

Wertschätzung als zentrales, dialektisches Wirkprinzip der Systemischen Psychotherapie¹

von Klaus Mücke

Zusammenfassung

Diese Arbeit betont die Bedeutung der Wertschätzung für die Wirksamkeit der Systemischen Psychotherapie. Wertschätzung ist der Grundpfeiler, auf dem alle systemischen Interventionen basieren sollten. Dabei handelt es sich um eine doppelte, eine bilaterale Wertschätzung: Zum einen die Wertschätzung den Kund/inn/en gegenüber und zum anderen die Wertschätzung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin sich selbst gegenüber. Aus dem Prinzip der Wertschätzung folgt logisch eine dialektische Bewegung zur Problem-Lösungs-Balance (Lösung 2. Ordnung). Hierzu gehört insbesondere die Wertschätzung des Symptoms. Ausführlich wird die Wertschätzung von Wirklichkeitskonstruktionen und Erzählungen auch in sogenannten Zwangskontexten erörtert, die schließlich zu pragmatisch-sinnvollen Umgangsweisen führt. Es wird gezeigt, dass die Wertschätzung der Ambivalenz ihre dialektische Aufhebung bewirkt. Für schuldhaftes Tun bzw. Unterlassen werden pragmatisch-adäquate Würdigungsversuche beschrieben, wobei der Aspekt der Rache besonders berücksichtigt wird. Zum Schluss werden zwei wertschätzende Übungen für den Selbstversuch vorgestellt.

Die Grundlage menschlichen Zusammenlebens ist eine zweifache und doch eine einzige – der Wunsch jedes Menschen, von den anderen als das bestätigt zu werden, was er ist, oder sogar als das, was er werden kann; und die angeborene Fähigkeit des Menschen, seine Mitmenschen in dieser Weise zu bestätigen.²

Martin Buber

1. Einleitende Überlegungen

In diesem Artikel werde ich mich aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive mit der zentralen Bedeutung der Wertschätzung in der Systemischen Psychotherapie beschäftigen, die gleichzeitig ihr ethisches Fundament bildet bzw. bilden sollte. Natürlich ist Wertschätzung nicht einseitig herstellbar. Der/die Psychotherapeut/in als Beobachter/in des eigenen Erlebens kann nur über sich selbst sagen, er/sie begegne den Kund/inn/en in einer sie würdigenden Grundhaltung. Da er/sie eine Umweltbedingung für die individuellen, autopoietischen Systeme der Kund/inn/en darstellt, kann er/sie nur Anregungen dafür geben, dass er/sie auch wertschätzend wahrgenommen wird, wobei es niemals im Sinne linearer Kausalität eine Garantie hierfür gibt. Doch: Eine wertschätzende Haltung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin den Kund/inn/en gegenüber ist eine grundlegende

¹ Viele der in diesem Artikel ausgeführten Aspekte finden sich in meinem Buch „Systemische Beratung und Psychotherapie - ein pragmatischer Ansatz“, Berlin 1998

² MARTIN BUBER zit. nach JAY HALEY 1991, S. 9

Voraussetzung für ein optimales Kooperations- bzw. Arbeitsbündnis mit ihnen, das wiederum Voraussetzung für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen ist. Neben der wertschätzenden Haltung anderen gegenüber ist für eine gelingende therapeutische Kooperation die Selbstwertschätzung des Beraters/der Beraterin notwendig, also ein würdiger Umgang mit den eigenen „inneren“ Vorgängen und Wirklichkeitskonstruktionen. In Bezug auf die eigenen Wirklichkeitskonstruktionen heißt das: Sie als Hypothesenlieferanten zu nutzen und gleichzeitig ihren spekulativen Charakter zu würdigen, was Respektlosigkeit den eigenen Ideen gegenüber miteinschließt (vgl. CECCHIN, 1993). Das Zusammenspiel von wertschätzender Haltung anderen gegenüber und Selbstwertschätzung lässt sich als *bilaterale* Wertschätzung bzw. – im Rückgriff auf MILTON ERICKSON - auch als Fremd- und Eigenpacing beschreiben (vgl. GUNTHER SCHMIDT, 1997a).

Die im Folgenden angebotene Wirklichkeitskonstruktion erhebt nicht den Anspruch darauf, eine *objektive* Wahrheit zu verkünden, sondern psychische Prozesse wie beispielsweise die Entwicklung von Symptomen so zu beschreiben, zu erklären und zu bewerten, dass hilfreiche Anregungen für den Umgang mit ihnen gewonnen werden können. Wie sich noch herausstellen wird, sind gerade konkrete, gegenständliche (objekthafte) Beschreibungen und sinnlich greifbare Metaphern für dieses Vorhaben am geeignetsten. Weiter wird mich die Frage leiten, welche vermutete Sinnhaftigkeit, welche Sinnunterstellungen Symptomen gegenüber am ehesten – im Sinne von ERNST VON GLASERSFELD – *fit* machen, um passende Anregungen für ziieldienliche Veränderungsprozesse geben zu können.

Menschliches Leben ist ohne Ambivalenz nicht zu denken: Weder unsere Kund/inn/en noch wir selbst handeln bzw. sind immer *eineindeutig* motiviert, sondern haben in der Regel zwei – wenn nicht mehrere – „Seelen“ bzw. Seiten in unserer Brust. Eine wertschätzende Haltung muss sich dann auf alle sich zeigenden Aspekte/Seiten/Seelen beziehen, auch wenn es sich dabei um unangenehm erscheinende oder sehr schwach ausgeprägte Seiten handelt. Wenn wir versuchen, uns nur auf eine Seite zu schlagen und andere Seiten zu übergehen, zu ignorieren oder zu unterdrücken, besteht die Gefahr, dass die so behandelte Seite in den unbewussten „Untergrund“ geht und gegen ihre Missachtung rebelliert, indem sie mit einem psychischen oder physischen Symptom reagiert und insgesamt das psychophysische System schwächt. Um eine derartige psychische „Untergrundbewegung“ erst gar nicht entstehen zu lassen, sollte man mit den eigenen psychischen Anteilen ähnlich wie in einem Staatswesen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Interessengruppen, Ethnien oder Institutionen umgehen: Alle sollten so weit wie möglich durch kommunikative Prozesse und Kompromissbildungen zu ihrem Recht kommen. Ein demokratisches Binnenverhältnis mit einem Minderheitenschutz kann hierfür die beste Gewähr bieten. Dagegen wird die gewaltsame Unterdrückung einer (ungeliebten und abgelehnten) Seite oder gar mehrerer zu eher tyrannischen Formen der psychischen Organisation führen. Innerpsychisch werden dann beständig Grabenkriege geführt,

die eine innere Konfliktspannung mit der letztendlichen Ausbildung von Symptomen bewirken. Immer also wenn sich eine Seite anmaßt, die alleinige Entscheidungsinstanz zu sein, nach der sich alle anderen zu richten haben, bekommen wir ein Problem. Das gilt aber auch, wenn sich die innere Repräsentanz der gesamten Person³ diktatorisch verhält und die unterschiedlichen Aspekte nicht beachtet oder übergeht (vgl. Innere Familienkonferenz von GUNTHER SCHMIDT, 1996a, b). In Kapitel 7 werde ich mich noch einmal auf den Umgang mit der inneren Ambivalenz beziehen.

Unter Beachtung dieser Zusammenhänge lassen sich für die Systemische Psychotherapie folgende Thesen formulieren:

1. Wenn wir als Psychotherapeut/inn/en (aber auch als Berater/innen oder Supervisor/inn/en) *allein* dem Prinzip der Wertschätzung, Würdigung und Anerkennung aller Aspekte, die von unserem Gegenüber gezeigt werden und wir in uns selbst erleben, gerecht werden, benötigen wir keine weiteren Interventionen, um positive, lösungsförderliche Resultate anzuregen. Die in der konkreten Kommunikation ausgedrückte **wertschätzende Haltung** mit ihren Implikationen ist dafür nicht nur **notwendig, sondern** auch allein schon **hinreichend**.
2. Interventionen können besonders dann Anregungen im Sinne einer adäquaten Lösung bzw. – und besser – einer optimalen „Problem-Lösungs-Balance“ (GUNTHER SCHMIDT, 1999) geben, wenn sie die Prämisse der Wertschätzung erfüllen. Für die ressourcen-, kompetenz- und lösungsorientierte Systemische Psychotherapie halte ich es für unabdingbar, dass **Interventionen** und natürlich alle **kommunikativen Prozesse diese Prämisse erfüllen**.
3. Verhält sich ein Kunde/eine Kundin in der Psychotherapie nicht-compliant, zeigt also Widerstand, dann gehe ich als Therapeut nicht davon aus, dass das ein Zeichen einer (zugrundeliegenden) Störung darstellt und es sich deswegen um einen „pathologischen“ Widerstand handelt, sondern ich nehme im Gegenteil an, dass dieses Verhalten eine in der Regel höchst sinnvolle und angemessene Reaktion ist, die mir deutlich macht, dass im therapeutischen Prozess selber etwas verändert werden sollte. Abgesehen von der in Kapitel 6 abgehandelten Ausnahme, lässt sich das wie folgt auf den Punkt bringen: **Wenn Widerstand auf Seiten der Kund/inn/en gezeigt wird, dann habe ich als Therapeut/in etwas falsch gemacht.**

2. Wertschätzung als Fundament der Systemischen Psychotherapie

Die wertschätzende Haltung den Kund/inn/en und einem selbst als Psychotherapeuten/Psychotherapeutin gegenüber – die **Würdigung, die Achtung und der Respekt** dem Menschen

³ Es lassen sich zwei unterschiedliche Ebenen des so konstruierten „seelischen Apparates“ unterscheiden: Einerseits verschiedene Aspekte, Seiten, „Seelen“ oder Anteile und andererseits die Repräsentanz der Gesamtpersönlichkeit, die alle diese unterschiedlichen Aspekte vereint und eine herausgehobene Position besitzt. Man könnte sie als Steuerungs-Instanz (GUNTHER SCHMIDT, 1999) bezeichnen, deren Aufgabe es ist, diese Seiten zu berücksichtigen und einen Ausgleich zwischen ihnen herbeizuführen. An anderer Stelle habe ich das als Grundlage einer systemisch-konstruktivistischen Persönlichkeitstheorie beschrieben (MÜCKE, 1998, S. 292ff).

und seiner **systemischen Verwurzelung** gegenüber – bildet das Fundament einer ressourcen-, kompetenz- und lösungsorientierten Systemischen Psychotherapie. Von diesem Fundament werden alle ihre weiteren Bestimmungsmomente, Grundprinzipien und Interventionen getragen. Wird mit einer konsequenten wertschätzenden Haltung auf andere, die eigene Person bzw. die uns umgebende Welt geblickt, so verwandelt sich der/die/das Angeblickte in ein Reservoir von nutzbaren und hilfreichen Gesichtspunkten, Möglichkeiten, Kompetenzen, Konstellationen, Ressourcen, konstruktiven, kreativen bzw. produktiven Eigenschaften, Gedanken, Gefühlen etc. „Die Schönheit liegt im Auge des Betrachters“ (GUNTHER SCHMIDT, 1999). Deswegen kann man mit Recht behaupten, dass **wer nur Defizite wahrnimmt, eine defizitäre Wahrnehmung hat**. Schließlich *macht es einen wesentlichen Unterschied*, ob ich eine Flasche Wein als halb leer oder als halb voll betrachte. Ich kann in der beraterischen Arbeit nur *mit dem arbeiten, was da ist*, und nicht mit dem, was nicht da ist. Genauso wie man nur den Inhalt, das Halbvolle, einer Flasche trinken kann.

Diese Haltung darf aber nicht verwechselt werden mit der kurzschlüssigen Aufforderung „think positive“, einer rosaroten Brille, mit der man durchs Leben stolpert, oder einer naiven, euphemistischen Weltsicht. Im Gegenteil: Eine undifferenzierte positive bzw. verharmlosende Sicht kann fatale, katastrophale mitunter tödliche Folgen haben: Als Beispiel hierfür sei die Bagatellisierung bzw. das Übergehen körperlicher Beschwerden erwähnt, die mitunter zu tödlich verlaufenden Krankheiten führen können.

3. Wertschätzung und Dialektik in der Systemischen Psychotherapie

Sollen Veränderungsprozesse angeregt werden, ist es eine Notwendigkeit, zunächst das Zuverändernde anzuerkennen, wie und was auch immer es ist. Weil aber das, was man verändern möchte, in der Regel quälende Gedanken, Sorgen, Ängste, Probleme mit sich und anderen, neurotische oder psychotische Erlebens- und Verhaltensweisen sind, unter denen man leidet, fällt es häufig extrem schwer, sie anzuerkennen, geschweige denn zu würdigen. Wenn das aber gelingt, können weitere Schritte unternommen werden, um zu einer **dialektischen Aufhebung des Bestehenden im Sinne seiner Bewahrung und Überwindung** nach HEGEL zu kommen. In diesem Sinne ist die Systemische Therapie auch eine *dialektische* und bezieht sich ja auch – dank der Gedankenarbeit HELM STIERLINS - zu einem großen Teil auf die Philosophie HEGELS. STIERLIN rekurrierte in seinem Buch „Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen“ (1971) mit seiner Konzeption der positiven und negativen Gegenseitigkeit auf HEGEL, indem er sich auf HEGELS berühmte Beschreibung des Herr-Knecht-Verhältnisses bezog und daraus den Begriff der *Beziehungsdialektik* ableitete. Im folgenden möchte ich HEGELS Methode auf den Bereich des wertschätzenden Umgangs mit einem Problem beziehen. Hierzu müssen wir uns zunächst die Bedingungen für die Entstehung eines Problems vergegenwärtigen:

Um ein Problem haben zu können, muss eine Ist-Soll-Diskrepanz hinsichtlich der Bewertung des eigenen Verhaltens bzw. eines Phänomens vorhanden sein bzw. *konstruiert* werden, wobei sich der Ist-Zustand auf das gegenwärtige eigene Verhalten bzw. die gegenwärtige Situation und der Soll-Zustand auf das zukünftig zu erreichende (Verhaltens-)Ziel bezieht (vgl. KANFER et al. 1996, S. 49ff). Damit ist jedes psychosoziale Problem eine im Doppelsinne **konstruktive Leistung**: Zum einen ist es in dem Sinne **konstruktiv**, dass seine Auswirkungen immer auch in der Regel unbewusste reale Lösungen (siehe Kapitel 4) für bestimmte Situationen bzw. innere Konflikte sind und wie auch immer geartete Lösungsvisionen beinhalten. Zum anderen basiert ein Problem eben auf der **Konstruktion** einer Ist-Soll-Diskrepanz. Jeder Mensch erlebt während seines normalen Tagesablaufs unzählige dieser Ist-Soll-Diskrepanzen bzw. Probleme, denn jedes Verhalten wird davon motiviert. Wir beginnen den Tag in dieser Hinsicht schon mit dem Problem, ob wir aufstehen oder liegen bleiben sollen, ob wir unsere Zähne putzen sollen oder nicht, ob wir frühstücken sollen oder nicht etc. Bei solchen Problemen gibt es prinzipiell immer zwei Möglichkeiten, sie zu lösen:

1. Ich verhalte mich so, dass ich vom negativen Ist-Zustand in den positiven Soll-Zustand komme, indem ich zum Beispiel aus dem Bett aufstehe.
2. Ich verändere meine Sichtweise, indem ich den Ist-Zustand nicht mehr negativ, sondern positiv bewerte, in dem Beispiel also weiter im Bett bleibe, weil ich mich entscheide, das als angenehmer zu empfinden, als aufzustehen.

Dabei wird klar, dass solche Problemlösungen nur eine begrenzte Dauer haben und jederzeit wieder verändert werden können und müssen, d.h., der Ist-Zustand bzw. der Soll-Zustand ist nicht per se gut oder schlecht, sondern es geht immer darum, zu einer ausgewogenen Problem-Lösungs-Balance zu kommen. Diese Problem-Lösungs-Bewegung können wir nun als *dialektische* begreifen: Demnach wäre unser Ist-Zustand die These [Positivität (vgl. THEUNISSEN, 1980, S. 146)], der Soll-Zustand die Antithese (seine Negation) und die Problem-Lösungs-Balance die Synthese (die Negation der Negation) und damit die *Aufhebung* der Gegensätze bzw. der Dichotomie. Die dialektische Methode HEGELS beinhaltet damit zum einen den wertschätzenden Umgang mit dem, was sich zeigt, und lässt sich zum anderen unmittelbar für den therapeutischen Prozess nutzen.

Hierzu müssen wir aber noch einen Schritt weiter gehen und ein *therapeutisches* Problem konstruieren: Nur wenn wir glauben, dass wir allein nicht den gewünschten Soll-Zustand erreichen bzw. die gewünschte Sichtweise herstellen können, suchen wir professionelle Hilfe auf, wodurch wir ein *therapeutisches* Problem erhalten. Der Therapeut soll nun als Lösungskatalysator wirken, was er allerdings nur dann kann, wenn er sowohl das Ist als auch das Soll wertschätzt: Wertschätzung des Ist bedeutet dann zum einen Anerkennen des mit ihm verbundenen Leidens *und* zum anderen Herausarbeiten des in ihm und seinen Auswirkungen enthaltenen Sinnvollen und Nützlichen (das Gute des Schlechten). Wertschätzung des Soll heißt Anerkennen des Ziels und Herausarbeiten

der in ihm und seinen Auswirkungen enthaltenen Nachteile (das Schlechte des Guten). Durch ein derartiges Vorgehen wird unterstrichen, dass es keine Dummheit, Gemeinheit oder Unfähigkeit ist, dass jemand unter einem Problem oder Symptom leidet, sondern dass es dafür gute Gründe gibt. Gleichzeitig ermöglicht es eine genaue Kosten-Nutzen-Analyse, was in der Regel bedeutet, dass die geringsten Kosten und der größtmögliche Nutzen weder einseitig im Ist noch im Soll liegen, sondern in einem Sowohl–als-auch, was zu einem kontextangemesseneren Handeln führt. Damit stellt der erwünschte Soll-Zustand eine Lösung 1. Ordnung – quasi also eine Übergangslösung – dar, die zur Erreichung einer Lösung 2. Ordnung⁴ notwendig ist. Unsere dialektische Bewegung hin zur Problem-Lösungs-Balance lässt sich wie folgt graphisch darstellen:

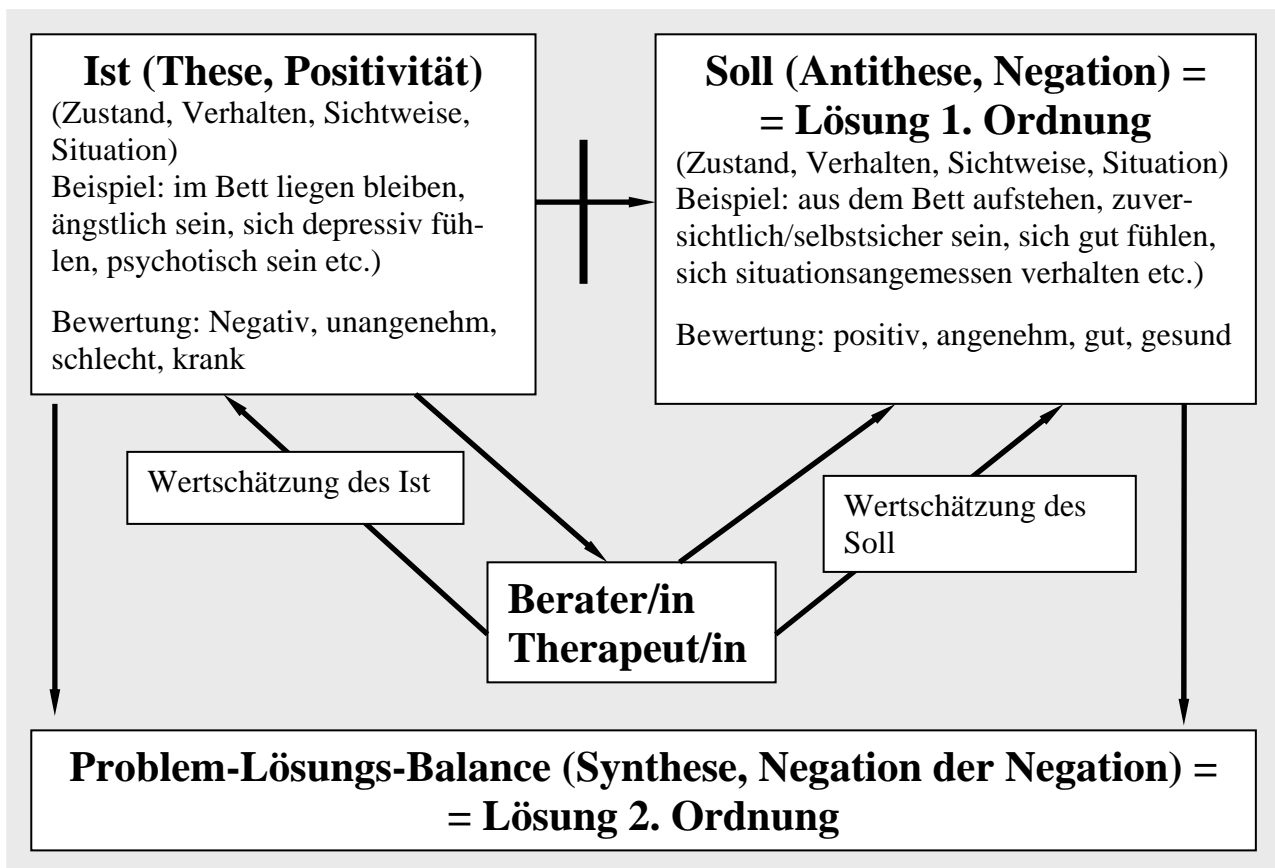


Abbildung 1: Dialektische Bewegung zur Lösung 2. Ordnung

Diese Bewegung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin kann auch mit Hilfe der Logik des Tetralemmas (Vier-Felder-Schema, Vier-Ecken-Negation) veranschaulicht werden (vgl. SIMON, 1995, S. 161ff); dabei nimmt der Therapeut die Position des Sowohl–als-auch (Allparteilichkeit) ein (siehe Abbildung 2).

⁴ Die hier getroffene Differenzierung zwischen Lösung 1. und 2. Ordnung unterscheidet sich von der von WATZLAWICK et al. (1988) getroffenen etwas: Dort bedeutet Lösung 1. Ordnung einen Lösungsversuch, der zur Aufrechterhaltung des Problems beiträgt, während die Lösung 2. Ordnung zu seiner wirklichen Lösung führt (S. 99ff).

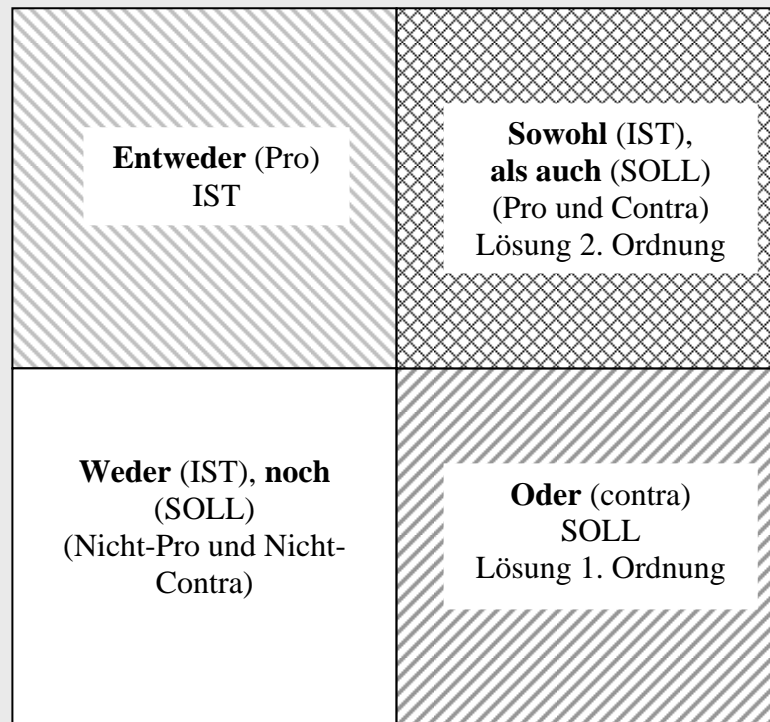


Abbildung 2: Lösung 2. Ordnung im Tetralemma (vgl. SIMON et al. 1999, S. 178)

4. Die Wertschätzung eines Symptoms

Allein die Annahme, dass es gute und nachvollziehbare, bewusste oder unbewusste Gründe für ein Symptom welcher Art auch immer geben muss, macht es unvermeidlich, das Symptom wertzuschätzen. Wenn es den Kund/inn/en gelingt, das Symptom nicht mehr bloß zu verteufeln und abzulehnen, sondern eine Haltung der Anerkennung ihm gegenüber zu entwickeln, erhöht sich drastisch die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs. So können wir sagen: **Das Symptom ist da, um auf die Bedingungen hinzuweisen und sie anzuregen, die es braucht, um sich verabschieden zu können.** Das Symptom kann also als **Informationsquelle** genutzt werden, um zugrundeliegende Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte sichtbar zu machen, die not-wendig sind, um restriktive Bedingungen zu verändern. **Zudem verstärken Symptome problematische Verhaltens- oder Erlebensweisen und weisen in der Regel auf das Gegenteil hin, machen also sichtbar, dass etwas – und auch was – falsch läuft.**

Fühlt man sich beispielsweise in einer bestimmten Situation unfrei, reagiert man häufig mit einer Angst- oder Zwangssymptomatik, die nun nochmals den Grad der Freiheit bis in extreme Varianten einschränkt, so als würde das Symptom sagen: „Wenn Du nicht für den Spielraum und Freiheitsgrad sorgst, den Du brauchst, lasse ich es Dich schmerzhaft fühlen, was es bedeutet, wirklich unfrei, eingezwängt zu sein.“ Fast so als hielte sich das Symptom an das Sprichwort „Wer nicht (auf die

eigenen Bedürfnisse) hören will, muss fühlen (was das für Folgen hat)⁵. Andererseits sorgt das Symptom auch für einen unbewussten größeren Handlungsspielraum, indem man bestimmte Verpflichtungen (z.B. bei der Schwiegermutter zu essen, arbeiten zu gehen) – ob man will oder nicht – einfach nicht mehr erfüllen kann. Diese Zusammenhangsannahmen sollen nun mit einem Beispiel aus meiner Praxis illustriert werden:

Das kleine und große schlechte Gewissen

Eine 35jährige Frau, die ich Frau Peterson⁶ nennen möchte, kam zu mir, weil sie darüber klagte, dass sie große Schuldgefühle habe. Sie denke, sie sei verantwortlich, wenn anderen etwas zustoße, oder befürchte, dass ihnen etwas durch ihr Tun oder Unterlassen geschehen könnte. Diese Schuldgefühle, die mit hartnäckigen und sehr unangenehmen Grübeleien verbunden seien, könnten von ihr kaum ertragen werden. Besonders intensiv seien sie nach dem Tode ihres Mannes geworden, der sehr plötzlich bei einem Autounfall ums Leben gekommen sei. Sie habe drei Kinder und es sei schwer für sie, den für die Kinder notwendigen Lebensstandard zu schaffen. Um ihre finanzielle Situation zu verbessern, arbeite sie als Haushälterin bei einer anderen Familie. In letzter Zeit habe sie dort verstärkt Ängste, die sich darauf beziehen würden, dass sie das Essen mit Bakterien verseuchen könnte, so dass die von ihr betreuten Familienmitglieder sterben müssten.

Mit Frau Peterson hatte ich herausgearbeitet, dass diese Zwangsbefürchtungen in Zeiten fast vollkommen verschwanden, in denen sie wegen einer Krankheit diese Familie nicht betreuen konnte, sie wenig zu tun hatte bzw. sie etwas getan hatte, was ihr großen Spaß machte. Nach der ersten Sitzung teilte ich ihr folgenden Abschlusskommentar mit: „Ich erlebe Sie als einen Menschen, der sich sehr für andere Menschen verantwortlich fühlt und engagiert. Das Wohl anderer liegt Ihnen sehr am Herzen. Ganz besonders wichtig ist Ihnen, dass es Ihren Kindern gut geht und dass Sie für sie optimale Bedingungen schaffen. Wenn es Ihnen gut geht, sie etwas genossen haben, lassen Ihre Zwangsbefürchtungen, andere könnten durch Sie zu Schaden kommen, nach oder verschwinden ganz. Ihre Aufgabe wäre es nun, dass Sie – besonders nach dem Tode Ihres Mannes – Ihren Kindern Lebensfreude vermitteln. Dafür ist es aber notwendig, dass Sie selbst die Freude am Leben mehr entdecken. Ich würde Ihnen deswegen empfehlen, sich jeden Abend etwas für den nächsten Tag vorzunehmen, woran Sie Spaß haben und was Sie genießen können. Immer dann, wenn Ihre Zwangsbefürchtungen auftauchen, nutzen Sie das als Erinnerung daran, dass Sie dafür zu sorgen haben, etwas Schönes zu unternehmen oder zu erleben.“

Nach diesem Abschlusskommentar ging Frau Peterson erleichtert aus meiner Praxis und ich hörte mehrere Monate nichts mehr von ihr. Schließlich suchte mich Frau Peterson wieder auf. Sie teilte

⁵ Dabei möchte ich davor warnen, dieses Sprichwort als Anweisung zu autoritär-gewalttätigem Verhalten misszuverstehen. Ein derartiges Missverständnis kann vermieden werden, wenn man das Sprichwort auf einen bestimmten Kontext bezieht, und in dem beschriebenen hat es sehr wohl seine Berechtigung.

⁶ Daten wurden anonymisiert.

mir mit, dass es ihr nach dem Gespräch mit mir sehr gut gegangen sei, so dass sie schon von der Annahme ausgegangen sei, dass sie keine weiteren Gespräche mehr brauche. Sie habe relativ kurze Zeit nach unserem Gespräch ihre Arbeit als Haushälterin gekündigt – obwohl sie deswegen ein schlechtes Gewissen bekommen habe. Im Nachhinein habe sich diese Entscheidung jedoch als hilfreich erwiesen. Doch in der letzten Zeit habe sie viele Dinge für ihre Kinder organisieren müssen, die ihr absolut keinen Spaß gemacht hätten. Einen ihrer Söhne habe sie mehrmals in der Woche zum Sportverein fahren müssen, dann habe sie viele Vorbereitungen für eine Ferienfreizeit ihrer Kinder treffen müssen, schließlich sei es ihrer Mutter noch schlecht gegangen und sie habe zu ihr in eine mehrere hundert Kilometer entfernte Stadt fahren und einen Krankenbesuch machen müssen. Ihre Zwangsbefürchtungen hätten sich daraufhin verstärkt wieder eingestellt. Zur Zeit seien sie so stark, dass sie daran denke, sich in eine psychiatrische Klinik einweisen zu lassen.

Aktuell mache ihr besonders folgender Vorfall zu schaffen: Vor ein paar Tagen habe sie ihren Sohn zu einem Tischtennisturnier fahren müssen. Da er ein Eis habe essen wollen, habe sie auf der Strecke an einer Tankstelle angehalten, um dort das ersehnte Eis zu kaufen. Als sie mit ihrem Auto weitergefahren sei, habe sie plötzlich schreckliche Angst bekommen, dass sie die Gefriertruhe nicht richtig zugemacht hätte, so dass sich ihr die Horrorvorstellung aufgedrängt habe, das Eis sei nun verdorben und alle Leute, die davon essen würden, müssten sterben. Sie sei nochmals zu der Tankstelle zurückgefahren, aber es sei vergebens gewesen; denn sie habe nicht mehr feststellen können, ob die Truhe offen oder geschlossen gewesen sei. Jetzt erwarte sie, dass in den Medien eine Nachricht von Lebensmittelvergiftungen, die sie verursacht habe, gesendet werde, an denen viele Menschen zu Tode gekommen seien. Das sei das schrecklichste Schuldgefühl, das man sich vorstellen könne. Während des Gesprächs versuchte ich ihre Ängste zu lindern, was mir mit rationalen Erwägungen nur wenig – wenn überhaupt – gelang. Im weiteren Verlauf des Gesprächs teilte sie mir mit, dass für sie selbst gar keine Zeit mehr bliebe. Immer habe sie das Gefühl, nicht mehr hinterher zu kommen. Und wenn sie zu ihren Kindern sage, sie habe keine Zeit oder könne etwas für sie nicht erledigen, habe sie sofort ein schlechtes Gewissen.

Nachdem ich diese Informationen erhalten hatte, unterbrach ich das Gespräch, um mich für die Vorbereitung eines Abschlusskommentars zurückzuziehen. Schließlich teilte ich Frau Peterson nach der Pause folgendes mit: „Ich habe die Vermutung, dass ihre Zwangsbefürchtungen ein extrem großes schlechtes Gewissen bewirkten, während Sie ein viel kleineres schlechtes Gewissen dann bekommen, wenn Sie Forderungen zurückweisen. Es sieht so aus, als könnten Sie sich nun entscheiden, ob Sie lieber mehrere kleine – aber begründete – schlechte Gewissen haben möchten, die vorübergehen werden, oder ein großes – unbegründetes – schlechtes Gewissen, das sich eher hartnäckig behaupten wird. Schließlich ist es so: Solange man lebt, macht man sich schuldig, und wenn man nur den Sauerstoff der Luft, die man einatmet, verbraucht, der anderen dann nicht mehr zur Verfü-

gung steht. Ich vermute, dass Sie den aussichtslosen Versuch unternommen haben, schuldlos durchs Leben zu gehen, indem Sie sich mehr nach den anderen richten, als nach sich selbst. Wenn Sie es nun schaffen, kleine schlechte Gewissen zu haben, sind Sie auf dem richtigen Weg und vor einem großen schlechten Gewissen sicherer.“ Frau Peterson sagte mir, dass sie das noch nie so gesehen habe. Etwa drei Wochen später teilte sie mir mit, dass sie der Gedanke mit den kleinen schlechten Gewissen vor einer Klinikeinweisung bewahrt habe, es gehe ihr nun viel besser. Sie achte jetzt darauf, an jedem Tag für mindestens ein kleines schlechtes Gewissen zu sorgen. Im Moment freue sie sich über eine Kur, die sie vor längerer Zeit beantragt habe und die nun bewilligt worden sei.

Graphisch lässt sich die beschriebene Zusammenhangsannahme zwischen Symptom und seinen Auswirkungen und impliziten Botschaften wie folgt darstellen:

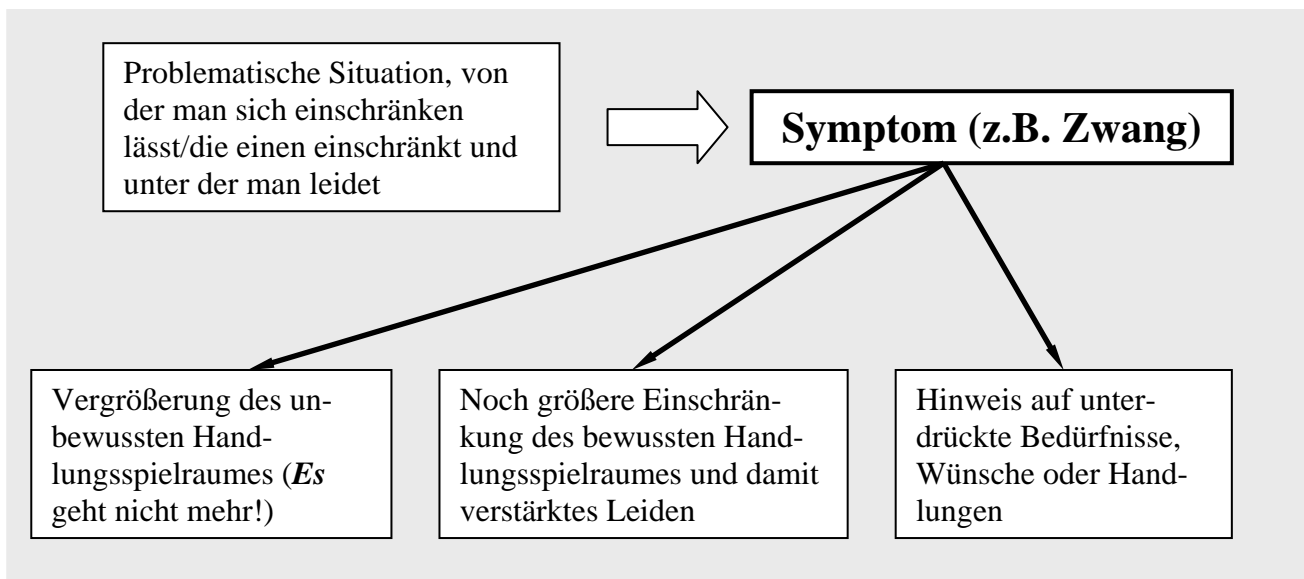


Abbildung 3: Das Symptom als Informationsquelle

Besonders Erfahrungen mit dem lösungsorientierten Ansatz führen zu der Erkenntnis, dass **jede von Menschen als psychosoziales Problem definierte Tatsache** und **jedes symptomatisch wahrgenommene Verhalten** eine **Lösung** eines **zugrundeliegenden internen bzw. externen Konfliktes** darstellt. Einerseits löst ein Symptom häufig sich widersprechende Strebungen auf, andererseits entstehen dabei in der Regel beträchtliche „Kosten“ (negative individuelle und interpersonelle Auswirkungen, Lebenseinschränkungen, Krankheit und Leid). Erst wenn dieser unbewusste Lösungsversuch und seine psychischen Kosten von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin angemessen gewürdigt werden, können Veränderungsmöglichkeiten und Handlungsalternativen angeregt und umgesetzt werden.

Wenn jemand ein Symptom entwickelt oder unter bestimmten Problemen leidet, dann hat das – ob man will oder nicht – immer Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zu sich und anderen Menschen. In Tabelle 1 habe ich unter anderem exemplarisch eine Auswahl von möglichen beziehungsgestaltenden Wirkungen einiger Symptome zusammengestellt. Diese Zusammenstellung in

ihrer Allgemeinheit hat selbstverständlich rein spekulativen Charakter, da sie keine Rückschlüsse auf die *konkrete* Beziehungsgestaltung in einer *konkreten* Interaktion zulässt. Weiter gilt: **Menschen, die unter spezifischen Symptomen leiden, können sich im allgemeinen nicht unmittelbar und nicht ohne weiteres gegen ihre symptomproduzierende Kreativität in Beziehungen wehren, da die Symptomproduktion unbewusst bzw. unwillkürlich erfolgt.**

Noch ein weiterer Grund spricht für die Berechtigung einer Wertschätzung des Symptoms: Jedes Symptom weist in eindeutiger Weise auf verschiedene Kompetenzen und Ressourcen hin bzw. impliziert sie. Das heißt: **Um ein Symptom zu produzieren, werden bestimmte Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen benötigt** (SCHIMPF, 1991-93). Mit folgender Frage können in der Psychotherapie diese Kompetenzen erschlossen werden: **Was müssten Sie tun, um das symptomatische Verhalten bewusst herbeizuführen (was allerdings nicht heißen soll, dass ich Ihnen unterstellen würde, Sie hätten das gewollt oder würden simulieren)?**

Zum Beispiel impliziert ein unterwürfiges Verhalten folgende intraindividuellen Kompetenzen: die Fähigkeit, sich zurückzunehmen, sich auf den anderen einzustellen, eigene Bedürfnisse zurückzustellen, zuhören zu können, Rücksicht zu üben, andere aufzuwerten, Verantwortung abzugeben, Anpassungsfähigkeit etc. Interindividuell hat dieses Verhalten mitunter folgende Auswirkungen: Es schafft Harmonie; andere fühlen sich bestätigt und anerkannt; den anderen wird Platz, Macht und Einfluss eingeräumt etc.

Sich „autistisch“ zu verhalten - um ein extremes Beispiel zu nennen - erfordert folgende Fähigkeiten: Selbstgenügsamkeit, Abschottung, Grenzziehung nach außen, Mit-der-eigenen-inneren-Welt-zufrieden-Sein, Willensstärke, sich und seine Äußerungen im Griff haben/kontrollieren können, Ich-Stärke (was herkömmlichen Theorien diametral widerspricht) etc. Interindividuell kann sich „autistisches“ Verhalten wie folgt auswirken: Es räumt den anderen Platz ein, es zieht Aufmerksamkeit auf sich, es schüchtert ein, es kann verunsichern, es weckt unterschiedliche Assoziationen und Bedürfnisse (Desinteresse und Neugier) etc.

Bei dieser Betrachtungsweise werden Passivität in Aktivität bzw. Minus-Symptomatik in Plus-Symptomatik, Defizite in Ressourcen und Abwertungen in Aufwertungen durch eine *begründete* wertschätzende und positive Konnotation verwandelt. Zudem werden Anregungen gegeben, um sich nicht nur als Opfer eines Symptoms zu erleben, sondern selbst zu seinem Täter zu werden und somit mehr Einfluss darüber zu gewinnen. Im allgemeinen gilt: **Jemand, der die Fähigkeit hat, ein psychosoziales Problem zu produzieren, hat auch die Kompetenz, es zu lösen** (siehe Abbildung 4).

Die Idee, dass es hilfreich ist, auch ein Symptom wertzuschätzen, unter dem man leidet, ist nicht neu: Das besonders in Lateinamerika beliebte alte indianische Ritual, Sorgen, Ängste oder andere Probleme Sorgenpüppchen anzuvertrauen, die bei ihnen gut aufgehoben sind, ist ein Beispiel hier-

für. Hier werden die Sorgen oder Ängste nicht abgelehnt, sondern sie haben bei den Sorgenpüppchen ihren guten Ort und werden dann unter das Kopfkissen gelegt oder in einen kleinen Sack gesteckt.

Auch die therapeutische Intervention des So-tun-als-ob-das-Symptom-vorhanden-wäre wertschätzt und nutzt das Symptom, um sich nach den eigenen Bedürfnissen richten zu können, Konflikte in Beziehungen zu vermeiden und zugleich nicht unter dem Symptom zu leiden. Wer zum Beispiel unter Migräne leidet, kann in bestimmten Situationen, die ihn überfordern, so tun, als hätte er/sie Migräne, was in der Regel zur Entlastung und zum Verständnis bei anderen führt, wenn man mit seiner Wirklichkeitskonstruktion vereinbaren kann, etwas vorzugeben, was nicht der Fall ist. Das Motto wäre hier: „Lerne klagen, ohne zu leiden“ (GUNTHER SCHMIDT, 1999). In der Therapie kann man eine solche Handlungsweise plausibel und damit wahrscheinlicher machen, wenn man als Psychotherapeut/in mitteilt, dass bestimmte Symptome wie körperliche Krankheiten eine Zeit der Rekonvaleszenz benötigen, um ganz „ausheilen“ zu können. Aus diesem Grunde ist es legitim – gerade bei psychischen Problemen, die ein Anderer ja nicht sehen kann –, dafür zu sorgen, dass andere rücksichtsvoll mit einem umgehen.

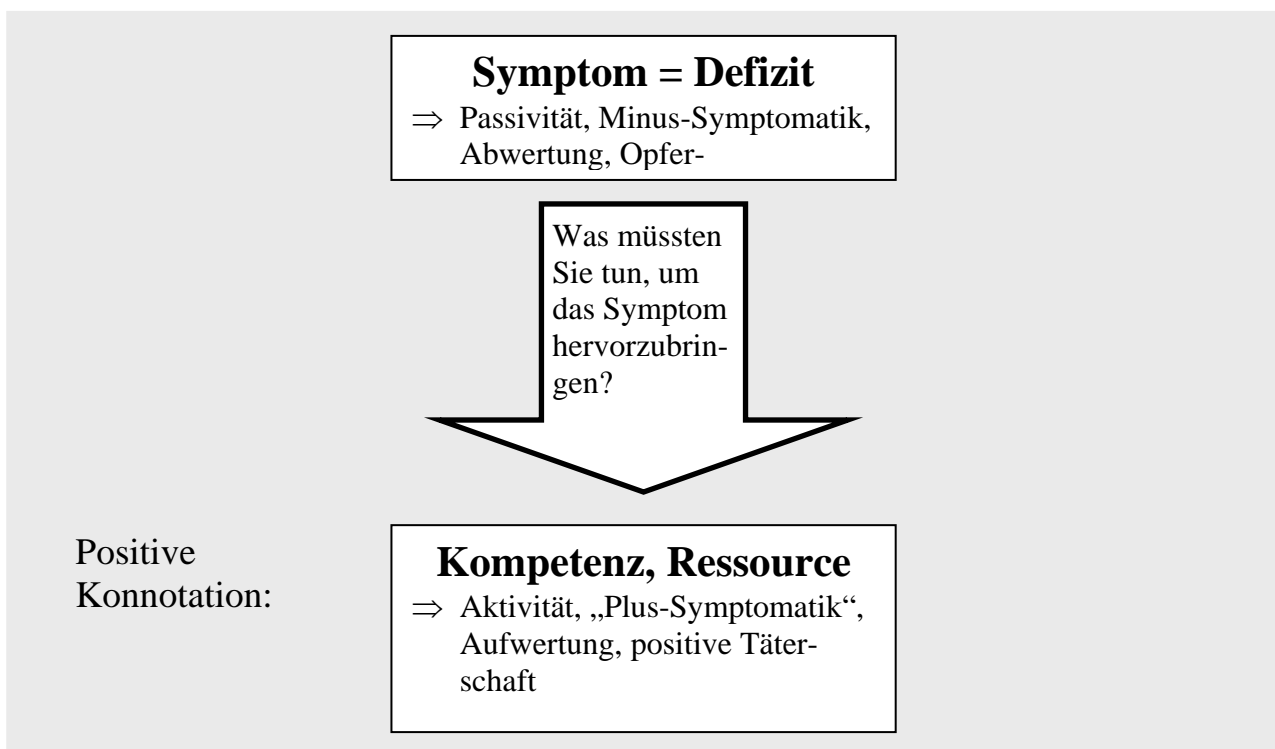


Abbildung 4: Wirkung wertschätzender und kompetenzorientierter Konnotationen

Im folgenden habe ich einige psychische Symptome hinsichtlich ihrer intra- und interpersonalen Auswirkungen und dem möglichen situations- und persönlichkeitspezifischen Informationsgehalt aufgelistet.

Symptom/ Diagnose	Problembereich Nachteile	Problembereich Vorteile	Lösungsbereich Vorteile	Lösungsbereich Nachteile	Mögliche Hinweise bzgl. Kontext	Mögliche Hinweise bzgl. Persönlichkeit
Zwang (Kontroll- zwänge, Zwangsbe- fürchtun- gen)	Ein „großes“ schlechtes Gewissen, äußerst unangenehme Gedanken und Gefühle, evtl. Schweißausbrüche, Ängste, als fremdbestimmt erlebte Handlungsabläufe und Rituale, Grübeleien, sich unfrei fühlen, eigene Interessen anderen zuliebe zurückstellen, sich extrem häufig um andere sorgen etc.	Nähe-Distanz-Regulation, innere Distanz (Solange jemand mit seinen inneren Zwängen beschäftigt ist, kann er sich nur sehr eingeschränkt auf sein Gegenüber einstellen und geht tendenziell aus dem Kontakt.), Schutz vor Verpflichtungen, indem man sie an andere delegieren muss (z.B. Schließen der Wohnungstüre, Autofahren etc.) etc.	Sich freier und unbeschwerter fühlen, selbstbestimmt handeln können, mehr Gelassenheit haben, mehr die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte sehen, den eigenen Grenzen mehr Rechnung tragen, sich mehr um sich kümmern, Forderungen an andere stellen können etc.	Sich in bestimmten Situationen aktiv abgrenzen und damit einen Streit riskieren, viele „kleine“ schlechte Gewissen haben, mehr Verantwortung übernehmen müssen etc.	Einengungen, äußere Zwänge, Einschränkungen, starke Außenkontrolle, wenig Handlungsspielraum etc.	Sehr loyal, starke Bedürfnisse nach Harmonie, extrem stark ausgebildetes Pflichtbewusstsein, starkes soziales Engagement, hohe moralische Ansprüche, Tendenz, es anderen recht machen zu wollen unter Vernachlässigung der eigenen Interessen, wenig aggressiv nach außen, gleichzeitig: hohes Maß an „Triebstärke“ (viele Bedürfnisse und Interessen) etc.
Migräne	Extreme Schmerzen, Einschränkung der Aktivität, jede Bewegung ist zuviel, Übelkeit, von Migräne fremdbestimmt etc.	Man <i>muss</i> nichts mehr leisten, weil man nichts mehr leisten <i>kann</i> , Zuwendung, Recht auf Abgrenzung, Reizschutz, Rücksichtnahme, Abschirmung von Ansprüchen anderer etc.	Vermehrtes körperliches Wohlfühl, mehr Handlungsspielraum und Selbstbestimmung, größere Leistungsfähigkeit etc.	Die Migräne als Grenzzieherin bei Leistungsüberforderung ist nicht mehr vorhanden, man muss bewusster mit eigenen Grenzen umgehen, riskiert mehr Konflikte mit anderen etc.	Starke Loyalitätsbindungen gepaart mit einem großen Leistungsanspruch besonders auf der intellektuellen Ebene etc.	Bedürfnis den Leistungsanforderungen anderer gerecht zu werden, große Leistungsfähigkeit und Leidensbereitschaft, sexuelle Bedürfnisse und aggressive Strebungen werden eher zurückgehalten etc.

Symptom/ Diagnose	Problembereich Nachteile	Problembereich Vorteile	Lösungsbereich Vorteile	Lösungsbereich Nachteile	Mögliche Hinweise bzgl. Kontext	Mögliche Hinweise bzgl. Persönlichkeit
Sucht	Extreme körperliche und psychische Folgen, Suchtmittel übernimmt die Kontrolle, Scham, Gefährdung der Beziehungen, fehlende Eigenkontrolle, gesellschaftliche Restriktionen (Führerscheinentzug, bei illegalen Drogen: Gefängnis oder Therapie), mitunter lebensbedrohlich etc.	Freizeitgestaltung, Entspannung, Abschirmung, Beziehungsregulation, Erlaubnis zugeschrieben zu bekommen, sich anders (aggressiv, schwach, ungehemmt etc.) zu verhalten, ohne dafür verantwortlich gemacht zu werden. „Mein Mann, die Herzengüte in Person, doch wenn er Alkohol getrunken hat, dann ist er nicht er selbst, sondern ein anderer.“ etc.	Klarheit, Nüchternheit, Eigenkontrolle, größeres körperliches Wohlbefinden, Suchen und Finden neuer Freizeitgestaltungen, evtl. befriedigendere Beziehungen etc.	Spannungen, Suchtverlangen, kann problematische Verhaltensweise nicht mit dem Suchtmittelkonsum entschulden etc.	Zuwenig Anregungen, Einsamkeit, Leere, Isolation, Gruppendruck in Richtung Suchtmittelkonsum, Perspektivlosigkeit, hohe Anforderungen etc.	Stark strukturierte Persönlichkeit (dein ja, sei ein Ja, dein Nein ein Nein), Fähigkeit zu starken Bindungen, Feinfühligkeit etc.
Depression	Hilflosigkeit, Schuld und Scham, Versagensgefühle, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Hoffnungslosigkeit, Gefühl als Persönlichkeit zu verarmen, Verlust von Beziehungen, kein Sex etc.	Ich kann mir nicht helfen, (Für-)Sorge, Entlastung, Zuwendung, Grenzziehung, Loyalität bleibt erhalten (Ich würde ja gerne, aber kann nicht.) etc.	Klarheit, Wohlbefinden, Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit, Zukunftsplanungen, mehr Sexualität, höhere Genussfähigkeit, größeres Selbstbewusstsein etc.	Notwendigkeit, sein Leben selbst wieder in die Hand zu nehmen, keine Entschuldigungsmöglichkeit mehr zu haben, Konflikte mit anderen können sich verstärken bzw. werden sichtbar etc.	Enttäuschung, Verlust, Abwertungserlebnisse, fehlende Anerkennung etc.	Hohe Ideale und Ansprüche an sich, sehr viel Lebensenergie (Nur Menschen, die etwas vom Leben wollen, können depressiv werden.), große Bindungsfähigkeit etc.

Symptom/ Diagnose	Problembereich Nachteile	Problembereich Vorteile	Lösungsbereich Vorteile	Lösungsbereich Nachteile	Mögliche Hinweise bzgl. Kontext	Mögliche Hinweise bzgl. Persönlichkeit
Schizophrenie	Verzicht auf eine eigene Lebensgestaltung, Desorientierung, existentielles Scheitern, innerlich zerrissen sein, massive Probleme mit anderen Menschen, Ausgrenzung und Exkommunikation, nicht ernst genommen werden, für unzurechnungsfähig erklärt werden, betreut werden, man fühlt sich fremdgesteuert und nicht mehr Herr seiner selbst (Stimmen etc.) etc.	Niemand kann einem einen Vorwurf machen (Narrenfreiheit), man kann sich illoyal verhalten (Gewalt- und Aggressionsausbrüche haben) und gleichzeitig loyal bleiben (denn die Täterin war ja die Psychose), Vermeidung von Konflikten und Fehlern, für die man gerade zu stehen hat, andere Menschen nehmen einem Entscheidungen ab etc.	Kann sein eigenes Leben gestalten und selbst über sich bestimmen, Autonomie, sich mehr im Einklang mit sich selbst erleben, sich durchsetzen können, zu seinen eigenen Interessen stehen und sie auch vertreten, die Möglichkeit haben, eine Familie zu gründen, beruflich erfolgreich sein, sich abgrenzen können, die Fähigkeit, andere abweisen zu können etc.	Für das, was man tut, kann man jetzt von anderen kritisiert werden, Konflikte mit anderen, man muss jetzt für sich selbst sorgen und kann das nicht von anderen erwarten, Ablösung von der eigenen Herkunftsfamilie, für seine eigene Lebensplanung verantwortlich sein etc.	Extrem starke Loyalitätsbindungen bei gleichzeitiger Angst vor Abhängigkeit und Einsamkeit, der Versuch, Konflikte zu vermeiden und es möglichst allen recht zu machen, starke familiäre Abgeschlossenheit, hohe Erwartungen aneinander etc.	Bedürfnis nach Loyalität gerät mit dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung der eigenen Interessen in Konflikt, extrem gute Fähigkeit, Konflikte durch unklare Kommunikationsstrategien ins Leere laufen zu lassen, Fähigkeit, sich sehr gut in andere einfühlen zu können, um herauszubekommen, was von einem erwartet wird etc.
Manisch-depressive Psychose	Entweder: schwach und ohne Lebenssinn sein, angepasst sein, auf eigene Bedürfnisbefriedigung verzichten bzw. sie kaum wahrnehmen etc. Oder: Ohne Rücksicht auf Verluste, von den eigenen Leidenschaften und Ideen getrieben sein, nicht ernst genommen werden, Konflikte mit anderen Menschen riskieren etc.	Entweder sich harmonisch mit anderen erleben, sich gut anpassen, von anderen Zuwendung erfahren, akzeptiert werden etc. Oder: endlich ohne Schuldgefühle und Berücksichtigung anderer nach den eigenen Interessen, Wünschen und Sehnsüchten leben, sich extrem glücklich, stark, selbstbewusst, sexuell attraktiv erleben etc.	Sich und andere berücksichtigen, kontextangemessene Verhaltensweisen zeigen, ernst genommen werden, verlässlich sein, sich mehr als Einheit erleben, differenzieren können, Kosten-Nutzen Analyse von eigenen Verhaltensweisen durchführen können, mehr über sich selbst bestimmen können etc.	Verlust ekstatischer Glückserlebnisse, kein – wie in der Manie – schuldfreies Erleben mehr, sondern Einsicht, dass leben bedeutet, sich schuldig machen, Konflikte müssen nun verantworten werden etc.	Extrem starke Loyalitätsbindungen, klare Rollen- und Beziehungsdefinitionen, harte Realität (etwas ist so oder nicht so), starke zentripetale (Abhängigkeit, Geborgenheit, Anpassung etc.) und zentrifugale Kräfte (Freiheit, Konflikt, Abgrenzung etc.), die sich gegenseitig ausschließen und unvereinbar sind, etc.	Bedürfnis nach Loyalität gerät mit dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung der eigenen Interessen in Konflikt, extreme Fähigkeit sich entweder zu anderen loyal oder zu sich selbst loyal zu verhalten, stark ausgeprägtes soziales Gewissen und stark ausgeprägte Triebkräfte, Wünsche und Sehnsüchte, Fähigkeit intensive Beziehungen einzugehen etc.

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Symptomen bzw. deskriptiv zu verstehenden Diagnosen – eine Auswahl

5. Psychiatrische Diagnosen und Wertschätzung

Diagnose leitet sich von dem griechischen Begriff „diagnosis“ ab, was Beschluss, Entscheidung, aber auch Urteil bedeutet, sie dient als Entscheidungsgrundlage für die weitergehende „Behandlung“. Im Unterschied zu Diagnosen der Körpermedizin, die in der Regel auf einem objektivierbaren materialen Befund basieren (z.B. dem Nachweis von Krankheitserregern oder geschädigtem Gewebe), geht es bei *psychiatrischen* Diagnosen, mit denen ich mich hier ausschließlich beschäftigen werde, um die Feststellung einer „psychischen Störung“, was die Persönlichkeit eines Menschen direkt betrifft. Im Gegensatz zu einem Körper, den man sehen und fühlen kann, ist *die* Psyche ein bloßes Konstrukt. Jede Aussage über psychische Vorgänge eines anderen Menschen hat damit rein spekulativen Charakter (vgl. RETZER, 1994, S. 6ff), die zudem noch von einem/einer Beobachter/in getroffen wird, der ja selbst wiederum das hypothetisch zu Beobachtende verändert, da seine/ihre eigene Wirklichkeitskonstruktion in den Beobachtungsprozess einfließt.

Um zu einer psychiatrischen Diagnose zu kommen, werden alle Daten (gezeigtes Verhalten, berichtetes Erleben) gesammelt, die auf eine Abweichung von der Norm hinweisen, um so durch Interpretation und Hypothesenbildung diese Daten einer Kategorie und schließlich einem Störungsbild eines gängigen psychiatrischen Klassifikationssystems (in der Regel dem ICD-10 oder dem DSM IV) zuzuordnen. Werden psychiatrische Diagnosen unreflektiert gebraucht, können sie mitunter verheerende Folgen haben und dem Prinzip der Wertschätzung diametral gegenüberstehen und nicht nur zu einer Entscheidung, sondern auch zu einer Verurteilung des Diagnostizierten im Sinne seiner Abwertung führen. Zusätzlich zu dieser Problematik können solche Diagnosen eine extreme Schwächung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls bewirken, weil der psychiatrisch-diagnostische Blick ausschließlich auf Störungen, Defizite, Inkompetenzen und Schwächen fokussiert. Wer vor der psychiatrischen Diagnosestellung wenig vulnerabel war, wird hinterher mit großer Wahrscheinlichkeit vulnerabler. Psychiatrische Diagnosen wirken in diesem Sinne als sich selbst erfüllende Prophezeiungen, denn sie können suggestive Prozesse anregen, wodurch man sich mehr und mehr in die eigenen Probleme hineinhypnotisiert.

Eine psychiatrische Diagnose impliziert immer auch eine Verdinglichung (Reifizierung) (vgl. WATZLAWICK, 1988, S. 89) und Festschreibung des Diagnostizierten im Gegensatz zu einer Diagnose, die sich auf körperliche Beschwerden bezieht. Bei letzterer verliert der/die Diagnostizierte die Diagnose dann, wenn die Beschwerden verschwinden bzw. er/sie geheilt ist. Anscheinend aufgrund der unmittelbaren Unzugänglichkeit der Psyche eines anderen Menschen haben psychiatrische Diagnosen nach Abklingen der Symptome eine größere „Haltbarkeit“ als organmedizinische, so dass Menschen lange Zeit mit ihren psychiatrischen Diagnosen und damit mit negativen Persönlichkeitseigenschaften identifiziert werden (vgl. SIMON, 1990, DE SHAZER, 1998).

Ein weiterer Aspekt, der zu denken geben sollte: Psychiatrische Diagnosen eignen sich in hervorragender Weise dazu, andere Leute zu beschimpfen. Wem die Schimpfwörter für andere ausgegangen sind, braucht nur einen kurzen Blick in den ICD 10 oder den DSM IV zu werfen und schon wird er fündig. Er/sie kann dann andere – quasi wissenschaftlich legitimiert – herabsetzen, verachten und beleidigen, indem er/sie ihnen zum Beispiel eine der folgenden psychiatrischen Diagnosen anhängt: narzisstisch gestörte Persönlichkeit, Maniker/in, Depressive/r, Anankast/in, Borderliner/in, Schizoide/r, Schizophrene/r, Defektschizophrene/r, Psychotiker/in, (arme/r) psychisch Kranke/r (früher: armer Irrer) und was es da noch so alles an Gemeinheiten gibt. Im übrigen gilt allein aus formallogischen Gründen: **Ein Merkmal einer Klasse von Merkmalen kann nicht die ganze Klasse repräsentieren**, was aber bei der Identifikation einer Diagnose mit dem ganzen Menschen der Fall ist. GUNTHER SCHMIDT (1996) hat das prägnant wie folgt formuliert: „Psychiatrische Diagnosen sind Halluzinationen, die wir auf die Klienten projizieren.“ Hierzu ist folgender Transformationsprozess notwendig:

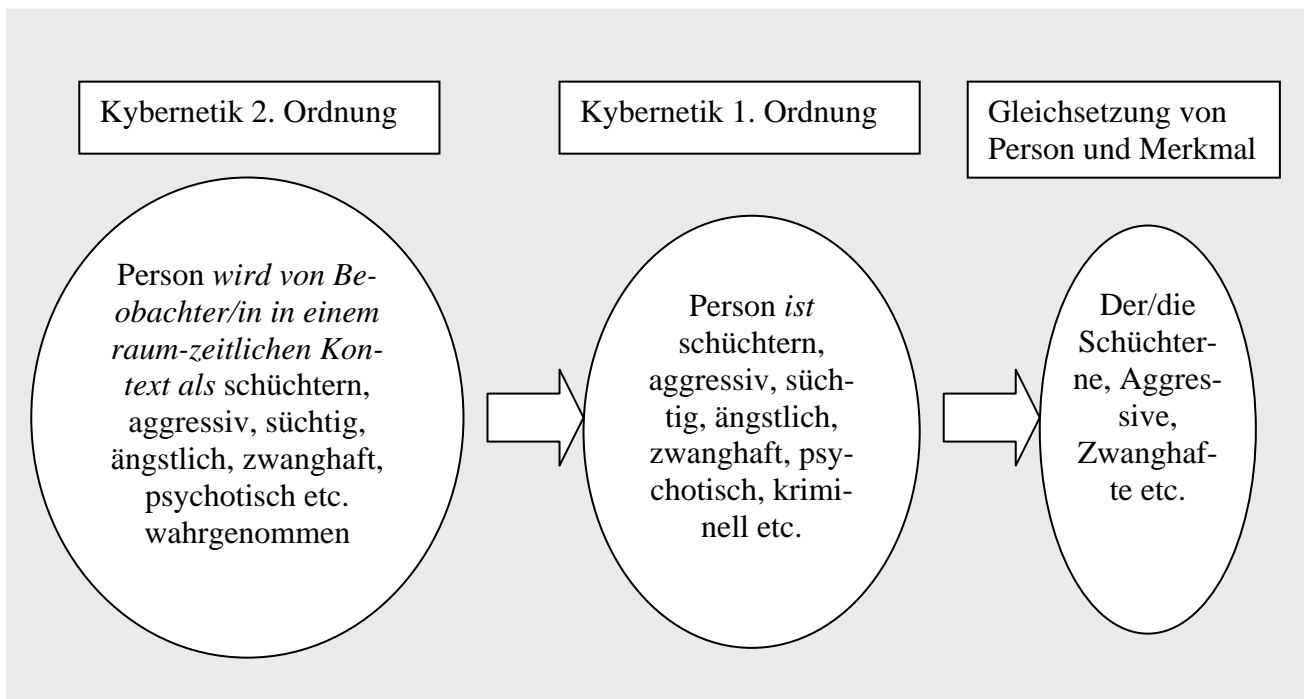


Abbildung 5: Reduktion eines Menschen auf ein Merkmal

Um die Bedeutsamkeit und Schwere von psychiatrischen Diagnosen zu verringern und damit ihre negativen Konsequenzen zu vermeiden, hat GUNTHER SCHMIDT (1996) vorgeschlagen, sie von den Kund/inn/en „auswürfeln“ zu lassen, indem jeder Zahl des Würfels eine Diagnose zugeordnet wird. Damit wird deutlich, dass die ausgewürfelte Diagnose nichts mit der betreffenden Person zu tun hat und somit auch keine negativen Auswirkungen nach sich ziehen kann.

Werden Diagnosen zur Produktion und Anregung möglicher Hypothesen hinsichtlich der beziehungsgestaltenden Wirkung eines Symptoms, seiner Erklärung und der Ansatzpunkte, um Lösungsalternativen zu entwickeln, betrachtet und deskriptiv begriffen, so lassen sie sich sehr wohl für das

systemische Arbeiten nutzen. Pathologie- und defizitorientierte Diagnosen eignen sich zudem auch, um mit ihrer Hilfe auf kompetenzorientierte Diagnosen zu schließen und damit eine wertschätzende und stichhaltige Beschreibung eines Menschen zu ermöglichen (vgl. GUNTHER SCHMIDT, 1996a, b). So könnte beispielsweise die Diagnose „Zwangsneurose“ zu folgender kompetenzorientierten Diagnose werden: „Fürsorgliche auf andere bedachte Handlungsweisen, die mit einer großen Leidensbereitschaft und der Fähigkeit verknüpft sind, die ebenfalls stark ausgeprägten eigenen Bedürfnisse zurückzustellen“. Die Diagnose „Schizophrenie“ könnte dann kompetenzorientiert formuliert lauten: „Fähigkeit mit Hilfe einer unklaren Kommunikation Konflikte zu entschärfen und Fehler zu vermeiden, verknüpft mit der Bereitschaft, eigene Lebenschancen aufs Spiel zu setzen, um sich weiterhin loyal zu den eigenen Eltern verhalten zu können.“

6. Die Wertschätzung der Erzählung der Kund/inn/en

Zur Wertschätzung gegenüber den Aussagen bzw. der Erzählung der Kund/inn/en in der Systemischen Psychotherapie gehören meines Erachtens folgende Punkte:

1. Die Wertschätzung und Nutzung ihrer Wirklichkeitskonstruktionen.
2. Die Irrelevanz des Wahrheitsgehalts der Erzählung der Kund/inn/en für den psychotherapeutischen Prozess.
3. Die unbedingte Berücksichtigung der Kritik der Kund/inn/en am Therapieverlauf.

Grundsätzlich sollte als übergeordnetes Axiom gelten: **Alles, was von den Kund/inn/en verbal und nonverbal erzählt bzw. gezeigt wird, wird freundlich begrüßt.** Dabei gibt es allerdings eine Ausnahme, die sich auf Verhaltensweisen bezieht, die soziale Kontrollmaßnahmen erfordern, wie Suizidhandlungen, Gewalt, Missbrauch etc. (siehe hierzu Kapitel 6.2 und Kapitel 9).

6.1 Die Wertschätzung und Nutzung von Wirklichkeitskonstruktionen

Damit eine optimale therapeutische Kooperationsbeziehung möglich wird, müssen die Wirklichkeitskonstruktionen der Kund/inn/en wertgeschätzt und für die Anregung von hilfreichen Unterschieden in Bezug auf Denken und Handeln genutzt werden. Dabei empfiehlt sich auf Seiten des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin, die Haltung eines/einer teilnehmenden ethnologischen Feldforschers/Feldforscherin einzunehmen, die durch folgende Merkmale charakterisiert werden kann:

1. Nichts ist selbstverständlich. Selbstverständlichkeiten sind in Frage zu stellen.
2. Jeder Mensch ist ein Universum für sich: Was für den/die Einen z.B. Angst bedeutet, kann für den/die Andere/n etwas ganz anderes sein.
3. Wechseln zwischen Außen- und Innenperspektive.
4. Erkundung des „fremden Universums“, des einzigartigen Individuums durch ungewöhnliche, unterscheidungsbildende Fragen.

5. Konkretisierung der Problemkonstruktionen und Lösungsvisionen.
6. Die eigenen Wirklichkeitskonstruktionen werden als Grundlage von Hypothesenbildungen – nicht Gewissheiten – genutzt.
7. Anregung neuer Perspektiven.
8. Gewinnung und Rückmeldung von Neuinformationen.

Da unsere eigenen Wirklichkeitskonstruktionen niemals mit anderen übereinstimmen, sondern voneinander enorm abweichen können, bilden sie ein gewinnbringendes Reservoir von Unterschieden, wodurch wir anregende Hypothesen und Ideen für unser Gegenüber zur Verfügung stellen können. Dennoch kann es sein, dass viele davon ungeeignet sind, nicht *fit* machen, wie ERNST VON GLASERSFELD das ausgedrückt hat, um ziieldienliche, lösungsförderliche Veränderungen anzuregen. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, unsere eigenen Wirklichkeitskonstruktionen nicht als Wahrheiten zu betrachten, sondern bescheiden Fragen zu formulieren. Denn: Unsere eigene Realitätskonstruktion erzeugt – aufgrund der Tatsache, dass sie unsere Wahrnehmung in ihrem Sinne strukturiert – selbstbestätigende Rückkopplungsschleifen. Hierzu zwei Beispiele:

1. Viele Menschen mit einer psychosomatischen Diagnose haben die Wirklichkeitskonstruktion, dass ihre Beschwerden mit ihrer Psyche absolut nichts zu tun haben und man nur noch nicht die eigentliche körperliche Ursache ausfindig machen konnte. Dann wäre es wichtig, an dieser Wirklichkeitskonstruktion anzukoppeln und zu sagen: „Selbst wenn ihre Beschwerden zu 100% körperlich bedingt wären, könnte man versuchen, über einen adäquaten Umgang mit ihnen den Genesungsprozess zu fördern. Was halten Sie davon?“

2. Menschen, die unter psychotischen Verhaltens- und Erlebensweisen leiden, teilen häufig die Wirklichkeitskonstruktion von Psychiater/innen und gehen davon aus, dass sie eine Stoffwechselerkrankung haben, die mit ihrer Psyche nichts zu tun hat. Selbst wenn man als Psychotherapeut/in eine andere Wirklichkeitskonstruktion hat, sollte man dann – wie bei anderen Fällen auch – mit der angebotenen Wirklichkeitskonstruktion arbeiten. Mit Hilfe von differenzierungsbildenden Fragen können dann Unterschiede zwischen dem konkreten Verhalten und der Krankheit angeregt werden, was wiederum den Handlungsspielraum und die Einflussnahme auf das eigene Verhalten vergrößert. Es ließe sich zum Beispiel fragen, zu wie viel Prozent jemand im Moment krank sei und zu wie viel Prozent gesund? Was der/die Betreffende tun müsste, um drei Prozent kränker/gesünder zu erscheinen? Etc.

6.2 Die Annahme der Erzählung der Kund/inn/en

Da es sich in der Psychotherapie nicht um ein polizeiliches Verhör handelt, das der Wahrheitsfindung dient, sondern darum, ziieldienliche Veränderungsprozesse anzuregen, ist es irrelevant, ob die Erzählung der Kund/inn/en der Wahrheit entspricht oder nicht. Gearbeitet wird mit dem, was sie

erzählen, wobei zur Erzählung auch die – wie ARNOLD RETZER (1995) das ausgedrückt hat – „Performance“ gehört, d.h. auch die Körpersprache. Dabei ist allerdings die Kybernetik 2. Ordnung zu berücksichtigen, nach der alles, was gesagt wird, immer von einem/einer Beobachter/in gesagt wird (vgl. MATURANA 1985, S. 148) und zudem die *Heisenberg'sche Unschärferelation der Kommunikation* – wie ich das nennen möchte – gilt: Zum einen verändert die Beobachtung das Beobachtete und zum anderen verändert das Beobachtete den/die Beobachter/in. Objektive und subjektive Sachverhalte bzw. Informationen vermischen sich somit unweigerlich, so dass es im Kommunikationssystem keine objektive Wahrheit geben kann.

Wenn die Psychotherapie *einen Unterschied macht* und für den Kunden/die Kundin bedeutsam ist, dann handelt es sich bei dem therapeutischen System zwischen Psychotherapeut/in und Klient/in um ein relevantes Zugehörigkeitssystem, damit bekommt der-/diejenige ein schlechtes Gewissen, wenn er/sie etwas tut oder unterlässt, was zu einer nichtgewollten Beendigung der Zugehörigkeit zu diesem therapeutischen System führt bzw. führen könnte. Hierbei ist zu beachten: Die (virtuelle) Zugehörigkeit hört mit Beendigung der Psychotherapie nicht auf.

Nehmen wir an, ein Kunde würde vorgeben, dass er sich sehr für seine Kinder engagiere und einsetze und – obwohl sein Beruf es ihm sehr schwer mache – viel Zeit mit ihnen verbringe, obwohl er die meiste Zeit gar nicht zu Hause war. Nehmen wir nun an, ich würde als Psychotherapeut diesen Mann für sein Engagement wertschätzen, indem ich ihm sage, dass er das geschafft habe, sei in seiner Situation eine sehr aner kennenswerte Leistung. Welche Gefühle hätte er vermutlich nach dieser zu Unrecht erfolgten Anerkennung mir gegenüber? Höchstwahrscheinlich würde er ein schlechtes Gewissen bekommen, was ihn dabei unterstützt, bis zum nächsten Termin eher das zu tun, was er mir berichtet hat. Hätte ich ihm aber unterstellt, er würde lügen, so würde das die für die Therapie notwendige Kooperationsbeziehung belasten (siehe Tabelle 2).

Mitunter kommt es vor, dass man bei Kund/inn/en gleichzeitig zwei unterschiedliche Erzählungen wahrnehmen kann: Auf der Ebene verbaler Äußerungen wird z.B. mitgeteilt, dass es einem extrem schlecht geht und es eine unmenschliche Anstrengung darstellt, sich gegen seine Depression zu wehren und am Leben zu bleiben, während auf der Ebene des Körperausdrucks folgendes signalisiert wird: Man ist guter Dinge, lächelt, hat eine entspannte Körperhaltung, wirkt locker, aufmerksam, wach und selbstsicher. Als beobachtender Psychotherapeut/in ist es dann sinnvoll, beiden Erzählungen Rechnung zu tragen, indem man mitteilt, dass man zwei unterschiedliche Botschaften wahrgenommen hat: Auf der einen Seite unsägliches, kaum vorstellbares berichtetes Leiden, auf der anderen Seite aber durch die Körperhaltung ausgedrückte Zuversicht und Selbstvertrauen. Nach dieser Rückmeldung sollte gefragt werden, wie der/die Betreffende das selber sieht. Wenn er diese Wahrnehmung bestätigen kann, lässt sich nach Erklärungen hierfür fragen, womit man wieder einen Ansatzpunkt für das weitere Vorgehen hätte.

Erzählung des Kunden/der Kundin	Wahres erzählt	Unwahres erzählt	Wahres erzählt	Unwahres erzählt
Reaktion des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin	Wahrheit unterstellt, Anerkennung und Wertschätzung des Ausgesagten	Wahrheit unterstellt, Anerkennung und Wertschätzung des Gelogenen	Unwahrheit unterstellt, Abwertung der Erzählung	Unwahrheit unterstellt, Abwertung des Erscheinungsbildes und der Absichten
Wahrscheinliche Auswirkungen	Gute Kooperationsbeziehung: Kunde / Kundin möchte die Bestätigung des Therapeuten/der Therapeutin bestätigen	Gute Kooperationsbeziehung: Kunde / Kundin bekommt in der Regel ein schlechtes Gewissen dem Therapeuten/der Therapeutin gegenüber ⇒ Wiedergutmachung des schlechten Gewissens durch Realisierung des Unwahren	Sehr schlechte Kooperationsbeziehung: Kunde / Kundin lehnt die Psychotherapie evtl. ab, fühlt sich entwertet und entwertet den Therapeuten/die Therapeutin	Schlechte Kooperationsbeziehung: Kunde / Kundin fühlt sich ertappt, hat das Gefühl des Gesichtsverlustes Ausnahme: In seltenen Fällen kann das günstig wirken, weil man sich entlastet fühlt und dem/der Berater/in hohe Kompetenz unterstellt.

Tabelle 2: Auswirkungen von Wahrheits- und Unwahrheitsunterstellungen

MARIE-LUISE CONEN (1996) hat darauf hingewiesen, dass das Prinzip der Freiwilligkeit im allgemeinen eine Illusion darstellt, weil im Grunde kein/e Berater/in aus freien Stücken aufgesucht wird: Allgemein sorgen die mittelbaren und unmittelbaren negativen Auswirkungen eines Symptoms bzw. Problems für das Aufsuchen eines Hilfsangebots. Wenn nun jemand nicht aus eigener Motivation heraus einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin aufsucht, sondern von einer Behörde oder einem ihm nahestehenden Menschen dazu gedrängt wurde, sei es dass er/sie hierdurch Gratifikationen erhält (z.B. dass es sich dann ein/e Partner/in überlegt, ob er/sie sich wirklich trennen soll) oder bei Unterlassung Nachteile erfährt (z.B. bei Drogendelikten mit Gefängnis bestraft wird), so sprechen wir von einem **Zwangskontext**. Dieser institutionelle bzw. von einer bestimmten Person ausgeübte Druck sollte von dem/der Berater/in unbedingt dafür genutzt werden, den Therapieprozess sinnvoll zu unterstützen.

Auch im Rahmen eines solchen Zwangskontextes arbeiten wir mit dem, was erzählt wird; dennoch sollten wir – eingedenk dieses Zwangskontextes – skeptisch sein, ob das Erzählte mit dem Erleben des Erzählers/der Erzählerin übereinstimmt oder ob er/sie das Erzählte vielmehr als Mittel einsetzt, um einen bestimmten Zweck zu erreichen. Das ist natürlich vollkommen legitim; denn schließlich ist alles, was wir erzählen, Mittel zum Zweck. In der Regel impliziert allerdings der Zwangskontext einen bestimmten Zweck, der mit dem explizit Benannten nichts zu tun haben muss bzw. gerade das Gegenteil von ihm darstellt. Da – wie ich bereits erwähnt habe – niemand mit Si-

cherheit wissen kann, was wirklich in einem anderen Menschen vor sich geht, wäre es vermessen zu behaupten, ein anderer würde etwas anderes denken und meinen, als er sagt. Zudem würde man sich als Psychotherapeut/in selbst lähmen, wenn man denkt, dass der/die Klient/in nicht die Wahrheit sagt, weil man zum einen ständig nach Indizien suchte, ob das Erzählte stimmt oder nicht; und äußerte man den Verdacht, dass geflunkert werde, könnte das der therapeutischen Kooperationsbeziehung schaden.

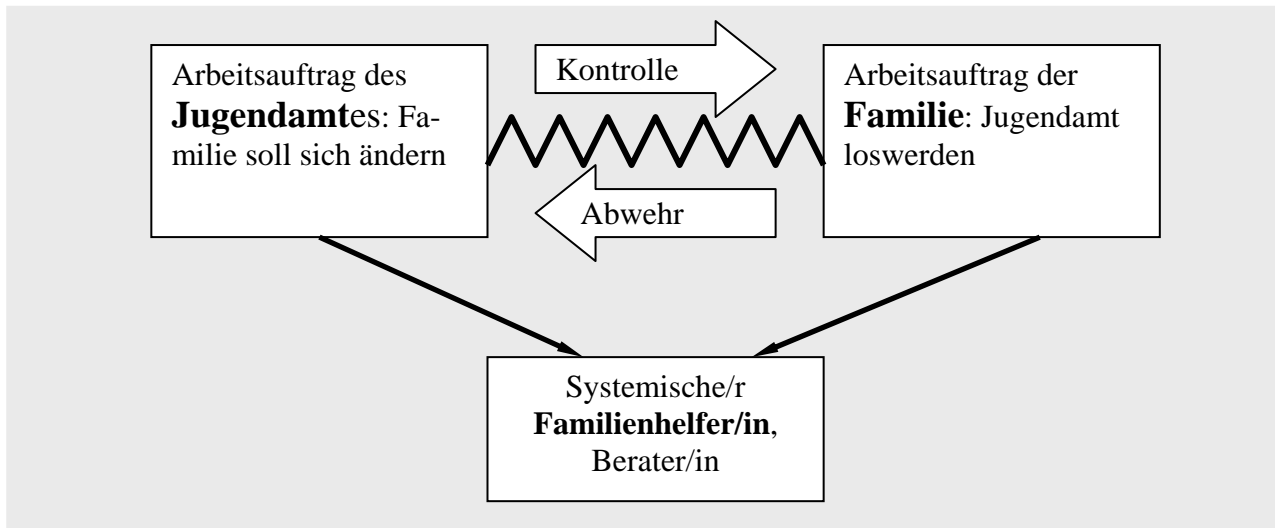


Abbildung 6: Auftragsmuster bei aufsuchenden Hilfen

Damit der/die Berater/in mit Familien in dieser Situation ein kooperatives Arbeitsbündnis eingehen kann, muss er/sie sich zunächst unmittelbar mit dem vorrangigen Ziel der Familie beschäftigen und die Familie bei der Erreichung ihres Zieles unterstützen, das in der Regel darin besteht, das Jugendamt als staatliches Kontrollorgan wieder loszuwerden. Damit die Familienhilfe in diesem Kontext überhaupt wirksam sein kann, muss das Jugendamt seinen Auftrag als Institution sozialer Kontrolle erfüllen. Wenn es sich um Probleme wie Missbrauch, Misshandlung oder Gewalt handelt, findet in der Regel ohne diesen institutionellen Kontrollaspekt erst gar keine Beratung statt oder – wenn das doch der Fall sein sollte – sind therapeutische Interventionen häufig wirkungslos.

Wenn beispielsweise Eltern auf die Frage, was denn im Gespräch erreicht werden soll, antworten, dass sie das ja selbst nicht wüssten, wäre das eher eine Bestätigung für die Unfreiwilligkeit der Zusammenkunft. Nun könnte man weiter fragen, was passieren würde, wenn sie das Beratungsangebot ablehnten? Es könnte sich dann herausstellen, dass das dann vom Jugendamt geahndet werden würde, indem es damit droht, ihnen ihre Kinder zu entziehen. Daraus könnten sich folgende Ziele für die Beratung herauskristallisieren: „Wenn das Jugendamt (oder andere Kontrollinstitutionen) uns nicht mehr kontrollieren würde.“ Oder: „Wenn wir unsere Kinder behalten dürften.“ Oder: „Wenn wir, ohne Nachteile in Kauf nehmen zu müssen, keine Gespräche mehr mit Ihnen führen

müssten.“ Unmittelbar ließen sich dann Möglichkeiten finden, um sich als Berater/in mit diesen Zielen solidarisch zu erklären und gleichzeitig dem Auftrag des Jugendamtes gerecht zu werden.

Werden solche Antworten gegeben, handelt es sich um ein Kläger/innen-Auftragsmuster und der Ansatzpunkt wäre, mit der Familie zu besprechen, wie sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen könnte, dass die kontrollierende Institution den Eindruck bekommt, dass die Familie alleine gut zurechtkommt und keine Kontrolle mehr notwendig ist. Das aus pragmatischen Gründen sinnvolle Ziel wäre zunächst, dass die Kontrolle aufhört. Indem nun mit der Familie besprochen wird, was sie hierfür tun kann, wird gleichzeitig der Auftrag des Jugendamtes implizit erfüllt, dass problematische Handlungen (Misshandlung, Missbrauch etc.) bzw. Unterlassungen (Vernachlässigung, Verwahrlosung etc.) unterbleiben. Bei diesem Vorgehen sollte - nachdem man sich mit dem Ziel, äußere Kontrolle zu reduzieren, solidarisch erklärt hat – unbedingt die Vereinbarung getroffen werden, dass man für diese Unterstützung die Zusicherung von den Beteiligten braucht, dass **ab sofort** keine der Verhaltensweisen mehr gezeigt wird, dessentwegen sich das Jugendamt oder eine andere Kontrollinstitution eingeschaltet hat.

Wenn ein/e Vorgesetzte/r eine Fortbildung oder Supervision anordnet oder eine nahestehende Person einem rät, eine Psychotherapie zu machen, man selbst aber die Wahrnehmung dieses Angebots als lästig, unangenehm oder gar als Eingeständnis der eigenen Unfähigkeit wahrnimmt, die Loyalitätsbindung einen aber nötigt, es nicht zurückzuweisen, weil damit Nachteile verbunden wären (Insubordination, Verschlechterung der Beziehung etc.), könnte der/die Betreffende mit einem guten Gewissen und ohne negative Auswirkungen dieses Angebot dann ablehnen, wenn sich der/die Psychotherapeut/in (Fortbildner/in, Supervisor/in) als unfähig erweisen würde. Logischerweise wäre damit die Hoffnung verbunden, die Beratung – ohne negative Konsequenzen – nicht weiter aufsuchen zu müssen. Das Beste, was den Klient/inn/en aus ihrer Sicht passieren könnte, wäre es also, enttäuscht zu werden. Indem der/die Berater/in danach fragt, was er/sie tun müsste, um die Klient/inn/en garantiert zu enttäuschen, koppelt er/sie sofort und unmittelbar an diese Wirklichkeitskonstruktion an.

Im Kontext „Therapie statt Strafe“ kommt es häufig vor, dass Klient/inn/en sagen: „Ich brauche keine Therapie, sondern nur einen Stempel als Nachweis, dass ich bei Ihnen gewesen bin.“ Auch hierbei muss, um eine Kooperationsbeziehung zu den Klient/inn/en zu ermöglichen, der/die Berater/in sich zunächst solidarisch mit diesem Ziel erklären, es wertschätzen, um dann andere Ziele an fokussieren zu können. Der/die Berater/in könnte in solchen Situationen zum Beispiel folgende Vereinbarung anbieten: „Das letzte, was Sie möchten, wäre, dass ich mit ihnen therapeutische Gespräche führe. Aus diesem Grunde schlage ich Ihnen vor, dass wir hier nur so tun, als wäre unser Gespräch ein therapeutisches. Dabei möchte ich Sie aber dazu einladen, darauf zu achten und mir mitzuteilen, wenn ich dennoch eine therapeutische Frage stellen sollte. Dann werde ich mir das zu

Herzen nehmen und die Frage so weit umformulieren, dass daraus eine nicht-therapeutische wird. Schließlich bin ich als Psychotherapeut/in kein/e Experte/Expertin in der Führung von nicht-therapeutischen Gesprächen.“

6.3 Die wertschätzende Berücksichtigung kritischer Einwände

Wenn Kund/inn/en den Therapieprozess kritisieren, wird auch das besonders wertgeschätzt, weil es eine hilfreiche und notwendige Rückmeldung darstellt. In der Regel lassen sich zwei Beweggründe für Kritik identifizieren:

4. Der bisherige Therapieverlauf hat für den Kunden/die Kundin keine nennenswerten Veränderungen in Richtung des erwünschten Ergebnisses gebracht. Die Therapie machte also bisher keinen Unterschied.

⇒ Mögliche Fragen: Was müsste in der Therapie sich verändern, damit Sie davon eher profitieren? Was würde passieren, wenn sich hier nichts verändern würde? Was müsste wer wie wann tun, damit die Therapie zu einem Erfolg führt?

2. Die Klient/inn/en sind bereits *vor* der Therapie (bzw. der Supervision oder Beratung) zu dem Schluss gekommen, dass sie ein derartiges Angebot für sich selbst nicht sinnvoll finden bzw. die Bereitschaft, es wahrzunehmen, ihnen sogar schaden würde, weil es ein ungeeignetes Mittel ist, um das anvisierte Ziel zu erreichen. Es könnte zum Beispiel sein, dass ein Kunde/eine Kundin

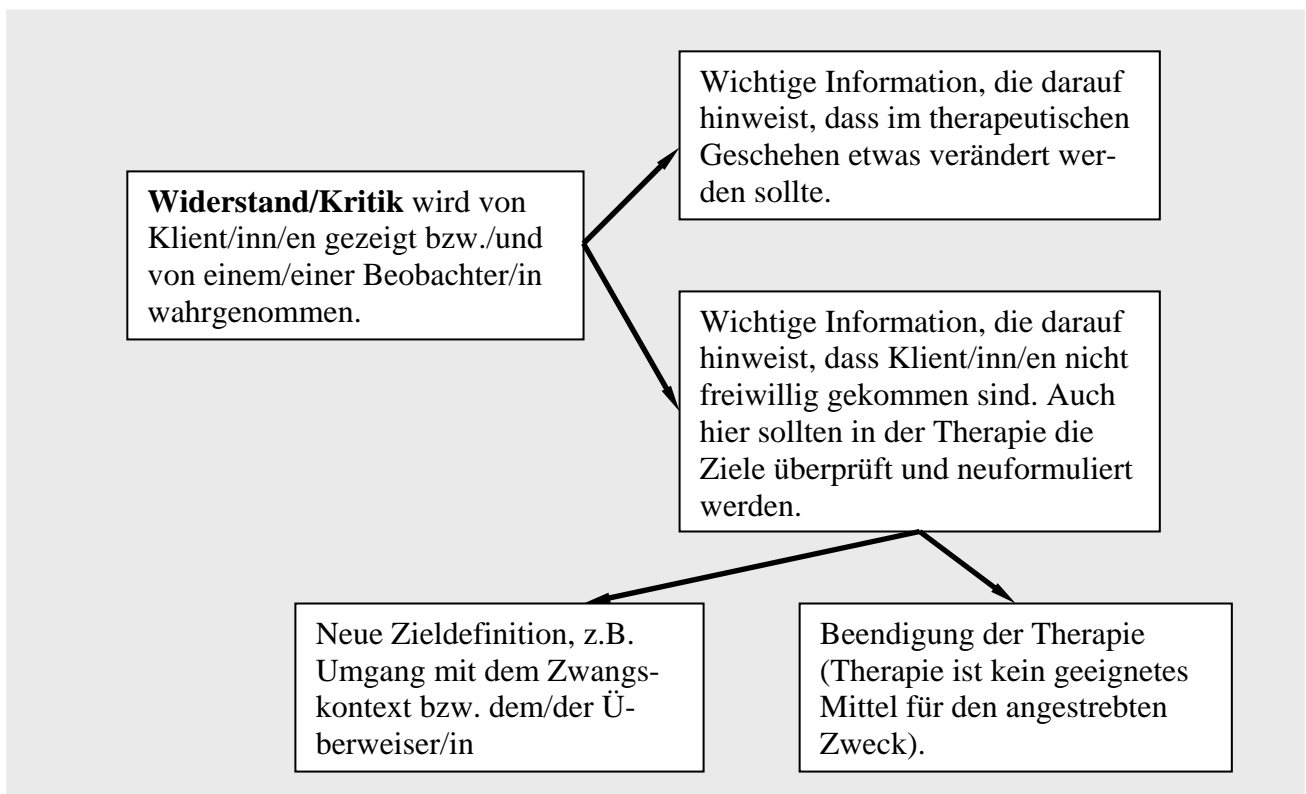


Abbildung 7: Widerstand und Kritik als sinnvolle und nützliche Informationsquelle.

sich schon vor dem Gespräch entschieden hat, nur bei einem ganz bestimmten Menschen eine Therapie zu machen, dieser sie aber zunächst weiterverwiesen hat. Der Beginn einer Therapie mit dem/der nicht-ausgesuchten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin wäre somit ein ungeeignetes Mittel für den beabsichtigten Zweck. Allerdings könnte man dann den/die Betreffende/n darin unterstützen, nach Möglichkeiten zu suchen, um doch noch bei dem/der gewählten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin – zumindest wahrscheinlicher – unterzukommen.

- Merke: 1. Nicht immer ist Therapie das geeignete Mittel, um das Gewünschte zu erreichen.**
- 2. Die Therapie kann in ihren Auswirkungen schlimmer sein als die Auswirkungen des Problems selbst.**

⇒ **Abklärung der individuellen und interaktionellen Auswirkungen, die es hat bzw. haben könnte, wenn man sich einer Psychotherapie unterzieht.**

7. Wertschätzung der Ambivalenz und Dialektik

Prinzipiell ist das Leben eines Menschen durch *existentielle Ambivalenz* zwischen Autonomie, Unabhängigkeit, Unschuld⁷ und Freiheit auf der einen Seite und Loyalität, Abhängigkeit, Schuld und Bindung auf der anderen bestimmt. HELM STIERLIN (1977) hat das prägnant auf den Begriff der bezogenen Individuation gebracht. Wir haben es hier mit einem nicht auflösbaren Widerspruch, einer ontologisch-anthropologischen Konstante zu tun. Weil diese Ambivalenz von existentieller Natur ist, müssen alle Versuche scheitern, sie aufzulösen.

Psychotische Verhaltens- und Erlebensweise sind nach meiner therapeutischen Erfahrung Resultat des Versuchs, diese Ambivalenz aufzulösen, indem man versucht, sich einerseits nur auf eine Seite der Ambivalenz zu schlagen, woraus dann beispielsweise manisches (völlig autonomes, (schuld-)freies, unabhängiges Sein) bzw. depressives (völlig loyales, abhängiges, gebundenes, schuldhaftes) Verhalten/Erleben folgt (diachrones Entweder-oder). Andererseits kann man auch versuchen, die Ambivalenz aufzulösen, indem man sie gleichzeitig verwirklichen will, z.B. dadurch, dass man versucht, die Tasse Kaffee zu trinken *und* im selben Augenblick nicht zu trinken, was dann zu einer kataton anmutenden Handlevitation führt⁸, oder sich bemüht, immer bei den Eltern zu bleiben *und* mit der Freundin/dem Freund eine eigene Wohnung zu beziehen. Hier wird versucht, sowohl das Entweder als auch das Oder gleichzeitig zu leben (synchrones Entweder-oder).

⁷ Es ist an der Zeit, die Begriffe von Schuld und Unschuld aus dem abstrakten Reich der Moral zu lösen und der konkreten Ebene menschlicher Beziehungen zuzuordnen.

⁸ Dieses Beispiel ist nicht willkürlich gewählt: Als ich Ende der 80er Jahre als Betreuer in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft arbeitete, verhielt sich eine als schizophren diagnostizierte Frau in der beschriebenen Weise: Sie hielt die Kaffeetasse über einen längeren Zeitraum in einer gleichbleibenden Schwebeposition zwischen Tisch und Mund. Auf meine Frage, warum sie die Kaffeetasse in der Luft halte, antwortete sie mir, dass sie sich nicht entscheiden könne, ob sie Kaffee trinken solle oder nicht.

Diese Lösung der Ambivalenz zeigt sich dann als schizophrenes Verhalten (vgl. STIERLIN/RETZER, 1996, RETZER, 1997 und 1998, RETZER/SIMON, 1999).

Weil wir als Menschen immer ambivalent sind, kommen wir nicht darum herum, uns in der Therapie damit auseinander zu setzen. Eine therapeutische Auseinandersetzung heißt aber in diesem Falle die *dialektische Aufhebung der Ambivalenz*, was etwas vollkommen anderes als deren bloße Auflösung beinhaltet. Aufgrund der Widerspiegelung der Ambivalenz eines Kunden/einer Kundin im Erleben des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin (Isomorphie) haben wir es immer mit einer doppelten Ambivalenz zu tun: Der Ambivalenz der Kund/inn/en und der Ambivalenz des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. Wir können den Unterschied zwischen einer therapeutisch-professionellen und einer nichttherapeutischen Beziehungsgestaltung in diesem Zusammenhang daran festmachen, dass bei einer professionellen Beziehungsgestaltung der/die Therapeut/in für die *Veröffentlichung seiner/ihrer Ambivalenz bzw. seines* – wie GUNTHER SCHMIDT (1996a, b) das ausdrücken würde – **Dilemmas** bezahlt wird. In alltäglichen Kontakten vermeidet man eher eine derartige Veröffentlichung.

Die dialektische Aufhebung der Ambivalenz in der Systemischen Psychotherapie besteht in einer doppelten Bewegung, nämlich der raum-zeitlich-kontextuellen Wertschätzung der beiden Seiten der Ambivalenz der Kund/inn/en und der raum-zeitlich-kontextuellen Wertschätzung der beiden Seiten der Ambivalenz des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. Unter einer raum-zeitlich-kontextuellen Wertschätzung verstehe ich eine auf ein bestimmtes Merkmal bezogene Wertschätzung, die dieses Merkmal in den Rahmen/den Kontext von Raum, Zeit und Situation stellt und damit differenziert wahrnehmen kann. Z.B. kann es an manchen Orten, zu bestimmten Zeiten und in bestimmten Situationen gut sein, Kaffee zu trinken, im Bett liegen zu bleiben, bei den Eltern zu wohnen, sich von der Schwiegermutter abzugrenzen, mit jemanden eine sexuelle Beziehung einzugehen, und es kann an manchen Orten, zu bestimmten Zeiten und in bestimmten Situationen problematisch sein, Kaffee zu trinken, im Bett liegen zu bleiben etc. Versucht der/die Psychotherapeut/in sich mehr auf eine Seite seiner/ihrer Ambivalenz zu schlagen, so hat das in der Regel den Effekt, dass diese Seite sich nun mit einer Seite der Ambivalenz eines Kunden/einer Kundin verbündet, was dann zu einer Koalition dieser Seiten gegen die anderen Seiten führt. Diese Koalition bewirkt im weiteren eine Schräglage in der Beziehungsgestaltung mit dem Kunden/der Kundin, der/die sich nur einseitig verstanden fühlt, was die Kooperationsbeziehung gefährden kann.

Beispiel: Ein Kunde antwortet mir auf die Frage, welches Ergebnis er sich denn von dem Gespräch mit mir wünscht, mit: „Ich weiß es nicht.“ Dann kann das in der Regel ein Ausdruck der Ambivalenz zwischen einer Seite sein, die ratlos ist und der im Moment nichts einfällt, und einer anderen Seite, die gute Gründe darin sieht, zu mir zu kommen, andernfalls säße die betreffende Person ja gar nicht vor mir. Der/die Therapeut/in kann nun seine/ihre eigene Ambivalenz zeigen, indem

er beispielsweise sagt: „Eine Seite in mir sagt: ‚Da muss es doch etwas geben, was Sie wollen, sonst wären Sie ja nicht hier.‘ Und eine andere Seite sagt: ‚Nun lass ihn/sie doch in Frieden, vielleicht braucht er/sie nur Zeit, um herauszufinden, was er/sie möchte.‘“ Dadurch können nun Suchprozesse bei dem Kunden/der Kundin angeregt werden, die eher zu einer Beantwortung der Frage führen.

In einer Situation, in der ich in einem therapeutischen Gespräch den Faden verloren hatte und aus diesem Grunde eine Pause⁹ machte, habe ich festgestellt, weshalb ich den Faden verloren hatte: Ich hatte während einer Gesprächssequenz zwei Gedanken, die beide um die Vorherrschaft kämpften. In der Pause fielen mir diese Gedanken wieder ein, so dass ich sie beide berücksichtigen und in ein zeitliches Nacheinander einordnen konnte. Die Lösung dieses Konflikts besteht also in der Wertschätzung *beider* Seiten, was zu einer konstruktiven Sowohl–als-auch Haltung führt und die Gefahr verringert, den Faden infolge eines inneren Kampfes zu verlieren.

8. Allparteilichkeit

Der Begriff der Allparteilichkeit wurde von BOSZORMENYI-NAGY und SPARK in die Familientherapie eingeführt und definiert als „innere Freiheit, nacheinander die Partei eines jeden Familienmitglieds zu ergreifen in dem Maße, in dem sein einführendes Verstehen und sein strategisches Vorgehen dies erfordern“ (BOSZORMENYI-NAGY/SPARK, 1981; S. 242). Generell lässt sich sagen, dass jede/r Anwesende in seiner/ihrer Wirklichkeitskonstruktion, seinen/ihren Eigenheiten und besonderen Fähigkeiten von dem/der Berater/in wertgeschätzt werden sollte. Der Begriff ist dem der Neutralität vorzuziehen, da *man nicht nicht bewerten kann*, und es aus diesem Grunde weit einfacher ist, aktiv den Standpunkt eines/einer jeden wertzuschätzen. Allerdings sollte man nur das wertschätzen, was man auch wertschätzen kann, was also der eigenen Wirklichkeitskonstruktion entspricht. Wird das nicht beachtet, handelt es sich nicht um eine Wertschätzung, sondern um eine Farce und Abwertung.

Die eigene Allparteilichkeit wird aber nicht automatisch bedroht, wenn der/die Berater/in überwiegend mit einem Familienmitglied spricht. Vielmehr kommt es darauf an, dass sich die anderen in ihrer spezifischen Seins- und Erlebensweise anerkannt fühlen. Gleichzeitig ist das Projekt der Allparteilichkeit ein unmögliches Unterfangen; denn niemals kann man allen gleich gerecht werden. Aus diesem Grunde ist es wichtig, es immer wieder zur Disposition zu stellen und zu fragen, was müsste ich tun, um garantiert meine Neutralität/Allparteilichkeit zu verlieren? „Was glauben Sie, wie müsste ich mich verhalten, damit Ihr Mann denkt, jetzt habe ich mich auf Ihre Seite geschlagen

⁹ Pausen gehören unverzichtbar zum Setting und Interventionsinstrumentarium der Systemischen Psychotherapie. Sie haben unter anderen folgende Funktionen: ungestörte Hypothesenbildung und Formulierung von Interventionen, Erhöhung des Handlungsspielraums, Untersteichung der Bedeutung des nach der Pause Mitgeteilten, Strukturierung des Gesprächsverlaufs, Herstellung von Distanz und Metakommunikation, Unterbrechung eines ungünstigen Gesprächsverlaufs.

und sauer auf mich wird?“ Je nachdem wie geantwortet wird, kann ich meine Wirkungen auf die Interaktionsteilnehmer/innen erfragen und eine Orientierung hinsichtlich meines weiteren Vorgehens bekommen. Auch hier gilt: Information ist das Herstellen von Unterschieden (BATESON, 1985, S. 582).

Aufgrund meines Strebens nach Allparteilichkeit als Psychotherapeut komme ich notwendigerweise in Loyalitätsprobleme bzw. Dilemmata, die mir wichtige Informationen darüber liefern, was ich aktuell beachten muss, um ein optimales Beratungsergebnis erzielen zu können. Daraus folgt die hilfreiche Haltung: „Jedes Problem, das ich als Therapeut in der Therapie bekomme, wird dankbar begrüßt und für den weiteren Verlauf des Gesprächs durch Veröffentlichung genutzt“ (Wertschätzung der Dilemmata).

Paarberatungen beispielsweise fangen in der Regel gleich bei der Auftragsklärung mit einem Dilemma an: Werde ich dem Mann gerecht, kann ich der Frau nicht gerecht werden und umgekehrt. Zur Illustrierung ein Beispiel aus meiner Praxis: Ein Paar kommt zu mir. Der Mann möchte, dass ich der Frau sagen soll, sie solle nicht mehr kontrollieren, ob und wie viel Alkohol er trinkt, und ihr zudem sagen, dass er mit 7 Flaschen Bier pro Tag keine Probleme habe. Die Frau möchte, dass ich ihrem Mann sage, er solle mit dem Alkoholtrinken aufhören und außerdem geduldiger sein. Als ich nach den Auswirkungen frage, die es hätte, würde ich die Aufträge annehmen, sagen mir beide, sie würden dann sofort die Beratung beenden und denken, was für ein Idiot ich doch sei. Damit habe ich ein *not-wendiges* Dilemma, mit dessen Hilfe sich die *Not wenden lässt*, indem ich sage: „Jetzt habe ich ein Problem: Wenn ich Ihren Auftrag, Herr Möller¹⁰, erfüllen würde, dann würde Ihre Frau protestieren und gehen, und wenn ich Ihren Auftrag, Frau Möller, erfüllen würde, dann würde ihr Mann protestieren und gehen, das aber wäre ja nicht in ihrer beider Sinne. Was würden Sie mir denn raten?“ Schließlich einigte man sich darauf, dass es für beide günstig wäre, Prozesse anzuregen, um ihre Beziehung zu verbessern und auch zu schauen, was in der Partnerschaft bisher schon gut gewesen ist und welche Ziele sie gemeinsam verfolgen möchten.

Da – wie bereits erwähnt – der/die Berater/in niemals weder eine subjektive noch eine intersubjektive oder gar objektive Allparteilichkeit erreichen kann, lässt sie sich als therapeutische Haltung nur immer wieder aufs Neue anvisieren. Metakommunikativ kann man aber direkt mit den Unterschieden hinsichtlich der Parteilichkeit arbeiten:

Beispiel: Antwortet mir als Berater im Rahmen einer Paartherapie die Frau, ich habe ihren Mann nur zu 30% verstanden/anerkannt/gewürdigt etc., sie selbst aber zu 70%, habe ich dann kein Problem, wenn der Mann sich selbst zu 70% verstanden fühlt. Wenn beide aber der Meinung sind, ich hätte den Mann zu 70% verstanden, die Frau nur zu 30%, bekomme ich durch diese wichtige wertzuschätzende Information ein Problem im Beratungssystem, das für mein weiteres Vorgehen hand-

¹⁰ Der Name wurde von mir geändert.

lungsleitend ist. Denn nun muss ich die empfundene Schiefelage thematisieren, da ich sonst Gefahr laufe, dass die Beratung scheitert. Jetzt ist es hilfreich, nach den *Auswirkungen* zu fragen, die eine derart wahrgenommene Parteilichkeit für das Beratungssystem hat:

⇒ Mögliche metakommunikative Fragen:

- „Angenommen, in den nächsten Sitzungen würden Sie zu derselben Einschätzung kommen, was glauben Sie, wie lange würden Sie dann noch zu mir/uns kommen?“
- „Wie würden Sie (zum Mann und zur Frau) reagieren?“
- „Was müsste ich tun, um noch parteilicher für Ihren Mann zu erscheinen?“
- „Was müsste ich tun, um wieder zu einer ausgeglicheneren Sicht beizutragen?“

9. Die Würdigung einer schuldhaften Tat

Wertschätzung bedeutet nicht einfach die positive Konnotation von allem und jedem, vielmehr schaut die positiv wirkende und authentische Wertschätzung sehr genau auf ihren Gegenstand: So sind nicht nur hilfreiche und problemlösende Handlungen anzuerkennen, sondern ebenfalls schädigende und verletzende Handlungen wie zum Beispiel Missbrauch, Misshandlung und Körperverletzung, die in Schuld und Verpflichtung münden. Solche Handlungen aber sind nur durch das **Anerkennen ihrer schuldhaften Verstrickung** und ihrer **Aufhebung durch Wiedergutmachung, Sühne und systemischen Ausgleich** zu würdigen. In diesem Zusammenhang möchte ich BERT HELLINGER¹¹ zitieren:

Wenn es zu einer wirklichen Versöhnung kommen soll, dann hat der Unschuldige nicht nur den Anspruch auf Wiedergutmachung und Sühne, er hat auch die Pflicht, sie zu fordern. Sonst wird er selbst am Schuldigen schuldig. Und der Schuldige hat nicht nur die Pflicht, die Folgen seiner Tat zu tragen, er hat auch das Recht darauf.“ (HELLINGER in WEBER 1993, S. 29)

Wird einem Menschen etwas von einem anderen angetan, dann schafft diese Tat – ob man will oder nicht – eine Bindung zwischen dem/der Täter/in und seinem/ihrem Opfer. Beide sind infolge der Tat miteinander verstrickt. Erst wenn diese negativ wirkende Verstrickung anerkannt wird, kann sie gelöst werden, wofür es prinzipiell zwei Möglichkeiten gibt:

¹¹ Mir ist bewusst, wie problematisch es mittlerweile geworden ist, BERT HELLINGER zu zitieren: Es wird Leute geben, die ein solches Zitat als blinde Gefolgschaft deuten, und andere, die frohlocken, wenn sie ein HELLINGER-Zitat angeboten bekommen. Beide Umgangsweisen halte ich weder für konstruktiv noch angemessen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf meinen Artikel „Bert Hellinger oder: Wer verfügt über die Wahrheit? – Systemische Betrachtungen“ (2000a) verweisen und zur Klarstellung bemerken, dass ich einerseits vieles, was HELLINGER zum Ausdruck gebracht hat, bedenkenswert finde. Andererseits sehe ich auch, dass er in den „Familienaufstellungsarenen“ oft eine konfrontativ-abwertende Haltung zeigt, die zudem noch von keiner konstruktivistischen Sichtweise relativiert wird, sondern als reine „phänomenologische“ Wahrheit daherkommt und höchst problematische Auswirkungen haben kann.

1. Der/die Täter/in zeigt Reue und versucht, das zugefügte Leid wieder gut zu machen. Das Opfer entscheidet darüber, ob die **freiwillige Wiedergutmachung** adäquat und glaubwürdig ist. Wenn das der Fall ist, kann das Opfer sie annehmen.
2. Das Opfer rächt sich an dem/der Täter/in und versucht über die mit der Rache einhergehende Genugtuung (**erzwungene Wiedergutmachung**), das erlittene Unrecht auszugleichen. Dabei sollte unbedingt beachtet werden, dass das Opfer nicht Gleiches mit Gleichem ahndet, weil es sich dann genau so schuldig macht wie der/die Täter/in. Denn: Niemals lässt sich ein Unrecht oder eine Schuld durch ein anderes Unrecht oder eine andere Schuld rechtfertigen. Eine adäquate Rache hat gerade auch deswegen die gesellschaftlich festgelegten Normen zu beachten, dessen oberste die körperliche Unversehrtheit eines jeden Menschen darstellt. Zudem sollte der Grundsatz gelten, dass das dem/der Täter/in zugefügte Leid geringer sein sollte als das erlittene. Allerdings: Die Bestrafung des Täters/der Täterin durch die Justiz *allein* reicht in den meisten Fällen nicht aus, um ein begangenes Unrecht zu sühnen, da es an das System gebunden bleibt, in dem es stattfand. Eine Form einer angemessenen Wiedergutmachung wäre zum Beispiel ein gelungener Täter/in-Opfer-Ausgleich in dem System, in dem die Tat (Missbrauch, Misshandlung, Körperverletzung etc.) verübt wurde. CLOE MADANES (1997) hat mit ihrer familienbezogenen Arbeit mit jugendlichen Misshandlern gezeigt, dass zum einen durch eine angemessene Wiedergutmachung die negativen Folgen der Tat für das Opfer – in der Regel war das die jüngere Schwester – beseitigt werden können und zum anderen der Täter in der Familie bleiben kann.

Wird es dem/der Täter/in dagegen nicht gestattet, seine Schuld zu sühnen, weil das Opfer dem/der Täter/in leichtfertig verzeiht, also keine Genugtuung verlangt, so führt das zu einer Festbeschreibung des Täters/der Täterin als dem/der Bösen und des Opfers als dem/der Guten. Der/die Täter/in wird die Möglichkeit genommen, seine/ihre Schuld wieder loszuwerden. Das gleiche Problem liegt bei sogenannten unzurechnungsfähigen Straftäter/inne/n vor, denen das Recht abgesprochen wird, für ihre Taten verantwortlich zu sein, weil sie infolge einer „psychischen und/oder körperlichen Krankheit“ schuldunfähig sein sollen. Ihnen wird damit von der Gesellschaft jegliche Möglichkeit geraubt, jemals wieder frei von Schuld zu werden, weil nur schuldfähige Menschen das Privileg haben, für ihre Taten bestraft zu werden und damit sühnen zu können. Häufig hat das die fatale Folge, dass vermutlich aus dem unbewussten Motiv „doch noch bestraft zu werden“ Wiederholungstaten begangen werden.

Rache bzw. die Erzwingung einer Wiedergutmachungsleistung kann – wenn sie angemessen eingesetzt wird – zum einen den inneren Drang, eine weitere Untat zu begehen, eindämmen und zum anderen dazu beitragen, Ausgleich in sozialen Beziehungen zu schaffen. In diesem Sinne dient die menschliche Fähigkeit, sich zu rächen, dem Erhalt von Beziehungen und wird so zu einer konstruktiven Kraft.

Es gibt Handlungen, die wieder gut zu machen sind, und solche, für die es keine angemessene Wiedergutmachung gibt, wie z.B. für Mord, Totschlag oder einem anderen zugefügte irreparable körperliche Schäden. Die einzige Form neben Wiedergutmachungsleistungen besteht bei diesen Handlungen darin, mit der Schuld zu leben. Bei sogenannten primitiven Stammesgesellschaften führten nicht wiedergutzumachende Vergehen zum Verlust der Stammeszugehörigkeit, dem endgültigen Ausschluss aus der Gemeinschaft. Unter systemischen Gesichtspunkten stellt der Ausschluss die schwerste Strafe dar, die einem Menschen widerfahren kann, weil jeder Mensch existentiell auf andere Menschen bezogen ist. In den modernen Industrie- und Dienstleistungsländern impliziert eine Gefängnisstrafe einen derartigen – allerdings zeitlich begrenzten – Verlust der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft der freien Bürger/innen.

Bedenkenswerterweise unterliegen psychotisch diagnostizierte Menschen ebenfalls einem derartigen Ausschluss, indem sie vom vernünftigen Diskurs ausgeschlossen und damit im Doppelsinne des Wortes ex-kommuniziert werden (vgl. RETZER, 1997). Hier findet – obwohl kein Vergehen begangen wurde bzw. zu werden brauchte – ein extremer Ausgrenzungsprozess statt, der zudem oft lebenslänglich wirkt, da einem/einer „Psychotiker/in“ kaum die Möglichkeit gegeben wird, sich als gesund, normal oder geheilt zu bezeichnen, ohne dass man ihn/sie verdächtigt, krankheitsuneinsichtig zu sein, was dann als weiteres Symptom einer „psychotischen Erkrankung“ bzw. als deren Bestätigung interpretiert wird¹². Doch nun zum guten Schluss zwei Übungen zum wertschätzenden Umgang mit sich selbst und anderen.

10. Zwei Übungen zur Wertschätzung für den Hausgebrauch

Die erste Übung, die ich Ihnen vorschlage, bezieht sich auf den Umgang mit sich selbst.¹³ Versuchen Sie hierzu einfach wahrzunehmen, welche Gedanken, Gefühle und Empfindungen in Ihnen auftauchen. Nehmen Sie nun die Haltung ein, dass alles, was auftaucht, sinnvoll ist und sie unterstützen will, auch wenn nicht von vornherein deutlich wird, dass das der Fall ist. Manche Gedanken, Gefühle oder Empfindungen können so unangenehm sein, dass Sie denken könnten, sie seien Ihnen feindlich gesonnen. Um aber Ihren positiven Sinn zu entschlüsseln, sollten Sie sich folgende Fragen stellen:

- Angenommen, diese Gedanken, Gefühle bzw. Empfindungen möchten Ihnen etwas mitteilen, was – glauben Sie – könnte das sein?
- Welche guten Absichten könnten sie haben?
- Auf welche positiven Ziele könnten sie hinweisen?

¹² Vgl. hierzu meinen Artikel „Zur professionellen Chronifizierung psychosozialer Probleme“ (Report Psychologie, 2000, 25: 508-518).

¹³ Den Grundgedanken für diese Übung mit sich selbst verdanke ich GUNTHER SCHMIDT.

Gehen Sie davon aus, dass etwas, was in Ihnen steckt, Ihnen nicht einfach nur feindlich gesonnen sein kann, sondern dass es quasi eine Mission Ihres Unbewussten erfüllt – egal um was auch immer es sich handelt. Nehmen wir an, Sie denken: „Ich bin ein Idiot, weil ich immer so feige und schüchtern bin.“ Dann wäre die Haltung: „Vielen Dank, Gedanke, dass Du mich darauf hinweist, mehr aus mir herauszugehen.“ Vielleicht wird sich eine Seite von Ihnen angesprochen fühlen, die sagt: „Was Du als feige und schüchtern empfindest, heißt nur, dass es mir wichtig ist, von anderen anerkannt zu werden. Und *immer* kann auch nicht der Fall sein: Schließlich gab es Situationen, in denen ich mich als mutig gezeigt habe.“ Oder nehmen wir an, Sie haben ein Drücken im Magen, dann könnten Sie das Magendrücken befragen, was es Ihnen zu sagen hat. Die Haltung wäre: „Vielen Dank, Magendrücken, dass Du mich darauf hinweist, sorgsamer mit dem, was ich zu mir nehme, umzugehen, oder: aufzupassen, dass ich nicht mehr so viel „hinunterschlucke“, oder: mir mehr Ruhepausen gönne.“ Wenn Sie aber sagen: „Du verdammtes Magendrücken verschwinde bloß“, dann haben Sie keine Chance herauszufinden, um was es sich handelt und was sie beachten sollten. Das Magendrücken wird sich nicht beachtet oder sogar bedroht fühlen und noch deutlichere Signale und damit Schmerzen schicken, damit seine Absichten endlich beachtet werden. Ähnlich könnten Sie vorgehen, wenn Sie von Zwangsbefürchtungen geplagt sind, die ein großes schlechtes Gewissen schicken. Auch hier könnten Sie Ihre Zwangsbefürchtungen nach den Absichten fragen, die sie haben. Vielleicht könnten sie Ihnen antworten, dass sie möchten, dass sie mehr für sich sorgen, öfter mal kleine schlechte Gewissen haben und den eigenen Interessen mehr Raum geben sollten. Die Haltung wäre hier: „Vielen Dank, dass ihr gekommen seid, um mich darauf hinzuweisen, wie ich meine Lebensqualität verbessern kann.“

Hilfreich wäre es auch, für diese Gedanken, Gefühle, Empfindungen Symbole und Namen zu finden, um leichter in einen Dialog mit den sie bedingenden unbewussten Prozessen treten zu können. Natürlich bin ich mir bewusst, dass das keine leichte Übung ist. Ich weiß, das ist um vieles leichter gesagt, als getan, doch nach einer gewissen Zeit der bewussten Anstrengung, eine solche Haltung einzunehmen, bekommt sie den Charakter des unwillkürlichen, die vielleicht nur dann und wann einer bewussten Auffrischung bedarf.

Schließlich möchte ich Ihnen noch eine weitere Übung anbieten, für die Sie aber noch mindestens zwei – am besten mehr – weitere Personen (Freunde, Kollegen, Fremde etc.) brauchen.¹⁴

Überlegen Sie zunächst, welchen Wert Ihrem Selbstwertgefühl auf einer Skala von 0 bis 10 entspricht, wenn 0 bedeutet, Sie verfügen zur Zeit über überhaupt kein Selbstwertgefühl und 10 bedeutet, Sie haben das größtmögliche Maß an Selbstwertgefühl. Danach unterhalten Sie sich mit den Anderen etwa 5 Minuten lang über eine sich nicht aktiv an dieser Kommunikation beteiligende Person. Das Thema der Unterhaltung sollen die wahrgenommenen und vermuteten positiven Eigen-

¹⁴ Diese Übung verdanke ich ARNOLD RETZER (1995).

schaften, Fähigkeiten, Ressourcen und Kompetenzen sein, die mit der betreffenden Person verknüpft werden. Je nach Kontext des Gruppengesprächs kann es sich dabei um Persönlichkeitseigenschaften, Handlungsweisen oder anderes handeln. Nach Ablauf der ersten 5 Minuten wird gewechselt, so dass jeder in die Position des/der schweigenden Zuhörers/Zuhörerinnen kommen kann, dessen/deren Aufgabe sich im Grunde darauf beschränkt, es auszuhalten, dass so positiv über ihn/sie

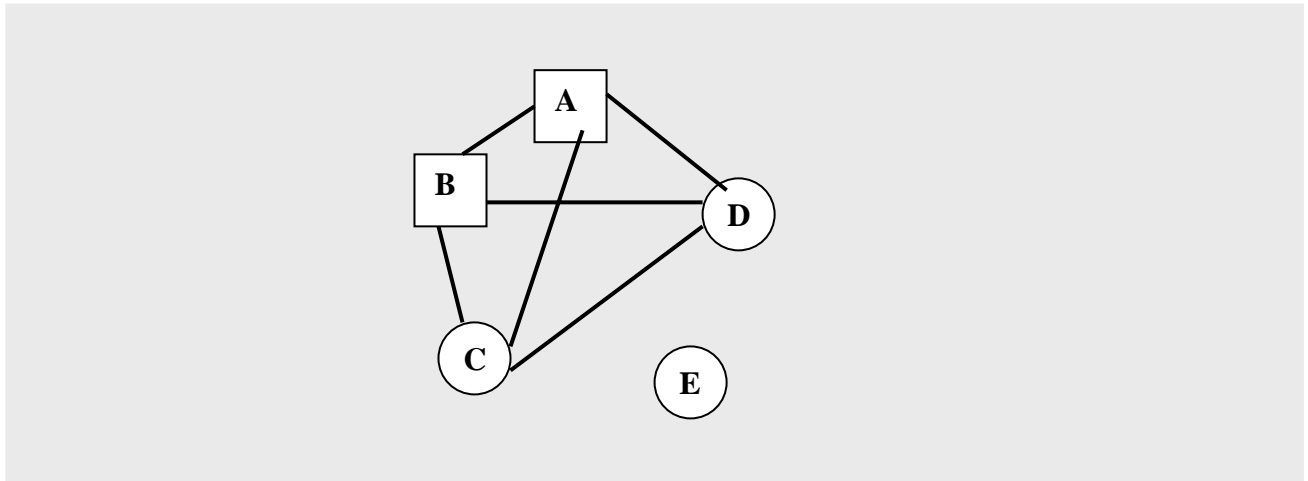


Abbildung 8: Kompetenzorientierte Kommunikation von A, B, C und D über E

gesprachen wird. Hilfreich kann dabei sein, dass der/die Zuhörer/in die Zuschreibungen notiert. Bevor Sie sich dann mit den Anderen austauschen, sollten Sie kurz in sich gehen und sich überlegen, wie groß nun der Grad des Selbstwertgefühls auf der Zehner-Skala ist.

Selbst wenn es sich um Personen handelt, die sich vorher überhaupt nicht gekannt haben, erhält man durch diese Art der Kommunikation äußerst differenzierte Beschreibungen, die in der Regel dem Selbstbild des Beschriebenen in diesen Aspekten entsprechen.

Summary

This work emphasizes the meaning of estimation for the effectiveness in Systemic Psychotherapy. Esteem is the cornerstone, on which all systemic interventions should be based. It should be thought as a bilateral phenomenon: On the one hand there should be the estimation for the clients and on the other hand the estimation for the psychotherapist himself. Regarding the principle of estimation, a dialectical movement follows logically to a problem-solution-balance (the solution of second order). This includes especially the esteem of the symptom. The esteem of reality-constructions and verbal expressions – also in so-called compulsory-contexts – is discussed. The author shows that the esteem of ambivalence causes its dialectical “Aufhebung”, that means in the philosophy of HEGEL keeping something on a higher level *and* dissolving it at the same time. Further pragmatic-adequate attempts of estimation for culpable behaviour are described. In this context the aspect of revenge is especially regarded. At the end two valuating exercises are introduced for homework.

Literatur

- American Psychiatric Association** (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM IV. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Bateson, Gregory** (1985). Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.
- Boszormenyi-Nagy, Ivan & Spark, Geraldine** (1981). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Cecchin, Gianfranco et al.** (1993). Respektlosigkeit. Eine Überlebensstrategie für Therapeuten. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.
- Conen; Marie-Luise** (1996). Vortrag auf dem Kongress „Science/Fiction: Fundamentalismus und Beliebbarkeit in Wissenschaft und Therapie“. Heidelberg.
- De Shazer, Steve** (1998). Fortbildung: Die Konstruktion passender Schlüssel für Lösungen – Erfolgreiche Wege der Kurzzeitpsychotherapie. Heidelberg.
- Haley, Jay** (1991). Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Vorwort von Karl Herbert Mandel. Pfeiffer, München.
- Hegel, Georg Wilhelm** (1975). Phänomenologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- Kanfer, Frederick; Reinecker, Hans & Schmelzer, Dieter** (1996). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Madanes, Cloé** (1997). Sex, Liebe und Gewalt. Therapeutische Strategien zur Veränderung. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.
- Maturana, Humberto R.** (1985). Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig; Wiesbaden.
- Mücke, Klaus** (1998). Systemische Beratung und Psychotherapie - ein pragmatischer Ansatz. Klaus Mücke ÖkoSysteme Verlag, Berlin.
- Mücke, Klaus** (2000a). Bert Hellinger oder: Wer verfügt über die Wahrheit? Z.system.Ther., 18: 171-182.
- Mücke, Klaus** (2000b). Zur professionellen Chronifizierung psychosozialer Probleme. Report Psychologie, 25: 508-518.
- Retzer, Arnold** (1994). Familie und Psychose. Zum Zusammenhang von Familieninteraktion und Psychopathologie bei schizophrenen, schizoaffektiven und manisch-depressiven Psychosen. Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, New York
- Retzer, Arnold** (1995). Fortbildung: Systemische Paartherapie. Berlin.
- Retzer, Arnold** (1997). Fortbildung: Aufbaukurs: Systemische Psychotherapie. Heidelberg.
- Retzer, Arnold** (1998). Fortbildung: Psychosentherapie. Heidelberg.
- Retzer, Arnold & Simon, Fritz** (1999). „Therapeutische Schnittmuster“ – Ein Projekt. Schizophrenie-Therapie II. Familiendynamik, 24, 100-114.
- Schimpf, Monika** (1991-1993). Weiterbildung: Systemische Familientherapie. Berlin.
- Schmidt, Gunther** (1996a). Fortbildung: Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für Beratung/Therapie bei Suchtproblemen in diversen Kontexten - Vom Such(t)-Prozeß zum Finde-Prozeß (Seminar I). Heidelberg.
- Schmidt, Gunther** (1996b). Fortbildung: Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für Beratung/Therapie bei Suchtproblemen in diversen Kontexten - Vom Such(t)-Prozeß zum Finde-Prozeß (Seminar II). Heidelberg.
- Schmidt, Gunther** (1997a). Fortbildung: Psychosomatische Lösungen statt psychosomatische „Krankheiten“ - Hypnotherapeutische und systemische Konzepte für die Nutzung psychosomatischer Probleme zur Entfaltung der unbestechlichen Weisheit des Organismus im System (Seminar II). Heidelberg.

- Schmidt, Gunther** (1997b). Weiterbildung: Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für die Organisationsberatung, Coaching und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg.
- Schmidt, Gunther** (1999a). Fortbildung: Nutzung von Krisen als Chancen – Spektrum hypnotherapeutischer und systemischer Kriseninterventionen. Heidelberg.
- Schmidt, Gunther** (1999b). Fortbildung: Selbsthypnose, Selbstmanagement und imaginative Verfahren. Heidelberg.
- Schmidt, Gunther & Simon, Fritz** (1996). Fortbildung: Aufbaukurs: Systemische Psychotherapie. Heidelberg.
- Simon, Fritz** (1990). Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.
- Simon, Fritz; Clement, Ulrich & Stierlin, Helm** (1999). Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stierlin, Helm** (1985). Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Eine Dynamik menschlicher Beziehungen. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- Stierlin, Helm & Retzer, Arnold** (1996). Fortbildung: Psychosetherapie: Stand der Kunst. Heidelberg.
- Stierlin, Helm; Rücker-Embsen, Ingeborg; Wetzels, Norbert & Wirsching, Michael** (1992). Das erste Familiengespräch. Theorie - Praxis - Beispiele. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Theunissen, Michael** (1980). Sein und Schein. Die kritische Funktion der Hegelschen Logik. Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- von Glasersfeld, Ernst** (1990): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, Paul (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. Piper, München.
- Watzlawick, Paul; Weakland, John & Fisch, Richard** (1988a). Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.
- Watzlawick, Paul** (1988b). Münchhausens Zopf oder: Psychotherapie und „Wirklichkeit“. Aufsätze und Vorträge über menschliche Probleme in systemisch-konstruktivistischer Sicht. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.
- Watzlawick, Paul** (1990). Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. Piper, München.
- Weber, Gunthard** (Hrsg.) (1993). Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.
- Whitehead, Alfred North & Russell, Bertrand** (1990). Principia Mathematica. Vorwort und Einleitungen. Mit einem Beitrag von Kurt Gödel. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.
- WHO** (Weltgesundheitsorganisation) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (Hrsg. Dilling, Mombour und Schmidt). Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto.

Kurzbiographie

Klaus Mücke, Dipl.-Psych., Psychotherapeut/Supervisor BDP/IGST/DGVT, arbeitet in freier Praxis als psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Fortbildner in Potsdam. Autor des Lehrbuches „Systemische Beratung und Psychotherapie - ein pragmatischer Ansatz“, Berlin 1998

Anschrift des Verfassers

Klaus Mücke, Heinrich-von-Kleist-Str. 1a, 14482 Potsdam
e-mail: klaus.muecke@t-online.de