

Visualisierungen mit farbigen Stiften auf Papier – die Methode der Wahl bei komplexen Problemen

Wenn ein Klient Unterstützung bei der Lösung von komplexen Problemen bekommen will, so muss er zunächst einmal viel berichten, damit der Berater / Therapeut auf den gleichen Informationsstand kommt. Nach Bedarf fragt der Berater / Therapeut dann noch unterschiedlich lange nach, bis er die Informationen eingeholt hat, die er zur Entwicklung von Interventionen oder Ratschlägen braucht. Eine solche – im weitesten Sinne – diagnostische Phase ist in erster Linie für die Informierung des Beraters / Therapeuten wichtig. Sie ist geprägt von einem Informationsfluss, der weitgehend als nur vom Klienten in Richtung Berater / Therapeuten gehend gedacht wird.

Wenn man parallel zum Berichten des Klienten das Verstandene auf Papier visualisiert und damit transparent vor Augen führt, so hat das u. a. folgende Vorteile:

- Der berichtende Klient kann aus den Skizzen unmittelbar einiges von dem **sehen**, was der Berater / Therapeut verstanden hat und wie er es verstanden hat. Das erleichtert es, zu kommunizieren, dass und was man verstanden hat. Das wiederum intensiviert die gute Beziehung.
- Dieses Verständnis verklingt auch nicht, wie die Worte, die man bei manchen Klienten immer wieder wiederholen muss, sondern bleibt "schwarz auf weiß" stehen, wird z. T. farbig ersichtlich, korrigiert und differenziert.
- Auch der Klient bekommt dadurch ein neues Verständnis und **neue Perspektiven** ("So habe ich das bisher nicht gesehen...").
- Der Klient kann seine Gefühle leichter im Zusammenhang mit äußeren Umständen und in größeren – auch systemischen - Gesamtzusammenhängen **sehen** (rekontextualisieren).
- Der Kommunikationsprozess wird intensiviert und konzentriert, weil mit dem Zeigen auf Teile der Skizze sich viele Worte erübrigen.
- Der Berater muss sich nicht auf das relativ passive Dasitzen und aufnehmende Zuhören beschränken sondern kann mit seinen Händen aktiv etwas für den Klienten Gutes tun.
- Das gelungene visualisierende Verstehen ist eine sehr machtvolle therapeutische Intervention. Diagnose und Therapie, Verstehen und Intervenieren fallen zusammen.

Beim verstehen wollenden Visualisieren empfiehlt es sich u. a.:

- Lose weiße DIN-A4-Blätter zu verwenden, die man später zu einer Zusammenschau nebeneinander legen kann (das geht bei Benutzung eines Schreibblockes oder eines Hefts schlecht).
- Relativ früh den "Erzähler" unterbrechen, das Verstandene skizzieren und z. B. sagen: "Entschuldigen Sie, dass ich unterbreche, habe ich das richtig verstanden, dass" (dann die Zeichnung erläutern). Das kann entschleunigend und intensivierend wirken. Nicht erwarten, dass man sich erst die ganze Geschichte anhört und dann das Ganze malen könnte. Einzelne Elemente grafisch (wenig Schrift) darstellen und die weiteren Ergänzungen und Korrekturen hinzufügen.
- In der Mitte anfangen!
- wenn es zu falsch oder zu unübersichtlich ist: Neues Blatt – neues Glück!
- Papier nur einseitig bemalen, damit man die entwickelten Bilder später nebeneinander legen und in einer Zusammenschau anschauen kann.

- Bild vor Buchstaben (z. B. „Biss“ malen statt mit Buchstaben schreiben)!
- Die Bildsprache des anderen aufgreifen.
- Dankbar sein, wenn der Klient Modifikationen, Korrekturen anregt und dadurch hilft, das gemeinsame Bild entsprechend dieser Anregungen zu korrigieren, zu optimieren, zu präzisieren und passender zu machen.
- Eine offene rezeptive Haltung haben, die nur möglichst genau verstehend grafisch das für den Klienten Wesentliche protokolliert, nicht aktiv lenkt und nicht stört.
- Zu Beginn sich eine lange Phase gönnen, in der der Klient erklärt und man das Problem in seinen wesentlichen Zusammenhängen gut zu verstehen sucht. Die Folge davon ist u.a.: Der Klient ist aktiv, der Berater/Therapeut eher passiv reagierend und sehr rezeptiv.
- Denkpausen nicht mit Fragen stören sondern den Klienten nachdenken lassen und versuchen mitzubekommen, was er denkt, was sich in ihm denkt und das dann aufzeichnen, grafisch protokollieren. Dadurch im Kontakt mit dem Wesentlichen bleiben.
- Aufgreifen und sich interessieren für aktuelle Denkprozesse, Fragen, Suchprozesse.
- Möglichst lange seine eigenen (Lösungs-)Ideen zurückhalten und lange einen sicheren, interventionsfreien Raum schaffen, in dem der Klient angesichts der Visualisierung auf neue Ideen, zu neuen Erkenntnissen kommt.
- Fragen bergen die Gefahr, dass der Klient sich von dem für ihn Wichtigem entfernt, weil er ein guter Klient sein will, gut antworten will, auf die nächste Frage des Beraters wartet (anstatt im Kontakt mit dem zu bleiben, was ihm selbst wichtig ist). Eigene Fragen des Beraters sich merken (evtl. notieren) und erst am Ende stellen, wenn sie noch wichtig sind und sich noch nicht beantwortet haben. Kurze Verständnisfragen sparsam und gleich stellen.
- Wenn der angestoßene Prozess ins Stocken kommt, konstruktive W-Fragen stellen zum besseren eigenen Verständnis.
- Auf Erkenntnisse, Ideen, Lösungen gefasst sein, die im Klienten entstehen oder ihm aus dem Bild heraus „anspringen“ („Ich sehe gerade, mir fällt gerade auf, dass...“).
- Spontane Erkenntnisse, neue Sichtweisen des Klienten sofort grafisch visualisieren.
- Zielklärung erst am Ende, nach dem guten Verstehen der Gesamtsituation.
- Nicht-Vorschläge (wenn überhaupt) auch erst am Ende machen, wenn das Nachdenken und sich Besinnen des Klienten über längere Zeit nichts Neues gebracht hat.
- Durch das interventionsfreie verständnisvolle Protokollieren und Veranschaulichen der Erlebens- und Sichtweise des Klienten können neue Perspektiven, Umgewichtungen, Ideen, Lösungen, erlebnismäßige Vertiefungen entstehen. Der Klient kann mit wichtigen Gefühlen in Kontakt kommen.
- Dabei empfiehlt sich eine Haltung, die ein Naturforscher hat, der das seltene Tier nicht aktiv im Urwald sucht (und dadurch eher scheuen lässt) sondern aufmerksam wartend dasitzt, bis es allmählich erscheint und sich nach und nach mehr zeigt. Die Aufmerksamkeit des Beraters/Therapeuten sollte wenig auf mögliche Lösungsvorschläge und wenig auf hilfreiche Interventionen gerichtet sein. Die Lupe des Interesses sollte sich auf das richten, was beim Klienten an spontanen Erkenntnissen durch die Veranschaulichung, durch den Blick in den Spiegel, durch das gemeinsam entwickelte Bild, durch das sichtlich erfahrbare Verständnis entsteht. Hier darf man abwartend neugierig sein auf das, was sich im Klienten durch diesen Prozess an Neuem und Gutem entwickelt. Das gilt es immer besser zu verstehen.
- Durch das unübersehbar treffende grafische Verständnis entsteht beim Klienten eine unmittelbare Erfahrung von Verstandenwerden und eine sehr intensive gute Beziehung zwischen Klient und Berater/Therapeut.

10 Empfehlungen für lösungsorientierte Gespräche über Probleme

1. Sei leer und offen wie ein weißes Blatt Papier.
2. Bringe den Problemschilderer dazu, so über das Problem zu reden, wie ihm „der Schnabel gewachsen“ ist, wie er es seiner Frau, einem guten Freund beim Bier in der Kneipe oder einer sehr vertrauenswürdigen, von dem Problem aber nicht unmittelbar betroffenen Person schildern würde. Stimuliere drastische bildhafte Formulierungen.
3. Je mehr du gedrängt wirst einen guten Rat zu geben, um so mehr konzentriere dich auf das gute Verstehen des subjektiven Problemerlebens des Klienten.
4. Visualisiere in einfachster Form auf einem leeren Blatt Papier, was du verstanden hast und erkläre dem Problemschilderer, wie du dir sein Problem mit Hilfe dieser einfachen Skizze veranschaulichst, z. B. durch: „Verstehe ich richtig, dass ...?“ (dann die Skizze erläutern).
5. Sei dankbar, wenn der Problemschilderer diese Skizze korrigiert und dir zu einem besseren, präziseren Verständnis verhilft. Korrigiere und verbessere die Skizze des Problems entsprechend der Rückmeldungen und Korrekturen.
6. Konzentriere dich auf das, was für den Problemschilderer wichtig ist und versuche das zu verstehen. Stelle die **dir** wichtigen Fragen erst am Schluss (falls diese Fragen dir dann noch wichtig sein sollten).
7. Sei darauf gefasst, dass der Problemschilderer im Laufe des Gespräches mit Dir zu neuen Erkenntnissen und anderen Bewertungen oder Gewichtungen kommt oder sich in positive Richtung verändert, wie der Problemschilderer das Problem erlebt.
8. Interessiere dich dafür, welche Besserungen es bzgl. dieses Problems gegeben hat und zeichne diese Besserungen in die Skizze ein.
9. Bemühe dich um ein präzises Verständnis dessen, was zu diesen Besserungen geführt hat und was der Problemschilderer zu diesen Besserungen beigetragen hat.
10. Gib Ratschläge erst, wenn du das Problem gut und umfassend verstanden hast und den Problemschilderer auch davon überzeugen konntest, dass du ihn und sein Problemerleben gut und umfassend verstanden hast. Gib einen Ratschlag erst ganz am Ende und in Form einer verständnisvollen Verneinung oder eines „Nichtvorschlages“ (MiniMax-Intervention Nr. 15): „In so einer Situation kann man ja auch nicht ... (Ratschlag)“ Wenn der Problemschilderer daraufhin sagt: „Das geht ja auch nicht, weil....“ dann verstehe und akzeptiere, warum das nicht geht. Sei darauf gefasst, dass es für den Problemschilderer zwar enttäuschend aber auch erleichternd sein und bei ihm neue Ideen stimulieren kann, wenn Du ehrlich sagst: „Hm, da wüsste ich jetzt auch nicht, was ich an Ihrer Stelle tun könnte“ oder „Da wüsste ich z. Zt. nur, wie man das Problem noch verschlimmern könnte, aber das hilft Ihnen ja hier nicht weiter....“.

Einschränkung:

Diese 10 Empfehlungen sind nur sehr eingeschränkt hilfreich, wenn der Problemverstehrer als Teil des Problems angesehen oder von ihm eine Änderung erhofft wird, die eine (Teil-)Lösung des Problems wäre.

MiniMax-Intervention Nr. 1: "In der Vergangenheit.....", "Bisher....."

In fast jeder Therapiesitzung ist von Zeit zu Zeit sinnvoll sicherzustellen, dass man den Patienten in dessen Sicht- und Erlebnisweise des Problems oder Symptoms richtig verstanden hat. In der Regel tut man dies, indem man mit eigenen Worten oder denen des Patienten das wiederholt, was der Patient berichtet hat. Man bezeichnet das je nach therapeutischer Ausrichtung als „verstehen“, „paraphrasieren“, „spiegeln“, „pacing“ oder „ankoppeln“. Der Patient schildert z. B., dass er oft unter Schuldgefühlen gegenüber seinen Eltern leide. Wenn man nun als Therapeut sein Verständnis des Problems mit dem kleinen Zusatz „**Bisher....**“ oder „**In der Vergangenheit.....**“ versieht und formuliert: „**In der Vergangenheit** hatten Sie oft Schuldgefühle Ihren Eltern gegenüber.....“ so ist man etwas genauer als der Patient. Denn meistens bezieht man sich auf Vergangenes, wenn man von Schwächen, Problemen und Symptomen redet. In der Zukunft kann und soll es ja anders sein. Der kleine Zusatz „**in der Vergangenheit**“ ist fast immer sinnvoll, wenn man mit dem Patienten über dessen Problem, Schwäche oder Symptom redet. Denn mit diesem kleinen Zusatz unterstreicht man die Präzision, mit der man den Patienten verstehen will: **In der Vergangenheit** litt der Patient oft unter..... – **in Zukunft** will er einen besseren Weg, eine Lösung, Heilung gefunden haben. So hilft dieser kleine Zusatz, sich für künftige bessere Möglichkeiten und Lösungen zu öffnen.

In der Vergangenheit hat man den Wert dieser kleinen Wendung nicht immer erkannt. **In der Vergangenheit** wurde diese beiläufige Bemerkung selten gezielt im zukunfts- und lösungsorientierten Sprechen über Probleme eingesetzt..... .

Sprechen Sie über Schwächen oder Symptome eher in der Vergangenheitsform!

Manfred Priors MiniMax-Intervention Nr. 3: „Sondern...?“ „Was stattdessen?“

Wenn Menschen von einem Psychotherapeuten nach ihren Therapiezielen gefragt werden, wissen sie in der Regel sehr gut, **was und wohin sie nicht wollen. Positiv zu sagen, was und wohin man will, ist oft sehr schwer.** Ziele, die man kennt und benennen kann, sind aber sehr viel leichter zu erreichen als unbekannte und unbenannte Ziele. Für einen Psychotherapeuten ist es eine große Versuchung, dem Patienten die oft schwierige Arbeit des positiven Formulierens seiner Ziele zu sehr zu erleichtern. Wenn der Therapeut vorschnell (nämlich **schon dann, wenn der Patient nur gesagt hat, was er nicht will**) meinte verstanden zu haben, was und wohin ein Patient will, dann findet er sich nicht selten unversehens wieder in dem Gefühl, dass er mit seinem „Kunden“ nicht mehr an einem Strang zieht. Oder er wundert sich, dass der Patient mehr als sonst „Ja, aber...“ sagt. Dies lässt sich zum Teil dadurch vermeiden, dass man als Berater oder Therapeut dem Patienten vermittelt, dass man dessen Ziele in dessen eigenen positiven Worten formuliert wissen will. Dabei hat man durchaus Verständnis, wenn das schwierig sein sollte, man bittet den Patienten aber gleichwohl, sich dieser lohnenden Mühe zu unterziehen, da man dann besser gemeinsam an einem Strang in Richtung des gleichen Ziels ziehen kann.

Am einfachsten lässt sich all dies durch das Wörtchen „**Sondern...?**“ ausdrücken: „**Sie wollen also nicht mehr ☹... sondern... (☺)?**“ Man lässt den Satz offen und schaut den Patienten freundlich interessiert und fragend an. Wenn daraufhin der Patient eine weitere Variation dessen artikuliert, was er **nicht** will, so lohnt es sich erneut freundlich und interessiert zu fragen: „*Hm, ja, Sie wollen also nicht mehr ☹... sondern... (☺)?*“

Auch in einer anderen typischen Therapiesituation ist das mit freundlichem Interesse gefragte Wörtchen „**Sondern...?**“ ein kleines Zauberwort. Nämlich dann, wenn der Patient berichtet, dass es nicht mehr das alte problematische Verhalten oder Erleben gab:

Patient: „*Letzte Woche haben wir uns gar nicht so häufig gestritten...*“

Therapeut: „**Sondern was haben Sie gemacht? Wie sind Sie miteinander umgegangen?**“

Oder der Patient sagt: „*Seit unserem letzten Gespräch war es mir irgendwie gar nicht so schlecht gegangen, ich war gar nicht so depressiv und schlapp...*“

Therapeut: „*Hm, es ging Ihnen in der letzten Woche also nicht so schlecht, sondern wie ging es Ihnen?*“

Hier öffnet das Wörtchen „**sondern... (☺)?**“ die Türe für ein Gespräch, das positive Ausnahmen zur Regel machen hilft.

Besonders wichtig ist das auch bei guten Zahnärzten, deren Patienten zuweilen verwundert und etwas irritiert am Ende der Behandlung feststellen: „*Komisch..., das war heute trotz Spritze und Bohren gar nicht so schlimm wie sonst...*“ Hier sollte man als Zahnarzt freundlich und interessiert nachfragen: „*So schlimm war es heute nicht, sondern wie war es?*“ Der Patient sagt dann nach längerem Überlegen vielleicht: „*Fast wollte ich sagen: ich habe mich wohl bei Ihnen gefühlt. So ein bisschen nach dem Motto `Der muss jetzt arbeiten und ich darf daliegen und es mir gut gehen lassen`“.* Das ist dann möglicherweise das erste Mal, dass ein von Zahnärzten traumatisierter Patient „Zahnarzt“ und „sich wohl fühlen“ als Erfahrung zusammenbringt.

Möglicherweise wollen Sie nach Lektüre dieser Zeilen künftig nicht mehr so oft dem Patienten die nötige Mühe des Formulierens seiner Ziele und seiner positiven Erfahrungen abnehmen, **sondern...?**

MiniMax-Intervention Nr. 8: „Konstruktive W-Fragen“

Im psychotherapeutischen Gespräch sind Fragen nicht nur ein diagnostisches Mittel der Informationserhebung. Die richtige Frage am richtigen Ort kann eine starke therapeutische Intervention sein. Mit klug gestellten Fragen läßt sich am leichtesten die Aufmerksamkeit des Patienten in nützliche Richtungen lenken. Und auch das gemeinsame Suchen nach Lösungen und Ressourcen läßt sich am einfachsten durch Fragen fördern. Allerdings spielt **die Form der Frage** eine entscheidende Rolle dabei, ob der Patient viel oder wenig sucht, in welchem Ausmaß die Frage die Aufmerksamkeit lenkt und ob man es dem Patienten leicht oder unnötig schwer macht. Im folgenden Dialog werden vom Therapeuten „Ja-Nein-Fragen“ gestellt. Das sind Fragen, mit denen man nach einer Antwort fragt, die entweder „Ja“ oder „Nein“ lautet.

Therapeut: „Können Sie mir zunächst einmal sagen, was Ihr Anliegen ist?“

Patient: „Ich bin immer so depressiv...“

Therapeut: „War es in Ihrer Erinnerung in der letzten Zeit auch mal so, daß sie nicht depressiv waren?“

Patient: „Eigentlich nicht...“

Therapeut: „Gibt es eine Möglichkeit, mit der Sie verhindern könnten depressiv zu sein?“

Patient: „Nein, ich rutsche halt immer in so eine Hoffnungslosigkeit hinein...“

Therapeut: „Gibt es eine Möglichkeit, wie Sie es sich gut gehen lassen können?“

Patient: „Da fällt mir erst mal nichts ein. Ich bin halt auch wirklich immer wieder so depressiv...“

Therapeut: „Gibt es einen ersten Schritt, mit dem Sie aus Ihrer Depression rauskommen und wieder richtig Kraft und Mut schöpfen können?“

Patient: „Vielleicht gibt es den, aber ich dreh mich da nur immer noch mehr rein... Ich hatte eigentlich gehofft, daß Sie mir da helfen könnten. Aber ich bin wahrscheinlich wirklich ein schwieriger Fall....“

Am Ende dieses kurzen Dialoges scheint sich eine geheime, bisher unbestätigte Befürchtung als richtig herauszustellen und der Patient „erkennt“, daß er ein „schwieriger Fall“ ist. Diese „Erkenntnis“ ist aber bei genauerer Betrachtung ein Ergebnis der durchaus gutgemeinten „Ja-Nein-Fragen“. Diese zielen zwar auf Ausnahmen zur Problemregel des „Immer-so-depressiv-Seins“, auf Möglichkeiten und Besserungsschritte ab. Letztendlich tragen sie aber durch Ihre Form nur dazu bei, daß der Patient quasi von offizieller Seite eines psychotherapeutischen Experten in seiner Befürchtung bestätigt wird, er sei ein „schwieriger Fall“. Diese fatale „Erkenntnis“ am Anfang einer Therapie vergrößert und verschlimmert das Problem in der Regel erheblich. Ressourcen- und lösungsorientierte Therapeuten streben eher die Erkenntnis an, daß es sich um einen „leichten Fall“ handelt. Für und mit einem „leichten Fall“, einen Patienten mit im großen und ganzen gesunder Persönlichkeit, lassen sich meist leichter und einfacher Besserungsschritte und Lösungen finden.

Wenn der Therapeut im obigen Dialog die gleichen Fragen in einer anderen Form, nämlich als sog. „**Konstruktive W-Fragen**“ stellt, kann er ein sehr anderes Ergebnis erzielen:

Therapeut: „Was können Sie mir denn zunächst über ihr Anliegen sagen?“

Patient: „Ich bin immer so depressiv....“

Therapeut: „In der Vergangenheit waren Sie oft so depressiv. (MiniMax-Intervention Nr. 1 „In der Vergangenheit...“ und MiniMax-Intervention Nr. 4 „Immer stimmt nie!“). Wann

waren Sie denn in der letzten Zeit mal etwas weniger oder vielleicht sogar gar nicht depressiv?“

Patient (nach längerem Nachdenken): „Eigentlich nur, als ich mich mal aufgerafft hatte, auf einen Flohmarkt zu gehen.“

Therapeut: „**Wie** war es da, als Sie sich dazu aufgerafft hatten?“

Patient: „Zunächst hatte ich da eigentlich auch keine Lust. Aber dann war es irgendwie ganz schön geworden. Das ist aber schon über 4 Wochen her....“

Therapeut: „**Wie** war das, als sie nicht depressiv waren, **wie** waren Sie da? **Was** ist für Sie das Gegenteil von „depressiv“?“

Patient: „Wissen Sie, das ist ein bißchen so wie früher, dann interessiere ich mich für das was es da gibt, unterhalte mich mit den Leuten und vergesse irgendwie alles, was mich sonst so bedrückt. Dann ist alles nicht mehr so schwer.....“

Therapeut: „Dann ist alles nicht mehr so schwer, **sondern wie ist es dann?**“ (MiniMax-Intervention 3 „Sondern.....?“)

Patient: „Irgendwie leichter. Ich bin dann einfach mit dem beschäftigt, was mich interessiert, die alten Sachen, wie gut sie erhalten sind, die Preise, das Feilschen usw.“

Therapeut: „**Welche Möglichkeiten** könnten Sie sich denn u. U. vorstellen, **wie** Sie öfters mal sich mit dem beschäftigen könnten, was sie interessiert, Flohmarkt, alte Sachen, Preise usw.“

Patient: „Na ja, ich müßte mich halt öfters mal so aufraffen wie damals und auf einen Flohmarkt gehen, auch wenn ich dazu eigentlich zunächst keine Lust habe.“

Therapeut: „**Und was** könnte ein erster Schritt sein, damit Sie sich tatsächlich auch aufraffen?“

Patient: „Ich müßte mir eine Zeitung kaufen, in der die ganzen Flohmarkttermine abgedruckt sind.....“

Wenn man also mit dem Patienten verstärkt gezielt in eine bestimmte Richtung sucht (lösungsorientierte Therapeuten suchen bevorzugt nach Besserungen von Symptomen, Ausnahmen zur Problemregel, Stärken des Patienten, Ideen und Ansätzen, die in Richtung Lösung gehen etc.) und da gerne fündig wird, dann sollte man Fragen stellen, die das Gesuchte als vorhanden implizieren. Im Deutschen beginnt man solche Fragen am besten mit den Worten „**Was....**“, „**Wann....**“, „**Welche....**“, „**Wer....**“, „**Wie....**“, „**Woran....**“, „**Wodurch....**“ – alles Fragepronomen, die mit dem Buchstaben „W“ beginnen:

„**Was** wollen Sie in dieser Sitzung erreichen?“

„**Welche Ideen** haben Sie, die Sie der Lösung Ihres Problems näherbringen könnten?“

„**Was haben Sie bisher gefunden**, was Sie der Lösung Ihres Problems nähergebracht hat?“

„**Was haben Sie bemerkt**, was sich seit unserer letzten Sitzung geändert, evtl. gebessert hat?“

„**Welche Fähigkeiten** haben Sie, die Ihnen in dieser schwierigen Situation helfen könnten?“

„**Wie** könnte Ihre Ausdauer und Ihr Wissen, daß Sie bisher immer alles irgendwie geschafft haben jetzt eine Hilfe sein? Und wie haben Sie das bisher eigentlich geschafft?“

Allein durch die Form dieser **konstruktiven W-Fragen** wird deutlich vermittelt, daß es der Therapeut genauer wissen will, daß er ein großes Interesse hat und ihm das Erfragte wichtig ist. **Konstruktive W-Fragen sind konstruktiv im Sinne von aufbauend und nützlich und sie helfen zu konstruieren, was Patient und Therapeut wollen.**

Was erscheint Ihnen wichtig an konstruktiven W-Fragen?

Welche Vorteile von konstruktiven W-Fragen leuchten Ihnen besonders ein?

Wie häufig haben Sie bisher konstruktive W-Fragen gestellt?

Wie könnten Sie sich für den Unterschied zwischen Ja-Nein-Fragen und konstruktiven W-Fragen sensibilisieren?

Wie könnten Sie es hinkriegen, daß Sie Ihren Patienten häufig konstruktive W-Fragen stellen?