

IRIS SEIDLER

SCHÖNHEIT UND GEFahr DER SYSTEMISCH-THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG¹



ÜBERGRIFFE SEITENS der Psychotherapeutin² gegenüber der Klientin in Psychotherapien sind keine Einzelfälle. Eine Therapeutin lädt ihre Klientin am Wochenende zu Kaffee und Kuchen ein und bittet sie, auf ihre Kinder aufzupassen, borgt von ihrer

Klientin Geld aus und zahlt es nicht zurück, beginnt in einer laufenden Therapie eine sexuelle Beziehung zu ihrer Klientin, ...

Erste Spontanreaktionen auf solche Berichte sind meist Schreck, Entsetzen und Abgrenzung. „Wie kann das nur passieren?“, „Das ist ja furchtbar!“, „Hoffentlich ist es niemand, den ich kenne!“. Solche Reaktionen sind verständlich und „stimmen“ natürlich auch. Sie sind nur, wenn sie die einzigen Reaktionen darauf bleiben, wenig bis gar nicht nützlich. Hilfreicher wäre es aus meiner Sicht, hier innezuhalten, etwas genauer hinzusehen – zu versuchen zu verstehen, was mögliche „Bruchstellen“ hinsichtlich der Beziehungsgestaltung, speziell in der systemisch orientierten Therapie, sein könnten, an denen erhöhte Gefahr besteht, die Klientin unpassend wahrzunehmen, damit unpassende Beziehungsangebote zu setzen und missbräuchlich zu handeln. Ich möchte in diesem Aufsatz versuchen, einige Gedanken zu Gefahrenmomenten zu formulieren, denen wir systemischen Therapeutinnen hinsichtlich der Beziehungsgestaltung ausgesetzt sind.

1) BEZIEHUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

A) BEZIEHUNG BEI SIGMUND FREUD UND CARL ROGERS

Bereits Sigmund Freud, der Pionier auf dem Gebiet der Psychotherapie, hat beschrieben, dass die Beziehung zwischen Analytikerin und Analysandin entscheidend für das Gelingen der Therapie ist. Sein Fokus lag dabei vor allem auf jenen Teilen der Beziehung, die er als

¹ Dieser Aufsatz stellt eine Verschriftlichung eines Referates dar, das ich im Dezember 2013 im Rahmen des Systemischen Kaffeehauses an der la:sf gehalten habe.

² In diesem Aufsatz wird die weibliche Form verwendet.

Übertragung verstanden hat. Die therapeutische Beziehung kann in diesem Sinne dazu genutzt werden, um alte, verinnerlichte Beziehungserwartungen und -wünsche zu aktivieren und damit erkennbar werden zu lassen. „Es handelt sich dabei um die Wiederholung infantiler Muster, die mit einem besonderen Gefühl von Aktualität erlebt werden.“ (Schuster & Springer-Kremser, 1998, S.128). Ziel ist, defizitäre Beziehungsformen mit Hilfe der Therapeutin in einem geschützten Rahmen sichtbar werden zu lassen und sie verändern zu können.

„Carl Rogers hat im Jahr 1957 die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie beschrieben.“ (Biermann-Ratjen et al., 1995, S.11) und „sechs Bedingungen abstrahiert, die gegeben sein müssen und über eine gewisse Zeitspanne Bestand haben müssen, wenn sich eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung in einer Psychotherapie entwickeln soll“. Diese Bedingungen beziehen sich auf die gegenwärtige Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin im therapeutischen Prozess (vgl. Biermann et al., 1995, S.11ff). Drei davon, „Kongruenz“, „Empathie“ und „Akzeptanz“ haben Eingang in grundlegendes psychotherapeutisches Verständnis und Vokabular gefunden. Alle später formulierten Therapieschulen nehmen in unterschiedlichem Ausmaß explizit oder implizit auf diese Faktoren Bezug.

B) „MOMENTS OF MEETING“: NEUE BEZIEHUNGSERFAHRUNGEN

Die Forschungsgruppe um Daniel Stern („process of change study group“) als Beispiel für moderne tiefenpsychologische Ansätze unterscheidet zwei Bereiche, in denen therapeutische Veränderungen stattfinden können, nämlich den deklarativen oder bewusst-verbale Bereich und den implizit-prozeduralen Beziehungsbereich. Hier wird davon ausgegangen, dass Deutungen (also eine der klassischen Interventionen des tiefenpsychologischen Ansatzes) das bewusste, explizit-deklarative Wissen der Patientin über ihre intrapsychischen Verhältnisse mittels Einsicht verändern. Dagegen werden „now-moments“ bzw. „moments of meeting“ als das „something more“ angesehen, das das „implicit relational knowing“ verändert. Mit diesem Begriff aus der

Entwicklungspsychologie ist das implizit in nicht-symbolischer Form gespeicherte Beziehungswissen gemeint, das aus den Erfahrungen gespeist wird, die das Kleinkind mit seinen Bezugspersonen macht, und das sich außerhalb des Bewusstseins befindet. Solche intersubjektiven Beziehungserfahrungen entstehen in der Mutter-Kind-Dyade, aber auch in der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin. Nach Auffassung dieser Forschungsgruppe handelt es sich in beiden Fällen um selbstorganisierende Systeme (sic!), die auf der Basis von zirkulären Regulationsprozessen ihr implizites Beziehungswissen in Richtung auf höhere Komplexität hin erweitern. Dies geschieht im Sinne von „moving along“, also in einem Prozess, der nicht direkt vorhersehbar ist, auf eine für ihr jeweiliges Miteinander typische Art und Weise in eine noch zu vereinbarende Richtung, ähnlich der Mutter-Kind-Interaktion.

Now Moments werden beschrieben als affektiv hoch aufgeladene, unerwartete Ereignisse. Sie entstehen als emergente Eigenschaft des komplexen dynamischen Systems, das aus zwei Personen besteht, die im therapeutischen Prozess voranschreiten. Das Therapeutin-Klientin-System gerät in solchen Momenten aus dem Gleichgewicht. Gelingt es der Therapeutin nun, authentisch zu reagieren, so entsteht ein Moment of Meeting: eine neue Beziehungserfahrung. Das implizite Beziehungswissen verändert sich und das System Therapeutin-Klientin operiert nun auf einer qualitativ veränderten Ebene der intersubjektiven Interaktion. Dann entsteht ein „open space“, ein neuer Spielraum, ein neues inneres Gleichgewicht, allerdings auf einem neuen Level. (vgl. Prager, 2003).

Das ist eine Beschreibung der Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung mit einem auch für systemische Therapeutinnen anschlussfähigem Vokabular: Das System gerät aus dem Gleichgewicht und tritt in einen neuen Ordnungszustand ein. Günter Schiepek, einer der zur Zeit führenden systemischen Forscher, fokussiert, ähnlich wie in dem von Stern beschriebenen Konzept, nicht darauf, was Beziehung „ist“, sondern was sie ermöglicht, also was die Funktion von Beziehung ist. *„Fragt man nach den Voraussetzungen für die beobachtbaren konstruktiven Entwicklungen, so besteht ein wesentlicher Punkt offenbar darin, dass der Therapeut der Patientin die Mög-*

lichkeit eröffnet, in der Beziehung zu ihm andere Erfahrungen zu machen als in ihrem bisherigen Leben.“ bzw. *„Das Konzept der sogenannten Beziehungs-Tests postuliert auf der Grundlage reichhaltiger klinischer Erfahrung, dass eine wesentliche Motivation für die Wiederholung und Inszenierung problematischer Erlebnis- und Beziehungskonstellationen innerhalb von Therapien in dem unbewussten Wunsch des Patienten liege, mit dem Therapeuten neue Erfahrungen zu machen, um dadurch alte, problematische Beziehungs- und Verhaltensschemata zu korrigieren.“* (Haken & Schiepek, 2010, S.338). Er schließt daraus: *„Die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen zu machen, und sich dabei anders als gewohnt zu erleben, scheint eine der zentralen Entwicklungsvoraussetzungen in Psychotherapien zu sein.“* (ebd., S. 339). Diese neuen Erfahrungen werden auch als korrigierende Beziehungserfahrungen bezeichnet. Im Zusammenhang mit der Beschreibung der Moments of Meeting bei Daniel Stern würde das bedeuten, dass die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen zu machen und sich anders als gewohnt zu erleben, eine Bedingung für das Schaffen von Ordnungsübergängen darstellt. Das Erleben einer „guten“ (also hilfreichen) Beziehung wird als eine Bedingung verstanden, dass Interventionen wirken können und Veränderungen im Sinne von Phasenübergängen realisiert werden.

C) BEDEUTUNG DER BEZIEHUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Vergleichende Psychotherapieforschung beschreibt, dass 40 Prozent, und damit der größte Teil, des Therapieerfolges durch die sogenannten Klientinnenfaktoren determiniert werden, auf die die Therapeutin keinen Einfluss hat (vgl. Hubble et al., 2001). 30 Prozent des Therapieerfolges sind der therapeutischen Beziehung zu verdanken und lediglich bescheidene 15 Prozent werden durch spezifische therapeutische Methoden und Techniken, also Interventionen erklärt. Die therapeutische Beziehung stellt also jenseits von geplantem, bewusstem und gezieltem Handeln einen wesentlichen Wirkfaktor in der Psychotherapie dar.

Diese unspezifischen Wirkfaktoren stehen auch in Zusammenhang mit der als Dodo-Bird-Verdikt bekannt gewordenen Prämisse, dass alle Behandlungstechniken

grundsätzlich gleich wirksam sind: „Jeder hat gewonnen, und alle müssen Preise bekommen.“³ (Carroll, 1999, S. 33). Haken und Schiepek erklären den Dodo-Bird-Effekt wie folgt: „Unterschiedliche Techniken sind gleichwertig, weil und sofern sie der Realisierung von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierender Prozesse dienen. ... wenn sie angemessen kontextualisiert sind und prozessadäquat eingesetzt werden.“ (2010, S. 455). Aufbauend auf den Erkenntnissen über die beschriebenen unspezifischen Wirkfaktoren gibt es auch Bestrebungen, jenseits der bestehenden Therapieschulen eine „Allgemeine Psychotherapie“ zu formulieren. Klaus Grawe fasst in seinem Buch „Psychotherapie im Wandel“ diese Faktoren zu drei Wirkprinzipien zusammen: „Zu einer Allgemeinen Psychotherapie gehört neben den beiden [...] Perspektiven, der Problembewältigungsperspektive und der Klärungsperspektive, auf jeden Fall noch eine dritte unverzichtbare Perspektive: die Beziehungsperspektive.“ (Grawe, 2001, S.775). Drei Begründungen werden dafür angegeben: „1. [...] dass psychische Störungen zu einem wesentlichen Teil als Beziehungsstörungen aufgefasst werden können bzw. aus zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen und Psychotherapie daher ebenfalls zu einem wesentlichen Teil als Behandlung von Beziehungsstörungen aufgefasst werden sollte. [...] 2. Die zweite Begründung für die Bedeutung der Beziehungsperspektive für die Psychotherapie ist die, dass das zwischenmenschliche Gespräch in der Therapie eines der wichtigsten Mittel ist, um therapeutische Veränderung herbeizuführen. [...] 3. Die dritte Begründung für die Notwendigkeit der Beziehungsperspektive ist die Tatsache, dass sich Psychotherapie immer in zwischenmenschlichen Beziehungen abspielt und die Qualität dieser Beziehungen nachweislich einen sehr großen Einfluss auf das Therapieergebnis hat.“ (ebd., S.776ff.).

2) LEITIDEEN DES SYSTEMISCHEN ANSATZES: SCHÖNHEIT

Die Frage, was systemische Therapie „ist“ bzw. was sie charakterisiert, scheint nicht so einfach zu klären zu sein wie auf den ersten Blick vermutet. Systemische Ansätze sind in letzter Zeit nicht nur in Psychotherapie, sondern

³ Der Dodo-Vogel ist eine Figur aus „Alices Abenteuer im Wunderland“. Am Ende eines Wettbewerbs spricht er als Schiedsrichter die Worte: „Jeder hat gewonnen, und alle müssen Preise bekommen.“

vermehrt auch in angrenzenden psychosozialen Bereichen wie Coaching, Mediation, Beratung und Erziehung beliebt geworden und der Begriff „systemisch“ wird gern und häufig verwendet. „Umso erstaunlicher ist es, dass bis heute unklar bleibt, was unter Systemischer Therapie [...] oder systemischer Praxis eigentlich zu verstehen sei. Das mag die Konsequenz einer fast inflationären Wortverwendung oder aber des bei Therapieschulen immer auch bestehenden Vermarktungsinteresses sein.“ (Schiepek 2013, S.9).

Beispiele für prägende Merkmale systemischer Therapie wären das Mehrpersonensetting, die Berücksichtigung von Zusammenhängen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Prozessen, die Berücksichtigung des relevanten sozialen Umfeldes der Klientin, die Lösungs- und Ressourcenorientierung, der Einsatz bestimmter Techniken (wie z.B. zirkuläre Fragen, die Verwendung des Familienbretts) oder die Fundierung in Konstruktivismus und Kybernetik 2. Ordnung. Diese Merkmale prägen in einem traditionellen Verständnis die systemische Therapie, werden aber einerseits durchaus auch von anderen Therapieschulen für sich beansprucht (z.B. Ressourcenorientierung, Berücksichtigung von Zusammenhängen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Prozessen), und stellen andererseits auch kein Sine-qua-non dar (z.B. Mehrpersonensetting). Damit kann man nicht von hinreichenden Bedingungen für systemische Therapie sprechen, sondern eher von „einer sich im Fluss befindlichen Familienähnlichkeit von Merkmalen“ (Schiepek, 2012, S.13).

Ich möchte im Folgenden zwei der oben zitierten Merkmale herausgreifen, die in meinem Verständnis, wenn auch nicht hinreichende, so aber doch relevante Merkmale systemischer Therapie darstellen, die im Sinne einer erkenntnistheoretischen Fundierung einen bestimmten Blick auf die Welt, damit auf lebende Systeme und auf mein Gegenüber nahelagen und die dadurch etwas darüber aussagen, wie Beziehung systemisch-therapeutisch beschrieben werden kann.

A) THEORETISCHE VERANKERUNG IN KONSTRUKTIVISMUS, AUTOPOIESE UND KYBERNETIK II

Die epistemologische (oder konstruktivistische) Wende in den 1980er Jahren bezeichnet das Einbeziehen der

Ideen des radikalen Konstruktivismus (vom lateinischen Wort „construere“ = „erbauen, errichten“) in das Denken und Handeln der systemischen Theorie und Praxis. Menschen erschaffen ihre Wirklichkeit erst durch ihren subjektiven Wahrnehmungsprozess, und damit kann Erkenntnis nicht das Abbild einer objektiv existierenden Realität sein, sondern ist immer eine Konstruktion aus Sinnesreizen und Gedächtnisleistung eines Individuums. Heinz von Foerster, ein prominenter Vertreter des radikalen Konstruktivismus, fasst zusammen: „*Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung.*“ (v. Foerster, 1985). Daraus kann für soziale Interaktionen, und somit auch für den therapeutischen Prozess und die therapeutische Beziehung, abgeleitet werden, auf welche Weise sich die Therapeutin in ein

MENSCHEN ERSCHAFFEN IHRE WIRKLICHKEIT ERST DURCH IHREN SUBJEKTIVEN WAHRNEHMUNGSPROZESS, UND DAMIT KANN ERKENNTNIS NICHT DAS ABBILD EINER OBJEKTIV EXISTIERENDEN REALITÄT SEIN, SONDERN IST IMMER EINE KONSTRUKTION AUS SINNESREIZEN UND GEDÄCHTNISLEISTUNG EINES INDIVIDUUMS.

System einbringt: Eine neutrale oder objektive Beobachtung oder Beschreibung von Sachverhalten, ohne dabei die Erkenntnisvoraussetzungen der Beobachterin miteinzubeziehen, ist aus diesem Verständnis heraus unmöglich. Damit wird die Idee einer Expertin im herkömmlichen Sinn eigentlich obsolet. Ernst von Glasersfeld, der oft als Begründer des radikalen Konstruktivismus gilt, betont, dass das keine neuen Erkenntnisse seien und bezeichnet sich selbst als „*epistemologischen Lumpensammler, der die Ideen, die am Rande der abendländischen Philosophiegeschichte liegen geblieben sind, aufgeklaubt und zu einem Mosaik zusammengestellt*“ hat (v. Glasersfeld, 1990, S. 120): Konstruktivistische Ideen durchziehen als Anspruch bereits die gesamte Erkenntnistheorie, von den Anfängen bis zur Gegenwart. Als erkenntnistheoretischer Hintergrund ist diese Art zu denken ein wesentlicher integraler Bestandteil des syste-

mischen Paradigmas und der systemischen Praxis geworden. Ich bin der Ansicht, dass eine Ansiedelung in einer bestimmten theoretischen Geistes- (und damit auch praktischen Herzens-)haltung gegenüber der Welt, gegenüber den Klientinnen und gegenüber sich selbst als Teil dieser Welt im Sinne einer Komplexitätsreduktion und Fokussierung von Aufmerksamkeit wesentlich ist. Die Art und Weise, wie ich die Welt und damit mein Gegenüber verstehe, prägt auch wesentlich meinen Anteil an der Beziehungsgestaltung. Wenn ich nicht davon ausgehe, dass die Welt so „ist“, wie sie ist, sondern so, wie ich sie zu diesem Zeitpunkt sehe, dann bedeutet das auch, dass der Andere nicht zwangsläufig so „ist“, wie er ist, sondern so, wie ich ihn im Moment sehe. Zum Zeitpunkt der Niederschrift dieses Beitrages

ist mein Sohn sieben Monate alt. Die Zwillingbuben eines Freundes sind bereits ein wenig älter, und wir tauschen am Telefon Babyerfahrungen aus. „Wann haben eure Buben die ersten Zähne bekommen?“ „Wann habt ihr sie impfen lassen?“ „Was isst eurer am

liebsten?“ etc. – bis wir natürlich zum wichtigen Thema kommen: „Wie sind eure Nächte?“ Wir besprechen eine wohl allen Jungeltern bekannte Situation: Das Baby wacht in der Nacht auf und schreit. Hunger ist weitestgehend ausgeschlossen, es hat nämlich vor einer halben Stunde ausreichend getrunken und ist auch nicht mehr zwei Wochen, sondern bereits einige Monate alt. Also was „hat“ das Baby? Es kann uns im herkömmlichen Sinn nicht antworten, wir sind auf unsere Feinfühligkeit angewiesen. „Nun ja“, sagt mein Freund, „er hat Koliken, so arm der Kleine...“. „Nun ja“, sage ich, „er hatte einen bösen Traum, er hat Angst, so arm der Kleine...“. Bauchschmerzen oder Angst?

Der Andere ist immer auch der, zu dem ich ihn mache. Das ist nicht beliebig, sondern davon abhängig, wie ich aufgrund vieler Faktoren (meiner Vorerfahrungen, meiner momentanen Stimmungslage, meiner biologischen

Ausstattung, etc.) die Welt und ihre Zusammenhänge konstruiere. Harry Merl spricht in diesem Zusammenhang vom Persönlichen Referenzmodell (PRM): „Eine komplexe Informationsstruktur, die zwischen Wesen und Umwelt zwischengeschaltet ist und in der sich alles, was in der Begegnung eines Menschen mit seiner Welt erfahren werden kann, als persönliche Referenzmöglichkeit wiederfindet – gleichsam Niederschlag aus den Erfahrungen im Umgang mit der Welt“ (Merl, 2002, S.9) und beschreibt damit die jeweils individuelle Brille, durch die die Welt wahrgenommen wird.

Mein Freund ist Kinderarzt, er beschäftigt sich mit körperlichen Leiden und deren Linderung. Ich bin Psychotherapeutin, ich beschäftige mich mit seelischen Leiden und deren Linderung.

Das Baby des Freundes hat also in der Nacht eher Bauchschmerzen, während mein Baby eher Angst hat: Der andere ist immer (auch) der, zu dem ich ihn mache. Ernst von Glasersfeld hat das 1990 in seinem Artikel „Zuerst muss man zu zweit sein“ zusammengefasst: Ohne die zweite, die die erste durch ihre Wahrnehmung erst zu der macht,

was sie für sie ist, geht es nicht. Innerhalb bestimmter Grenzen der kommunizierbaren Plausibilität gibt es viele Möglichkeiten, das Gegenüber zu konstruieren. Die Idee, dass meine Sicht auf den anderen nicht die einzige ist, dieses Merkmal systemischer Therapie entspricht in meinem Verständnis der Forderung von Kurt Ludewig nach „Nutzen, Schönheit und Respekt“ (1988) und hat in weiterer Folge auch mit Verantwortung zu tun. „Aus der Idee des Konstruktivismus ergeben sich zwei Konsequenzen. Erstens die Toleranz für die Wirklichkeiten anderer – denn dann haben die Wirklichkeiten anderer genauso viel Berechtigung als meine eigene. Zweitens ein Gefühl der absoluten Verantwortlichkeit. Denn wenn ich glaube, dass ich meine eigene Wirklichkeit herstelle, bin ich für diese

Wirklichkeit verantwortlich, kann ich sie nicht jemandem anderen in die Schuhe schieben.“ (Watzlawick 1998). Die Therapeutin ist dafür zumindest mitverantwortlich, welche Klientin sie vor sich hat. Das könnte man auch als Aufforderung verstehen: Sieh, dass Klientinnen kooperieren wollen, sogar wenn sie „im Widerstand sind“ (vgl. de Shazer, 1984)! Sieh, dass Klientinnen prinzipiell kompetent sind und dass ihre Probleme missglückte Lösungsversuche sind (vgl. Mücke, 2003)! Sieh, dass Veränderung erwartbar ist (vgl. z. B. Milton Erickson in Rosen, 2000)! Helmut de Waal hat in diesem Zusammenhang die Prämisse formuliert: „Mache dir eine gute Klientin!“ (2013). In Hinblick auf Beziehungsgestaltung stellt sich auch die Frage, auf welche Weise ein System

DIESES FÜR DIE KLIENTIN ERFAHRBARE SUCHEN, BESTÄTIGEN UND NICHTWERTEN STELLT MÖGLICHERWEISE EINE ERSTMALIGKEIT DAR. UND ES KÖNNTE FÜR DIE KLIENTIN BEDEUTEN, EINE NEUE UND DAMIT KORRIGIERENDE BEZIEHUNGSERFAHRUNG ZU MACHEN, DASS IN SOLCHEN ERFAHRBAREN STIMMIGEN MOMENTEN, IN NOW MOMENTS, BZW. SOGAR MOMENTS OF MEETING, EIN ABZWEIGUNGSPUNKT IN DER THERAPIE ENTSTEHT, DER EINEN PHASENÜBERGANG MARKIERT.

beeinflussbar und ob es gezielt von außen steuerbar ist. Die Neurobiologen Humberto Maturana und Francisco Varela (vgl. z.B. Maturana & Varela, 1987) beschreiben in ihrem Konzept der Autopoiese (abgeleitet von den griechischen Worten „autos“ = „selbst“ und „poiein“ = „machen“), dass lebende Systeme (und damit der Mensch) selbstorganisiert und operational geschlossen sind. Autopoietische Systeme erzeugen durch ihr Operieren fortwährend ihre eigene Organisation, und zwar als System der Produktion ihrer eigenen Bestandteile. Sie sind auf Austausch mit der Umwelt angewiesen, koppeln sich an ihre Umwelt an und sind dadurch überlebensfähig. Die Umwelt kann allerdings in diesem Verständnis von Autopoiese nicht steuernd eingreifen,

sondern wirkt aktivierend auf die Selbstorganisation des Systems ein. Folglich bestimmt das System, und nicht die Umwelt, welche Informationen als bedeutend bewertet werden und welchen Einfluss diese auf das System haben können (vgl. Böse & Schiepek, S.23ff.). Die Wissenschaft der Steuerung und Regelung von Maschinen und lebenden Organismen, die Kybernetik (abgeleitet vom griechischen Wort „kybernetes“ = „Steuerermann“) geht zurück auf Norbert Wiener („*Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine*“, 1948). Heinz von Foerster prägte in den 1980er Jahren aus einem konstruktivistischen Verständnis heraus den Begriff „Kybernetik 2. Ordnung“: Jede Beobachtung oder Beschreibung ist untrennbar mit der Beobachterin verknüpft, alle Aussagen, die gemacht werden, sind „Beobachtungen (Konstruktionen) einer Beobachterin“ und nicht objektives Abbild. Durch diese Beobachtung bleibt das beobachtete Objekt allerdings nicht unverändert. Konstruktivismus, Autopoiese und Kybernetik sind in ihren Inhalten untrennbar miteinander verknüpft. Auf welche Weise ist nun ein lebendes System beeinflussbar? Luigi Boscolo meint dazu: „*In der Kybernetik zweiter Ordnung ist alles, was Du tust, bereits eine Intervention, allein Deine Anwesenheit, die Tatsache, dass Du das Interview führst, alles, was Du tust, wird Teil der Schleife.... Therapie ist nicht mehr Intervention, Therapie ist Anteilnahme, wir treten in eine Konversation mit dem System ein. Alle Ideen, die der Therapeut hat, werden Teil dieser Schleife.*“ (Molter, 1990). In diesem Verständnis nehmen systemische Therapeutinnen zunehmend Abstand von direktiven Instruktionen, sie „verstören“ und regen zu neuen Erfahrungen und zu einer Neuorganisation an. Sie verabschieden sich von der Idee der gezielten Beeinflussung als außenstehende Expertinnen. Das bedeutet auch, sich dessen bewusst sein zu müssen, dass es innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen die von der Klientin formulierten Ziele sind, die es zu erreichen gilt, und nicht jene, die die Therapeutin noch vor Beginn eines Passungsprozesses als für die Klientin richtig empfindet. „*Betrachtet man Menschen aus systemischer Sicht als autonome Lebewesen, die im Zusammenleben mit anderen die Welt, die sie leben, in der ihnen möglichen Weise hervorbringen, gibt es keinen Grund, ihre Welt und ihre damit kohärente Lebensweise*

abzuwerten. Der Therapiekunde verdient als Mensch Respekt vor seiner Humanität. Mit Bezug auf die in der Autopoiesetheorie angelegte Ethik im Sinne der grundlegenden Akzeptanz des anderen als eines Gleichen neben einem selbst [...], wird Therapie dann als ethisch (human) bewertet, wenn der Therapeut seine Kunden, ihre Beziehungen und ihre Form der Lebensbewältigung so weit akzeptiert, dass er sich darauf beschränkt zu prüfen, ob er im Hinblick auf das Anliegen der Kunden ein Therapieangebot macht oder nicht. Fühlt sich der Therapeut nicht imstande, sich auf das vorgebrachte Anliegen der Kunden zu beschränken und erwägt er zum Beispiel, ihre Lebensweise von sich aus zu verändern, so sollte er von einem Therapieangebot absehen.“ (Ludewig, 1988, S 7).

BEDEUTUNG FÜR DIE BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Therapeutisch und damit für die Beziehung relevant werden diese Erkenntnisse aus Konstruktivismus, Kybernetik und Autopoiese dann, wenn die Therapeutin über ein ständig mitschwingendes Wissen verfügt, dass die andere immer auch die ist, zu der sie sie macht. Und wenn sie in weiterer Folge das nicht als unabänderliche Tatsache betrachtet, sondern eine für die Klientin wahrnehmbare und erfahrbare ernsthafte Suchhaltung an den Tag legt, ihre Welt- und Selbstsicht zu erfahren und mit ihrer eigenen Konstruktion abzugleichen. Und wenn sie dadurch ein erfahrbares konstruktives Nichtwissen und eine neutral-neugierige Haltung des ständigen Hypothesenerstellens und -prüfens und Hypothesen wieder Verwerfens an den Tag legt, eine vorsichtige Herangehensweise, die sie immer wieder gemahnt: „Stülpe der Klientin nicht dein Konstrukt über!“ Und wenn sie schließlich dadurch auch eine erfahrbare Haltung der Bestätigung und des Nichtwertens (im Sinn von: deine Weltsicht, deine auch problematischen Verhaltensweisen, so wie du aus deiner Geschichte geworden bist, ... hat Gültigkeit und Berechtigung) an den Tag legt. Dieses für die Klientin erfahrbare Suchen und Bestätigen und Nichtwerten stellt möglicherweise eine Erstmaligkeit dar. Und es könnte für die Klientin bedeuten, eine neue und damit korrigierende Beziehungserfahrung zu machen, dass in solchen erfahrbaren stimmigen Momenten, in Now Moments, bzw. sogar Mo-

ments of Meeting, ein Abzweigungspunkt in der Therapie entsteht, der einen Phasenübergang markiert. Wäre „Passung“ eine systemisch „passende“ Bezeichnung für Moments of Meeting? In solchen Momenten lässt sich das „operational geschlossene System Klientin“ durch die „Umwelt Therapeutin“ möglicherweise mit einem kleinem Anstoß „verstören“ bzw. in einer kritischen Instabilität zum Übergang von einem Zustand in einen anderen anregen (vgl. auch Kairos als „*gemeinsamer stimmiger Zeitpunkt*“; Seidler, 2013).

„Wie zeigt sich denn die Bulimie bei Ihnen? Was tun Sie denn, wenn wieder eine bulimische Attacke über Sie hereinbricht?“ fragt die Therapeutin die Klientin. „Das wissen Sie nicht? Sie sind doch die Expertin für Essstörungen!“ gibt die Klientin zur Antwort. „Nein,“ sagt die Therapeutin, „das kann ich nicht wissen, wie das speziell bei Ihnen ist, das müssen Sie mir sagen, wenn Sie das wollen. Ich bin nicht die Expertin für Sie...“. Eine ganz kurze, unaufgeregte Sequenz, ein Blickkontakt, man könnte eine Stecknadel fallen hören. Möglicherweise eine erste kleine neue Beziehungserfahrung. „Das hab ich mir so genau noch gar nicht überlegt...“ sagt die Klientin nach einer Pause. „Das wirkt auf mich fast so, als wären diese Fragen irritierend...“ sagt die Therapeutin. „Ja,“ die Klientin. Möglicherweise eine zweite neue Beziehungserfahrung. „Das heißt, Sie sind es also gar nicht gewohnt, so etwas gefragt zu werden und auf diese Weise über sich selbst nachzudenken...?“ „Nein,“ bestätigt die Klientin. Möglicherweise eine dritte neue Beziehungserfahrung. „Ok. ... Wollen Sie es probieren...?“

Daraus resultiert, wie bei Daniel Stern, auch für die systemische Richtung: Die Therapeutin ist dann hilfreich, wenn einerseits ein Mustererkennen und eine Reflexion mit dazugehörigen gezielten Interventionen, andererseits jedoch eine korrigierende Beziehungserfahrung aufgrund von Momenten der emotional erfahrbaren Passung stattfindet. Momente der Passung sind günstige Momente, um der Klientin in weiterer Folge mit entsprechender Intervention zum Weiterkommen in ihrem dynamischen Entwicklungs- oder Selbstorganisationsprozess zu verhelfen. Interventionen greifen meines Erachtens ohnehin nur in oder nach derartigen „schönen“ Momenten. Personzentrierte Therapeutinnen verwenden in diesem Zusammenhang auch den Begriff Begegnung, verstanden

unter anderem als „*momenthaftes Ereignis in einer Beziehung, in welchem für die Beteiligten dieser Beziehung ihren Rollen entsprechend die Dimensionen Kongruenz, Wertschätzung und Empathie erfahrbar sind*“ (Kabelka 2013).

B) RESSOURCENORIENTIERUNG

Die Fokussierung auf Ressourcen und deren Aktivierung (das, was an Positivem bereits da ist, auf das, was funktioniert, was gelingt, was bereits früher einmal gelungen ist) wird in der Psychotherapie störungs- und therapieschulenübergreifend als wichtiger Wirkfaktor von Psychotherapie anerkannt und stellt auch ein wesentliches Merkmal systemischer Therapie dar. Günstige Reaktionsmuster, Stärken und Kompetenzen der Klientin werden im therapeutischen Prozess gezielt gesucht und können in weiterer Folge für die Problembewältigung nutzbar gemacht werden. Beim ressourcenorientierten Vorgehen sollen der Klientin ihre persönlichen und sozialen Möglichkeiten und vor allem ihre Stärken bewusst gemacht werden, damit sie gezielt aktiviert und genutzt werden können. Es wird davon ausgegangen, dass ein Problem einfacher und vor allem „schöner“ zu lösen ist, wenn man sich vermehrt auf die Ressourcen und die Erreichung der Lösung konzentriert anstatt auf das Problem und seine Entstehung (vgl. z. B. de Shazer, 2002, 2005). Diese Sichtweise ist meiner Erfahrung nach für viele Menschen sehr ungewohnt, überraschend und letztlich erleichternd. Zumindest in unserer Gesellschaft werden Menschen tendenziell eher dazu erzogen, darauf zu fokussieren, was noch verbesserungswürdig ist, also letztlich in Defiziten zu denken, als darauf, was eigentlich bereits gut läuft. Möglicherweise ist das auch ein Grund dafür, wieso in letzter Zeit systemische Ansätze so populär geworden sind. Der ressourcenorientierte Blick, der den systemischen Ansatz auszeichnet, kann ergänzend zum Fokus auf Veränderung von problematischen Anteilen als eine Erweiterung des herkömmlichen Blickwinkels verstanden werden. (vgl. z. B. Willutzki & Teismann, 2013).

Man könnte hier zum Thema Interventionen ergänzen: Interventionen müssen im richtigen Moment platziert sein, um wirken zu können und müssen bezogen sein auf vorhandene Ressourcen.

3) GEFAHREN DES SYSTEMISCHEN ANSATZES: DIE KEHRSEITE DER SCHÖNHEIT

Bezogen auf die beiden oben genannten charakteristischen „schönen“ Aspekte der systemischen Therapie könnte man kurz salopp formulieren: Die Gefahr besteht einerseits darin, dass diese Grundideen automatisiert ablaufen, nicht mehr hinterfragt und damit zu leeren und oberflächlichen Hülsen werden. Andererseits besteht die Gefahr in der Übersteigerung, in der karikaturhaften Übertreibung.

Im Folgenden möchte ich einige Überlegungen zu möglichen Gefahren formulieren.

GEFAHR NR. 1: DIE HYPOTHESE WIRD ZUM DOGMA

Die Gefahr besteht in dieser Annahme darin, dass die Therapeutin zwar „weiß“, dass sie konstruiert und hypothetisiert, aber möglicherweise nur einige „wenige Pferde im Stall“ hat und daher wiederholt und damit redundant immer wieder dieselben Hypothesen produziert. Diese werden irgendwann nicht mehr hinterfragt und damit schnell zu Wahrheiten unter der irrefüh-

ES WIRD DAVON AUSGEGANGEN, DASS EIN PROBLEM EINFACHER UND VOR ALLEM „SCHÖNER“ ZU LÖSEN IST, WENN MAN SICH VERMEHRT AUF DIE RESSOURCEN UND DIE ERREICHUNG DER LÖSUNG KONZENTRIERT ANSTATT AUF DAS PROBLEM UND SEINE ENTSTEHUNG.

den Überschrift „Hypothese“. Eine Hypothese ist meist auch schnell generiert, besonders wenn die Therapeutin bereits über viel Erfahrung verfügt, oft noch, bevor sie sich ausreichend im Land des Gegenübers kundig gemacht hat. Dabei handelt es sich aber um einen Etikettenschwindel, der es ermöglicht, Dogmen zu verkünden und sie als Hypothesen zu verkaufen⁴.

Besonders in Momenten, in denen die Therapeutin selber noch gar nicht „versteht“ (im Sinne des Versuchs

einer kommunikativen Übereinstimmung oder Passung), sondern ansteht, sich nicht verstehen traut, oder nicht verstehen will, und durch dieses Nichtverstehen verunsichert ist, besteht die Gefahr, als Reaktion zu schnelle und/oder zu starre Konstrukte zu generieren und diese nicht als solche zu kennen. Konstrukte/ Hypothesen sind manchmal schnell bei der Hand und helfen über ein Nichtverstehen hinweg.

Hat das Baby nun also Bauchschmerzen oder Angst? Mein Freund und ich einigen uns scherzhaft darauf, dass es in diesem Fall egal ist, wie wir darüber denken, weil die Folge in beiden Fällen die gleiche ist: Wir signalisieren dem Baby, dass wir ihm beistehen, beginnen zuerst, ihm „schschsch“ ins Ohr zu flüstern, es sanft am Rücken oder am Bauch zu streicheln. Wenn das alles nicht helfen sollte, nehmen wir es auf den Arm und tragen es eine Weile herum, bis es wieder eingeschlafen ist. Das Ergebnis ist, zumindest in diesem Fall, unabhängig von der zugrundeliegenden Hypothese, dasselbe. Mein Baby hat meist eher Angst, das Baby meines Freundes hat meist eher Bauchschmerzen. Solange das nicht zu einer starren, d.h. immer wiederkehrenden Hypothese wird, ist daran nichts auszusetzen. Sobald ich aber,

überspitzt ausgedrückt, mein Baby immer nur tröste und mit ihm kuschle, wenn es schreit und nicht auch in der Lage bin, meine Hypothese der Angst zu hinterfragen, bin ich nicht mehr in Kontakt mit ihm, übersehe mög-

licherweise lebensnotwendige Bedürfnisse und verabsäume es, ein relevantes medizinisches Problem rasch abklären zu lassen. Ebenso natürlich bei der Bauchschmerzhypothese: Hier besteht die Gefahr im zu schnellen medizinischen Überintervenieren, und das Baby bleibt ungetröstet. Umgesetzt auf die therapeutische Situation bleibt es nur dann eine vertret- und überprüfbare Arbeitshypothese, solange die Therapeutin auch noch „andere Pfeile im Köcher“ hat. Wer nur einen Hammer hat, für den ist jedes Problem ein Nagel. Je weniger die Therapeutin „versteht“ und möglicher-

⁴ Ein Beispiel dafür wäre das Dogma, das die Welt konstruiert ist.

weise ihre Bringschuld des sich Kundigmachens noch nicht geleistet hat, desto mehr hat das Konstrukt auch unreflektiert mit ihr selbst zu tun.

So wie mein Baby in der Nacht Angst hat, genauso so will die Klientin ihren Mann ja gar nicht in die Therapie mitbringen. Möglicherweise hat die Therapeutin ihr aber auch noch nicht den entsprechenden passenden Vorschlag gemacht. Und so wie das Baby meines Freundes in der Nacht Bauchschmerzen hat, so will die Klientin die Therapie noch gar nicht beenden. Möglicherweise hat die Therapeutin sie aber auch noch nicht ausreichend dahingehend motiviert, in Hinkunft auch ohne sie auszukommen. Und so will eine andere Klientin einfach nichts verändern. Und so will wieder eine andere Klientin mit ihrem Therapeuten eine Beziehung beginnen...

GEFAHR 2: DIE RESSOURCENORIENTIERUNG WIRD ZUR RESSOURCENFIXIERUNG

Tendenziell ist die systemische Therapeutin nicht gefährdet, ihre Klientin als zu defizitär wahrzunehmen, im Gegenteil, eher, sie als zu wenig defizitär zu sehen, nicht zu erfassen, wie schlecht es ihr geht, dass sie leidet und möglicherweise schon lange leidet. Die Gefahr besteht in der systemischen Praxis also vielmehr darin, sie zu schnell als eine Klägerin/Klagende zu identifizieren und damit ihr Leid zu bagatellisieren.

„Unser Sohn hat versucht, das Haus des Nachbarn anzuzünden,“ berichten die Eltern. „Ah, Sie haben aber ein besonders abenteuerlustiges Kind!“ sagt die Therapeutin und freut sich, dass sie ein Reframing gemacht hat. „Mir geht es schon seit langem so schlecht, ich möchte eigentlich gar nicht mehr leben...“ erzählt die Klientin. „Lassen Sie uns doch einmal zusammenfassen, was Ihnen in Ihrem Leben schon alles gelungen ist!“,

sagt die Therapeutin ohne Anlauf und freut sich, dass sie Ressourcenarbeit macht. Oft besteht gerade in Momenten des Nichtverstehens die Verführung, zu schnell zu Interventionen zu greifen, die eine Lösung herbeiführen sollen. Man könnte es als „Interventionitis“ der systemischen Therapeutin bezeichnen (Seidler, 2011).

DIE BESCHREIBUNG VON THERAPIE ALS DIALOG, VON BEIDERSEITIGEM EXPERTINNENTUM GILT NUR DANN VERLÄSSLICH UND ERNSTHAFT, WENN KLAR IST, DASS ES SICH UM UNTERSCHIEDLICHE GEBIETE HANDELT, AUF DENEN MAN JEWEILS DIE EXPERTIN IST: DIE THERAPEUTIN AUF DEM GEBIET DER HILFESTELLUNG UND DIE KLIENTIN AUF DEM GEBIET DER DIFFERENZIERUNG, WELCHE ART DER HILFESTELLUNG FÜR SIE HILFREICH IST.

Diese Interventionen sind naturgegeben von der Grundhaltung der Lösungs- und Ressourcenorientierung geprägt, die sich angesichts der langen und schweren Lebensgeschichte einer Klientin mit multipler Missbrauchserfahrung allerdings ganz anders manifestieren sollten als angesichts einer stabilen Klientin mit dem Thema Beruf coaching. Tempo und Dosis sind hier ausschlaggebend: Je belasteter sich die Klientin fühlt, desto langsamer und behutsamer sollte die Therapeutin kleine ressourcenorientierte Interventionen setzen. Eine Mikrointervention, wie z.B. ein Lächeln an der passenden Stelle, ein von Herzen kommendes „Schön, dass Sie heute wieder gekommen sind!“ oder eine minimale sprachliche Umformulierung sind oft genug. Die Klientin sollte nicht von Ressourcenorientierung erschlagen werden, sie könnte sich sonst nicht ernst genommen fühlen. Gemeinsam für eine entscheidende Weile beim Schmerz verweilen zu können bedeutet keinesfalls, die Stärken und Kompetenzen der Klientin nicht zu sehen.

GEFAHR NR. 3: DIE UNTERSCHIEDLICHKEIT DER BEIDEN EXPERTINNEN WIRD ÜBERSEHEN

Eine weitere Gefahr lauert, meiner Meinung nach, dort,

wo von einem beidseitigen Expertinentum, von Therapeutin und Klientin, ausgegangen wird, ohne dabei aber unterschiedliche Ausgangspunkte und unterschiedliche Rollen zu beachten. Wenn man das tut, dann geht man zu schnell von „gleichberechtigten Partnerinnen in allen Belangen“ aus, ohne vorher zu definieren, in welchen Gebieten Gleichheit herrscht und in welchen eben nicht. Im Sinne der Bedürftigkeit herrscht ganz sicher keine Gleichheit.

Die Übertreibung, die „Karikatur“ der Schönheiten des Systemischen Ansatzes besteht hier darin, nicht ausreichend zu sehen, dass es in der therapeutischen Situation ein Gefälle gibt: eine ist die Hilfesuchende und eine die, die Hilfe anbietet. Eine übernimmt die Führung und eine wird geführt, oder auch, lehnt diesen Führungsvorschlag ab. Eine macht Vorschläge, und eine nimmt sie entgegen. Eine wird bezahlt und eine bezahlt.

Die Beschreibung von Therapie als Dialog von beiderseitigem Expertinentum gilt nur dann verlässlich und ernsthaft, wenn klar ist, dass es sich um unterschiedliche Gebiete handelt, auf denen man jeweils die Expertin ist: die Therapeutin auf dem Gebiet der Hilfestellung (im Sinne eines Versuches zu verstehen, eine Passung zu finden, einen Unterschied anzuregen) und die Klientin auf dem Gebiet der Differenzierung, welche Art der Hilfestellung für sie und ihr Leben und ihre momentane Lage hilfreich ist.

Wenn dieses Gefälle nicht gesehen wird, begeht man meines Erachtens einen Irrtum, auf den uns bereits Salvador Minuchin aufmerksam gemacht hat, indem er in seinem Ansatz der strukturellen Therapie von notwendigen Strukturen und Ordnungen gesprochen hat (vgl. Minuchin 1977). Und dann sieht man möglicherweise auch ein Machtgefälle nicht (vgl. die Ausführungen unter Gefahr Nr. 4). Wer sich als Therapeutin selber nicht auch als in einer Machtposition befindlich begreift läuft Gefahr, diese Macht missbräuchlich zu verwenden, hinterher die Ausrede zu benutzen, dass die Klientin gleichberechtigt ist: „Wir sind beide erwachsen, sie wollte das auch...“

Im systemischen Ansatz legen bereits gebräuchliche sprachliche Formulierungen (z. B. „Klientin“ oder gar „Kundin“ statt „Patientin“) eine höhere Form von Gleichberechtigung nahe und verführen möglicherweise

leichter dazu, ein in bestimmten Aspekten bestehendes Gefälle zu negieren. Die Therapeutin sollte sich darüber im Klaren sein, dass es (in gewissen Bereichen) Unterschiede gibt. Die viel zitierte „Begegnung auf Augenhöhe“ bedeutet auch, dass man sich in bestimmten Situationen zu anderen Personen hinunterbeugen kann oder sogar muss, ohne sich jedoch damit im Inneren über die anderen zu stellen. Zu einem Kind beugt man sich hinunter, um auf Augenhöhe mit ihm zu kommen, und es ist nichts Überhebliches daran, sondern die notwendige Voraussetzung für Kontakt. Einander treffen, möglicherweise begegnen, bedeutet auch, einander mit allen Unterschiedlichkeiten zu treffen, die zu diesem Zeitpunkt bestehen. Diese wegzureden oder wegzudenken stellt möglicherweise eine erste Einladung zu unpassenden Beziehungsangeboten dar.

GEFAHR NR. 4: KORRIGIERENDE BEZIEHUNGSERFAHRUNGEN FÜR DIE THERAPEUTIN DURCH DIE BEGEGNUNG MIT IHREN KLIENTINNEN

Die bereits oben zitierten Textstellen seien an dieser Stelle noch einmal wiederholt: „*Fragt man nach den Voraussetzungen für die beobachtbaren konstruktiven Entwicklungen, so besteht ein wesentlicher Punkt offenbar darin, dass der Therapeut der Patientin die Möglichkeit eröffnet, in der Beziehung zu ihm andere Erfahrungen zu machen als in ihrem bisherigen Leben.*“ (Haken & Schiepek, 2010, S. 338) Und weiter: „*Die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen zu machen, und sich dabei anders als gewohnt zu erleben, scheint einer der zentralen Entwicklungsvoraussetzungen in Psychotherapien zu sein.*“ (Ebd., S. 339). Beispiele wären hier: Anerkennung erfahren, nicht gedrängt werden, ein Gegenüber erleben, das ernsthaft interessiert ist und sich ernsthaft bemüht, zu verstehen, etc. Die Klientin macht also eine Beziehungserfahrung, aber auch die Therapeutin macht eine Beziehungserfahrung. Das ist beides unvermeidbar, wenn zwei Menschen einander treffen. Wenn man davon ausgeht, dass bei jeder Begegnung Menschen aufeinandertreffen, deren kommunikatives Verhalten (auch) wesentlich durch ihre jeweiligen Biografien geprägt ist, und wenn man weiters davon ausgeht, dass man nicht nicht kommunizieren und einander dabei nicht nicht

anregen kann, dann folgt daraus, dass mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch die Therapeutin die eine oder andere korrigierende Beziehungserfahrung im Austausch mit ihrer Klientin macht. Gibt es möglicherweise sogar den (unbewussten?) Versuch einer mangelausgleichenden Beziehungserfahrung für die Therapeutin über die Begegnung mit der Klientin? „Mit dem Entschluss zu einer Psychotherapie begibt sich die Klientin allerdings gezielt in eine Ausnahmesituation, in der diese Muster aufgehoben werden.“ (ebd. S. 339). Die Klientin

sucht die Therapie also als einen „Ausnahmestand“ auf, in dem sie sich anders erleben kann und damit neue Erfahrungen macht, und neue Bahnungen entstehen. Die Therapeutin befindet sich, im Gegensatz zur Klientin, allerdings nicht in

einer Ausnahme-, sondern in einer Alltagssituation (sofern man die Arbeit als Alltag verstehen kann), die keine intendierte Besonderheit mehr darstellt, wie dies bei der Klientin der Fall ist.

Die Klientin soll eine korrigierende Beziehungserfahrung machen. Darf die Therapeutin möglicherweise auch eine korrigierende Beziehungserfahrung machen? Die Antwort könnte lauten: Ja, sie darf, aber sie sollte nicht darauf angewiesen sein oder es gar intendieren. In seinem Beitrag „Macht und Missbrauch in der therapeutischen Beziehung“ beschreibt Hans-Jürgen Wirth 2007 – ausgehend von Sigmund Freuds Konnotation von Psychotherapie als einen „unmöglichen Beruf“ – diesen Beruf als einen, den man dann ergreift, wenn man schon sehr früh als Kind gelernt hat, psychosoziale Antennen für die Probleme anderer auszubilden. Möller (2004, in Wirth 2007) bezeichnet Psychotherapeutinnen sogar als „Überlebende aus Katastrophenfamilien, die in ihrer Herkunftsfamilie die Aufgabe hatten, das Familiensystem aufrecht zu erhalten.“ Ihre früh entwickelte Sensibilität und ihre ausgeprägte Begabung, sich in die

Gefühlslage ihrer Mitmenschen einzufühlen, prädestinieren sie für den helfenden Beruf, machen sie jedoch auch anfällig dafür, sich entweder von anderen narzisstisch missbrauchen zu lassen oder, umgekehrt, andere zur Stabilisierung des eigenen Selbstwertgefühls zu funktionalisieren. „Niemand wird Therapeut ohne narzisstisches Grundproblem.“ (Schmidt-Lellek, 1995 in Wirth 2007). Wolfgang Schmidbauer spricht in diesem Zusammenhang in seinem Buch „Die hilflosen Helfer“ vom „Helfer-Syndrom“. In diesem Modell hat eine vom

DIE BEIDEN ASPEKTE BEWUNDERUNG UND KRITIK DES GEGENÜBERS UND DIE JEWEILS ENTSPRECHENDEN EIGENEN REAKTIONEN DARAUFGLEICH IN PASSENDER FORM WAHRZUNEHMEN, ERNSTZUNEHMEN UND GEGEBENENFALLS AUCH KOMMUNIZIERBAR ZU MACHEN, KANN IM SINNE DER OBEN BESCHRIEBENEN MOMENTS OF MEETING EINE KORRIGIERENDE BEZIEHUNGSERFAHRUNG ERMÖGLICHEN.

Helfersyndrom Betroffene ein schwaches Selbstwertgefühl, versucht, ein Ideal zu erreichen, das sie in ihrer Kindheit vermisst hat und ist derart auf ihre Helferrolle fixiert, dass das Helfen automatisiert abläuft, zu einer Sucht wird und eigene andere Bedürfnisse dadurch ignoriert werden, was langfristig einer Selbstschädigung gleichkommt. Dabei werden oft die Grenzen des Machbaren und die grundsätzliche Frage, ob und in welcher Form diese Hilfe überhaupt erwünscht ist, nicht beachtet. Folgen dieses Verhaltens für die Helferin können Depression oder Burnout sein (vgl. Schmidbauer 1977). Diese Gedanken mögen provokant erscheinen und können an dieser Stelle auch nicht weiter vertieft werden. Psychotherapeutinnen sollten sie jedenfalls als Aufforderung verstehen, sich über die eigene Motivation der Berufswahl Gedanken zu machen. In seinem Beitrag „Narzisstischer Missbrauch in der Psychotherapie“ des bereits zitierten Christoph Schmidt-Lellek im Buch „Macht und Missbrauch in der Psychotherapie“ (1995, S. 171ff) wird die Gefahr beschrieben, die dann auftritt, wenn die Therapeutin die Klientin braucht, „um

das eigene brüchige Selbstwertgefühl durch deren bewundernde Abhängigkeit zu stabilisieren, sie also für eigene Zwecke missbraucht und sie daher im eigentlichen Sinn gar nicht wahrnimmt.“ (ebd., S. 172).

Ein Rat und Hilfe suchender Mensch setzt eine bestimmte Kompetenz voraus und erwartet zu Recht, dass der andere ihm helfen kann, und oft begegnet er ihm, zumindest anfangs, mit einer Art Idealisierung (z. B. durch die Vorstellung, dass die Therapeutin bestimmte Werte verkörpert, die ihm selbst fehlen) (vgl. ebd. S. 173). Die Vorstellung, dass die Therapeutin hilfreich sein wird, sie „retten“ oder „erlösen“ kann, ist meines Erachtens anfangs ein notwendiger Ausdruck von Hoffnung, ohne die sich die Klientin vielleicht gar nicht in die Obhut eines ihr völlig fremden Menschen begeben würde. Die Therapeutin erscheint als etwas Besonderes, als eine aus dem Alltag herausragende Persönlichkeit, und das ist, so denke ich, auch a priori nichts Schlechtes, sondern eine aus dieser Konstellation emergente Eigenschaft des Systems Psychotherapie.

Dasselbe gilt, meiner Meinung nach, auch in jeder Ausbildung, in der es ein „Meisterin-Schülerin-Verhältnis“ gibt, also auch für Lehrtherapeutinnen und Studentinnen. Der Therapeutin/Ausbilderin muss eine gewisse Kompetenz zugeschrieben werden, sonst würde man sich nicht vertrauensvoll in ihre Hände begeben. Ein gewisses Maß an Bewunderung und Idealisierung ist in solchen Konstellationen daher als gegeben zu betrachten. Der Berufskodex für Psychotherapeutinnen bezieht sich in bestimmten Stellen dezidiert auf diese Ausbildungsbeziehung.

Wenn die Therapeutin/Ausbildnerin weiß, oder sich zumindest immer wieder daran erinnern kann, dass a) Klientinnen/Studentinnen sie, zumindest zu Beginn, auch idealisieren werden und b), dass es in ihr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch einen Anteil gibt, der damit auch ihren eigenen Selbstwert bestätigen möchte, dann kann sie konstruktiv damit umgehen. Ich sehe nichts Schlechtes darin, sich in seinem therapeutischen oder lehrenden Tun auch in der eigenen Selbstwirksamkeit bestätigt zu erleben. Bewunderung kann und soll man für eine gewisse Zeit gut und gern annehmen und auch den Nutzen davon sehen: Es kann ein starkes Movers sein, ein Rollenvorbild zu haben. Das ist dann pas-

send und nützlich, wenn man das auch wieder vorübergehen und ziehen lassen kann und nicht davon abhängig ist. Das wäre also die Kunst der Therapeutin und der Lehrtherapeutin, dieses Phänomen zeitweilig zu nutzen und nicht ausnutzen.

Ähnliches gilt für Kritik als Gegenstück zur Bewunderung. Im Laufe der Zeit werden im Gegenüber mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch Aspekte erkennbar, die den eigenen Vorstellungen nicht entsprechen oder ihnen sogar entgegen stehen. Wenn die Therapeutin/Ausbildnerin weiß, oder sich zumindest immer wieder daran erinnern kann, dass a) Klientinnen/Studentinnen sie in weiterer Folge auch kritisieren werden und b), dass es in ihr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch einen Anteil gibt, der darauf gekränkt reagiert, kann sie konstruktiv damit umgehen.

Die beiden Aspekte Bewunderung und Kritik (Idealisierung und Entwertung wären die übersteigerten Ausdrucksformen) des Gegenübers und die jeweils entsprechenden eigenen Reaktionen darauf in passender Form wahrzunehmen, ernstzunehmen und gegebenenfalls auch kommunizierbar zu machen, kann im Sinne der oben beschriebenen Moments of Meeting eine korrigierende Beziehungserfahrung ermöglichen.

Eigenreflexion lohnt nicht erst dann, wenn der Prozess stockt, sondern auch dazwischen immer wieder. Die Therapeutin sollte sich daher diesbezüglich immer wieder selbst hinterfragen und sich nicht scheuen, auch explizit hinterfragt zu werden:

- *Was sollte meine Klientin/meine Studentin über mich denken?*
- *In welchen Situationen sollte meine Klientin/meine Studentin an mich denken? Was sollte sie fühlen, wenn sie an mich denkt? Mit wem sollte sie über mich sprechen? Wie sollte sie über mich sprechen?*
- *Von wem würde ich mir insgeheim wünschen, dass er/sie mir bei meiner Arbeit zusieht und stolz auf mich ist? Von wem würde ich mir insgeheim wünschen, dass er/sie mir bei meiner Arbeit zusieht und gut über mich denkt?*
- *Von wem würde ich mir insgeheim wünschen, dass er/sie mir bei meiner Arbeit zusieht und mich konstruktiv kritisiert?*
- *Über welche meiner Klientinnen denke ich besonders oft nach? Und über welche gar nicht?*

Aktives Hinterfragen ist hier besonders wichtig, weil alles, was alltäglich ist (so wie die Ausübung des Berufes), tendenziell mit der Zeit immer automatisierter abläuft. Die letzte Eigentherapie ist meist auch schon wieder einige Jahre her, und vielleicht wurden Themen, die die Qualität und Dynamik psychotherapeutischer Beziehungen immer wieder prägen, wie Erfahrungen mit Macht und Ohnmacht, Bausteine des eigenen Selbstwerts, noch nicht ausreichend bearbeitet. Beispiele dafür wären erlebte oder phantasierte Idealisierung von Klientinnen, der besondere Edelmut der systemischen Therapeutin, die ja weiß, dass die Klientin die Expertin ist, oder im Gegenzug dazu das Verliebtsein in das eigene Expertentum und in das Interventionsrepertoire. Es gibt viele Möglichkeiten, Klientinnen (in ihrem Leid und/oder in ihrer Kompetenz) nicht wahrzunehmen und dadurch unpassende Beziehungsangebote zu setzen. Die Wahrscheinlichkeit dafür wird erhöht, wenn eigene Muster des Umgangs mit Bestätigung, Bewunderung, Kritik und Zurückweisung nicht ausreichend bekannt sind. Vielleicht müsste bei angehenden Therapeutinnen ein spezieller Fokus auf diese Themen gelegt werden. Man kann die Klientin z. B. in ihrem Streben nach Veränderung überfordern, in dem man ihr Druck macht, dass sie doch endlich ihre Störung aufgeben soll. Man will es ja schließlich „richtig“ machen, es endlich „richtig“ machen mit dieser Klientin, diesmal soll es gut werden, und der Papa, äh, nein, die Klientin, soll mir endlich die Anerkennung geben, die ich verdient habe... Man kann die Klientin aber z. B. auch in ihrem Streben nach Autonomie eindämmen, indem man sie auch zwischen den Therapiestunden öfter anruft und nachfragt, wie es ihr geht – aber nicht als kurzzeitige Krisenintervention, nicht als Zwischenschritt zur Ablösung, sondern mit der Freude daran, dass die Mama, äh, nein, die Klientin „so einen guten Draht zu mir“ hat... Es gibt unzählige solcher Beispiele. „Danke, Sie haben mir so geholfen!“, sagt die Klientin. „Ach wo!“, entgegnet die Therapeutin, „das haben sie alles selber gemacht!“ und ist stolz darauf, dass sie endlich nicht mehr von der Bewunderung anderer abhängig ist. Den großen und wichtigen Schritt, dass sich die Klientin erstmals Hilfe geholt hat, sieht und würdigt sie dabei nicht...

4) ZUSAMMENFASSEND: VORSCHLÄGE FÜR DIE SYSTEMISCHE THERAPEUTIN ANGESICHTS DER GEFAHREN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

- 1) *Überlege dir, welche deine ganz persönlichen Lieblings-hypothesen sind und überprüfe deren dogmatisches Potential.*
- 2) *Lasse Unterschiede bestehen und benenne sie. Wir sind nicht alle gleich in allen Belangen.*
- 3) *Sieh deine Klientinnen zumindest hin und wieder auch als Patientinnen an, also als leidende Menschen.*
- 4) *Stelle dir selbst immer wieder kritische Fragen zu deinen bewussten oder unbewussten Versuchen, eigene Mangelzustände durch die Beziehung mit deinen Klientinnen auszugleichen.*
- 5) *Tausche dich über diese Aspekte mit Kolleginnen aus.*

Dieser Aufsatz ist ein Beitrag dazu, Gefahren auch zu benennen. Wo es kein Vokabular gibt, gibt es keine Klarheit. Unklarheit ist oft eine Ursache für Verschleierung, und Verschleierung ist meistens Teil des Missbrauchs (vgl. Kautsch, 2012). Jegliche schnell verurteilende Haltung angesichts von missbräuchlichem Verhalten in der Psychotherapie birgt das Risiko, eine eigene diesbezügliche Gefährdung abzuspalten. Wir sollten ein anschlussfähiges systemisches Vokabular dafür generieren und die vorhandenen ethischen Richtlinien immer wieder hinsichtlich ihrer Aktualität diskutieren.

MAG.^a DR.ⁱⁿ IRIS SEIDLER

ist Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis, Lehrtherapeutin an der la:sf

LITERATUR:

- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J., Schwartz, H.J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Böse, R & Schiepek, G. (2000). Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch. Heidelberg: Asanger.
- Carroll, L. (1999). (Erstdruck 1866). Alices Abenteuer im Wunderland. Stuttgart: Reclam.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Hrsg.). (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Modernes Lernen.
- Haken, H., Schiepek, G. (2010). Synergetik in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Giesemann, K. (2010). Der Gegenwartsmoment in der psychotherapeutischen Arbeit. Psychotherapie. (15/2010, S. 64–72). München: CIP-Medien.

AMBULANTE SYSTEMISCHE THERAPIE

Die Ambulante Systemische Therapie (AST) der Lehranstalt für systemische Familientherapie (la:sf) hat im Dezember 2000 ihre Tätigkeit aufgenommen und ist als Therapieambulanz in unsere Ausbildungseinrichtung integriert. Wir haben an der la:sf begonnen, mit KlientInnen vor dem Spiegel zu arbeiten, damit unsere Studierenden vom Beginn der Ausbildung an die Möglichkeit haben, systemische PsychotherapeutInnen bei der Arbeit zu sehen und damit ihrer Praktikumpflicht nachzukommen.

UNSER ANGEBOT

Die psychotherapeutischen Gespräche finden – je nach Erfordernis – mit Paaren, Familien oder Einzelpersonen statt. Ein Unkostenbeitrag von € 22,- pro Therapieeinheit wird erbeten – Refundierung über die Krankenkasse ist möglich. Vertraulichkeit und – nach Wunsch – Anonymität werden gewährleistet.

WIR SUCHEN GEMEINSAM LÖSUNGEN

- bei Partnerschaftsproblemen
- bei Lebenskrisen (Verlust, Trennung, Geburt, ...)
- bei psychischen und psychosomatischen Beschwerden
- bei Erziehungsschwierigkeiten
- bei Konfliktsituationen (im privaten, familiären und beruflichen Umfeld)

THERAPEUT/INNEN UND THERAPIEZEITEN



Dr. GERALD BINTER
Psychotherapeut
Montag 14–20 Uhr



Mag.ª SIGRID BINNENSTEIN
Psychotherapeutin
Dienstag 13–19 Uhr



Dr. KONRAD P. GROSSMANN
Psychotherapeut
Mittwoch 13–19 Uhr



Mag.ª Dr. CHRISTINA LENZ
Psychotherapeutin
Donnerstag 14–20 Uhr

Telefonische Voranmeldung erforderlich!



**AMBULANTE
SYSTEMISCHE THERAPIE**

A-1130 Wien, Trauttmansdorffgasse 3A
Tel.: +43-1 478 63 00, Fax: +43-1 478 63 00-63
E-Mail: office@la-sf.at, www.la-sf.at

- von Foerster, H. (1985). Das Konstruieren einer Wirklichkeit (in Watzlawick: Die erfundene Wirklichkeit). München: Piper.
- von Glasersfeld, E. (1990). Zuerst muss man zu zweit sein. Systeme – Zeitschrift der Österr. Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie 46(2): 17–43.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Molter, H. (1990). Interviews mit Gianfranco Cecchin und Luigi Boscolo. systemmagazin. Onlinejournal für systemische Entwicklungen. Zugriff am 3.3.2014. Zuerst veröffentlicht in: Systema, Heft 2, 1990, 2–12.
- Kabelka, W. (2013). Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kautsch, I. (2012). Geheimnis und Tabu in der Kinderschutzarbeit. Systemische Notizen 01/12. S. 34–42. Wien: lasf.
- Ludewig, K. (1988). Nutzen, Schönheit, Respekt – drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. System Familie 1: 103–114.
- Maturana, H, Varela, F. (1987). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Berlin: Scherz.
- Merl, H. (2002). Der Traum vom gelungenen Selbst. systemmagazin. Onlinejournal für systemische Entwicklungen. Zugriff am 3.3.2014. Erstveröffentlichung in Psychotherapie Forum, 9,4,2002 (145–161).
- Minuchin, S. (1977). Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- Mücke, K. (2003). Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz. Lehr- und Lernbuch. Berlin: Ökosysteme Verlag.
- Prager, H. (2003). Ein „now moment“ unter der Lupe. Forum der Psychoanalyse. (4/2003, S. 312–325). Wien/New York: Springer-Verlag.
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. Family Process, 1984, Mar; 23(1): 11–21.
- de Shazer, S. (2002). Der Dreh. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.
- de Shazer, S. (2005). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Seidler, I. (2011). „Die Mühen der Ebenen“ oder: Beziehung als Intervention? Systemische Notizen 4/11, S. 20–30. Wien: la:sf.
- Rosen, S. (Hrsg.). (2000). Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Salzhausen: iskopress.
- Schiepek, G. (2013). Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidbauer, W. (1977). Die hilflosen Helfer. Hamburg: Rowohlt.
- Schmidt-Lellek, C.J., Heimansberg, B. (Hrsg.). (1995). Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schuster, P., Springer-Kremser, M. (1998). Anwendungen der Psychoanalyse. Wien: WUV Universitätsverlag.
- de Waal, H. (2013). Pers. Mitteilung.
- Watzlawick, P., Kreuzer, F. (1998). Die Unsicherheit unserer Wirklichkeit. Ein Gespräch über den Konstruktivismus. München: Piper.
- Wiener, N. (1948). Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine. Cambridge: MIT Press (deutsche Ausgabe: Kybernetik. Regelung und Nachrichtenübertragung im Lebewesen und in der Maschine, 1948).
- Willutzki, U., Teismann, T. (2013.) Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Wirth, H.-J. (2007). Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Psychotherapie Forum. (15/2007, S. 22-27). Wien/New York: Springer-Verlag.