

Fakultät für
Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg

Ziel- und Ressourcenveränderung in der lösungs-
und ressourcenorientierten Gruppentherapie

Eine Pilotstudie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Philosophie
(Dr.phil.)

vorgelegt von
Alexander Herr

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Fiedler

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jochen Schweitzer

Heidelberg 2005

Meinem Vater Wolfgang Herr
in Liebe, Achtung und Verbundenheit

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle meiner Familie und meinen engsten Freunden, insbesondere meinem Bruder und meiner Mutter, danken, dass sie mich in den letzten Jahren begleitet haben. Mein herzlichster Dank gilt Cornelia für ihre Geduld, Nachsicht und Unterstützung.

Ebenfalls danke ich Herrn Prof. Dr. P. Fiedler für die freundliche Betreuung dieser Arbeit und Herrn Prof. Dr. J. Schweitzer für seine hilfreiche Unterstützung und die Bereitschaft, als weiterer Gutachter für diese Arbeit zu fungieren.

Im Besonderen möchte ich Dr. Gunther Schmidt meinen Dank aussprechen, dem ich nicht nur das Zustandekommen dieser Arbeit, sondern auch vieles mehr zu verdanken habe. Darüber hinaus möchte ich meine hoch geschätzten Kolleginnen und Kollegen der Fachklinik am Hardberg nicht vergessen, insbesondere aus der hypnosystemischen Abteilung, die mich während der letzten Jahre immer wieder unterstützt und aufgebaut haben, wenn die Luft mal dünner wurde. Außerdem Markus Pohlmann für sein schnelles und hilfreiches Korrekturlesen. Danke euch allen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1	Ziele und Zielveränderung in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie und Beratung.....	6
2.1.1	Auftragsklärung und Zieldefinition.....	8
2.1.2	Formulierung erster Ziele.....	10
2.1.3	Mögliche Ambivalenzen im „inneren“ System.....	13
2.1.4	Relativierung der Ziele anhand der Kontextbedingungen.....	16
2.1.5	Umgang mit Zielen und deren Bedeutung in der lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie.....	18
2.2	Ressourcen und deren Veränderung in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie und Beratung.....	21
2.2.1	Der Ressourcenbegriff in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie und Beratung.....	23
2.2.2	Veränderung und Nutzung von Ressourcen während einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung.....	26
2.2.3	Zur Kontextabhängigkeit von Ressourcen.....	28
2.2.4	Gruppe als besondere Ressource.....	30
3.	Fragestellungen und Hypothesen.....	33
3.1	Hypothesen zur Veränderung der Annäherungs- und Vermeidungsziele.....	33
3.2	Fragestellungen und Hypothesen zur Veränderung der Therapieziele.....	34
3.3	Fragestellungen und Hypothesen zur Veränderung der Ressourcenwahrnehmung und –nutzung.....	35
4.	Methode	37
4.1	Durchführung der Untersuchung.....	37
4.2	Beschreibung der Stichprobe.....	38
4.3	Die Untersuchungsinstrumente.....	39
4.3.1	Der FAMOS von Grosse-Holtforth & Grawe.....	39
4.3.2	Das Therapiezielinterview von Schulte-Bahrenberg.....	40
4.3.3	Das Ressourceninterview von Schiepek & Honermann.....	42
4.4	Auswertung.....	43
5.	Ergebnisse.....	44
5.1	Ergebnisse des FAMOS.....	44
5.1.1	Ergebnisse der Gesamtstichprobe.....	44
5.1.2	Unterschiede zwischen der stationären und ambulanten Teilstichprobe.....	46
5.1.3	Ergebnisvergleich mit der Normalpopulation.....	46

5.2	Ergebnisse der Therapiezielveränderungen.....	49
5.2.1	Ergebnisse der Gesamtstichprobe.....	49
5.2.2	Muster der Therapiezielveränderung über den Verlauf.....	50
5.2.3	Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Teilstichprobe.....	56
5.3	Ergebnisse der Ressourcenveränderungen.....	60
5.3.1	Ergebnisse der Gesamtstichprobe.....	60
5.3.2	Ergebnisse des Vergleichs „Alte vs. Neue Ressourcen“.....	65
5.3.3	Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Teilstichprobe.....	70
6.	Diskussion.....	72
6.1	Diskussion und Interpretation.....	72
6.1.1	FAMOS-Ergebnisse.....	72
6.1.2	Therapiezielveränderungen.....	74
6.1.3	Ressourcenveränderungen.....	78
6.2	Methodenkritische Anmerkungen.....	83
7.	Zusammenfassung.....	86
7.1	Ausblick.....	87
8.	Abbildungsverzeichnis.....	89
9.	Tabellenverzeichnis.....	90
10.	Literaturverzeichnis.....	91
11.	Anhang.....	98

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Veränderungen von Zielen und Ressourcen während einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie bzw. Beratung^[1]. Grundlegende Annahme ist hierbei, dass sowohl Ziele als auch Ressourcen Variablen eines Beratungsprozesses sind, welche sich während des Verlaufs ändern. Mag das der therapeutischen Praktikerin^[2] sofort einleuchtend erscheinen, sind die empirischen Ergebnisse hierzu jedoch äußerst rar gesät. Stattdessen lassen sich vermehrt Arbeiten finden, in denen z.B. individuelle Therapieziele als Outcome-Kriterien (Kordy & Hannover, 1999; Heuft et al., 1996), prognostische Mittel für den Therapieerfolg (Ruff & Werner, 1987) oder im Sinne des Goal-Attainment-Scalings (Kiresuk & Sherman, 1968; Scholtz, 1979; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) als spezifizierbare und quantifizierbare Therapieelemente verstanden und eingesetzt werden. Bei allen wird eine Konstanz der anfangs erhobenen Ziele der Patienten über den Therapie-/Beratungsverlauf postuliert.

Ähnliches gilt für den Bereich der Ressourcen. Hier gibt es ebenfalls Bemühungen, Ressourcen zu kategorisieren und zu quantifizieren (Jack, 2001; Trösken & Grawe, 2002), um sie als Outcome-Kriterien in Prä-post-Vergleichen nutzbar zu machen.

Neben der Annahme von konstanten Zielen und Ressourcen während des Zeitraums einer Therapie oder Beratung gibt es Vertreter, die von einer stärkeren Variabilität und Veränderung dieser beiden Aspekte ausgehen (Schiepek & Cremers, 2002; Duncan & Miller, 2002; Kottje-Birnbacher & Birnbacher, 1999). Insbesondere lassen sich im Bereich der lösungs- und ressourcenorientierten Konzeptionen einige theoretische Annahmen für einen flexibleren Umgang mit Ziel- und Ressourcendefinitionen finden.

Die folgende Studie stellt einen Versuch dar, aus einer lösungs- und ressourcenorientierten Perspektive Hypothesen für eine Veränderung von Zielen und Ressourcen im Laufe einer Therapie bzw. Beratung zu formulieren und diese empirisch zu überprüfen.

Dabei sind zentrale Annahmen, dass

- die Fokussierung auf motivational attraktivere Annäherungsziele während der Therapie zunimmt und gleichzeitig die Wichtigkeit von Vermeidungszielen abnimmt,
- die neuen oder umformulierten Therapieziele von den Klienten als wichtiger eingeschätzt werden als die anfangs genannten Ziele und

^[1] Da die Annahmen dieser Arbeit sich sowohl auf Therapie- als auch Beratungskontexte beziehen, werden die Begriffe Therapie und Beratung in der folgenden Arbeit alternierend verwendet.

^[2] In dieser Arbeit werden sowohl die weibliche als auch die männliche Form unsystematisch genutzt, um dabei jeweils auf beide Geschlechter zu verweisen, auch wenn nur eine Form benannt wird.

- die Ressourcenanzahl und deren Nutzung im Laufe einer Beratung/Therapie deutlich zunehmen.

Bei dieser wissenschaftlichen Arbeit handelt es sich um ein Pilotprojekt, da bisher nur wenige methodische Herangehensweisen und entsprechende empirische Befunde zu diesen Fragestellungen existieren, die eine Ableitung und Differenzierung neuer Hypothesen ermöglichen. Somit dient diese Arbeit sowohl der Erprobung entsprechender Methodik als auch der Erfassung Hypothesen generierender Resultate.

Darüber hinaus liegen für die explizit lösungs- und ressourcenorientiert vorgehenden systemischen und auch hypnotherapeutischen Ansätze weniger methodisch akzeptable Studien vor als für die schon etablierten verhaltens- oder tiefenpsychologischen Verfahren (Schiepek, 1999). Dieser Umstand beginnt sich langsam zu verändern (Revenstorf, 2003; Schiepek et al., 2003). Dennoch befinden sich die systemischen Ansätze weiterhin in einer Phase der Konzeptualisierung (Ludewig, 2002), was eine stringente Erforschung erschwert. Demnach kann diese Studie als Pilotprojekt zur weiteren Etablierung der systemischen und hypnotherapeutischen Ansätze im wissenschaftlichen Diskurs verstanden werden.

An dieser Stelle möchte ich kurz auf den epistemologischen Hintergrund dieser Arbeit hinweisen. Der systemischen Denkweise liegen erkenntnistheoretische Annahmen, wie der radikale Konstruktivismus, der soziale Konstruktivismus und die verschiedenen Selbstorganisationsmodelle, zugrunde, welche alle die Möglichkeit einer objektiven Wahrnehmung der äußeren Realität – ob es sie nun gibt oder nicht – ablehnen.

Aus dieser Sicht kann das Ziel einer wissenschaftlichen Arbeit nicht darin bestehen, eine möglichst passgenaue Abbildung einer bestehenden Wirklichkeit zu finden. Vielmehr geht es darum, eine Konstruktion zu „erfinden“, die sinnvoll erscheint und uns hilft, in unserer „wahrgegebenen“ Umwelt zurechtzukommen. Auch wenn in dieser Arbeit die Vorgehensweise der klassischen Methodenlehre genutzt wird, kann aufgrund der erlangten Ergebnisse nicht auf eine zugrunde liegende und auffindbare Wahrheit geschlossen werden.

Der Autor möchte somit seinen wissenschaftlichen Beitrag als eine weitere Konstruktion verstanden wissen, welche für den „therapeutischen Alltag“ mehr oder weniger passend erscheint. Inwieweit dadurch die Wirklichkeit abgebildet wird, kann nicht beantwortet werden.

Was die Interpretation und Diskussion der vorliegenden Ergebnisse angeht, so werden sie als eine von mehreren Möglichkeiten der Realitätskonstruktion verstanden, die in erster Linie etwas über die Vorgehensweise des derzeitigen Wissenschaftssystems sowie die subjektive Sicht des Verfassers aussagt und erst in zweiter Linie etwas über die Klientinnen und den therapeutischen Prozess.

Zum Aufbau der Arbeit: Zu Beginn erfolgt eine kurze Eingrenzung der lösungs- und ressourcenorientierten Ansätze, um anschließend einzelne Aspekte zu vertiefen, die eine prozessorientierte Sichtweise der Thematik nahe legen.

Die theoretische Darstellung gliedert sich in Erörterungen angenommener Veränderungen motivationaler und therapeutischer Ziele während des Therapieprozesses sowie Annahmen zu Ressourcenveränderungen und daraus resultierenden Argumenten für eine flexible Umgangsweise mit dem Ressourcenbegriff in der Beratung.

Es folgen einige Haupthypothesen, die sich aus den theoretischen Überlegungen ableiten lassen, und eine kurze Darstellung des Untersuchungsdesigns sowie der angewandten Methoden. Nach Darstellung und Diskussion der Ergebnisse schließt die Arbeit mit einer Gesamtzusammenfassung.

2. Theoretischer Hintergrund

Wenn in dieser Arbeit von lösungs- und ressourcenorientierter Therapie gesprochen wird, dann bedarf es einer kurzen Standortbestimmung und Eingrenzung, auf welche Beratungskonzepte dabei schwerpunktmäßig Bezug genommen wird.

Mittlerweile scheinen viele Therapierichtungen verstärkt ressourcen- und auch explizit lösungsorientiert zu arbeiten ^[1] (Schaller & Schemmel, 2003). Dabei ist unbestritten, dass einige wichtige Impulse für diesen Umstand aus der systemischen und hypnotherapeutischen Therapierichtung hervorgegangen sind. Insbesondere Beiträge der Arbeitsgruppe um Steve de Shazer am Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee (de Shazer et al., 1986; de Shazer, 1989; Berg & Miller, 1993) sowie die von Milton H. Erickson (Erickson & Rossi, 1981) und seinen Schülern, wie Gilligan (1991, 1999, 2002), Schmidt (2004), Zeig (2002) u.a., konsequent weiterentwickelten hypnotherapeutischen Konzepte trugen dazu bei, dass pragmatische, passgenaue Lösungen und die dafür utilisierbaren Kompetenzen auf Seiten der KlientInnen stärker in den therapeutischen Fokus rückten.

Die Darstellung der vielfältigen Differenzierungen und wechselseitigen Beeinflussungen innerhalb der systemischen und ericksonschen Ansätze würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Deshalb nur so viel: Die heute als systemisch bezeichneten Therapierichtungen ^[2] entwickelten sich im Laufe der 60er und 70er Jahre aus der Familientherapie (Stierlin, 1975, 2003). Für Ludewig (1999) fällt die „Geburtsstunde“ der systemischen Therapie in die frühen 80er Jahre mit der Veröffentlichung dreier Aufsätze von de Shazer (1982), Dell (1982) und Keeney (1982), welche das bis dahin geltende Fundament der Familientherapie auf das Gründlichste erschütterten. Die zu jener Zeit eher praxeologisch begründete Familientherapie, welche sich größtenteils damit begnügte, individualpsychologische Konzepte auf Familien und andere soziale Gruppen zu übertragen, wurde durch die Rezeption neuerer epistemologischer und systemwissenschaftlicher Denkpositionen auf eine neue Basis gestellt, die mit der pragmatischen Tradition brach und stattdessen Bausteine für einen neuen Ansatz mit eigener klinischer Theorie zusammentrug.

Parallel dazu wuchs die Popularität der modernen Hypnotherapie nach Milton H. Erickson unter klientenzentriert und humanistisch arbeitenden Psychotherapeuten. Dies führte seit den frühen 80er Jahren zu einer intensiveren Beschäftigung mit unbewussten Ressourcen

^[1] teilweise mit dem Zusatz, dies schon immer auf „ihre Weise“ getan zu haben

^[2] „Die systemische Therapie gibt es nicht“ (von Schlippe und Schweitzer, 1998, S.23)

und lenkte den Blick der Therapeuten/Berater zunehmend auf bereits vorhandene Potenziale und Kompetenzen ihrer Klienten (Peter, 2001).

Vertieft man sich in die Geschichte der beiden Therapierichtungen, so wird deutlich, dass einige zentrale Interventionsstrategien der systemischen Ansätze aus Anregungen der modernen Hypnotherapie nach Erickson entstanden (Mücke, 1998; Schmidt, 2004) und es einen regen Austausch zwischen den Pionieren der Familien- und systemischen Therapie (Bateson, Jackson, Watzlawick u.a.) und Erickson und seinen Schülern gab.

Einer der ersten Vertreter der systemischen und hypnotherapeutischen Ansätze im deutschsprachigen Raum, der diese Gemeinsamkeiten aufgriff und aus ihnen ein integratives Konzept entwickelte, war Gunther Schmidt. Sein Modell zeichnet sich durch eine konsequente Kompetenz- und Zielorientierung aus, ohne wichtige Aspekte des Problemerlebens auszublenden (Schmidt, 2004).

Die folgenden theoretischen Überlegungen orientieren sich, neben der Bezugnahme auf weitere Vertreter lösungs- und ressourcenorientierter Ansätze, insbesondere an den hypno-systemischen Konzepten von Gunther Schmidt.

Als weiterführende Literatur zu den erwähnten Ansätzen sind z.B. Schlippe & Schweitzer (1998), Revenstorf & Peter (2001), Mücke (1998) und Schmidt (2004) zu nennen.

2.1 Ziele und Zielveränderung in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie und Beratung

Die folgenden Abschnitte orientieren sich an zentralen Phasen einer ressourcen- und lösungsorientierten Therapie/Beratung. Es werden Argumente gesammelt, die für eine Revision oder Erneuerung der Klientenziele im Laufe einer Therapie/Beratung sprechen und deshalb eine flexiblere Sichtweise prozessualer Zielveränderungen befürworten.

Dabei liegt das Augenmerk auf der Veränderung von Klientenzielen. Zur Begründung dieser Entscheidung folgt zunächst ein kurzer Exkurs zu Therapeuten- und Klientenzielen.

Exkurs: Therapeuten- vs. Klientenziele

Nach der Definition von Kottje-Birnbacher & Birnbacher (1999) kann der Vorgang einer Zieldefinition in der hypno-systemischen Beratung als ein „Verhandlungsmodell“ zwischen Berater und Klient bezeichnet werden. Aufgabe des Therapeuten/Beraters ist hierbei, nach Erhalt eines Auftrags des Klienten diesen beim Aufbau gewünschten Erlebens zu unterstützen, „systematisch Angebote zu machen, die soviel Aufmerksamkeit als möglich auf dieses gewünschte Erleben fokussieren, um die sog. "Wunschtrance" zu aktivieren“ (Schmidt, 2004, S. 44). Was jedoch das gewünschte Erleben beinhaltet, liegt im Ermessen der Klientin. Sie bestimmt die genauere Zieldefinition für die weitere Zusammenarbeit. Grundsätzlich wird eine gleichrangige, auf Kooperation aufbauende Arbeitsbeziehung zugrunde gelegt, die sich aus der ericksonschen Idee (und später auch aus NLP-Konzepten [Grinder & Bandler, 1981]) des „Pacings“ ableiten lässt. Dabei werden die Glaubenshaltungen, Zielvorstellungen, Erwartungen etc. der Klienten als achtenswerte und aus „guten Gründen“ so gestaltete Erlebniswelt wertschätzend akzeptiert, ohne dass dabei der Berater seine eigene Position aufgibt (Schmidt, 2004).

Simon (2002, S. 91) differenziert zwischen der Aufgabe und dem Auftrag eines Beraters/Therapeuten, indem er unter Aufgabe „die aus den persönlichen Werten des Therapeuten abgeleiteten Ziele“ und unter Auftrag die Leistung definiert, die vom Therapeuten gemäß der Logik einer arbeitsteiligen Gesellschaft gefordert und „für die er bezahlt wird“.

Somit liegt der eindeutige Schwerpunkt der Zielbestimmung auf Seiten der Klienten. Der Therapeut/Berater dient als kollegialer „Unterstützer“ für die genannten Ziele und ständiger

„Überprüfer“ nächster Schritte auf Ziieldienlichkeit. Dazu gehört dementsprechend auch, die eigene Position zu benennen, mögliche Unterschiede auf Auswirkungen für die gemeinsame Kooperation zu prüfen und mit dem Klienten z.B. die Erreichbarkeit gesetzter Ziele kritisch zu beleuchten, ohne jedoch eine Position des „Wissenden“ einzunehmen, welcher über Richtig und Falsch entscheiden kann.

Aus den im Exkurs genannten Gründen bezieht sich diese Arbeit ausschließlich auf Klientenziele und nicht auf Therapeutenziele, da letztere hauptsächlich prozesstheoretisch abzuleiten sind und so etwas wie „Metaleitlinien“ für den Aufbau einer kooperativen, ziieldienlichen Beziehung darstellen.

2.1.1 Auftragsklärung und Zieldefinition

Durchforstet man die aktuellere Literatur zu lösungs- und ressourcenorientierten Konzepten (Revenstorf, 2001; Gerl, 2001; Grawe, 1998; Ludewig, 2002), dann wird unterschiedlich klar zwischen Auftragsklärung und Zieldefinition unterschieden. So heißt es bei Ludewig (2002, S. 92): „Der Therapieauftrag ergibt sich aus der Umformulierung des ko-konstruierten Anliegens zu einer ausgehandelten, *vereinbarten Zielsetzung*“, bei Gerl (2001, S. 79): „Wenn Klient und Therapeut bezüglich des Ziels ausdrücklich übereinstimmen, ist das ein *Kontrakt*, auf den man sich [] verlassen kann“, bei Mücke (1998, S. 202) heißt es hingegen: „Auftragsklärung und Zieldefinition sind nicht identisch...“ und bei Grawe (1998, S. 631) lässt sich finden, dass „die Abklärung [] deutlich von der Therapie abgetrennt werden [sollte]...“, indem erst über Therapieziele gesprochen wird, wenn gemeinsam geprüft wurde, ob das Setting und Angebot für den Klienten passend erscheint.

Aus Sicht Foersters (1993) ist eine deutliche Unterscheidung, wie Mücke (a.a.O.) sie vorschlägt, sinnvoll. Das bedeutsamste System für ein Gelingen der Therapie erscheint demnach nicht das Klientensystem (z.B. Familie etc.), sondern das Beratungs- bzw. Therapiesystem als ein System, in dem sich Klient und Therapeutin als zwei „Beobachter“ über ihre Sichtweise austauschen, aber niemals darüber reden können, wie das Klientensystem „wirklich“ ist. Nach Schmidt sollte dieses System „als optimal ziieldienliches Lösungssystem organisiert werden“, was in aller Regel am ehesten gelingt, „wenn es auch ein optimales Kooperationssystem wird“ (Schmidt 2004, S. 93). Gerade die Phase der Auftragsklärung bezieht sich nach Mücke (a.a.O.) unmittelbar auf die Kooperation von Klient und Therapeut/Berater. Hier sind die Vorschläge von de Shazer et al. (1991) zu typischen Auftragsmustern erwähnenswert, bei denen es ausschließlich um die Beziehungsmuster zwischen Klient und Berater geht und noch nicht um konkrete Klientenziele für die Therapie. Selbst wenn eine Aushandlung des Auftrags immer eine oder mehrere Zielvorstellungen impliziert, muss noch keine klare Zieldefinition auf Berater- oder Klientenseite bestehen, wenn der Auftrag gegeben ist. So kann z.B. der Auftrag darin bestehen, eine erste Zielklärung vorzunehmen, aus der sich weitere Schritte ableiten lassen.

Umgekehrt gilt dies natürlich auch: Die Klientin etwa kann ein klares Bild ihrer Zielvision haben, dem Berater/Therapeuten jedoch im Rahmen eines Zwangskontextes (z.B. Psychiatrie, Gefängnis) keinen Auftrag für eine Zusammenarbeit erteilen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass eine Zielvorstellung genannt wird, die Person (z.B. ein Jugendlicher) jedoch nicht alleiniger Auftraggeber und Sinnstifter für das Beratungssystem ist. Deshalb sollte der Auftragskontext geklärt werden (von Schlippe & Schweitzer, 1998), bevor weitere inhaltliche Schritte erfolgen. Auf dieser Ebene ginge es dann vorrangig um Klärung des Überweisungskontextes, um die Frage, ob verschiedene Auftraggeber beteiligt sind und/oder ob der mögliche Auftrag überhaupt erfüllt und angenommen werden kann.

Ebenso ist der Therapeut/Berater, als Teil des Therapiesystems, sein eigener Auftraggeber für eine gelingende Kooperation und somit in der Verantwortung, für sich selbst optimal zu sorgen (s. Exkurs: Therapeuten- vs. Klientenziele).

Nach Klärung der Auftragslage kann im Weiteren geprüft werden, wozu die gemeinsame Zusammenarbeit genutzt werden soll, da aus Sicht von Schmidt (1996) jede Therapie ein Mittel zum Zweck darstellt. Dabei übernimmt nach Simon (2002, S. 100) der Therapeut Verantwortung für den Prozess, nicht aber für die Inhalte und Bewertung der genannten Ziele. Der Berater/Therapeut strukturiert den Prozess, indem er mit dem Klienten dessen Zielvorstellungen genau prüft und so konkret wie möglich ausarbeitet. Dabei ist die Zielklärung ein erster wichtiger therapeutischer Schritt, der sich im Laufe einer Beratung/Therapie wiederholen und die bisherigen Ziele aufgrund neuer Erkenntnisse revidieren kann. Schauer (2000) beschreibt den Prozess aufgrund der wiederholten Feedbackschleifen als ein TOTE-Modell mit mehreren Ebenen, bei dem es durchaus zu Überprüfungen und Veränderungen der Zieldefinitionen kommen kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Unterscheidung von Auftragsklärung und Zieldefinition für die Untersuchung von Zielveränderungen im Laufe einer Therapie hilfreich sein kann. Vor allem aus hypnosystemischer Sicht spricht einiges dafür, offen für mögliche Zielveränderungen zu sein, wenn die Basis der gemeinsamen Arbeit geklärt ist.

Natürlich handelt es sich hierbei um eine konstruierte Unterscheidung von zwei möglichen therapeutischen Phasen, die eng zusammenhängen. Es kann also nicht die Rede von einer Grundwahrheit sein, die „wirklich“ besteht, sondern nur von einer möglicherweise nutzbaren Konstruktion für die therapeutische Arbeit. Zwischen Auftrag und Zielen bestehen selbstverständlich viele Wechselwirkungen, die das Beratungs- und Klientensystem beeinflussen.

2.1.2 Formulierung erster Ziele

Wenn man, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, Auftragsklärung und Zieldefinition als zwei unterschiedliche Phasen des Beratungsprozesses ansieht, dann stellt sich die Frage, was bei einer Zieldefinition zu beachten ist und ob es Gründe dafür gibt, dass sich diese Ziele während des Verlaufs verändern.

Hinsichtlich der Formulierung anfänglicher Zieldefinitionen scheint in vielen Punkten Einigkeit zu bestehen (Storch & Krause, 2003; Berg & Miller, 1993; Gerl, 2001; Willutzki, 2000). Idealerweise sollten die Ziele positiv, konkret, situationsspezifisch formuliert werden und erreichbar sein, damit sie für den Klienten ausreichend bedeutsam sind.

Aus hypnotherapeutischer und systemischer Sicht wird zusätzlich auf den Prozess- und Gegenwartscharakter der Formulierungen Wert gelegt. Insbesondere in der Hypnotherapie wird die Phase der Zieldefinition als wichtiger Schritt einer „Ergebnisimagination“ verstanden, bei der das gewünschte Lösungserleben so detailliert auf unterschiedlichen Sinneskanälen exploriert wird, dass mit Hilfe einer solchen „Lösungstrance“ (Schmidt, 1996) die angestrebte Zukunft als Motivationsquelle für die Gegenwart genutzt werden kann. Die so entwickelten Ziele dienen in der weiteren Arbeit als „roter Faden“, mit dessen Hilfe jedes folgende Interventionsangebot auf Zieltreue hin geprüft werden kann.

Insgesamt nimmt in den lösungsorientierten, kurzzeittherapeutischen Angeboten die Zielexploration einen sehr wichtigen Stellenwert ein. Dieser ist so groß, dass de Shazer (2004) die Behauptung aufstellt, die Lösung habe mit dem Problem nicht unbedingt etwas zu tun. Daraus folgt konsequenterweise eine ausschließliche Fokussierung auf „Solution Talk“, welche jedoch kritisch diskutiert wird (Schmidt, 2004).

Beim Thema der Kontinuität anfangs gesetzter Ziele gibt es größere Differenzen als bei den Kriterien zur Zielformulierung: Bei den kurzzeittherapeutischen Ansätzen (de Shazer) wird ähnlich wie bei den Problemlösungskonzepten (Kanfer et al., 1996) zu Beginn der Therapie/Beratung zunächst eine Zielkonstanz vorausgesetzt. Aus systemtheoretischer und konstruktivistischer Perspektive erscheint eine dynamische Arbeit mit kurzfristiger angelegten Therapiezielen von Beginn an sinnvoll, da sich diese durch die vielfältigen Wechselwirkungen und ständigen Rückkopplungsschleifen im therapeutischen Kooperationssystem verändern können und nach Schiepek (1991, S. 110) „kontinuierlich zur Disposition stehen“ sollten (zit. nach von Schlippe & Schweitzer, 1998). Insbesondere die Unmöglichkeit, ein

„nichttriviales“ System (von Foerster, 1993) direkt beeinflussen zu können, setzt der Zielfokussierung und -beibehaltung auf Seiten der Therapeutinnen deutliche Grenzen.

Es gibt jedoch noch weitere Gründe, warum eine Konstanz der anfangs festgelegten Therapieziele nicht ohne Weiteres postuliert werden sollte: Kommt jemand in eine Beratung/Therapie, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Person mit einem Problemfokus in die Therapie kommt, der in erster Linie defizitär und in seinem Möglichkeitssinn eingeschränkt ist. Die häufig massive Aufmerksamkeitsfokussierung auf das Problemerleben – von Gilligan (1991) und Schmidt (1987, 1992) aufgrund vieler Parallelen zu tranceartigen Prozessen (Vorherrschen unwillkürlicher Prozesse) auch „Problemtrance“ genannt – führt sehr wahrscheinlich nicht zur gleichen Zielformulierung wie aus einem Zustand größeren Kompetenz- und Ressourcenerlebens. Es ist plausibel, dass die Zielformulierung aus dem Problemerleben heraus noch eng mit dem Problem verknüpft ist und sich häufig als eine Art „Gegenpol“ zum Problemerleben darstellt. Selbst bei einer Zielexploration nach oben genannten Kriterien wäre zu vermuten, dass es sich bei dem Problem und der möglichen Lösung bzw. dem Ziel um ein aus dem Problem abgeleitetes „Entweder-oder-Muster“ handelt, bei dem das Ziel dem Problem diametral gegenübersteht. Solange dies der Fall ist, sind alternative Wege im Sinne eines „Sowohl-als-auch“ oder „Weder-noch“ eher unwahrscheinlich. Oft sind aber gerade solche Lösungswege und damit verbundene Zielvorstellungen besonders hilfreich, da sie die Wahlmöglichkeiten^[1] der Klienten erhöhen.

So plädieren von Kibed & Sparrer (2002, S. 48) für dialektisches Problemlösen im Gegensatz zum analytischen und synthetischem Problemlösen nach Dörner (1992), da „hier [] nicht nur das Repertoire der Mittel, sondern das Ziel selbst während des Problemlöseprozesses verändert werden“ kann.

Die vermuteten Zusammenhänge zwischen Problem und Lösung decken sich ebenfalls mit den Beobachtungen der Familientherapiepioniere der Palo-Alto-Gruppe: Weakland, Watzlawick, Jackson u.a. vermuteten, dass die Lösungsversuche in Form bestimmter Interaktionen innerhalb der Familie häufig problemstabilisierend wirkten und die Symptomatik durch Intensivierung gleicher Lösungsversuche nur noch schlimmer wurde (Weakland et al., 1980). Dies veranlasste sie, nach Wegen zu suchen, diese Interaktionsmuster sinnvoll zu unterbrechen und zu verändern. Auch Schmidt (2004, S. 91) postuliert, dass Klienten oft Aufträge und damit verbundene Ziele an die Beraterin herantragen, die vom Muster

^[1] ganz im Sinne des konstruktivistischen Imperativs

her ein „Mehr desselben“ bisheriger, nicht erfolgreicher Lösungsversuche darstellen und häufig auf ein vollständiges „Wegmachen“ der Symptomatik abzielen. Schmidt nennt sie deshalb gerne „Killeraufträge“, welche unmodifiziert nicht angenommen werden sollten (a.a.O.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bezogen auf die Kriterien der Zielformulierung zwar Übereinstimmung vorherrscht, Veränderungen anfangs gesetzter Ziele im Laufe einer Therapie/Beratung jedoch ein unterschiedlicher Stellenwert beigemessen wird. Dennoch spricht in der Anfangsphase der Beratung einiges dafür, die ersten Zielformulierungen kritisch zu betrachten und für eine mögliche Veränderungsdynamik offen zu bleiben.

2.1.3 Mögliche Ambivalenzen im „inneren“ System

Die Vorgehensweise der kurzzeittherapeutischen, lösungsorientierten Ansätze erscheint äußerst minimalistisch und prinzipiell „einfach“, indem durch eine „Wunderfrage“^[1] Ausnahmen des bisherigen Problemerlebens und damit zusammenhängende Ziele gesucht und anschließend umgesetzt werden. Dennoch stellt sich die Frage, was geschieht, wenn möglicherweise Ambivalenzen^[2] bezüglich der Zielvorstellungen auftauchen (Simon, 1990). Aus hypnosystemischer Sicht besteht in der einseitigen „Lösungsfokussierung“ nicht nur ein krasser Mangel an Pacing, sondern es gehen viele wertvolle Informationen über größtenteils unbewusste Bedürfnisse, die im Problemerleben stecken, verloren. Die Sinnhaftigkeit und „Kompetenz“ der Problemmuster wird dabei nicht gesehen.

Schmidt (2004) vertritt aus diesem Grund das Modell einer dialektischen Hypnotherapie, bei der einerseits, ähnlich wie bei de Shazer, die Induktion einer Lösungstrance im Vordergrund steht, gleichzeitig aber auch eine Exduktion der Problemtrance angestrebt wird. Das hat folgende Gründe: Unter der Annahme, dass Klienten ihre Probleme als unbewusste, den willkürlichen Zielbestrebungen des rationalen „Ichs“ widersprechende Phänomene wahrnehmen, reichen oft einseitige Zielfokussierungen nicht aus. Nach ersten Besserungen berichten Klienten häufig, dass die Symptomatik wiedergekehrt sei und die Hilflosigkeit umso schlimmer erlebt werde. Schmidt empfiehlt hier einen wiederholten Vergleich von Lösungs- und Problemmustern, um durch detaillierte Problem-Trance-Rekonstruktionen mit den Klienten eine Metaposition aufzubauen, aus der sie mit Abstand auf ihr Problemerleben schauen können. Ziel ist dabei die Erhöhung der Wahlmöglichkeiten auf Seiten der Klienten, indem entscheidende Informationen über die Unterschiede zwischen beiden Mustern gewonnen werden.

Für die konkrete Arbeit schlägt Schmidt hierfür das Modell der „inneren Konferenz“ (Schmidt, 2000) vor, welches hypnotherapeutische und systemische Vorteile miteinander verbindet. Grundlage ist die Annahme, dass wir aufgrund unserer ständig wechselnden Aufmerksamkeitsfokusse viele unterschiedliche Erlebnisbereiche erfahren können, die uns partiell zu jemand anderem werden lassen, abhängig davon, auf welche Persönlichkeitsvariante wir gerade fokussieren. Infolgedessen kann von unterschiedlichen „inneren Seiten

^[1] abgeleitet aus der ericksonschen Strategie der „Pseudoorientierung in der Zeit“ bzw. Altersprogression

^[2] Die Berner Arbeitsgruppe um Grawe beschäftigt sich ebenfalls mit Möglichkeiten, Inkongruenz, innere Konflikte und deren Reduktion als wichtige therapeutische Schritte zu untersuchen. Hier wird ein anderes Vokabular benutzt, die Grundgedanken sind sich jedoch sehr ähnlich.

oder Anteilen“ gesprochen werden, die verschieden stark in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken können und mit denen sich die Person mehr oder weniger stark assoziiert, während andere Anteile parallel dissoziiert und ausgeblendet werden. Ziel dieses Modells ist es, einen Weg zu einer ganzheitlicheren Arbeitsweise mit den unterschiedlichen Bestrebungen einer Person zu finden. Durch Etablierung einer Metaposition und der Einführung unterschiedlicher Seiten ist es leichter möglich, sich von problematischen Erlebnisbereichen zu distanzieren (Problemtrance-Exduktion) und gleichzeitig stärker auf wünschenswerte „Anteile“ zu fokussieren (Lösungstrance-Induktion).

Geht man von einer solchen Komplexität eines inneren Systems aus, dann erscheint es recht wahrscheinlich, dass unterschiedliche Seiten für verschiedene Ziele (motivationaler und inhaltlicher Art) plädieren und es somit zu Zielkonflikten im Laufe einer Therapie kommen kann. Würde man an dieser Stelle einen eher „diktatorischen“ Führungsstil des Konferenzleiters bevorzugen, läge die Vermutung nahe, dass einige Seiten, höchstwahrscheinlich die so genannten Problemseiten, in den Streik treten und die Situation eher eskalieren würde (Symptomeskalation). Einseitige „Entweder-oder-Lösungen“ wären dementsprechend aus einer ganzheitlichen, das Gesamtsystem betrachtenden Sichtweise weniger hilfreich. Stattdessen wäre eine „demokratischere“ Herangehensweise (Stierlin, 2003), die mehr nach „Sowohl-als-auch-Lösungen“ sucht, vorteilhafter.

Aus dieser ganzheitlichen Sichtweise stellt sich noch eine Frage, die bei einer ausschließlichen Lösungsfokussierung fehlt: Weshalb haben die Klienten ihre Ressourcen/Potenziale für Lösungen nicht schon früher kontinuierlich genutzt?

Auch hier gibt es unterschiedliche Antworten. Aus einem ressourcen- und kompetenzfokussierenden Verständnis, unter Einbeziehung der jeweiligen Kontextbedingungen des Problemerlebens, erweist sich häufig die „Nichtnutzung“ der eigenen Kompetenzen als eine anerkennenswerte Loyalitätsleistung gegenüber wichtigen und nahe stehenden Personen im Umfeld der Klienten.

Dadurch kann es jedoch in einer fortgeschritteneren Phase der Beratung, nach Einbeziehung möglicher „Ehrenrunden“ in das alte Problemerleben, zu einer Ausdifferenzierung oder Neuformulierung der anfangs definierten Ziele hin zu einer optimaleren Zielbalance kommen.

Exkurs: Therapieziele vs. motivationale Ziele

In der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung wird nicht explizit auf die Unterschiede zwischen inhaltlichen Therapiezielen und damit in Verbindung stehenden motivationalen Zielen hingewiesen, da eine Wechselwirkung vermutet wird. In der aktuellen Psychotherapieforschung (Grawe, 1998; Austin & Vancouver, 1996; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002) und den damit verbundenen sehr differenzierten, verhaltenstherapeutisch geprägten Modellen ist diese Trennung jedoch klar formuliert. Grosse-Holtforth & Grawe (2002, S. 26) vermuten, dass sich motivationale Ziele in Annäherungs- und Vermeidungsziele unterteilen lassen, welche „als ontogenetische Operationalisierungen von Grundbedürfnissen oder [] deren Verletzung“ entstehen. Des Weiteren sollten „idealerweise [] die Therapieziele konkrete Operationalisierungen der Annäherungsziele des Patienten darstellen“ (a.a.O., S. 26). Dabei hängen sehr wahrscheinlich einzelne Therapieziele mit mehreren motivationalen Zielen zusammen, es kann jedoch nicht direkt von dem einem auf das andere geschlossen werden.

Aus diesem Grund wird neben der Erforschung konkreter Therapieziele auch der Bereich der motivationalen Ziele in diese Arbeit mit einbezogen. Der Grund dafür ist, dass aufgrund der oben beschriebenen kompetenzfokussierenden und ganzheitlichen Betrachtungsweise, bei der auch das Problemerkennen als Ausdruck wichtiger unbewusster Bedürfnisse verstanden wird, vermutet werden darf, dass innere Konflikte im Laufe einer Beratung/Therapie zurückgehen.

2.1.4 Relativierung der Ziele anhand der Kontextbedingungen

In diesem Abschnitt soll noch einmal die Wichtigkeit der Kontextbedingungen bezüglich expliziter und impliziter Zieldefinitionen unterstrichen werden. In lösungs- und ressourcenorientierten Ansätzen besteht größtenteils Einigkeit über die Bedeutung der „Umwelten“ auf das individuelle Verhalten der Einzelnen (Simon, 1990, 1993). So ist die Aussage, dass „alles [] seine Bedeutung, seinen Sinn und seine Wirkung erst in seinem Situationszusammenhang, seinem (ökosystemischen) Kontext“ gewinnt (Schmidt, 2004, S. 21), kein revolutionärer Gedanke mehr. Dennoch bleiben viele Beschreibungen, Kategorisierungen und Klassifikationen auf sehr allgemeiner Ebene, wodurch die jeweiligen Phänomene häufig ihren unmittelbaren Sinngehalt verlieren. Hier sei nur exemplarisch auf die von Fiedler (1998, 2000) äußerst kritisch diskutierte „Stigmatisierung“ bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hingewiesen, bei der im Besonderen eine verallgemeinernde, aus dem konkreten Kontext gerissene Zuschreibung erfolgt.

Zur Übertragung der obigen Aussage auf mögliche Zielveränderungen im Laufe einer Therapie/Beratung wird noch einmal das Modell der „inneren Konferenz“ aus Abschnitt 2.1.3 herangezogen. Geht man davon aus, dass wir nicht nur unterschiedliche „Seiten“ in uns tragen, die mehr oder weniger stark in den Aufmerksamkeitsfokus rücken, sondern uns darüber hinaus in den vielfältigsten Kontexten bewegen, dann erhöht sich die Komplexität ungemein. Infolgedessen liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die anfangs genannten Ziele nicht unbedingt für alle Kontexte und alle Seiten gleich passend erscheinen müssen, sondern aufgrund der Überprüfung möglicher Auswirkungen einer Zielerreichung nachträglich revidiert oder modifiziert werden sollten. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, wo jemand die Grenze zwischen den relevanten Kontexten zieht. So kann im Rahmen einer ausschließlichen Betrachtung des einzelnen Individuums ein Ziel durchaus sinnvoll erscheinen. Erweitert man jedoch die Perspektive auf die unterschiedlichen Kontexte, dann lassen sich vielleicht Gründe finden, die einer Zielerreichung im Wege stehen. Demgemäß stellt sich die Frage, ob Zielerreichung gleichzeitig immer Lösung des Problems bedeutet. Zumindest bei einer systemischen Betrachtungsweise erscheint die Überprüfung des Kontextes und der Passgenauigkeit gesetzter Ziele für mögliche Erklärungen einer Symptomatik relevant (s. auch Simon, 2002, S. 106–115).

Für eine passgenaue und prozessorientierte Vorgehensweise hieße das, möglichst differenziert die Auswirkungen antizipierter Zielerreichungen zu prüfen und gegebenenfalls die

Zielvorstellungen auszubalancieren und zu kontextualisieren. Auch hier ist anzunehmen, dass sich im Laufe einer solchen Arbeit die anfänglichen Ziele noch einmal differenzieren und möglicherweise häufiger in „Sowohl-als-auch-Ziele“ münden als im „Entweder-oder-Muster“ zu verweilen.

Neben der Differenzierung der Passgenauigkeit anfänglicher Ziele kann hierdurch auch eine Erhöhung der Wahlmöglichkeiten erfolgen, welches aus kybernetischer und konstruktivistischer Sicht wünschenswert wäre.

2.1.5 Umgang mit Zielen und deren Bedeutung in der lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie

In diesem Abschnitt soll der Stellenwert von Zielfokussierungen in der lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie untersucht werden, da die empirischen Erhebungen für diese Arbeit im Rahmen eines Evaluationsprojekts ambulanter und stationärer hypnosystemischer Gruppentherapie erfolgten. Somit erscheint es sinnvoll, auf einige Basisannahmen dieser Konzepte (Schmidt, 1993) einzugehen, bzgl. derer sie sich von anderen gängigen Gruppentherapiekonzepten (Yalom, 2001; Fiedler, 1996) unterscheiden.

Aus systemischer Sicht gibt es Gruppen nicht als feste Entitäten, sondern die Definition einer Gruppe hängt immer von den Definierenden und deren Zielen ab. Somit kann eine Gruppe immer als ein System mit explizitem Zweck-/Zielbezug verstanden werden (Schmidt, 1993). Erst aus der Orientierung an den Zielen entsteht der Sinn einer Gruppe. Das gilt für Gruppen, wie z.B. Arbeitsgruppen in Unternehmen, bei denen Ziele von anderer Ebene vorgegeben werden, genauso wie für Therapiegruppen, bei denen jeder Einzelne seine individuellen Zielvorstellungen einbringt, sofern es sich nicht um einen Zwangskontext handelt. Bei allen stellt die Gruppe ein Mittel zum Zweck dar.

Soll nun eine Gruppe ihre optimale Kompetenz entfalten, erscheint eine sorgfältige Zielklärung und -transparenz auf Seiten der Sinnstifter (bei Therapiegruppen in erster Linie die Klienten) von immenser Bedeutung. Sind die Ziele klar, lässt sich im Weiteren jede Interaktion auf Zieldienlichkeit prüfen (Schmidt, 2003). Dadurch können gruppensystemische Prozesse, Konflikte, Parteienbildungen, die Beziehung zur Gruppenleiterin, Rückmeldungen der Teilnehmer untereinander und jedwede Intervention „utilisiert“ und über Metakommunikation und ständige kurze Feedbackschleifen für die gemeinsame Arbeit genutzt werden. Auch die Unterschiedlichkeit der Klienten in ihren speziellen Zielvorstellungen lässt sich nutzen, indem ein Austausch über die jeweils optimale Nutzung der Gruppe gefördert wird, was wiederum zu einer zieldienlicheren, wechselseitigen Unterstützung führen kann.

Da die einzelnen Klientinnen mit ihren spezifischen Anliegen im Mittelpunkt der Gruppentherapie stehen, wie es ähnlich bei den verhaltenanalytischen Gruppen (Fiedler, 1996) formuliert wird, ist eine wiederholte Zwischenzielklärung sinnvoll.

Dem Gruppenleiter kommt dabei die Aufgabe zu, einen optimalen, zieldienlichen Kooperationsrahmen für alle Beteiligten, auch für sich selbst, zu schaffen, was sich durch hilfreiche

Kooperationsregeln, ziieldienliche Aufmerksamkeitsfokussierung und kompetenzfokussierende Utilisation aller denkbaren auftretenden Interaktionsprozesse (s.o.) erreichen lässt.

Aus Sicht der systemtheoretischen und konstruktivistischen Erkenntnistheorien (v.a. Selbstorganisationstheorie von Maturana & Varela, Kybernetik 2. Ordnung von Heinz von Foerster), welche den hypnosystemischen Konzepten zugrunde liegen, ist eine linear-kausal gedachte „Leitung“ einer Gruppe nicht möglich. Vielmehr rückt hier die Zirkularität der Prozesse in den Vordergrund, indem durch ständige Rückkoppelungsschleifen die „Leitende“ zur „Geleiteten“ wird sowie umgekehrt die „Geleiteten“ zu „Leitenden“. Umso wichtiger erscheint die Aushandlung der jeweiligen Ziele und die wiederholten Einladungen zu einer wechselseitigen Kompetenzfokussierung, um die Gruppe als ein selbstorganisiertes System wechselseitiger Ko-Beraterinnen zu etablieren, die auf einer gleichrangigen, wertschätzenden Ebene miteinander kommunizieren.

Es gibt zwar noch keine gezielte Forschung bezüglich der Gruppenwirkfaktoren (Yalom, 2001) bei dieser Art der Gruppentherapie, dennoch ist zu vermuten, dass interpersonell in diesen Gruppen recht intensiv gelernt wird. Folgt man Yaloms und damit verbunden Sullivans Auffassung, dass eine Symptomatik, um sie erfolgreich zu behandeln, erst auf eine interpersonelle Ebene gehoben werden muss, dann wäre eine Veränderung der anfangs gesetzten Ziele zu vermuten (Yalom, 2001, S. 40).

Zusammenfassung

In den vorangegangenen Abschnitten wurden Argumente dargestellt, die aus lösungs- und ressourcenorientierter Sicht für eine Veränderung anfangs formulierter Therapieziele sprechen. Dabei wurde in Anlehnung an wichtige Phasen einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung auf die Unterscheidung von Auftrag und Zieldefinition hingewiesen, die Kontinuität anfänglich formulierter Ziele kritisch diskutiert sowie anhand des Modells der „inneren Konferenz“ mögliche Zielambivalenzen und dadurch erfolgende Differenzierungen oder Neuformulierungen erster Ziele beleuchtet.

Des Weiteren wurden die Kontextabhängigkeit von Zieldefinitionen und eine dadurch erfolgende Relativierung gesetzter Ziele in Betracht gezogen. Abschließend erfolgte eine kurze Beschreibung wichtiger Basisannahmen der hypnosystemische Gruppentherapie.

2.2 Ressourcen und deren Veränderung in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie und Beratung

Im Folgenden soll der Aspekt der Ressourcenorientierung in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung genauer untersucht werden. Dabei erscheint es in erster Linie wichtig, darauf hinzuweisen, dass es – ähnlich wie im Umgang mit Zielen – kein einheitliches Verständnis (Schaller & Schemmel, 2003) in diesem Gebiet darüber gibt, was Ressourcen genau sind und wie sie explizit oder implizit einzusetzen sind. Dennoch hat sich der Begriff mittlerweile im weiteren Feld der Psychotherapie etabliert. Auf die Wichtigkeit der Ressourcenaktivierung als einem zentralen Wirkprinzip der Psychotherapie weisen Grawe und seine Mitarbeiter im Rahmen ihrer Psychotherapieforschung seit längerer Zeit hin. Auch Fiedler (2000, 2004) unterstreicht die Bedeutung gezielter Ressourcennutzung, vor allem in der Therapie/Beratung von Personen mit Persönlichkeitsstörungsdiagnosen.

In den folgenden Kapiteln wird aus Gründen der Vielfalt und Unterschiedlichkeit in der Arbeit mit Ressourcen hauptsächlich auf hypnosystemische Konzepte Bezug genommen. Eine genauere Bestandsaufnahme der aktuellen „Ressourcenströmungen“ lässt sich bei Schemmel & Schaller (2003) finden. Einige bisherige Definitionen werden im Folgenden aufgegriffen, um den Begriff Ressource einzugrenzen und damit nutzbarer zu machen.

Grawe (1998) versteht unter Ressource eine Subsumierung aller Möglichkeiten, die einem Menschen zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung stehen. Damit betont er die Relationalität von Ressourcen bezüglich des grundlegenden Ziels der Bedürfnisbefriedigung. Somit kann alles zur Ressource werden, wenn es der Befriedigung der Grundbedürfnisse dient.

Schiepek et al. (2003) gehen noch einen Schritt weiter: Für sie ist auch das Ziel, für welches etwas zur Ressource werden kann, nicht festgelegt. Damit kann aus ihrer Sicht alles zu einer Ressource werden, solange jemand etwas als zieldienliches Mittel für einen bestimmten Zweck definiert. Geht es bei diesen Definitionsversuchen hauptsächlich um eine relationale Beziehung zwischen Mittel und Zweck, so bleibt dennoch die Frage offen, woran eine Person etwas als Ressource erkennt oder nicht. Aus diesem Grund wird hier eine Definition vorgeschlagen, die in erster Linie das individuelle Erleben in den Vordergrund rückt.

Die Definition von Ressourcen für diese Arbeit lautet: Von psychischen Ressourcen spricht man nur sinnvoll dann, wenn eine Person durch eine Begebenheit, Sache oder Beziehung einen subjektiv erlebten Mehrwert für das eigene Wohlbefinden feststellt und diesen Mehrwert prinzipiell als imaginabel oder real wiederholbar einschätzt.

2.2.1 Der Ressourcenbegriff in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie und Beratung

Wie schon im Bereich der Zielfokussierung gehen viele innovative Anregungen und Weiterentwicklungen im Bereich lösungs- und ressourcenorientierter Konzepte auf Arbeiten der Gruppe um de Shazer (Brief Family Therapy Center, Milwaukee) zurück. Auch die radikale Trennung von Problem und Lösung sowie die daraus abgeleiteten Ideen, möglichst jede Art von „Problem Talk“ zu vermeiden und ausschließlich auf Ausnahmen vom Problemerkennen zu fokussieren und dabei schon gelebte Lösungsepisoden als Ressourcen nutzen, werden dem Brief Family Therapy Center zugeschrieben. Dabei kann jedoch schnell vergessen werden, dass wiederum viele Anregungen für diese innovativen Ideen auf Überlegungen familientherapeutischer Pioniere und vor allem hypnotherapeutische Konzepte von Milton H. Erickson zurückgehen. Somit sei auch an dieser Stelle auf die vielfältigen wechselseitigen Beeinflussungen (Mücke, 1998; von Kibed, 2002) der unterschiedlichen hypnotherapeutischen und systemischen Ansätze hingewiesen.

Folgt man dem Fluss zu seiner Quelle, so erscheint es sinnvoll, einige Ideen Ericksonscher Hypnotherapie zur Ressourcenorientierung aufzugreifen.

Ein bedeutender Beitrag ist die ericksonsche Grundannahme, dass praktisch alle Menschen die Grundkompetenzen, die sie zur Lösung möglicher psychischer, psychosomatischer oder interaktioneller Probleme benötigen, in ihrem Erfahrungsspektrum in sich tragen, auch wenn diese nicht immer willkürlich und bewusst nutzbar sind (Erickson & Rossi, 1981; Gilligan, 1991, 2003; Schmidt, 1992b). Schmidt nennt diese Grundannahme „Potenzialhypothese“ und verweist darauf, dass die Nutzung dieser Kompetenzen davon abhängt, ob der Aufmerksamkeitsfokus auf sie gerichtet ist. Sollten sie vergessen werden, bleiben sie dennoch als Potenzial verfügbar (Schmidt, 2004). Unter dem Aspekt der „Nützlichkeit“ erweist sich diese Hypothese therapeutisch oft als hilfreich (von Schlippe & Schweitzer, 1996). Bedenkt man die zahlreichen positiven Wechselwirkungen zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg, erscheint die Frage berechtigt, ob es nicht günstiger wäre, wenn die Therapeutin statt eine defizitäre vorwiegend eine potenzialhypothetische „Brille“ aufsetzt.

Als weiterer Beitrag kann das Prinzip der Utilisation gelten. Trenkle (2001, S. 83) schreibt: „Er [der Begriff der Utilisation, A.H.] beinhaltet, dass alle Eigenschaften oder auch Eigentümlichkeiten, die ein Klient mitbringt, als mögliche Ressource zur Erreichung therapeuti-

scher Ziele genutzt werden können.“ Das Augenmerk liegt hier auf dem Veränderungspotenzial der Symptome, weniger auf der Analyse oder der Diagnostik. Trenkle (2001) unterscheidet dabei Utilisation des Weltbildes und früherer Lernerfahrungen sowie Utilisation von Emotionen und Trancephänomenen. Dieses Prinzip^[1] spiegelt sich in zahlreichen Fallgeschichten von Erickson wieder, welcher ein Meister der „Nutzbarmachung“ vorhandener Ressourcen war (s. Gesammelte Werke Ericksons: Rossi, 1995–1998).

Durch moderne systemtheoretische und konstruktivistische Modelle sowie durch die Konzepte Ericksons beeinflusst, veränderte sich im Laufe der Zeit die Defizitorientierung in der systemischen Familientherapie hin zu mehr Ressourcenorientierung (Stierlin, 2003). So baut z. B. Schiepek (1991, 1999, 2001, 2004) sein Konzept einer lösungsorientiert-systemischen Therapie hauptsächlich auf dem Theorieansatz der Synergetik (Haken, 1990, 1996) bzw. der Theorie komplexer dynamischer Systeme auf, welche aus der Physik und Chemie kommend, eine enge Verbindung zum „klassisch“ naturwissenschaftlichen Diskurs aufweisen. So versteht Schiepek Psychotherapie als ein professionelles, synergetisches Prozessmanagement, bei dem Ressourcenaktivierung eine wichtige, aber weniger bedeutende Rolle als bei Grawe (1998) einnimmt. Er begründet dies z. T. mit einem relationalen Ressourcenbegriff^[2]. Danach gibt es eine „Ressource“ nicht an sich, sondern sie muss erst durch einen „Beobachter“ über Unterschiedsbildung (s. auch Laws of Form, Spencer Brown, 1969) konstruiert werden, um dann in eine Mittel-Zweck-Relation bzw. Figur-Hintergrund-Relation eingebunden zu werden. Schiepek & Cremers (2003) schlagen deshalb vor, „den Ressourcenbegriff als (mindestens) dreistellige Relation zu fassen: Ein „Objekt“ (X) kann in Relation zu einem Ziel (Z) von einem Beurteiler bzw. dessen Wertesystem (B) als Ressource (R) bezeichnet werden: $R(X) = f(Z, B)$.“ (a.a.O., S. 152).

Infolgedessen handelt es sich nach Meinung der Autoren bei „Ressourcenorientierung“ vielmehr um eine Haltung, die mit gewissen Werten und Menschenbildern korrespondiert, als um eine methodische Vorgehensweise, welche nach standardisierten Manualen eingesetzt wird.

Schiepeks Überlegungen werden hier etwas ausführlicher vorgestellt, da sich einerseits diese Sichtweise bezüglich Ressourcen mit den meisten lösungs- und ressourcenorientierten Konzepten deckt, andererseits weil sich die folgenden empirischen Erhebungen auf die oben erfolgten Ausführungen direkt beziehen (s. auch Kapitel 4.3 Untersuchungsinstrumente).

^[1] Trenkle (2001) betont, dass dieses Prinzip auch schon in der Antike bekannt war und im alten Persien (ca. 800 n. Chr.) beschrieben wurde.

^[2] Andere Gründe ergeben sich aus seinem Prozessmodell: Demnach müssen Ressourcenaktivierungen als Rahmenbedingungen gegeben sein, um selbstorganisierende Entwicklungsprozesse möglich zu machen.

Nicht nur systemische Ansätze haben sich im Hinblick auf die Nutzung von Ressourcen weiterentwickelt. Auch im hypnotherapeutischen Feld gibt es konsequente Fortführungen der ericksonschen Modelle. So bemängelt Schmidt (1985, 2004), dass der Ericksonschen Hypnotherapie heute noch das Modell zugrunde liege, demzufolge das Unbewusste einseitig als „Pool“ der Kompetenzen und Lösungen angesehen wird, wohingegen das bewusste, rationale Denken als rigide und eingeengt gilt. Damit werde jedoch ein Defizitmodell gegenüber dem rationalen, bewussten Denken begründet, was die Ressourcen-/Kompetenzorientierung verhindern sollte. Insbesondere im Hinblick auf bisherige Lösungsversuche/Probleme und die Nichtnutzung bisheriger Ressourcen werde dadurch eine vorwiegend defizitäre Sichtweise eingenommen. Schmidt empfiehlt deshalb die Prüfung möglicher Auswirkungen in relevanten Systemen, um im Zusammenhang mit den Kontextbedingungen die „guten Gründe“ für ein Noch-nicht-Nutzen bisheriger Kompetenzen zu explorieren. So kann unter transparenten Bedingungen und mit Hilfe von Metakommunikation ein Problemfokus zu einer ziieldienlichen Ressourcenorientierung werden, bei der die Symptomatik als ein Lösungsversuch (mit hohem Preis) verstanden werden kann, der unter gewissen Kontextbedingungen eine Ressource darstellte und vielleicht immer noch darstellt (Schmidt, 2004).

Hier wird also die Potenzial- und Kompetenzhypothese so konsequent weitergedacht, dass Symptome oder Probleme ihren Sinn als Lösungsversuch in bestimmten Kontexten erhalten und dementsprechend nach „guten Gründen“ oder Nützlichem in der Problematik geforscht werden kann, ohne einem Zynismus das Wort zu reden. Das Problem und insbesondere die damit verbundenen (inoffiziellen) Ziele und Gründe (Ebbecke-Nohlen, 2000, 2001) können zur Ressource werden, sodass ein „Problem Talk“ zu einer lösungsförderlichen Intervention werden kann.

Damit kommt es fast zu einer Auflösung der bisher klassischen Trennung von Problem und Lösung, Defizit und Ressource. Die Frage scheint somit eher zu sein, durch welche „Brille“ jemand wie auf was schaut, damit es zur Ressource oder zum Problem wird. Einer traditionellen Kategorisierung von Ressourcen kommt diese Sichtweise sicherlich nicht entgegen.

2.2.2 Veränderung und Nutzung von Ressourcen während einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung

Geht man von einem relationalen Ressourcenbegriff aus, wie Schiepek et al. (2003) ihn vorschlagen, dann gewinnt eine Ressource erst in Bezug auf ein entsprechendes Ziel, für dessen Erreichung diese Ressource genutzt werden soll, ihre Bedeutung und Wirkung. Gleichzeitig kann jedoch auch eine Ressource, z. B. eine imaginierte Ausnahmesituation von der Problematik, zum Ziel werden, welches mit Hilfe anderer Ressourcen verfolgt werden kann^[1].

Die gegenseitige Wechselwirkung dieser Elemente erschwert es, Ressourcen als feste Entitäten zu fassen und ihre „Ladung“ exakt zu bestimmen. Vielmehr wäre eine Mikroprozessanalyse passender, um Veränderung und Nutzung von Ressourcen zu untersuchen. Da solche Forschungen (z. B. durch Zeitreihenanalysen) mit hohem Aufwand verbunden sind, bleibt es fraglich, inwieweit eine solche komplexe Dynamik zukünftig Gegenstand der Forschung wird ^[2]. Dennoch erscheint es lohnenswert, einige Grundannahmen der lösungs- und ressourcenorientierten Verfahren zu überprüfen.

So ist eine anfängliche Aktivierung von Ressourcen durch Fokussierung auf Ausnahmen und zukünftiges Lösungserleben der erste wichtige Schritt, um einerseits positive Besserungserwartungen zu induzieren (Gerl, 2001; Grawe, 1998), andererseits die Aufmerksamkeit konsequent auf die nach wie vor vorhandenen Kompetenzen zu richten und dadurch eine positivere Selbstbewertung anzustoßen (Schmidt, 2004). In beiden Fällen kann es sich dabei sowohl um eine Ressource handeln als auch um einen Weg zu weiteren Ressourcen. Aus theoretischer Sicht wäre somit zu Beginn der Beratung einerseits ein verstärkter Ressourcenzuwachs zu vermuten, andererseits würde die kontinuierliche Fokussierung auf Ressourcen für eine gleichmäßige Zunahme der Ressourcenanzahl sprechen.

Darüber hinaus kann es sein, dass Klienten lernen, ihre anfangs genannten Ressourcen im Laufe einer lösungs- und ressourcenorientierten Beratung zielbezogener einzusetzen (Duncan & Miller, 2003), einhergehend mit einer höheren Einschätzung der Wichtigkeit dieser Ressourcen. Andererseits spricht aber auch viel dafür, dass sich während der Beratung/Therapie der „Ressourcenblick“ der Klienten durch wiederholte Einladungen

^[1] Auch Grawe (1998, S. 35) beschreibt die Induktion positiver Besserungserwartungen als Teilaspekt der Ressourcenaktivierung.

^[2] Schiepek (1991, 2001, 2004) hat hierzu erste Vorstöße unternommen.

der Therapeuten, die Aufmerksamkeit darauf zu richten, erweitert und dadurch neue Ressourcen, die einer Lösung ziieldienlicher erscheinen, als wichtiger eingeschätzt werden. Beides könnte auch gleichzeitig zutreffen.

Wenn nichts an sich eine Kompetenz/Ressource darstellt, sondern wenn ein Phänomen erst durch ziieldienliche Wirkung unter passenden Kontextbedingungen zur Ressource wird, dann müsste sich dies in einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung darin äußern, dass die Klienten ihre Ressourcen entsprechend ihrer Ziele besser nutzen. Die eigentliche Nutzung der Ressourcen sollte sich somit am Ende der Behandlung dem gewünschten Ziel der Ressourcennutzung annähern. Mit anderen Worten: Hat jemand das Ziel, eine gewisse Ressource (z. B. Unterstützung der Eltern) weniger zu nutzen, dann spiegelt sich das gewünschte Ergebnis nicht in der Nutzung der Ressource „an sich“ wider, sondern vielmehr im Verhältniswert von Ziel **und** Nutzung. Eine passgenaue Beratung müsste dementsprechend weniger auf absolute „Ressourcennutzung“ abzielen, als auf eine Annäherung von Nutzung und Zielvorstellung. Die genauso wichtige Einbeziehung der Kontextbedingungen wird im folgenden Abschnitt skizziert.

2.2.3 Zur Kontextabhängigkeit von Ressourcen

In diesem Abschnitt werden die Kontextabhängigkeit von Ressourcen sowie die daraus folgende Relativität jeder Ressourcenfestlegung noch einmal beschrieben. Viele Experten vertreten (Gutscher et al., 1998; Riikonen & Smith, 1997; Margraf, Siegrist & Neumer, 1998; Willutzki, 2000; Schiepek et al., 2003) die Ansicht, Ressourcen an sich seien keine Entitäten, sondern würden stark von ihren jeweiligen Person-Situation-Interaktionen abhängen. Dennoch lassen sich etliche Kategorisierungsversuche finden, die zwischen subjektiven vs. objektiven, internen vs. externen, qualitativen vs. quantitativen Ressourcen usw. unterscheiden (Willutzki, 2003).

Nimmt man eine primär praxisorientierte Perspektive ein und verliert dabei nicht aus den Augen, dass es zumindest in der Beratung/Therapie um die Klienten und deren Nutzung eigener Ressourcen geht (Duncan & Miller, 2000, 2003), dann stellt sich die Frage, ob der Informationsgehalt solcher kategorischer Zuschreibungen für eine konkrete Nutzung ausreichend ist. Geeigneter scheint eine möglichst genaue Exploration zur Nutzung konkreter Intentions-Situations-Ressourcenzusammenhänge.

Geht man noch einen Schritt weiter und erhöht die Komplexität, indem zusätzlich Stimmungsschwankungen und unterschiedliche Bewertungen durch ein und dieselbe Person berücksichtigt werden, kann in der gleichen Situation dieselbe Ressource hilfreich oder hinderlich sein.

Aus hypnotherapeutischer und systemischer Sicht ist die Berücksichtigung solcher Komplexität nachvollziehbar und gewünscht. So schreibt Schmidt (2004, S. 60): „Die Wirkung und die Kontextviabilität bestimmen [] die „Kompetenz“. Wirkt es nicht zieladäquat und/oder kontextadäquat, gewinnt das jeweilige Phänomen (Denken, Handeln, ja auch Emotion) den „Charakter“ von Inkompetenz. Ob etwas als Kompetenz oder Inkompetenz angesehen oder genutzt wird, hängt also entscheidend davon ab, wie es beschrieben und bewertet wird und wie man sich dazu in Beziehung setzt. Der jeweilige Beobachter und Bewerter des Phänomens bestimmt also über seine „Eigenschaft“.“

Für den Kontext „Therapie/Beratung“ lassen sich daraus drei zentrale Aufgaben ableiten:

- Erstens sollte das Beratungssystem so aufgebaut werden, dass jedes Phänomen der Klienten und der Therapeuten als Ausdruck berechtigter Bedürfnisse für ein gewünschtes Ergebnis gesehen, bewertet und behandelt wird. Dadurch kann die Therapeutin dazu

beitragen, dass in der Kooperation eine neue Realität erzeugt werden kann, bei der die Potenzialhypothese konsequent umgesetzt wird und Kompetenzperspektiven entstehen.

- Zweitens sollten bisherige Lösungsepisoden so detailliert wie möglich exploriert werden, um nicht nur kognitiv Ressourcenerfahrungen zu sammeln, sondern diese auch wieder erlebbar zu machen (Etablierung einer Lösungsstrance).
- Und drittens sollte sorgfältig geprüft werden, für welche Seite einer Person, bezogen auf welches Ziel, in welchem Kontext eine Nutzung oder Übersetzung bisheriger Ressourcenerfahrung hilfreich ist. Dadurch kann eine kontextbezogene, gezielte Aufmerksamkeitsfokussierung erarbeitet und die bewusste Wahlmöglichkeit der Klienten erhöht werden. In engem Zusammenhang damit steht die konsequente und wiederholte Prüfung möglicher Auswirkungen, die bei einer Nutzung der Ressourcen in relevanten Beziehungssystemen auftreten können (Beachtung möglicher Ambivalenzen und/oder Loyalitätskonflikte).

Für die Forschung lässt sich hieraus ableiten, dass jeder Versuch, Ressourcen (vor allem unabhängig von Ziel und Kontext) zu messen, nur eine vorübergehende Annäherung an die derzeitige Sichtweise der Klienten darstellen kann, welche sich von einer Befragung zur nächsten mit hoher Wahrscheinlichkeit ändert. Selbst bei einer gleichnamigen Ressource kann letztendlich nicht überprüft werden, ob die Person noch das Gleiche darunter versteht. Somit sollten empirische Ergebnisse (auch die dieser Arbeit) mit Vorsicht interpretiert werden.

Konsequenterweise müsste der Kontextbezug in jeder Befragung von Ressourcen berücksichtigt werden und die Passgenauigkeit der Nutzung von Ressourcen für den entsprechenden Kontext als Kriterium für die Wirksamkeit herangezogen werden.

2.2.4 Gruppe als besondere Ressource

Wie schon im Abschnitt 2.1.5 erwähnt, stützen sich die empirischen Daten dieser Arbeit auf Erhebungen hypnosystemischer Gruppentherapie. Deshalb soll hier nochmals kurz auf die Ressource *Gruppe* in der lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie/Beratung eingegangen werden.

Als einen möglichen Weg schlägt Schemmel (2003) eine konsequente Übertragung lösungsfokussierender, kurzzeittherapeutischer Konzepte auf die Arbeit mit Gruppen vor und kommt zu dem Schluss, dass „die Ressource Gruppe“ sich vor allem dann gut nutzen lässt, wenn neben den *lösungsfokussierten Sprachspielen* (vgl. z. B. de Shazer et al., 1986, DeJong & Berg, 1997) mit einer lösungsfokussierten Haltung *andere therapeutische Methoden und Hilfsmittel* genutzt werden (z.B. Rollenspiel, Bilder, Video etc.)“ (S. 303). Bezogen auf die Gruppenwirkfaktoren nach Revenstorf (1992) scheinen sich lösungsfokussierende Gruppenangebote insbesondere auf die instrumentellen Gruppenbedingungen (Arbeitsklima und -haltung, Offenheit, Vertrauen) positiv auszuwirken. Durch den Einsatz anderer therapeutischer Methoden und Hilfsmittel kommen auch spezifische Wirkfaktoren (Modelllernen, Feedback geben und erhalten) zum Tragen. Aufgrund der starken Lösungsfokussierung auf bisherige kleine Schritte und Erfolge ist das allgemeine Prinzip Hoffnung ebenfalls in ausreichendem Maße berücksichtigt (a.a.O.).

Aus hypnotherapeutischer und systemischer Sicht sind noch einige Ergänzungen wichtig: Erfahrungen mit lösungsfokussierender Gruppentherapie in der Fachklinik am Hardberg haben gezeigt, dass Klienten die explizite Lösungsfokussierung teilweise als eine Art „innere und äußere Leistungspeitsche“ erleben, bei der nicht genügend gegenseitige Wertschätzung und Pacing gegenüber der jeweiligen Problemgeschichte erfolgt und dadurch die Lösungsfokussierung zum Problem werden kann. Insbesondere wenn Fortschritte und Zielerreichung zu Konkurrenz unter den Klienten führen und Tiefpunkte während der Therapie/Beratung nicht genügend Raum erhalten, kann sich eine zu einseitige Fokussierung auf Lösungen negativ auf Klima und Gruppenkohäsion auswirken. Hier bietet sich ein expliziter Vergleich von Problem- und Lösungsmustern an, verbunden mit der Kompetenzhypothese, dass jedes Phänomen Ausdruck individueller Bedürfnisse ist und eine wichtige Rückmeldung für den aktuellen Prozess darstellt (Schmidt, 2004). Dadurch können einerseits die wichtigen

Informationen, die in den Problemmustern (als Lösungsversuche mit Preis) enthalten sind, genutzt werden, andererseits kann, unter Bezugnahme auf das Ziel der Gruppe/Person, ein expliziter „Problem Talk“ zielförderlich wirken, sofern er auf der Metaebene transparent gemacht wurde. Klar definierte „Meckerrunden“, in denen die Klienten sich negativ und problemfokussiert äußern, können zu einer besseren Balance führen und z. B. der Verzweiflung und dem Ärger über schlimme Vergangenheiten Raum geben. Darüber hinaus ist solch ein Vorgehen hilfreich, damit die Gruppenmitglieder nicht nur miteinander lernen, wie sie zielgerichtet zusammen arbeiten können, sondern auch, wie sie mit „Ehrenrunden“ ins Problemmuster wertschätzend umgehen können, ohne dabei den Kompetenz- und Lösungsfokus zu verlieren.

Dazu würde aus systemischer Sicht auch gehören, die Gruppe als expliziten Ko-Therapeuten zu etablieren, der in einer Auftragsklärung zu Beginn einer Einzelarbeit berücksichtigt und genutzt wird, indem z. B. gefragt wird, wie die Gruppe für dieses Anliegen besonders unterstützend sein könnte oder wie der Wunsch an die Gruppe bei diesem Anliegen aussehen würde. Dadurch wird der Aufmerksamkeitsfokus auf die Kompetenzen der Gruppe gerichtet, gleichzeitig Schutz gewährleistet und die Führung der inhaltlichen Arbeit der jeweiligen Klientin übertragen.

Wie weiter oben schon erwähnt, kann die Gruppe auch sehr gut für Rollenspiele aller Art genutzt werden. So hat sich die Aufstellungsarbeit ^[1] in unterschiedlichster Form, wie z. B. systemische Strukturaufstellungen, Choreographien oder Skulpturen, innerhalb eines Gruppentherapie-Settings sehr bewährt. Die Einnahme verschiedenster Perspektiven und die Möglichkeit, mit Hilfe anderer Gruppenteilnehmer z. B. innere Seiten oder Lösungs- und Problemskulpturen aufzustellen, schafft die Chance, einen anderen (bildlichen, körperlichen oder symbolischen) Zugang zu Lösungen zu finden, der zu herkömmlichen Vorgehensweisen eine gute Ergänzung darstellen kann. An dieser Stelle sei auf die vielfältige Literatur zur Aufstellungsarbeit verwiesen (z. B. Sparrer, 2001; von Kibed et al., 2002; Weber, 1998, 2000).

Darüber hinaus gibt es weitere Methoden, die aus hypnosystemischer Perspektive zur Nutzung der Gruppenressourcen beitragen (Schmidt, 1993, 2003). Auf eine ausführlichere Darstellung sei an dieser Stelle verzichtet.

Unabhängig von der spezifischen Methodik scheinen zumindest die Haltung bzw. Sichtweise der Therapeutin und die daraus abgeleiteten Einladungen zu einer kompetenz- und

^[1]jenseits von systemisch-phänomenologischer Art nach Hellinger

lösungs-fokussierten Aufmerksamkeit einen wichtigen Beitrag zum wertschätzenden und ziieldienlichen Umgang in der Gruppe zu leisten.

Zusammenfassung

In den vorangegangenen Abschnitten wurde der Begriff Ressource als ein weiterer wichtiger Teilaspekt lösungs- und ressourcenorientierter Therapie/Beratung beleuchtet. Dabei stand insbesondere das Ressourcenverständnis in hypnotherapeutischen und systemischen Konzepten im Vordergrund. Des Weiteren wurde auf die Nutzung und mögliche Veränderung von Ressourcen im Laufe einer Therapie/Beratung hingewiesen und erste Fragestellungen bezüglich einer empirischen Überprüfung abgeleitet. Zudem wurde auf die Kontext-abhängigkeit von Ressourcen hingewiesen, die eine Festlegung und damit zusammen-hängende Messbarkeit erschweren. Abschließend richtete sich die Aufmerksamkeit auf lösungs- und ressourcenorientierte Gruppentherapiekonzepte und die gezielte Nutzung der Ressource *Gruppe*.

3. Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Hypothesen zur Veränderung der Annäherungs- und Vermeidungsziele

Wie im Theorieteil dieser Arbeit kurz erwähnt, wird in der aktuellen Psychotherapieforschung zwischen motivationalen Zielen und Therapiezielen klar unterschieden (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002). Aus diesen Gründen erscheint es sinnvoll, bei der Untersuchung von Zielveränderungen in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung auch den Bereich motivationaler Ziele zu berücksichtigen. Durch die starke Fokussierung auf Lösungserleben und die detaillierte Zielexploration darf angenommen werden, dass auch auf motivationaler Ebene positiv assoziierte Annäherungsziele stärker in den Mittelpunkt der z. T. unbewussten Aufmerksamkeit rücken. Vermeidungsziele sollten in ihrer Wichtigkeit hingegen etwas zurückgehen. Darüber hinaus liegt es nahe, dass durch den ressourcenorientierten Blick auf die Symptomatik als Ausdruck unbewusster Bedürfnisse, durch die Arbeit mit „Inneren-Seiten-Modellen“ und durch den Ansatz, dritte Wege und „Sowohl-als-auch-Lösungen“ zu entwickeln, motivationales Konfliktpotenzial abnimmt, das sich durch starke Gegensätze in den Annäherungs- und Vermeidungszielen äußert.

Somit lassen sich drei Hypothesen zur Veränderung von Annäherungs- und Vermeidungszielen in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung aufstellen:

Hypothese 1: Die Wichtigkeit der Annäherungsziele nimmt im Laufe der Beratung/Therapie zu, sodass am Ende eine höhere Einschätzung der Wichtigkeit erfolgt als zu Beginn der Behandlung.

Hypothese 2: Die Wichtigkeit der Vermeidungsziele nimmt im Laufe der Beratung/Therapie ab, sodass am Ende eine geringere Einschätzung der Wichtigkeit erfolgt als zu Beginn der Behandlung.

Hypothese 3: Intrapsychische Konflikte sind am Ende der Behandlung geringer ausgeprägt als zu Beginn der Therapie/Beratung, was sich in einer niedrigeren Differenz von Annäherungs- und Vermeidungszielen zeigt.

3.2 Fragestellungen und Hypothesen zur Veränderung der Therapieziele

Zur Veränderung von Therapiezielen im Laufe einer Therapie/Beratung gibt es bisher nicht sehr viele empirische Befunde (Schulte-Bahrenberg, 1990; Schulte & Schulte-Bahrenberg, 1993), auch wenn viele Therapeuten das Phänomen vermutlich kennen. So wurde bisher hauptsächlich versucht, Therapieziele und deren Erreichung als Outcome-Kriterien zu nutzen (Kapitel 1), ohne dabei auf die mögliche Veränderung solcher Ziele genauer einzugehen. Auch in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapiewelt gibt es unterschiedlich klare Stellungnahmen zu diesem Thema (Kapitel 2). Deshalb soll in dieser explorativen Arbeit den folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Kommt es während der Beratung/Therapie überhaupt zu Zielveränderungen und, falls ja, gibt es bestimmte Muster, nach denen Zielveränderungen erfolgen?
- Handelt es sich dabei eher um eine „Feinjustierung“ anfänglicher Ziele oder um „neue“ Ziele, die am Anfang der Behandlung noch nicht genannt wurden?
- Werden die anfänglichen Ziele in der Form beibehalten und bleiben sie in ihrer Wichtigkeit bestehen?

Wie in den vorherigen Kapiteln dargelegt, liegt die Vermutung nahe, dass es auch bei detailliert formulierten Zielen zu Beginn der Beratung/Therapie zu Veränderungen während des therapeutischen Prozesses kommen kann. In welchem Ausmaße lässt sich jedoch schwer vorhersagen.

Neben den Fragen zum Ausmaß und Muster möglicher Therapiezielveränderungen erscheinen auch die Zeitpunkte relevant. So stellt sich die Frage, ob es eher zu Beginn oder gegen Ende der Beratung/Therapie zu Veränderungen (Feinjustierung/neue Ziele) kommt. Außer den allgemeiner formulierten Fragen gibt es zwei Hypothesen zur Therapiezielveränderung in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung, die sich aus den theoretischen Überlegungen ableiten lassen.

Hypothese 4: Die umformulierten und neuen Ziele werden von den Klienten am Ende der Beratung/Therapie im Vergleich zu den anfangs genannten Zielen als wichtiger eingestuft.

Hypothese 5: Die umformulierten und neuen Ziele nehmen im Verlauf der Beratung/Therapie im Vergleich zu den anfangs genannten Zielen an Wichtigkeit zu.

3.3 Fragestellungen und Hypothesen zur Veränderung der Ressourcenwahrnehmung und -nutzung

Ähnlich wie bei der Untersuchung von Therapiezielveränderungen geht es in dieser Arbeit auch bei den Ressourcen in erster Linie um eine prozessorientierte Erfassung möglicher Muster von Ressourcenveränderung. Gibt es in der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratungswelt ein deutliches Einvernehmen, dass der Begriff Ressource ein sehr individuelles, ziel- und kontextabhängiges Konstrukt darstellt (Kapitel 2.2), so lassen sich in der Forschung dennoch vorwiegend Ergebnisse zu Prä-post-Vergleichen finden (Trösken & Grawe, 2003; Schiepek et al., 2001), weniger jedoch zu Ressourcenveränderungen im Laufe einer Therapie/Beratung.

So gibt es bisher noch keine Antworten auf die Frage, ob Ressourcen vor allem zu Beginn der Therapie/Beratung aufgebaut bzw. in den Fokus gerückt werden, um sie anschließend gezielt zu nutzen ^[1], oder ob sich Ressourcen langsam kontinuierlich über den Verlauf hinweg aufbauen ^[2]. Vielleicht nehmen Ressourcen jedoch erst zum Ende der Behandlung stark zu, da sich dort eine ressourcenorientierte Sichtweise bei den Klienten durchgesetzt hat und sie besser imstande sind, eigene Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Auch das Ausmaß der genannten Ressourcen und ihre Steigerung/Nutzung über den Verlauf hinweg lassen Fragen offen.

Neben der allgemeinen, explorativen Fragestellung lassen sich auch einige konkrete Hypothesen aus den theoretischen Überlegungen ableiten.

Hypothese 6: Insgesamt nimmt die Nutzung der genannten Ressourcen zu, sodass die Klienten am Ende der Behandlung ihre Ressourcen stärker nutzen, als zu Beginn der Therapie/Beratung.

Hypothese 7: Die Klienten finden während des Verlaufs mehr „neue“ Ressourcen, als dass sie anfangs genannte „alte“ Ressourcen aufgeben bzw. nicht mehr als Ressourcen einschätzen.

Hypothese 8: Die „neuen“ Ressourcen werden von den Klienten mehr genutzt und als wichtiger eingestuft als die anfangs genannten Ressourcen.

^[1] diese Ansicht vertreten z. T. Schiepek und Grawe

^[2] dieser Sichtweise können größtenteils die hypnotherapeutischen Ansätze zugeordnet werden

Hypothese 9: Das Ziel der Ressourcennutzung und die eigentlich erlebte Nutzung der Ressource gleichen sich an, d. h. die Differenz zwischen der „gewünschten“ Nutzung (Ziel) und der „gelebten“ Nutzung nimmt zum Ende der Behandlung ab.

4. Methode

4.1 Durchführung der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung wurde an 36 Klientinnen und Klienten einer Wirksamkeitsstudie zu hypnosystemischen Therapiekonzepten in ambulanten und stationären Therapiegruppen durchgeführt. Auftraggeber war das Milton-Erickson-Institut unter Leitung von Dr. G. Schmidt. Das Projekt erfolgte in Zusammenarbeit mit der hypnosystemischen Abteilung der Fachklinik am Hardberg.

Die Interviews und Erhebungen dieser Arbeit waren dabei in eine größere Evaluationsstudie eingebettet, welche eine zusätzliche Fragebogenbatterie umfasste. Sie wurde den Klienten jeweils zu Beginn und am Ende der Therapie vorgelegt und ein halbes Jahr später zugeschickt. Im ambulanten Gruppensetting war die Therapie/Beratung auf insgesamt 12 Sitzungen von jeweils 2 Zeitstunden Länge begrenzt, die im Abstand von ca. 2–3 Wochen angeboten wurden. Die halbstrukturierten Interviews wurden vom Autor zu Beginn der Therapie/Beratung, nach der 4. Gruppensitzung, nach der 8. Gruppensitzung und nach Beendigung der Therapie/Beratung durchgeführt.

Im stationären Rahmen wurden die Interviews ebenfalls zu Beginn der Behandlung, zum Ende des Aufenthalts und während des Verlaufs ca. alle 2 Wochen durchgeführt. Aufgrund der teilweise unterschiedlich langen Aufenthaltszeiten schwankten die Abstände der Prozess-erhebungen zwischen 2 und 3 Wochen. Da auch hier nur insgesamt zwei Zwischenbefragungen erfolgen sollten, konnten keine absolut festen Zeitpunkte für diese Befragungen zu Beginn festgelegt werden, wie es im ambulanten Setting möglich war.

Die Therapie/Beratung im stationären und ambulanten Setting führten 10 TherapeutInnen aus der hypnosystemischen Abteilung der Fachklinik am Hardberg durch: 2 Psychologische PsychotherapeutInnen, 3 Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie 5 Diplom-PsychologInnen, die alle über eine anerkannte systemische und hypnotherapeutische Zusatzausbildung und mindestens 3 Jahre Berufserfahrungen verfügten.

Der Zeitraum der Erhebungen in den beiden ambulanten Gruppen umfasste jeweils ein halbes Jahr. Die erste ambulante Gruppe fand von September 2003 bis März 2004 statt, die zweite Gruppe von April 2004 bis Oktober 2004. Die stationäre Stichprobe wurde im Zeitraum von Juli 2004 bis Oktober 2004 erhoben.

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Zur Akquisition der ambulanten Klienten wurden niedergelassene TherapeutInnen und Ärzte der Region angeschrieben, die Weiterbildungskurse in systemischer Therapie/Beratung oder Hypnotherapie besucht hatten. Des Weiteren gab es Aushänge in Universitätsgebäuden sowie Ankündigungen in Form von Flyern und Broschüren des Milton-Erickson-Instituts Heidelberg.

Die stationären Teilnehmer waren freiwillige KlientInnen der hypnosystemischen Abteilung der Fachklinik am Hardberg in Siedelsbrunn/Wald-Michelbach. Aufnahmekriterium sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Stichprobe war ein Mindestalter von 18 Jahren. Ausschlusskriterien stellten akute psychotische Episoden sowie akute Selbst- oder Fremdgefährdung dar.

Die Gesamt- und Teilstichproben setzen sich wie folgt zusammen (Tabelle 1):

Tabelle 1: Häufigkeit und Mittelwerte der Variablen Geschlecht, Alter und Arbeitsfähigkeit für die Gesamt- und Teilstichprobe

Stichprobe	Geschlecht (n = 36)		Alter (n = 35)		Arbeitsfähigkeit (n = 34)	
	Männlich	Weiblich	M	SD	Ja	Nein
Ambulant	30,8%	69,2%	48,08	6,78	91,7%	8,3%
Stationär	26,1%	73,9%	34,78	12,45	63,6%	36,4%
Gesamt	27,8%	72,2%	39,34	12,49	73,5%	26,5%

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der stationären KlientInnen betrug 47,43 Tage (SD = 12,67). Im Durchschnitt lagen 15 Tage (SD = 3,6) zwischen den Interviews in der Klinik und 9,5 Wochen zwischen den Interviews im ambulanten Bereich. Der Behandlungszeitraum beider ambulanter Gruppen umfasste 6 Monate.

Zur Diagnoseverteilung wurde nur die stationäre Stichprobe herangezogen, da es sich bei den ambulanten Klienten um privat zahlende Personen handelte, bei denen keine explizite Diagnostik durchgeführt wurde.

In der stationären Teilstichprobe wurden folgende Diagnosen gestellt (Tabelle 2):

Tabelle 2: Anzahl und Prozentangabe der KlientInnen für die Erst- und Zweitdiagnose nach ICD-10

Diagnosekategorie	Erstdiagnose	Zweitdiagnose
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	1 (4,3%)	1 (7,1%)
F32 Depressive Episode	9 (39,1%)	3 (21,4%)
F33 Rezidivierende depressive Störung	5 (21,7%)	1 (7,1%)
F40 Phobische Störung	1 (4,3%)	
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen	2 (8,7%)	5 (35,7%)
F50 Essstörungen	4 (17,4)	2 (14,3%)
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen		1 (7,1%)
F63 Abnorme Gewohnheiten/Impulskontrollstörung		1 (7,1%)
Somatische Diagnose	1 (4,3%)	
Gesamtanzahl	23	14

4.3 Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden die relevanten Untersuchungsinstrumente dieser Arbeit kurz vorgestellt. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen aus der oben skizzierten Fragebogenbatterie der Evaluationsstudie und um zwei halbstrukturierte Interviewleitfäden zu Therapiezielen und zu individuellen Ressourcen.

4.3.1 FAMOS-Fragebogen von Grosse-Holtforth & Grawe

Der *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* (FAMOS) von Grosse-Holtforth & Grawe (2001) ist ein Instrument zur Erfassung motivationaler Ziele. Dabei wird von den Autoren grundsätzlich zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen unterschieden als zwei wichtigen Bestandteilen motivationaler Schemata ^[1]. Der Fragebogen liegt als Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument vor. Er umfasst insgesamt 94 Items, wovon die ersten 57 Items in 14 Subskalen die Annäherungsziele erfassen. Die letzten 37 Items bilden in weiteren 9 Skalen die Werte für die Vermeidungsziele. Neben den 23 Skalen lassen sich noch die Gesamtwerte für die Annäherungs- und Vermeidungsziele sowie der Verhältniswert der beiden Gesamtskalen berechnen.

^[1] zu Schemaanalyse, Schematheorie und Konsistenztheorie s. Grawe et al., 1996, 1998

Die Gütekriterien liegen laut Autoren im gewünschten Bereich. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) sind als befriedigend bis gut zu bewerten und liegen für die Selbstbeurteilung durch Patienten zwischen $\alpha = .58$ und $.90$ (Annäherungsziele) und $\alpha = .63$ und $.92$ (Vermeidungsziele). Die Retest-Reliabilitäten für den Zeitraum einer Woche weisen Mittelwerte von $.83$ (Annäherungsziele) und $.75$ (Vermeidungsziele) auf. Die Mittelwerte für ein Zeitintervall von 4 Monaten liegen bei $.71$ (Annäherungsziele) und $.65$ (Vermeidungsziele).

Bezüglich der inhaltlichen Validität wird im Testmanual von einer ausreichenden Vergleichbarkeit mit anderen Zielfragebögen und -taxonomien berichtet (a.a.O., S. 72), des Weiteren wird von einer zufrieden stellenden Kriteriumsvalidität gesprochen, die, auf der Konsistenztheorie von Grawe (1998) aufbauend, durch Vergleiche zwischen Patienten und der Normalbevölkerung untermauert wird. Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität, zum einen durch Hauptkomponentenanalysen und Interkorrelationen der Skalen des FAMOS erfasst und zum anderen durch zahlreiche Korrelationen mit anderen Instrumenten (z.B. SCL-90-R, IIP-64, SOC, NEO-FFI) erhoben, stützen die anfangs gesetzte Unterscheidung von Annäherungs- und Vermeidungszielen und heben dadurch den FAMOS deutlich von anderen Fragebögen mit ähnlicher Zielsetzung ab. Einzelne Ergebnisse dazu können im Manual zum Fragebogen nachgeschlagen werden.

Erste Einsätze des FAMOS (Berking et al., 2003), die über die Studien zur Konstruktion des Fragebogens hinausgehen, sprechen für die Praxisrelevanz dieses Instruments.

4.3.2 Therapiezielinterview von Schulte-Bahrenberg

Um ein prozessorientiertes Vorgehen zu gewährleisten, das auch Therapiezielveränderungen während der Therapie/Beratung berücksichtigt, wurde darauf verzichtet, vorgefertigte „Goal-Checklists“ wie z. B. das Goal-Attainment-Scaling (GAS) (Kiresuk et al., 1994) oder neuere Verfahren wie den Berner Fragebogen für Therapieziele (BIT) (Grosse-Holtforth, 2001; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002) einzusetzen. Stattdessen wurde ein Interviewleitfaden genutzt, den Schulte-Bahrenberg (1990) im Rahmen seiner Dissertation zur Erfassung von Therapiezielen entwickelte. Er umfasst 6 standardisierte Items, die für jedes einzelne Therapieziel erhoben wurden und folgende Merkmale aufweisen (zit. nach Schulte-Bahrenberg (1990), S. 85):

1. Ziel existierte schon zu Beginn versus Ziel ist erst im Laufe der Therapie aufgekommen
2. Gründe für das Aufkommen des Zieles (falls es ein neues Ziel ist)
3. Ausmaß der Zielberücksichtigung in der Therapie, 4-Punkte-Skala zwischen „genügend berücksichtigt“ und „gar nicht berücksichtigt“, Frage nach dem Grund von Nichtberücksichtigung
4. Einstufung der Wichtigkeit des Zieles, 5-Punkte-Skala zwischen „sehr wichtig“ bis „ziemlich unwichtig“
5. Frage nach Wichtigkeitsveränderung im Laufe der Therapie, 5-Punkte-Skala von Wichtigkeit hat „stark zugenommen“ über „sich nicht verändert“ bis „stark abgenommen“
6. Einstufung der Zielerreichung, 6-Punkte-Skala.

Vom Autor wurde noch ein 7. Item hinzugefügt, und zwar die Frage nach der Einschätzung der realistischen Erreichung des genannten Ziels, auf einer 4-Punkte-Skala von „gar nicht realistisch“ bis „sehr realistisch“. Die genaue Kodierung der einzelnen Items für die Auswertung kann im Anhang B nachgeschlagen werden.

In der Vorgehensweise unterschied sich diese Studie im Vergleich zu der Arbeit von Schulte-Bahrenberg in der Form, dass hier von Beginn der Therapie/Beratung an die Therapieziele in einem offenen, interaktiven Vorgehen erfasst und in zwei Zwischeninterviews auf Veränderungen hin überprüft wurden. Bei Schulte-Bahrenberg erfolgte eine einmalige retrospektive Erfassung der Zielveränderung am Ende der Behandlung, was die Aussagekraft der Ergebnisse über „tatsächliche“ Veränderungen während der Therapie/Beratung erheblich einschränkte.

Die Therapieziele wurden zusammen mit den Klienten so lange ausformuliert, bis die Klienten die Ziele als für sich persönlich passend und als hilfreiche „Erinnerungsmarker“ empfanden. Die Prüfung der Passgenauigkeit der Formulierung erfolgte in jedem Zwischeninterview. Falls neue Ziele auftauchten, wurden auch diese genau formuliert und anschließend auf ein Karteikärtchen geschrieben (Anhang A). Dabei orientierte sich der Autor an den in Kapitel 2.1.2 beschriebenen Leitlinien zur Formulierung relevanter Ziele. Die Klienten konnten beliebig viele Therapieziele angeben.

Was die Validität dieser interaktiven Herangehensweise betrifft, sei auf Schulte-Bahrenberg (1990) verwiesen, der unterstreicht, dass bei dieser Art der Erhebung Konzepte zur kommunikativen Validierung angemessener erscheinen als Validitätsbestimmungen der klassischen Testtheorie. So lassen sich auch bei Groeben (1986) Argumente finden, die dafür

sprechen, bei so komplexen Ausgangseinheiten wie therapeutischen Zielbestimmungen auf die dialogische Hermeneutik zurückzugreifen und unter der Annahme einer idealen Sprechsituation den Dialogkonsens als Wahrheitskriterium zu etablieren.

4.3.3 Ressourceninterview von Schiepek & Honermann

Ähnlich wie bei der Erfassung der Therapieziele wurde auch im Bereich der Ressourcenerhebung ein Instrument eingesetzt, das so veränderungssensitiv ist, dass es ein individuelles, offenes und flexibles Vorgehen erlaubt, jedoch gleichzeitig quantifizierbare Daten liefert. Es handelt sich hierbei um das Ressourceninterview von Schiepek & Honermann (1998), welches ursprünglich als Inventar geplant war, dann aber nach ersten Erprobungen (Schiepek et al., 2001) in Interviewform durchgeführt und empfohlen wurde (Schiepek & Cremers, 2003).

Es handelt sich um ein halbstrukturiertes Interview, bei dem der Interviewer mit seinem Gesprächspartner versucht, dessen Ressourcen ausfindig zu machen und zu benennen. In dieser Untersuchung wurde den Klienten ein Ressourcenbegriff nach Schiepek et al. (2003) vorgelesen, damit gewährleistet war, dass alle Befragten dieselbe Definition zugrunde legten, auch wenn diese sehr allgemein gehalten war und genügend Raum für Suchprozesse ließ. Anschließend wurden die genannten Ressourcen in eine Tabelle (Anhang A) eingetragen und die Klienten gebeten, jeweils eine Einschätzung auf einer Skala von 1–10 vorzunehmen, inwieweit diese Ressourcen im letzten halben Jahr genutzt wurden, inwieweit diese Ressourcen überhaupt als Potenzial zur Verfügung standen und inwieweit diese Ressourcen zukünftig genutzt werden sollen. Abschließend sollten die Klienten die aktuelle Wichtigkeit der einzelnen Ressourcen ebenfalls auf einer Skala von 1–10 einschätzen.

Zusammen mit dem Interview zu den Therapiezielen wurden auch die Ressourcenveränderungen in zwei Zwischeninterviews erhoben, indem die anfangs genannten Ressourcen noch einmal vorgelesen wurden, um erneut eingeschätzt zu werden. Dabei wurde zusätzlich gefragt, inwieweit alte Ressourcen weggefallen oder neue Ressourcen hinzugekommen seien. Neue Ressourcen wurden ebenfalls in die Tabelle eingetragen und entsprechend der vier Dimensionen (Nutzung, Potenzial, Ziel, Wichtigkeit) eingeschätzt.

Einige Schwierigkeiten tauchten in der Befragung der stationären Klienten auf, da diese teilweise verunsichert waren, ob die aktuelle Einschätzung den Zeitraum seit der letzten Befragung umfassen oder ob eine neue Einschätzung des zurückliegenden halben Jahres

erfolgen sollte. Diesen Klienten wurde gesagt, sie sollten sich in erster Linie auf die Zeit zwischen den Befragungen konzentrieren, um mögliche Veränderungen in der konkreten Nutzung ihrer Ressourcen besser abbilden zu können. Dies hatte jedoch teilweise den Nachteil, dass einige Ressourcen, über die die Klienten während ihres Aufenthalts nicht verfügten (z. B. bestimmtes Hobby), nur schwer eingeschätzt werden konnten.

Die klassischen Gütekriterien betreffend, lassen sich bei Schiepek et al. (1998, 2001, 2003) keine Angaben finden. Es macht jedoch auch wenig Sinn, bei einem so individuell ausgerichteten Instrument interne Konsistenzen, Reliabilitäten oder Konstruktvaliditäten zu berechnen, was ohnehin immer nur für eine Person und ihre Ressourcen erfolgen könnte, da es keine feste Ressourcenanzahl oder Form des Ressourceninterviews gibt. Bezüglich der Validität erscheinen, ähnlich wie im Therapiezielinterview, Konzepte zur kommunikativen Validität passender, vor allem wenn dieses Instrument als Veränderungsmaß über mehrere Zeitpunkte hinweg eingesetzt wird, wie es in dieser Studie der Fall war.

4.4 Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Softwarepaket SPSS Version 11.5 (Bühl & Zöfel, 2000). Es kamen sowohl parametrische als auch nonparametrische Verfahren zur Anwendung.

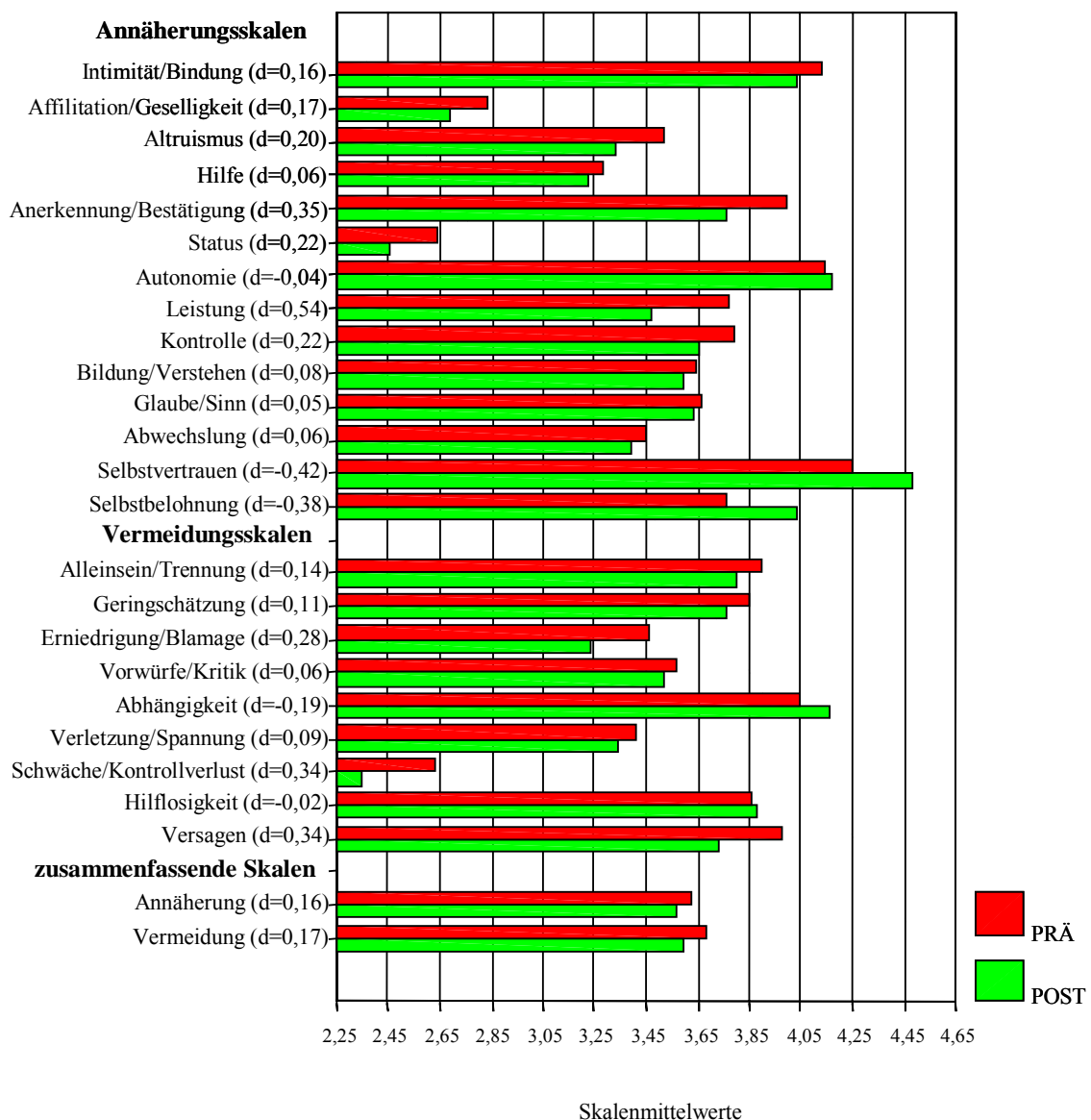
5. Ergebnisse

5.1 Ergebnisse des Fragebogens zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS)

5.1.1. Ergebnisse der Gesamtstichprobe

Zuerst werden die deskriptiven Ergebnisse des FAMOS-Fragebogens vorgestellt. Dabei ließen sich für die Gesamtstichprobe ($n = 34$) folgende Mittelwerte und Effektstärken in den einzelnen Skalen zu den Erhebungszeitpunkten Prä und Post finden.

Abbildung 1: Gruppenmittelwerte der FAMOS-Skalen zum Zeitpunkt der Prä- und der Post-Messung mit den jeweiligen Effektstärken d in Klammern ($n = 34$)



In der Abbildung 1 sind die jeweiligen Effektstärken mit angegeben, da aufgrund des Problems multipler Testung nicht für jede einzelne Skala Signifikanztest durchgeführt wurden.

Zur Überprüfung der Frage, ob insgesamt signifikante Unterschiede zwischen den FAMOS-Skalen und den beiden Messzeitpunkten vorliegen, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet, nachdem die Datensätze auf Normalverteilung hin geprüft worden waren.

Tabelle 3: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren „Messzeitpunkt“ und „Skala“

Variable	Faktor	F-Wert	df	p
FAMOS	Messzeitpunkt	13,85	1	0,000***
	Skala	27,92	22	0,000***
	Wechselwirkung (Messzeitpunkt*Skala)	1,99	22	0,004**

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

F-Wert: F-Wert der MANOVA; df: Freiheitsgrade; p: probability

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, lassen sich über alle Skalen hinweg sehr signifikante Unterschiede sowohl bezüglich des Messzeitpunkts, der Differenz zwischen den Skalen als auch der Wechselwirkung beider Faktoren finden.

Die Gesamtdifferenzen spiegeln sich auch in den starken Schwankungen der einzelnen Effektstärken wider. Das Spektrum reicht von $d = -0,42$ (Skala Selbstvertrauen) bis $d = 0,54$ (Skala Leistung). Bezüglich der Größe der Effekte (Cohen, 1992) liegen insgesamt 9 Skalen im Bereich kleiner Effekte (negativer oder positiver Form) und eine Skala im Bereich mittlerer Größe.

Interessanterweise liegen die stärksten negativen Effektstärken in den Skalen Selbstvertrauen ($d = -0,42$) und Selbstbelohnung ($d = -0,38$). Hier kommt es zu einer im Verhältnis zu den anderen Skalen deutlichen Steigerung der Annäherungsmotivation während des Behandlungszeitraums. Diese Tendenz spricht für die Hypothese 1, dass im Laufe einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung die Annäherungsziele als durchaus wichtiger eingeschätzt werden können als noch zu Beginn einer Beratung.

Insgesamt stützen die Ergebnisse diese Hypothese jedoch nicht, da es zu keiner signifikanten Zunahme der Wichtigkeit in der Gesamtskala „Annäherung“ ($d = 0,16$) kam.

Parallel zur Zunahme der Wichtigkeit in den beiden oben genannten Skalen nimmt die Annäherungsmotivation in den Skalen „Leistung“ ($d = 0,54$) und „Anerkennung/Bestätigung“ ($d = 0,35$) im Bereich der Annäherungsziele am deutlichsten ab. Es scheint sich also eine

Verschiebung zu vollziehen von der stärkeren Wichtigkeit möglicher Außenbestätigung hin zu einer Erhöhung der Wichtigkeit von Selbstbestätigung.

Bezüglich der Hypothese 2, derzufolge die Wichtigkeit der Vermeidungsziele abnimmt, gibt es die deutlichsten Tendenzen in diese Richtung in den Skalen „Schwäche/Kontrollverlust“ ($d = 0,34$) und „Versagen“ ($d = 0,34$). In der Gesamtskala „Vermeidung“ ($d = 0,17$) sind die Effekte jedoch vernachlässigbar gering.

Die Hypothese 3 betreffend, nimmt zwar die Differenz zwischen den Annäherungs- und Vermeidungszielen ab, jedoch sind die Differenzen insgesamt so gering, dass keine signifikanten Unterschiede zu finden waren.

Die einzelnen statistischen Kennwerte zu den oben aufgeführten Berechnungen finden sich in Anhang C.

5.1.2 Unterschiede zwischen der stationären und ambulanten Teilstichprobe

Alle Berechnungen zu möglichen Unterschieden zwischen der ambulanten ($n = 11$) und stationären ($n = 23$) Teilstichprobe beim FAMOS ergaben keine nennenswerten Resultate. Zur Überprüfung eines Einflusses des Faktors „Ambulant/Stationär“ wurden eine dreifaktorielle Varianzanalyse und für einzelne Skalen univariate Varianzanalysen berechnet, deren Ergebnisse im Anhang C zu finden sind.

Einzig erwähnenswert erscheint ein insgesamt höherer Mittelwert der Effektstärken in der ambulanten Teilstichprobe, welcher jedoch nicht gegen den Zufall abgesichert werden konnte und einerseits mit der geringen Stichprobengröße, andererseits aber auch mit dem deutlich längeren Behandlungszeitraum der ambulanten Gruppen zusammenhängen kann.

5.1.3 Ergebnisvergleich mit der Normalpopulation

Um zu überprüfen, inwieweit sich die klinische Stichprobe der Normalpopulation annähert, wurden die Mittelwerte der Gesamtstichprobe mit den Mittelwerten der Berner Normstichprobe aus dem FAMOS Manual verglichen. Dazu wurden die zusammenfassenden Skalen „Annäherung“ und „Vermeidung“ mit Hilfe von Einstichproben-T-Tests auf signifikante Unterschiede geprüft.

Tabelle 4: Mittelwertsvergleiche zwischen der Prä- und Post-Messung und der Normstichprobe Bern

Skala			Bern Normstichprobe	t	df	p
	M	SD	M			
„Annäherung“ Prä-Messung	3,62	0,38	3,68	-0,894	33	0,378
„Annäherung“ Post-Messung	3,56	0,36	3,68	-1,862	33	0,072
„Vermeidung“ Prä-Messung	3,68	0,55	3,43	2,661	33	0,012*
„Vermeidung“ Post-Messung	3,59	0,50	3,43	1,896	33	0,067

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert; df: Freiheitsgrade; p: probability

Wie der Tabelle 4 entnommen werden kann, bestehen in der Annäherungsskala sowohl in der Prä- als auch in der Post-Messung keine signifikanten Unterschiede zur Normstichprobe aus Bern.

Hingegen liegt der Prä-Mittelwert der Vermeidungsskala signifikant über dem Mittelwert der Normalpopulation. Zum Zeitpunkt der Entlassung sinkt dieser jedoch auf ein nicht signifikantes Niveau. Somit kommt es auch hier zu einer Annäherung an den durchschnittlichen Wert der Normalbevölkerung.

Im FAMOS-Manual (Grosse-Holtforth & Grawe, 2002) wird von einem systematischen Einfluss des Alters und Geschlechts auf die Werte des FAMOS berichtet. Um eine möglichst genaue Vergleichbarkeit individueller Skalenwerte zu erreichen, wurden diese normiert und in T-Werte umgerechnet, welche wiederum nach entsprechenden Alters- und Geschlechtsmerkmalen differenziert wurden.

Die Zuordnung der individuellen Skalenwerte zu den jeweiligen T-Werten bestätigt die oben beschriebene Tendenz.

Zu Beginn der Behandlung liegt der T-Mittelwert für die Gesamtannäherungsskala bei M = 48,44 (SD = 10,17), für die Gesamtvermeidungsskala bei M = 55,06 (SD = 13,25). Am Ende der Behandlung ergeben sich bei beiden Gesamtskalen niedrigere Mittelwerte, und zwar für die Annäherungsskala M = 46,88 (SD = 9,47) und die Vermeidungsskala M = 52,88 (SD = 11,26).

Die Werte nähern sich somit durchschnittlich dem Normmittelwert von 50 an bzw. unterschreiten ihn weiter, auch wenn die Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht signifikant sind.

Zusammenfassung

Mit Hilfe einer zweifaktoriellen Varianzanalyse ließen sich sehr signifikante Unterschiede zwischen den FAMOS-Skalen als auch den beiden Messzeitpunkten finden.

Diese Differenzen spiegeln sich auch in den einzelnen Effektstärken der Skalen wider. Die stärksten negativen Effektstärken ergeben sich in den Skalen „Selbstvertrauen“ und „Selbstbelohnung“. Die stärksten positiven Effektstärken weisen die Skalen „Leistung“ und „Anerkennung/Bestätigung“ auf.

Im Vergleich zur Normalpopulation liegen die Prä-Werte für die Gesamtskala Vermeidung signifikant höher. Diese Differenz reduziert sich in der Post-Messung auf ein nicht signifikantes Maß. Auch der Vergleich der T-Werte spricht für eine Angleichung der Stichprobe an die Normalpopulation zum Messzeitpunkt „post“.

5.2 Ergebnisse der Therapiezielveränderungen

5.2.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe

Zu Beginn werden die allgemeinen deskriptiven Ergebnisse dargestellt, um anschließend detaillierter auf Veränderungsmuster über die vier Erhebungszeitpunkte und auf Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben einzugehen.

Alle Berechnungen beziehen sich auf den in Tabelle 5 dargestellten Datensatz. Aufgrund entfallener Interviews liegt die Stichprobengröße teilweise unter dem anfänglichen $n = 34$. Es wurden für die statistischen Analysen nonparametrische Verfahren angewandt, da es sich um eine kleine Stichprobengröße handelt, die den Anforderungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität nicht gerecht wird.

Tabelle 5: Gesamtstichprobengröße, Anzahl der gesamten, neuen, umformulierten und weggefallenen Ziele zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Summe	Mittelwert
Anzahl der Ziele prä	34	3	10	141	4,15
Anzahl Ziele t1	27	3	6	122	4,52
Anzahl Ziele t2	31	3	10	148	4,77
Anzahl Ziele post	34	3	10	174	5,12
Neue Ziele t1	27	0	1	11	,41
Neue Ziele t2	31	0	3	9	,29
Neue Ziele post	34	0	2	11	,32
Neue Ziele Gesamt	34	0	3	31	,91
Umformulierte Ziele t1	27	0	1	3	,11
Umformulierte Ziele t2	31	0	1	5	,16
Umformulierte Ziele post	34	0	1	4	,12
Umformulierte Ziele Gesamt	34	0	1	12	,35
Anzahl Weggefallener Ziele	34	0	2	10	,29

Die Einteilung der neu hinzugekommenen Ziele in die Kategorien „Neue Ziele“ und „Umformulierte Ziele“ erfolgte durch eine Therapeutin und einen Therapeuten der hypnosystemischen Abteilung der Fachklinik am Hardberg. Zur Überprüfung der

Urteilerübereinstimmung wurde der Kappa-Koeffizient von Cohen (Bortz & Lienert, 2002) berechnet. Es ergibt sich ein Kappa-Wert $\kappa = 0,621$, welcher auf dem Niveau $p < 0,001$ signifikant ist.

Die Liste der kategorisierten Ziele findet sich im Anhang D.

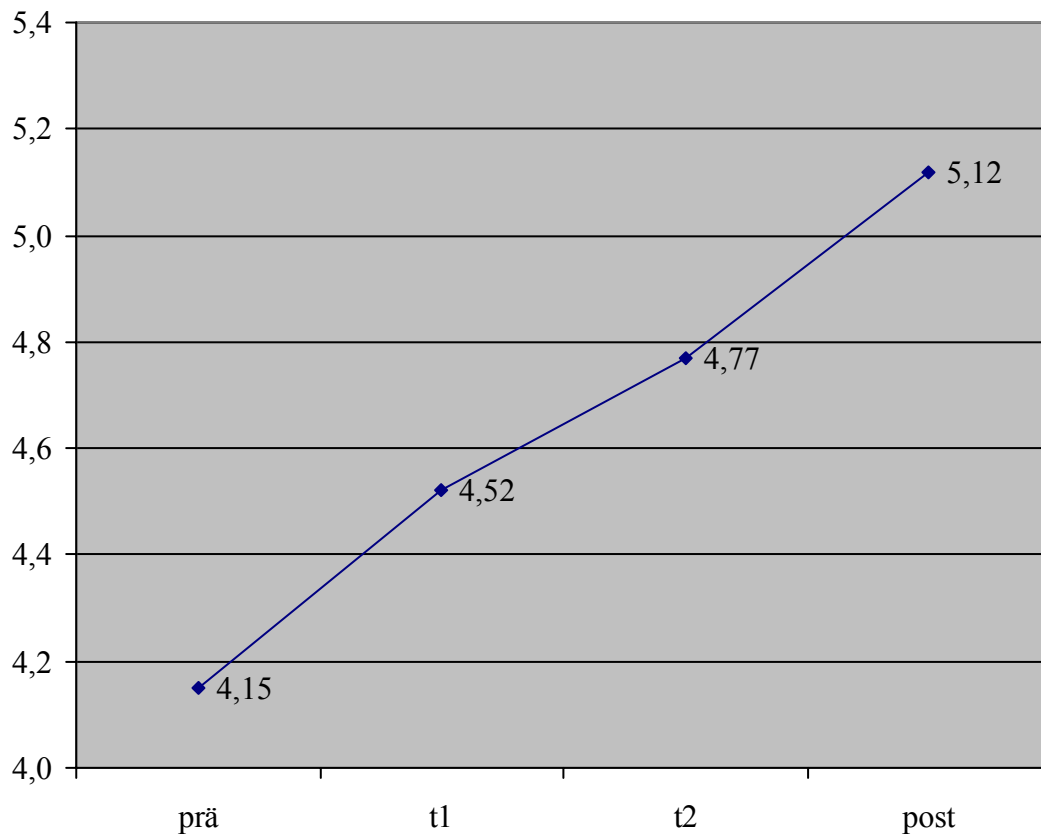
Wie Tabelle 5 zu entnehmen ist, formulieren die Klienten insgesamt häufiger neue Ziele im Vergleich zu einer Umformulierung oder einem Wegfall genannter Ziele. Die Signifikanzprüfung mit Hilfe des Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben ergibt einen sehr signifikanten Unterschied zwischen der Anzahl „Neuer Ziele“ und der Anzahl „Weggefallener Ziele“ ($Z = -3,5$; $p < 0,000$), sowie einen signifikanten Unterschied zwischen den „Neuen Zielen“ und den „Umformulierten Zielen“ ($Z = -2,873$; $p < 0,004$).

Für das Auftauchen neuer Ziele bzw. das Umformulieren alter Ziele nennen die Klienten als Grund überzufällig (Chi-Quadrat = 16,382; $df = 3$; $p < 0,001$), dass sich die Handlungsmöglichkeiten als Folge der Therapie so erweitert hätten, dass sich das Ziel aufgrund neuer Erfahrungen ergeben habe ($n = 15$) oder aufgrund von Einsichten und Erkenntnissen in den Therapiesitzungen aufgetaucht sei ($n = 17$). Viel weniger sei ihnen das Ziel von der Therapeutin nahe gebracht worden ($n = 4$) oder durch Sonstiges entstanden ($n = 3$).

5.2.2 Muster der Therapiezielveränderung über den Verlauf

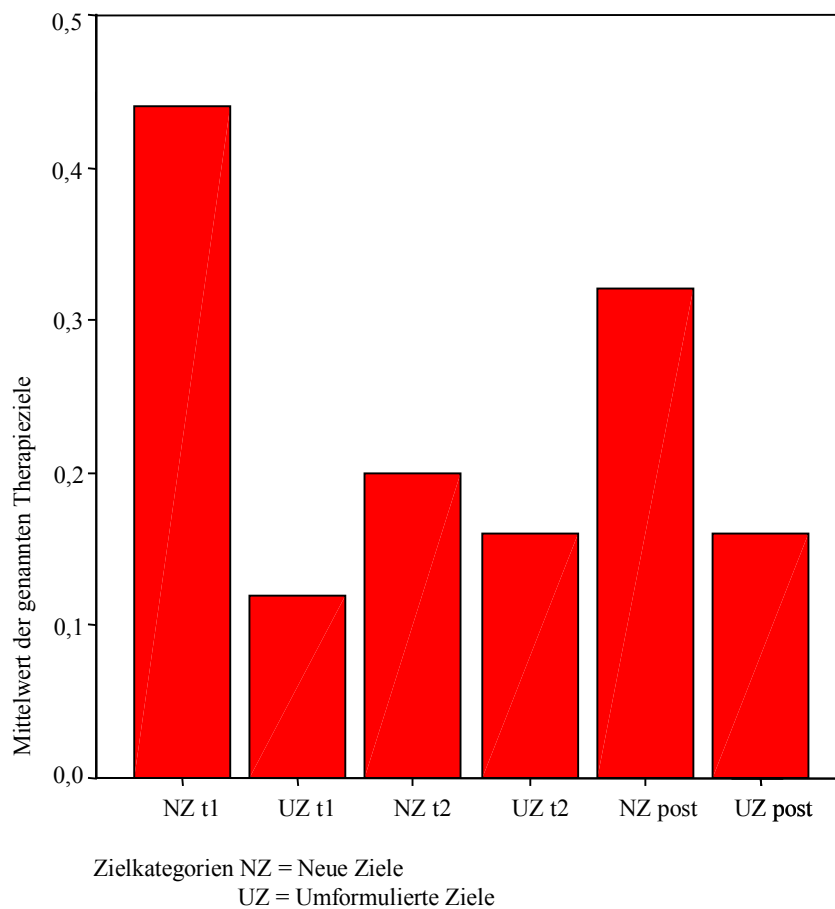
In diesem Abschnitt werden die Veränderungen dargestellt, die sich über den Therapieverlauf ergeben haben. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den vier Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post sowie möglichen Mustern, die sich daraus ableiten lassen.

Wie Tabelle 5 zu entnehmen ist, steigt die Zahl der genannten Therapieziele über den Verlauf an. Dabei zeigt sich, dass zu Beginn der Therapie/Beratung ein signifikanter Sprung zwischen der Prä-Messung und t1 (Wilcoxon-Test $Z = -3,051$; $p < 0,002$) sowie zwischen den Zeitpunkten t2 und post (Wilcoxon-Test $Z = -2,829$; $p < 0,005$) erfolgt. Abbildung 2 veranschaulicht diesen Sachverhalt.

Abbildung 2: Mittelwerte der genannten Therapieziele zu den Zeitpunkten prä, t1, t2 und post

Insgesamt erhöht sich die Anzahl der Therapieziele während des Verlaufs pro Klient durchschnittlich um ein Therapieziel. Vor allem in der ersten und letzten Phase der Beratung/-Therapie scheint es zu einer wiederholten Neu- oder Umformulierung der Ziele zu kommen.

Um ein differenziertes Bild der Veränderungen zu erhalten, wurde überprüft, ob es Unterschiede zwischen den Kategorien „Neue Ziele“ und „Umformulierte Ziele“ während des Verlaufs gab. Abbildung 3 veranschaulicht, wie sich die neu hinzugekommenen Ziele auf die beiden Kategorien verteilen.

Abbildung 3: Mittelwerte „Neue Ziele“ und „Umformulierte Ziele“ für die Erhebungszeitpunkte t1, t2 und post

Es wird deutlich, dass der größte Zuwachs zum Zeitpunkt t1 in der Kategorie „Neue Ziele“ erfolgt, gefolgt von einem weiteren Zuwachs zum Zeitpunkt post. Dies entspricht der allgemeinen Tendenz von Abbildung 2. Bei den „Umformulierten Zielen“ bleibt hingegen der Zuwachs nahezu gleich, wobei er anfangs am niedrigsten ist, um dann leicht anzusteigen. Zum Zeitpunkt t1 liegt der Unterschied zwischen NZ und UZ im signifikanten Bereich (Wilcoxon-Test $Z = -2,530$; $p < 0,011$); dies spricht dafür, dass insbesondere in der ersten Phase der Beratung/Therapie eher neue Ziele hinzukommen, als dass anfängliche Ziele umformuliert werden.

Die genauere Analyse der einzelnen Items des Zielfragebogens ergaben unterschiedlich aussagekräftige Ergebnisse. Bezüglich der Berücksichtigung der individuellen Therapieziele (Item 3, s. Anhang A) nahm diese, wie zu erwarten, im Laufe der Beratung/Therapie zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 (Wilcoxon-Test $Z = -2,154$; $p < 0,031$) sowie zwischen t2 und post (Wilcoxon-Test $Z = -2,909$; $p < 0,004$) signifikant zu.

Diese Tendenz ergibt sich sowohl für die alten als auch die neuen bzw. umformulierten Ziele, sodass von keiner Bevorzugung alter oder neuer Ziele die Rede sein kann.

Die Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Ziele betreffend (Item 4), kommt es zu keiner nennenswerten Veränderung. Entgegen der Annahme, dass die Wichtigkeit bei den neuen und umformulierten Zielen zunimmt, werden fast alle Ziele als „ziemlich wichtig“ oder „sehr wichtig“ eingeschätzt. Diese Beurteilung ändert sich sowohl über den Verlauf als auch in den einzelnen Zielkategorien nicht ausschlaggebend (s. Anhang C). Der einzige auffällige Unterschied lässt sich zwischen der Kategorie „Alte Ziele“ vs. „Umformulierte Ziele“ finden. Im Gesamtdurchschnitt über alle drei Zeitpunkte werden die „Umformulierten Ziele“ signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,326$; $p < 0,020$) wichtiger eingestuft als die „Alten Ziele“. Dieser Unterschied besteht nicht im Vergleich „Neue vs. Alte Ziele“ bzw. „Neue vs. Umformulierte Ziele“.

Auch wenn in der Gesamteinschätzung der Wichtigkeit (Item 4) kaum Veränderungen eintreten, so ergeben sich dennoch Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeitsveränderung (Item 5a), Wichtigkeitszunahme (Item 5b) und Wichtigkeitsabnahme (Item 5c) der individuellen Ziele. Das Vorgehen bei der Auswertung von Item 5 kann in Anhang B nachgeschlagen werden.

Zu allen drei Erhebungszeitpunkten kommt es im Durchschnitt zu einer signifikant höheren Wichtigkeitszunahme als -abnahme, wie in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Mittelwertsvergleiche von Wichtigkeitszunahme und -abnahme zu den Erhebungszeitpunkten t1, t2 und post

Erhebungszeitpunkt	Zunahme		Abnahme		Z	P
	M	SD	M	SD		
t1 (n = 122)	0,40	0,71	0,20	0,42	-2,65	0,008**
t2 (n = 136)	0,51	0,77	0,20	0,42	-3,75	0,000***
post (n = 168)	0,57	0,81	0,13	0,42	-5,17	0,000***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Z: Wilcoxon-Z-Wert; p: probability

Damit scheinen die Ziele nicht nur an Anzahl zuzunehmen, sondern auch an Wichtigkeit zu gewinnen. Eine Sondierung, die Ziele ausschließt oder verwirft, kommt demnach deutlich weniger vor.

Der Vergleich von „Neuen Zielen“, „Umformulierten Zielen“ und „Alten Zielen“ bezüglich einer Wichtigkeitsveränderung zeigt, dass über alle Zeitpunkte zusammen die „Neuen Ziele“

signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,066$; $p < 0,039$) höhere Veränderungen (Item 5a) aufweisen, was mit der signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,204$; $p < 0,028$) stärkeren Wichtigkeitszunahme (Item 5b) der „Neuen Ziele“ zusammenhängt. Die „Neuen Ziele“ scheinen damit eindeutig mehr an Wichtigkeit zu gewinnen und stärker in den Aufmerksamkeitsfokus zu rücken. Dieser Unterschied lässt sich nicht zwischen den „Umformulierten vs. Alten Zielen“ und den „Umformulierten vs. Neuen Zielen“ finden.

Grenzt man die Analyse noch auf die einzelnen Zeitpunkte ein, so wird deutlich, dass dieser Unterschied in erster Linie in der Differenz zwischen „Neuen ($M = 1,37$; $SD = 0,74$) vs. Alten Zielen ($M = 0,33$; $SD = 0,33$)“ zum Zeitpunkt t1 begründet liegt. Dort steigen die „Neuen Ziele“ mit einer deutlichen Wichtigkeitszunahme ein, welcher signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,207$; $p < 0,027$) ist. Diese Differenz ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da es sich bei den „Neuen Zielen“ zum Zeitpunkt t1 noch um eine sehr kleine Stichprobe ($n = 11$, s. Tabelle 1) handelt.

Die Auswertung der eingeschätzten Zielerreichung (Item 6) ergibt für alle Ziele insgesamt eine signifikante Zunahme der Zielerreichung, was von einer zielorientierten Beratung/Therapie zu erwarten war. Tabelle 7 zeigt die Mittelwerte der Zielerreichung (Item 6) zu den drei Erhebungszeitpunkten und die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche.

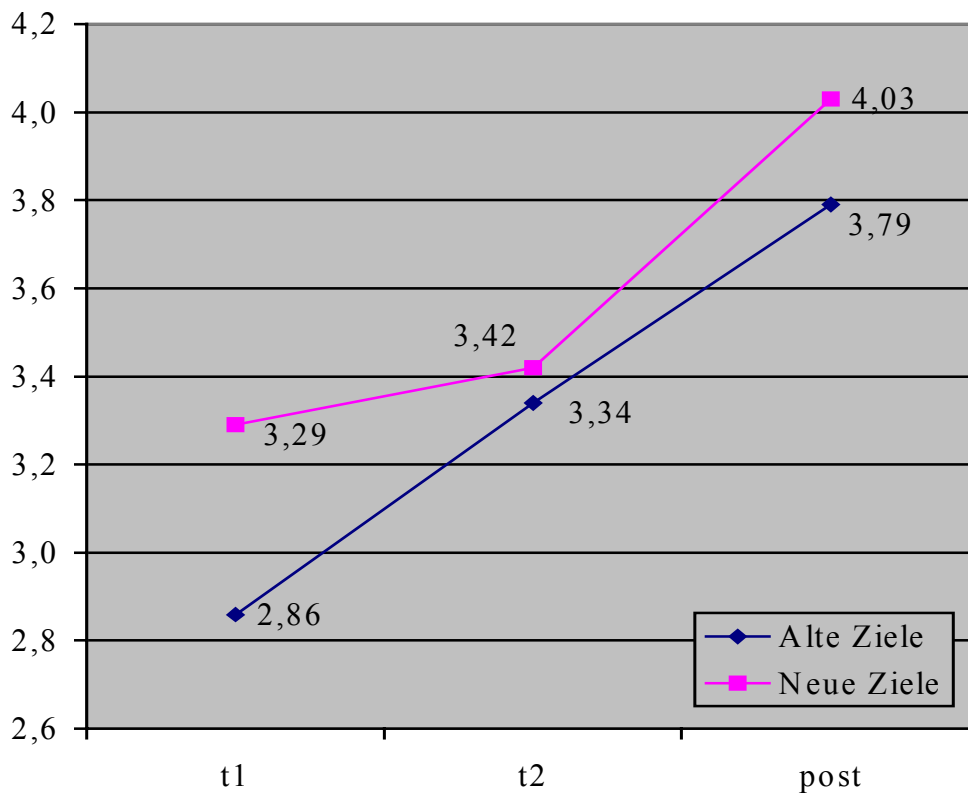
Tabelle 7: Mittelwertvergleiche der Zielerreichung für die Erhebungszeitpunkte t1, t2 und post

Zielkategorie	t1			t2			post			Z	p
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N		
Gesamt	2,88	1,05	121	3,32	1,18	138				-3,18	0,001**
				3,32	1,18	138	3,79	1,16	168	-4,49	0,000***
Alt	2,86	1,05	110	3,34	1,14	113				-3,43	0,001**
				3,34	1,14	113	3,79	1,11	127	-3,85	0,000***
Neu	3,00	1,09	11	3,24	1,39	20				-0,18	0,861
				3,24	1,39	20	3,78	1,31	31	-2,33	0,020*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; N: Stichprobengröße; Z: Wilcoxon-Z-Wert; p: probability

Wie Tabelle 7 zu entnehmen, ergibt sich in der Kategorie „Neue Ziele“ erst in der letzten Phase der Beratung/Therapie eine signifikant höhere Einschätzung der Zielerreichung. Zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 wird die Zielerreichung zwar durchschnittlich etwas höher eingeschätzt, diese Veränderung ist jedoch nicht gegen den Zufall abgesichert. Den Unterschied zwischen den „Neuen vs. Alten Zielen“ veranschaulicht Abbildung 4.

Abbildung 4: Mittelwerte der Zielerreichung „Neuer“ und „Alter Ziele“ zu den Zeitpunkten t1, t2 und post

Die „Neuen Ziele“ werden zum Zeitpunkt t1 deutlich, jedoch nicht signifikant höher in der Zielerreichung eingeschätzt, bleiben dann annähernd auf diesem Niveau und steigen zum Ende der Beratung/Therapie noch einmal überzufällig an. Die „Alten Ziele“ werden hingegen konstant in der Zielerreichung von Erhebung zu Erhebung höher bewertet, um zum Abschluss der Behandlung ein nicht signifikant niedrigeres Niveau als die „Neuen Ziele“ zu erreichen.

Aufgrund der niedrigen Stichprobenumfänge der „Umformulierten Ziele“ zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten wurde der Vergleich zu den beiden anderen Kategorien über alle Zeitpunkte zusammen gerechnet. Hier findet sich ein etwas überraschendes Ergebnis: Liegt die Einschätzung der Zielerreichung bei den „Alten Zielen“ nur unbedeutend höher (Wilcoxon-Test $Z = -0,24$; $p < 0,981$), so ergibt sich im Vergleich „Neue vs. Umformulierte Ziele“ ein signifikant höherer Mittelwert für die „Neuen Ziele“ (Wilcoxon-Test $Z = -2,388$; $p < 0,017$). Die „Umformulierten Ziele“ werden somit anscheinend weit weniger erreicht als die „Neuen Ziele“, die im Laufe der Beratung/Therapie auftauchen.

In Item 7 des Zielfragebogens wurde nach der realistischen Einschätzung einer zukünftigen Erreichung der gesetzten Ziele gefragt. Hier trat ein ähnliches Phänomen wie in der

Beurteilung der Wichtigkeit (Item 4) auf. Für die Mehrzahl der Ziele wurde die Erreichung als „ziemlich“ oder „sehr realistisch“ eingeschätzt. Diese Beurteilung änderte sich nicht nennenswert im Laufe der Beratung/Therapie. Der einzig beachtenswerte Unterschied ergab sich im Vergleich zwischen „Neuen vs. Umformulierten Zielen“. Hier wurden die „Neuen Ziele“ über den gesamten Zeitraum (t1, t2 und post) als signifikant realistischer erreichbar eingeschätzt als die „Umformulierten Ziele“ (Wilcoxon-Test $Z = -2,242$; $p < 0,025$).

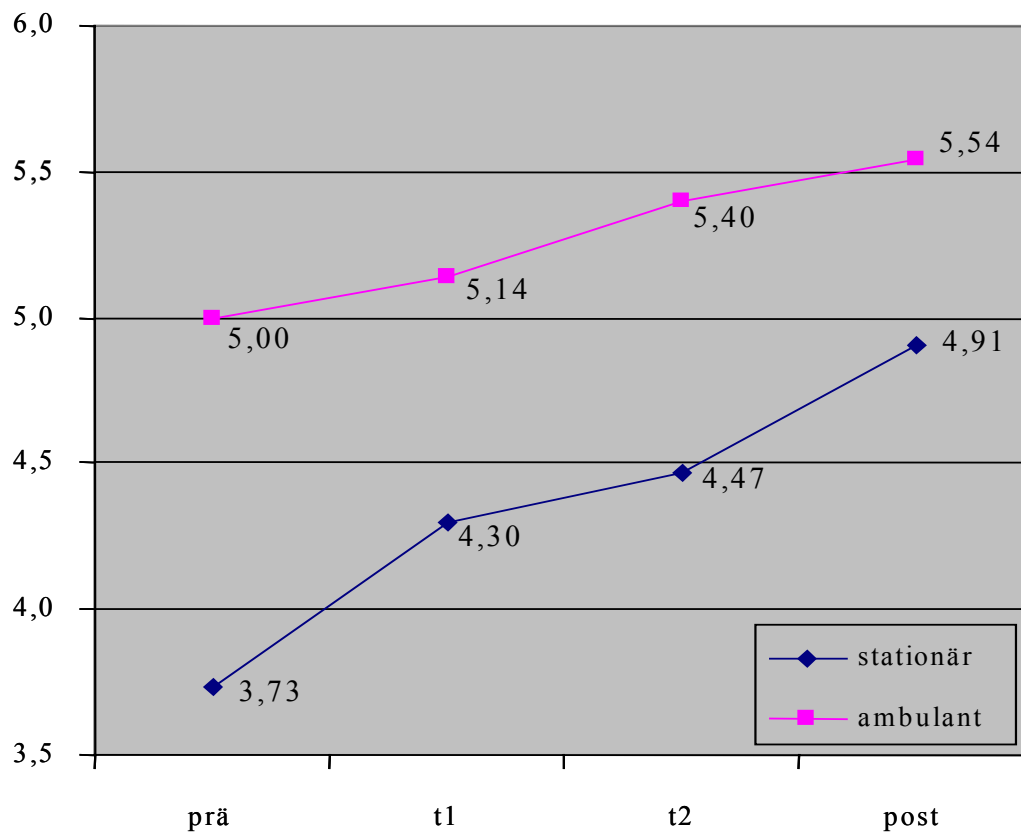
5.2.3 Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Teilstichprobe

Die Datenanalyse der Teilstichproben „stationär“ und „ambulant“ weist einige interessante Unterschiede auf. Aus Gründen der sehr geringen Stichprobenzahlen wurde auf eine Analyse der Zielkategorien zu den drei Erhebungszeitpunkten in den Teilstichproben verzichtet.

Vergleicht man den Zuwachs an Therapiezielen im ambulanten Setting mit dem im stationären Rahmen, so zeigt sich, dass in der ambulanten Teilstichprobe die Klienten zu Beginn mehr Ziele nennen, um dann im Laufe der Beratung kontinuierlich neue bzw. umformulierte Ziele zu entwickeln. Der Anstieg ist dabei nur zwischen den Zeitpunkten prä und post signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,449$; $p < 0,014$). In der stationären Stichprobe werden im Vergleich weniger Ziele zu Beginn der Therapie genannt, es erfolgt jedoch zwischen Zeitpunkt prä und t1 (Wilcoxon-Test $Z = -2,714$; $p < 0,007$) sowie zwischen t2 und post (Wilcoxon-Test $Z = -2,427$; $p < 0,015$) ein signifikanter Zuwachs der Therapieziele. Abbildung 5 stellt die beiden Zuwachsverläufe graphisch dar.

Die Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Stichprobe sind nicht signifikant.

Abbildung 5: Mittelwerte der genannten Therapieziele für die ambulante und stationäre Teilstichprobe zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post



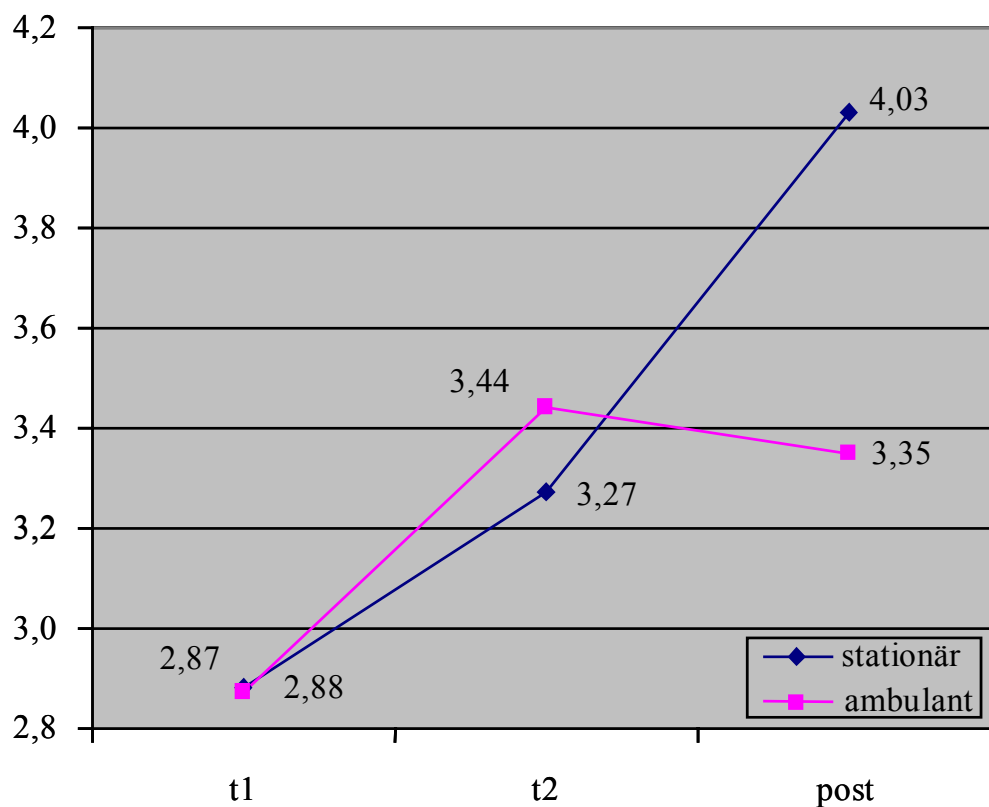
Ein weiterer Unterschied zwischen den Teilstichproben besteht im Muster der Wichtigkeitsveränderung der Ziele. Im stationären Setting lassen sich zu allen drei Erhebungszeitpunkten signifikant höhere Wichtigkeitszunahmen im Vergleich zu Wichtigkeitsabnahmen finden, ähnlich der allgemeinen Tendenz, wie sie in Tabelle 6 zu finden ist. In der ambulanten Teilstichprobe kommt es nur zum Zeitpunkt post zu einer signifikant höheren Wichtigkeitszunahme im Vergleich zur Abnahme (Wilcoxon-Test $Z = -2,803$; $p < 0,005$), ansonsten halten sich Zu- und Abnahme die Waage.

Im direkten Vergleich „ambulant vs. stationär“ geben die Klienten zum Zeitpunkt t2 in der ambulanten Beratung signifikant häufiger eine Wichtigkeitsabnahme ihrer Ziele an als die Klienten in der stationären Bedingung (Chi-Quadrat = 10,697; $df = 2$; $p < 0,005$). Somit scheint es im ambulanten Bereich eher zu einer Konzentration auf weniger Ziele zu kommen als im stationären Bereich, in dem die durchschnittliche Wichtigkeit der Ziele überzufällig zu- statt abnimmt. Zum Abschluss der Beratung/Therapie lassen sich ebenfalls höhere Veränderungswerte bei den ambulanten Klienten finden, was auf eine schwach signifikant höhere Wichtigkeitszunahme zurückzuführen ist. Demnach scheint sich über den längeren

Verlauf der ambulanten Beratung die Wichtigkeit der Ziele stärker zu verändern als in der deutlich kürzeren Behandlungszeit während des stationären Aufenthalts. Aufgrund der geringen Stichprobenzahlen sind diese Ergebnisse unter Vorbehalt zu interpretieren. Die genauen Ergebnisse der Kreuztabellen lassen sich in Anhang C nachschlagen.

Ein weiterer deutlicher Unterschied zeigt sich im Bereich der eingeschätzten Zielerreichung. Nimmt im stationären Setting die Zielerreichung konstant über den Verlauf zu, so steigt im ambulanten Bereich die Zielerreichung ebenfalls von t1 nach t2 signifikant an, nimmt dann aber von t2 nach post wieder etwas ab, sodass am Ende der Beratung/Therapie die stationären Klienten eine signifikant höhere Zielerreichung ($\chi^2 = 16,159$; $df = 5$; $p < 0,006$) angeben als die ambulanten Klienten. Abbildung 6 veranschaulicht diesen Sachverhalt.

Abbildung 6: Mittelwertsvergleiche in der Zielerreichung zwischen den Teilstichproben „Ambulant“ und „Stationär“ zu den Erhebungszeitpunkten t1, t2 und post



Die Vergleiche der übrigen Items des Zielfragebogens ergaben keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben.

Zusammenfassung

Folgende wichtige Ergebnisse werden noch einmal zusammengefasst:

Es werden von den Klienten überzufällig mehr „Neue Ziele“ als „Umformulierte Ziele“ während des Verlaufs genannt. Dabei basieren diese Ziele signifikant häufiger auf neuen Erfahrungen und Einsichten während der Therapie als auf Vorgaben der Therapeuten.

Die Anzahl der genannten Ziele nimmt signifikant zu, insbesondere im ersten und letzten Drittel des Verlaufs. Die Berücksichtigung der genannten Ziele nimmt während des Verlaufs signifikant zu.

Die „Neuen Ziele“ weisen die höchsten Werte in der Wichtigkeitszunahme auf, signifikant höher im Vergleich zu den „Alten Zielen“. Die Einschätzung der Zielerreichung betreffend, weisen alle Ziele eine signifikante Zunahme auf, die „Neuen Ziele“ jedoch erst im letzten Drittel des Verlaufs. Über alle Zeitpunkte hinweg werden die „Umformulierten Ziele“ überzufällig weniger erreicht als die „Neuen Ziele“.

Im Vergleich der ambulanten mit der stationären Stichprobe lassen sich im stationären Setting signifikant höhere Wichtigkeitszunahmen als -abnahmen finden. Im ambulanten Setting nicht. Hier erfolgt zum Zeitpunkt t2 signifikant häufiger eine Wichtigkeitsabnahme im Vergleich zur stationären Stichprobe. Des Weiteren lässt sich im stationären Therapiesetting am Ende der Behandlung eine signifikant höhere Zielerreichung als in der ambulanten Stichprobe finden.

5.3 Ergebnisse der Ressourcenveränderungen

5.3.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe

Zuerst werden die deskriptiven Ergebnisse vorgestellt. Tabelle 8 zeigt die Stichprobengrößen zu den vier Erhebungszeitpunkten, die Anzahl der genannten alten und neuen Ressourcen sowie die Zahl weggefallener Ressourcen im Lauf der Beratung/Therapie. Alle folgenden Berechnungen stützen sich auf diese Datensätze. An den Stellen, wo die Bedingungen für parametrische Tests (Normalverteilung und, falls erforderlich, Varianzhomogenität) erfüllt waren, kamen diese zum Einsatz. Ansonsten wurde auf nonparametrische Verfahren zurückgegriffen. Aufgrund teilweise entfallener Interviewtermine schwankt die Stichprobengröße zwischen $N = 36$ und $N = 29$. Die beiden Klientinnen, die ihre ambulante Beratung abbrachen (s. Stichprobenbeschreibung/Drop-out), wurden mit in den Gesamtdatenpool aufgenommen, soweit Erhebungen vorlagen.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik: Anzahl der genannten Ressourcen zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

Deskriptive Statistik						
	N	Minimum	Maximum	Summe	Mittelwert	Standardabweichung
Anzahl der Ressourcen prä	36	3	15	299	8,31	2,606
Anzahl Ressourcen t1	32	5	16	311	9,72	2,543
Anzahl Ressourcen t2	29	5	15	297	10,24	2,325
Anzahl Ressourcen post	33	4	18	361	10,94	2,850
Neue Ressourcen t1	32	0	5	46	1,44	1,216
Neue Ressourcen t2	29	0	3	27	,93	1,033
Neue Ressourcen post	33	0	5	35	1,06	1,345
Weggefallene Ressourcen t1	32	0	1	5	,16	,369
Weggefallene Ressourcen t2	29	0	2	10	,34	,670
Weggefallene Ressourcen post	33	0	2	5	,15	,442
Ressourcen insgesamt neu Prä/Post	33	0	7	108	3,15	1,873
Ressourcen insgesamt weggefallen Prä/Post	33	0	3	20	,58	,969
Vollständige Datensätze	25					

Wie Tabelle 8 zu entnehmen ist, nimmt die Anzahl der Ressourcen konstant über den Verlauf der Beratung/Therapie zu. Die einfaktorielle Varianzanalyse liefert ein hoch signifikantes Ergebnis für den Faktor „Erhebungszeitpunkt“ $F = 14,39$ ($df = 3$; $p < 0,001$;

n = 25). Die anschließend berechneten T-Tests für den Vergleich der einzelnen Erhebungszeitpunkte liefern folgende Resultate (Tabelle 9):

Tabelle 9: Mittelwertsvergleiche der Ressourcenanzahl zwischen den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

Vergleich der Erhebungszeitpunkte	Zeitpunkt a		Zeitpunkt b		t	df	p
	M	SD	M	SD			
prä/t1 (n = 32)	8,44	2,56	9,72	2,54	-5,47	31	0,000**
t1/t2 (n = 26)	10,04	2,43	10,54	2,23	-2,17	25	0,040*
t2/post (n = 27)	10,19	2,34	11,00	2,90	-3,11	26	0,004**

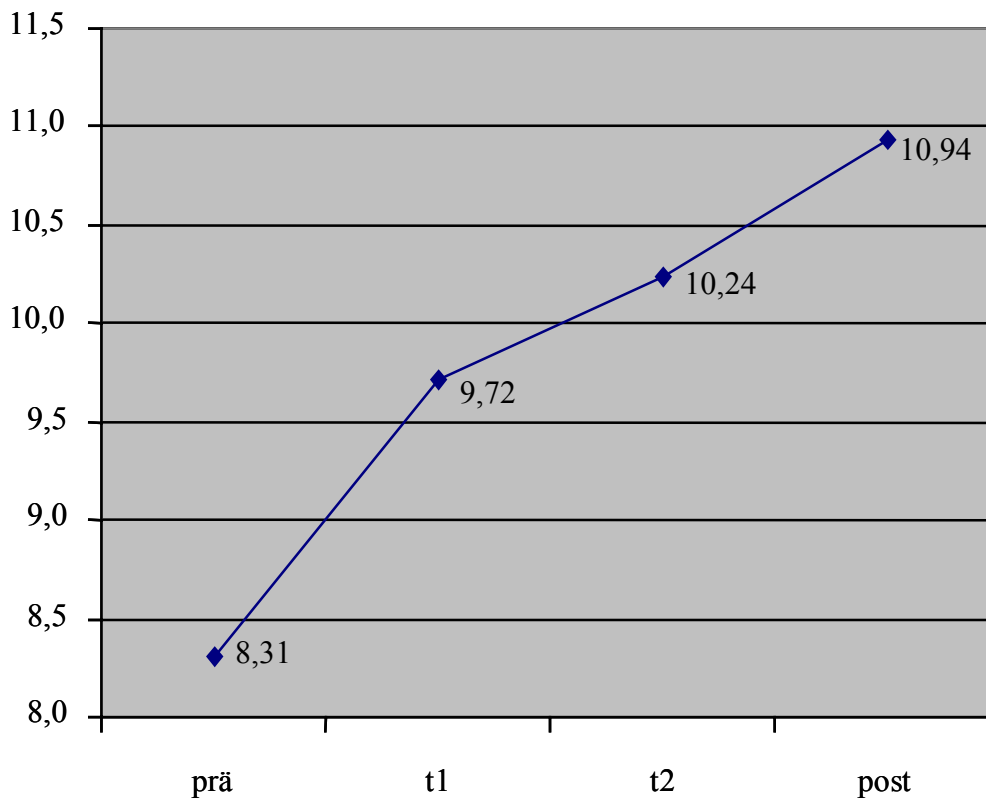
*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert des gepaarten T-Tests; df: Freiheitsgrad; p: probability

Die Ergebnisse zeigen zu allen Erhebungszeitpunkten einen signifikanten Zuwachs. Der stärkste Zuwachs erfolgt dabei zwischen der Prä- und t1-Erhebung. Zwischen t1 und t2 ist der Unterschied zwar noch signifikant, aber deutlich niedriger als zwischen prä und t1. Der zweitgrößte Ressourcenanstieg erfolgt zwischen t2 und post. Auch hier ist der Zuwachs signifikant und stärker als zwischen t1 und t2, jedoch schwächer als zwischen prä und t1.

Abbildung 7 veranschaulicht diesen Anstieg.

Abbildung 7: Mittelwerte der genannten Ressourcen zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post



Insgesamt steigt die durchschnittliche Zahl der genannten Ressourcen einer Person von ca. 8,5 auf fast 11 Ressourcen an.

Vergleicht man den Ressourcenzuwachs indem man die Differenzen der neu hinzugekommenen Ressourcen und der weggefallenen Ressourcen zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten berechnet, dann wird deutlich, dass zum Zeitpunkt t1 die Ressourcen signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,274$; $p < 0,023$) stärker ansteigen als zum Zeitpunkt t2. Dieser deutliche Unterschied besteht weder zwischen t1 und post noch zwischen t2 und post. Die einzelnen Ergebnisse können in Anhang C nachgelesen werden.

Im Gesamtvergleich zwischen der Anzahl „Neuer vs. Weggefallener Ressourcen“ ist die Häufigkeit „Neuer Ressourcen“ signifikant höher als die Anzahl „Weggefallener Ressourcen“ (Chi-Quadrat = 56,903; $df = 1$; $p < 0,001$).

Aufgrund der starken Ressourcenzunahme verteilten sich die erhobenen Werte zur Nutzung (Skala V), zum Potenzial (Skala P), zu der Zielsetzung (Skala Z) und zur Wichtigkeit (Skala R) der genannten Ressourcen auf eine signifikant höhere Anzahl von Ressourcen, sodass eine herkömmliche Berechnung des Mittelwerts oder gewichteten Mittelwerts für die Ressourcen, wie sie Schiepek et al. (2003) vorschlagen, ein für diese Arbeit nicht sehr aussagekräftiges Maß darstellen würde. Wenn z. B. die neuen Ressourcen mit niedrigeren Werten einsteigen, kann das zu insgesamt niedrigeren Mittelwerten führen, auch wenn die anfangs genannten Ressourcen vielleicht in ihren Werten ansteigen. Um diese Verzerrung zu vermeiden, wurden die anfangs genannten alten und die neu hinzugekommenen Ressourcen separat in ihrem Verlauf über die Zeitpunkte analysiert. Die Ergebnisse werden im Abschnitt 5.3.2 vorgestellt.

Um dennoch einen Überblick über die Gesamtentwicklung der Ressourcen zu erhalten, wurden die durchschnittlichen Gesamtwerte der Skalen für die Klienten berechnet. Dazu wurden die Summen der Skalenwerte nicht durch die Anzahl der Ressourcen geteilt, sondern durch die Anzahl der Stichprobengröße, um herauszufinden, ob die Klienten ihre Ressourcen insgesamt mehr nutzen oder nicht. Natürlich schlägt sich auch hier der Zuwachs der Ressourcen auf die Summenwerte nieder.

Für die Veränderung der Nutzung der Ressourcen (Skala V) wurden folgende Ergebnisse gefunden:

Tabelle 10: Vergleiche der Summenmittelwerte zur Ressourcennutzung (Skala V) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

Vergleich der Erhebungszeitpunkte	Zeitpunkt a		Zeitpunkt b		t	df	p
	M	SD	M	SD			
prä/t1 (n = 32)	48,41	21,11	50,97	18,75	-0,809	31	,425
t1/t2 (n = 26)	51,42	16,61	57,19	15,54	-1,989	25	,058
t2/post (n = 27)	54,78	15,76	57,63	19,80	-1,110	26	,277
prä/post (n = 33)	49,21	21,02	58,61	20,74	-2,517	32	,017*

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert des gepaarten T-Tests; df: Freiheitsgrad; p: probability

Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass die Nutzung der Ressourcen nicht gleich signifikant ansteigt wie die Anzahl der Ressourcen. Eher kann angenommen werden, dass sich die Nutzung der Ressourcen auf die größere Gesamtzahl verteilt und die Gesamtnutzung nicht sofort mit ansteigt. Der „Sprung“ erfolgt am ehesten von Zeitpunkt t1 auf t2, wo ein nahezu signifikanter Zuwachs erfolgt, der wiederum von t2 nach post abnimmt, sodass nur der Prä-post-Vergleich einen überzufälligen Unterschied aufweist.

Bezüglich der Potenzialeinschätzung der Ressourcen (Skala P) zeigt sich ein ähnliches Muster. Auch hier erfolgt der signifikante Anstieg von t1 nach t2, wobei zu den anderen Zeitpunkten keine bedeutsamen Potenzialanstiege von den Klienten genannt werden, wie Tabelle 11 entnommen werden kann.

Tabelle 11: Vergleiche der Summenmittelwerte zum Ressourcenpotenzial (Skala P) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

Vergleich der Erhebungszeitpunkte	Zeitpunkt a		Zeitpunkt b		t	df	p
	M	SD	M	SD			
prä/t1 (n = 32)	59,56	21,84	63,56	24,12	-1,439	31	,160
t1/t2 (n = 26)	64,88	22,09	74,19	21,44	-2,481	25	,020*
t2/post (n = 26)	72,38	21,36	75,58	25,08	-1,105	25	,280
prä/post (n = 33)	60,91	21,59	75,21	23,71	-3,669	32	,001**

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert des gepaarten T-Tests; df: Freiheitsgrad; p: probability

Überprüft man die Veränderungswerte für die Zieleinschätzung der Ressourcen (Skala Z), dann ergeben sich etwas andere Unterschiede zwischen den Zeitpunkten als in den beiden vorherigen Skalen. Wie Tabelle 12 zeigt, erfolgt der größte und einzige signifikante Sprung direkt zu Beginn der Therapie/Beratung. Zwischen dem Zeitpunkt prä und t1 wachsen die Zielvorstellungen der Klienten bezüglich ihrer Ressourcen deutlich an. Während der anderen Zeitpunkte behalten die Klienten ihre Zieleinschätzung eher bei, was zu keinem bedeutsamen Anstieg mehr führt.

Tabelle 12: Vergleiche der Summenmittelwerte zur Ressourcenzielsetzung (Skala Z) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

Vergleich der Erhebungszeitpunkte	Zeitpunkt a		Zeitpunkt b		t	df	p
	M	SD	M	SD			
prä/t1 (n = 32)	62,75	23,00	69,16	19,77	-2,795	31	,009**
t1/t2 (n = 26)	70,58	18,39	74,58	17,82	-1,388	25	,177
t2/post (n = 27)	72,63	18,26	74,78	18,77	-0,974	26	,339
prä/post (n = 33)	63,27	23,54	76,36	20,55	-3,909	32	,000***

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert des gepaarten T-Tests; df: Freiheitsgrad; p: probability

Das gleiche Muster wie in der Skala der Zieleinschätzung zeigt sich auch in der Veränderung der Wichtigkeitsbeurteilung (Skala R). Auch hier erfolgt der Zuwachs schon zu Beginn der Beratung/Therapie, während sich in der restlichen Zeit keine signifikanten Veränderungen mehr einstellen. Tabelle 13 verdeutlicht diesen Sachverhalt.

Tabelle 13: Vergleiche der Summenmittelwerte zur Ressourcenwichtigkeit (Skala R) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post

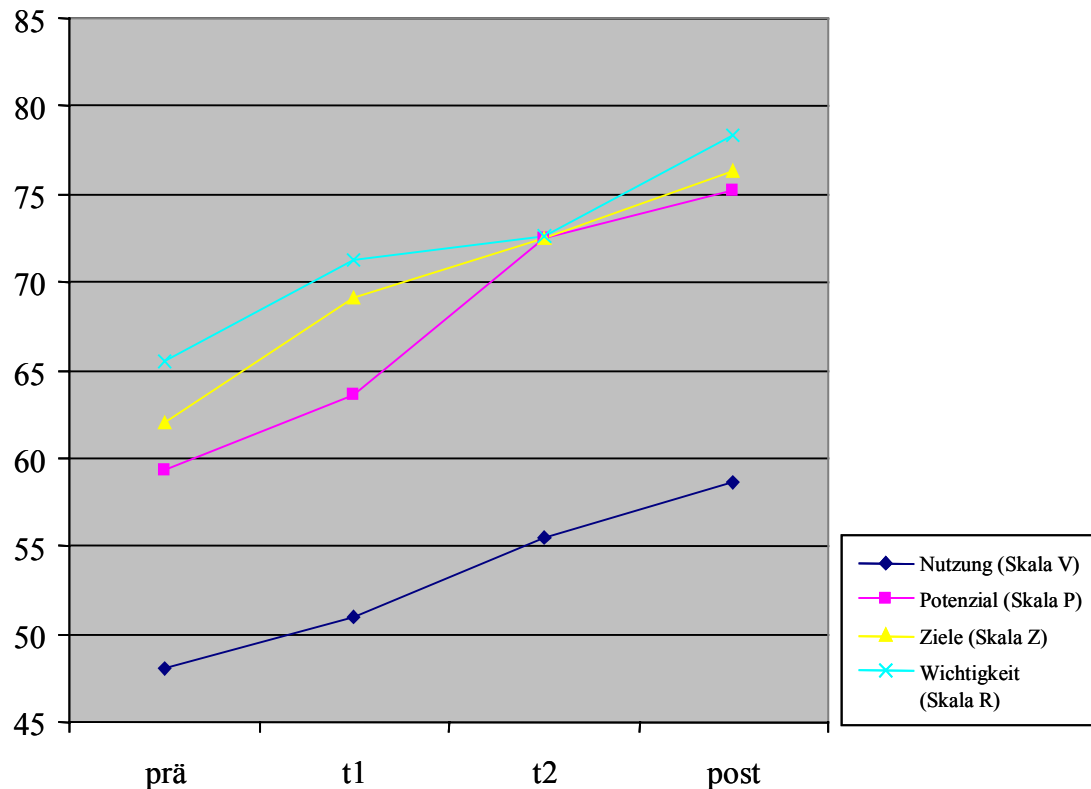
Vergleich der Erhebungszeitpunkte	Zeitpunkt a		Zeitpunkt b		t	df	p
	M	SD	M	SD			
prä/t1 (n = 31)	65,74	19,38	71,23	19,48	-2,952	30	,006**
t1/t2 (n = 24)	71,58	17,70	74,08	18,69	-1,076	23	,293
t2/post (n = 26)	72,38	18,29	75,00	20,16	-1,030	25	,313
prä/post (n = 33)	66,48	21,34	78,39	23,23	-3,855	32	,001**

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert des gepaarten T-Tests; df: Freiheitsgrad; p: probability

Abbildung 8 sind die verschiedenen Verläufe der vier Skalen noch einmal bildlich zu entnehmen. Hier werden auch die Verhältnisse der Skalen untereinander deutlich. Die Wichtigkeit der eingeschätzten Ressourcen weist die höchsten Summenmittelwerte auf, gefolgt von der Zielbeurteilung und dem wahrgenommenen Potenzial der Ressourcen. Den geringsten Wert erreichte die Nutzung der Ressourcen. Bei der Interpretation sollte nicht vergessen werden, dass durch den signifikanten Anstieg der Ressourcenanzahl auch die Summenmittelwerte ansteigen müssen. Dennoch ist überraschend, dass nicht alle Skalen gleichermaßen von prä nach t1 signifikant ansteigen, sondern das Potenzial und die Nutzung eher zeitverzögert ansteigen.

Abbildung 8: Verläufe der Summenmittelwerte der vier Skalen V, P, Z und R über die vier Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post



Die Auswertungen der Differenzen ergeben sehr unterschiedliche Ergebnisse. Die in Abschnitt 3.3 formulierte Hypothese, dass die Differenz zwischen der Nutzung (Skala V) und der Zieleinschätzung (Skala Z) zum Ende der Beratung/Therapie hin abnimmt, wird durch diese Ergebnisse nicht gestützt. So bleibt die Differenz annähernd auf gleichem Niveau bestehen (Abbildung 8). Auch die Differenzen zwischen den Skalen V und P verändern sich nicht deutlich. Einzig interessant ist der signifikante Sprung (Wilcoxon-Test $Z = -2,758$; $p < 0,006$) der Differenz zwischen den Skalen P und Z von t1 nach t2. Dort ergeben sich fast identische Werte zum Zeitpunkt t2, obwohl zum Zeitpunkt t1 noch deutliche Differenzen zwischen beiden Skalen bestanden.

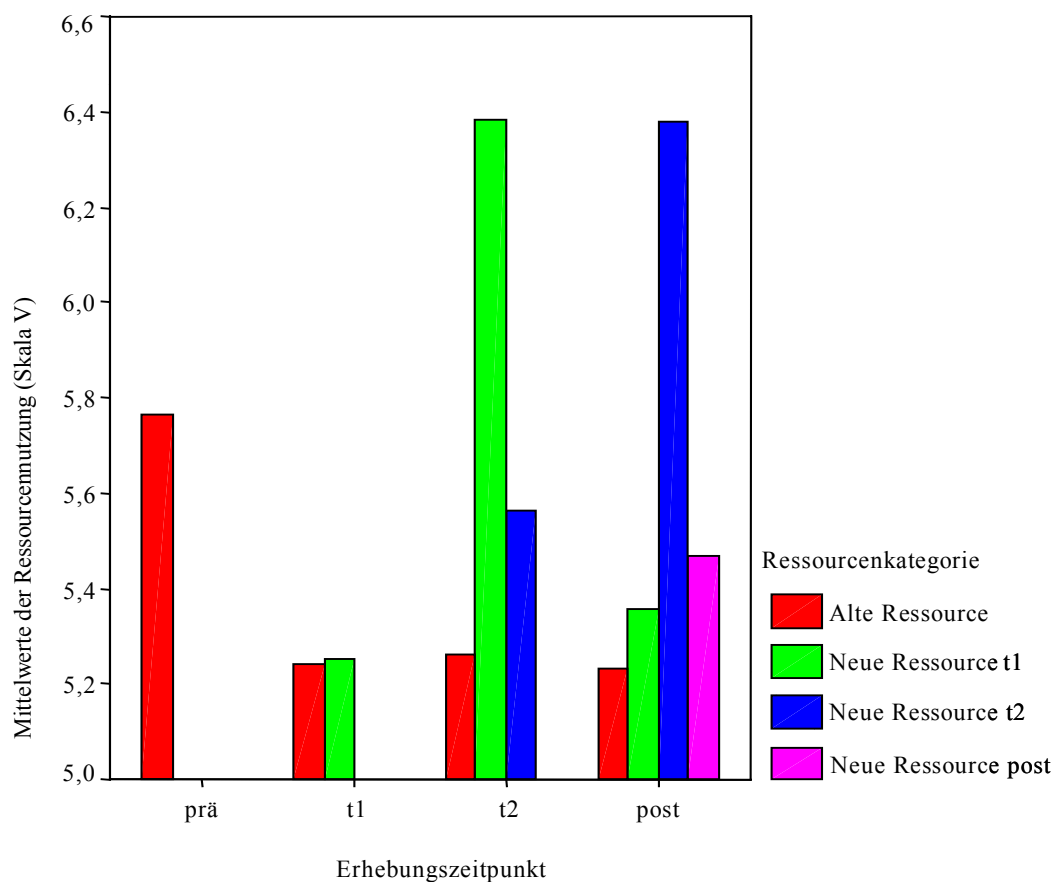
5.3.2 Ergebnisse des Vergleichs „Alte vs. Neue Ressourcen“

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Vergleichs der „Alten vs. Neuen Ressourcen“ dargestellt. Um zu überprüfen, ob es Unterschiede in den Verläufen der anfangs genannten und der im Laufe der Beratung/Therapie hinzugekommenen Ressourcen gibt, wurden die Ressourcen aufgrund ihres Nennungszeitpunkts vier Kategorien zugeordnet:

- 1) anfangs genannten „Alten“ Ressourcen
- 2) „Neuen“ Ressourcen zum Zeitpunkt t1
- 3) „Neuen“ Ressourcen zum Zeitpunkt t2
- 4) „Neuen“ Ressourcen zum Zeitpunkt post.

Abbildung 9 zeigt die Mittelwerte der Ressourcennutzung für die vier Kategorien über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg.

Abbildung 9: Mittelwerte der Ressourcennutzung (Skala V) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post

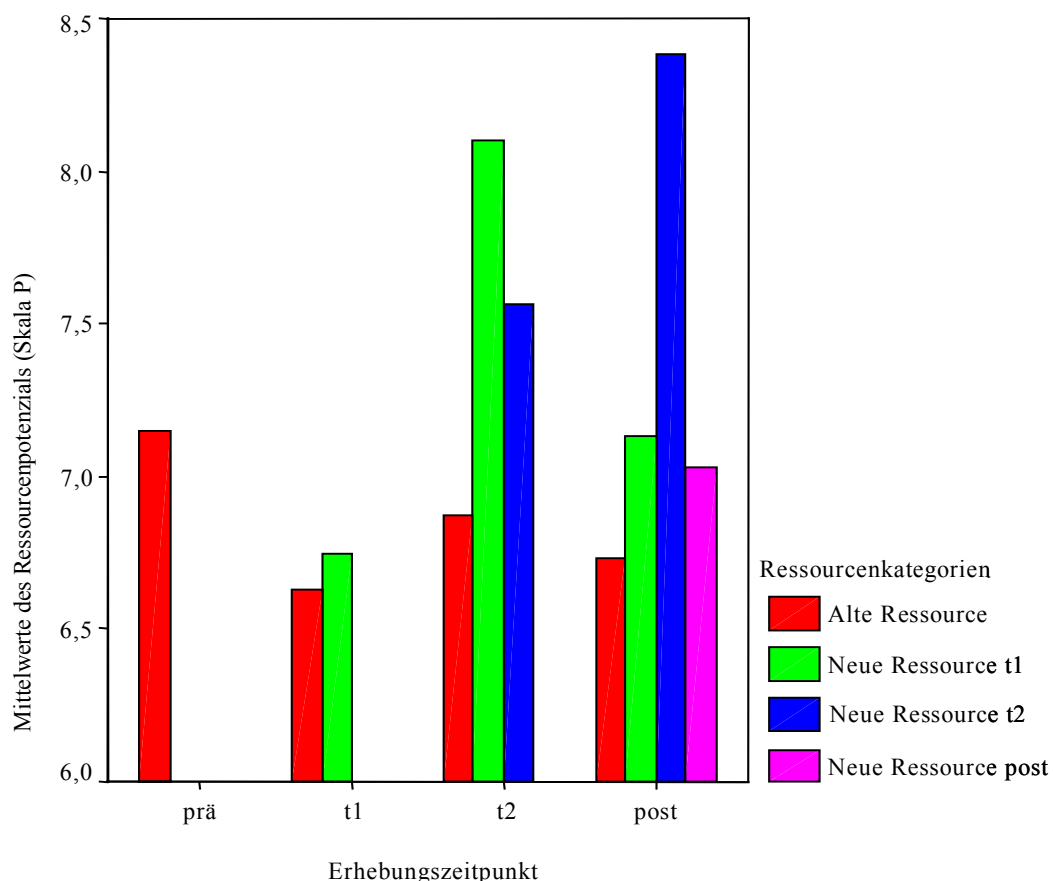


Wie der Grafik zu entnehmen ist, geht die Nutzung der anfangs genannten alten Ressourcen deutlich zurück, und zwar signifikant zwischen dem Zeitpunkt prä und post (Wilcoxon-Test $Z = -2,030$; $p < 0,042$), und bleibt anschließend konstant. Die neuen Ressourcen zum Zeitpunkt t1 steigen mit einem niedrigeren Mittelwert zum Zeitpunkt t1 ein, um zum Zeitpunkt t2 eine signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,598$; $p < 0,009$) höhere Nutzung zu erreichen. Diese nimmt zum Zeitpunkt post jedoch wieder signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,097$; $p < 0,036$) bis fast auf das Anfangsniveau ab. Eine annähernd gleiche, aber nicht signifikante Dynamik weisen die neuen Ressourcen zum Zeitpunkt t2 auf: Auch hier lässt sich ein im Vergleich zu den

neuen Ressourcen t1 niedrigerer Wert zum Zeitpunkt der Erstnennung finden, der dann deutlich zum darauf folgenden Zeitpunkt post ansteigt. Es ist zu vermuten, dass auch diese starke Zunahme der Nutzung der neuen Ressourcen t2 wieder zurückgeht. Die neuen Ressourcen zum Zeitpunkt post haben ein ähnlich hohes Einstiegsniveau wie die beiden neuen Ressourcenkategorien zuvor. Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass die weitere Nutzung zuerst ansteigt, um dann wieder auf ein durchschnittliches Niveau abzufallen. Die Unterschiede zwischen den Ressourcenkategorien zum Zeitpunkt post sind nicht gegen den Zufall abgesichert.

Die Einschätzung des wahrgenommenen Ressourcenpotenzials betreffend, zeigt sich ein ähnliches Verlaufsbild für die vier Kategorien (Abbildung 10).

Abbildung 10: Mittelwerte der Einschätzung des Ressourcenpotenzials (Skala P) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post

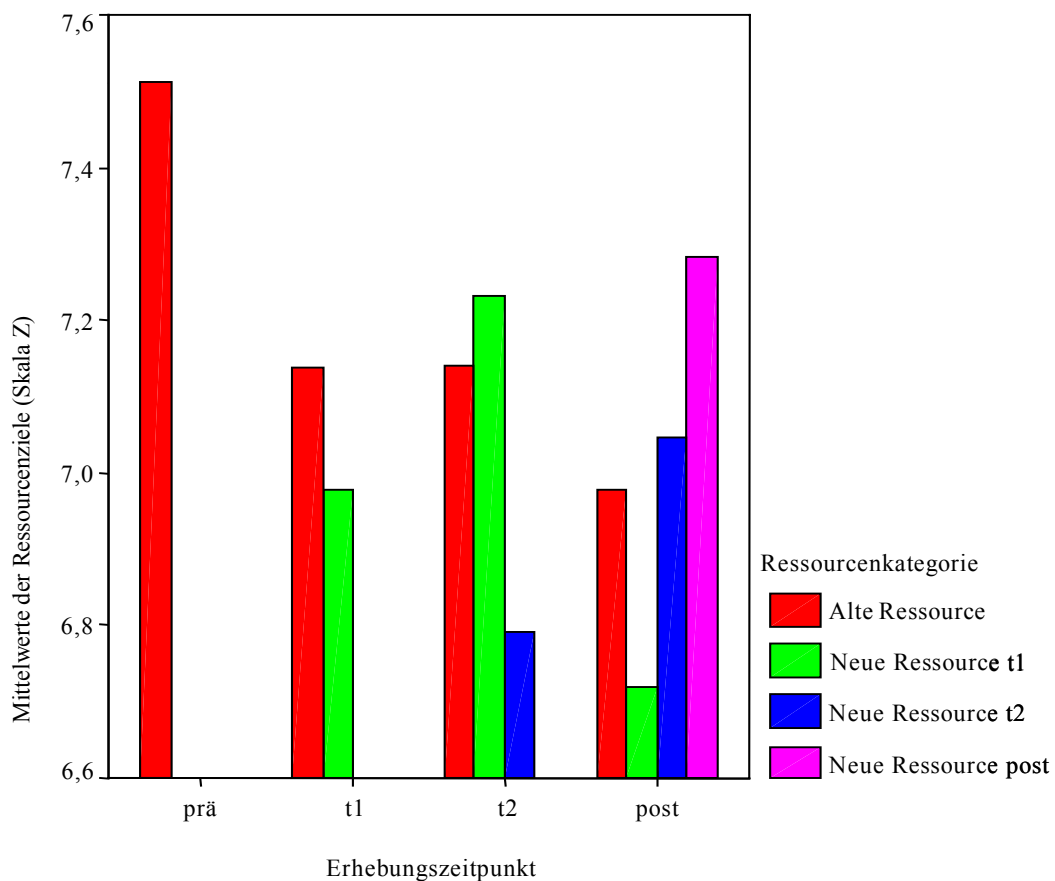


Die durchschnittlichen Werte liegen etwas höher als in der Einschätzung der Nutzung. Auch sind die Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht so groß. Die alten Ressourcen nehmen wie in Skala V über den Verlauf in ihrer Potenzialeinschätzung signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,573$; $p < 0,010$) zwischen prä und post ab. Die neu hinzugekommenen Ressourcen t1 steigen in ihrer Potenzialeinschätzung (Wilcoxon-Test $Z =$

–3,246; $p < 0,001$) zum darauf folgenden Zeitpunkt signifikant an, fallen dann aber wieder signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,401$; $p < 0,016$) zurück. Insbesondere die neuen Ressourcen t2 werden schon zu Beginn verhältnismäßig hoch eingeschätzt und steigen dann noch einmal signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,140$; $p < 0,032$) an. Zum Zeitpunkt post werden alle neuen Ressourcen im Durchschnitt höher in ihren Potenzialen eingeschätzt als die alten Ressourcen.

Für die Skala Z ergaben sich folgende Werte (Abbildung 11).

Abbildung 11: Mittelwerte der Einschätzung der zukünftigen Ressourcennutzung (Skala Z) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post

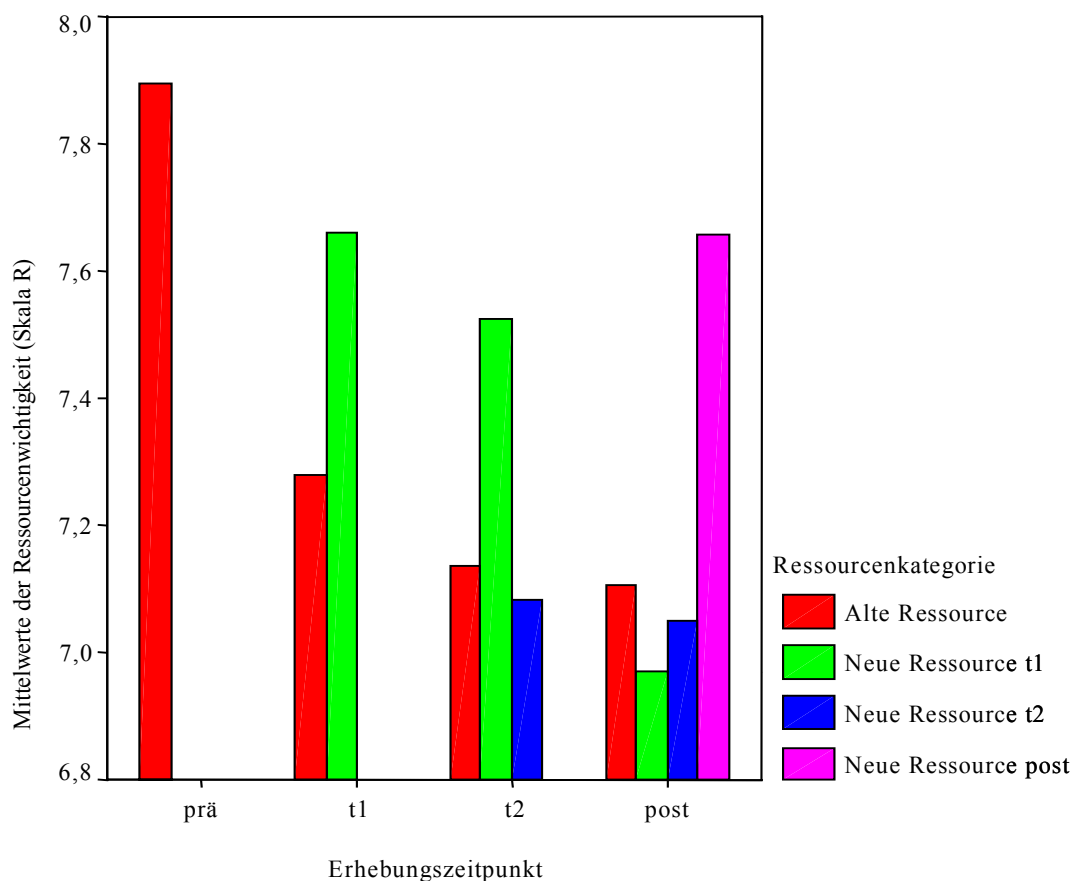


Hier zeigt sich, dass die Zieleinschätzung zum Anfang der Beratung/Therapie insgesamt am höchsten war und für die neuen Ressourcen nicht mehr diese Höhe erreicht. Des Weiteren liegen die Mittelwerte näher beieinander. Es gibt es einen merklichen Abfall der Zieleinschätzung für die beiden Kategorien „Alte und Neue Ressourcen t1“ am Ende der Behandlung, wobei diese Abnahme nur für die alten Ressourcen signifikant ist und zwar von prä nach t1 (Wilcoxon-Test $Z = -2,381$; $p < 0,017$) und von t2 nach post (Wilcoxon-Test $Z = -2,692$; $p < 0,007$). Die „Neuen Ressourcen post“ werden zum Abschluss der

Beratung/Therapie höher eingestuft als die beiden anderen neuen Ressourcenkategorien. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

In der Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Ressourcen zeigt sich ein anderes Bild der Veränderungsmuster (Abbildung 12).

Abbildung 12: Mittelwerte der Ressourcenwichtigkeit (Skala R) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post



Hier nimmt die durchschnittliche Wichtigkeit der alten Ressourcen kontinuierlich über den Verlauf hin ab. Der Unterschied zwischen dem Zeitpunkt prä und t1 (Wilcoxon-Test $Z = -4,474$; $p < 0,001$) sowie zwischen t1 und t2 (Wilcoxon-Test $Z = -2,730$; $p < 0,006$) ist hoch signifikant, die Abnahme von t2 nach post hingegen nur schwach signifikant (Wilcoxon-Test $Z = -2,042$; $p < 0,041$). Die neuen Ressourcen t1 und post werden zum Auftretenszeitpunkt als ähnlich wichtig eingeschätzt wie die alten Ressourcen zu Beginn der Behandlung. Die Wichtigkeit der neuen Ressourcen t1 nimmt dann jedoch ebenfalls stetig ab. Hier kommt es zu einer signifikanten Abnahme der Wichtigkeit vom Zeitpunkt t2 zu post (Wilcoxon-Test $Z = -2,226$; $p < 0,026$). Eine Ausnahme bilden die neuen Ressourcen t2, welche zum Zeitpunkt t2 nur unwesentlich höher eingeschätzt werden als zum Ende der Beratung/

Therapie. Zum Zeitpunkt post liegt die durchschnittliche Wichtigkeit der alten und neuen Ressourcen t1 und t2 ähnlich niedrig, die neu hinzugekommenen Ressourcen scheinen hingegen in ihrer Wichtigkeit bedeutsamer zu sein. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

5.3.3 Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Teilstichprobe

Der Vergleich der Teilstichproben liefert keine besonderen Unterschiede. Der Ressourcenzuwachs steigt in beiden Gruppen in nahezu gleicher Weise an, sodass eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zwar für den Faktor Zeit ein signifikantes Ergebnis ($F = 10,953$; $df = 3$; $p < 0,001$) brachte, nicht jedoch für den Faktor Teilstichprobe (ambulant/stationär) ($F = 0,228$; $df = 3$; $p < 0,876$).

Ähnliches gilt für die Vergleiche der einzelnen Skalenmittelwerte: Auch hier finden sich keine signifikanten Abweichungen zwischen den Teilstichproben. Einzig in der Einschätzung des Ressourcenpotenzials (Skala P) liegen die Einschätzungen der ambulanten Klienten im Durchschnitt höher, sodass es zu einem signifikanten Einfluss des Faktors Teilstichprobe (ambulant/stationär) ($F = 3,891$; $df = 3$; $p < 0,010$) für diese Skala kommt.

Bezüglich eines differenzierten Vergleichs der einzelnen Ressourcenkategorien (Alte, Neue t1, Neue t2 und Neue post) in den beiden Teilstichproben erlaubten die niedrigen Fallzahlen keine entsprechenden Berechnungen. Deshalb wurde aus diesen Gründen auf eine solche Analyse verzichtet.

Zusammenfassung

Die Mittelwerte der genannten Ressourcen steigen über den Verlauf signifikant an. Am stärksten im ersten und letzten Drittel der Erhebung.

In den einzelnen Skalen ergaben sich unterschiedliche Veränderungsmuster: So stieg in den Skalen „Zieleinschätzung“ und „Wichtigkeit“ der Summenmittelwert von prä nach t1 signifikant an. In der Potenzialeinschätzung erfolgte der signifikante „Sprung“ erst von Zeitpunkt t1 nach t2. Bei der Nutzung kam es zu einem signifikanten Anstieg über den gesamten Verlauf hinweg. Die Differenz zwischen den Skalen verringerte sich nur vom Zeitpunkt t1 nach t2 zwischen den Skalen „Potenzial“ und „Ziele“ signifikant.

Der Vergleich zwischen den „Alten Ressourcen“ und den „Neuen Ressourcen“ zu den Zeitpunkten t1, t2 und post ergaben ein interessantes Veränderungsmuster für die Skala „Nutzung“. Hier nimmt die Nutzung der neuen Ressourcen t1 zeitversetzt zum Zeitpunkt t2 signifikant zu, um dann wieder signifikant von t2 nach post abzunehmen. Gleiches gilt für die neuen Ressourcen t2, auch sie nehmen zeitversetzt signifikant zu.

Für die Skala „Potenzial“ lässt sich ein ähnliches, aber weniger ausgeprägtes Muster feststellen. In der Zieleinschätzung (Skala Z) nehmen die Mittelwerte der „Alten Ressourcen“ signifikant ab. Bezüglich der Wichtigkeit der Ressourcen nimmt der Mittelwert der „Alten Ressourcen“ signifikant über den Verlauf hin ab. Auch die neuen Ressourcen t1 nehmen überzufällig in ihrer Wichtigkeit ab.

6. Diskussion

6.1 Diskussion und Interpretation

6.1.1 FAMOS-Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus theoretischer Sicht diskutiert. Dabei werden zuerst die Resultate des FAMOS-Fragebogens erläutert und in einen Zusammenhang mit den formulierten Hypothesen gestellt.

Die erste Hypothese, dass die Wichtigkeit der Annäherungsziele im Laufe der Behandlung zunimmt und somit zu vermuten wäre, dass die Klientinnen am Ende der Therapie/Beratung über eine höhere Annäherungsmotivation verfügen, wird durch die Ergebnisse nur teilweise gestützt. Die Gesamtskala „Annäherung“ zeigt so gut wie keine Veränderungseffekte auf ($d = 0,16$). Dennoch lassen sich bei der Auswertung der einzelnen Skalen Tendenzen in der erwarteten Richtung finden. Interessant sind hier vor allem die großen Unterschiede zwischen den einzelnen Skalen. So gibt es in den Skalen „Leistung“ und „Anerkennung/Bestätigung“ die deutlichsten positiven Effekte. Dies bedeutet, dass die Klienten am Ende ihrer Behandlung diese Bereiche als weniger wichtig einschätzen und die Annäherungsmotivation für diese Ziele zurückgegangen ist.

Gleichzeitig weisen die Skalen „Selbstvertrauen“ und „Selbstbelohnung“ die größten negativen Effektstärken auf. Dies lässt sich der Hypothese entsprechend so interpretieren, dass die Klienten in diesem Bereich eine höhere Annäherungsmotivation entwickelt haben und diese Bereiche als für sich erstrebenswerter einschätzen.

Man könnte also vermuten, dass es im Laufe der Therapie/Beratung zu einer Umfokussierung auf Seiten der Klienten gekommen ist, welche eine stärkere Konzentration auf die eigenen Fähigkeiten als wünschenswert erscheinen lässt und gleichzeitig die Wichtigkeit der Anerkennung durch andere und des Erbringens von Leistungen relativiert.

Aus lösungs- und ressourcenorientierter Sicht wäre eine solche Fokussierung auf das eigene „Selbst“ durchaus sinnvoll. Denn die Konzentration auf wünschenswerte Ziele (die Annäherungsmotivation nimmt zu) stellt einen wichtigen Schritt im therapeutischen Prozess dar. In der weiteren Arbeit können die Ziele dann anhand der bestehenden Kontextbedingungen relativiert werden, was gegebenenfalls zu einer Neubewertung der

äußeren Bedingungen führt. Die Anerkennung und Bestätigung durch andere und/oder durch Leistung kann dabei weniger wichtig werden.

Des Weiteren geht die Vermeidungsmotivation in den Skalen „Schwäche/Kontrollverlust“ und „Versagen“ am deutlichsten zurück. Dies würde ebenfalls zu der Vermutung passen, dass die Klienten stärker auf eigene Fähigkeiten/Ressourcen fokussieren und über ein höheres Selbstvertrauen verfügen, sodass Schwäche und Versagen weniger vermieden werden müssen.

Das Gesamtergebnis der Vermeidungsskalen stützt die zweite Hypothese nicht. Die Vermeidungsmotivation geht nicht bedeutend zurück. Zwar nähern sich die Ergebnisse den Werten der Normalpopulation an, sodass sich zum Ende der Behandlung die Vermeidungsmotivation insgesamt nicht mehr signifikant von der Normalpopulation unterscheidet, nichtsdestoweniger sind die Effekte verschwindend gering.

Ähnliches gilt für die Effekte bezüglich der Differenz zwischen der Annäherungs- und Vermeidungsskala. Auch hier lassen sich keine besonderen Ergebnisse verzeichnen. Die dritte Hypothese, dass sich der Verhältniswert der beiden Skalen verringert und die intrapsychischen Konflikte zurückgehen, muss somit verworfen werden.

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus der FAMOS-Studie von Berking et al. (2003) liegen die Durchschnittswerte dieser Untersuchung insgesamt etwas niedriger. Dennoch kann an dieser Stelle bezweifelt werden, ob sich der FAMOS-Fragebogen zur Therapie-Outcome-Forschung eignet. In Anbetracht der sehr niedrigen Effektstärken ist es fraglich, ob der FAMOS änderungssensitiv genug ist, um in Prä-post-Designs oder in wiederholten Erhebungen während des Verlaufs eingesetzt zu werden. Grosse-Holtforth & Grawe (2002) empfehlen ihren Fragebogen insbesondere zur direkten Unterstützung der therapeutischen Arbeit, indem über die motivationalen Schemata Vorgehensweisen im Kontakt zum Patienten und in der Planung der Therapie abgeleitet werden können. Er scheint weniger der Erfassung therapeutischer Effekte und Wirksamkeit zu dienen, was die Resultate dieser Studie unterstreichen würden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen ebenfalls für einen deutlichen Unterschied zwischen motivationalen Zielen und Therapiezielen. Die motivationalen Ziele lassen eine wesentlich stabilere und grundlegendere Natur vermuten als die genannten Therapieziele, welche sich viel schneller verändern, neu gestalten oder von Klientinnen verworfen werden.

6.1.2 Therapiezielveränderungen

Bei der Auswertung der Therapiezielerhebungen standen insbesondere Veränderungsmuster im Vordergrund des Interesses, sowie im zweiten Schritt die Überprüfung einzelner Hypothesen. Im Folgenden werden zuerst die Veränderungsmuster diskutiert, anschließend die zwei spezifischeren Hypothesen.

Als ein erstes interessantes Muster zeigt sich ein deutlicher Anstieg der genannten Therapieziele über den Verlauf der Beratung/Therapie hinweg. Im Vergleich werden signifikant häufiger neue bzw. umformulierte Ziele genannt, als dass anfangs genannte Ziele wegfallen. Dies könnte für verstärkte Suchprozesse bezüglich relevanter Ziele sprechen, die bisher noch nicht im Fokus der Aufmerksamkeit standen und erst durch gezielte Exploration gewonnen werden. Nennen die Klienten im Durchschnitt anfangs nur knapp vier relevante Ziele für die Arbeit, sind es am Ende der Therapie/Beratung etwas mehr als fünf. Dieser Anstieg erfolgt in zwei deutlichen „Sprüngen“: einmal im ersten Drittel und dann im letzten Drittel der Behandlung.

Im ersten Drittel werden überzufällig mehr „neue Ziele“ benannt, was für die anfängliche Phase der Zielklärung sprechen würde, in der die Klientinnen ihre therapeutischen Ziele klarer herausarbeiten und formulieren. In dieser Phase kommt es weniger zu „umformulierten Zielen“, was etwas verwundert, da durchaus auch eine genauere Formulierung der anfänglichen Ziele zu erwarten wäre. Vielleicht greift hier die Annahme, dass Klienten anfangs aus einer Problemperspektive heraus ihre Ziele gestalten und eventuell durch gezielte Auftragsklärung und ressourcenorientierte Zielformulierung dazu eingeladen werden, ganz neue Ziele zu konstruieren.

Im letzten Drittel kommt es ebenfalls zu einem überzufälligen Anstieg der genannten Ziele. Hier besteht jedoch kein deutlicher Unterschied zwischen „neuen und umformulierten Zielen“. In der stationären Therapie geht es zum Ende des Aufenthalts verstärkt um den gezielten Transfer des Erarbeiteten in den Heimatkontext. Wahrscheinlich formulieren die Klienten also Ziele, die ihren weiteren Weg nach der Behandlung betreffen.

Diese Interpretation stützt auch der Vergleich zwischen der ambulanten und stationären Stichprobe. Hier zeigt sich, dass die „Sprünge“ besonders deutlich im stationären Setting auftreten. Im ambulanten Bereich steigt zwar die Zielnennung ebenfalls an, im ersten und letztem Drittel jedoch viel gleichmäßiger und nicht signifikant. Somit sprechen die Ergebnisse eher für einen typischen stationären Verlauf.

Die „neuen“ und „umformulierten Ziele“ tauchen überzufällig häufiger durch Erfahrungen und Einsichten in der Therapie auf und werden weniger durch die Therapeutinnen vorgegeben. Diese Ergebnisse sprechen für eine kundenorientierte Vorgehensweise (Schweitzer, 1995), bei der die Ziele nicht von der Therapeutin vorgegeben werden, sondern gemeinsam mit den Klienten definiert werden.

Die Auswertung der einzelnen Items des Zielfragebogens liefert weitere Befunde, die eine ziel- bzw. lösungsorientierte Vorgehensweise stützen. So zeigt sich, dass die Berücksichtigung der individuellen Ziele über den Verlauf kontinuierlich zunimmt, sowohl für die anfangs genannten wie auch für die neu hinzugekommenen Ziele. Dieses Resultat spricht für eine klare therapeutische Ausrichtung nach den von den Klienten genannten Zielen und eine zunehmende Berücksichtigung dieser Ziele in der gemeinsamen Arbeit.

Auch die Einschätzung der Zielerreichung im Laufe der Behandlung steigt kontinuierlich an. Es kommt bei den anfangs genannten Zielen zu signifikanten Erhöhungen vom Erhebungszeitpunkt t1 nach t2 und von t2 nach post, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die gemeinsame therapeutische Arbeit anhand der Ziele und deren Erreichung ausgerichtet wurde. Auch bei den „neuen Zielen“ erfolgt ein überzufälliger Anstieg in der eingeschätzten Zielerreichung. Hier kommt es jedoch nur zum Ende der Behandlung zu einem signifikanten Anstieg, was mit der erst im Laufe der Therapie erfolgten Benennung des Ziels zu erklären ist. Auch wenn die „neuen Ziele“ erst später benannt werden, scheinen sie ganz besonders im Fokus der therapeutischen Arbeit zu stehen, da am Ende die höchste Zielerreichung in dieser Kategorie gefunden wird. Die anfangs genannten „alten Ziele“ liegen in ihrer Zielerreichung etwas darunter und überraschenderweise liegen die „umformulierten Ziele“ sogar in ihrer Zielerreichung signifikant niedriger als die „neuen Ziele“.

In der Einschätzung der Realisierbarkeit werden die „neuen Ziele“ ebenfalls als signifikant realistischer erreichbar eingestuft als die „umformulierten Ziele“. Diese Unterschiede sind nur schwer zu interpretieren. Vielleicht handelt es sich bei den „neuen Zielen“ um eine andere Art von Zielen, die in ihrer Formulierung und Ausrichtung nichts mehr mit den anfangs genannten Zielen zu tun haben und sich dadurch in ihrem Verlauf deutlich von den beiden anderen Kategorien unterscheiden.

Es wurden zwei Hypothesen zur Veränderung der Zielwichtigkeit formuliert:

- zum einen dass die „neuen und umformulierten Ziele“ am Ende der Beratung/Therapie als wichtiger eingestuft werden als die anfangs genannten Ziele,
- zum anderen dass die Wichtigkeit dieser Ziele auch über den Verlauf hinweg zunimmt.

Für die erste Hypothese spricht nur ein kleiner Teil der Ergebnisse. Einzig nennenswert erscheint die signifikant höher eingestufte Wichtigkeit der „umformulierten“ im Vergleich zu den „alten Zielen“ über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Warum dieses Phänomen nicht auch bei den „neuen Zielen“ auftaucht, ist schwer zu erklären. Anscheinend stellen die „umformulierten Ziele“ eine separate Kategorie dar, die nicht mit der Kategorie der „neuen Zielen“ zusammenhängt und somit zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen führt.

Bei der zweiten Hypothese zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Die „neuen Ziele“ weisen eine signifikant stärkere Wichtigkeitszunahme im Vergleich zu den „alten Zielen“ auf, und zwar über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg. Bei genauerer Analyse zeigt sich dieser Unterschied besonders deutlich zum Zeitpunkt t1. Hier steigen die „neuen Ziele“ mit einer deutlich höheren Wichtigkeitszunahme ein, die in dieser Ausprägung bei den „alten und umformulierten Zielen“ nicht zu finden ist. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße sind diese Unterschiede unter Vorbehalt zu interpretieren. Dennoch stützt dieser Befund die Hypothese, dass die „Neuen Ziele“ stärker in den Aufmerksamkeitsfokus rücken und als bedeutsamer für die Therapie angesehen werden. Verbunden mit der höheren Zielerreichung am Ende der Therapie/Beratung scheint es also relevant zu sein, die „neuen Ziele“ der Klienten zu berücksichtigen und in den Therapieverlauf mit einzubeziehen, möchte man sich als Therapeut an der Wichtigkeit der Ziele orientieren. Hier wäre es sehr interessant zu überprüfen, ob die Zielerreichung und Veränderung der Wichtigkeit mit den Outcome-Ergebnissen korrelieren würde. Vermutlich hängt die Berücksichtigung und Erreichung der „neuen Ziele“ mit einem positiven Therapieergebnis zusammen.

Sieht man sich die Veränderungen der Wichtigkeit der Ziele in den beiden Teilstichproben an, so zeigen sich unterschiedliche Verläufe: Im stationären Setting nimmt die Wichtigkeit der Ziele insgesamt kontinuierlich zu. Im ambulanten Bereich wechseln sich Wichtigkeitszunahme und -abnahme über den Verlauf hin ab.

Diesen Unterschied zwischen den Teilstichproben könnte man gut durch das unterschiedliche Setting erklären. Haben die Klienten in der stationären Behandlung die Möglichkeit, sich intensiv mehrere Wochen mit ihren wichtigen Themen (Probleme, Symptome, Lösungen usw.) zu beschäftigen, verteilt sich der therapeutische Prozess im ambulanten Bereich über einen viel längeren Zeitraum, in dem die Klientinnen in ihren Alltagskontext eingebunden bleiben. Eine erklärende Vermutung lautet, dass die stationären Klienten kürzer, aber dafür intensiver in Such- und Findungsprozesse einsteigen und die Gelegenheit nutzen, alle

wichtigen Themen zu benennen und zu bearbeiten. Nach dem Motto „die Gelegenheit schafft wichtigere Ziele“ nimmt somit die Bedeutung und Wichtigkeit kontinuierlich zu.

Im ambulanten Setting scheint es zu einer etwas anderen Verteilung zu kommen. Die Ergebnisse lassen eher auf eine längere Sondierungsphase schließen, in der die Klientinnen für sich herausfinden, welche Ziele für die Beratung relevant sind. Interessant ist an dieser Stelle auch, dass die ambulanten Klienten zu Beginn der Beratung durchschnittlich mehr Ziele nennen als die stationäre Klientel. Anschließend kommt es aber zu einer ausgewogenen Ab- und Zunahme der Wichtigkeit der Ziele, sodass die Klienten anscheinend Prioritäten deutlicher setzen und sich auf weniger Ziele konzentrieren.

Für diese Annahme sprechen auch die Ergebnisse in der Zielerreichung. Hier fällt in der ambulanten Teilstichprobe die Höhe der Zielerreichung im letzten Drittel der Beratung deutlich ab. Da es sich hierbei um einen Durchschnittswert über alle Ziele eines Klienten handelt, könnte dieses Ergebnis etwas täuschen. Wenn es während des Verlaufs zu einer Sondierung der Ziele kam und wenn die ambulanten Klientinnen nur ein bis zwei Ziele intensiver in der therapeutischen Arbeit verfolgten, dann würde es nicht verwundern, wenn sie am Ende einen durchschnittlich niedrigeren Wert erreichen. Die unwichtigeren Ziele fallen dann zwar nicht weg, werden aber auch nicht intensiver bearbeitet, sodass sich die Zielverfolgung und -erreicherung auf einige wenige Ziele erstreckt. Um diese Frage klarer zu beantworten, müssten die einzelnen Zielverläufe im ambulanten Setting genauer untersucht werden, was aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit nicht stattfand.

Es könnte andererseits auch sein, dass die Zielfokussierung in dem längeren ambulanten Zeitraum wesentlich schwieriger zu halten ist und damit die Zielerreichung niedriger liegt.

6.1.3 Ressourcenveränderungen

Wie bei der Erfassung der individuellen Therapieziele geht es auch bei der Auswertung der Ressourcenangaben um mögliche Muster und deren Veränderung im Laufe einer lösungs- und ressourcenorientierten Therapie/Beratung.

Neben dieser explorativen Fragestellung wurden vier gezielte Hypothesen aufgestellt, die in den nächsten Abschnitten ebenfalls diskutiert werden. Zu Beginn werden die Gesamtergebnisse vorgestellt und diskutiert.

Hier zeigt sich, dass die Klienten zu Beginn ihrer Beratung/Therapie durchschnittlich ca. 8 Ressourcen benennen, eine Zahl, die im weiteren Verlauf auf durchschnittlich 11 Ressourcen pro Klient anwächst. Dies stützt die Hypothese, dass es im Laufe der Behandlung zu einem deutlichen Ressourcenzuwachs kommt und im Vergleich überzufällig mehr neue Ressourcen genannt werden, als dass alte Ressourcen wegfallen. Natürlich ist Quantität nicht gleich Qualität und der Autor ist sich darüber im Klaren, dass diese beiden Dimensionen leicht vermischt werden. Für eine erste Annäherung an das Thema Ressourcenveränderung ist es sinnvoll zu untersuchen, ob die Klientinnen einen verstärkten Zugang zu ihren eigenen Ressourcen finden oder nicht. Dabei erscheint es erst einmal zweitrangig, ob diese Ressourcen mit unterschiedlicher Bedeutung und Bewertung geladen werden. Vielmehr geht es darum, inwieweit die Klienten grundsätzlich mehr oder weniger auf ihre eigenen Ressourcen fokussieren und diese auch gezielter für ihre eigenen Anliegen nutzen.

Die quantitativen Ergebnisse zeigen einige interessante „Sprünge“ im Ressourcenzuwachs während des Therapieverlaufs. So lässt sich der größte Anstieg zu Beginn der Beratung/Therapie finden. Dies untermauert die Annahme von Grawe (1998), dass insbesondere zum Anfang einer Behandlung eine Ressourcenaktivierung stattfindet, die eine gute Basis für den weiteren Therapieverlauf bildet. Auch aus hypnosystemischer Sicht spricht einiges dafür, dass zu Beginn eine deutliche Fokussierung auf bisherige Ressourcen erfolgt (z. B. durch gezielte Exploration von Lösungsmustern und Ausnahmen vom bisherigen Problemerkennen), die als Ausgangspunkt für die weitere Arbeit genutzt werden können.

Im letzten Drittel findet ebenfalls ein überzufälliger Anstieg der Ressourcenanzahl statt. Der geringste Anstieg erfolgt in der Mitte des Therapieverlaufs.

Damit scheint sich ein interessantes Muster abzubilden: Es stützt einerseits die theoretische Annahme, dass zu Beginn einer Beratung/Therapie die deutlichsten Anstiege zu verzeichnen sind, und legt die Vermutung nahe, dass die Klienten zum Ende der Behandlung einen ressourcenorientierten Blick auf ihre Zeit nach der Beratung/Therapie werfen.

So ist es möglich, dass die Klienten im letzten Drittel des Verlaufs ihr „neues Ressourcenhandwerkszeug“ nutzen und selber einen verbesserten Zugang zu den eigenen Kraftquellen finden. Zudem könnte man vermuten, dass durch den intensiven Austausch im gruppen-therapeutischen Setting die Rückmeldungen und gemeinsamen Erfahrungen zu Ressourcen werden, welche die Klienten während der Behandlungszeit und darüber hinaus begleiten. Diese Annahme könnte ebenfalls die Kontinuität des Ressourcenzuwachses erklären, welcher über den Verlauf gegeben ist. Aus dieser Sicht scheint das Thema Ressourcenfindung und -nutzung den gesamten Therapieprozess zu begleiten. Dies würde dem Verständnis der „Ressourcenhaltung“ von Schiepek et al. (2003) entsprechen. Sie kann als eine Art „Rahmenbedingung“ verstanden werden, die gegeben sein sollte, um Selbstorganisationsprozesse zu ermöglichen. Inwieweit diese Haltung auch über die Therapie/Beratung hinaus bestehen bleibt, ist hier nicht zu beantworten.

Sieht man sich die Ergebnisse der einzelnen Skalen an, dann fallen unterschiedliche Verläufe bezüglich der Zielsetzung, Wichtigkeit, Potenzialeinschätzung und der Nutzung der Ressourcen auf. Nehmen insgesamt die Summenwerte der Skalen durch die steigende Anzahl der Ressourcen zu, sind die Höhen und Verläufe der Einschätzungen teilweise unterschiedlich.

So kommt es im ersten Drittel vom Erhebungszeitpunkt prä nach t1 in den Skalen der Zielsetzung und Wichtigkeit zu signifikanten „Sprüngen“ im Verlauf. In den anschließenden zwei Dritteln der Behandlungszeit steigen die Summenwerte nur noch mäßig und nicht mehr signifikant an. Eine Erklärung für die anfänglichen „Sprünge“ könnte der Zusammenhang zu dem stärksten signifikanten Sprung im Ressourcenzuwachs sein, der seinen Einfluss auch auf die Skalen ausübt. Dagegen würde jedoch sprechen, dass es am Ende einen ähnlich hohen Anstieg in der Ressourcenanzahl gibt, was sich aber nicht auf die Summenwerte der Skalen niederschlägt. Auch lässt sich in den beiden anderen Skalen kein überzufälliger Anstieg im ersten Drittel finden. Somit greift diese Erklärung etwas zu kurz.

Bei der ersten Skala handelt es sich um die Zielsetzung der Ressourcen, d. h. die Klienten geben an, wo ihrer Meinung nach die zukünftige Ressourcennutzung liegen sollte. Hier könnte es, ähnlich wie in der Therapiezielexploration, dadurch zu einem deutlichen Anstieg

kommen, dass die Klienten gerade zu Beginn eine Zielvorstellung ihrer Ressourcennutzung entwickeln, die als wünschenswert in die nahe Zukunft projiziert wird und als Maßstab und Orientierungshilfe für den weiteren Verlauf genutzt werden kann. Wäre dies der Fall, ist ein Anstieg des Zielwertes zu Beginn nicht überraschend, insbesondere wenn er im Verlauf relativ stabil bleibt.

In der zweiten Skala wird die Wichtigkeit der Ressourcen eingeschätzt, also welchen Wert eine Ressource für die jeweilige Klientin hat. Es ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Anstieg direkt im ersten Drittel der Beratung/Therapie. Auch hier liegt die Erklärung nahe, dass durch eine frühzeitige lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise die Ressourcen der Klienten ein Hauptaugenmerk der Therapie/Beratung darstellen und somit schon früh in den Vordergrund der Aufmerksamkeit rücken. Dadurch könnte die Wichtigkeit der Ressourcen in der Anfangsphase der Behandlung stark zunehmen und so die gemeinsame Basis für die Entwicklung neuer Lösungswege bilden. Darüber hinaus weisen die Summenwerte der Wichtigkeitseinschätzung die höchsten Werte auf, gefolgt von den Summenwerten der Zieleinschätzung. Beides spricht dafür, dass es sich bei diesen Skalenkonstrukten eher um gewünschte und idealere Einschätzungen handelt als bei den beiden folgenden Skalen.

Die Beurteilungen der beiden Skalen „Potenzialeinschätzung“ und „Nutzung“ liefern andere Ergebnisse. So kommt es in der Skala „Potenzialeinschätzung“ erst in der Mitte der Therapie/Beratung zu einem signifikanten „Sprung“ in den Summenwerten. Hier scheint es also etwas zeitverzögert zu einem Effekt zu kommen, obwohl die Ressourcenzahl schon im ersten Drittel deutlicher anstieg. Dieser Verlauf ließe sich dadurch erklären, dass zur Erkennung des Potenzials der eigenen Ressourcen ein anderer Blick auf die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen nötig ist – dieser ist nicht sofort gegeben, sondern erfordert eine gewisse Therapiezeit, bis Klienten ihre häufig defizitäre Sicht auf sich selbst verändern. Überdies könnten auch bestätigende Erfahrungen während der Behandlung zu einer Zunahme der eigenen Potenzialeinschätzung beitragen.

Die Nutzung der Ressourcen nimmt hingegen, entgegengesetzt zu den beiden erstgenannten Skalen, sehr gleichmäßig zu. Hier gibt es keinen signifikanten Sprung während des Verlaufs, sondern nur einen überzufälligen Unterschied zwischen der Prä- und Post-Erhebung. So stützt dieses Ergebnis zwar die Hypothese, dass die Nutzung der Ressourcen insgesamt zunimmt. Sieht man sich jedoch die Nutzung der einzelnen Ressourcen an, so nehmen diese in ihrer Einschätzung deutlich ab. Es kommt also zu einer breiten Verteilung der Ressourcennutzung

auf eine höhere Anzahl einzelner Ressourcen, ohne dass diese im Durchschnitt in ihrer einzelnen Nutzung steigen. Des Weiteren liegen die Werte für die Nutzung der Ressourcen am niedrigsten im Vergleich zu den anderen Skalen.

Die konsequente Nutzung der Ressourcen scheint somit am schwierigsten zu sein und die längste Zeit zu erfordern.

Die Ergebnisse zu den Verläufen der einzelnen Ressourcenkategorien bestätigen diese Annahme. Vergleicht man die Ressourcenkategorien der anfangs genannten Ressourcen mit den neu hinzugekommenen Ressourcen der Erhebungszeitpunkte t1, t2 und post, dann zeigt sich ein interessantes Bild: Die alten Ressourcen werden zu Beginn in ihrer Nutzung im mittleren Bereich eingestuft und fallen dann kontinuierlich ab. Die neuen Ressourcen hingegen werden zu ihrem Erstnennungszeitpunkt ähnlich hoch eingeschätzt wie die alten Ressourcen zu diesem Zeitpunkt, steigen dann aber signifikant zum darauf folgenden Zeitpunkt an. Anschließend fallen sie wieder auf ein etwas höheres Niveau als zum Einstiegszeitpunkt ab. Diese Dynamik lässt sich für die Kategorie der neuen Ressourcen zum Zeitpunkt t1 finden und in den Anfängen auch für die neuen Ressourcen zum Zeitpunkt t2.

Wollte man das Muster beschreiben, so könnte man sagen, dass die neuen Ressourcen zu Beginn ihrer Erstnennung auf normalem Niveau genutzt werden, um dann anzusteigen und danach wieder auf den Ausgangswert zurückzufallen. Es scheint also, als würden die neuen Ressourcen für einen kurzen Zeitraum ganz besonders in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken und in dieser Zeit mehr genutzt werden, um dann in den Gesamtpool der anderen Ressourcen einzugehen und auf ähnlichem Niveau weiterzuexistieren. Somit liegt es nahe, dass insgesamt ein stetiger Anstieg der Ressourcennutzung aufgrund neuer Ressourcen erfolgt und dass die Gruppe der neu hinzugekommenen Ressourcen zum jeweils darauf folgenden Zeitpunkt, ihren Höhepunkt in der Nutzung erreicht.

Diese Ergebnisse lassen sich in ähnlicher Weise auch bei der Potenzialeinschätzung finden, nur nicht mit solch starken Unterschieden zwischen den Erhebungszeitpunkten. So wäre auch hier zu vermuten, dass die neuen Ressourcen eine ganz bestimmte Zeit der besonderen Fokussierung durchlaufen, um dann auf ein nahezu gleiches Niveau wie die übrigen Ressourcen abzufallen.

Diese Resultate widersprechen der Annahme, dass die neu hinzugekommenen Ressourcen grundlegend anderer Natur seien als die anfangs genannten Ressourcen. Stattdessen scheint es eher mit dem Zeitpunkt zusammenzuhängen, wann die Ressourcen ihren höchsten Wert erreichen. Auch widersprechen diese Ergebnisse auf den ersten Blick der Hypothese, dass die

Klienten einige Ressourcen nennen, die ganz besonders relevant erscheinen und hauptsächlich genutzt werden. Wäre dies der Fall, dürften solche starken Schwankungen nicht auftreten. Diese Fragestellung könnte durch Einzelfallauswertung in zukünftigen Arbeiten weiter verfolgt werden.

In der Skala der Zieleinschätzung gibt es kein so deutliches Muster wie bei den oben genannten Skalen. Hier werden die alten Ressourcen zum Anfang der Therapie besonders hoch in ihrer Zieleinschätzung eingestuft, welche dann aber von prä nach t1 und von t2 nach post signifikant abfallen. Die neuen Ressourcen steigen mit niedrigeren Werten ein und bleiben größtenteils auf diesem Rang bestehen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Zieleinschätzung besonders zu Beginn der Beratung/Therapie eine größere Rolle spielt, dann aber im weiteren Verlauf eine gleich bleibende Funktion übernimmt.

Bezüglich der Wichtigkeit der Ressourcen zeigt sich ein anderes Bild. So nehmen die Ressourcen kontinuierlich in ihrer Wichtigkeit über den Verlauf hin ab. Besonders deutlich wird dieser Trend bei den anfangs genannten Ressourcen. Sie verlieren über den Verlauf hinweg signifikant an Wichtigkeit. Auch die neu hinzugekommenen Ressourcen werden anfangs wichtiger eingeschätzt als im weiteren Verlauf der Beratung/Therapie.

Zum Ende der Behandlung werden die „neuen Ressourcen post“ besonders hoch in ihrer Wichtigkeit eingestuft. Dies kann damit zusammenhängen, dass sich die Klienten der Wichtigkeit ihrer neuen Ressourcen für die Zeit nach der Behandlung bewusster werden.

Ansonsten lassen sich diese Ergebnisse dadurch erklären, dass mit der parallelen Zunahme der Nutzung der Ressourcen die Wichtigkeit immer weiter zurückgeht und die alten und neuen Ressourcen in einem gemeinsamen Ressourcenpool landen, in dem nahezu alle Ressourcen ihre entsprechende Wichtigkeit erhalten.

Abschließend wird noch kurz auf die Differenzen zwischen den einzelnen Skalen eingegangen. Es wurde eine Annäherung zwischen gewünschter zukünftiger Nutzung der Ressourcen (Ziel) und der gelebten Nutzung vermutet, die sich jedoch nicht durch die Ergebnisse stützen lässt. Schiepek et al. (2003) berichten in ihren Erhebungen von einer solchen Angleichung. In dieser Untersuchung konnte diese Tendenz jedoch nicht bestätigt werden. Einzig interessant erscheint die signifikante Annäherung der Skalen „Potenzial“ und „Ziele“ vom Erhebungszeitpunkt t1 nach t2. Die Ergebnisse zeigen, dass die Potenziale ansteigen und es dadurch zu einer Annäherung der beiden Skalen kommt (Abbildung 8). Dies stützt die Hypothese, dass die Klienten lernen, ihre Aufmerksamkeit auf vorhandene

Potenziale zu richten, welche nötig sind, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Die praktische Umsetzung hingegen scheint nach anderen Rhythmen zu erfolgen und langsamer vonstatten zu gehen.

6.2 Methodenkritische Anmerkungen

Aus methodischer Sicht sind einige kritische Anmerkungen zu machen, die eine Allgemeingültigkeit der gefundenen Ergebnisse einschränken.

Da es sich bei der Datenerfassung mit Ausnahme der FAMOS-Ergebnisse um halbstrukturierte Interviews handelte, ist nicht auszuschließen, dass die Befragung zur Anzahl der neu entstandenen Ziele und Ressourcen durch den Interviewer in eine gewünschte Richtung beeinflusst wurde. Insbesondere aufgrund des Umstandes, dass nur der Autor selbst die Befragungen durchführte, kann ein möglicher Bias an dieser Stelle nicht kontrolliert werden.

Andererseits stellt jedoch jede Art von Befragung aus hypnotherapeutischer Sicht eine Beeinflussung in Form einer bestimmten Aufmerksamkeitsfokussierung dar, welche an sich schon einen intervenierenden Charakter besitzt, der nicht einseitig kontrolliert werden kann. Somit lässt es sich gar nicht vermeiden, durch die Befragung einen Veränderungsimpuls zu setzen, der einen möglichen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann.

Ein weiterer Kritikpunkt, der bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte, ist die Annahme, alle befragten Klienten erlebten einen ähnlich homogenen Therapieverlauf und erzielten am Ende der Therapie gleiche Ergebnisse. Jeder Praktiker weiß, dass diese Gleichheit nicht gegeben ist und im therapeutischen Alltag nicht vorausgesetzt werden kann. Erfolgt die Befragung unter naturalistischen Bedingungen, wie es in dieser Arbeit der Fall war, dann lässt sich der genaue Einfluss, der möglicherweise durch eine therapeutische Interventionsform gegeben ist, nicht kontrollieren. Zusätzlich zur Befragung der Ziele und Ressourcen wurde den Klienten zwar zu Beginn und zum Ende der Therapie eine gängige Fragebogenbatterie zur Therapieevaluation ausgehändigt, die Auswertung wurde jedoch nicht in diese Arbeit aufgenommen.

Weiterführende Arbeiten könnten hier Vergleiche mit den Outcome-Ergebnissen vornehmen und überprüfen, inwieweit Zusammenhänge zwischen dem Therapieverlauf und Ziel- und Ressourcenveränderungen vorliegen.

Ebenfalls ist die sehr kleine Stichprobengröße kritisch zu betrachten. So sind insbesondere die Vergleiche zwischen den Teilstichproben unter besonderem Vorbehalt zu interpretieren, da die ambulante Stichprobe teilweise nur 8–10 komplette Datensätze umfasste. Durch die ungleiche Verteilung der Klienten auf die stationäre und ambulante Teilstichprobe sind die Gesamtergebnisse stärker durch die stationären Verläufe geprägt. Dies wurde an den Stellen, wo die beiden Gruppen sich deutlich unterschieden, im Ergebnissteil dieser Arbeit hervorgehoben. Dennoch sollte dieser Faktor bei der Interpretation der Gesamtergebnisse bedacht werden. Ebenfalls ist kritisch zu bemerken, dass in die Gesamtergebnisse zwei sehr unterschiedliche Therapiesettings einfließen, welche sich in ihrer Länge, der Intensität der Behandlung und ihrer Einbindung in den herkömmlichen Alltagskontext erheblich unterscheiden. Dazu zählt auch, dass für die ambulante Gruppe keine üblichen Diagnosen gestellt wurden, was die Stichprobenbeschreibung einschränkt.

Bezüglich der Repräsentativität der Stichproben wurde zwar versucht, gewisse Anforderungen zu erfüllen (s. Kapitel 4). Es ist jedoch zu vermuten, dass im ambulanten Bereich vor allem Klienten an den beiden Therapiegruppen teilnahmen, die entweder schon etwas von hypnosystemischen Therapiekonzepten gehört hatten oder aber von therapeutischen Kollegen überwiesen wurden, die diesen Ansätzen nahe standen.

Da auch im stationären Setting die Teilnahme auf freiwilliger Basis erfolgte, ist nicht auszuschließen, dass es sich bei der Stichprobe um durchschnittlich höher motivierte Personen handelte. Somit kann eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nur unter großem Vorbehalt erfolgen, da von keiner repräsentativen Zufallsstichprobe ausgegangen werden kann.

Zum möglichen Kritikpunkt einer ausschließlich quantitativen Auswertung ist zu sagen, dass das Ziel dieser explorativen Arbeit in erster Linie in der Erfassung möglicher Veränderungsmuster lag und weniger in der inhaltlichen Erfassung und Beschreibung der Ziele und Ressourcen. Inhaltliche Auswertungen von Zielen und Ressourcen lassen sich ausreichend in anderen Arbeiten finden (Schiepek et al., 2003), sodass dem Autor ein Mehrwert dieser Auswertung zweifelhaft erschien.

Der Autor ist sich darüber im Klaren, dass eine quantitative Vorgehensweise eine erhebliche Komplexitätsreduktion darstellt, bei der viele wichtige inhaltliche Informationen verloren gehen und somit die Gefahr besteht, sich dem Thema der Ziel- und Ressourcenveränderungen nur oberflächlich zu nähern. Dennoch erschien es als erste Annäherung an dieses Thema

sinnvoll, einen solchen Weg zu wählen, um anschließend in Folgearbeiten gezieltere Auswertungen vorzunehmen und tiefer in dieses Thema einzusteigen.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Ziel- und Ressourcenveränderungen im Laufe einer lösungs- und ressourcenorientierten Psychotherapie und Beratung. Aufgrund der Tatsache, dass Ziele und Ressourcen zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses rücken (Ambühl & Strauß, 1999; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Schemmel & Schaller, 2003), es aber nur sehr wenig Forschung im Bereich der lösungs- und ressourcenorientierten Therapieansätze zu diesem Bereich gibt, begrenzt sich diese Untersuchung auf solche Konzeptionen.

Es werden anhand typischer Therapie- und Beratungsphasen Argumente für eine Veränderung von Therapiezielen und Ressourcen formuliert. Für die Therapieziele stehen dabei die Phasen der Auftragsklärung, der Zieldefinition, der Klärung möglicher Ambivalenzen und der Relativierung gesetzter Ziele anhand der Kontextbedingungen im Vordergrund der theoretischen Überlegungen. Bei den Ressourcen liegt das Augenmerk auf dem Zeitpunkt einer möglichen Ressourcenzunahme oder -abnahme, der Veränderung der Ressourcennutzung anhand der Ausrichtung entsprechender Ziele und der Relativierung von Ressourcen bezogen auf die jeweiligen Kontextbedingungen.

In beiden Bereichen nimmt die Arbeit einen explorativen Charakter an, da konkrete Hypothesen nur begrenzt formuliert werden können. Vielmehr stellen sich Fragen nach bestimmten Veränderungsmustern, die sich über den Verlauf hinweg finden lassen. Zur Klärung der Hypothesen und Fragen wird auf Daten zurückgegriffen, die mit Hilfe des FAMOS-Fragebogens (Gosse-Holtfort & Grawe, 2002), des halbstrukturierten Therapiezielinterviews (Schulte-Bahrenberg, 1990) und des Ressourceninterviews (Schiepek et al., 2003) an 34 Klienten hypnosystemischer Therapiegruppen erhoben wurden.

Die Ergebnisse stützen die grundsätzliche Hypothese, dass Ziele und Ressourcen sich verändernde Bestandteile eines therapeutischen Prozesses darstellen und ihre eigenen Veränderungsmuster aufweisen.

Bei den Therapiezielerhebungen sprechen die Ergebnisse

- weniger für eine Ausdifferenzierung anfänglicher Ziele als für das Auftauchen gänzlich neuer Ziele, die zum Beginn der Beratung/Therapie in der Form noch nicht bestanden
- für eine gleichwertige, wenn nicht sogar höhere Relevanz der neuen Ziele im therapeutischen Prozess, da sie an Wichtigkeit stärker zunehmen und am Ende die

höhere Zielerreichung aufweisen, auch wenn sie erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie auftraten

- für die Wichtigkeit wiederholter Therapiezielabgleiche zwischen Therapeut/Berater und Klient bezüglich einer hohen Compliance beider Parteien.

Die Ressourcenveränderungen betreffend,

- nehmen die Zahl und damit auch die Nutzung der Ressourcen über den gesamten Verlauf deutlich zu
- werden die neuen Ressourcen für einen kurzen Zeitraum nach ihrer ersten Nennung besonders stark genutzt, um dann wieder auf ein durchschnittliches Maß zurückzufallen
- nimmt die Wichtigkeit der Ressourcen kontinuierlich ab, was mit der parallel ansteigenden Nutzung zusammenhängen kann, in dem Sinne, dass die Ressourcen immer unwichtiger werden, je mehr ihre Nutzung steigt
- kommt es zu einem konstanten Zuwachs von neuen Ressourcen, deren Nutzung sich, nach anfänglicher Steigerung, im Laufe der Behandlungszeit gleichmäßig über alle Ressourcen verteilt
- scheint sich insgesamt die Ressourcenbasis zu verstärken und weniger einzelnen Ressourcen eine herausragende Bedeutung zuzukommen, sodass die Klienten zum Ende ihrer Beratung/Therapie über ein breiteres Spektrum von nutzbaren Ressourcen verfügen.

7.1 Ausblick

In weiteren Untersuchungen wäre es interessant herauszufinden, ob es besondere Unterschiede in den individuellen Ziel- und Ressourcenverläufen der einzelnen Klientinnen gibt und inwieweit diese mit dem Therapie-Outcome korrelieren. So könnte es durchaus sein, dass ganz bestimmte Muster von Ressourcennutzungen und -veränderungen einen positiven Zusammenhang zum Therapieergebnis aufweisen.

Darüber hinaus könnte eine Analyse der einzelnen Ressourcen aufschlussreich sein, insbesondere die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen. Die Vermutung, dass die Wichtigkeit einer Ressource zurückgeht, sobald sie mehr genutzt wird, ist zum Beispiel überprüfenswert.

Auch der Zusammenhang zwischen den Zielen und Ressourcen könnte noch genauer beleuchtet werden. Vielleicht gäbe es Hinweise, dass Klienten mit bestimmten Zielen leichter Zugang zu ihren Ressourcen finden, oder dass umgekehrt Klienten, welche besonders viele Ressourcen entdecken, eher dazu neigen, wiederholt neue Ziele zu formulieren, da sich vielleicht ihr Möglichkeitssinn erweitert hat.

Unabhängig von weiteren inhaltlichen Fragestellungen interessieren natürlich auch die Follow-up-Erhebungen ein Jahr nach Therapie/Beratungsende. Hier wäre es interessant, die Ressourcen noch einmal zu erfassen, um zu überprüfen, inwieweit sich das Ressourcenmuster auch nach der Therapie weiter verändert hat.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gruppenmittelwerte der FAMOS-Skalen zum Zeitpunkt der Prä- und der Post-Messung mit den jeweiligen Effektstärken d in Klammern ($n = 34$).....	44
Abbildung 2:	Mittelwerte der genannten Therapieziele zu den Zeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	51
Abbildung 3:	Mittelwerte „Neue Ziele“ und „Umformulierte Ziele“ für die Erhebungszeitpunkte t1, t2 und post.....	52
Abbildung 4:	Mittelwerte der Zielerreichung „Neuer“ und „Alter Ziele“ zu den Zeitpunkten t1, t2 und post.....	55
Abbildung 5:	Mittelwerte der genannten Therapieziele für die ambulante und stationäre Teilstichprobe zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	57
Abbildung 6:	Mittelwertsvergleiche in der Zielerreichung zwischen den Teilstichproben „Ambulant“ und „Stationär“ zu den Erhebungszeitpunkten t1, t2 und post.....	58
Abbildung 7:	Mittelwerte der genannten Ressourcen zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	61
Abbildung 8:	Verläufe der Summenmittelwerte der vier Skalen V, P, Z und R über die vier Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post.....	65
Abbildung 9:	Mittelwerte der Ressourcennutzung (Skala V) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post.....	66
Abbildung 10:	Mittelwerte der Einschätzung des Ressourcenpotenzials (Skala P) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post.....	67
Abbildung 11:	Mittelwerte der Einschätzung der zukünftigen Ressourcennutzung (Skala Z) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post.....	68
Abbildung 12:	Mittelwerte der Ressourcenwichtigkeit (Skala R) für die Kategorien „Alte“ und „Neue Ressourcen t1, t2 und post“ für die Erhebungszeitpunkte prä, t1, t2 und post.....	69

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Häufigkeit und Mittelwerte der Variablen Geschlecht, Alter und Arbeitsfähigkeit für die Gesamt- und Teilstichprobe.....	38
Tabelle 2:	Anzahl und Prozentangabe der KlientInnen für die Erst- und Zweitdiagnose nach ICD-10.....	39
Tabelle 3:	Zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren „Messzeitpunkt“ und „Skala“.....	45
Tabelle 4:	Mittelwertvergleiche zwischen der Prä- und Post-Messung und der Normstichprobe Bern.....	47
Tabelle 5:	Gesamtstichprobengröße, Anzahl der gesamten, neuen, umformulierten und weggefallenen Ziele zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	49
Tabelle 6:	Mittelwertvergleiche von Wichtigkeitszunahme und -abnahme zu den Erhebungszeitpunkten t1, t2 und post.....	53
Tabelle 7:	Mittelwertvergleiche der Zielerreichung für die Erhebungszeitpunkte t1, t2 und post.....	54
Tabelle 8:	Deskriptive Statistik: Anzahl der genannten Ressourcen zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	60
Tabelle 9:	Mittelwertvergleiche der Ressourcenanzahl zwischen den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	61
Tabelle 10:	Vergleiche der Summenmittelwerte zur Ressourcennutzung (Skala V) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	63
Tabelle 11:	Vergleiche der Summenmittelwerte zum Ressourcenpotenzial (Skala P) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	63
Tabelle 12:	Vergleiche der Summenmittelwerte zur Ressourcenzielsetzung (Skala Z) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	64
Tabelle 13:	Vergleiche der Summenmittelwerte zur Ressourcenwichtigkeit (Skala R) zu den Erhebungszeitpunkten prä, t1, t2 und post.....	64

10. Literaturverzeichnis

- Ambühl, H. & Strauß, B. (1999). Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Austin, J.T. & Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120 (3), S. 338–375.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (1993). Kurztherapie bei Alkoholproblemen: Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Berking, M.; Grosse-Holtforth, M.; Jacobi, C. (2003). Veränderung klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer stationären Verhaltenstherapie. *Psychother Psych Med*, 53, S. 171–177.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, S. 155–159.
- Dell, P.F. (1982). Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, S. 21–41.
- Dörner, D. (1992). Die Logik des Mislingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen. Reinbek: Rowohlt.
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2000). The heroic client: Client directed, outcome informed therapy. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2003). Die Veränderungstheorie des Klienten: Den Klienten im integrativen Prozess beratend um Rat fragen. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit (S. 123–146). Tübingen: dgvt-Verlag
- Ebbecke-Nohlen, A. (2000). Zur Organisation von Ambivalenz – Der systemische Ansatz in der Borderline-Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 4, S. 36–45.
- Ebbecke-Nohlen, A. (2001). Der systemische Ansatz der Borderline-Therapie. In G. Dammann & P.L. Janssen (Hrsg.). *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981). Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen. München: Pfeiffer.
- Fiedler, P. (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1998). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 1, S. 4–12.

- von Foerster, H. (1993). *KybernEthik*. Berlin: Merve.
- Gilligan, S. (1991). *Therapeutische Trance: Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Gilligan, S. (1999). *Liebe dich selbst wie deinen Nächsten. Die Psychotherapie der Selbstbeziehung*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Gilligan, S. (2002). *The Legacy of Milton H. Erickson. Selected Papers of Stephen Gilligan*. Phoenix, Arizona: Zeig, Tucker & Theisen.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, Themenheft.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H. & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Hrsg.). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: DGVT (S. 189–224).
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grinder, J. & Bandler, R. (1981). *Neue Wege der Kurzzeittherapie: neurolinguistische Programme*. Paderborn: Junfermann.
- Groeben, N. (1986). *Handeln, Tun, Verhalten als Einheiten einer verstehend-erklärenden Psychologie. Wissenschaftstheoretischer Überblick und Programmwurf zur Integration von Hermeneutik und Empirismus*. Tübingen: Francke.
- Grosse-Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34 (2), 241–258.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2001). *FAMOS. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals, Part 1: Development and first applications of a taxonomy of treatment goal themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12 (1), 79–99.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleubler, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetischer Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer. S. 49–72.
- Haken, H. (1990). *Synergetik. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Haken, H. (1996). *Principles of Brain Functioning. A Synergetic Approach to Brain Activity, Behavior, and Cognition*. Berlin: Springer.
- Hesse, P.U. (2000). *Teilarbeit: Konzepte von Multiplizität in ausgewählten Bereichen moderner Psychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, Ch., Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie*, 44, S. 186–199.
- Jack, M. (2001). Entwicklung eines ressourcen- und selbstmanagementorientierten Evaluationsinstrumentes. Regensburg: S. Roderer.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Keeney, B.F. (1982). What is an epistemology of family therapy? *Family Process*, 21, 153–168.
- von Kibed, M. & Sparrer, I. (2002). *Ganz im Gegenteil*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, S. 443–453.
- Kiresuk, T., Smith, A. & Cardillo, J.E. (Eds.) (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Kordy, H. & Hannover, W. (1999). Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.). *Therapieziele* (S. 75–90). Göttingen: Hogrefe.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1999). Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.). *Therapieziele* (S. 15–31). Göttingen: Hogrefe.
- Loth, W. (2003). Ressourcen bewegen. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 29–49.
- Ludewig, K. (1999). Therapieziele in der Systemischen Therapie. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.). *Therapieziele* (S. 251–275). Göttingen: Hogrefe.
- Ludewig, K. (2002). *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Margraf, J., Siegrist, J. & Neumer, S. (1998). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto-versus pathogenetischer Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Mücke, K. (1998). *Systemische Beratung und Psychotherapie. Ein pragmatischer Ansatz*. Berlin: Klaus Mücke Öko Systeme.
- Peter, B. (Hrsg.) (1985). *Hypnose und Psychotherapie nach Milton Erickson*. München: Pfeiffer.
- Peter, B. (2001). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.

- Revenstorf, D. (2003). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- Riikonen, E. & Smith, G.M. (1997). Re-imagining therapy. London: Sage.
- Rossi, E.L. (Hrsg.). (1995–1998). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (Bd. 1–5). Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Ruff, W. & Werner, H. (1987). Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 33, S. 238–251. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaller, J. & Schemmel, H. (2003). Ressourcen – zum Stand der Dinge in Forschung und Praxis. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 575–593.
- Schauer, D. (2000). Zur Evaluation stationärer hypnosystemischer Therapie. Ein Pilotprojekt in der Fachklinik am Hardberg. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Goethe Universität Frankfurt a. M.: Institut für Psychologie.
- Schemmel, H. & Schaller, J. (2003). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schiepek, G. (1991). Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig: Vieweg.
- Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G., Eckert, H., Honermann, H. & Weihrauch, S. (2001). Ordnungswandel in komplexen dynamischen Systemen: Das systemische Paradigma jenseits der Therapieschulen. Hypnose & Kognition, 18 (1/2), S. 89–117.
- Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H. & Elbing, E. (2001). Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. Psychotherapeut, 46 (4), S. 243–251.
- Schiepek, G. & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit (S. 147–193). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schiepek, G. (Hrsg.). (2004). Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (1985). Gedanken zum Ericksonschen Ansatz aus einer systemischen Perspektive. In B. Peter (Hrsg.). Hypnose und Psychotherapie nach Milton Erickson. München: Pfeiffer.

- Schmidt, G. (1987). Symptome als Trancephänomene. Unveröffentlichte Arbeitsunterlagen für die Ausbildung in Klinischer Hypnose.
- Schmidt, G. (1992). Sucht-„Krankheit“ und/oder Such(t)-Kompetenzen: Lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für gleichrangig-partnerschaftliche Umgestaltung von „Sucht“ in Beziehungs- und Lebensressourcen. In K. Richelshagen (Hrsg.): *Süchte und Systeme*. Freiburg: Lambertus. S. 27–71.
- Schmidt, G. (1992b). Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit als psychotisch definierten Klienten. In B. Peter & G. Schmidt (Hrsg.): *Erickson in Europa*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Schmidt, G. (1993). Systemische und hypnotherapeutische Gruppentherapie-Konzepte. Arbeitsblätter für die Weiterbildung systemische Therapie und Beratung der IGST.
- Schmidt, G. (1996). Der Zusammenhang zwischen Lösung und Problem in der ericksonisch-systemischen Familientherapie. Audio-Cassette. Münsterschwarzach Abtei: Auditorium Netzwerk.
- Schmidt, G. (2000). Konferenzen mit der inneren Familie. In P.U. Hesse (Hrsg.): *Teilarbeit: Konzepte von Multiplizität in ausgewählten Bereichen moderner Psychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Schmidt, G. (2003). Seminar zu hypno-systemischen Gruppentherapie-Konzepten. Audiocassette.
- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Scholz, O.B. (1989). Therapieplanung des Einzelfalles – Voraussetzungen, Methoden, Anwendungen. In F. Petermann & F.J. Hehl (Hrsg.): *Einzelfallanalysen* (S. 266–285). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte-Bahrenberg, T. (1990). Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Schulte, D. & Schulte-Bahrenberg, T. (1993). Change of psychotherapy goals as a process of resignation. *Psychotherapy Research*, 3 (3), S. 153–165.
- Schweitzer, J. (1995). Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. *Familiendynamik*, 20 (3), S. 292–313.
- de Shazer, S. (1982). Some conceptual distinctions are more useful than others. *Family Process*, 21, S. 71–84.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnaly, E., Molnar, A., Gingerich, W.C., Weiner-Davis, A.M. (1986): Brief therapy: Focused solution development. *Family Process* 25: S. 207–221.
- de Shazer, S. (1989). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

de Shazer, S. (2004). Das Spiel mit den Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. 4. korrigierte Auflage. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

Simon, F.B. (1990). Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

Simon, F.B. (1993). Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Simon, F.B. (2002). Die Kunst, nicht zu lernen. Und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik. 3. Aufl. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

Spencer Brown, G. (1969). Laws of form. New York: Dutton.

Stierlin, H. (1975). Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stierlin, H. (2003). Die Demokratisierung der Psychotherapie. Anstöße und Herausforderungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Storch, M. & Krause, F. (2003). Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell. 2. korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber.

Trösken, A. & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar – Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit (S. 195–214). Tübingen: dgvt-Verlag

Trenkle, B. (2001). Utilisation – ein Kernbegriff ericksonscher Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer. S. 83–88.

Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1980). Kurztherapie – zielgerichtete Problemlösungen. In P. Watzlawick & J.H. Weakland (Hrsg.): Interaktionen. Bern: Hans Huber.

Willutzki, U. (2000). Positive Perspektiven in der Psychotherapie. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie. Unveröffentlichte Habilitationsschrift.

Willutzki, U. (2000b). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie: Eine „neue“ Perspektive? In M. Hermer (Hrsg.). Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. dgvt-Verlag. S. 193–212.

Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 91–109.

Yalom, I.D. (2001). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. 6. Auflage. München: Pfeiffer.

Zeig, J.K. (2002). Einzelunterricht bei Erickson. Hypnotherapeutische Lektionen bei Milton H. Erickson. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

11. Anhang

Anhang A

Tabelle zur Erfassung der Ressourcen nach Schiepek & Cremers (2003)

Karteikarten zur Erfassung der individuellen Ziele

TITEL: _____ Ziel Nr.
Beschreibung: _____

Gruppe: _____
Klient: _____ Datum: _____

Anhang B

Zielfragebogen nach Schulte-Bahrenberg (1990)

Kodierung der einzelnen Items des Zielfragebogens

1. **1=** Dieses Ziel hatte ich schon zu Beginn. (weiter mit Frage 3)

2= Dieses Ziel ist erst im Laufe der Therapie aufgekommen. (weiter mit Frage 2)

2. Wodurch ist dieses Ziel aufgekommen ?

1= Als Folge der Therapie haben sich meine Handlungsmöglichkeiten so erweitert, dass sich dieses Ziel aufgrund neuer Erfahrungen ergeben hat.

2= Es hat sich als Folge von Einsichten und Erkenntnissen in den Therapiesitzungen entwickelt

3= Dieses Ziel ist mir vom Therapeuten/der Therapeutin nahe gebracht worden.

4= Oder wodurch ist dieses Ziel sonst aufgekommen?

3. In welchem Ausmaß ist dieses Therapieziel berücksichtigt worden? Ist Ihrer Meinung nach genügend auf dieses Ziel hingearbeitet worden?

Dieses Ziel wurde in der therapeutischen Arbeit:

1	2	3	4
genügend berücksichtigt	etwas zu wenig berücksichtigt	viel zu wenig berücksichtigt	gar nicht berücksichtigt

Wenn dieses Ziel von Ihnen nicht als „genügend berücksichtigt“ eingestuft worden ist, worauf ist dies Ihrer Meinung nach zurückzuführen ?

4. Wie wichtig ist Ihnen dieses Ziel?

5	4	3	2	1
sehr wichtig	ziemlich wichtig	mittel wichtig	eher unwichtig	ziemlich unwichtig

5.a Wichtigkeitsveränderung im Allgemeinen

Die Wichtigkeit dieses Ziels hat:

2	1	0	1	2
stark zugenommen	etwas zugenommen	sich nicht verändert	etwas abgenommen	stark abgenommen

5.b Wichtigkeitszunahme

Die Wichtigkeit dieses Ziels hat:

2	1	0	0	0
stark zugenommen	etwas zugenommen	sich nicht verändert	etwas abgenommen	stark abgenommen

5.c Wichtigkeitsabnahme

Die Wichtigkeit dieses Ziels hat:

0	0	0	1	2
stark zugenommen	etwas zugenommen	sich nicht verändert	etwas abgenommen	stark abgenommen

6. Wie weit sind Sie im Laufe der Therapie auf dem Weg zu diesem Ziel gekommen?

1	2	3	4	5	6
zurück	Startpunkt	$\frac{1}{4}$ des Weges	$\frac{1}{2}$ des Weges	$\frac{3}{4}$ des Weges	am Ziel

7. Für wie realistisch halten Sie im Moment die Erreichung dieses Ziels?

1	2	3	4
gar nicht realistisch	etwas realistisch	ziemlich realistisch	sehr realistisch

Anhang C

T-Test für die Skalen 24, 25 und 26 des FAMOS-Fragebogens

Mittelwertvergleiche der FAMOS-Skalen zwischen den Erhebungszeitpunkten prä, und post

Vergleich der FAMOS-Skalen	Zeitpunkt prä		Zeitpunkt post		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Skala 24 (n = 32)	3,62	0,39	3,57	0,38	-0,89	31	0,38
Skala 25 (n = 32)	3,68	0,57	3,57	0,49	-1,68	31	0,10
Skala 26 (n = 32)	1,01	0,11	1,00	0,11	-0,86	31	0,39

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert des gepaarten T-Tests; df: Freiheitsgrad; p: probability

Dreifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Messzeitpunkt, Skalen und Setting

Dreifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren „Messzeitpunkt“, „Skala“ und „Setting“ (ambulant/stationär)

Variable	Faktor	F-Wert	df	p
FAMOS	Messzeitpunkt	13,35	1	0,000***
	Skala	1,59	22	0,042*
	Setting	0,32	1	0,57
	Wechselwirkung (Messzeitpunkt*Skala*Setting)	0,49	22	0,98

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

F-Wert: F-Wert der MANOVA; df: Freiheitsgrade; p: probability

Univariate Varianzanalysen für die Skalen 25 und 26 mit den Faktoren Messzeitpunkt und Settingn

Univariate Varianzanalyse mit den Faktoren „Messzeitpunkt“ und „Setting“ (ambulant/stationär)

Variable	Faktor	F-Wert	df	p
FAMOS-Skala 25	Messzeitpunkt	2,48	1	0,13
	Wechselwirkung (Messzeitpunkt*Setting)	0,01	1	0,93

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

F-Wert: F-Wert der ANOVA; df: Freiheitsgrade; p: probability

Univariate Varianzanalyse mit den Faktoren „Messzeitpunkt“ und „Setting“ (ambulant/stationär)

Variable	Faktor	F-Wert	df	p
FAMOS-Skala 26	Messzeitpunkt	0,65	1	0,43
	Wechselwirkung (Messzeitpunkt*Setting)	0,01	1	0,95

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

F-Wert: F-Wert der ANOVA; df: Freiheitsgrade; p: probability

Wilcoxon-Test für Item 4 des Zielfragebogens zu den Zeitpunkten t1, t2 und post

Mittelwertvergleiche von Item 4 zu den Erhebungszeitpunkten t1 (n=122), t2 (n=137) und post (n=168)

Erhebungszeitpunkt	Erhebung a		Erhebung b		Z	P
	M	SD	M	SD		
t1/post	4,62	0,65	4,64	0,67	-0,64	0,52
t1/t2	4,62	0,65	4,58	0,64	-0,32	0,75
t2/post	4,58	0,64	4,64	0,67	-0,29	0,77

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Z: Wilcoxon Z-Wert; p: probability

Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Test für die Wichtigkeitsveränderung Item 5a zu den Zeitpunkten t1, t2 und post im Vergleich der Teilstichproben (stationär/ambulant)

		Wichtigkeitsveränderung t1			Gesamt	Chi-Quadrat-Wert	df	p
		0	1	2				
stationär	Anzahl	44	25	13	82	0,84	2	0,66
ambulant	Anzahl	22	14	4	40			
		Wichtigkeitsveränderung t2						
		0	1	2				
stationär	Anzahl	51	26	19	96	9,64	2	0,008**
ambulant	Anzahl	13	22	5	40			
		Wichtigkeitsveränderung post						
		0	1	2				
stationär	Anzahl	62	18	28	108	7,37	2	0,025*
ambulant	Anzahl	28	21	11	60			

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Chi-Quadrat-Wert: Chi-Quadrat nach Pearson; df: Freiheitsgrade; p: probability

Wilcoxon-Test zum Vergleich der Differenzen zwischen den neu hinzugekommenen und den weggefallenen Ressourcen zu den Zeitpunkten t1, t2 und post

Mittelwertvergleiche der Differenzen neuer und weggefallener Ressourcen zu den Erhebungszeitpunkten t1 (N = 32), t2 (N = 29) und post (N = 33)

Differenz neuer und weggefallener Ressourcen	Erhebung a		Erhebung b		Z	P
	M	SD	M	SD		
t1/post	1,28	1,33	0,90	1,40	-0,83	0,41
t1/t2	1,28	1,33	0,59	1,21	-2,27	0,023*
t2/post	0,59	1,21	0,90	1,40	-0,33	0,74

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Z: Wilcoxon Z-Wert; p: probability

Anhang D

Liste der kategorisierten Ziele

Ziele Kategorienbildung

Nr.: 88801 Ziele: 1) Sich selber mehr zu leben
2) Balance zwischen den Seiten „Antreiber“ und „Bremser“ zu finden
3) Umgang mit dem Vater-Konflikt

Neu/Umformuliert: 4) Verarbeitung/Neubetrachtung des Umgangs mit dem Bruder
5) Hintergründe verstehen für das Grübeln beim Alleinsein
6) Rucksack immer dabei haben

Nr.: 88802 Ziele: 1) Zu mir stehen zu können
2) Abnehmen können ca. 5–10 kg
3) Beruflich sagen können was ich möchte
4) Wieder mehr Partnerschaft leben können
5) Meine Wünsche äußern und Nein sagen können

Neu/Umf.: 6) Mich leben können

Nr.: 88803 Ziele: 1) Mehr zur Ruhe zu kommen (Mehr Bewegungsfreiheit, weniger Stuhlgang)
2) 6 Std am Stück schlafen ohne Tabletten/Natürlicher Schlaf
3) Lernen die Kinder loslassen zu können
4) Aus mir selbst mehr Kraft schöpfen können für zukünftige Projekte

Neu/Umf.: 5) Besserer Umgang mit depressiven Verstimmungen
6) Dass es mir seelisch und körperlich gut geht

Nr.: 88804 Ziele: 1) Wiedererlangung des Gefühls für Hunger und Durst
2) Mehr Selbstbewusstsein nach innen (Ich bin ich)
3) Neue und bisherige Wege im Umgang mit inneren und äußeren Konflikten
4) Mit Neugierde und Alternativen nach Hause gehen können
5) Gewicht zunehmen und auch zu halten und mich dabei wohl zu fühlen

Neu/ Umf.: 6) In Konfliktsituationen mich sprachlich anders ausdrücken können

Nr.: 88805 Ziele: 1) Ich will lernen „Nein“ zu sagen und mehr auf mich zu hören
2) Förderung des Selbstwertgefühls
3) Akzeptanz und Erlernen eines Umgangs mit Misserfolgen
4) Ohne Mann leben zu können

Neu/Umf. 5) Sich den Höhen und den Tiefen des Lebens stellen und das hier und jetzt mehr genießen können

6) Wertschätzendere Anerkennung meiner eigenen Persönlichkeit

Nr.: 88807 Ziele: 1) Normales Verhältnis zum Essen aufzubauen
2) Probleme gleich anzugehen
3) Bedächtiger reagieren auf Ärgernisse
4) Steigerung des Selbstbewusstseins

Neu/Umf. 5) Verbindung von Kopf und Bauch, Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gefühle

Nr.: 88808 Ziele: 1) Entwicklung alternativer Lösungsversuche zum bisherigen Muster
2) Auseinandersetzung mit dem Tod (Erkrankung des Vaters)
3) Warum/Wozu habe ich mich so vergessen?
Neu/Umf. 4) Entwicklung einer gesunden Balance der beiden Seiten (Ausgeglichenheit)
5) Akzeptanz vom Symptom ausbauen und anderer Umgang mit sich selbst

Nr.: 88809 Ziele: 1) Wie kann ich gut in die Arbeit zurückkehren?
2) Welche Beiträge zu dem Muster habe ich von meiner Seite beigetragen?
(Klärung des Musters)
3) Trennung und Auflösung der Übertragung von Chefin und Ehefrau
Neu/Umf. 4) Ich möchte mir den Schlüssel unter dem Kopfkissen der Mutter
anschauen

Nr. 88811 Ziele: 1) Lebensfreude ohne Medikamente
2) Positivere Lebenseinstellung
3) Mehr Distanz und Loslassen Können (bzgl. 2. Mann)
4) Lernen, mich wichtiger zu nehmen und mein Selbstwertgefühl zu steigern
Neu/Umf. 5) Gibt es noch etwas in der Vergangenheit, was meine Situation beeinflusst
oder mich hemmt?
6) Bewusster werden meiner eigenen Kraft

Nr. 88814 Ziele: 1) Mehr Gelassenheit entwickeln
2) Verbesserter Umgang mit Konflikten
3) Mehr Akzeptanz gegenüber Dingen, die nicht direkt veränderbar sind
Neu/Umf. 4) Nicht so viele Gedanken machen, weniger Grübeln

Nr. 88815 Ziele: 1) Körperlich aushaltbarer Zustand und körperliche Kräftigung
2) 1- bis 2-mal am Tag was gönnen, was mir gut tut, und herausfinden,
was mir gut tut
3) Ansätze von innerer Freude spüren (Fröhlichkeit)
4) Annehmen können meines jetzigen körperlichen Zustandes
Neu/Umf. 5) Nicht mehr brechen
6) Sicherer Ort weiterentwickeln
7) Alte Beziehung aufarbeiten

Nr.: 88816 Ziele: 1) Kontakt zu den eigenen Gefühlen wieder herstellen
2) Ein- und Durchschlafen können
3) Genussvoll zur Ruhe kommen
4) Guter Umgang mit meinem Körper bezogen auf alte Erfahrungen
Neu/Umf. 5) Klarheit über den Stand innerhalb der Familie
6) Einen anderen Umgang mit dem bisherigen Alkoholkonsum
7) Beschäftigung mit der Missbrauchserfahrung

- Nr.: 88817 Ziele:** 1) Selbstbewusstsein entwickeln
2) Selbstakzeptanz entwickeln
3) Steigerung der Lebensfreude
4) Zielorientiert zu sein, darauf hinarbeiten ohne Ablenkung
Neu/Umf. 5) Mein schlechtes Gewissen loswerden (Balanceakt)
6) Deutlich sagen, was ich denke
- Nr.: 88819 Ziele:** 1) Mich weniger gejagt fühlen, stattdessen mehr innere Gelassenheit und Ruhe
2) Bessere Distanz zu den Problemen der Mitmenschen bekommen
3) Harmonischere Ehe
4) Ablegen von negativen Gefühlen und Denkstrukturen
5) Gefühle erkennen und Selbstwert erhöhen
Neu/Umf. 6) Nutzen des Rückfallerlebnisses und Handwerkszeug für den Umgang
- Nr.: 88820 Ziele:** 1) Wiedererlangung der Fähigkeit, meine Ausbildung zu beenden
2) Wege finden, mit der Vergangenheit abzuschließen
3) Steigerung des Selbstbewusstseins
Neu/umf. 4) Ablegung der Schuldgefühle
5) Guten Kontakt zum Vater beizubehalten
- Nr.: 88821 Ziele:** 1) Wunsch: Mein Mann und meine Familie würden profitieren
2) Wie lerne ich, freiwillig (ohne Verzicht) auf die Bedürfnisse meiner Familie zu hören (Verzicht)
3) Wie komme ich vom Sprinter mehr zum Langstreckenläufer?
Neu/Umf. 4) Warum fällt es mir so schwer zu verzichten?
5) Die Lebenssituation und den Lebensstand gegenseitig voneinander zu erfahren (bezogen auf Ehemann)
6) Möglichkeiten der Integration bei gleichzeitigem „Sich-treu-Bleiben“
- Nr. 88823 Ziele:** 1) Keine Bulimie mehr
2) Lernen, auf eine gute Art und Weise mit Problemen umzugehen
3) Abgrenzung und Abnabelung von den Eltern
Neu/Umf. 4) Lernen, mich besser selbst zu akzeptieren
5) Mir meinen Raum nehmen und mich weniger anpassen
6) Wie kann ich die Buli als Wegweiser/Warnzeichen nutzen?
- Nr. 88824 Ziele:** 1) Klarkommen mit Stress
2) Wunschgewicht 50 kg
3) Wiederbekommen des Sohnes
Neu/Umf. 4) Offener werden
5) Glückliche Partnerschaft und Elternschaft

- Nr. 88825 Ziele:** 1) Mehr innere Ruhe und Gelassenheit
2) Eigene Grenzen besser setzen zu können, ohne andere zu verletzen
3) Genau wissen wollen, was ich will, wenn ich nach Hause komme
(bezogen auf vier Entscheidungen)
Neu/Umf. 4) Steigerung des Selbstwertgefühls, für sich einzustehen, gesunder
Egoismus

- Nr.: 88831 Ziele:** 1) Trenne ich mich von meinem Mann oder nicht?
2) Kann ich für die Kinder noch was tun?
3) Wie kann ich bleiben, wie ich bin? Darf ich mich noch so ausleben, wie
ich möchte?
Neu/Umf. 4) Inwieweit muss ich mein Verhalten ändern, um zur Gesundheit meiner
Tochter beizutragen?

- Nr. 88832 Ziele:** 1) Ich will mein Eigenes wieder spüren
2) Ich will wieder kontinuierlich Regie führen für mein Eigenes
3) Statt Neurodermitis und Lungenschwäche Kraft für die Verwirklichung
der eigenen Ziele
Neu/Umf. 4) Mutiger mit der Familie umgehen, anstatt abzutauchen