S. 198). (vergleiche auch Kapitel 12)

---

<sup>4</sup> Um LeserInnenunfreundliche Formulierungen wie „der/die Therapeut/in oder der/die Klient/in“ zu vermeiden, haben wir beschlossen, in der Singularform abwechselnd weibliche und männliche Bezeichnungen zu verwenden.

Auf einige dieser Punkte werden wir in späteren Kapiteln noch zurückkommen, denn das (Wieder-)Erwecken von Hoffnung ist sowohl ein Charakteristikum der Psychotherapie insgesamt als auch dieser Interventionsmethode im Speziellen.

## **7. „Ich hätte ihr gerne die eine Lösung präsentiert.“ Problem- und Lösungsorientierung**

Geyerhofer und Komori (1999) beschreiben die Erweiterung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten durch die Integration systemischer Therapiemodelle (Problemorientierte, Lösungsorientierte und Narrative Ansätze). Dabei lassen sich TherapeutInnen von ihren KlientInnen, vom therapeutischen Prozess und von ihren Erfahrungen in der Verschiebung des therapeutischen Fokus auf zwei Achsen leiten – einerseits der Achse „Verhalten versus Kognition“, andererseits „Problem- versus Lösungsorientierung“. Lassen Sie uns die hier dargestellte Erweiterung des therapeutischen Settings einmal im Lichte dieser Verschiebung des therapeutischen Fokus zwischen Problemorientierung und Lösungsorientierung anschauen. Besonders interessant könnte sie in jenen Situationen sein, wo eine Verschiebung des Fokus auf Ressourcen und Lösungen schwer fällt. Wir denken an folgende Situationen:

- Die Lösung des Problems und ein Leben ohne Leiden erscheinen den KlientInnen unmöglich und/oder unerreichbar, da keinerlei (akzeptable) Beispiele vorhanden sind, die eine solche Möglichkeit aufzeigen würden.
- Ein Leben ohne Leiden und Probleme ist in unerreichbare Ferne gerückt, weil Betroffene erleben, dass der Kampf

für ein problem- und leidfreies Leben länger dauert als angenommen und er auch viel mehr Kraft erfordert als (subjektiv) vorhanden ist.

- Wenn die Motivation für bereits erprobte Veränderungen und Lösungen durch die Hartnäckigkeit oder die Regelmäßigkeit der Rückschläge gegen Null zu sinken droht.
- Wenn die Therapiemotivation zwar vorhanden ist, aber jegliche Ideen für praktikable Veränderungen fehlen, und auch die Vorschläge von Helfenden nicht wahrgenommen werden können (Für Milton Erickson möglicherweise die klassische Situation für: „Ich hatte da einmal eine Klientin ...“).

Carla erwähnt, dass es für sie als „positives Modell“ im Gespräch mit der Klientin sehr wichtig war, Lösungsansätze zu thematisieren. „Wir stellten beide ähnliche Verhaltensweisen fest. Wir tobten nicht, wir schrieten nicht, nein, wir hungerten. Wir wollten immer alles richtig machen, wir bezogen immer alles auf uns, wir beluden uns mit Schuld. Ich habe mich in vielem wieder erkannt.“ Gerade auf Grund der Parallelen stellte sie mögliche hilfreiche Lösungen in den Vordergrund: „Ich wollte vermitteln, dass es nicht die eine Lösung gibt, sondern dass es viele kleine Schritte sind, die Veränderung ermöglichen.“ Gleichzeitig erzählt Carla auch, es hätte sie gestresst, dass sie der Klientin nicht, „die Lösung“ präsentieren konnte. „Aber wichtig war sicher, dass sie jemanden erlebte, der ‚es‘ geschafft hatte.“

Auch Gudrun berichtet in dem „De-Briefing-Gespräch“ (kurzes Gespräch zur Reflexion und Nachbesprechung der Stunde) nach der Sitzung mit Tobias, dass

es ihr schwer gefallen sei, abzuschätzen, inwieweit ihre Lösungen für Tobias brauchbar waren. „Ich hatte deutlich den Eindruck zu sehen, wo Tobias ‚hängt‘, und hatte auch das Gefühl meine Rolle gut wahrgenommen zu haben. Aber ich konnte nicht einschätzen, wie es für ihn war.“

Obwohl es möglich ist, durch gemeinsame Stunden mit ehemaligen KlientInnen als KonsultantInnen, oder durch deren Mitwirken im Reflektierenden Team, den Fokus der Therapie auf Lösungen zu richten, sind wir davon überzeugt, dass ein wesentlicher Aspekt dieser Methoden nicht im direkten Bereich der Lösungsorientierung liegt. Eher liegt er am gegenüberliegenden Ende des Kontinuums, nämlich im besonderen Verständnis der Problemsituation und des Leidens. Vor einigen Jahren gab ich\*\* einer Klientin und Mutter eines hyperaktiven Buben eine Videokassette mit, in der Eltern über ihr Leben und ihren Kampf gegen ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) berichten. Als die Frau in die nächste Therapiestunde kam, berichtete sie: „Sie können sich nicht vorstellen, wie ich geweint habe. Ich habe das Gefühl gehabt, da erzählt jemand anderer mein Leben!“ Manchmal braucht es dieses tiefe, innere Verständnis des eigenen Leidens durch jemand anderen, um Lösungsschritte, die man bereits angedacht hat, auch umzusetzen zu können.

Danach gefragt, beschreibt Tobias diesen Aspekt so: „In dieser Stunde war es einfach schön zu hören, dass es anderen auch so gehen kann, und dass es auch ein Nachher gibt, dass man danach vielleicht sogar besser dasteht als zuvor. Das kam

mir schon damals sehr weise vor, und ich habe es auch geglaubt! Auf jeden Fall habe ich danach beschlossen, mich nicht so zu stressen.“

Karuna Cayton und ihr Klient (Sparks 1997) waren am Ende der Sitzung überrascht, wie viele Ideen, die während der Sitzung besprochen wurden, gar nicht neu waren. „Aber dass ich jemand anderen aus seiner Erfahrung darüber reden hören durfte, hat für mich einen wichtigen Unterschied gemacht“, erklärt sich Caytons Klient diese Tatsache (Sparks 1997).

Auch für Tobias waren Gudruns Ideen weniger sensationell neue Ideen, als vielmehr eine Bestätigung seiner bereits erprobten Lösungsansätze: „Ich hab nichts fundamental Neues erfahren. Gudrun betonte, es sei wichtig schrittweise vorzugehen. Das weiß ich, umzusetzen hab ich es noch nicht geschafft“, erinnert er sich Monate später im Follow-Up-Interview.

## **8. „Wie viel ich doch weiß.“ Ehemalige KlientInnen als ExpertInnen**

Jim Sparks (1997) beschreibt in seinem Beitrag die positiven Auswirkungen des erweiterten Settings auf den beschriebenen Klienten. Fast beiläufig erwähnt er am Ende des einführenden Kapitels, aber auch die Möglichkeit, eventuell sogar großer, positiver Effekte auf jene KlientInnen, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen in der Rolle der KonsultantInnen zur Verfügung stellen. Wir haben dies erwartet, waren aber doch über das Ausmaß erstaunt.

Carla betont im Follow-Up-Interview gleich zweimal, welch gutes Gefühl es war, „positives Modell“ zu sein: „Ich war stolz,

sehr stolz – das spürte ich richtig. Es freute mich, dass sich mein Therapeut noch an mich erinnerte, obwohl ich gesund war, und ich merkte, dass ich der Klientin einiges vermitteln konnte. (...) Es war ein total befriedigendes Gefühl. (...) Ich hatte den Eindruck, viel über mich und über Anorexie zu wissen. Ich merkte, dass, ich was vermitteln kann, und das war gut. Außerdem war es toll für mich zu spüren, wie ich mich in die Klientin einfühlen konnte.“

Gudrun erwähnt ebenfalls, dass ihr im Laufe des Gesprächs mit dem Klienten aufgefallen sei, wie viel sie über Panikattacken wisse: „Ich merkte, wie viel ich weiß – sowohl über die Störung als auch über mich selbst. Das hat mir die Stunde mit Tobias nochmals deutlich vor Augen geführt. Ich hab mir dann kurz gedacht, dass es eigentlich schade sei, dass ich mit diesem Wissen nichts gemacht habe, ich hätte ein Buch schreiben können. (...) Nach der Stunde war ein Gefühl von Stärke da und mein Erfolg in dieser Sache wurde nochmals unterstrichen.“ Selbst für KlientInnen in laufenden Therapien scheint die Rolle der „positiven Modelle“ reizvoll zu sein. So betonte Tobias ungefragt mehrmals, dass er sich gerne für eine derartige Intervention zur Verfügung stellen würde, wenn er „dann so weit sei“: „Ich möchte mein Wissen, wie man da wieder raus kommt, weitergeben. Ich möchte mich gerne in diese Richtung engagieren, andere sollen was davon haben. Damit ich nicht das Gefühl habe, diese Zeit mit den Panikattacken ist nur verlorene Zeit.“ Wir nehmen an, dass die Vorstellung, später mal ein Positiv-Modell zu sein, die Motivation in Richtung „Gesundheit“ noch verstärken kann.

Ähnlich wie die Einladung in ein Reflektierendes Team (Selekman 1995), ähnlich wie in Videointerviews (Madigan u. Epston 1995) oder wie beim Verfassen von Abschlussberichten, kommen ehemalige KlientInnen mit der Einladung in eine Therapiestunde aus ihrer Rolle als KlientInnen endgültig heraus. Sie begeben sich in eine neue Rolle – in die der ExpertInnen für Problemlösungen, sie werden KonsultantInnen für mögliche Wege aus der Krankheit und positive Modelle für den Kampf gegen Leidenszustände.

### **9. „Sich zurückerinnern ohne Angst – der eigentliche Schlusspunkt.“ Die Angst, vor dem Rückfall und der Stolz auf Erreichtes.**

Auf Risiken, die diese Stunden für KlientInnen und für die therapeutische Beziehung darstellen können, wollen wir weiter unten im Detail eingehen. Aber auch jene ehemaligen KlientInnen, die von ihren TherapeutInnen als KonsultantInnen in eine solche Stunde eingeladen werden, sehen sich einem nicht unwesentlichen Risiko gegenüber. Denn sich nach Jahren noch einmal in allen Details an den Kampf, an das eigene Leiden, an die Konflikte, in die man andere damals stürzte, zu erinnern, ist mit Sicherheit eine Herausforderung. Sind Erinnerungen doch in der Lage, bereits gezähmte Monster wachzurütteln, alte Muster wieder zu aktivieren und fast vergessene Ohnmachtgefühle wieder hochkommen zu lassen.

Gudrun formuliert ihre Bedenken sehr deutlich: „Tags zuvor habe ich mich nicht so gut gefühlt. Lange Zeit habe ich gar nicht mehr konkret an die Panikattacken

gedacht. Und dann, aus heiterem Himmel, erfahre ich, dass es da jemanden gibt, der gerade einen schweren Rückfall hatte. So etwas ist immer erschütternd, und automatisch habe ich gedacht, was wäre, wenn ... Und prompt hatte ich ansatzweise wieder die alten Gefühle und Gedanken. Habe sie aber gleich gut auflösen können.“ So beschreibt sie in einem „De-Briefing Gespräch“ nach der Therapiestunde mit Tobias ihre ersten Reaktionen auf die Einladung. Im Follow-Up-Interview formuliert sie Ähnliches: „Ich habe beim Lesen meiner Notizen gemerkt, dass ich vieles schon vergessen habe. Gleichzeitig wurde mir wieder bewusst, was ich getan habe, damit es mir heute so gut geht. Ich habe lange nicht mehr darüber nachgedacht. Dass ich nochmals damit konfrontiert wurde, war sicherlich gut für mich. Ganz vergessen will ich diese Zeit ja nicht. (...) Ungefähr zwei, drei Tage vorher habe ich mich wieder ziemlich intensiv an meine Panikattacken erinnert, zum Teil kamen auch wieder Ängste hoch. Diese Gefühle waren wieder sehr intensiv – es war nicht nur angenehm. Kurz war die Angst vor einem ‚Rückfall‘ da, aber das hab ich dann gut in den Griff bekommen – die Angst vor der Angst.“ Als sie zu dieser Stunde eingeladen wurde, war sie „geistig schon sehr weit weg von meinen Panikattacken. Ich musste nochmals über meine Ängste und über das Burn-Out nachdenken, das war gut für mich. Gut war für mich auch noch was anderes: Es war heilsam, als ‚positives‘ Beispiel gefragt zu werden. Das war für mich eigentlich der endgültige Schlusspunkt – sowohl der Therapie als auch der Störung. Die Einladung war noch mal eine gute Stärkung.“

Auch Carla betont, dass nach der Stunde

„das Gefühl von Stärke da war, was meinen Erfolg in dieser Sache nochmals unterstrichen hat.“ Damals, als das Gespräch mit der Klientin stattfand, war ihre Anorexie für sie kein Thema mehr, trotzdem sei es sehr gut gewesen, nochmals darüber zu reden. „Mir hat die Stunde sicherlich das gebracht, dass ich nochmals sehr genau über meine anorektischen Jahre nachdachte. Zwischendurch hat sich immer wieder Verharmlosung eingeschlichen: Das war bei mir ja nicht so arg, das war ja eigentlich alles okay, das war ja gar nicht so schlimm. Beim Erzählen merkte ich dann, nein, nein, das war alles schon ganz schön arg. Die Stunde führte dazu, dass ich mich und meine Magersucht ernst nehmen musste. Das Abschwächen wirkte nicht mehr, ich nahm durch das Erzählen alles noch mal stärker wahr.“ Angst vor einem Rückfall hatte sie keine. „Dadurch, dass ich so frei und ungehemmt über meine Anorexie reden konnte, spürte ich, dass es vorbei ist. Ich dachte mir, wenn ich so problemlos darüber reden kann, dann hab ich wohl die schwierigen Jahre bewältigt.“

Die Auszüge aus den Interviews mit den „Konsultantinnen“ verdeutlichen eine weitere, „posttherapeutische“ Chance der KonsultantInnen: Die eigene Lösungsgeschichte wird neuerlich festgeschrieben. Nach dem Erinnern und den damit verbundenen Emotionen konfrontieren sich die ehemaligen Betroffenen mit der Frage: „Wie habe ich das geschafft?“ Modellhaft anderen Betroffenen Lösungen und Ideen zu präsentieren, aktiviert die eigenen Ressourcen, die Erinnerung an die entdeckten Lösungsstrategien und an die persönlichen Stärken in der Auseinandersetzung mit einstmaligen Leidenszuständen. Bereits die Einladung

in eine solche Stunde, schafft die Möglichkeit vorhandene Lösungen ein weiteres Mal zu internalisieren. Ähnlich wie Michael Whites spezifische Fragen zum „Umschreiben von Lebensgeschichten“ ("redescription questions"), seine Fragen nach Möglichkeiten in einem Leben ohne Problem ("possibility questions") (White 1988; White u. Epston 2002) und weitere Fragetechniken und Interventionen zum Internalisieren von Lösungen (Epston 1993), ähnlich wie die eingangs beschriebenen Interviews, die verfassten Abschlussberichte, Siegesfeiern oder Zertifikate (White u. Epston 2002), bietet sich mit der Einladung als Konsultantin in eine laufende Therapie die Gelegenheit, sich noch einmal seine eigenen Errungenschaften in Erinnerung zu rufen, und sie in Anwesenheit des damaligen Therapeuten an jemanden weiterzugeben. Die Stunde selbst kann somit zu einer „Neuaufführung“ der eigenen Lösungsgeschichte vor einem zum Teil bekannten (Therapeut), zum Teil unbekanntem Publikum (Klient in der laufenden Therapie) werden.

## **10. Zur Rolle der TherapeutInnen in den Sitzungen mit ehemaligen KlientInnen als KonsultantInnen**

Snyder, Michael und Cheavens (2001) untersuchten, welche therapeutischen Verfahrensweisen Hoffnungen von KlientInnen schwächen. Kontraproduktiv sei es u.a., wenn TherapeutInnen mehr arbeiten als die KlientInnen. Dadurch entstehe die Gefahr, dass die Ziele und die Ideen, wie sie erreichbar wären, mehr jene der TherapeutInnen sein könnten als jene der KlientInnen. Die Aufgabe der TherapeutInnen sei es, Hoffnungskomponenten lediglich zu

modellieren. Die Zuversicht werde vermindert, wenn die TherapeutInnen sich bestimmten Paradigmen verschreiben. „Die Theorie Hoffnung legt nahe, dass es viele Verfahren gibt, um KlientInnen zu helfen, ihre Ziele zu verfolgen. In dem Maße, in dem TherapeutInnen ihre Interventionen flexibel einsetzen können, verfügen sie über ein wesentlich stärkeres Handwerkszeug.“ (Snyder, Michael u. Cheavens 2001, S. 209). Beim Hinzuziehen von ehemaligen KlientInnen greifen TherapeutInnen auf eine bis heute (zumindest in Einzelpsychotherapien) noch unkonventionelle Technik zurück. Sie vergrößern damit ihr Methodenrepertoire. Im unmittelbaren Agieren sollten sie im Hintergrund bleiben, falls notwendig Verbindungen herstellen, auf Parallelen und Unterschiede hinweisen. Sie sollten den Prozess moderieren. Das eigentliche, therapeutische Gespräch überlassen sie den KlientInnen und den Konsultantinnen.

Gudrun, die Musik studiert hat, fand eine schöne Metapher für die Rolle des Therapeuten in dieser Stunde. „Es war wie eine Stunde, in der man gemeinsam musiziert. Es war ein unausgesprochenes Ineinandergreifen, jeder hat seine Rolle übernommen, jeder hat seinen Part gut gespielt. Der Therapeut war Dirigent, hat aber auch mitmusiziert. Das war für mich sehr schön zu erleben. Die Sensibilität, die Feinfühligkeit, die im Raum vorhanden war, das war gut.“

Die zurückhaltende Art des Therapeuten scheint sich auch für Carla bewährt zu haben: „Es war gut, dass er hie und da intervenierte, Fragen stellte, das Gespräch ein bisschen moderierte. Es war einfach gut, dass er zwischen zwei

Menschen, die sich nicht kannten, vermittelte. Die Atmosphäre war sehr locker, sehr entspannt und angenehm, sehr offen und ich hatte sofort den Eindruck, hier kann ich ganz offen reden.“ In besonderen Fällen und bei sehr einfühlsamen und engagierten KonsultantInnen kann es auch mal passieren, dass diese sich in der Rolle von Co-TherapeutInnen wieder finden. Hier ist es die Aufgabe der TherapeutInnen, von einer Metaebene aus auch über die Rollenentwicklung der KonsultantInnen zu wachen. Immerhin tragen TherapeutInnen die Hauptverantwortung dieses Zusammenkommens.

### **11. „Es hat mich sehr gefreut, dass sich der Therapeut so für mich engagiert.“ Zu möglichen Effekten auf der Beziehungsebene**

Neben dem Faktor „Hoffnung und Erwartung“ nennen Miller, Duncan und Hubble (2000, 2001) den Faktor „Beziehung“ als weiteren der vier Wirkfaktorenbereiche, die psychische Veränderungen maßgeblich unterstützen. In Anlehnung an Forschungsergebnisse soll der Faktor „Beziehung“ zu 30 Prozent für die positive Veränderung der KlientInnen verantwortlich sein. „Sorgen, Empathie, Wärme, Akzeptanz, gegenseitige Bestätigung und Ermutigung zum Eingehen von Risiken und Können sind einige davon. Abgesehen von dem, was KlientInnen zur Therapie mitbringen, sind diese Variablen wahrscheinlich für den größten Teil des Nutzens, der sich aus therapeutischen Interventionen ergibt, verantwortlich.“ (Asay u. Lambert 2001, S. 41).

Ehemalige KlientInnen als KonsultantInnen in laufende Therapien einzubauen, scheint

zumindest bei den von uns befragten KlientInnen wesentlich zur Verbesserung der Beziehung zwischen dem Therapeuten und den KlientInnen beigetragen zu haben. Tobias formuliert das so: „Ich fand es eine gute Idee von meinem Therapeuten, und es hat mich sehr gefreut, dass er sich so engagiert für mich. Das ist ja normalerweise, glaube ich, nicht so üblich. (...) Es war sehr toll, dass er diesen Aufwand auf sich nahm.“

Aber auch bei ehemaligen KlientInnen, die in einer neuen Rolle in den alten Therapieraum zurückkehren, verändert sich die Beziehungsebene zu ihrem Ex-Therapeuten. Gudrun erzählt: „In der Therapie war für mich zwischendurch immer wieder das Autoritätsgefälle ein Problem. Ich war bedürftig, klein und schwach. Je länger die Therapie dauerte, je besser es mir ging, desto störender wurde für mich das Gefälle. Damit konnte ich schwer umgehen. Die Einladung zur Stunde mit Tobias brachte mich in die Rolle der Expertin. Jetzt konnte ich jemandem helfen, der bedürftig ist. Und das brachte mich auch in eine andere Position dem Therapeuten gegenüber.“ Auch Carla erwähnt Ähnliches gleich zweimal: „Als sich dann der Therapeut meldete, freute ich mich sehr. Es ist doch sehr ungewöhnlich, dass sich jemand nach dem Ende einer Therapie noch einmal bei Ex-Klienten meldet, sich an sie erinnert.“ Sie weist darauf hin, dass sie sehr stolz darauf war, ihr Wissen weiterzugeben: „Es freute mich, dass sich mein Therapeut überhaupt noch an mich erinnert, obwohl ich gesund war (...) Ich freute mich, spürte eine sehr starke Wertschätzung.“

## 12. Risiken und Richtlinien für die Praxis

Mögliche Vorteile dieser kurzzeitigen Erweiterung des therapeutischen Settings wurden ausreichend erwähnt. Abschließend wollen wir auf mögliche Risiken dieser Interventionstechnik hinweisen und wesentliche Richtlinien für die Praxis zusammenfassen.

Sparks (1997) hat bereits auf die Gefahr der negativen Vergleiche mit dem „Positiven Modell“ hingewiesen. KlientInnen, deren Hoffnung auf Veränderung gering ist, könnten sich angesichts der „ExpertInnen“, die diesen unmöglich erscheinenden Schritt mit Erfolg (und/oder scheinbarer Leichtigkeit) geschafft haben, minderwertig vorkommen bzw. sich selbst abwerten. Die Aufgabe der TherapeutInnen sollte es sein, diese Gefahr bereits vorweg zu erahnen und gegebenenfalls Fragen an die KonsultantInnen zu richten, die mehr auf die Schwere der Umsetzung der damaligen Lösungsversuche ausgerichtet sind.

„Was hat Ihnen damals, als es noch schwer fiel, besonders geholfen?“

„Wie sind Sie damals mit Rückschlägen umgegangen? Was hat dabei geholfen?“

„Bevor sich die Dinge zum Positiven entwickelt haben, was hat Ihnen geholfen, die leidvollen Momente auszuhalten?“

Ähnliches gilt auch, wenn KlientInnen auf Grund ihrer momentanen Situation in einer solchen Stunde nicht oder nur schwer in Lage sind, Lösungsvorschläge der KonsultantInnen zu hören. In den meisten Fällen ist es dann sinnvoller, wenn die TherapeutInnen stärker das Problem als die Lösungen fokussieren (Geyerhofer u. Komori 1999), indem sie mehrere Fragen nach dem Problem

und den damaligen Symptomen an die KonsultantInnen richten. Das Ziel dieser Stunde verschiebt sich dann von der Suche nach neuen Lösungen hin zur Reduktion der Isolation. Auch Sparks (1997) stellt fest, dass es in diesen Situationen viel hilfreicher sein kann, einfach nur jemanden zu treffen, dem es ähnlich gegangen ist und der sich noch an die belastenden Effekte erinnern kann, als von all den Wegen zu hören, die jemand gefunden hat, um ein Problem zu bewältigen.

Sollte es KlientInnen schwer fallen, nach der Erzählung der KonsultantInnen an diese direkt Fragen zu stellen, können TherapeutInnen sie dazu auffordern oder durch Fragen helfen:

„Was war an der Erzählung von Frau X, Herrn X besonders interessant für Sie?“

„Was an dieser Geschichte würde Sie noch mehr interessieren?“

Wenn sich KlientInnen in Anwesenheit von „therapiefremden Personen“ unwohl fühlen oder sollte es ihnen schwer fallen, Fragen zu stellen, was bei manchen Jugendlichen der Fall sein kann, müssten TherapeutInnen eine aktivere Rolle einnehmen. Mit dem Wissen über die spezifischen Probleme der KlientInnen können sie gezielt Fragen an die anwesenden KonsultantInnen richten.

„Wie hat ihr Umfeld damals reagiert?“

„Was war Ihnen damals gar keine Hilfe?“

„Was war rückblickend besonders belastend?“

„Was hat für Sie letztlich den Weg zu einer Veränderung frei gemacht?“

„Wie erklären Sie sich ihr Problem rückblickend? Welche Erklärungen hatten Sie damals, als Sie zu mir kamen?“

Im besten Falle entwickelt sich ein



lebendiges Gespräch zwischen KlientInnen und KonsultantInnen, und die TherapeutInnen werden zu ZuhörerInnen und ModeratorInnen. In diesem Fall werden die Stärken von Selbsthilfegruppen im Rahmen einer Einzelpsychotherapie (zumindest kurzzeitig) erfahrbar.

Ein praktisches, aber nicht unlösbares Problem stellt die Einhaltung der Verschwiegenheit in diesen Stunden dar. Durch die Intention des Zusammentreffens ist bereits das Problem beider Personen „verraten“, sowohl die KonsultantInnen als auch die KlientInnen wissen, dass sie wegen ähnlicher Leidenszustände in Psychotherapie sind bzw. waren. In der Praxis hat es sich bewährt, beide Beteiligten mit Vornamen vorzustellen und anzusprechen. Die Fragen der TherapeutInnen sind allgemeiner Natur, sie beziehen sich auf keinerlei Inhalte aus der laufenden bzw. abgeschlossenen Therapie, außer die KlientInnen und KonsultantInnen selbst bringen Inhalte zur Sprache. Ehemalige KlientInnen, die einem erweiterten Setting zugestimmt haben, sollten im Vorfeld darüber informiert werden, dass die gesetzliche Verschwiegenheit für TherapeutInnen, nicht jedoch für die anwesenden KlientInnen gilt.

Wir haben bereits auf die mögliche Rückfallsgefahr für ehemalige KlientInnen hingewiesen. Sie sollte bei der Auswahl der KonsultantInnen beachtet werden. Auf eine weitere ethische Richtlinie wollen wir noch hinweisen: TherapeutInnen sollten sich auch noch Jahre nach der Therapie bestehender Autoritäts- und Rollenverhältnisse oder Hierarchien bewusst sein. Mit diesem Wissen im Hinterkopf müssen sie achtsam sein

gegenüber einem Mitmachen aus falsch verstandener Dankbarkeit, um so jegliche Art von Autoritätsmissbrauch zu verhindern. Deshalb sollte die Anfrage so formuliert sein, dass auch weniger selbstsichere Menschen es schaffen, abzulehnen, wenn dies nicht ihren Wünschen entspricht. Um die therapeutische Verantwortung zu Gewähr leisten, empfiehlt sich ein kurzes „Briefing“ vor und ein „De-Briefing“ nach der Stunde.

KlientInnen haben in der nächsten Therapiestunde die Gelegenheit, über das in der gemeinsamen Stunde Erlebte zu reflektieren. KonsultantInnen hingegen könnten eventuell mit gemischten Gefühlen, mit Unsicherheiten oder Zweifeln auf der Strecke bleiben. Verantwortungsbewusstes Vorgehen bedeutet für uns, auch ihnen die Gelegenheit zu einer kurzen Reflexion (in einem Telefonat oder einem kurzen Gespräch) über die Stunde und ihre Gefühle zu ermöglichen. Gudrun beispielsweise thematisierte ihre Zweifel nach der Stunde mit Tobias, für sie blieb offen, ob sie ihm wirklich das vermitteln konnte, was sie vorhatte. Im „De-Briefing“ ein paar Tage später konnten die Zweifel ausgeräumt werden.

Im „Briefing“ sollten KonsultantInnen über die Hintergründe und die Idee (ohne Therapieinhalte) zu dieser gemeinsamen Stunde, über den möglichen Ablauf, über ihre Rolle und über die gesetzliche Verschwiegenheit informiert werden. Mögliche Risiken können eventuell explizit angesprochen werden, und es sollte auf das geplante Reflexionsgespräch nach der Stunde hingewiesen werden.

Um den Erfolg dieser Interventionsmethode möglichst zu Gewähr leisten, scheint uns der Faktor Erwartungen noch einmal von Bedeutung zu sein. Besonders zielführend ist es sicherlich, wenn die Idee zu einer solchen Stunde von den KlientInnen direkt kommt, oder zumindest von diesen indirekt angeregt wird – wie in unseren Beispielen oder auch im Beispiel des von Jim Sparks (1997) beschriebenen Klienten. So herrscht bereits eine positive Erwartungshaltung – im Vorfeld der Stunde und zu Beginn. Nicht unwesentlich ist aber auch die zweite Seite der therapeutischen Beziehung, nämlich die Erwartungen der TherapeutInnen an eine solche Stunde. Deshalb empfehlen wir, ein erweitertes Setting nur vorzuschlagen und durchzuführen, wenn TherapeutInnen von der Sinnhaftigkeit überzeugt sind. Nur dann kann die eigene Hoffnung und positive Erwartung glaubhaft vermittelt werden.

Danksagung: Die AutorInnen bedanken sich bei den KlientInnen für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und die Zeit, die sie für die Interviews aufgewendet haben, und bei Jim Sparks (Berkeley, Kalifornien) und Matthew Selekman (Chicago, Illinois) für die unterstützenden Diskussionsbeiträge im Vorfeld dieses Artikels.

## Literatur

- Asay T, Lambert M (2001) Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble M, Duncan B, Miller S (Hrsg) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, S 41-81
- Epston D, Morris F, Maisel R (1995) A narrative approach to so-called anorexia/bulimia. *Journal of Feminist Family Therapy* 7(1/2):69-96
- Epston D, White M (1990) Consulting your consultant: The documentation of alternative knowledges. *Dulwich Center Newsletter* No.4
- Epston D (1993) Internalizing discourses versus externalizing discourses. In: Gilligan S, Price R (Eds) *Therapeutic Conversations*. Norton, New York
- Epston D, White M u. "Ben" (1995) Consulting your consultant: A means to the co-construction of alternative knowledges. In Friedman S (Ed) *The reflecting team in action*. Guilford Press, New York: S 277-313
- Frank JD, Frank JB (1991) *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freeman J, Epston D, Lobovits D (2000) *Ersten Problemen spielerisch begegnen*. Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Geyerhofer S, Komori Y (1993) Reading Success Storys - Chief Complaints and Therapeutic Goals. *Japanese Journal of Family Psychology* 7
- Geyerhofer S, Komori Y (1995) Bringing Forth Family Resources in Therapy. *Internationale Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik* 20(3)
- Geyerhofer S, Komori Y (1999) Die Integration Poststrukturalistischer Modelle in der Kurzzeittherapie. *Systeme*, 13(2). Zuerst in: Watzlawick P, Nardone G (Hrsg) (1999) *Kurzzeittherapie und Wirklichkeit*. Piper, München
- Hubble M, Duncan B, Miller S (Hrsg) (2001) *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Lobovits D, Maisel R, Freeman J (1995) Public practices: An ethic of circulation. In: Friedman S (Ed) *The reflecting team in action*. Guilford Press, New York, S 223-256

- Madigan S, Epston D (1995) From "psychiatric gaze" to communities of concern. In: Friedman S (Ed) The reflecting team in action. Guilford Press, New York, S 257-276
- Miller S, Duncan B, Hubble M (2000) Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Neal J (1996) Narrative therapy training and supervision. Journal of Systemic Therapies 15(1):63-77
- Selekman M (1991) „With a little help from my friends“: The use of peers in the family therapy of adolescent substance abusers. Family Dynamics of Addiction Quarterly 1(1):69-76
- Selekman M (1995) Rap music with wisdom: Peer reflecting teams with tough adolescents. In: Friedman S (Ed) The reflecting team in action. Guilford Press, New York, S 205-223
- Selekman M (1997) Solution Focused Therapy with Children: Harnessing Family Strength for Systemic Change. Guilford Press, New York
- Snyder R, Michael S, Cheavens J (2001) Hoffnung: Grundlage des gemeinsamen Faktors Placebo und Erwartung. In: Hubble M, Duncan B, Miller S (Hrsg) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, S 193-219
- Sparks J (1997) Voices of experience: Inviting former clients to rejoin the therapy process as consultants. Journal of Systemic Therapies, 16(4):367-375
- White M (1988) The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. Dulwich Centre Newsletter, S 3-21
- White M, Epston D (2002) Die Zählung der Monster. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg
- Zeig J (Hrsg) (1999) Meine Stimme begleitet Sie überallhin. Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson. Klett-Cotta, Stuttgart

Mag. Stefan Geyerhofer  
 Webster University  
 Department of Psychology  
 Berchtoldgasse 1  
 A-1220 Wien  
 geyerhofer@geyerhofer.com  
 www.geyerhofer.com

Dr. Carmen Unterholzer  
 Josefstaedter Straße 56/11  
 A-1080 Wien  
 Tel: 0043/1/403 10 98  
 carmen.unterholzer@aon.at



