

Susanne Benz  
Birmensdorferstrasse 253  
8055 Zürich

**Ziele formulieren.**

**Die Lösungs-orientierte Kurztherapie und das Zürcher  
Ressourcen Modell im Vergleich**

Proseminararbeit  
eingereicht bei Dr. Maja Storch  
Erziehungsberatungsstelle II  
Fachbereich Pädagogische Psychologie I  
Pädagogisches Institut  
Universität Zürich

Sommersemester 2003

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<b>1. DIE LÖSUNGS-ORIENTIERTE KURZTHERAPIE</b>	<b>5</b>
1.1. KRITERIEN FÜR EINDEUTIG DEFINIERTE ZIELE	6
1.2. AUSNAHMEN	9
1.3. HYPOTHETISCHE LÖSUNGEN	9
1.4. BEISPIEL EINER THERAPIESITZUNG, IN WELCHER EIN ZIEL ENTWICKELT WIRD	10
<b>2. DAS ZÜRCHER RESSOURCEN MODELL (ZRM)</b>	<b>14</b>
2.1. DAS BEDÜRFNIS ENTDECKEN (PHASE 1)	14
2.2. DAS ZIEL KLÄREN (PHASE 2)	14
2.2.1. DIE KRITERIEN FÜR EIN HANDLUNGSWIRKSAMES ZIEL	15
2.3. EXKURS: SOMATISCHE MARKER	16
2.3.1. ZUR ENTSTEHUNG SOMATISCHER MARKER:	17
2.3.2. DER NUTZEN SOMATISCHER MARKER FÜR DIE PSYCHOLOGIE, RESP. FÜRS ZRM-TRAINING	18
2.4. ZURÜCK ZUM ZIELFORMULIEREN	19
2.5. ZIEL UND RESSOURCENPOOL (PHASE 3)	19
2.6. MIT DEN RESSOURCEN ZIELGERICHTET HANDELN (PHASE 4)	20
2.7. INTEGRATION, TRANSFER UND ABSCHLUSS (PHASE 5)	21
<b>3. VERGLEICH</b>	<b>22</b>
3.1. GEMEINSAMKEITEN	22
3.1.1. RESSOURCENPERSPEKTIVE	22
3.1.2. ZIEL IM KONTROLLBEREICH DER KLIENTIN	22
3.1.3. THERAPEUTINNEN-UNABHÄNGIGKEIT	22
3.1.4. ES GEHT UM HANDLUNG	23

<b>3.2. UNTERSCHIEDE</b>	<b>23</b>
3.2.1. GANZHEITLICHKEIT/MULTICODIERUNG	23
3.2.2. SETTING	24
3.2.3. RAHMEN/DAUER	25
3.2.4. KLIENTEL	25
3.2.5. ALLGEMEIN VS. SITUATIONSSPEZIFISCH	26
3.2.6. VERHALTEN VS. HALTUNG	27
<b>3.3. DARSTELLUNG DER SITUATIONSEBENE UND VERHALTENSEBENE</b>	<b>29</b>
<b>4. SCHLUSSWORT</b>	<b>31</b>
<hr/>	
<b>4.1. DIE WICHTIGSTEN UNTERSCHIEDE AUF EINEN BLICK</b>	<b>31</b>
<b>4.2. BESONDERHEITEN</b>	<b>32</b>
4.2.1. BESONDERHEITEN DER LÖSUNGS-ORIENTIERTEN KURZTHERAPIE	32
4.2.2. BESONDERHEITEN DES ZÜRCHER RESSOURCEN MODELLS	33
<b>4.3. ERKENNTNISSE</b>	<b>33</b>
<b>LITERATUR</b>	<b>35</b>
<hr/>	

## Einleitung

---

Im Rahmen meines Studiums bin ich immer wieder mit verschiedenen Theorien, Therapien und Ansätzen in Kontakt gekommen, welche auf ganz unterschiedliche Weise versuchen, dem Menschen zu helfen, ihn zu therapieren oder ihn auf irgend eine Art zu begleiten und zu unterstützen. Schnell habe ich gemerkt, dass mich ressourcenorientierte Ansätze besonders ansprechen. Mir gefällt die Annahme, dass man einen Menschen mit Schwierigkeiten nicht pathologisieren muss. Dass man auch sagen kann, dass mit ihm nichts falsch ist, sondern dass er ein für ihn (oder seine Umwelt) ungünstiges Verhalten an den Tag legt. Besonders beeindruckt hat mich die daraus resultierende Annahme, dass man, um eine schwierige Situation zu verbessern, nicht zuerst das Problem, resp. die Ursache ergründen und analysieren muss, sondern das Augenmerk direkt auf das Positive richtet, auf das was funktioniert, resp. auf das, was man anstrebt.

Da dadurch der Fokus auf der Zukunft – dem was erreicht werden will – liegt, ist ein zentrales Element von ressourcen- oder lösungsorientierten Therapien (im Gegensatz zu problemorientierten Therapien wie die klassische Psychoanalyse) das Erarbeiten von Zielen. Je nach Therapie gibt es verschiedene Methoden, sein persönliches Ziel zu finden.

Da Zielen somit ein grosser Stellenwert zukommt, stellt sich die Frage, wie ein Ziel formuliert sein muss, damit dessen Erreichen wahrscheinlich wird. Wenn man eine Idee hat, in welche Richtung das Ziel gehen soll, muss dieses in Worte gefasst werden. Doch wie macht man das am besten? Welches sind gute Kriterien, ein Ziel optimal zu formulieren?

Was sind optimale Voraussetzungen, damit ein Ziel erreicht wird? D.h., wie muss ein Ziel formuliert sein, damit es nicht beim blossen Wunsch bleibt, sondern auch in Handlung umgesetzt wird?

Mit dem Ziel, diese Fragen zu beantworten, werde ich in dieser Arbeit die lösungsorientierte Kurztherapie und das Zürcher Ressourcen Modell als Ganzes, sowie ihre Zielkriterien im Speziellen genauer betrachten. Ich werde versuchen, ihre zentralen Elemente sowie ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen.

Dafür wird im 1. Kapitel die Lösungs-orientierte Kurztherapie vorgestellt und deren Kriterien für eindeutig definierte Ziele dargestellt.

Das 2. Kapitel beschreibt das Zürcher Ressourcen Modell und seine Kriterien für ein handlungswirksames Ziel. Ausserdem wird ein Exkurs über die somatischen Marker gemacht.

Im 3. Kapitel werden die beiden Ansätze dann miteinander verglichen. Es wird betrachtet, was ihnen gemeinsam ist und worin sie sich unterscheiden.

Das abschliessende 4. Kapitel hebt noch einmal die zentralsten Unterschiede und Besonderheiten beider Ansätze hervor und fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen.

# 1. Die Lösungs-orientierte Kurztherapie

---

Die Lösungs-orientierte Kurztherapie wurde von Steve de Shazer entwickelt. Ich beziehe mich bei meinen Ausführungen auf das Lehrbuch von Walter & Peller (1994), welches auf Deutsch übersetzt ist und eine sehr ausführliche und genaue Darstellung dieser Methode vermittelt.

Wie es der Name schon sagt, liegen die Schwerpunkte dieser Therapie in der Kürze und der Lösungsorientierung. Sie orientiert sich ausschliesslich an Lösungen, Ausnahmen und Ressourcen. Probleme werden nicht thematisiert, müssen nicht erst erkannt werden, um Lösungen zu konstruieren. Dies wird schon in der ersten Sitzung deutlich, wenn gefragt wird: „Worin besteht Ihr Ziel, wenn Sie hierher kommen?“

Auch folgende Basisregeln der Lösungs-orientierten Kurztherapie veranschaulichen klar, worum es geht:

- Wenn es funktioniert, ändere nichts (oder mach‘ mehr davon).
- Wenn das, was du machst, nicht funktioniert, dann mach‘ etwas ander(e)s.
- Bleib‘ einfach.
- Wenn die Therapie kurz sein soll, dann geh‘ so in jede Sitzung, als sei es das erste und letzte Mal, dass du die KlientIn siehst.
- Es gibt keinen Misserfolg, nur Rückmeldung.

Walter & Peller (1994) sind der Überzeugung, dass ihr Ansatz bei jedem Menschen funktioniert, sofern von diesem ein Ziel definiert wird. „Wichtig ist dabei zunächst, einer Vision/Zielvorstellung zu folgen: wie immer sie aussieht, sie muss zunächst attraktiv, dann immer konkreter und schliesslich auch realisierbar sein“ (a.a.O., S. 7). Es wird davon ausgegangen, dass Ziele und Lösungen Prozesse sind. Sie stellen kein Endergebnis dar und sind nicht abgeschlossen. Sie sind sich wie ein Film vorzustellen. (Siehe auch weiter unten, 2. Kriterium für eindeutig definierte Ziele.)

Die Rolle der TherapeutIn ist die einer DialogpartnerIn und BeraterIn. Sie stellt Fragen, richtet das Augenmerk auf die gelungenen Szenen (des Films) und hilft beim Umschreiben des Drehbuches. Sie unterstützt die KlientIn dabei, Vertrauen in ihre eigene Dreh-(Lösungs-)Kompetenz zu entwickeln.

Ein wesentliches Element der Lösungs-orientierten Kurztherapie sind sorgfältig konstruierte Fragen. Die Erfüllung folgender sechs Kriterien für eindeutig definierte Ziele wird somit auch durch gezieltes Nachfragen sicher gestellt.

### **1.1. Kriterien für eindeutig definierte Ziele**

- Das Ziel soll in einer sprachlich positiven Form dargestellt werden.

Die KlientIn soll beschreiben, was sie machen oder denken wird, anstatt was sie nicht machen oder nicht denken wird. Das Wichtige dabei ist, dass das entstandene Zielbild - welches ein visuelles Bild sein kann, oder auch Wörter, Klänge, Gefühle oder Empfindungen – etwas Existierendes beschreiben muss und nicht etwas nicht Vorhandenes. Dies ist zentral, da es unmöglich ist, sich ein Bild von etwas zu machen, was negativ beschrieben wird. Sollte die KlientIn Schwierigkeiten haben, ein positives Bild zu beschreiben, kann man auf ihre negative Formulierung das Schlüsselwort ‚stattdessen‘ anwenden. Auf alle negativen Aussagen sollte folgende Frage gestellt werden: „Was wollen Sie stattdessen tun?“. Das führt dazu, dass das Problem nicht thematisiert und somit auch nicht verstärkt wird. Und es kann ausserdem dazu beitragen, dass für die KlientInnen das Zielbild verlockend wird.

- Das Ziel soll prozesshaft dargestellt sein.

Die Prozesshaftigkeit wird durch die Metapher des Kinofilms veranschaulicht: Das Erarbeiten der Lösung ist sozusagen das Schaffen eines Films, in welchem die KlientInnen sowohl RegisseurInnen als auch HauptdarstellerInnen sind. Die Aufgabe der TherapeutInnen besteht darin, ihnen bei diesem Prozess des Filme Machens zu assistieren und sie dabei zu unterstützen, ihre Filme, bzw. ihre Lösungen zu erarbeiten. Dabei ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Lösungen weder im Konjunktiv noch im Futur beschrieben werden. Um von der hypothetischen Lösung in die Gegenwart zu kommen, wird in solchen Sätzen der Konjunktiv zum Indikativ und die Zukunft ins Präsens abgeändert. Das sieht dann im ‚Film‘ so aus, als wären die KlientInnen bereits dabei, ihre Ziele zu verwirklichen.

Die prozesshafte Beschreibung wird durch den Gebrauch von Verben verdeutlicht. Wenn trotzdem Substantive benutzt werden, kann man mit dem Schlüsselwort: „wie?“ die KlientIn dazu bringen, eine Abfolge von Handlungen in der Verbform zu beschreiben. Ein Beispiel einer gelungenen, durch Verben ausgedrückten Zielformulierung könnte sein: „Wenn ich die Beziehung zu meinem Kind so

handhabe, wie ich es jetzt will, dann höre ich meinem Kind erst zu, bevor ich ihm sage, was ich will, dass es tun soll.“ (Walter & Peller, 1994, S. 76).

- Der Prozess soll im Hier und Jetzt dargestellt werden.

Um zu vermeiden, dass das Ziel in ferner Zukunft liegt und somit weit von der KlientIn entfernt ist, soll es im Hier und Jetzt dargestellt werden. Eine solche Formulierung führt dazu, dass sofort mit der Lösung begonnen werden kann. Da es für die Lösungs-orientierte Kurztherapie grundlegend ist, die KlientIn zur Überzeugung zu bringen, dass sie auf dem Weg zum Ziel ist (und sie nicht zwingend bis zum Erreichen des Ziels zu begleiten), wird das Augenmerk auf die Gegenwart gerichtet. Darauf, was die KlientIn im Moment tun kann oder bereits tut. Folgende und ähnliche Fragen können dafür beschleunigend wirken, da durch sie das Ziel in einen prozesshaften Verlauf kommt: „Wenn Sie auf dem Weg sind, Ihr Ziel zu erreichen, was würden Sie machen oder was würden Sie anders machen?“.

- Das Ziel soll so spezifisch wie möglich beschrieben werden.

Die KlientIn wird aufgefordert, konkrete Verhaltensweisen zu beschreiben. Die TherapeutInnen unterstützen sie geduldig dabei, spezifischere Gedanken über ihr Denken und Handeln zu entwickeln und zu erarbeiten, was diese wollen und wie sie das umsetzen können. Es wird davon ausgegangen, dass je spezifischer eine Zielbeschreibung ist, desto grösser der Aufforderungscharakter für die KlientIn ist. Durch Fragen wie: „Können Sie mir genauer sagen, wie sie das tun werden?“ können spezifische Antworten hervorgerufen werden.

- Das Ziel soll im Kontrollbereich der KlientIn liegen.

Des öfteren meinen KlientInnen, dass zuerst etwas anderes geschehen muss, bevor das, was sie wollen, eintreffen kann. Oft möchten sie, dass sich eine andere Person ändert. Ein Ziel so zu formulieren, dass seine Erfüllung eine nicht selbst kontrollierbare Veränderung bedingt, muss auf jeden Fall vermieden werden, da es ein sinnloses und somit frustrierendes Unterfangen ist. Beziehungen zu anderen Personen können auch verändert werden, ohne dass die andere Person in der Therapie anwesend ist oder sich zuerst ändert. Dafür wird die Annahme, dass „A“ zu „B“ führt, von der TherapeutIn kurzerhand umgekehrt. Indem die KlientIn dazu



gebracht wird, sich so zu verhalten, bzw. so zu handeln, als ob „B“ bereits eingetroffen wäre, befindet sie sich wieder im eigenen Kontrollbereich.

- Das Ziel soll in der Sprache der KlientIn verfasst sein.

Es ist sehr wichtig, dass auf die Wünsche der KlientInnen eingegangen wird und nicht eine Interpretation der TherapeutIn zum Ziel wird. Es besteht immer die Gefahr, dass die TherapeutIn ‚zwischen den Zeilen liest‘ oder zu wissen glaubt, was die KlientIn wirklich will und somit eigenmächtig deren Ziele formuliert. Um dies zu vermeiden, sollte das Ziel stets in den Worten der KlientIn notiert werden. Oft hängt ein nicht mehr Weiterkommen in der Therapie damit zusammen, dass die Vorstellungen des Ziels nicht mehr den eigentlichen Wünschen der KlientIn entsprechen. Darum ist es sinnvoll, sich bei Schwierigkeiten mit dem Vorankommen zu fragen: „Hat die KlientIn wirklich gesagt, dass sie das will?“, anstatt anzunehmen, was sie will oder selbständig zu entscheiden, was sie wollen sollte.

Folgende Tabelle zeigt eine Checkliste für eindeutig definierte Ziele. Anhand dieser Liste kann überprüft werden, ob die Aussagen der KlientIn mit den Kriterien übereinstimmen. Sollte eine Aussage noch nicht zufriedenstellend definiert sein, kann man das Schlüsselwort oder die Musterfrage zu Hilfe nehmen.

Tabelle 1. Kriterien für eindeutig definierte Ziele (aus: Walter & Peller, 1994, S. 82)

<b>Kriterium</b>	<b>Schlüsselwort</b>	<b>Musterfrage</b>
1. positiv	„stattdessen“	„was werden Sie stattdessen tun?“
2. prozesshaft	„wie“ Verbform	„Wie werden Sie das tun?“
3. Hier und Jetzt	auf dem Weg sein	„Wenn sie heute aus der Sitzung herausgehen und auf dem Weg zu Ihrem Ziel sind, was werden Sie anders machen oder wie werden Sie anders zu sich sprechen?“
4. so spezifisch wie möglich	„spezifisch“	„Wie werden Sie das im einzelnen tun?“

5. im Kontrollbereich der KlientIn	„Sie“	„Was werden Sie tun, wenn das eintrifft?“
6. in der Sprache der KlientIn	Worte der KlientIn verwenden	

Nebst den Zielkriterien liegen weitere Schwerpunkte der Lösungs-orientierten Kurztherapie auf den Ausnahmen und hypothetischen Lösungen.

### 1.2. Ausnahmen

Walter & Peller (1994) gehen von der Annahme aus, dass von TherapeutIn und KlientIn zu jedem Problem Ausnahmen geschaffen werden können, um diese dann zur Konstruktion von Lösungen zu benutzen. Es wird angenommen, dass es immer Zeiten gibt, wo „das Problem“ nicht auftritt, Zeiten, wo die KlientIn bereits so handelt, wie sie will. Indem die TherapeutIn aus der KlientIn Ausnahmen vom Problem hervorlockt, wird die KlientIn ermutigt und entwickelt ein Gefühl der Kontrolle über das, was ein unüberwindbares Problem zu sein schien. Es gilt, herauszufinden, wie und wann sie bereits so handelt und dann mehr davon zu machen.

Auch zur Herauskristallisierung von Ausnahmen stehen der TherapeutIn Musterfragen zur Verfügung:

- „Wie geschieht das bereits jetzt?“
- „Wann geschieht das schon ein wenig?“
- „Wann ist das Problem nicht da?“

### 1.3. Hypothetische Lösungen

Sollte es einer KlientIn nicht gelingen Ausnahmen zu finden, wird der so genannte „Rahmen der hypothetischen Lösungen“ angewendet. Hier wird der Frage nachgegangen, was wäre, wenn das Problem gelöst wäre. Indem die KlientIn darüber spricht, was wäre, wenn das Problem gelöst wäre, beginnt sie Einzelheiten zu beschreiben, die es entweder ermöglichen, auf Ausnahmen zu schliessen oder zumindest auf Zeiten in denen sie das Ziel bereits jetzt ein bisschen erreicht. Sie wird dann angehalten, von diesem Verhalten „ein klein wenig mehr davon zu tun“.

Dieses Vorgehen wird auch dann angewendet, wenn es einer KlientIn schwerfällt, sich von der Problemperspektive zu lösen, resp. zu sagen, was sie will.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Fragen innerhalb dieses Rahmens zu stellen. Ein Beispiel ist die von de Shazer entwickelte Wunder-Frage:

- „Falls ein Wunder geschehen würde und das Problem wäre gelöst, was würden Sie anders machen?“

Je nach Art, resp. Weltsicht der KlientIn wird die Frage angepasst. Zwei weitere Beispiele:

- „Wenn das Problem gelöst wäre, was würden Sie anders machen?“

- „Wenn das Problem gelöst wäre, wie würde ihre PartnerIn (oder SchülerIn, etc.) das wissen, ohne dass sie ihr ein Wort darüber sagen?“

Auch hier wird Wert darauf gelegt, dass die KlientIn Aussagen über eine Handlung oder ein Verhalten macht oder darüber, was sie sich oder anderen sagen wird. Auch hier sind Prozessbeschreibungen hilfreicher als vollendete Tatsachen, da dann der Fokus im Hier und Jetzt liegt.

#### **1.4. Beispiel einer Therapiesitzung, in welcher ein Ziel entwickelt wird**

Anhand eines Beispiels soll veranschaulicht werden, wie in der Lösungs-orientierten Kurztherapie ein Ziel erarbeitet wird.

Bei dem von mir ausgewählte Beispiel (Walter & Peller, 1994, S. 226f) geht es um die Exploration der hypothetischen Lösung und/oder der Ausnahmen. Es zeigt, dass wenn man so handelt, als würde „B“ bereits geschehen, sich „A“ ereignen kann (5. Kriterium).

*Therapeutin:* Hallo, Susan, worin besteht ihr Ziel, wenn Sie hierherkommen? (*Rahmen des Ziels*)

*Klientin:* Meine Ehe läuft nicht gut. Ich denke, dass Bill mich nicht mehr liebt und er nicht darüber sprechen will. Immer wenn ich versuche, über unser Problem zu sprechen oder es thematisiere, wehrt er mich einfach ab mit „Nicht wieder das,“ und dann geht er weg. Wenn ich hinter ihm hergehe, streiten wir. Er sagt, es sei alles in Ordnung, aber ich glaube ihm nicht. Wenn er einfach mit mir reden würde oder mir zeigen würde, dass er mich liebt, wäre ich nicht so kaputt. Ich versuchte, ihn dazu zu bringen, mit mir in die Therapie zu kommen, aber er sagte, er wolle nicht auch noch vor einer Fremden meine Klagen hören.

*Therapeutin:* (*mit Verständnis für ihre Lage*) Das tut mir alles sehr leid. Können Sie mir

sagen, was sie beide anders machen werden, wenn das kein Problem mehr für Sie ist? (*Rahmen der hypothetischen Lösung*)

*Klientin:* Tja, falls sich das verändert, wird er mit mir reden. Wenn er unglücklich mit mir ist, wird er mir das sagen, anstatt ruhig zu sein. Er wird mehr reden und ich denke, wir werden mehr Zeit gemeinsam verbringen. (*Die meisten Antworten beschreiben Veränderungen bei ihrem Mann. Wir wollen auch Beschreibungen, was sie tun wird.*)

*Therapeutin:* Also, er wird mehr reden. Was werden Sie anders machen?

*Klientin:* Ich glaube, ich werde nicht so beunruhigt sein.

*Therapeutin:* Das klingt besser für Sie. Wenn Sie nicht so beunruhigt sind, was werden Sie anders machen oder zumindest in seinen Augen anders machen? (*Hypothetische Lösung, Position „des anderen“*)

*Klientin:* Ich glaube, er würde sagen, dass ich entspannter und sicherer wäre, und ich glaube, ich wäre es auch. (*Diese Beschreibungen sind Gefühlskategorien*)

*Therapeutin:* Was wird er sehen oder hören, was Sie anders machen, woraus er schliessen kann, dass Sie ein wenig entspannter sind? (*Hervorholen verhaltensbezogener Zeichen im Hinblick auf „entspannt und sicher“ aus der Position „des anderen“*)

*Klientin:* Ich werde mich mehr mit meinen eigenen Sachen, meinen eigenen Freundinnen, meinen eigenen Arbeiten und Hobbies beschäftigen. Er denkt, dass ich jetzt zu abhängig von ihm bin. (*Bedeutung der Problemzeit*)

*Therapeutin:* Also Sie meinen, er denkt, dass Sie zu abhängig von ihm sind und er das nicht mag. Wenn er so denkt, was würde er sagen, dass er tut?

*Klientin:* Er sagt wahrscheinlich, dass ich ihn anekle und dass er weggehen möchte. Vielleicht denkt er, dass er mich unabhängiger machen muss.

*Therapeutin:* Sie wollen also nicht, dass er weggeht oder Sie bewertet. Und wenn er denkt, dass Sie entspannter oder sicherer wären, was würde er sagen, würde er dann anders machen?

*Klientin:* Er würde wahrscheinlich sagen, dass er das mehr mag und ... ich weiss nicht, was er machen würde.

*Therapeutin:* Wenn er hier wäre. Was denken Sie was würde er sagen, was er tun würde? (*Hypothetische Lösung, Position „des anderen“*)

- Klientin:* Ich nehme an, er würde sagen, dass er gerne mehr mit mir zusammen sein wolle oder dass er es einfach mag, mich glücklich zu sehen.
- Therapeutin:* Gibt es bereits jetzt Zeiten, von denen Sie denken, dass Sie ein wenig entspannter auf ihn wirken, vielleicht, wenn Sie sich ein bisschen mehr mit Ihren Sachen oder Freundinnen beschäftigen? (*Rahmen der Ausnahmen, Position „des anderen“*)
- Klientin:* Ja, hin und wieder. Manchmal gebe ich es mit ihm auf und mache einfach meine Sachen. Dann kommt er. Wahrscheinliche hält er mich dann für unabhängiger.
- Therapeutin:* Sie denken, er hat es gerne, wenn Sie unabhängig handeln. Wie machen Sie das?
- Klientin:* Ach, manchmal ist mir einfach danach, oder manchmal sage ich mir, dass ich nicht immer nur ihn angucken kann. (*Unterschied in der Bedeutung und daher kontextueller Unterschied*)
- Therapeutin:* Ist das anders für Sie, das zu sich selber zu sagen? (*Rahmen der Ausnahmen*)
- Klientin:* Ja, so auf diese Art eben unabhängiger, denke ich erst seit kurzem.
- Therapeutin:* Also, wie bringen Sie sich dazu, in letzter Zeit mehr so zu denken und zu handeln? (*Vermögen vergrössern*)
- Klientin:* Meine Freundin hat es mir vorgeschlagen, und ich denke, sie hat recht.
- Therapeutin:* Tja, wenn Sie weiter auf diese andere Weise denken und handeln, was denken Sie wie stehen dann die Chancen, dass er freundlicher über Sie denkt und Sie mehr das bekommen, was Sie wollen? (*Die Ausnahmen werden mit dem Therapieziel verbunden*)
- Klientin:* Ich denke, das ist wahrscheinlich der Weg. Er redet mehr mit mir, wenn er denkt, ich sei glücklich, als wie wenn ich jammere.
- Therapeutin:* Also, wenn Sie sich weiter unabhängig verhalten, würden Sie dann das bekommen, was Sie sich von der Therapie erhoffen, auch wenn er nicht immer bereit ist, auf Sie einzugehen? (*Die Ausnahmen werden mit dem Therapieziel verbunden*)
- Klientin:* Ja, als erstes muss ich wirklich auf mich selber achten.
- Therapeutin:* Also, wie werden Sie fortfahren, das zu tun?

Diese Sitzung zeigt, wie die Klientin durch das Fokussieren auf die hypothetischen Lösungen imstande war, neue Möglichkeiten zu erkennen. Ihr wurde bewusst, was sie tun könnte, um die Chancen für einen angenehmeren Umgang mit ihrem Ehemann zu vergrößern. Durch das Erkennen ihrer Handlungsweisen in der hypothetischen Lösung, wurden ihr Zeiten bewusst, wo sie bereits jetzt etwas für sich selber tat und dass das wiederum dazu führt, angenehmer mit ihrem Mann umzugehen (Walter & Peller, 1994, S. 229).

## **2. Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)**

---

Das Zürcher Ressourcen Modell – ZRM genannt - wurde von Dr. Maja Storch und Dr. Frank Krause entwickelt und ist ein Selbstmanagement-Training. Die Teilnehmenden lernen, wie sie neue Handlungsmuster entwickeln können und trainieren somit ihre Handlungskompetenz.

Eine anschauliche und verständliche Darstellung der theoretischen Grundlagen des ZRMs sowie ein praktisches Trainingsmanual bietet das Buch von Storch & Krause (2002). Das ZRM orientiert sich, wie aus dem Namen ersichtlich, an Ressourcen. Ihm liegt also anstatt einer Problemperspektive eine Ressourcenperspektive zugrunde. Das bedeutet, es wird von der Annahme ausgegangen, dass der Mensch die Ressourcen, welche er zur Lösung seiner Probleme, bzw. zum Erreichen seiner Ziele benötigt, bereits in sich trägt. Das ZRM-Training wird üblicherweise in Gruppen durchgeführt. Es besteht aus fünf aufeinanderfolgenden Phasen.

### **2.1. Das Bedürfnis entdecken (Phase 1)**

In der ersten Phase des ZRM-Trainings wird das aktuelle Thema - auch Bedürfnis genannt - gesucht. Da (bei psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Verfahren) davon ausgegangen wird, dass die Bedürfnisse den Teilnehmenden nicht unbedingt bewusst sein müssen, wird versucht, auch unbewusste Anteile zu erfassen.

Da unbewusste Themen über Projektionsvorgänge bewusst gemacht werden können, suchen sich die Teilnehmenden aus einer grossen ressourcenhaltigen Bildersammlung ein Bild aus. Dabei werden unbewusste Themen und Bedürfnisse der Teilnehmenden auf ein geeignetes Bild projiziert. Diese unbewussten Inhalte werden anschliessend bewusst gemacht

### **2.2. Das Ziel klären (Phase 2)**

Aus dem entwickelten Thema, welches oft noch sehr allgemein und ungenau ist, wird in der zweiten Phase ein erstes Ziel formuliert.

Im ZRM wird beim Zielformulieren grundsätzlich eine Haltung beschrieben. Es werden stets Haltungsziele erarbeitet. (Der Unterschied zwischen Haltungs- und Verhaltenszielen wird später (3.2.6. und 3.3) ausführlich behandelt.)

Damit ein Ziel gute Chancen hat, handlungswirksam zu werden, müssen drei Kriterien erfüllt sein.

### **2.2.1. Die Kriterien für ein handlungswirksames Ziel**

- Annäherungsziel (das Ziel soll positiv formuliert sein)

Die Teilnehmenden sollen ihr Ziel als Annäherungsziel formulieren. D.h. ihr Ziel muss so formuliert sein, dass das, was erreicht werden will, darin enthalten ist. Im Gegensatz dazu enthalten Vermeidungsziele etwas, was vermieden werden will. Es wird davon ausgegangen, dass beim Gedanken an das Ziel ein Bild im Kopf erzeugt wird. Hat man nun ein Vermeidungsziel formuliert, hat dies den Nachteil, dass genau das Bild dessen, was vermieden werden soll, ständig präsent ist. Das führt einerseits dazu, dass das Negative ständig verstärkt wird und kann auch ein schlechtes Gewissen erzeugen. Umgekehrt hat man bei einem positiv formulierten Ziel stets das, was erreicht werden will, vor Augen.

Um diesem Kriterium gerecht zu werden, wird zum Beispiel „ich lasse mich nicht mehr stressen“ umformuliert in „ich bin ruhig und gelassen“.

- Das Ziel soll im eigenen Kontrollbereich liegen

Das zweite Kriterium fordert, dass das Ziel für sich selber, für seine eigenen, direkt beeinflussbaren Handlungen formuliert wird. Das Erreichen des Ziels darf weder von anderen Personen noch von anderen äusseren Umständen abhängig sein.

„Wenn mich mein Chef zum Essen einlädt, stehe ich zu meiner Meinung“ erfüllt dieses Kriterium nicht. Eine gelungene Formulierung hingegen ist: „Ich stehe selbstbewusst zu meiner Meinung!“

- Das Ziel soll motivierend sein

Ein Ziel, welches nicht motivierend ist, hat - auch wenn es die anderen beiden Kriterien erfüllt - keine grosse Chance, umgesetzt zu werden. Ob ein Ziel nun wirklich motivierend ist, wird anhand somatischer Marker sicher gestellt.

Da beim ZRM sehr viel Gewicht auf somatische Marker gelegt wird, und dieses Thema meiner Meinung nach auch sonst grosse Beachtung verdient, widme ich ihm hier einen grösseren Exkurs.



### **2.3. Exkurs: somatische Marker**

Es gibt zwei Arten, wie man Entscheidungen treffen kann. Das erste Entscheidungssystem ist die Vernunft. Allgemein wird angenommen, dass man die besten Entscheidungen trifft, wenn man vernünftig handelt. D. h. wenn man sich nur der Logik und Rationalität bedient und die Gefühle ausklammert. Die bestmögliche Lösung wird demnach anhand rationaler und sachlicher Prozesse gefunden. Indem man die verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten einer Kosten-Nutzen-Analyse unterzieht, Vor- und Nachteile gegeneinander abwägt, Verluste und Gewinne antizipiert (Damasio 1997, S. 234f). Damasio gibt zu bedenken, dass man mit dieser Art der Entscheidungsfindung an Grenzen stösst: „Wenn Ihr Verstand normalerweise auf dieser rein rationalen Basis arbeitet, laufen Sie Gefahr, falsche Entscheidungen zu treffen und sie später zu bedauern, oder Sie geben einfach auf, weil Sie frustriert sind“ (a.a.O., S. 236). Damit will Damasio sagen, dass es eigentlich gar nicht möglich ist, auf diese Art gute Entscheidungen zu treffen. Mit Kalkulieren und Abwägen, Miteinbeziehen aller möglichen Varianten, Miteinberechnen der Zeit aber auch mit Berücksichtigen von Faktoren wie Wetter, hormonellen Schwankungen etc. beginnt man einen Prozess, der enorm viel Zeit beansprucht. So kann es geschehen, dass man vor lauter Abwägen nie zu einem Ergebnis kommt. Als anschauliches Beispiel für diese Grenzen der Vernunft dient ein Patient Damasio's, (es sei erwähnt, dass dieser Patient eine Gehirnschädigung hat,) welcher sich für einen von zwei vorgeschlagenen Terminen entscheiden sollte. Er begann, Gründe für und gegen die beiden Termine aufzuzählen, und wäre wohl endlos damit fortgefahren, hätte ihm Damasio nach fast einer halben Stunde die Entscheidung nicht abgenommen.

Doch trotzdem sind wir in der Lage, Entscheidungen zu fällen, manchmal sogar innerhalb von Sekunden. Diese zweite Art, Entscheidungen zu treffen geschieht anhand der somatischen Marker. Somatische Marker sind Körpersignale, anhand derer das emotionale Erfahrungsgedächtnis seine Bewertung einer Situation mitteilt. Da der Ausdruck eine körperliche Empfindung ist - Soma heisst auf griechisch Körper - und da die Signale eine bestimmte Situation oder Möglichkeit markieren, bezeichnet Damasio diese Reaktionen als somatische Marker. Sie werden als Gefühl oder Körperempfindung wahrgenommen.

Damasios Erkenntnisse über Entscheidungen besagen, dass noch bevor man ein Problem einer logischen Überlegung (oder Kosten-Nutzen-Analyse) unterzieht, der somatische Marker auftritt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf das zukünftige Ergebnis,

das eine bestimmte Handlungsweise nach sich ziehen kann. Ein negativer somatischer Marker, also eine unangenehme Empfindung - z.B. ein schlechtes Gefühl im Bauch - wirkt so automatisch als Warnsignal, das sagt, Achtung, Gefahr! (Damasio 1997, S. 237f). Somit warnt uns dieses Gefühl, diese Möglichkeit weiter in Betracht zu ziehen. So werden gewisse Möglichkeiten verworfen. Der somatische Marker trifft sozusagen Vorentscheidungen. Er selektiert, welche Optionen zur abschliessenden Entscheidung übrigbleiben. Analog wirkt ein positiver somatischer Marker, also eine angenehme Empfindung - z.B. ein gutes Gefühl im Bauch - als Startsignal.

Doch somatische Marker allein reichen nicht für eine kluge Entscheidungsfindung: Auf ihn muss noch ein logischer Denkprozess folgen. Aber: „Wahrscheinlich erhöhen somatische Marker die Genauigkeit und Nützlichkeit von Entscheidungsprozessen“ (ebd.). Sie helfen uns, indem sie die Wahlmöglichkeiten ins rechte Licht rücken, also die ungünstigen, gefährlichen Optionen rasch aus weiteren Überlegungen ausklammern. Somatische Marker sind sozusagen ein Tendenzapparat. Dies bedeutet, dass für eine gute Entscheidung die Vernunft auch zum Einsatz kommt, aber erst nachdem die somatischen Marker schon lange tätig waren.

### **2.3.1. Zur Entstehung somatischer Marker:**

Damasio (1997) erklärt die Entstehung somatischer Marker neuronal (S. 243f). Einerseits gibt es die angeborenen somatischen Marker. Ihre Bestimmung besteht darin, das Überleben zu sichern, sie haben die Tendenz, Schmerzen zu vermeiden und potentielle Lust zu suchen. Doch die meisten somatischen Marker, welche wir zur rationalen Entscheidungsfindung verwenden, sind erlernt. Sie sind im Laufe unserer Erziehung und Sozialisation im Gehirn entstanden, indem wir handelnd auf unsere Umwelt (Kultur, Eltern, Peers) reagiert haben und so Erfahrungen gesammelt haben. Dadurch wurde gelernt, bestimmte Klassen von Reizen mit bestimmten Klassen von somatischen Zuständen zu verknüpfen.

Obschon die meisten somatischen Marker in der Kindheit und Jugend erlernt werden, werden lebenslang weitere somatisch markierte Reize erworben. So beschreibt Damasio diesen Erwerb „als einen Prozess fortwährenden Lernens“ (a.a.O., S. 246), welcher erst am Lebensende endet. Somatische Marker werden also durch Erfahrungen erworben.

Damasio geht davon aus, dass alle unsere Erfahrungen in einem dualen Bewertungssystem abgespeichert werden. Sie werden danach ausgewertet, ob sie „gut für mich“ oder „schlecht für mich“ waren. Dementsprechend meldet uns der somatische Marker bei zukünftigen Entscheidungen „annähern!“ resp. „vermeiden!“. Er nimmt an, dass praktisch alles, was wir erlebt haben in unserem emotionalen Erfahrungsgedächtnis gespeichert ist. Dass jedes Objekt und jede Situation, mit denen ein Mensch Erfahrungen gesammelt hat, mit Emotionen und den begleitenden Körperzuständen verknüpft wird. So wird in einer neuen Situation unser emotionales Erfahrungsgedächtnis blitzschnell abgerufen, und unsere somatischen Marker zeigen uns, was zu diesem Thema bisher für Erfahrungen gesammelt wurden. „Was hat mir geschadet, was war schlecht für mich?“ resp. „was war gut für mich, was hat mir genützt?“.

Dass somatische Marker auch wirksam sind, ohne uns zwingend bewusst zu werden, hat Damasio anschaulich mit seinen Glückspielexperimenten belegt (a.a.O., S. 285f). Bei diesen Experimenten mussten die Versuchspersonen aus vier verschiedenen Stapeln Spielkarten wählen, mit der Aufgabe, einen möglichst hohen Gewinn zu erzielen. Zwei Kartenstapel waren gewinnbringend präpariert, die anderen beiden führten zu Verlusten. Anhand des gemessenen Hautwiderstandes konnte Damasio zeigen, dass die Versuchspersonen schon nach kurzer Zeit unbewusst wussten, welche Stapel gut und welche schlecht für sie waren. Lange bevor ihnen ihre Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Kartenstapel bewusst wurde, hatten sie bereits genügend Erfahrungen gesammelt, dass ihnen ihre somatischen Marker mitteilten, was „gut“ und was „schlecht“ war.

### ***2.3.2. Der Nutzen somatischer Marker für die Psychologie, resp. fürs ZRM-Training***

Somatische Marker werden nicht nur in real stattfindenden Situationen ausgelöst, sondern auch bei Vorstellungsbildern, so wenn Menschen bewusst abwägen und planen. Damasio nennt diesen Vorgang die „Als-Ob-Schleife“ (1997, S. 214). Ebenso funktionieren somatischer Marker auch, wenn die unmittelbaren Folgen einer Entscheidung negativ sind, aber positive künftige Ergebnisse in Aussicht stellen (a.a.O., S. 239), also die unmittelbaren Unannehmlichkeiten nur das Vorspiel einer potentiellen Verbesserung der Situation sind.

Für das ZRM-Training bedeutet dies, dass ein mit dem Ziel negativ verknüpfter somatischer Marker die Wahrscheinlichkeit, dass zielrealisierend gehandelt wird, vermindert. Demgegenüber aber ein positiver somatischer Marker Motivation erzeugt. Da somatische Marker durch Erfahrungen entstehen, sind sie hoch individuell und werden ganz unterschiedlich wahrgenommen. Storch (2003) erläutert anschaulich, dass somatische Marker zwar immer Körpersignale sind, aber sowohl als Körperempfindung, Emotion oder auch als ‚Geschehen im Kopf‘ wahrgenommen werden können. Die Erkenntnisse über die somatischen Marker zeigen die Wichtigkeit, sein eigenes emotionales Bewertungssystem zu kennen.

#### **2.4. Zurück zum Zielformulieren**

Im ZRM-Training wird das Ziel nun solange umformuliert und weiterbearbeitet, bis es durch einen positiven somatischen Marker bestätigt wird (3. Kriterium). So wird sicher gestellt, dass das Ziel auch emotional stimmt und somit motivierend ist.

Diese drei Kriterien genügen im ZRM für die Zielformulierung. Es geht zu diesem Zeitpunkt weder darum, ob das Ziel realistisch ist, noch müssen Massnahmen ergriffen oder systemische Erwägungen gemacht werden. (Die praktische Umsetzung des Ziels erfolgt erst später, in Phase 4.)

#### **2.5. Ziel und Ressourcenpool (Phase 3)**

Das entwickelte Ziel wird als neuronales Netz betrachtet. Bildlich gesprochen ist dieses neuronale Ziel-Netz zu diesem Zeitpunkt jedoch noch sehr klein und schwach und muss gestärkt werden, um zielrealisierendes Handeln zu ermöglichen.

Da ein neuronales Netz vor allem durch häufige und erfolgreiche Nutzung wächst (Hüther 2001), wird im Training sicher gestellt, dass das Ziel-Netz möglichst oft und über möglichst viele Wege aktiviert wird; das Ziel wird multicodiert.

Um die Häufigkeit der Benutzung sicher zu stellen, wird in der Phase 3 der persönliche Ressourcenpool zusammengetragen. Ein zentrales Element in dieser Phase sind die Erinnerungshilfen, auch Auslöser oder Primes genannt. Sie wirken als auslösender Reiz, welcher das neuronale Ziel-Netz aktiviert und dadurch die gewünschte Reaktion, d.h. zielrealisierendes Handeln hervorruft. Die Teilnehmenden suchen nach persönlicher Vorliebe aus einer breiten Palette von Möglichkeiten individuelle Erinnerungshilfen. Je mehr Erinnerungshilfen eine Person hat, desto

häufiger wird ihr neuronales Ziel-Netz benutzt. Mit der Zeit lösen die Erinnerungshilfen die Aktivierung der Bahn automatisch aus.

Da das Ziel-Netz auch unbewusst durch Erinnerungshilfen aktiviert werden kann, spricht man auch von unbewusstem Lernen, dem sogenannten Priming. Ein eindrückliches Experiment von Bargh, welches anschaulich zeigt, wie Priming funktioniert, findet sich bei Storch & Krause (2002, S. 68f).

Für die Multicodierung des Ziels wird neben der kognitiven und emotionalen Ebene auch der Körper mit einbezogen. Die empirisch gut belegte Annahme, dass sowohl die mentale Vorstellung Auswirkungen auf den Körper hat, als auch, dass die Körperhaltung das psychische Wohlbefinden beeinflusst, wird hier umgesetzt.

Zu dem zuvor gefundenen (kognitiv-emotionalen) Ziel wird nun eine passende Körperversfassung erarbeitet. Diese Verfassung ist eine weitere Ressource, welche ermöglichen soll, zielrealisierend zu handeln. Durch das Einnehmen dieser spezifischen Körperversfassung wird das neuronale Ziel-Netz aktiviert und somit das Zielgefühl wieder ausgelöst. Dies ermöglicht es, durch den Körper zielrealisierend zu handeln, also die gewünschte Stimmung, bzw. Haltung oder Verhalten, herbeizuführen.

Alles was das Ziel-Netz aktiviert, ist im ZRM eine Ressource. Das Gesamt an möglichen Ressourcen wird Ressourcenpool genannt.

## **2.6. Mit den Ressourcen zielgerichtet handeln (Phase 4)**

Nachdem jetzt das Ziel auf allen drei Ebenen multicodiert ist und ein breites Spektrum an dazu passenden Ressourcen entwickelt wurde, geht es in der Phase 4 darum, wie das Ziel konkret realisiert werden soll; um die Vorbereitung des Transfers in den Alltag. Um das Ziel in Handlung umzusetzen, müssen die bisher entdeckten und entwickelten Ressourcen gezielt eingesetzt werden.

Für die Umsetzung werden drei verschiedenen Situationstypen unterschieden. Bei Situationstyp A handelt es sich um einfache Situationen, in welchen die Teilnehmenden anhand des bisher Erarbeiteten ihr Ziel bereits verwirklichen können. Schwierige Situationen, welche jedoch vorhersehbar sind gehören zum Situationstyp B. Durch ihre Vorhersehbarkeit sind solche Situationen aber auch planbar und demzufolge bewältigbar. Deshalb werden die Ausführungsintentionen für B-Situationen präzise geplant. Die Teilnehmenden halten schriftlich fest, bei welcher

Situation sie wie vorgehen, also welche Elemente aus dem Ressourcenpool sie wie und wann einsetzen wollen.

Situationstyp B kann als Übungsfeld für Situationstyp C betrachtet werden. C-Situationen sind unvorhersehbar, treten überraschend auf und machen die Verwirklichung des Ziels dementsprechend schwierig. Obwohl unvorhersehbare Situationen unplanbar erscheinen, können auch sie gemeistert werden. Dies ist jedoch noch nicht unmittelbar nach dem Training möglich. Da man in Stresssituationen oder unter Druck üblicherweise in alten Mustern reagiert und erst im Nachhinein merkt, dass man wieder wie gewohnt in alter Routine gehandelt hat, muss das im Training Geübte automatisiert werden. Indem A- und B-Situationen gemeistert werden, wird das neuronale Ziel-Netz durch diese häufige und erfolgreiche Nutzung verstärkt und lässt mit der Zeit neue Handlungsmuster entstehen. Durch häufiges „Training“ kann der Zielzustand immer einfacher abgerufen werden. Die Wichtigkeit der häufigen Aktivierung kann metaphorisch mit einem Muskeltraining/dem regelmässigen Besuch im Fitnesscenter verglichen werden. Auch für den Muskelaufbau ist stetes Training wichtig. Somit wird auch der Zielzustand durch häufiges Training immer selbstverständlicher und aufwandloser herstellbar und mit der Zeit automatisiert. So wird alte, ungewollte Handlungsroutine mit der Zeit durch neue, gewollte Automatismen ersetzt.

## **2.7. Integration, Transfer und Abschluss (Phase 5)**

In der letzten Phase des Trainings wird der durchlaufene Prozess reflektiert, allfällige Fragen werden geklärt und die Ergebnisse werden integriert. Die Teilnehmenden haben während des Trainings ausreichend Wissen über die Theorie und die Vorgänge erworben. So sind sie nach Beendigung des ZRM-Trainings in der Lage, sich selbständig beliebig viele neue Ziele zu stecken, die dazu passenden Ressourcenelemente zu entwickeln und somit ihr Handlungsrepertoire zu erweitern.

## 3. Vergleich

---

Nachdem in den vorhergehenden Kapiteln die Lösungs-orientierte Kurztherapie und das Zürcher Ressourcen Modell vorgestellt worden sind, sollen diese beiden Ansätze in diesem Kapitel miteinander verglichen werden.

Besonderes Augenmerk werde ich dabei darauf richten, wie die Ziele formuliert werden und versuchen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Formulierungskriterien aufzuzeigen.

### 3.1. Gemeinsamkeiten

#### 3.1.1. Ressourcenperspektive

Die wohl wichtigste Gemeinsamkeit beider Ansätze ist sicher die Ressourcenperspektive. Anstatt Probleme zu thematisieren, wird darauf geachtet, sich konsequent an Lösungen, resp. Zielen, zu orientieren.

Diese Ressourcenperspektive ist auch bei den Zielformulierungs-Kriterien schön ersichtlich. Bei beiden Ansätzen verlangt das erste Kriterium, dass das Ziel positiv formuliert werden soll. Der Fokus liegt auf dem, was man will. Das, was man erreichen möchte, soll beschrieben werden, nicht das Problem, welches man vermeiden will.

#### 3.1.2. Ziel im Kontrollbereich der KlientIn

Auch darüber, dass das Ziel unbedingt im Kontrollbereich der KlientIn liegen muss, sind sich die beiden Ansätze einig (ZRM 2. Kriterium; Lösungs-orientierte Kurztherapie 5. Kriterium). Das Erreichen des Ziels darf keine von der KlientIn nicht selbst kontrollierbare Veränderung bedingen, es muss für ihre eigenen, direkt beeinflussbaren Handlungen formuliert werden.

#### 3.1.3. TherapeutInnen-Unabhängigkeit

Die TherapeutIn/TrainerIn versteht sich als ProzessbegleiterIn. D.h. ihr Fokus liegt auf der Unterstützung der KlientInnen/Teilnehmenden und sie selbst hält sich zurück mit Interpretationen. Das Individuum steht im Mittelpunkt und sie hilft diesem dabei, sein Ziel, resp. seine Lösung zu erreichen. Ein wichtiges Anliegen beider Ansätze ist die TherapeutInnen-Unabhängigkeit. Die KlientInnen/Teilnehmenden sollen lernen, selbständig zu handeln.

Die Lösungs-orientierte Kurztherapie macht nicht den endgültigen Abschluss der Lösung, also das Endergebnis zum Therapieziel, sondern den Prozess selbst. Die KlientInnen werden solange bei ihrem Prozess begleitet und unterstützt, bis sie diesen selbständig fortführen und zu Ende bringen können. Der Selbständigkeit der KlientInnen wird auch Rechnung getragen, indem diese selbst gefragt werden, wie sie wissen werden, dass sie nicht mehr zur Therapie kommen müssen.

Das ZRM-Training beschreibt sich als Selbstmanagement-Training, durch welches Selbstkompetenz erworben werden kann. Nach dem Training sollten die Teilnehmenden in der Lage sein, ihrem Ziel entsprechend zu handeln und ihr Handlungsrepertoire selbständig zu erweitern.

#### **3.1.4. Es geht um Handlung**

Beide Ansätze verfolgen (auf unterschiedlichen Wegen) das selbe Ziel. Es geht ihnen darum, dass die KlientIn/TeilnehmerIn lernt, zielgerichtet zu handeln. Das Endziel soll immer ein verändertes, bzw. neues Handeln sein.

### **3.2. Unterschiede**

#### **3.2.1. Ganzheitlichkeit/Multicodierung**

Schon der Beginn unterscheidet sich. Während in der Lösungs-orientierten Kurztherapie reflektiert wird, wie es bisher läuft (Suche nach Ausnahmen, Gewichtung der Momente in welchen es bereits richtig läuft), wird im ZRM mit unbewussten Anteilen begonnen, bevor man sich der bewussten Kognition zuwendet. Bereits in der ersten Sitzung können unbewusste Bedürfnisse in ein Bild projiziert und im Anschluss bewusst gemacht werden.

Bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie versucht die TherapeutIn durch geschickt gestellte Fragen und gezieltes Nachfragen, die KlientIn auf die Spur von Lösungen zu bringen und Ausnahmen hervorzulocken. Die Sitzungen finden in Form von Gesprächen statt, die Gewichtung liegt auf der Sprache und der bewussten Kognition.

Im Gegensatz dazu wird beim ZRM nebst der bewussten Kognition und den unbewussten Bedürfnissen auch der Körper mit einbezogen. Auch der Körper wird als Ressource betrachtet. Die Teilnehmenden nutzen diese Ressource, indem sie bei der Multicodierung des Ziels (Phase 3) ihr sprachlich formuliertes Ziel auch auf der körperlichen Ebene speichern.



Da davon ausgegangen wird, dass ein Ziel massiv höhere Chancen hat umgesetzt zu werden, wenn es motivierend ist, wird im ZRM dem Faktor der Motivation grosse Wichtigkeit beigemessen. Um das Ziel auch auf der emotionalen Ebene abzusichern und eben sicher zu stellen, dass es motivierend ist, bedient es sich Damasio's Theorie der somatischen Marker (siehe 3. Kapitel).

In den ZRM-Kursen ist oft feststellbar, dass es zwischen den Phase 2 und 3 - nachdem das Ziel anhand des somatischen Markers überprüft wurde - einen Punkt gibt, an welchem die Teilnehmenden kaum mehr zu bremsen sind. Sie wollen ihr Ziel unbedingt und jetzt sofort erreichen und darum am liebsten die Phasen 3 und 4 des Trainings überspringen. Storch nennt diese spürbare Motivation, dieses Drängen der Teilnehmenden, das „Ben-Hur-Phänomen“.

Meiner Meinung nach liegt in der Bedeutung, die dem positiven somatischen Marker beigemessen wird ein Grund dafür, dass das Ziel auch verwirklicht wird, d.h. den Transfer in den Alltag schafft. Durch den somatischen Marker wird das Ziel ausserdem auch auf emotionaler Ebene multicodiert.

Beim ZRM werden also kognitive, körperliche und emotionale Aspekte mit einbezogen.

Während die Lösungs-orientierte Kurztherapie auf der kognitiv-sprachlichen Ebene abläuft, verfolgt das ZRM aktiv einen ganzheitlichen Ansatz.

### **3.2.2. Setting**

Die Sitzungen der Lösungs-orientierten Kurztherapie finden meistens im Einzelsetting statt. Sie können aber auch mit Paaren oder ganzen Familien durchgeführt werden, je nach Thematik und Bereitschaft der Beteiligten. Alle in der Therapiesitzung Anwesenden „arbeiten“ am gleichen Thema. Eine Besonderheit von Walter & Peller ist, dass sie nach Möglichkeit im Team arbeiten. Eine der beiden TherapeutInnen verfolgt dann die Sitzung durch einen Einwegspiegel. Die räumliche Distanz zur Sitzung ermöglicht ihr, eine andere Perspektive bezogen auf die Situation der KlientIn einzunehmen und die Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn aus einem anderen Blickwinkel zu sehen. Bevor der KlientIn am Ende der Sitzung eine Rückmeldung gegeben wird, treffen sich die beiden TherapeutInnen und besprechen sich miteinander. Walter & Peller verweisen selbst darauf, dass im Team zu arbeiten ein Luxus ist, sich jedoch auf alle Fälle lohnt, wenn man dazu die Möglichkeit (Einwegspiegel, Finanzen, Zeitaufwand) hat.

Das ZRM-Training findet in Gruppen statt. Es wird je nach Gruppengrösse von einer bis zwei TrainerInnen geleitet. Das Gruppensetting hat zur Folge, dass keine zeitaufwändige Einzelbetreuung möglich ist, hat aber den Vorteil, dass die Gruppe als Ressource dient. Für viele Arbeitsschritte wird in Kleingruppen gearbeitet, in welchen sich die Teilnehmenden gegenseitig mit Ideen unterstützen. Obwohl von den verschiedenen Teilnehmenden an unterschiedlichen Themen gearbeitet wird, können sie sich gegenseitig unterstützen. Durch die während der Zusammenarbeit gewonnenen Einblicke können von den anderen gute Ideen oder clevere Strategien abgeschaut und übernommen werden.

### **3.2.3. Rahmen/Dauer**

Dass die Lösungs-orientierte Kurztherapie kurz sein soll, ist schon aus ihrem Namen ersichtlich. Die Dauer einer Therapie ist aber nicht vorhersehbar. Auch der Rahmen ist nicht vorgegeben, er wird ganz individuell festgelegt. So gibt es sowohl die Möglichkeit mehrerer Sitzungen innerhalb kurzer Zeit oder einzelner Sitzungen in einem länger angelegten Zeitraum. Grundsätzlich gilt: „Jede Sitzung ist die erste – jede Sitzung ist die letzte“. So besteht die Möglichkeit, laufend zu entscheiden, ob eine weitere Sitzung angezeigt ist. Ausserdem werden die KlientInnen selbst gefragt, wie sie wissen werden, dass sie nicht mehr zur Therapie kommen müssen. Wenn die KlientIn überzeugt ist, dass sie sich auf ihrem Weg zum Ziel befindet, ist die Therapie abgeschlossen.

Das ZRM-Training ist stufenweise aufgebaut. Da der Ablauf einer inneren Logik folgt, ist die Reihenfolge der fünf Trainingsphasen fix vorgegeben. Offen hingegen ist, wie genau das Training durchgeführt wird, ob durchgehend kompakt (innerhalb von zwei bis fünf Tagen), oder sequentiell an mehreren Einzeltagen.

### **3.2.4. Klientel**

Die Lösungs-orientierte Kurztherapie ist ja schon als Therapie definiert (obwohl Walter & Peller (1994, S. 16) diesen Begriff nur mangels besserer Alternative verwenden). Die Bandbreite der Klientel ist dementsprechend vielfältig und gross. Sie reicht von Kindern mit Schulschwierigkeiten über Personen mit Eheproblemen zu Menschen mit Depressionen oder sexuellen Schwierigkeiten. Auch die Angst um den Arbeitsplatz, der Umgang mit Drogen oder Krankheit, Bettnässen oder Gewichtsprobleme können Gründe für den Therapiebeginn sein. Ausserdem ist die

Lösungs-orientierte Kurztherapie auch für Personen geeignet, die unfreiwillig kommen und behaupten, dass sie kein Problem hätten und eine Therapie für unnötig halten.

Da sich das ZRM-Training als „ressourcenorientiertes Selbstmanagement-Training“ beschreibt, sind die Teilnehmenden in der Regel Personen, welche lernen wollen, ihre Ressourcen systematisch zu nutzen und ihr Handeln auch in schwierigen Situationen gezielt zu steuern. Oft wollen sich die Teilnehmenden weiter entwickeln, haben aber weder ein konkretes Problem noch eine genaue Vorstellung davon, was genau sie erreichen wollen. Es gibt aber auch Teilnehmende, welche sich für eine konkrete Situation vorbereiten, gezielt ihr Handlungsrepertoire vergrößern wollen. Das Spektrum, inwieweit den Teilnehmenden das Thema, welches sie bearbeiten werden schon bewusst ist, reicht in beide Extreme.

### **3.2.5. Allgemein vs. situationsspezifisch**

Schon in der Wortwahl der Zielformulierungs-Kriterien beider Ansätze ist ein wesentlicher Unterschied zu erkennen. Bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie heisst es: Kriterien für *eindeutig definierte* Ziele, beim ZRM: Kriterien für *handlungswirksame* Ziele.

Bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie besagt das 4. Kriterium, dass das Ziel so spezifisch wie möglich beschrieben werden soll. Die KlientIn soll sehr genaue Angaben über ihr konkretes zukünftiges Verhalten machen. Es wird so genau auf eine konkrete Zielbeschreibung geachtet, da man vom Ziel sofort zur Massnahme übergeht. Der Fokus der TherapeutInnen liegt darauf, den KlientInnen zu helfen, ihre Ziele so genau wie möglich zu definieren.

Im ZRM dagegen sind die Ziele in der Regel sehr allgemein formuliert. Bruggmann (2000, S. 21) stellt bei ihrer Analyse verschiedener ZRM-Ziele fest, dass nur 5 der 40 untersuchten Ziele situationsspezifisch formuliert sind. Demnach sind also beinahe 90% der Ziele allgemein d.h. situationsübergreifend.

Dadurch, dass ein Ziel allgemein formuliert ist, ist es meist hoch generalisiert und somit auf verschiedene Situationen übertragbar. Die Teilnehmenden werden im ZRM-Training darum auch dabei unterstützt, ihr Ziel offen und bildhaft zu formulieren. (Ein Ziel kann auch hoch metaphorisch sein und muss von anderen Personen nicht zwingend verstanden werden.) Das allgemein formulierte Grundziel kann dann später (in den Phasen 4 bis 5) noch spezifiziert werden. Erst dann geht es darum, dass sich

die Teilnehmenden Situationen überlegen, in welchen sie das Ziel erreichen möchten. Aus einem sehr allgemein formulierten Ziel können also beim Transfer konkrete Teilziele bzw. Handlungen abgeleitet werden. Dies hat den grossen Vorteil, dass also durch ein allgemein formuliertes Ziel der Anwendungsbereich viel grösser wird. Solche Ziele sind also multisituativ.

### **3.2.6. Verhalten vs. Haltung**

Wie oben beschrieben, muss bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie ein Ziel möglichst konkret sein. Es wird verlangt, dass ein ganz klares Verhalten beschrieben wird. Dies wird durch das 2. Kriterium, welches eine prozesshafte Darstellung verlangt, sicher gestellt. Indem darauf geachtet wird, dass die KlientIn bei ihren Formulierungen Verben anstatt Substantive benutzt (im englischen die „ing“-Form), soll eine prozesshafte Zielformulierung erreicht werden.

Wird von einer KlientIn eher eine Haltung anstatt ein konkretes Verhalten beschrieben, werden von der TherapeutIn „wie“-Fragen gestellt. Dies veranlasst die KlientIn, eine Abfolge von Handlungen zu beschreiben, was dazu führt, dass das Ziel ganz klar und eindeutig umsetzbar ist. Sowohl Haltungen als auch Gefühlsbeschreibungen werden nicht zugelassen. Es wird geschickt weiter gefragt, bis sich die KlientIn auf der Handlungsebene befindet.

Beim ZRM hingegen sind auch Ziele auf der Haltungsebene zugelassen. Ein Ziel kann sich auf eine Einstellung oder Charaktereigenschaft beziehen. Zum Beispiel: „Ich bin selbstbewusst und gelassen!“ ist in dieser Form zulässig (vorausgesetzt es ist motivierend und wird durch den somatischen Marker bestätigt).

Ziele müssen nicht zwingend eine Handlung beschreiben, sie können auch das Denken oder Fühlen beinhalten. Solche Ziele führen dann sozusagen über die Persönlichkeitsebene zur Handlungsebene: Es wird davon ausgegangen, dass eine veränderte Haltung Auswirkungen auf das Verhalten einer Person hat, also ihr Handeln beeinflusst.

Die Unterschiede zwischen Zielen, die das Verhalten resp. die Haltung/Einstellung einer Person betreffen, sollen nun anhand zweier Beispiele verdeutlicht werden:

Ein Fallbeispiel von Walter & Peller (1994, S. 226f; hier im 2. Kapitel wiedergegeben) beschreibt die Sitzung mit einer Klientin welche Eheschwierigkeiten hat. Auf die

Frage der TherapeutIn, was die Klientin (in den Augen ihres Mannes) anders machen würde, wenn ihr Mann mehr mit ihr reden würde (wie sie sich das wünscht), antwortet diese: „Ich glaube, er würde sagen, dass ich entspannter und sicherer wäre, und ich glaube, ich wäre es auch.“ Wie wir im Beispiel gesehen haben, wird dann bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie weitergefragt, *wie* sie entspannter und gelassener werde. Es wird nach konkretem Verhalten gefragt.

Beim ZRM hingegen könnte diese Aussage der Klientin als ihr momentanes Bedürfnis gesehen werden. Die Wörter „entspannt“ und „sicher“ würden dann als Ausgangslage für die Zielformulierung dienen. Nachdem sie sich ein Ziel - auf der Haltungsebene – formuliert und dieses auf allen Ebenen multicodiert hätte, würde sie schauen, was dies nun für ihr Verhalten bedeuten würde. Dann erst würden konkrete Verhaltensweisen für spezifische Situationen geplant.

In einem weiteren Fallbeispiel von Walter & Peller (a.a.O., S. 107f) geht es um ein Paar, welches unter einer konkurrenzbeladenen und konflikthafter Beziehung leidet. Auf die Frage der Therapeutin, was sie anders machen würden, wenn die Beziehung eher so laufen würde, wie sie es wollten, antworteten sie, dass es anstatt der Konkurrenz mehr Verstehen, Toleranz und Ausgewogenheit gäbe. Da diese Aussagen zu vage und nicht prozesshaft waren, wurde in den Rahmen der Ausnahmen und hypothetischen Lösungen gewechselt. Im ZRM hingegen würde „Verstehen, Toleranz und Ausgewogenheit“ als Thema/Bedürfnis gelten, aus welchem ein Ziel formuliert und dann entsprechend fortgefahren werden würde.

### 3.3. Darstellung der Situationsebene und Verhaltensebene

Auf das Ziel bezogen, scheinen mir die beiden letzten die wichtigsten Unterschiede zu sein. Darum sollen hier die Dimensionen „multisituativ vs. situationsspezifisch“ und „Verhalten vs. Haltung“ optisch dargestellt werden.

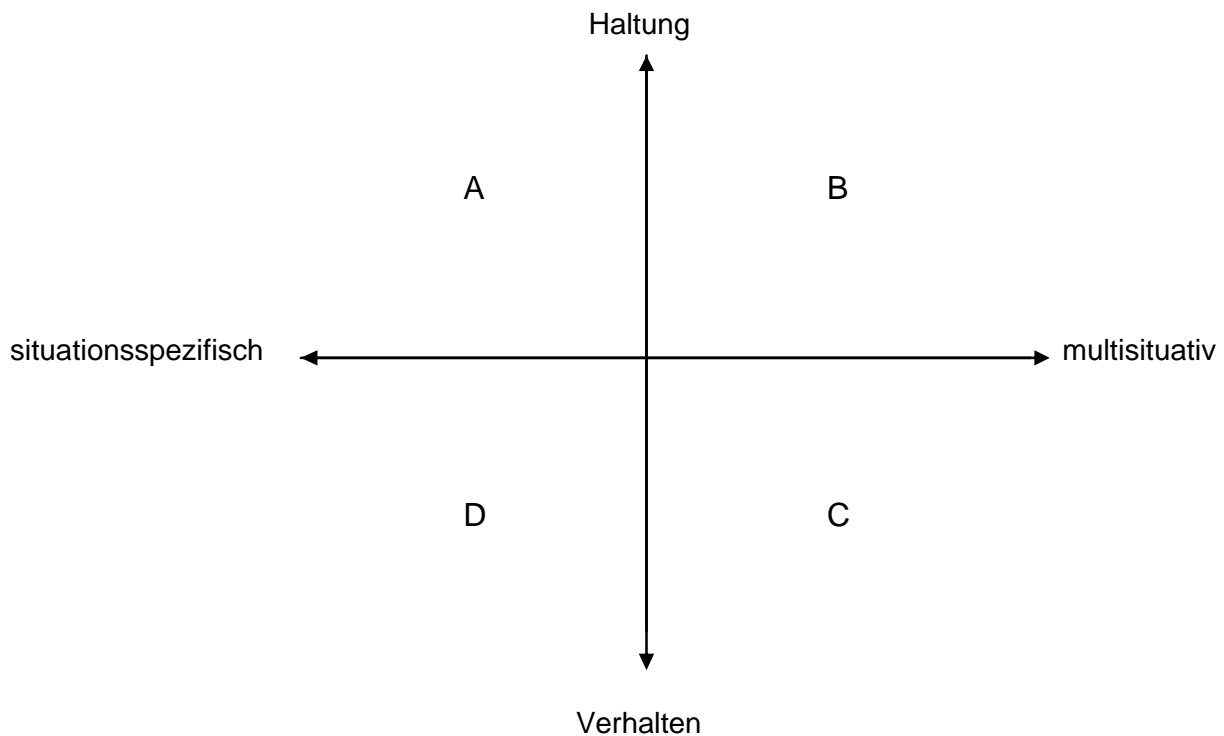


Abbildung 1. Situationsebene vs. Verhaltensebene

Da bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie ein Ziel sowohl möglichst konkret sein, als auch ein eindeutiges Verhalten beschreiben muss, sind diese Ziele eindeutig im Feld D zu verorten.

Die folgenden Beispiele sind von mir sinngemäss aus den Fallbeispielen von Walter & Peller (1994) formuliert. In Klammern ist der Grund für die Therapie angegeben.

- „Ich höre zu, was meine Frau zu sagen hat.“ (Ehemann der glaubt, dass sich seine Frau ändern muss, um Konflikte zu verhindern) (Walter & Peller, 1994, S. 210f).
- „Ich bin kooperativ. Ich halte meinen Mund, mache meine Arbeit und melde mich freiwillig.“ (Schüler, der sich vom Lehrer ungerecht behandelt fühlt) (a.a.O., S. 224f).
- „Ich rede direkter mit Menschen. Ich sage, was ich will, weil ich mir sage, dass das was ich will, wichtig sein kann.“ (Frau mit Selbstzweifeln) (a.a.O., S. 215).

Aus diesen Beispielen ist ersichtlich, dass in den Zielen der Lösungs-orientierten Kurztherapie immer ein spezifisches Verhalten beschrieben wird.

Im ZRM werden die Ziele immer als Haltungsziele formuliert. Fast immer sind sie allgemein formuliert, werden also in obiger Abbildung im Feld B angesiedelt. Eine mögliche Zielformulierung könnte sein: „Ich bin selbstsicher und authentisch“. Der Vorteil eines allgemein formulierten Haltungsziels ist, dass es als Identitätsziel empfunden wird und somit eine lange Gültigkeit und einen vielseitigen Anwendungsbereich hat. Selten wird im ZRM auch ein Ziel für eine bestimmte Situation formuliert. Doch auch dann ist es auf der Haltungsebene formuliert (Feld A). Ein Beispiel: „In der Prüfung bleibe ich ruhig und gelassen.“

Erst in Phase 4 geht es darum, wie das Ziel nun konkret in Handlung umgesetzt werden kann. Hier erst begibt man sich auf die Handlungsebene. Für das oben erwähnte Ziel „Ich bin selbstsicher und authentisch“ könnten dann für konkrete Situationen (wie zum Beispiel das Einbringen meiner Meinung in der Teamsitzung, ein Referat halten, alljährliche Feriendiskussion, etc.) spezifische Ausführungsintentionen geplant werden.

## 4. Schlusswort

---

Nachdem in den ersten beiden Kapiteln die Lösungs-orientierte Kurztherapie und das Zürcher Ressourcen Modell vorgestellt worden sind, wurden die beiden Ansätze im vorhergehenden Kapitel miteinander verglichen, ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt. Zum Abschluss sollen nun die wichtigsten Erkenntnisse noch einmal genauer betrachtet und die zentralen Elemente und Besonderheiten beider Ansätze speziell hervorgehoben werden.

### 4.1. Die wichtigsten Unterschiede auf einen Blick

Im 3. Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass die Lösungs-orientierte Kurztherapie und das Zürcher Ressourcen Modell sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede aufweisen. Zur besseren Übersicht sollen hier die wichtigsten Unterschiede beider Ansätze tabellarisch dargestellt werden.

Tabelle 2. Unterschiede der Lösungs-orientierte Kurztherapie und des ZRMs

<b>Lösungs-orientierte Kurztherapie</b>	<b>ZRM</b>
<b>allgemein</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Einzelsetting, Paare, Familien; z.T. in sehr schwierigen Situationen; Evtl. mehrere TherapeutInnen</li><li>• Dauer und Rahmen werden individuell festgelegt</li><li>• Der Fokus liegt auf dem Weg zur Lösung (prozessorientiert)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppensetting mit 1 – 2 TrainerInnen</li><li>• Fixer Ablauf von fünf aufeinanderfolgenden Phasen</li><li>• Das Ziel wird im Training erarbeitet</li></ul>
<b>Zielspezifisch</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kognitives, sprachliches Ziel</li><li>• Das Ziel soll so spezifisch wie möglich sein (→ führt direkt zu Verhalten)</li><li>• prozesshafte Darstellung (Verhaltensebene)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• emotional, sprachlich und physiologisch multicodiertes Ziel</li><li>• i.d.R. allgemein formulierte Ziele (→ multisituativer Anwendungsbereich)</li><li>• Ziele auf der Haltungsebene</li></ul>



## **4.2. Besonderheiten**

Abschliessend sollen von mir als besonders wichtig oder eindrücklich erachtete Besonderheiten der beiden Ansätze hervorgehoben werden.

### ***4.2.1. Besonderheiten der Lösungs-orientierten Kurztherapie***

Ein zentrales Element der Lösungs-orientierten Kurztherapie ist die Sprache. Durch ihren geschickten Umgang mit Fragen, bewirken die TherapeutInnen den Erfolg der Therapie. Durch ihren besonders gewandten Sprachgebrauch und das geschickte Plazieren von Fragen, ermöglichen sie den KlientInnen neue Betrachtungsweisen (z.B. Position des anderen) und eröffnen ihnen neue Perspektiven (Hypothetische Lösungen). Indem Ausnahmen erkannt und als wichtig betrachtet werden, gewinnt die KlientIn eine neue Sichtweise.

Wie wichtig die Fragen sind, wird auch dadurch deutlich, dass es bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie verschiedene Beispiel- und Musterfragen gibt.

Eine besonders clevere und wirkungsvolle Frage ist die von de Shazer entwickelte Wunder-Frage, durch welche die KlientIn auf geschickte Weise in ihren Zielzustand versetzt wird.

Ein weiteres Element der Lösungs-orientierten Kurztherapie verdient meiner Meinung nach Beachtung: die so genannte (Denk-)Pause.

Bevor der KlientIn am Ende jeder Sitzung eine Rückmeldung gegeben wird, zieht sich die TherapeutIn kurz zurück, um sich bei einer Denkpause Gedanken zu machen, was genau sie ihr sagen soll. Die direkte und prompte Rückmeldung, welche normalerweise Komplimente zur bisherigen Bewältigung der Situation sowie eine Aufgabe beinhaltet, wird von den KlientInnen in der Regel sehr geschätzt. Da bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie idealerweise im Team gearbeitet wird, haben hier die beiden TherapeutInnen die Gelegenheit, sich auszutauschen und die Rückmeldung gemeinsam zu besprechen. So werden die verschiedenen Perspektiven (mit der KlientIn im Raum; Aussenperspektive durch die Einwegscheibe) aktiv genutzt (vgl. Walter & Peller, 1994, S. 137f und S. 162f). Durch das Berücksichtigen der verschiedenen Blickwinkel, resp. durch das Verlassen des Raumes, wird der Prozess bereichert und somit positiv beeinflusst. Meiner Ansicht nach ist die Wichtigkeit dieser Denkpause nicht zu unterschätzen.

#### **4.2.2. Besonderheiten des Zürcher Ressourcen Modells**

Eine Besonderheit des ZRM ist, dass es die somatischen Marker berücksichtigt. Obwohl diese (gefühlvolle) Art, ein Thema anzugehen vielen Teilnehmenden etwas ungewohnt oder gar unnötig erscheinen mag, liegt vermutlich hier der Grund für den Erfolg des ZRM. Denn durch das Miteinbeziehen somatischer Marker wird sicher gestellt, dass das Ziel so motivierend ist, dass ihm später der Transfer in den Alltag gelingt. So wird abgesichert, dass das Ziel auch verwirklicht wird.

Ausserdem hat das ZRM auch die Multicodierung des Ziels als Besonderheit aufzuweisen. Da bereits mehrfach auf diesen Punkt eingegangen wurde, sei hier zusätzlich erwähnt, dass das Multicodieren des Ziels sehr innovativ und erfolgversprechend ist. Dadurch, dass das Ziel auf verschiedene Arten und auf unterschiedlichen Ebenen abgespeichert ist und dementsprechend auch auf mehrere Arten abgerufen werden kann, steigen die Aktivierungs- und entsprechend auch die Erfolgschancen massiv.

#### **4.3. Erkenntnisse**

Noch in der Einleitung bin ich davon ausgegangen, dass das zentrale Element, um das Erreichen eines Zieles sicher zu stellen, die Sprache ist. Ich war sicher, dass die Art, wie man ein Ziel formuliert, wie man es in Worte fasst, der entscheidende Punkt für das Gelingen ist. Aus diesem Grund wurden auch die Ziel-Kriterien besonders genau betrachtet.

Ich bin immer noch der Überzeugung, dass die Zielformulierung ein zentrales Element ist, habe jedoch festgestellt, dass man ein Ziel auch auf andere Art verfolgen kann. Indem beim ZRM das zuvor sprachlich formulierte Ziel multicodiert wird, ist es auch körperlich vorhanden. So können Menschen, denen die Sprache nicht sehr liegt (sowie alle anderen natürlich auch), ihr Ziel körperlich speichern. Das neuronale Netz, welches zuerst durch ein sprachlich formuliertes Ziel aktiviert wurde, kann später auf verschiedenen Arten aktiviert werden. Hier sehe ich eine grosse Chance auch für Menschen, welche nicht so sehr auf Kognition/Sprache ansprechen.

Weiter habe ich erkannt, dass ein gut formuliertes (oder eben anderswie abgesichertes) Ziel zwar ein wichtiges Element ist, dass es aber schlussendlich darum geht, dass das Ziel in Handlung umgesetzt wird. Ein Ziel anzustreben ist

immer zukunftsgerichtet. Die Kunst besteht darin, es dann in der Gegenwart umzusetzen.

Davon, dass das Ziel in Handlung umgesetzt wird, hängt der Erfolg beider Modelle ab. Sie erreichen es aber auf verschiedene Art und Weise.

Während bei der Lösungs-orientierten Kurztherapie der Fokus konstant auf die Handlung gerichtet wird, wird der Weg zum Ziel sozusagen gemeinsam begangen. Die TherapeutIn unterstützt die KlientIn dabei, fortwährend zielgerichtet zu handeln. Das Ziel kann somit auch anhand der damit gemachten Erfahrungen angepasst oder verändert werden.

Beim ZRM wird das Ziel in der Regel erst nach dem Training in Handlung umgesetzt. Während des Trainings liegt der Schwerpunkt auf die vielschichtige Absicherung des Zieles; Das Ziel wird auf mehreren Ebenen multicodiert und die Aktivierung des neuronalen Ziel-Netztes auf verschiedene Arten sicher gestellt. So wird sozusagen durch das Üben des Zielzustandes der Weg dahin vorbereitet. Nach dem Training können die Teilnehmenden durch die gute Vorbereitung und richtige Planung auch im Alltag zielgerichtet handeln. Mit der Zeit sollte durch die häufige Aktivierung des Ziel-Netztes das Handeln sogar in schwierigen, überraschend eintretenden Situationen automatisch ausgelöst werden.

Beide Ansätze stellen auf unterschiedliche Art sicher, dass das Ziel auch in Handlung umgesetzt wird, dass bisheriges unpassendes, resp. nicht vorhandenes Handeln durch neues, passendes Handeln ersetzt wird.

## Literatur

---

Bruggmann, Nicole (2000). *Zielformulierungen aus dem Kurs „Persönlichkeitstraining mit dem Zürcher Ressourcenmodell ZRM“*. Seminararbeit am Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie I, EB II, Universität Zürich.

Brunstein, Joachim C. (1995). Persönliche Anliegen und subjektives Wohlbefinden. In Kurt Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994* (S. 256-260). Göttingen: Verlag für Psychologie / Hogrefe.

Damasio, Antonio R. (1997). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.

Gollwitzer, Peter M. (1995). Zielbegriffe und –theorien in der heutigen Psychologie. In Kurt Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994* (S. 295-300). Göttingen: Verlag für Psychologie / Hogrefe.

Grawe, Klaus (1998). *Psychologische Therapie* / von Klaus Grawe. Göttingen: Verlag für Psychologie / Hogrefe.

Hüther, Gerald (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Storch, Maja (2000). *Das Zürcher Ressourcenmodell. ZRM*. In *Beiträge zur Lehrerbildung*, 18(3) (S. 307-323).

Storch, Maja (2003). *Das Geheimnis kluger Entscheidungen. Von somatischen Markern, Bauchgefühl und Überzeugungskraft*. Zürich: Pendo.

Storch, Maja & Krause, Frank (2002). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcenmodell ZRM*. Bern: Huber.

Walter, John L. & Peller, Jane E. (1994). *Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch*. Dortmund: verlag modernes lernen.