

Sigrid Binnenstein, Gerald Binter, Konrad P. Grossmann, Stefan Jirkovsky, Brigitte Lassnig, Christina Lenz und Siegfried Molan-Grinner

Das Reflektierende Team im Rahmen der Ambulanten Systemischen Therapie – ein Diskurs

VORBEMERKUNG

Im Zuge unserer AST-Studie II zur Gestaltung und Rezeption des Reflektierenden Teams (RTs) im Rahmen der Ambulanten Systemischen Therapie bewegte uns – S. Molan-Grinner und K. P. Grossmann – unter anderem die Frage, wie das RT durch die AST-Therapeut*innen wahrgenommen wird: Mit welchen Implikationen sind RTs bei den von ihnen im Rahmen von AST geführten Therapien aus ihrer Sicht verbunden? Wie bewerten sie die Wirkung von RTs in Bezug auf Klient*innen, auf Therapiesysteme insgesamt wie auch auf sich selbst als Therapeut*innen? Was sind Merkmale hilfreicher und weniger hilfreicher RTs? Welche Bedeutung birgt die Teilnahme an RTs für die Ausbildung von Studierenden? Wir beschlossen, uns diesen Fragestellungen durch eine Gruppendiskussion anzunähern, an der alle gegenwärtig tätigen AST-Therapeut*innen teilnehmen sollten. Zudem entschieden wir, auch Stefan Jirkovsky, der mit Herbst 2017 eine AST-Gruppe übernommen hat, miteinzuladen und partiell in die Diskussion miteinzubeziehen.

Die Gruppendiskussion ist eine Erhebungsmethode der empirischen Sozialforschung, bei der im Gegensatz zu Erhebungen mit einzelnen Individuen die Kommunikation in einer Gruppe erfasst wird. Sie realisiert sich darin, dass sich „Diskutanten (...) kommunikativ zu einem bestimmten Gegenstand, von dem

sie alle betroffen sind, austauschen, also miteinander interagieren“ (Lamnek 1998, S. 53). Durch die hohe Kommunikativität und Naturalistizität dieser Methode kommt es zu einer nicht-standardisierten Form der Erhebung – eine Gruppendiskussion ist alltagsnah und nicht-hierarchisch inszeniert (Bohnsack, 1999) und im Vergleich zu einer Einzelerhebung (etwa in Form des narrativen Interviews) eine rationelle Methode der Erhebung.

Alle Kolleg*innen waren gerne bereit, unserer Einladung zu folgen. Im Vorfeld erarbeiteten wir Leitfragen, denen S. Molan-Grinner als Diskussionsleiter folgen würde und die wir allen Diskussionsteilnehmer*innen in schriftlicher Form vorweg zusandten. Die Diskussion selbst fand im Mai 2017 in der la:sf statt, B. Lassnig war per Telefon der Diskussion zugeschaltet. Wir zeichneten den Diskurs auf, transkribierten ihn, kürzten ihn und übertrugen ihn anschließend ins Schriftdeutsche.

S. MOLAN-GRINNER: *Danke für Eure Bereitschaft für diesen Diskurs. Meine erste Frage an Euch ist: Was ist das Besondere des RTs für mich als AST-Therapeut*in? Wer mag starten?*

C. LENZ: Ich kann ja beginnen. Für mich stellt das RT eine besondere Art der Lernerfahrung dar, die Studierende machen können. Es ist eine Übungsplattform für sie – sie können damit eine partielle Anwesenheit

im Therapieraum erproben. Sie sprechen im Therapieraum in einem abgesteckten Rahmen; sie haben Sicherheit durch den „Teamauftritt“; sie haben während des Therapiegesprächs Zeit, sich auf ihr Statement vorzubereiten; sie üben, im Therapieraum zu sprechen; sie brauchen dabei nicht auf Anmerkungen oder Unterbrechungen von Klienten eingehen. Ich denke, dass all dies ihr Selbstvertrauen und ihr therapeutisches Selbstbewusstsein stärkt.

B. LASSNIG: Ich sehe das RT als bedeutsamen Teil des Kontextes von AST. AST-Therapie ist für mich eine andere Therapieform, weil sie mit Beobachterinnen stattfindet. Sie ist anders als eine Therapie ohne Beobachterinnen. Das hat Bedeutung für mich als Lehrtherapeutin und Bedeutung für die Klientinnen, da durch das RT besondere Aspekte des Verlaufs hervorgehoben und Formen der Bestätigung und Bestärkung realisiert werden, die ich als Therapeutin ohne RT so nicht realisieren könnte. Klientinnen bekommen ein Mehr an Sichtweisen und Anregungen, und ich als Therapeutin kann mich sortieren, während das RT spricht. Ist rückgekommen, was ich meine?

S. MOLAN-GRINNER: Ja.

G. BINTER: Ja. Zu Deiner Frage, Siegfried: Wenn ich gleichzeitig AST-Therapeut und Lehrtherapeut in einem Lehrgang bin, dann merke ich, was die Studenten erkennen und was sie noch nicht erkennen können. Ich sehe, wie oder was sie beobachten, und ich kann am Ausbildungs-Wochenende nachjustieren, wenn ich das Gefühl habe, sie haben etwas noch nicht verstanden. Für mich ist das RT so eine Art Feedbackschleife – es verdeutlicht, was ich noch einmal erklären soll, weil es noch nicht „gesickert“ ist. Mir ist es wichtig, dass die Studenten lernen, einen Therapieprozess auf das Wesentliche zu verdichten; und dass sie Metathemen erkennen – dass sie merken, das ist das Thema einer Therapiestunde, das ist das Thema, an dem der Therapeut inhaltlich arbeitet. Außerdem bietet das Beobachten von AST-Therapien Studenten auch die Chance, Themen für ihre Einzelselbsterfahrung zu entdecken – dass sie merken, mit dem tue ich mir schwer oder leicht. Und das RT ist ein Rahmen, in dem sie eine Vorerfahrung machen, wie es ist, als Ko-Therapeuten zu interagieren. Sie erfahren, ob man sich als RT irgendwie matched oder eben auch nicht matched. Es ist immer eine Herausforderung, wenn zwei RT-Mitglieder in den Therapieraum hineingehen, die sich nicht so matchen. Und es ist auffällig, wie anders die Atmosphäre im Therapieraum ist, wenn zwei hineingehen, die sich matchen. Und dann stimme ich dir, Tina, zu: Das RT ermöglicht vielen Studenten den

ersten Klienten-Kontakt, und das in einem relativ geschützten Rahmen.

S. BINNENSTEIN: Für mich macht es einen großen Unterschied, ob die Kolleginnen einfach nur zuhören und sich in die Nachbesprechung einbringen, oder ob sie am RT teilnehmen. Im zweiten Fall sind sie im Therapieprozess involvierter. Ich glaube, das macht einen großen Unterschied. Die Kolleginnen sagen selbst, dass das RT eine gute Schulung dafür ist, sich Formulierungen zu überlegen – vor allem wertschätzende Formulierungen. Es ist eine Schulung für das genaue Zuhören und eine Schulung im Ressourcen-Wahrnehmen, im Konstruieren von Hypothesen und im Einüben von Sprachmustern. Und das RT ist ein Hineinschnuppern in die Rolle als Therapeutin mit sehr begrenzter Verantwortung – das sind so konkrete Lernerfahrungen, die von den Kolleginnen auch rückgemeldet werden. Das Besondere ist für mich die Involviertheit der Studentinnen, wenn sie im RT aktiv zu einer Therapie beitragen.

K. P. GROSSMANN: Aus meiner Sicht ist der wichtigste Aspekt für Studierende der Übungscharakter des RT, den ihr jetzt schon beschrieben habt – dieses geschützte, begrenzte und vorstrukturierte Einüben einer partiellen therapeutischen Rolle. Dafür sind Fokussierungsprozesse wichtig, dafür ist die Fähigkeit wichtig, Gehörtes zu verdichten, dafür ist das Einüben einer ressourcenorientierten Sprache wichtig. Ich glaube, das Mitwirken von RTs hat in vielen Fällen eine hohe Auswirkung auf Klientinnen, weil sie RT-Mitglieder eher als gleichrangig wahrnehmen. Insofern haben ihre Mitteilungen eine andere Bedeutung. Der dritte Aspekt ist der, den du auch genannt hast, Brigitte – das RT eröffnet mir als Therapeut die Möglichkeit, mich noch einmal zu ordnen und zu entscheiden, wie ich den Abschluss einer Therapiesitzung gestalte.

B. LASSNIG: Ich würde gerne noch einen Aspekt erwähnen, der mir gerade in einer aktuellen Therapie mit einer Klientin deutlich wurde – in einer Therapie mit einer Klientin, die sehr, sehr viel spricht, wo es mir als AST-Therapeutin kaum möglich ist, Fragen zu platzieren und ihren Redefluss zu unterbrechen. Für mich eröffnet das RT hier die Möglichkeit des Eingreifens bzw. des Anregens von Reflexion. Ein Aspekt ist, dass sich Klientinnen während des RT ein bisschen zurücklehnen, dass sie zuhören, dass sie anders wahrnehmen und anders reflektieren. Das erzeugt aus meiner Sicht manchmal eine völlig andere Wirkung, als wenn von der Therapeutin Fragen kommen. Das gehört für mich auch noch zum ganz Besonderen vom

RT. Es eröffnet Klientinnen eine andere Reflexion. Darum sage ich, es ist eine andere Form der Therapie.

K. P. GROSSMANN: Das sehe ich auch so. Dieser Wechsel der Dialogform birgt eine große Chance für Klientinnen.

C. LENZ: Da will ich noch etwas ergänzen: Eine zusätzliche Besonderheit ist die Art der Wertschätzung für die Klientinnen durch die zusätzlichen „Stimmen“ des RT. Klientinnen erleben, wie sich weitere Personen um sie bemühen, dass sie neue oder ergänzende Gedanken beisteuern, dass diese mitfühlen, sodass dann irgendwie eine Gruppe entsteht, die sich um sie bemüht.

S. MOLAN-GRINNER: *Gibt es noch etwas zu ergänzen, bevor wir zur nächsten Frage gehen?*

G. BINTER: Ja, für mich ist beim Zuhören etwas aufgetaucht: Bei mir gestaltet sich AST ja in der Weise, dass meine Studenten arbeiten, während ich zuhöre und manchmal auch in das RT gehe. Dass ich dann Teil des RT bin, birgt noch einmal eine spezifische Auswirkung auf die Studenten, aber auch auf die Klienten. Das schafft eine besondere Herausforderung. Bei einem Paar, mit dem eine Studentin gearbeitet hat, war das wirklich ein Grenzgang, weil die Partner sich sehr auf das, was ich im RT gesagt habe, bezogen haben. Es war ein sehr schwieriges Paar, und als RT-Mitglied habe ich versucht, das Gespräch so zusammenzufassen, dass die Therapiestunde irgendwie rund und nützlich wird. Dadurch habe ich für die Klienten eine Wichtigkeit bekommen, die zwar nicht kontraproduktiv war, aber es war Grenzgang, dabei nicht gleichzeitig die Kompetenz der Therapeutin einzuschränken. Es war für die Klienten nützlich, aber für die Studentin war es eine schwierige und ambivalente Lernerfahrung.

S. BINNENSTEIN: Ich würde das gerne unterstreichen, was Du, Tina, gesagt hast – dieses Gefühl, da ist nicht nur eine Person, nicht nur die Therapeutin, sondern da sind auch noch andere Leute, die sich Gedanken machen. Sie tragen das System, sie tragen eine Therapie mit. Ich glaube das ist ein ganz wichtiger Faktor. Ich erinnere mich, dass eine Klientin in Bezug auf das RT sagte, sie fühle sich so geschützt, auch dadurch, dass da mehr Leute anwesend sind. Therapien mit RT sind ein Kontrapunkt zu einer möglicherweise auch „gefährlichen“ Zweisamkeit, sie schaffen einen offeneren Raum; die Grenzen sind anders gesetzt, weil mehr Leute anwesend sind, die unterstützen.

G. BINTER: Ich will noch etwas ergänzen: Ich erinnere mich an eine Klientin, die sich fragte, ob sie es über-

haupt verdient, dass sich so viele Leute mit ihr beschäftigen. Das RT signalisiert für viele Klienten, dass sie wichtig genommen werden, weil sich so viele Leute in ihre Geschichte involvieren. Das kann für Klienten, die sehr wenig soziale Kontakte, sehr wenig Unterstützung in ihrem Leben bekommen haben, ein besonderes Gefühl sein – dieses Gefühl, so viele Leute möchten, dass es mir gut geht.

S. MOLAN-GRINNER: *Gehen wir zur nächsten Frage. Was seht ihr als günstige Verhaltensweisen von RT-Mitgliedern?*

C. LENZ: Vor allem die Wertschätzung und die Austauschbezogenheit zwischen den Mitgliedern des RT.

S. BINNENSTEIN: Das würde ich auch so sehen. Darüber hinaus ist mir Authentizität ganz wichtig, also dass Aussagen im RT authentisch gemeint sind, damit sie auch so ankommen. Und dass sich die Wertschätzung auf etwas bezieht, was Klientinnen wirklich wichtig ist und nicht auf irgendetwas, bei dem ich mir denke, das passt nicht für sie. Wisst ihr, was ich meine?

B. LASSNIG: Ja. Was ich zusätzlich als besonders günstig wahrnehme, ist, wenn Studentinnen Schlüsselsätze aufgreifen, wenn sie in der Lage sind, Metaphern aufzugreifen und zu erweitern, wenn sie einen neuen Gedanken, neuen Aspekt oder kleine Unterschiede mit hineinholen. Ich finde Wertschätzung als etwas äußerst Bedeutsames, aber wenn es noch gelingt, einen kleinen Unterschied noch ein bisschen anzureichern, das ist für mich etwas sehr Wertvolles. Das ist aus meiner Sicht auch etwas, das von Klientinnen als besonders erlebt wird.

G. BINTER: Ich würde das so ähnlich formulieren wie du, Brigitte. Wenn Studenten in der Lage sind, über reflexive Fragen Möglichkeiten zu eröffnen, stärkt das ihre Lösungskompetenz und gibt ihnen Hoffnung. Aus meiner Sicht sind die reflexiven Fragen das stärkste Instrument neben der Wertschätzung. Ich glaube, es ist wichtig, dass man Studenten hilft zu schauen, auf welcher Ebene wäre jetzt eine reflexive Frage möglich, weil sie ja letzten Endes irgendwie so eine Art Anstoß ist – eine Möglichkeit, über eine Grenze hinauszudenken. Das müssten wir – glaube ich – in der Ausbildung in Bezug auf das RT mehr forcieren.

K. P. GROSSMANN: Meine Gedanken zu günstigen Verhaltensweisen decken sich in vielem mit dem, was ihr sagt. Günstige Aspekte sind für mich: Der Austausch des RT besteht aus kurzen Mitteilungen, er verläuft dialogisch, er ist wertschätzend, er ist beschränkt in der Menge der vermittelten Information. Manchmal

habe ich das Gefühl, dass Studierende Klientinnen mit ihren Beobachtungen oder Botschaften „überladen“. Als günstig sehe ich es, wenn es einem RT gelingt, sich auf zwei bis drei Botschaften zu beschränken, die dann als Kernbotschaften weiterwirken können. Günstig ist, wenn das RT – so wie ihr es gesagt habt – noch irgendeine Form von Erweiterung oder Anreicherung birgt. Ein weiteres günstiges Verhalten ist, wenn die Ressourcenorientierung gut dosiert ist. Die Problem- und Lösungsorientierung bzw. Problem- und Ressourcenorientierung sollten einigermaßen ausgewogen sein, das Schwere und Beengende soll ebenso gewürdigt werden wie die Möglichkeiten oder die Lösungsansätze von Klientinnen.

S. MOLAN-GRINNER: *Okay. Jetzt sind wir beim nächsten Punkt: Was sind die ungünstigen Verhaltensweisen von RTs? Wir können da jetzt vieles einfach umdrehen? Aber vielleicht gibt es da noch etwas ganz Spezielles, was euch einfällt.*

K. P. GROSSMANN: Manchmal verwenden Studierende zu abstrakte Formulierungen – eine psychologische oder therapeutische Terminologie und damit eine Sprache, die nicht an die Sprache vom Klientinnen anknüpft. Und als ungünstig sehe ich Selbstoffenbarungen von RT-Mitgliedern.

S. BINNENSTEIN: Ich würde gerne etwas zu dem ergänzen, was du, Konrad, vorher gesagt hast – über das „Zuviel“. In Bezug auf Anerkennung und Wertschätzung stört mich ein „Zuviel“ nicht so. Aber wenn es um das Einführen einer neuen Idee geht oder um eine spezielle Frage ist es – glaube ich – günstig, wenn das sehr fokussiert ist. Manchmal kommen im RT ganz viele neue Ideen auf einmal, und viele gehen dann wieder unter bzw. verloren. In Bezug auf Wertschätzung denke ich, passt es ganz gut, wenn viel kommt.

C. LENZ: Ungünstig finde ich eine zu lange und zu umständliche Sprechweise im RT. Und ungünstig finde ich, wenn das RT mich als Therapeutin duzt, weil das einen Bruch in der Beziehung zwischen Klientin und mir als Therapeutin macht. Hier würde ich mir als Alternative einen Ausdruck wie „Die Therapeutin hat gesagt...“ wünschen. Ungünstig ist, wenn die RT-Mitglieder beim Beobachten unaufmerksam waren – wenn sie Details, die der Klientin wichtig waren, übergehen oder die Namen von Klientinnen oder anderen wichtigen Personen, die im Gespräch vorgekommen sind, falsch aussprechen. Ungünstig finde ich, wenn sie eigene Erzählungen anbringen, das macht den Austausch viel zu lange. Und ungünstig sind zu große Unterschiedsvorschläge, die dann eben auch nicht anschlussfähig für Klientinnen sind.

G. BINTER: Was mir am unangenehmsten ist, ist, wenn ein Student den eigenen Affekt zu wenig unter Kontrolle hat. Versteht ihr? Ich kann als Teil eines RT berührt sein, ich kann wütend sein, aber ich muss in der Lage sein, das als RT-Mitglied irgendwie adäquat anzubringen.

K. P. GROSSMANN: Erzähle ein Beispiel dazu!

G. BINTER: Manche Studenten äußern, bevor sie ins RT gehen, noch im Beobachtungsraum ihre Affekte in Bezug auf Klienten oder von Klienten Erzähltes in sehr unregulierter Form. Sie regen sich über Klienten oder über etwas, das diese erzählen, furchtbar auf. Das Problem ist nicht, dass sie diesen Affekt haben, sondern dass sie ihn nicht dekonstruieren – dass sie nicht sagen können: „Ich kann mir vorstellen, dass dieses oder dieses Verhalten jemanden wütend machen könnte.“ Das Problem ist, dass sie in ihrem Affekt drinnen bleiben. Da habe ich das Gefühl, das ist mir am unangenehmsten: wenn jemand nicht in der Lage ist, im Therapieraum dann zu sagen: „Ich kann mir vorstellen, dass das oder das den Mann oder die Frau wütend gemacht hätte“ oder „Ich kann mir vorstellen, das müsste den Mann oder die Frau wütend machen.“, das ist für mich unangenehm.

S. MOLAN-GRINNER: Wie ist deine Sicht, Brigitte?

B. LASSNIG: Also eigentlich kann ich dem nichts mehr hinzufügen, es ist alles gesagt. Mir geht es auch so, dass ich manchmal erlebe, dass das RT zu lange, zu langatmig ist oder dass Studierende eine zu wenig andockende Form von Sprache verwenden. Das andere ist auch schon gesagt worden: Woran wird von den Studierenden angedockt? Ist die Unterschiedsbildung zu groß? Ist die Form der Bestätigung oder Wertschätzung nicht annehmbar für die Klientinnen? Wird vorwiegend nur auf Positives rekurriert oder auch auf Teile vom Problem? Diese Balance zwischen einer Würdigung des Problems und Würdigung von Lösungsansätzen ist aus meiner Sicht immer wieder schwierig. Da besteht für uns als AST-Therapeutinnen die Herausforderung, unterstützend zu sein, damit Studierende mehr diesbezügliche Kompetenz entwickeln.

G. BINTER: Du hast vorhin die Selbstoffenbarungen erwähnt, Konrad. Das Hineinbringen der eigenen Geschichten der Studierenden im RT wäre ein interessantes Thema. Es gibt ja eine Form des RT, wo es eher um diese *outsider-witness-group* geht. Das wäre vielleicht etwas, was wir uns einmal überlegen könnten. Ich glaube, dass Selbstoffenbarung vielleicht bei manchen Klienten und bei manchen Themen an-

schlussfähig ist – wenn Studierende sagen: „Ich habe auch so was Ähnliches erlebt“, aber nicht im Sinne von Beschwichtigung, sondern eher so im Sinne von „Ich kann irgendwie nachvollziehen, wie schlimm das für Sie jetzt im Moment sein muss.“ Aber das ist eine andere Form des RT, das müsste man sich noch überlegen. Vielleicht wäre das eine Möglichkeit bei chronischen Erkrankungen von Klienten – dort, wo man das Gefühl hat, da geht es eher um das Aushalten und um das Gesehenwerden in dieser Unveränderbarkeit. Da könnte eine *outsider witness-group* hilfreich sein, aber ich habe mich bis jetzt zu wenig damit beschäftigt.

K. P. GROSSMANN: Ich bin skeptisch in Bezug auf Selbstoffenbarungen von RT-Mitgliedern – sie sind zwar entlastend gemeint, aber sie verschieben den Fokus eines Therapiegesprächs von Klientinnen weg auf die Studierenden.

S. BINNENSTEIN: Ich würde noch gerne etwas ergänzen, das mir wichtig ist. Was ich manchmal ungünstig finde ist, wenn die Kolleginnen im RT den Therapiefortlauf nicht im Auge haben – wenn sie vielleicht bei der sechsten Therapiestunde etwas würdigen, das Klientinnen schon dreimal gehört haben. Das ist anders, wenn die RT-Mitglieder gleich zu Beginn anmerken: „Ich habe die Familie heute das erste Mal beobachtet.“ Wenn oft die gleichen Wertschätzungen kommen, finde ich das sehr ungünstig.

G. BINTER: Da wäre es günstig, fixe RTs einzuführen.

S. BINNENSTEIN: Ja, aber das ist pragmatisch schwierig.

G. BINTER: Ja, stimmt.

K. P. GROSSMANN: Ich sehe das wie Du, Sigrid: Eine Kontextmarkierung zu Beginn des RTs könnte da helfen und manches, was im RT gesagt wird, für Klientinnen transparenter und verständlicher machen. Ein ungünstiges Verhalten ist mir jetzt noch eingefallen: Wenn RT-Mitglieder eine Expertenposition einnehmen, etwa indem sie Metakommentare über die Therapie machen. Wenn sie das RT mit der Aussage beginnen: „Das war heute eine spannende Therapiesitzung!“

S. BINNENSTEIN: Was hörst Du da noch an Metakommentaren außer „Das war eine spannende Stunde!“? Diesen Kommentar kenne ich auch.

K. P. GROSSMANN: Kommentare zur Interaktion, die zwischen der Familie oder dem Paar und mir als Therapeuten in der Therapiesitzung ablaufen.

C. LENZ: Die Aussage „Das war eine spannende Stunde!“ kenne ich auch. Das sagen RT-Mitglieder sehr oft. Ich verstehe das als eine Art „Aufwärmersatz“ oder als ein Einbringen von Wertschätzung.

K. P. GROSSMANN: Für mich markieren RT-Mitglieder dadurch, dass sie außenstehende Beobachterinnen sind – das ist das Gegenteil dessen, worüber wir vorher gesprochen haben, das Gegenteil des von-einer-Gruppe-getragen-Seins.

C. LENZ: Aber sie sind ja eigentlich auch Beobachterinnen.

K. P. GROSSMANN: Ja, das sind sie auch. Aber vor allem sind sie Mitakteure einer Therapie.

G. BINTER: Ja, aber es gibt noch einen anderen Aspekt. Wenn ich mit einem sehr empfindlichen oder sehr sensiblen Klienten arbeite, der im RT hört: „Das war eine spannende Stunde!“, und beim nächsten Therapiegespräch würde er nicht hören, dass es eine spannende Stunde war, dann könnte der Klient das Gefühl haben, dass es keine gute Stunde war. Er könnte sich denken: „Heute habe ich nichts Spannendes abgeliefert!“ Das kann einen Einfluss auf sein Erleben der Therapie haben.

S. MOLAN-GRINNER: *Brigitte, gib es von dir da noch eine Ergänzung?*

B. LASSNIG: Ich merke gerade, dieser Satz – „Das war eine spannende Stunde!“ – gefällt mir auch nicht, das ist etwas, wo eine Bewertung mitschwingt. Wenn das vorkommt denke ich mir, das gehört für mich zu ungünstigen Verhaltensweisen, weil RT-Mitglieder damit das Beobachten hervorheben. Sie markieren dann, dass sie beobachten und bewerten – im Sinne von „spannend – nicht spannend“. Mir hat dieser Ausdruck nie so gefallen, jetzt werde ich das den Studierenden gegenüber auch thematisieren. Danke.

S. MOLAN-GRINNER: *Dann gehen wir zur nächsten Frage: Was bewirkt das RT bei Klientinnen, bei AST-Therapeutinnen und bei Studentinnen? Es geht um die Wirkungen des RTs auf unterschiedlichen Ebenen.*

C. LENZ: Kann ich beginnen? Also bei den Klientinnen kommt es zu einer Erhöhung der Aufmerksamkeit noch einmal gegen Schluss der Therapiesitzung hin. Sie erfahren Bestätigung und Wertschätzung, und meistens kommen sie dadurch zum Schluss noch einmal in einen guten Zustand. Sie erleben so etwas wie Überraschung, sie hören neue Gedanken über sich als

Person. Was bewirkt das RT bei mir als AST-Therapeutin? Eine kurze Entspannungsphase, wo ich mich noch einmal sortieren kann; Freude über die guten Ideen und den Mut der Studierenden; Freude über den guten Zustand der Klientinnen. Bei den Studentinnen bemerke ich Aufregung und Spannung. Studentinnen, die am RT teilnehmen, beobachten eine Therapie anders als Studentinnen, die eine Therapie protokollieren. Das erzeugt noch mal einen anderen Fokus. Das führt zu mehr Konzentration und auch in den meisten Fällen zu Stolz über ihren Beitrag zu den Geschichten von Klienten.

G. BINTER: Das einzige, das ich da ergänzen würde – aber das habe ich vorher schon einmal gesagt – ist, dass das Zusammenspiel eines RTs ein bisschen ein Modell ist, wie man als Ko-Therapeut arbeiten könnte.

B. LASSNIG: In Bezug auf die Studentengruppe ist mir wichtig, dass das Verständnis des RTs immer mehr in die Richtung geht: Wir arbeiten hier gemeinsam! Zu dem, was du, Tina, schon gesagt hast: Ich hatte in AST lange eine Klientin, die vorher schon zu mir in die Praxis kam – sehr unregelmäßig, es war sehr schwer, einen wirklichen Therapieprozess mit ihr hinzubekommen. Meinem Eindruck nach war das RT für sie jedes Mal die zentrale Intervention. Als sie die Therapie im Rahmen von AST weiterführte, kam sie regelmäßig, und wir konnten einen sehr erfolgreichen therapeutischen Prozess miteinander gestalten.

G. BINTER: Hast du eine Idee, welchen *believe* die Klientin da genützt hat, dass AST so viel mehr bewegt hat? Du bist ja die gleiche Therapeutin gewesen. Hast Du eine Idee, was ihr innerer *believe* war, dass sie da ...

B. LASSNIG: Ja, ich glaube, es lag an diese Aufwertung ihrer Person ...

G. BINTER: Die Aufwertung ihrer Person ...

B. LASSNIG: ... durch die Studierenden, durch das RT. Das hat sie beim Abschlussgespräch auch so beschrieben. Die hohe Bedeutsamkeit, die ihr gegeben wurde – das war ein ganz starker Motor für das, was dann passieren konnte.

G. BINTER: Okay, ich würde in Bezug auf die Studentinnen noch etwas ergänzen. In unserem Projekt, wo ja die Studentinnen fixe Gruppen und RTs bilden, sind sie füreinander in der Vor- und Nachbesprechung der Therapiesitzungen dann eine wirkliche Unterstützung. Da fühlen sich die Studenten auch noch mehr verantwortlich für den Prozess als im Rahmen von normalen AST-Therapien. Meiner Meinung nach ist das noch eine Verdichtung, weil sie sich wirklich als Peers zusammensetzen oder telefonieren.

S. BINNENSTEIN: Zu dem, was noch nicht gesagt worden ist: Für mich als AST-Therapeutin ist nicht nur die Pause während des RTs entlastend, wo ich noch einmal nachdenken kann, ich finde es auch sehr entlas-

„Da ist nicht nur eine Person, nicht nur die Therapeutin, sondern da sind auch noch andere Leute, die sich Gedanken machen. Sie tragen das System, sie tragen eine Therapie mit. Ich glaube das ist ein ganz wichtiger Faktor. Ich erinnere mich, dass eine Klientin in Bezug auf das RT sagte, sie fühle sich so beschützt, auch dadurch, dass da mehr Leute anwesend sind.“

tend, dass ich mich, im Gegensatz zur Praxis, nicht zum Schluss noch einmal um ein Aktualisieren von Wertschätzung bemühen muss. Ich kann darauf fokussieren, zusammenzufassen und den Stundenabschluss planen und mich darauf verlassen, dass die Wertschätzung vom RT kommt. Das finde ich sehr entlastend.

K. P. GROSSMANN: Ich glaube, das RT birgt Bestärkung und Bestätigung für Klientinnen, es stärkt ihren Selbstwert und gibt ihnen ein Gefühl von *You are not alone*. Eine Auswirkung ist zuweilen Verwirrung bei Klienten, gerade wenn die Botschaften, die das RT transportiert, vage oder diffus formuliert sind. Eine weitere Auswirkung des RT ist manchmal ein Gefühl von Stolz bei Klientinnen, weil sie sich bewusst werden, was gut funktioniert und weil ihre Fortschritte gewürdigt werden. Eine andere Auswirkung ist jene der Verankerung von in der Stunde eingeführten Unterschieden. Außerdem glaube ich, dass das RT zur Strukturierung einer Therapiesitzung beiträgt – das Erscheinen des RTs im Therapieraum ist so etwas wie

das Einläuten des Endes eines Therapiesgesprächs. Die Auswirkungen auf die Studierenden sehe ich sehr durchmischt: Manchmal überwiegt bei RT-Mitgliedern ein Gefühl von Freude oder Stolz darüber, dass sie einen Beitrag zur Therapie geleistet haben; und manchmal überwiegen Gefühle der Unsicherheit – „War mein Beitrag hilfreich? Konnte ich zum Ausdruck bringen, was ich gemeint habe?“ – oder auch ein Gefühl der Scham über Nicht-Gelungenes. Das RT birgt für Studierende immer einen Lerneffekt, und zuweilen ist es auch ein Lernen über eine schmerzhaft Erfahrung. Die Auswirkung des RTs auf mich als AST-Therapeut ist: Das RT ermöglicht mir eine Atempause, um das Sitzungsende vorzubereiten, und manchmal enthält der Austausch des RTs auch Ideen für eine „Hausaufgabe“, die ich dann weiterführe. Eine unmittelbare Auswirkung bei mir ist die Freude darüber, dass Klientinnen am Schluss einer Therapiesitzung von den Studierenden in Form des RTs noch eine Art Geschenk überreicht bekommen, und die meisten Klientinnen freuen sich einfach sehr darüber. Insofern erlebe ich das RT als sehr hilfreichen Beitrag.

S. MOLAN-GRINNER: *Okay, dann gehen wir zum nächsten Punkt: Welche Schritte zu einer weiteren Professionalisierung des RTs im Rahmen von AST haltet ihr für sinnvoll?*

S. BINNENSTEIN: Ich glaube, es ist so wie bei allem – es braucht Ressourcen. Und es braucht Aufmerksamkeit. Ohne zusätzliche Zeit wird sich eine Professionalisierung des RT nicht ausgehen. Ein AST-Nachmittag ist ohnehin schon dicht – nicht nur durch die Therapiestunden, sondern auch durch das Reflektieren, was bei den Klientinnen passierte und was die Merkmale des Therapeutinnen-Verhaltens waren. Wenn man dem RT auch noch intensive Aufmerksamkeit schenken müsste, wäre das einfach zu viel, auch wenn sich die Kolleginnen das oft verdient hätten. Gerade am Anfang des Praktikums ist das schade, dass das so untergeht, aber das geht sich einfach in der normalen Zeit nicht aus. Ich glaube, es bräuchte einen extra Termin, vielleicht eine Stunde länger jeden Tag. Sonst wären mir das zu viele Ebenen für einen Tag.

C. LENZ: Ja, ich sehe das auch so. Ich fände drei extra Termine zum RT zu je drei Stunden, wie wir das schon einmal besprochen haben, als eine gute Lösung – drei extra Termine, wo wir uns wirklich mit dem RT beschäftigen.

S. BINNENSTEIN: In einem Semester?

T. LENZ: Ein Termin am Anfang des Praktikums, wenn die Studierenden mit AST beginnen – so wie wir es

jetzt mit dem AST-Opening machen. Da könnte es um Grundsätzliches zum RT geht, um Methodisches. Da könnte man auch Lesestellen von Tom Andersen vorbereiten, die die Studentinnen lesen und über die man dann auch sprechen kann. Man könnte Videobeispiele analysieren und Übungssequenzen mit Hilfe von Rollenspielen machen. Die Rollenspiele könnte man unmittelbar besprechen. Es wäre gut, wenn es da Variationen gäbe, damit sie unterschiedliche Möglichkeiten ausprobieren könnten. Oder eben, dass man Videos von RTs anschaut und diese reflektiert und mit eigenen Ideen ergänzt. Das wäre für mich eine gute Weiterentwicklung, denn gegenwärtig bleibt die Reflexion über das RT immer ein bisschen auf der Strecke.

G. BINTER: Ja, da bin ich dabei. Ich fände eine Schulung gut, die drei Aspekte hat. Das eine ist das klassische RT, wie es Tom Andersen konzipiert hat – das ist wahrscheinlich am leichtesten für Anfänger, da brauchen sie noch keine Hypothesen generieren. Das nächste wäre dann die Idee des gesplitteten Teams nach dem Modell der Heidelberger, und das dritte wäre bezogen auf das, was wir vorher schon besprochen haben: „Wie erkenne ich das Unausgesprochene in einer Therapiestunde und wie kann ich es einbringen?“ Es gibt manchmal Therapien, wo es vielleicht für den Therapeuten klar ist, worum es geht, aber er kann es nicht einbringen, weil die Therapiebeziehung nicht stabil genug ist – da könnte ein RT das Thema einbringen. Dann kann der Therapeut nach dem RT daran anschließen, etwa mit der Frage „Was sagen Sie dazu?“ Das RT kann sozusagen bei Klienten etwas ins Bewusstsein bringen. Eine Studentin arbeitet in meinem AST-Projekt gerade mit einem Paar, wo das Problem besteht, dass die Frau langsam erblindet, und das wird nie thematisiert – von den Klienten nicht und von der Studentin nicht. Ich verstehe, dass es für sie schwierig ist, das zu thematisieren. Hier könnte die Thematisierung vom RT ausgehen, etwa wenn ein RT-Mitglied sagt: „Wenn ich mich da hineinversetze, dann muss das Blindwerden von Frau X für diese Beziehung eine große Belastung sein. Es muss für Herrn X schwierig sein zu wissen, irgendwann einmal wird meine Frau nie mehr sehen können.“ Das RT könnte das Schamgefühl des Mannes ansprechen – er geht mit seiner Frau einkaufen, und sie steht dann vor einem Regal und kann nicht mehr lesen, was darauf steht. Für ihn ist das eine peinliche Situation, aber er traut sich nicht, es zu sagen. Das RT könnte Dinge formulieren, die sich Klienten oder auch Therapeuten nicht zu artikulieren trauen, einfach einmal, damit diese Dinge einen Platz im Bewusstsein von Klienten oder einen Platz im Therapieraum bekommen. Klienten entscheiden ja dann ohnehin, ob sie diese Dinge

aufnehmen oder nicht aufnehmen. Vielleicht erwähnen Klienten dann zwei oder drei Therapiestunden später, dass sie zuhause über das, was das RT gesagt hat, geredet haben. Das wäre noch einmal eine andere Form und Chance, wie ein RT Therapeuten unterstützen kann, wenn diese bestimmte Themen – aus Vorsicht oder weil die Therapiebeziehung nicht so stabil ist – nicht selbst artikulieren. Es wäre eine Chance, etwas Unausgesprochene einzuführen.

B. LASSNIG: Ich glaube, dass das Potential des RTs von mehreren Faktoren abhängt – zum einen davon, in welchem Ausbildungsstand die Studierenden sind. Das ist ja anders, wenn sie ganz am Anfang stehen, als wenn sie am Ende des zweiten Jahres sind. Zum Zweiten geht es auch um die Frage, wie regelmäßig die Studentinnen am Therapieprozess teilnehmen. Je regelmäßiger sie teilnehmen und je fixer die AST-Gruppe ist, desto mehr kann das RT beitragen. Dann kann ich auch als AST-Therapeutin versuchen, das RT noch mehr zu spezifizieren und noch besser zu nutzen, vielleicht auch in Form von weiteren interventiven Möglichkeiten. Es geht nicht nur darum, wie viel Zeit wir als AST-Therapeutinnen für die Reflexion oder Planung von RTs verwenden, sondern es geht auch um die Rahmungen, die wir zur Verfügung haben. Das ist aus meiner Sicht entscheidend.

S. BINNENSTEIN: Was meinst du mit Rahmungen, Brigitte?

B. LASSNIG: Mit Rahmungen meine ich, dass gesichert ist, dass Studentinnen einen Therapieverlauf wirklich begleiten, dass sie wirklich mitwirken. Dazu braucht es, glaube ich, eine überschaubare Gruppe, es braucht Zeit und eine stärkere Fokussierung darauf in der Ausbildung oder in AST selbst. Die Studentinnen müssen ja erst lernen, ihre eigenen Gedanken in Fragen zu formulieren.

S. BINNENSTEIN: Ich glaube, es ist wichtig, wenn sich Studierende zumindest einmal in die Rolle einer Klientin versetzen und hier ein RT sprechen hören und erleben. Das haben wir einmal in einer Übungssequenz zum Erstgespräch ausprobiert, mit allen in der AST-Gruppe. Die jeweiligen RTs haben eine Rückmeldung bekommen, wie sich ihre Mitteilungen angefühlt haben. Und in der Rolle der Klientin haben sie gemerkt, wie sich das RT anfühlt – wie ist es denn, wenn andere über mich etwas sagen. Wir haben das einmal gemacht und alle in der AST-Gruppe waren der Meinung, dass das sehr hilfreich für sie war.

K. P. GROSSMANN: Das kann ich mir vorstellen.

S. BINNENSTEIN: Es genügt ja, wenn man kurze Sequenzen übt.

G. BINTER: Vielleicht wäre eine Schulung für die Studierenden, die im ersten Semester sind, wirklich gut.

C. LENZ: Und zusätzlich ...

G. BINTER: ... weitere Schulungen im zweiten Semester. Es wäre gut, wenn wir das irgendwie konzipieren.

C. LENZ: Dann könnten wir auch die, die schon länger in AST sind, dazu einladen.

G. BINTER: Genau.

K. P. GROSSMANN: Ich glaube auch, dass wir – wenn wir dieses Setting RT gezielter und hilfreicher nützen wollen – mehr an Struktur, an Zeit und Ressourcen brauchen würden. Und eine modulare Form der Schulung, mit deren Hilfe wir das verankern.

S. MOLAN-GRINNER: *Jetzt würde ich gern den Stefan her-einholen: Was bewegt dich in Bezug auf das RT aufgrund deiner bisherigen Beobachtungen?*

S. JIRKOVSKY: Meine Wahrnehmung als jemand, der als Studierender an der la:sf selbst in AST war und jetzt zur Einarbeitung nochmals an AST teilgenommen hat, ist, dass oft eine Art Band, eine Kohäsion zwischen dem RT, dem Klienten und dem Therapeuten besteht. Das ist für mich etwas ganz Besonderes. Oft wirken sie als eine Einheit. Mit dem RT kommen zwei Personen dazu, die etwas Bereicherndes zu diesem Therapiesystem beisteuern. Wo ich sehr nahe an euch dran bin ist diese Einschätzung, was das RT bei den Studenten bewirkt. Es ermöglicht ihnen eine vorsichtige Annäherung an Therapie: in einer geschützten Atmosphäre einfach einmal vorsichtig Hypothesen zu formulieren, und dann – nach dem Verlassen des Therapieraumes – kann man wieder aus der Beobachter-Perspektive schauen, was es bewirkt, was es verändert hat. Das stärkt sicher das Selbstwirksamkeitserleben und auch das Selbstvertrauen bei den Studenten. Was ich, so wie ihr, als ungünstiges Verhalten von RT-Mitgliedern sehe, sind zu positive Konnotationen und eine zu hohe, nicht anschlussfähige Ressourcenorientierung im RT.

G. BINTER: Ich sage meinen Studenten immer: „Versucht, eine Formulierung zu finden, die für euch selbst glaubwürdig ist!“

S. JIRKOVSKY: Und noch als ungünstig sehe ich die oft starke Betonung von subjektiver Wahrnehmung –

Sätze wie: „Das ist großartig! Das war eine spannende Stunde!“

G. BINTER: Also den Indikativ- und nicht den Konjunktivgebrauch.

S. JIRKOVSKY: Ja, genau. Diese Art der Bewertung: „Das ist großartig, dass das gemacht wurde oder dass dieses Vorhaben umgesetzt wurde!“ – statt einer neugierigen Haltung, die für mich Teil der Professionalisierung des RTs wäre. Vielleicht müssten die Studenten gewisse Sprachmuster lernen – ohne dass dabei die Lebendigkeit des RTs verloren geht –, eine gewisse Sprachstruktur, Sätze wie: „Es könnte interessant sein, wenn...“ oder „Ich frage mich, ob es einen Unterschied machen würde ...“. Es wäre hilfreich, wenn Studenten im RT mehr im Konjunktiv sprechen würden, dann würden sie vielleicht auch mutiger dabei sein, diese ausgeprägte Ressourcenorientierung auch einmal zu verlassen; dann könnten sie auch leichter etwas anmerken, das einen Unterschied erzeugt. In Bezug auf die Emotionsregulation, von der du, Gerald, geredet hast, glaube ich, dass im Rahmen der Vorbereitung für das RT kleine Rituale für die Studenten hilfreich sein könnten – kleine Rituale, bevor sie in den Therapieraum hinübergehen, damit sie leichter aus bestimmten Emotionen herauskommen und ihnen das Formulieren leichter fällt. Insgesamt glaube ich, es wäre wichtig, wenn sie lernen, in ihren Aussagen Beschreibung und Interpretation voneinander zu trennen.

G. BINTER: Also dass sie beschreiben, was sie sehen, was sie wahrnehmen.

S. JIRKOVSKY: Ja, genau. So wie das in der gewaltfreien Kommunikation der Fall ist – ich glaube, das könnte für das RT sehr hilfreich sein.

S. BINNENSTEIN: Wahrscheinlich insgesamt für die ganze Ausbildung.

S. JIRKOVSKY: Ja, insgesamt, aber ich halte es gerade im RT für besonders wichtig, das muss man einfach trennen lernen.

S. MOLAN-GRINNER: Okay! Dann läute ich die erste Abschlussrunde ein: Was bewirkt jetzt diese Beschäftigung mit dem RT bei euch?

S. BINNENSTEIN: Ich schenke dem RT jetzt mehr Aufmerksamkeit. Ich finde, es ist sehr viel präsenter und wichtiger geworden, seitdem wir die Studie begonnen haben, und es auch in unserer Runde als AST-Therapeuten wichtiger geworden. Ich schaue mehr darauf.

Und es ist auch für die Studentinnen wichtiger geworden.

K. P. GROSSMANN: Das sehe ich ähnlich wie Du. Ich glaube, dass ich die Beiträge des RT jetzt differenzierter wahrnehme. Und ich gebe den Kolleginnen auch mehr Anleitung als früher in Richtung eines erwünschten Verhaltens.

G. BINTER: Früher habe ich mir oft nur gedacht: „Okay, der ist halt nicht so gut drauf!“, jetzt gebe ich ganz konkretes Feedback. Jetzt sage ich: „Versuche das einmal anders! Versuch das nochmal anders zu formulieren!“. Oder ich sage: „So kann man das nicht sagen!“ oder „So kannst du das da drinnen nicht sagen!“. Und ich begründe das dann auch, damit auch verstanden wird, weswegen etwas nicht günstig war.

C. LENZ: Ja, da schließe ich mich auch an, dass das RT durch die Studie und durch die Beschäftigung damit mehr in meine Aufmerksamkeit gerückt ist. Und dann bemerke ich auch, dass manche Studenten sich ein bisschen zieren, ins RT zu gehen – da ist für mich auch klargeworden, dass es für sie eine große Bedeutung hat und auch, wie sehr eine Hürde für sie besteht, das zu tun. Das habe ich aus meiner Geschichte in der Ausbildung nicht mehr so in Erinnerung gehabt.

B. LASSNIG: Das meiste ist schon gesagt. Die größte Auswirkung der Auseinandersetzung damit betrifft mein Selbstverständnis. Als AST-Therapeutin bin ich jemand, der Studentinnen die Möglichkeit gibt, Therapie zu beobachten. Das war so der Anfang meiner AST-Identität. Das wird immer mehr zu „Wir gestalten hier gemeinsam Therapie.“ Da bekommen die Studentinnen mehr Bedeutung bzw. eine größere Rolle, und damit bekommt auch das RT eine größere Bedeutung. Für mich hat sich mein Selbstverständnis weiterentwickelt. Natürlich ist vieles noch nicht so, wie ich es mir wünschen würde. Aber es geht in diese Richtung.

S. MOLAN-GRINNER: Mhm. Danke! Machen wir eine Abschlussrunde im Sinne von: Was gibt es noch zu sagen?

K. P. GROSSMANN: Ich finde, es war ein ergiebiger und spannender Austausch.

G. BINTER: Das, was du, Brigitte, am Anfang gesagt hast, beschäftigt mich noch – deine Feststellung über systemische Therapie mit einem RT als andere Therapieform. Was macht das Medium mit dem ganzen Prozess, was ermöglicht es und was schränkt es ein?

S. BINNENSTEIN: Also für mich ist Therapie mit einem

RT etwas ganz Eigenes. Ich war selbst nicht in AST, während ich die Ausbildung gemacht habe, aber ich habe mitbekommen, dass das eine tolle Möglichkeit für die Studierenden war. Damals dachte ich, dass es für Klientinnen eigentlich ein bisschen eine Zumutung ist, auch wenn sie ihr Einverständnis dazu geben. Ich dachte, sie stimmen zu, weil es eine sehr kostengünstige Therapieform war. Da hat sich meine Sichtweise wirklich ganz verändert. Heute denke ich mir: Das ist eine Bereicherung, Das ist ein tolles Angebot, wo Klientinnen ganz viel bekommen, es ist gar keine Zumutung. Und etwas möchte ich noch ergänzen – darüber haben wir noch gar nicht geredet, das ist mir jetzt noch eingefallen: Kinder lade ich immer auch explizit dazu ein nachzuschauen, wer im Beobachterraum sitzt. Das ist mir noch eingefallen. Letzthin wollte ein Kind in der Abschlussstunde dann von sich aus noch einmal in den Beobachterraum hinüberkommen und sich von allen verabschieden.

G. BINTER: Mir fällt noch eine Geschichte ein. Ich habe ein Experiment gestartet, das hat sich eher aus der Situation ergeben. Eine Studentin hat mit einem Elternpaar gearbeitet, die überhaupt keine Grenzen setzen konnten. In der Vorbesprechung der Therapie habe ich zu ihr gesagt: „Es wäre interessant, mit den Eltern einmal eine Abgrenzungsübung auszuprobieren.“ Sie hat geantwortet: „Das traue ich mich nicht. Mach das du!“ Die Klienten kannten mich aus dem RT, und ich hatte das Gefühl, dass ich da einen guten Kontakt zu ihnen hatte. Deswegen sind wir auf die Idee gekommen, dass sie sich mich als Therapeuten während der nächsten Therapiestunde quasi ausleiht. Das hat sie den Eltern gegenüber in der folgenden Therapiestunde gut formuliert, und ich bin in den Therapieraum gewechselt. Hier haben wir dann diese Abgrenzungsübung gemacht. Ich habe sie mit der Mutter und mit dem Vater gemacht. Nach der Therapiesitzung erzählte die Studentin, dass sich die beiden während der Übung angeschaut haben – sie hatte den Eindruck, zwischen den beiden bestand wieder eine Verbindung, obwohl sie seit Jahren zerstritten waren. Das war eine interessante Erfahrung. Aber es ist nur ein Beispiel, wie viele Möglichkeiten dieses Setting – dass da Beobachter da sind und mitwirken können – beinhaltet.

K. P. GROSSMANN: Ich glaube auch, dass das Setting viele Möglichkeiten eröffnet. Manchmal bitte ich die Studierenden aus dem Beobachterraum, sich für eine Skulptur zur Verfügung zu stellen, das macht ihr wahrscheinlich auch. Ich sehe in diesem Setting auch ein großes Potential von Verwendungsmöglichkeiten, das über die traditionelle und ritualisierte Form des RTs hinausgeht.

G. BINTER: Ich arbeite gerade mit einer Familie, in der der Sohn versucht, seine Eltern zu spalten. Um das ins Bewusstsein zu bringen, könnte man es veranschaulichen, etwa indem der Sohn versucht, den Papa und die Mama körperlich auseinanderzuziehen. Und die Studenten könnten in den Therapieraum kommen und hier den Eltern helfen, ihren Zusammenhalt zu wahren, damit der Sohn zum ersten Mal in seinem Leben merkt: Egal wie er sich anstellt und was er tut, er kann die Eltern nicht trennen. Das wäre ein körperliches Erlebnis. Und es könnte eine große Entlastung sein. Das wäre so ein Anwendungsfall, wo man die Beobachter bei bestimmten Übungen nutzen könnte.

C. LENZ: Ich möchte noch etwas zu dem, was du, Sigrid, gesagt hast, ergänzen: Ich frage auch erwachsene Klienten beim Erstgespräch, ob sie in den Beobachterraum hinüberschauen wollen, und einige wollen das auch. Es ist wie ein zweiter Schauplatz, manche Klienten winken dann durch das Fenster der Einwegscheibe. Und manche Klienten - eher die Frauen - bringen Kuchen und Schokolade für die Studenten mit, den sie mir dann geben. Die Studenten werden von Klienten mitbedacht.

K. P. GROSSMANN: Das erlebe ich auch. Und viele Klientinnen bringen ihre Wertschätzung für das RT in der Abschlussequivaluierung einer Therapie zum Ausdruck.

C. LENZ: Ja. Da ist es auch so, dass sie den Beitrag der Studenten betonen und hervorheben. Und es gibt auch Klienten, die beim RT mitschreiben.

S. MOLAN-GRINNER: *Brigitte, gibt es von Dir noch ein Abschluss-Statement?*

B. LASSNIG: Es war ein sehr bereicherndes Gespräch, eine feine Diskussion.

S. MOLAN-GRINNER: *Genau. Danke an die Runde!*

LITERATUR:

- Bohnsack, R. (1997): Gruppendiskussionsverfahren und Milieuforschung. In: B. Friebertshäuser u. A. Prengel (Hrsg.): Handbuch. Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim (Juventa), 492–501.
- Lamnek, S. (1998): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim (UTB).