

Elisabeth Wagner

Die therapeutische Beziehung in der systemischen Familientherapie

DAS VERSTÄNDNIS DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG IN DER SYSTEMISCHEN FAMILIENTHERAPIE IM WANDEL DER ZEIT

Die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung hat sich im Laufe der Entwicklung der systemischen Therapie immer wieder deutlich geändert. In einem ersten Schritt sollen die historischen Positionen der humanistisch geprägten entwicklungsorientierten Familientherapie den eher auf „Verstörung“ beruhenden Ansätzen des Mailänder und des frühen Heidelberger Teams gegenübergestellt werden, bevor detaillierter das aktuell vorherrschende Verständnis der therapeutischen Beziehung in lösungsorientierter, narrativer und hypnosystemischer Therapie vorgestellt wird.

Eine der „Mütter der Familientherapie“ war Virginia Satir, die mit ihrem humanistisch geprägten Weltbild wesentlich dazu beitrug, dass das pathologieorientierte Denken über Familien, das vor allem von frühen psychoanalytisch geprägten Familientherapeut*innen realisiert wurde, überwunden wurde. Sie formulierte das Ideal einer kongruenten und offenen Beziehung,

die in der Therapie erfahren und dann als Modell für andere Beziehungen dienen soll.

Virginia Satir war unbestritten eine Pionierin der Familientherapie – um nichts weniger war sie aber auch eine Pionierin der Humanistischen Psychologie, gründete sie doch Ende der 1950er-Jahre gemeinsam mit Carl Rogers und Abraham Maslow die American Association for Humanistic Psychology. Das Menschenbild ist hier ein radikal optimistisches: Im Unterschied zur frühen Psychoanalyse, die den Menschen in dem tragischen Konflikt zwischen Triebwünschen und Über-Ich-Verboten unentrinnbar gefangen sieht, halten humanistische Psycholog*innen das Entwicklungspotential des Menschen für prinzipiell uneingeschränkt. Zentraler Motor der psychischen Entwicklung ist das Streben nach Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung. Das Bedürfnis sich zu entwickeln, seine Möglichkeiten zu entfalten und Autonomie zu erlangen, sind für die Persönlichkeit des Menschen konstitutiv. Rogers hat dies in seinem bekannten „Kartoffelgleichnis“ dargestellt: Sobald ein bisschen Licht auf die Kartoffel im Keller fällt, beginnen diese auszutreiben. Aktualisierungstendenz meint also das unbedingte menschliche Bestreben, auch unter den lebensfeindlichsten Bedingungen zu wachsen und sich zu entfalten.

Nichtsdestotrotz können Umwelteinflüsse, vor allem frühe negative Beziehungserfahrungen, die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes beeinträchtigen und die Selbstentfaltung blockieren. Für die Entwick-

Teile dieses Textes wurden bereits im Buch *Therapeutische Beziehungen. Aktuelle Konzepte im Kontext der Behandlung psychisch kranker Menschen*, Riffer, F., Sprung, M., Kaiser E., Streibl, L. (2020) (Hrsg.), Springer, veröffentlicht.

lung eines positiven Selbstkonzeptes bedarf es folgender Erfahrungen durch die Eltern bzw. die primären Bezugspersonen: Sie müssen das Kind lieben, wie es ist („ungeschuldete Liebe“), das heißt, dass die elterliche Liebe nicht an überfordernde Bedingungen geknüpft sein darf. Kindliche Bedürfnisse müssen berücksichtigt werden, wobei v. a. das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit zuverlässig erfüllt werden muss. Eltern sollen an den persönlichen Vorlieben und Wesenszügen des Kindes echtes Interesse zeigen und sie diesbezüglich anregen und unterstützen und in altersadäquatem Ausmaß Autonomie gewähren, das heißt, Bevormundung und Kontrolle nur maßvoll einsetzen. Von besonderer Bedeutung ist auch, dass Kindern der Ausdruck ihrer Gefühle erlaubt wird und auch negative Gefühle nicht sanktioniert werden. Wenn primäre Bezugspersonen den Ausdruck von Angst, Enttäuschung oder Trauer bei ihren Kindern nicht zulassen, entweder weil sie ihnen das Recht dazu explizit absprechen („Es gibt keinen Grund, jetzt enttäuscht zu sein...“) oder aber durch die negativen Gefühle des Kindes selbst so bedroht werden, dass Kinder sie nicht offen zeigen können, kann dies zur Entwicklung eines „falschen Selbst“ beitragen. In diesem Fall wird das Selbstkonzept durch die Erwartungen und Bedürfnissen der Eltern verzerrt und die Selbstaktualisierung eingeschränkt.

Die Prämissen humanistischer Psychologie wurden etwas ausführlicher dargestellt, weil das hier formulierte Menschenbild, vor allem die optimistische Einschätzung des Entwicklungspotentials des Menschen, auch für moderne systemische Therapie eine gute Ausgangsbasis darstellt. Ohne sich explizit auf humanistische Psychologie zu berufen, wird die Überzeugung, dass alle Menschen grundsätzlich über das Potential zur Lösung ihrer Probleme verfügen, sowohl von lösungsorientierter wie auch von hypnosystemischer Therapie geteilt.

In dieser frühen Phase der Familientherapie ging man davon aus, dass „Heilung durch Begegnung“ (Satir & Baldwin, 1988) passieren soll. Virginia Satir sagte in diesem Zusammenhang: „Ich glaube daran, dass das größte Geschenk, das ich von jemandem empfangen kann, ist, gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden. Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist, den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren.“

Eine deutlich andere Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung fand sich in der frühen Mailänder Schule. Raffinierte therapeutische Strategien und Überras-

chungseffekte sollten zur „Heilung durch Systemveränderung“ führen, indem sie „das pathologische Spiel der Familie unmöglich machen“, bzw. deren „Manöver durchkreuzen“. Um die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, dass Therapeut*innen in die pathologischen Spiele der Familie hineingezogen werden, beobachtete die erfahrenste Therapeut*in das Geschehen hinter dem Einwegspiegel. Die durchführende Therapeut*in unterbrach die Arbeit mit der Familie kurz vor dem Sitzungsende, um sich von außen Anregungen/Empfehlungen für eine geeignete Abschlussintervention zu holen. Diese wurde dann verkündet, ein weiteres Gespräch darüber wurde vermieden. Die autoritäre Expert*innenhaltung der Mailänder Schule löste nicht zuletzt vor dem Hintergrund allgemeiner Demokratisierungsprozesse der Gesellschaft zunehmende Skepsis aus. Nach der konstruktivistischen Wende setzten sich nicht nur aus erkenntnistheoretischen Gründen „Kooperationsmodelle“ durch. Der Zweifel an einem überlegenen Expert*innenwissen führte in Zusammenhang mit dem Zeitgeist zu einer Demokratisierung des Therapieprozesses. Dennoch hat sich die Idee der „Verstörung“ als Wirkfaktor in systemischen Therapien in vielen Bereichen gehalten und sollte auch nicht leichtfertig aufgegeben werden.

Respekt vor der Person, aber Respektlosigkeit vor dem Symptom und vor bestimmten dysfunktionalen Überzeugungen war lange ein Markenzeichen konstruktivistisch orientierter systemischer Therapie. Die Dekonstruktion problemaufrechterhaltender Überzeugungen durch „Verstörung“ wird eindrucksvoll zum

Beispiel in dem „Lernbuch – Zirkuläres Fragen“ von Simon und Rech-Simon (2009) dargestellt. In der Fallgeschichte „Die Auflösung von Schuld“ (Ebd., S. 111–143) dekonstruiert Fritz Simon, ein Vertreter des Heidelberger Teams, die Idee der Schuld der Mutter an der Drogenabhängigkeit des Sohnes in einer Gesprächssequenz mit der Tochter, indem er genau nachfragt:

Fritz Simon: „Und in welchem Verhalten Ihrer Mutter sieht er (der drogenabhängige Sohn) ein schuldhaftes Verhalten (der Mutter)?“

Klientin: „Also, dass er dauernd überbemmert wurde. Dass sie ihn fragt: „Willst Du noch ein Brot?“ Und wenn er dann nein sagt und sie ihm trotzdem noch eins bringt.“

Statt eines empathischen Verstehens wählt Simon hier den Weg der Verstörung und fragt: „Und wie sieht er den Zusammenhang zwischen geschmierten Broten und Drogenabhängigkeit?“



DR. IN ELISABETH WAGNER ist Psychotherapeutin (SF), Lehrtherapeutin an der Ia:SF, Supervisorin, Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Zahlreiche Veröffentlichungen zu Emotionsbasierter systemischer Therapie, Systemischer Therapie bei Persönlichkeitsstörungen und Systemischer Therapie in klinischen Kontexten.

Die Klientin erklärt den Zusammenhang so: „Dass er nie selbständig geworden ist.“

Simon fragt nach: „Sieht er es so, dass Ihre Mutter verhindert hat, dass er selbständig geworden ist?“ – Die Klientin bestätigt: „Ja, die hat es verhindert.“

Simon: „Und wie hat sie das verhindert? Dadurch, dass sie Brote schmiert?“

Fritz Simon ist nicht bereit, das abstrakte Schlagwort „Überfürsorglichkeit“ als Erklärung für Drogenabhängigkeit durchgehen zu lassen, sondern macht die logischen Lücken in der Kausalkonstruktion deutlich. Er zeigt damit auf, dass „verstehen“ eine Form der Bestätigung ist und Therapeut*innen nicht immer gut beraten sind, wenig nützlichen Überzeugungen der Klient*innen mit einer verständnisvollen Haltung zu begegnen. Die in einer konkreten therapeutischen Situation angemessene Portion „Respektlosigkeit“ muss sorgfältig dosiert sein. Im Zweifelsfall sind vorsichtiger Formen der Infragestellung zu empfehlen.

Während die Mailänder noch „Respektlosigkeit“ vor dem Symptom und damit häufig recht unerschrockene „Verstörungen“ durch die Therapeut*innen vorschlugen (vgl. Checcin et al., 1993), hat sich in weiterer Folge auch in der systemischen Therapie das Wissen um die Bedeutung einer unterstützenden therapeutischen Beziehung durchgesetzt. Als eines der meist bestätigten Ergebnisse der Psychotherapieforschung gilt, dass

des Interesse verdient und sollen keine Kritik oder Abwertung befürchten müssen. „Ich interessiere mich für Sie“, „Es tut mir leid, wenn es Ihnen schlecht geht“, „Ich werde all meine Erfahrung nützen, damit unsere Kooperation hilfreich für Sie ist“ – diese Aussagen müssen nicht explizit getätigt werden, sollten sich aber in der therapeutischen Haltung und im Beziehungsverhalten systemischer Therapeut*innen ausdrücken. Klient*innen müssen wissen: „Ich bin hier sicher, hier werde ich nicht verletzt oder abgewertet“ und „Die Therapeut*in kennt sich aus und will mir helfen“ – sowohl die Kompetenzzuschreibung als auch die Zuschreibung guter Absichten sind wichtige Voraussetzungen für eine gelingende therapeutische Beziehung. Für Menschen mit überwiegend positiven Beziehungserfahrungen ist das eine Selbstverständlichkeit. Je belastender sich aber frühere Beziehungserfahrungen gestaltet haben, desto unsicherer ist dieser „Vertrauensvorschuss“. Doch gerade da gilt: Nur wenn sich Klient*innen gut aufgehoben fühlen, keine Angst vor Kritik oder Abwertung haben, sind sie bereit, sich mit ihren Schwierigkeiten produktiv auseinanderzusetzen – sonst verharren sie in der Klage oder im Vorwurf oder in destruktiven Beziehungstests.

Grundsätzlich ist moderne systemische Therapie – egal, ob sie sich mehr lösungsorientiert, konversational, narrativ oder hypnosystemisch ausrichtet – aufgrund ihrer spezifischen Haltung und zentraler Konzepte im hohen Maße kooperationsorientiert. Auftragsorientierung, konstruktivistische Bescheidenheit und die Anerkennung der Autonomie psychischer und sozialer Systeme führen zu einer respektvollen Beziehung „auf Augenhöhe“, reduzieren den Versuch instruktiver Interaktion und verhindern eine

autoritäre Expert*innenhaltung hinsichtlich der Bestimmung von Zielen und Lösungen.

Systemische Therapeut*innen versuchen, problem- oder symptomaufrechterhaltende Überzeugungen und Narrative infrage zu stellen und die Entwicklung neuer, ziieldienlicher Verhaltensweisen, Interaktionen oder Überzeugungen anzuregen. Sie bieten einen sicheren Rahmen, der es Klient*innen ermöglicht, über die Veränderungen in ihrem Einflussbereich nachzudenken. Während ängstlichen und misstrauischen Patient*innen dabei behutsam, geduldig und verständnisvoll begegnet werden soll, ist bei anderen eine Engführung von empathischem und bestärkendem Verhalten nicht zwingend erforderlich. Hier kann „verstören“ Therapeut*innenverhalten, welches bestimmten (problemaufrechterhaltenden) Erklärungen, Sichtwei-

Als eines der meist bestätigten Ergebnisse der Psychotherapieforschung gilt, dass eine gute therapeutische Beziehung der prognostisch wichtigste Faktor für den Therapieerfolg ist.

eine gute therapeutische Beziehung der prognostisch wichtigste Faktor für den Therapieerfolg ist. Einschränkung sollte aber bedacht werden, dass die gute therapeutische Beziehung nicht alleine im Einflussbereich der Therapeut*innen liegt, da sich natürlich Klient*innen darin unterscheiden, wie leicht sie eine gute therapeutische Beziehung eingehen, und dies gerade bei Personen mit schweren Persönlichkeitsstörungen häufig kaum gelingt. Die Aussage betreffend Korrelation von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg unterscheidet sich damit nicht allzu sehr von der Aussage, dass die Behandlungen von gesünderen Personen meist erfolgreicher sind als die von (strukturell) deutlich beeinträchtigten Patient*innen.

Dennoch gilt – egal, ob es uns die Klient*innen leicht oder schwer machen –, sie haben unser wohlwollen-

sen und Bedeutungsgebungen gezielt respektlos begegnet, durchaus nützlich sein.

Es ist daher sinnvoll, auch das therapeutische Beziehungsangebot dem konkreten Bedarf anzupassen: maximal stützend und entlastend bei akuten Krisen, „wohlwollend verstörend“ bei stabilen, veränderungsorientierten Klient*innen.

REFLEXIVE FRAGEN ZUR THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG UND UTILISIERUNG DES TEILEKONZEPTS

Als Ausdruck der Kooperationshaltung liegt es nahe, Klient*innen zu gemeinsamen Reflexionsprozessen einzuladen: „Wie erleben Sie unsere Zusammenarbeit? Haben Sie das Gefühl, dass unsere Gespräche für Sie nützlich sind? Gibt es etwas, das wir Ihrer Meinung nach verändern sollten?“ Gunther Schmidt (2004) hat dafür die Formulierung „sich Supervision beim Klienten holen“ geprägt.

Es können aber auch ganz gezielt problematische Aspekte in der therapeutischen Kooperation angesprochen werden: „Wenn Sie zu mir in die Stunde kommen, haben Sie oft einen großen Erzähldruck und wollen mich ausführlich darüber informieren, was in der Zwischenzeit alles passiert ist. Oft nimmt dieses Erzählen fast die ganze Stunde ein und wir finden erst ganz zum Schluss einen Fokus, an dem wir wirklich therapeutisch arbeiten. Ich frage mich, ob das gut für Sie ist, ob das sinnvoll und nötig ist oder ob es uns ‚passiert‘ und ob es meine Aufgabe wäre, Sie wirkungsvoller zu unterbrechen? Was meinen Sie dazu?“

Oder: „Was wäre denn Ihre Erwartung an mich? Was sollte ich denn Ihrer Meinung nach tun, wenn ich den Eindruck habe, dass Ihre Erklärungen und Überzeugungen unzutreffend oder sogar Teil des Problems sind? Würden Sie es mir übelnehmen, das anzusprechen? Wie vorsichtig müsste ich dabei sein?“

Wann immer es zu negativen Reaktionen auf Fragen, Kommentare oder Vorschläge der Therapeut*in kommt, sollte das zeitnah und wertschätzend angesprochen werden: „Ich habe das Gefühl, dass Sie sich jetzt über das geärgert haben, was ich zuletzt gesagt habe. Was ist denn bei Ihnen genau angekommen?“ Oder: „Ich fürchte, im Moment fühlen Sie sich von mir nicht gut verstanden. Helfen Sie mir, zu verstehen, was da gerade in Ihnen vorgeht.“

Wenn ich dieses Vorgehen in der Supervision vorschlage, werden oft Zweifel geäußert, ob Klient*innen denn in der Lage sind, solche Fragen adäquat zu beantworten. Aus meiner Sicht geht es bei reflexiven Fragen zur therapeutischen Beziehung allerdings gar nicht um den konkreten Inhalt der Antwort, vielmehr geht es darum, einen nützlichen Reflexionsprozess in Gang zu

setzen und damit die Verhandelbarkeit bestimmter Vorgehensweisen und auch die gemeinsame Verantwortung für den Prozess deutlich zu machen.

Systemische Therapeut*innen adressieren Klient*innen als Expert*innen für ihr Leben, als grundsätzlich kompetent und selbstbestimmt. Wenn das Gesamtbild von Klient*innen dem nicht entspricht, wenn sie sich offensichtlich nicht kompetent und selbstbestimmt verhalten, können wir immer noch einen gesunden Anteil als Auftraggeber*in der Therapie konzeptualisieren.

Eine 24-jährige Studentin mit einem schädlichen Drogenkonsum und hoch destruktiven Beziehungen – eine Borderlinestörung wurde diagnostiziert – beginnt eine Therapie. Sie äußert glaubhaft ihre Verzweiflung darüber, dass sie ihr selbstschädigendes Verhalten nicht in den Griff bekommt: „Ich behandle mich schlechter als meinen ärgsten Feind.“ Zeigt aber wenig Hoffnung auf Veränderung: „Ich bin bereit, alles zu probieren, aber ich kann mir nicht vorstellen, wie es gelingen sollte. Wenn die Gier kommt, greife ich zu Drogen, wenn die Leidenschaft kommt, lasse ich mich auf die Männer ein, obwohl ich weiß, dass sie mir schaden. Ich kann mich davor nicht schützen.“ Nach einer ausführlichen Exploration aller Gefährdungsmomente, aber auch aller Ressourcen (die Patientin ist seit vielen Jahren geringfügig in einem Architekturbüro beschäftigt und hat auch noch immer ihr Studium nicht ganz aufgegeben) und ihrer Erwartungen an die Therapie beschreibe ich unser Arbeitsbündnis so: „Bei allem, was in ihrem Leben nicht gelingt, bei allem, wo Sie sich nicht auf sich verlassen können, wenn Sie sich schädigen und in Gefahr bringen, indem Sie Drogen konsumieren, wenn Sie Ihre Eltern belügen, um weiter an Geld zu kommen, danach nichts mehr essen, um sich dafür zu bestrafen, gibt es einen Teil in Ihnen, der will, dass das besser wird; dass Sie ein normales Leben führen können; dass Sie sich einem Partner zuwenden können, der Sie nicht verletzt und demütigt; dass Sie Frieden mit sich schließen können. Dieser Teil hat beschlossen, mit der Therapie anzufangen. Dieser Teil beauftragt mich, Ihnen zu helfen, Ihre Ziele zu erreichen. Mir ist klar: Im Moment hat dieser Teil keine stabile Regierung, hat nicht die Macht, sich gegen die anderen Anteile durchzusetzen. Er hat eine Art Minderheitsregierung und wird immer wieder von der Opposition überstimmt und entmachtet. Aber egal wie oft er von der Regierungsbank gestürzt wird, er rappelt sich wieder auf und erhebt wieder den Regierungsanspruch. Er gibt nicht auf. Das finde ich sehr beachtlich. Und ich bin gerne bereit, diesen Teil zu unterstützen. Vielleicht finden wir gemeinsam Koalitionspartner für seine Anliegen und Ziele.“

SOLLTEN PHÄNOMENE DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG MIT DEN BEGRIFFEN ÜBERTRAGUNG UND GEGENÜBERTRAGUNG BESCHRIEBEN WERDEN?

Im Alltagsdiskurs von Psychotherapeut*innen aller

Schulen ist es üblich, emotionale Reaktionen von Klient*innen als Übertragung und emotionale Reaktionen von Therapeut*innen als Gegenübertragung zu bezeichnen. Ich halte dies aus mehreren Gründen für problematisch: Zum einen ist vor allem der Begriff Gegenübertragung sehr vieldeutig. In der klassischen Interpretation wird als Gegenübertragung die zunächst unbewusste Reaktion der Therapeut*in auf die Übertragung der Klient*in verstanden. Manche Autor*innen verwenden den Begriff aber viel umfassender: Sie bezeichnen alle Gefühle und Einstellungen von Therapeut*innen gegenüber ihren Klient*innen als Gegenübertragung. Wieder andere sehen in der Gegenübertragung das Pendant zur Übertragung.

Die Übertragung wiederum wurde ursprünglich als Verzerrung der Realität und Wiederholung aus der Vergangenheit verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass sich in der psychoanalytischen Behandlung eine unbewusste Beziehung zwischen Patient*in und Analytiker*in entwickelt, die durch die jeweiligen Beziehungen aus der Vergangenheit der Patient*in geprägt ist und die durchgearbeitet werden muss. Freud nahm an, dass sich diese Übertragungsphänomene unabhängig von der Person, auf die übertragen wird, einstellen, dass sie also keine Information über die reale therapeutische Beziehung geben, sondern als „Irrtum in der Zeit“ zu verstehen sind. Moderne psychoanalytische Autor*innen, vor allem Vertreter*innen des intersubjektiven Ansatzes kritisieren, dass dieses Verständnis von Übertragung dazu führt, dass die realistischen und zutreffenden Wahrnehmungen in der therapeutischen Beziehung vernachlässigt werden. So weist z. B. Mertens (1996) darauf hin, dass es recht bequem für die Therapeut*in ist, wenn sie/er davon ausgehen kann, dass der (unzufriedene, verärgerte oder gekränkte) „Patient nicht [sie] ihn persönlich meint, sondern Vater oder Mutter“.

Da die Bearbeitung der Übertragungsbeziehung ein zentraler therapeutischer Wirkfaktor ist, wird in der Psychoanalyse das Setting konsequent so gestaltet, dass sich eben diese Übertragungsbeziehung maximal entfalten kann: Die Therapie ist hochfrequent, findet im Liegen statt, um der Phantasie bzw. der Erinnerung Platz zu geben. Durch die Aufforderung zur freien Assoziation und die abstinente Haltung der Analytiker*in wird die Regression gefördert. Dies ist in der Psychoanalyse v. a. bei neurotischen Patient*innen gewünscht, weil es Voraussetzung für die Bearbeitung der zugrundeliegenden Konflikte ist. Abstinenz bedeutet hier, dass Beziehungswünsche nicht erfüllt werden sollen, weil dies die Bewusstwerdung verdrängter Wünsche erschwert. Diese „neo-klassische Technik“ der 1950er-Jahre erreichte im Ideal der schweisgsamen, passiven, neutralen und anonymen

Analytiker*in, die ihre Patient*innen nicht zum Geburtstag gratuliert und bei einem Todesfall in der Familie nicht kondoliert, ihren Höhepunkt (vgl. Eichberger, 2020). Je abstinenter sich Analytiker*innen verhalten, je weniger sie die Beziehungswünsche der Analysand*innen erfüllen, desto deutlicher entwickle sich die Übertragungsbeziehung. Durch die Deutung der Übertragung würden dann die unbewussten Realitätsverzerrungen dem Bewusstsein zugänglich gemacht und damit aufgelöst. Auch hier entwickelte die moderne Psychoanalyse eine andere Sichtweise: Aus intersubjektiver Perspektive wird darauf hingewiesen, dass eine konsequent abstinente Haltung eine Frustration der Beziehungswünsche darstellt und die daraus resultierenden Konflikte nicht auf eine zugrundeliegende Psychopathologie schließen lassen. Eine streng abstinente Haltung wird daher aus intersubjektiver Perspektive nicht empfohlen.

Dieser kurze Abriss des analytischen Übertragungsbegriffes soll deutlich machen, dass es sich dabei um „theoriegeladene Begriffe“ handelt, die adäquat nur in einem psychodynamischen Therapieverständnis genutzt werden können. Systemische Therapeut*innen befinden sich am entgegengesetzten Pol der Beziehungsgestaltung. Im Unterschied zu abstinenter Analytiker*innen verhalten sich systemische Therapeut*innen ziel- und auftragsorientiert. Die niedrige Therapiefrequenz und das aktive, ressourcenorientierte Gesprächsverhalten wirken in systemischen Therapien der Regression und damit der Entwicklung einer heftigen Übertragungsbeziehung entgegen. Ich halte es daher nicht für sinnvoll, wenn systemische Therapeut*innen Phänomene in der therapeutischen Beziehung mit dem Begriffspaar Übertragung und Gegenübertragung beschreiben. Sinnvoller ist es hier aus meiner Sicht, „theoretisch neutrale“ Begriffe zu verwenden.

Um zu verdeutlichen, dass sich frühere Beziehungserfahrungen im aktuellen therapeutischen Beziehungsverhalten und Beziehungserleben der Klient*innen ausdrücken, braucht es keinen Übertragungsbegriff. Das ist, zumindest wenn wir uns auf die bewusstseinsnahen Inhalte beschränken, eine Selbstverständlichkeit und kann auch alltagssprachlich formuliert werden: „Sie hatten in Ihrem Leben wenig Gelegenheit, sich in engen Beziehungen gut aufgehoben und sicher zu fühlen. Immer wieder sind Sie enttäuscht worden. Was vermuten Sie denn, wie sich das auf unsere Zusammenarbeit auswirkt?“ Oder: „Sie haben das letzte Mal sehr heftig darauf reagiert, dass ich Ihnen keinen Ersatz für den Termin anbieten konnte, den Sie krankheitsbedingt abgesagt haben. Ich hatte fast den Eindruck, sie würden meinen, dass ich Sie bestrafen wollte. Das war aber nicht so. Im Gegenteil – es hat mir

leidgetan, dass ich Ihnen nichts anbieten konnte, weil ich weiß, dass Ihnen die Termine wichtig sind. Aber ich war auf einem Kongress, wie ich Ihnen ja erklärt habe. Wie haben Sie denn die Situation erlebt, woher kam denn Ihrer Meinung nach Ihre heftige Reaktion?“ Je stärker die strukturelle Beeinträchtigung, desto wahrscheinlicher ist eine Störung der therapeutischen Beziehung zu erwarten. Wenn wir Persönlichkeitsstörungen als stark gebahnte und daher häufig auftretende dysfunktionale Fühl-Denk-Verhaltensmuster betrachten, müssen wir davon ausgehen, dass sich diese Erlebnismuster auch in der therapeutischen Beziehung realisieren. Aus systemischer Perspektive wurde in diesem Zusammenhang das Konzept der „Einladung“ entwickelt (vgl. Kilian, 2001): Dabei werden die „störungsspezifischen Interaktionsmuster“ als Einladungen bezeichnet, denen sich die Therapeut*in gegenüber sieht (vgl. Wagner, Henz, Kilian, 2016). Im Unterschied zum psychoanalytischen Konzept von „Übertragung-Gegenübertragung“, das ein Macht- und Wissensgefälle beinhaltet zwischen dem „Überträger“, der unbewusst seine inneren Konflikte ausagiert, und dem „Gegenüberträger“, der analysierend und wissend seine eigenen Gedanken, Gefühle und Impulse kontrollieren muss, wird mit dem Konzept der „Einladung“ absichtsvoll ein Begriff aus der Alltagswelt eingeführt, der Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe impliziert. Eine Einladung kann angenommen oder ausgeschlagen werden, sie kann eine Gegeneinladung zur Folge haben, sodass der weitere Verlauf von beiden Beteiligten in einem gemeinsamen Prozess gestaltet wird (vgl. Wagner, 2019).

So sympathisch es ist, dass der Einladungsbegriff nicht pathologisiert und stigmatisiert, so sollte doch nicht übersehen werden, dass der wesentliche Beitrag zur Interaktionsstörung auch bei diesem Konzept den Klient*innen zugeschrieben wird. In manchen Fällen ist es allerdings unerlässlich, sehr genau nachzuspüren, was ein bestimmtes Interaktionsverhalten auf Seiten der Therapeut*in auslöst, bzw. welche Beziehungsmuster sie selbst in die Therapie einbringt.

Seitens Schematherapie wurden hier drei problematische Stile unterschieden: Sowohl auf Seite der Therapierenden als auch auf Seite der Klient*innen können Unterordnung, distante Vermeidung oder Dominanz als problematische Phänomene in der Therapie auftauchen. Vermeidende Therapierende bleiben in ihrer

„therapeutischen Komfortzone“ (vgl. Roediger, 2020, S. 25) und „reden mit den Behandelten über die Dinge“. Interessanterweise beruft sich Roediger hier auf die Synergetik, die aufzeigt, dass „biologische Systeme“ – und damit auch Therapierende – einen Zustand niedriger Aktivierung anstreben. Es sei daher nicht verwunderlich, „dass wir uns einen innerlichen Schubs geben müssen, um aus dem energetisch weniger fordernden Gesprächsmodus in die Arbeitshaltung zu wechseln, die diese Techniken brauchen“. (Roediger, 2020, S. 26). Roediger meint hier konkrete Interventionen, die wichtige Erfahrungen vermitteln und für die eventuell auch extra geworben werden muss – wie Expositionen, Rollenspiele oder affektaktualisierende Techniken der Biografiearbeit –, aber auch den Aufwand der „empathischen Konfrontation“. Er bemerkt kritisch, dass viele Therapeut*innen lieber guldig „nachbeeltern“, als empathisch zu konfrontie-

Vermeidungsverhalten oder „Unterordnung“ auf Seiten der Therapeut*innen, egal, ob aus Angst vor starken Emotionen oder „Bequemlichkeit“, können dazu beitragen, dass zentrale Themen in der Therapie nicht bearbeitet werden und die therapeutische Kooperation damit ineffektiv bleibt.

ren. Auch wenn ich, wie später ausgeführt, den Begriff der „Konfrontation“ nicht günstig finde, halte ich die Auseinandersetzung mit den persönlichen Stilen von Therapeut*innen für sinnvoll. Vermeidungsverhalten oder „Unterordnung“ auf Seiten der Therapeut*innen, egal, ob aus Angst vor starken Emotionen oder „Bequemlichkeit“, können dazu beitragen, dass zentrale Themen in der Therapie nicht bearbeitet werden und die therapeutische Kooperation damit ineffektiv bleibt. Im Unterschied dazu kann ein ausgeprägtes Dominanzmuster der Therapeut*in die Autonomieentwicklung von Klient*innen behindern und Abhängigkeitsentwicklungen befördern. Geraten dominante Therapeut*innen an dominante Klient*innen, drohen hingegen Machtkämpfe und Therapieabbrüche.

Die Frage, was bestimmte „Einladungen“ von Klient*innen bei den betroffenen Therapeut*innen auslösen und wie diese Reaktionen auch durch persontypische Beziehungsmuster seitens der Therapeut*in geprägt sind, sollte daher, unabhängig vom dem psychoanalytischen Konzept der Übertragung und Gegenübertragung, auch in der Supervision systemischer

Therapieprozesse üblich sein. Ebenso sollte die Lehrtherapie im Rahmen der Ausbildung dafür genutzt werden, die persontypischen emotionalen Reaktionsbereitschaften auf bestimmte Beziehungsangebote und Einladungen kennenzulernen. Am Ende einer systemischen Therapieausbildung sollten sich Therapeut*innen ihrer spezifischen Fühl-Denk-Verhaltensprogramme, die in schwierigen Therapiesituationen aktiv werden, bewusst sein, damit sie auch in weiterer Folge durch Intervention oder Supervision sicherstellen können, dass nicht eigene dysfunktionale Interaktionsmuster die Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung aufrechterhalten.

WARUM DIE SYSTEMISCHE THERAPIE AUF DIE KONZEPTUALISIERUNG VON WIDERSTAND VERZICHTET

Im Unterschied zu psychodynamischen Methoden stellt auch „Widerstand“ kein zentral bedeutsames Konzept in der systemischen Therapie dar. In einem ersten Schritt gehen wir davon aus, dass sich im „Widerstand“ berechnete Einwände gegen eine bestimmte Intervention oder zumindest Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer Intervention zu einem bestimmten Zeitpunkt äußern.

Systemische Therapie wird als gemeinsames Projekt von Klient*in und Therapeut*in verstanden. Klient*innen beschreiben das Problem und das Ziel, Thera-

sen das nicht machen, wenn es Ihnen nicht passend vorkommt. Ich will Sie keineswegs überreden, es ist unsere gemeinsame Aufgabe, eine für Sie passende Form zu finden. Aber lassen Sie mich nachfragen, was regt sich denn da in Ihnen, warum passt die vorgeschlagene Vorgangsweise nicht, was befürchten Sie? Wenn wir diesen Regungen gemeinsam nachspüren, erhalten wir wichtige Informationen, was für Sie passt, und ich tu mir leichter, Ihnen passende Vorschläge zu machen.“

Manchmal richtet sich „Widerstand“ jedoch nicht gegen eine bestimmte Intervention, sondern wird unspezifischer und umfassender wahrgenommen. Klient*innen scheinen „sich nicht verändern zu wollen“, „am Problem festzuhalten“ oder „wenig motiviert“ zu sein. Das könnte auf mangelnde Übereinstimmung bei den Zielen (Klient*innen haben den Eindruck, dass nicht an „ihren Zielen“ gearbeitet wird), auf ein starkes Autonomiebedürfnis oder eine grundlegende Angst vor Veränderung zurückzuführen sein (vgl. Bleckwedel, 2009, S. 112).

Im ersten Fall müssen nach einer neuerlichen Auftragsklärung mögliche Differenzen in der Zieldefinition besprochen werden, z. B.: „Mir ist klar, Ihnen geht es vor allem um eine bessere Beziehung zu Ihrer Frau und daher nervt es Sie, wenn ich die letzten Stunden vor allem dafür genützt habe, mit Ihnen über Ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Meine Erinnerung ist allerdings, dass Sie mir gesagt haben, dass das der Haupt-

vorwurf Ihrer Frau ist.

Dass die Streitereien meist damit beginnen, dass Sie alkoholisiert sind. Deshalb hatte ich den Eindruck, dass Sie einverstanden sind, einmal einen alkoholfreien Monat einzulegen und die Auswirkungen auf Ihre Partnerschaft zu besprechen. Allerdings ist das bis jetzt nicht gelungen,

Manchmal richtet sich „Widerstand“ jedoch nicht gegen eine bestimmte Intervention, sondern wird unspezifischer und umfassender wahrgenommen. Klient*innen scheinen „sich nicht verändern zu wollen“, „am Problem festzuhalten“ oder „wenig motiviert“ zu sein.

peut*innen machen Vorschläge zur konkreten Vorgehensweise (Intervention) wie auch zu inhaltlichen Fokussierungen: „Sie überprüfen, ob das für Sie passt. Wenn Ihnen etwas nicht passend erscheint, melden Sie sich bitte – das ist Ihr Job, kein Widerstand. Auf diese Weise übernehmen wir gemeinsam Verantwortung für den Prozess.“

Klient*innen haben die Verantwortung, diese Angebote zu überprüfen, mögliche „Widerstände“ zu thematisieren und gemeinsam mit ihren Therapeut*innen die Gründe für diese „Widerstände“ als wichtige Information über ihre Bedürfnisse zu reflektieren. „Wir müs-

sen, es kamen immer irgendwelche Anlässe dazwischen, Sie haben getrunken, es gab keine Entspannung in der Beziehung. Vielleicht müssen wir an dieser Stelle tatsächlich gemeinsam nachdenken: Brauchen wir eine neue Vorgehensweise, jetzt, wo wir wissen, dass das mit der Abstinenz nicht klappt? Wie hoch sind denn Ihre Chancen, Ihre Beziehung zu Ihrer Frau auch zu verbessern, wenn Sie weiterhin immer wieder trinken? Mir zuliebe müssen Sie nicht aufhören zu trinken. Ihr Konsum ist nicht hoch gefährlich, aber soweit ich verstanden habe, gefällt er Ihrer Frau nicht. Denken wir also gemeinsam nach, wie unsere Zusammen-

arbeit dennoch zu einer Verbesserung Ihrer Beziehung zu Ihrer Frau beitragen kann. ...“

Im Falle eines hohen Autonomiebedürfnisses empfiehlt sich der Versuch einer Utilisierung: „Mir fällt auf, dass Sie jeden meiner Vorschläge sehr genau prüfen und oft zurückweisen, wenn etwas nicht für Sie passt. Das ist wunderbar und sehr sinnvoll. Je genauer Sie aufpassen, desto passender wird das Ergebnis. Geben Sie sich nicht mit halbwegs passenden Formulierungen und Ideen zufrieden. Wir haben viel Zeit und es ist gut investierte Zeit, solange zu suchen, bis die Vorgangsweise für Sie wirklich ganz genau passt.“

Wenn man die therapeutische Situation als kompetenzfokussierendes, ziieldienlich wirksames Kooperationsystem gestalten will, sollte man alle Phänomene, die von der Klient*in angeboten werden, als grundsätzlich nützlich beschreiben und bewerten. Sie geben uns Hinweis auf berücksichtigungswürdige Bedürfnisse. Die Klient*in teilt uns damit mit, welche Bedingungen sie braucht, um gut kooperieren zu können.

Wenn wir in diesem Sinne „Widerstand“ z. B. als Angst vor Veränderung interpretieren, kann die „Beharrungstendenz“ als Ausdruck des Strebens nach individueller Balance zwischen Stabilität und Veränderung verstanden werden: „Lassen Sie mich nachfragen, Sie haben im ersten halben Jahr unserer Zusammenarbeit einiges geändert und einiges erreicht. Einige der Ziele, die Sie anfänglich genannt haben, sind noch nicht erreicht. Soll es jetzt im selben Tempo, mit der gleichen Intensität weitergehen oder könnte die Tatsache, dass Sie in letzter Zeit einige Termine abgesagt haben, darauf hinweisen, dass Sie ein bisschen Tempo rausnehmen wollen, dass auf die erste Bergetappe einmal eine ruhigere Phase folgen soll?“

Es ist davon auszugehen, dass durch die hohe Auftrags-, Ziel- und Ressourcenorientierung Phänomene, die sich als „Widerstand“ begreifen lassen, in systemischen Therapien seltener vorkommen als in anderen Therapiemethoden. Dennoch kommen sie vor. Speziell im supervisorischen Kontext sind Klient*innen, die sich scheinbar „nicht verändern wollen“, die sich auch bestimmten Interventionsformen gegenüber als unzugänglich erweisen, ein häufiges Thema. Ich führe dann immer jene Frage ein, die mir in meiner Ausbildungszeit bei Joachim Hinsch erstmals ein tieferes Verständnis der für die systemische Therapie typische Kooperationsorientierung eröffnete: „Was haben Sie noch nicht verstanden an der Art und Weise, wie Ihre Klient*in mit Ihnen kooperieren will oder kann?“ Auch diese Frage kann explizit in die Therapie eingebracht werden: „Ich habe den Eindruck, dass unsere Kooperation derzeit schwierig ist, dass Sie mit meinen Überlegungen und Vorschlägen wenig anfangen können. Das könnte daran liegen, dass ich irgendetwas

davon, wie Sie sich unsere Zusammenarbeit vorstellen, noch nicht verstanden habe. Lassen Sie uns gemeinsam darüber nachdenken, ob es etwas gibt, was wir an unserer Kooperation verändern können, damit es für Sie besser passt, oder ob es sinnvoller ist, über einen Therapeut*innenwechsel nachzudenken, weil Sie das, was Sie sich erwartet haben, bei mir nicht bekommen können.“

WARUM SYSTEMISCHE THERAPIE AUF DEN BEGRIFF DER KONFRONTATION VERZICHTET

In der psychotherapeutischen Fachliteratur wird für das Aufzeigen des ausgeblenden selbstverursachten Anteils der Problemlage wie auch für die Thematisierung therapieschädlichen oder -gefährdenden Verhaltens meist der Begriff der „Konfrontation“ verwendet. Immer wieder hört man, vor allem in klinischen Kontexten, dass Patient*innen mit ihrem Vermeidungsverhalten, mit ihrem Substanzkonsum, mit ihren narzisstischen Persönlichkeitszügen etc. konfrontiert werden müssen. Ich halte diesen Begriff aufgrund der feindseligen oder zumindest kämpferischen Konnotation für wenig nützlich. In der Schematherapie wurde in diesem Zusammenhang das Konzept der „empathischen Konfrontation“ formuliert, was schon deutlich weniger bedrohlich klingt. In meinem Verständnis geht es bei der Thematisierung dieser „konfrontierenden“ Überlegungen oder Beobachtungen eher um ein „Zumuten“ oder „Zutrauen“. Ich stelle Patient*innen eine Überlegung zur Verfügung, die aus meiner Ausbildung, meinem klinischen Erfahrungswissen und meiner Zusammenarbeit mit ihnen erwächst. Ich leite das meist ungefähr so ein: „Ich habe Sie als einen sehr selbstkritischen (oder mutigen oder reflexionsfreudigen etc.) Menschen kennengelernt. Daher traue ich mich jetzt, etwas Heikles anzusprechen. Etwas, was andere Klient*innen vielleicht überfordern würde. Es ist nur eine Überlegung – kein Urteil über Sie, keine Diagnose. Es ist eine Überlegung, die vielleicht im ersten Moment nicht ganz angenehm ist, die sich aber für unsere weitere Zusammenarbeit günstig auswirken könnte. Bevor ich sie ausspreche, bitte ich Sie, das, was ich sagen werde, für sich genau zu überprüfen. Es muss für Sie nicht zutreffend sein, dann verwerfen wir diese Idee. Sie nicht auszusprechen, wäre aber nicht im Sinne unserer Kooperation. Schließlich konsultieren Sie mich, damit ich Ihnen meine Überlegungen zur Verfügung stelle, nicht dafür, dass ich Ihnen vorbehaltlos zustimme.“ Mit einer solchen Einleitung können zumeist auch „konfrontative“ Überlegungen geäußert werden, ohne die therapeutische Beziehung zu belasten.

Wenn die geäußerte Überlegung im Moment nicht an-

schlussfähig ist, das heißt, Patient*innen den Input für unzutreffend oder irrelevant halten, muss dies respektvoll zur Kenntnis genommen werden: „Ich verstehe. Gut, dass Sie Ihre Einwände geäußert haben. Es hat keinen Sinn, dass ich eine Spur verfolge, die Sie für irrelevant halten. Aber ich würde Sie bitten, mir zu erlauben, diesen Gedanken bei Gelegenheit noch einmal aufzugreifen, wenn es mir wieder sinnvoll vorkommt.“ Im Sinne der Auftragsorientierung ist es systemischen Therapeut*innen nicht möglich, ein Thema veränderungsorientiert zu bearbeiten, für das kein Veränderungswunsch besteht. Menschen sind nicht zu jedem Zeitpunkt bereit, alle Problembereiche ihres Lebens zu bearbeiten. Es ist aber möglich und in vielen Fällen auch sinnvoll, diese problematischen Themen zu markieren und in den Raum zu stellen, dass unter Umständen zu einem anderen Zeitpunkt die Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden darf/kann/soll.

Durch diese Auslegung der Auftragsorientierung können Therapeut*innen alles, was sie für die gewünschte therapeutische Entwicklung für nützlich halten, ansprechen – allerdings in dem Bewusstsein, dass die ausführliche Auseinandersetzung mit den einzelnen Themen nicht durchgesetzt werden kann. Wir können Klient*innen einladen, sich mit den ausgeblendeten Themen zu beschäftigen, indem wir entsprechende Angebote machen und begründen, warum wir das aus professioneller Sicht für sinnvoll halten, aber wir können die Auseinandersetzung damit nicht erzwingen. Aufgrund der realen Nicht-Durchsetzbarkeit von Themen, empfiehlt es sich, die Entscheidung über deren Behandlung ganz explizit bei den Patient*innen zu belassen, um unnötige Belastungen der therapeutischen Beziehung zu vermeiden: „Aus meiner Sicht, wäre es sinnvoll, da genauer hinzuschauen. Ich will Ihnen kurz erklären, warum. Aber letztlich bleibt die Entscheidung natürlich bei Ihnen. Ich werde Ihre Entscheidung, ob und wann Sie sich mit diesem Thema beschäftigen wollen, in jedem Fall respektieren.“

Eine Einladung wie diese erhöht die Bereitschaft, sich mit unangenehmen Themen auseinanderzusetzen, ohne zu destruktiven Machtkämpfen Anlass zu geben. Diese Haltung kann auch dann eingenommen werden, wenn Klient*innen beschließen, die Therapie zu beenden, obwohl aus Sicht der Therapeut*innen wichtige Themen noch nicht in Angriff genommen worden sind.

Eine Lehrerin wurde vom Dienstgeber wegen einer Alkoholisierung am Arbeitsplatz verpflichtet, Therapie in Anspruch zu nehmen und ihre Alkoholabstinenz mittels CDT-Untersuchungen nachzuweisen. Die Klientin nützte die Therapie dafür, sich mit unterschiedlichsten Themen in produktiver Art auseinanderzusetzen: Ihr 18-jähriger Sohn war drauf und dran, das Haus

zu verlassen, ihr Mann war nach einem Unfall gehbehindert und in vielen Alltagsangelegenheiten auf ihre Hilfe angewiesen, ihre Mutter wurde zunehmend pflegebedürftig. Nur ein problematischer Alkoholkonsum wurde strikt geleugnet. Dieser eine Tag sei eine Ausnahme gewesen, sie habe in der Nacht davor mit einer Freundin gefeiert und dabei die Zeit übersehen – so sei es zu dem Restalkohol im Blut gekommen.

Nachdem die Klientin ihre zwangsweise verordnete Therapie für andere Themen gut nützte und die regelmäßig abgegebenen Tests für eine aktuelle Alkoholabstinenz sprachen, gab es keinen Grund, hier hartnäckig nachzuforschen. Als die Klientin die verordneten Therapiesitzungen absolviert hatte, beschloss sie, die Therapie zu beenden. Auch in diesem Fall schien es mir sinnvoll, das möglicherweise „Ausgelassene“ zu markieren. Ich sagte daher: „Ich freue mich, dass Sie die Therapie gut nutzen konnten, um für Sie wichtige Themen zu bearbeiten und es ist schön, dass ich Sie dabei unterstützen konnte. Häufig ist es in Therapien so, dass beim ersten Durchgang nicht alle in Frage kommenden Themen bearbeitet werden. Vielleicht ist es ja auch in Ihrem Fall so, dass Sie sich irgendwann den Themen zuwenden wollen, die Sie, aus welchen Gründen auch immer, bis jetzt nicht besprochen haben.“

Tatsächlich meldete sich die Klientin wenige Monate später. Das Erstgespräch eröffnete Sie mit den Worten: „Damals hatte ich kein Alkoholproblem, aber jetzt habe ich eins.“ Unnötig auszuführen, dass ich darauf verzichtete, meinen Zweifel über den ersten Teil der Aussage auszusprechen.

Die reflektierte und wohl-dosierte Realisierung von professionellem Expertentum und „Führen-Können“ ist aus meiner Sicht die größte Herausforderung in der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Wohlwollend zuzuhören und empathisch zu bestätigen, ist leichter, reicht aber häufig nicht aus, um bei schwierigen und chronifizierten Problemlagen wirksame Veränderungen anzustoßen. Neben interventionellen Vorschlägen geht es häufig auch darum, Patient*innen auf den „hausgemachten“ Teil ihrer problematischen Situation hinzuweisen: Welche persönlichkeitspezifischen Bewertungen, Erlebnis- und Verhaltensweisen sind problembezeugend oder -aufrechterhaltend? Wenn dies von der Therapeut*in als Angebot einer Überlegung statt als Konfrontation mit einer Expert*innenmeinung präsentiert wird, erhöht das die Wahrscheinlichkeit eines konstruktiven Umganges mit den Inhalten.

IMPLIKATIONEN DER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG ZU „ALLIANCE RUPTURES“

Das Interesse der Psychotherapieforschung für die therapeutische Beziehung beinhaltet auch Untersuchungen der „alliance ruptures“. Empirische Untersuchungen konkreter therapeutischer Vorgehensweisen in Phasen belasteter therapeutischer Beziehung führ-

ten zu der Empfehlung, nicht „more of the same“ anzubieten, sondern eine reflexive Position einzunehmen. Qualitative Untersuchungen zeigten, dass ein forciertes Einhalten des Therapierationalen zu einem negativen Outcome führt, wenn es die Reaktion auf Zweifel oder mangelnde Kooperation von Klient*innen darstellt. „What was observed, [...], was that the use of interventions (at the core of cognitive therapy) to deal with alliance ruptures seemed to exacerbate relationship problems rather than resolving them.“ (Castonguay, 2006, S. 46). „Interestingly, I also noticed that when I stopped doing so, reflected on what had taken place, and then shared my experience (including a recognition of my rigidity or my failure to understand), tension in the room eventually decreased and ruptures frequently got resolved.“ (Castonguay, S. 48). Auf systemische Therapieprozesse umgelegt bedeutet dies: Wenn Klient*innen auf das übliche lösungs-, ressourcen- und auftragsorientierte Therapeutenverhalten kritisch reagieren, sollte nicht „mehr desselben“ angeboten, sondern die wahrgenommene Belastung der therapeutischen Beziehung, der drohende „alliance rupture“ vorsichtig thematisiert werden: „Ich habe das Gefühl, dass die Zusammenarbeit im Moment schwieriger ist als üblich. Empfinden Sie das auch so? Wie fühlt es sich denn für Sie an? Haben Sie eine Erklärung dafür? Haben Sie eine Idee, wie wir's besser hinkriegen könnten?“ Oder, wenn es von Anfang an schwierig ist: „Ich brauche heute Ihre Hilfe. Ich habe über unsere bisherige Zusammenarbeit nachgedacht und festgestellt, dass ich nicht ganz sicher bin, ob ich bislang für Sie hilfreich war. Wie sehen Sie das denn? Haben Sie eine Idee, was Sie anders bräuchten, was es für Sie schwierig macht, diese Zusammenarbeit gut für sich zu nützen?“

Hier geht es nur in den seltensten Fällen um ein Schuldeingeständnis. Nur in Ausnahmefällen wird es nötig sein einzuräumen: „Ich habe einen Fehler gemacht, das tut mir leid.“ Häufig ist es hilfreich festzustellen: „Es ist mir noch nicht gelungen, für Sie bestmöglich eine Unterstützung zu sein. Helfen Sie mir, besser zu verstehen, was Sie anders brauchen, wie ich Sie besser unterstützen kann bei der von Ihnen gewünschten Veränderung.“

Neben diesem reflexiven Umgang mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung, der häufig aus-

reicht, um Klient*innen zu einem konstruktiven Beitrag zur Überwindung der Schwierigkeiten zu motivieren, können auch konkreten Vorschläge zu therapeutischen Vorgehensweisen die Kooperation verbessern: „Ich habe den Eindruck, dass meine vielen Fragen vom letzten Mal für Sie nicht ganz hilfreich waren. Es ist uns nicht gelungen, auf diesem Weg ein klareres Bild der Situation zu bekommen. Wenn es Ihnen recht ist, würde ich daher für heute ein anderes Vorgehen vorschlagen.“ Auch hier scheint es mir nützlich, die Wahrnehmung der Nicht-Passung explizit zu thematisieren und dafür eine Formulierung zu finden, die Patient*innen nicht abwertet, gleichzeitig aber deren Mitverantwortung für das Finden einer geeigneten

Neben interventionellen Vorschlägen geht es häufig auch darum, Patient*innen auf den „hausgemachten“ Teil ihrer problematischen Situation hinzuweisen. Wenn dies von der Therapeut*in als Angebot einer Überlegung statt als Konfrontation mit einer Expert*innenmeinung präsentiert wird, erhöht das die Wahrscheinlichkeit eines konstruktiven Umganges mit den Inhalten.

therapeutischen Vorgehensweise betont. Auch wenn sich Therapeut*innen als Expert*innen für die Prozessgestaltung definieren, sind sie dabei auf die Kooperation der Klient*innen angewiesen. Therapeut*innen haben die Aufgabe, auf der Basis ihrer Erfahrung und ihrer Einschätzung passende inhaltliche und interventionelle Angebote zu formulieren. Der Verweis auf Erfahrung bzw. Expertise kann dabei durchaus von Vorteil sein: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass in so einer Situation folgendes Vorgehen nützlich sein könnte. Ich würde Ihnen das gerne einmal erklären und Sie entscheiden dann, ob Sie sich darauf einlassen können.“ Bei Schwierigkeiten in der Kooperation haben sie die Aufgabe, einen konstruktiven Such- und Erkundungsprozess einzuleiten, um diese Schwierigkeiten zu überwinden und eine passendere Form der Kooperation anzubieten.

Wenn sich die therapeutische Beziehung schwierig gestaltet, können Klient*innen auch aufgefordert werden, einen Brief zu schreiben, da es manchmal einfacher ist, Schwierigkeiten schriftlich zu formulieren, als sie dem Gegenüber direkt mitzuteilen: „Ich habe im Moment den Eindruck, dass unsere Zusammenar-

beit nicht ganz rund läuft. Dürfte ich Sie bitten, einmal Bilanz zu ziehen und nachzudenken, was bis jetzt gut gelaufen ist, wo Sie sich von mir gut unterstützt gefühlt haben und wo wir „nachbessern“ müssen, was bislang noch nicht gelungen ist. Ich möchte Sie bitten, sich dafür Zeit zu nehmen und das Ganze schriftlich zu machen. Vielleicht ist es Ihnen ja möglich, mir einen Brief zu schreiben. Den könnten wir das nächste Mal gemeinsam lesen oder Sie lesen ihn mir vor – ganz wie Sie wollen.“

SCHLUSSBEMERKUNG

So variantenreich systemische Therapien sind – kurz oder lang, mit Einzelpersonen, im Mehrpersonensetting oder in wechselnden Zusammensetzungen – und so unterschiedlich die Erwartungen und die Kooperationsbereitschaft der Klient*innen sind, so flexibel müssen auch die Beziehungsangebote systemischer Therapeut*innen sein. Lösungsorientierte Kurztherapie mit ressourcenreichen Einzelpatient*innen in der Privatpraxis stellt andere Anforderungen an die therapeutische Beziehung als aufsuchende Familienarbeit bei Multi-Problemfamilien oder die mehrjährige therapeutische Begleitung von Patient*innen mit Persönlichkeitsstörung. In allen Fällen werden systemische Therapeut*innen aber unter Respektierung der Autonomie ihrer Klient*innen ihre Expertise für die Förderung von Veränderungsprozessen zur Verfügung stellen, um Klient*innen bei der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen. Die therapeutische Beziehung wird so gestaltet, dass Klient*innen im Zuge der Therapie maximale Selbstwirksamkeit entfalten und sich so möglichst konstruktiv mit anstehenden Problemen befassen können. Dafür ist manchmal eine aktiv ermunternde Haltung mit konkreten Vorschlägen für neue Verhaltensweisen als Hilfe bei der Problembewältigung, manchmal eine wohlwollend forschende Haltung zur Klärung motivationaler und biographischer Zusammenhänge erforderlich. In einigen Fällen kann Therapie nur Trost und Beistand bieten. Dann sollten auch systemische Therapeut*innen ihren Werkzeugkasten geschlossen halten und sich als mitfühlendes und stützendes Gegenüber anbieten.

LITERATUR

- Bleckwedel, J. (2009). *Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Castonguay, L.G. (2006). Personal Pathways in Psychotherapy Integration. In: *Journal of Psychotherapy Integration*, 16/1, S. 36–58.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1993). *Respektlosigkeit – eine Überlebensstrategie für Therapeuten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Eichberger, G. (2020). Balint-Arbeit unter dem Aspekt konzeptueller Änderungen in der analytischen Theoriebildung: Von der Gegenübertragung zur Intersubjektivität. In: Riffer, F., Sprung, M., Kaiser E., Streibl, L., (Hrsg.). *Therapeutische Beziehungen. Aktuelle Konzepte im Kontext der Behandlung psychisch kranker Menschen*. Berlin: Springer, S. 39–50.
- Kilian, H. (2001). Zur systemischen Therapie bei „Persönlichkeitsstörungen“. *Familiendynamik* 26 (2), S. 166–180.
- Levold, T., Wirsching, M. (Hrsg.) (2014). *Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Lieb, H. (2014). *Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Mertens, W. (1996). *Psychoanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roediger, E. (2020). Die Therapierenden in der Schematherapie. Zwischen Heilerwartung und „Therapeutenfalle“. In: Riffer, F., Sprung, M., Kaiser E., Streibl, L., (Hrsg.). *Therapeutische Beziehungen. Aktuelle Konzepte im Kontext der Behandlung psychisch kranker Menschen*. Berlin: Springer, S. 19–31.
- Russinger, U. (2001). Es ist nie zu spät, über sich eine Geschichte der Stärke zu erzählen. In: *Systeme* (15), S. 133–144.
- Satir, V., Baldwin, M. (1988). *Familientherapie in Aktion*. Paderborn: Junfermann.
- Schiepek, G., Eckert, H., Kravanja, B. (2013). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, F., Rech-Simon, V. (2009). *Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch*. 8. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer.
- Wagner, E., Henz, K., Kilian, H. (2016). *Persönlichkeitsstörungen. Störungen systemisch behandeln*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Wagner, E.; Russinger, U. (2016). *Emotionsbasierte systemische Therapie. Intrapsychische Prozesse verstehen und behandeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wagner, E.; Russinger, U. (2018). Gibt es eine affektive Wende in der Systemischen Einzeltherapie? In: *Psychotherapie im Dialog*, 19, S. 83–88.
- Wagner, E. (2019). Emotionsbasierte Systemische Therapie der Borderlinestörung. *Familiendynamik* 44 (4), S. 268–278.
- Wagner, E. (2020). *Praxisbuch Systemische Therapie. Vom Fallverständnis zum wirksamen psychotherapeutischen Handeln in klinischen Kontexten*. Stuttgart: Klett-Cotta.