

So nah und doch auch fern

Die Dialektik des Fallverstehens in der Begegnung¹

Ulrike Borst

Zusammenfassung

Eine gute therapeutische Beziehung gilt als einer der wirksamsten Faktoren in der Psychotherapie. Naturgemäß ist jedoch unterdeterminiert, was eigentlich unter einer hilfreichen Beziehung zu verstehen ist; noch weniger ist bestimmbar, was eine Begegnung – als im Moment verdichtete Beziehung – hilfreich macht. In diesem Beitrag wird zunächst untersucht, welche dialektischen Verhältnisse eine Begegnung ausmachen, um dann an einem Fallbeispiel zu zeigen, wie in einer (zunächst zu scheitern scheinenden) therapeutischen Beziehung Begegnung entsteht. Im Weiteren wird Bezug zur Wirkungskeitsforschung genommen, um anschließend darzustellen, wie das Begegnen-Können bei professionellen HelferInnen zu verbessern sein könnte und, in heutigen Begriffen gesprochen, Begegnungskompetenz erworben werden kann.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Beratung, Begegnung, therapeutische Beziehung, Wirkfaktoren, Selbsterfahrung

Abstract

So Close and Yet So Far

The dialectics of case comprehension via encounter

A good therapeutic relationship is generally considered to be one of the most efficacious factors in psychotherapy. We need to determine more clearly, however, what that phrase actually means. And of course it is even more difficult to define what makes an encounter beneficial, given that it is a one-off "distillation" of the relationship as a whole. The author first enquires into the dialectical factors constituting the "quality" of an encounter. Then she draws upon an actual case to show how genuine encounter can materialize, in this instance in a therapeutic relationship that had initially looked doomed to fail. The article then points to the potential links with efficacy

1) Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf der APF-Tagung „Begegnungskompetenz – Was macht Profis hilfreich?“ am 19.11.2016 in Köln

research, proceeding from there to indicate what could be done to improve the ability of professional carers to deal with encounters, i. e. (in present-day terms) how they can acquire encounter skills.

Keywords: psychotherapy, counselling, encounter, therapeutic relationship, efficacy factors, self-experience

Die therapeutische Begegnung als dialektisches, dynamisches Geschehen

Bereits Welter-Enderlin & Hildenbrand (2004) haben in ihrem Konzept des Fallverstehens in der Begegnung dargelegt, dass in professionellen beraterischen und therapeutischen Beziehungen jeweils diese zwei Bestimmungsstücke vorkommen, die beide unverzichtbar sind und in dialektischem Verhältnis zueinander stehen, indem sie komplementär und im Zeitverlauf variabel sind. Abbildung 1 visualisiert das Konzept, indem es das Fallverstehen in der Begegnung als Hauptachse im beraterischen/therapeutischen Geschehen darstellt.

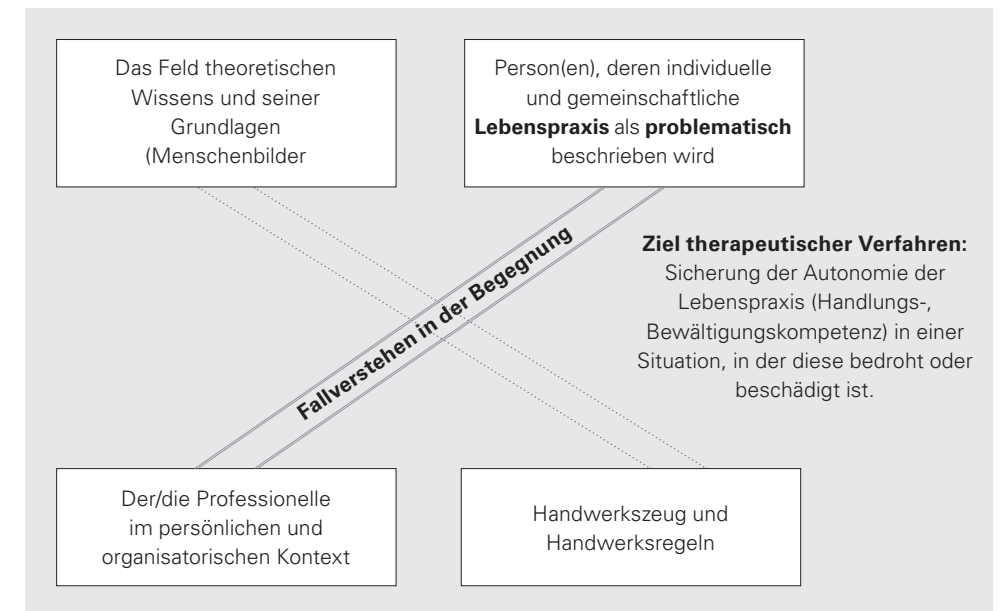


Abbildung 1: Fallverstehen in der Begegnung (nach Welter-Enderlin & Hildenbrand 2004)

Zwischen Distanz und Mitmenschlichkeit

Professionelles Handeln ist zwar Rollenhandeln und damit von vornherein durch Distanz charakterisiert; es muss jedoch im therapeutischen Handeln Mitmenschlichkeit einbeziehen, um einen Zugang zur Lebenspraxis der KlientIn zu ermöglichen, der auf Verstehen im hermeneutischen Sinne begründet ist. Beide Aspekte in ihrer Widersprüchlichkeit gleichzeitig in der Schwebe zu halten, ist Kern der therapeutischen und beraterischen Kunst.

Fallverstehen bezeichnet das Verstehen von Mustern über die konkrete Situation hinaus. Es gründet auf Wissenschaft. Wissenschaftliches Wissen ist jedoch dadurch bestimmt, dass es anonym und unabgeschlossen ist. Um es auf einen spezifischen Fall anzuwenden, muss es in praktische Urteilskraft transformiert werden.

Dialektische Verhältnisse in der therapeutischen Beziehung

Die dialektischen Verhältnisse in der therapeutischen Beziehung lassen sich weiter aufschlüsseln und die Therapeutin oder der Therapeut kann in gewissem Ausmaß beeinflussen, wo sie oder er sich verortet. Es gilt, die Balance zu finden

- ▶ zwischen **Betonung der Individualität der KlientIn** (wenn übertrieben, droht die Professionalität unterzugehen) und **Bezug zu allgemeinem, wissenschaftlichem Wissen** (wenn übertrieben, entsteht Technokratie). Die TherapeutIn kann den Ort auf dem Kontinuum beeinflussen durch die Wahl der Themen, das Ausmaß der Selbstoffenbarung, ihr empathisches Mitschwingen;
- ▶ zwischen **Augenhöhe** (wenn übertrieben, entsteht Kurzsichtigkeit oder gar Blindheit) und **Vogelperspektive** (wenn übertrieben, hebt die ExpertIn ab und verliert den Kontakt). Der Ort auf dem Kontinuum wird bestimmt durch Perspektivenübernahme vs. -wechsel, Aussage- vs. Frageform im Gespräch;
- ▶ zwischen **Stabilisierung** (wenn übertrieben, bleibt die Therapie rein bestätigend) und **Provokation und „Verstörung“** (wenn übertrieben, entsteht Reaktanz oder Verschlimmerung). Der Ort auf dem Kontinuum wird bestimmt durch bestätigende (verbale und affektive) Äußerungen vs. komplementäre (verbale und affektive) Äußerungen.

Unbeantwortet bleibt jedoch die Frage: Was ist wann hilfreich? Manchmal lässt sie sich erst im Nachhinein beantworten und häufig haben KlientInnen andere Schlüsselmomente in Erinnerung als ihre BeraterInnen oder TherapeutInnen. Hier soll an einem Fallbeispiel gezeigt werden, wie eine therapeutische Beziehung zunächst an misslungenen Begegnungsmomenten zu scheitern drohte, um sich dann doch in eine hilfreiche Richtung zu entwickeln. Über die erste Phase habe ich bereits in dieser Zeitschrift berichtet (Borst 2015), weil sie mich auch unter ethischen Aspekten an die Grenzen gebracht hat.

Beispiel Frau A.

Frau A., bei Beratungsbeginn 54-jährig, arbeitet in einer süddeutschen Kleinstadt als Lehrerin an einer Grundschule. Sie ist alleinstehend. Eltern und Geschwister leben ebenfalls in Süddeutschland, zu ihnen besteht wenig Kontakt. Frau A. beschreibt ihre Kindheit als unglücklich und einsam. Sie sei ihr Leben lang Außenseiterin gewesen und häufig ausgeschlossen oder sogar gemobbt worden. Ihr Anliegen an mich ist zu Beginn ausschließlich, dass ich sie in beruflichen Belangen unterstütze. Wir einigen uns darauf, unsere Sitzungen als „Coaching“ zu bezeichnen.

Von drohendem Scheitern zur hilfreichen Wendung

Phase 1 – „Ringeln um die Beziehungsdefinition“ – vier Monate, zwölf Sitzungen

Der Beginn unserer Beziehung ist äußerst schwierig. Ich schein alles falsch zu machen. Meine Fragen passen Frau A. nicht und ich werde immer stiller, während sie in ihrem Redefluss kaum zu stoppen ist. Sie scheint in allergrößter Not zu sein, will aber von mir nichts – außer bedingungsloser Unterstützung in der Verurteilung ihres Chefs. Fragen zu ihrer Biografie dagegen untersagt sie mir nachdrücklichst.

Dennoch: Bald schmeichelt sie mir damit, dass sie mich als einzig akzeptable Gesprächspartnerin bezeichnet. Ich merke, dass es ihr um mehr geht. Sie hätte gerne eine Freundschaft mit mir. Wann immer sie das zur Sprache bringt und ich es ausschließe, wirft sie mir Verächtlichkeit vor, wird sehr wütend und verlässt die Sitzung vorzeitig.

Oft deutet sie suizidale Gedanken und Impulse an, untersagt mir aber zugleich, deswegen etwas zu unternehmen, z. B. eine

Klinikeinweisung zu veranlassen. Sie schreibt unzählige Mails, von denen ich nur etwa jede fünfte beantworte.

Längst habe ich den Eindruck, es handele sich viel eher um eine Therapie als um ein Coaching. Doch auch meine entsprechende Rückmeldung macht sie wütend: sie sei doch nicht psychisch krank. Dennoch fragt sie mehrfach, was ich über sie denke und welche Diagnose ich zu ihren Problemen hätte. Einmal versuche ich es – mit desaströsen Folgen: nachdem ich ihr gesagt hatte, dass sie in ihrer Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen vermutlich ähnliche Schwierigkeiten habe wie mit mir, bricht sie das Coaching wortlos ab, meldet sich auch nicht, wie ich es inzwischen von ihr kenne, zwei Tage später mit einem Hilferuf per Mail.

(ein halbes Jahr Pause)

Die Beziehungsfrage

Ein halbes Jahr später kommt dann doch wieder ein solcher Hilferuf. Ich stelle, nach einer Intervision mit meinen Praxiskollegen, einige Bedingungen für die Fortsetzung der Gespräche: Keine Frageverbote, pünktliche Bezahlung der Rechnungen, kein Davonlaufen aus unseren Sitzungen. Wir vereinbaren fünf weitere Sitzungen, die eigentlich recht gut verlaufen. Als Erfolg verzeichne ich, dass sie ihre Stelle behält und mit Chef sowie KollegInnen im Gespräch zu bleiben scheint.

Brisantes Thema bleibt jedoch unsere Beziehung: Sie ist enttäuscht, dass ich ausschließe, eine Freundin zu werden, und blockt alle Fragen ab, die ihr zu nahe gehen. Zur Strafe, sozusagen. So kommt es, dass ich auch nach einem Dreivierteljahr noch so gut wie keine Informationen über ihre Biografie habe. Ich kann nur ahnen, was ihre Lebensgeschichte ihr „vorgegeben“ hat.

Phase 2 – „Und es gibt sie doch, die Familie ...“ – ein Jahr, zehn Sitzungen

Frau A. sucht nun plötzlich meinen Rat in vertrackten Familiensituationen. Während sie mir ein halbes Jahr zuvor noch verboten hatte, ihr Fragen zu ihrer Familie zu stellen, berichtet sie nun (eher beiläufig) über ihre beiden jüngeren Geschwister und die alten Eltern. Mir wird klar, wie sie als Kind und als Jugendliche unter den äußerst herabwürdigenden, kalten und zynischen

Äußerungen ihres Vaters und der hilflosen, kaum unterstützenden Haltung ihrer Mutter gelitten haben muss. Heute ist es allem Anschein nach so, dass die Geschwister ihr die Verantwortung für die Eltern überlassen, ja geradezu zuschieben.

Phase 3 – „Wirklich Coaching!“ – ein Jahr, acht Sitzungen

Ich darf jetzt wissen, dass sie von Kindesbeinen an verunsichert worden ist und dass die Situationen in der Schule diese Unsicherheits- und Bedrohungsgefühle triggern. Gelegentlich darf ich Perspektivenwechsel und Realitätsprüfung anregen („Könnte es auch anders gemeint gewesen sein?“); meistens muss ich jedoch vor allem bezeugen, dass die Kolleginnen sich unkollegial verhalten. Ab und zu darf ich fragen, was sie selbst dazu beigetragen hat.

Bevor ich meine Interpretationen zur Begegnung und zu ihrer Wirkung im Falle von Frau A. anbiete, soll im nächsten Abschnitt Allgemeines zur Wirksamkeit von Therapie zur Sprache kommen.

Was wirkt?

Wirkfaktoren

Es ist paradox: Wir reden heute mehr denn je von „störungsspezifischem“ Wissen und Können; es mag Ursache, es mag Folge sein, dass Wirksamkeitsstudien dementsprechend mit möglichst homogenen diagnostischen Gruppen arbeiten. Zugleich aber wissen wir aus vielen hochwertigen Studien (zusammengefasst z. B. bei Lambert 2004; Norcross 2011; Wampold & Imel 2015), dass die wichtigsten Wirkfaktoren von Psychotherapie ganz andere, und zwar über die Verfahren hinweg „allgemeine“ sind. Die wichtigsten allgemeinen Wirkfaktoren sind nach heutigem Forschungsstand: Übereinstimmung in den Zielen, Empathie und Arbeitsbeziehung („alliance“) (Wampold & Imel 2015). Auch die Überzeugtheit der TherapeutenInnen von ihrem Tun („allegiance“) und daraus abgeleitet ihre Überzeugungskraft, und damit die Überzeugtheit der PatientInnen von der Richtigkeit der Intervention scheinen eine große Rolle für die Wirksamkeit der Therapie zu spielen.

Allgemeine Wirkfaktoren erweisen sich als zentral

Auch praxeologisch ergibt sich daraus eine Paradoxie: spezifische Verfahrensweisen sind an sich beinahe irrelevant, und dennoch sind konkrete Interventionen unverzichtbar (Berns 2006).

Eine brauchbare „spezifische“ Therapietheorie würde auf den allgemeinen Wirkfaktoren aufbauen und zugleich eine Struktur dafür bereithalten, wo, wann und wie allgemeine Wirkfaktoren, allgemeine Behandlungsprinzipien und spezifische Methoden abgerufen und angewandt werden (vgl. auch Sexton et al. 2011).

Die Beschreibung einer spezifisch systemischen Haltung mit Lösungs- und Ressourcenorientierung, Muster- und Kontextorientierung, Auftrags- und Kundenorientierung sowie Kooperations- und Beziehungsorientierung (Ochs 2013) ist dazu noch nicht in der Lage. Auch die Forschungsergebnisse zur Bedeutung von therapeutischer Beziehung, Empathie usw. erlauben noch keine Aussage darüber, *wann* der richtige Moment für *was* ist.

Synergetik als hilfreiche Perspektive

Hier kann die Synergetik (Lehre vom Zusammenwirken von Elementen, die innerhalb eines komplexen dynamischen Systems in Wechselwirkung treten) weiterhelfen. Vor diesem Hintergrund kann die Psychotherapie verstanden werden als das Schaffen prozessualer Bedingungen, die die Selbstorganisation des Systems fördern. Martin Rufer (2012) hat bereits in seinem Buch „Erfasse komplex, handle einfach“ an Hand vieler Fallbeispiele gezeigt, wie die Synergetik zur Beschreibung und Steuerung therapeutischer Prozesse eingesetzt werden kann. Unter anderem auf dieser Arbeit will ich hier aufbauen. Ich werde zunächst die Wirkfaktoren nach Grawe (2005) den generischen Prinzipien nach Haken & Schiepek (2010) gegenüberstellen, dann ein einfaches Krisenkonzept darstellen, um schließlich wieder zu einer Definition hilfreicher Begegnung zurückzukehren (siehe Abbildung 2).

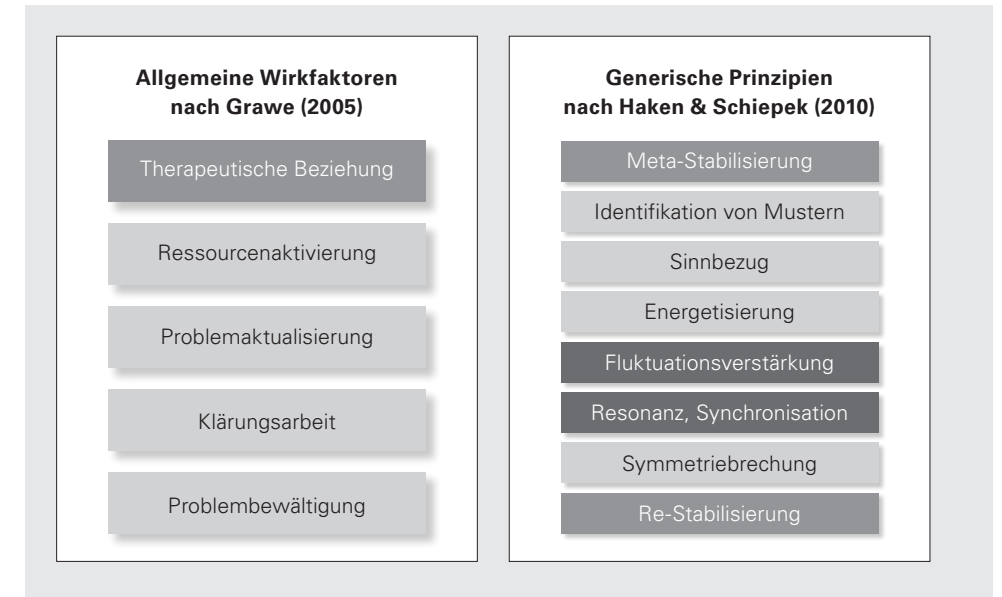


Abbildung 2: Gegenüberstellung: Allgemeine Wirkfaktoren und generische Prinzipien

Um zu verstehen, wie Veränderungen vor sich gehen, interessiert besonders die Frage, wie „kritische Instabilitäten“ im Prozess zustande kommen, wie es also zu Phasen kommt, in denen sich Muster bei KlientInnen auflösen und neue Muster entstehen („Ordnungs-Ordnungsübergänge“). Es gilt als erforscht, dass im Vorfeld solcher kritischer Übergänge eine zunehmende Instabilität der bisherigen Dynamik steht, der Übergang sich also „chaotisch“ ankündigt. Manchmal entsteht die Instabilität durch eine handfeste Lebenskrise, manchmal ist es nur ein unbestimmtes Gefühl der KlientIn, dass das bisher verfolgte Lebenskonzept nicht mehr adäquat ist.

Kriz (2004, 2017) betrachtet darüber hinaus das Zusammenwirken körperlicher, psychischer, interpersonaler und kultureller Prozesse. Auf jeder dieser vier Ebenen seien vor dem Hintergrund der Synergetik selbstorganisierte Muster erkennbar, z. B. Denk- und Verhaltensschemata, familiäre Interaktionsmuster und kulturelle Narrationen, die mit Werten und Normen verbunden seien. Überall kommt es zu Vernetzungen und Rückkopplungsprozessen. Die jeweiligen, durch Selbstorgani-

Attraktoren als selbstorganisiert entstandene Ordnungen

sationen hervorgebrachten Ordnungen nennt Kriz Attraktoren. Nun kann es sein, dass diese Ordnungen oder Muster beibehalten werden, obwohl sie eigentlich nicht mehr zu veränderten Umgebungsbedingungen passen. Dies ist etwa bei symptomatischem Verhalten von KlientInnen der Fall, die in Beratung und Therapie kommen. Dann ließe sich dieses beschreiben als Ordnung, die den aktuellen Erfordernissen und Umgebungsbedingungen nicht mehr gerecht wird. Die Frage ist dann: wie können sich die Attraktoren, also die individuellen Ordnungen und Muster, an veränderte Umgebungsbedingungen anpassen? Und wie kann Therapie und Beratung dazu beitragen, diese möglicherweise inadäquaten Attraktoren zu destabilisieren und neue Verstehensweisen und Ordnungen anzuregen?

Zu den vier generischen Prinzipien, die dem entscheidenden Moment der Veränderung zeitlich und inhaltlich am nächsten sind, existieren sehr konkrete Vorstellungen von nützlichen Interventionen:

- ▶ Energetisierungen ermöglichen: Aktivierung von intrinsischer Motivation für die Veränderung; Ressourcenaktivierung; Bezug zu Zielen und Anliegen der PatientIn.
- ▶ Destabilisierung/Fluktuationsverstärkungen realisieren: neue/veränderte Erfahrungen durch Verhaltensexperimente; Musterunterbrechungen; Unterscheidungen und Differenzierungen einführen; Ausnahmen; ungewöhnliches, neues Verhalten erproben etc.
- ▶ „Kairos“ beachten / Resonanz und Synchronisation ermöglichen: Zeitliche Passung und Koordination therapeutischer Vorgehensweisen und Kommunikationsstile mit psychischen und sozialen Prozessen/Rhythmen der PatientInnen.
- ▶ Symmetriebrechung: Im Zustand kritischer Instabilität, wenn womöglich zwei oder mehrere Attraktoren (Ordnungen) eines Systems mit gleicher Wahrscheinlichkeit realisiert werden können, sollte die TherapeutIn die „Symmetriebrechung“ in eine bestimmte Richtung zu lenken versuchen, z. B. durch Rollenspiele und das Fokussieren auf Emotionen, motorische Übungen, imaginierte Zielzustände, kognitive Antizipation von Verhaltensweisen (vgl. Haken u. Schiepek 2010, S. 439-440).

Wir wollen hier aber nicht gleich wieder den verführerischen Vorstellungen von der „wirkmächtigen TherapeutIn“ aufsitzen. Sie beißen sich mit der oft propagierten Bescheidenheit, die auf der Erfahrung vieler TherapeutInnen beruht, dass es selten die Interventionen sind, die die KlientInnen zu einer Veränderung bringen. Anknüpfend an Lamberts „KlientInnen-Faktoren“ (siehe auch Loth 2017, in diesem Heft) soll mit dem folgenden Krisenkonzept die Bescheidenheit wieder eingeführt und die TherapeutIn eher wieder als „BergführerIn“ denn als wirkmächtige Person mit der schnellen genialen Intervention betrachtet werden.

Krisenkonzept

Der alte Begriff der Krise verweist auf einen Wendepunkt, der in der Synergetik als „Symmetriebrechung“ und als „Ordnungs-Ordnungs-Übergang“ beschrieben wird. VertreterInnen vieler Wissenschaftsdisziplinen haben Überlegungen zu Krisenkonzepten angestellt. Der heilsgeschichtliche Krisenbegriff bezeichnet den Wendepunkt eines schicksalhaften Prozesses, in dessen Verlauf die Identität der Beteiligten an widerstreitenden Normen zerbricht oder aber die Beteiligten ihre Freiheit dadurch zurückgewinnen, dass sie eine neue Identität ausbilden. In der Medizin bezeichnet der Begriff der Krise die Phase eines Krankheitsprozesses, in der es sich entscheidet, ob die Selbstheilungskräfte des Organismus zur Gesundung ausreichen oder nicht. In der Soziologie wird angenommen, dass der Mensch sich überhaupt nur in und durch Krisen entwickelt (z. B. Hildenbrand 2011).

Wenn es in der Behandlung psychischer Krisen wieder besser gelingen würde, die Bedeutung der Krise als Wendepunkt, ihren Stellenwert in der Biografie sowie die transformierende Kraft zu sehen und zu nutzen, könnte die Menge verordneter Psychopharmaka und die Zahl der Krankenhaustage drastisch gesenkt werden.

Abbildung 3 versucht, die Gemeinsamkeiten der genannten Krisenkonzepte mit anderen Begriffen und Konzepten zu vereinen. Der Pfeil nach oben soll bildlich darstellen, dass Krisen in Entwicklung transformiert werden können.

*Die Illusion
therapeutischer
Wirkungsmacht
und die Bedeutung
von KlientInnen-
Variablen*

*Ordnungs-Ord-
nungs-Übergänge*

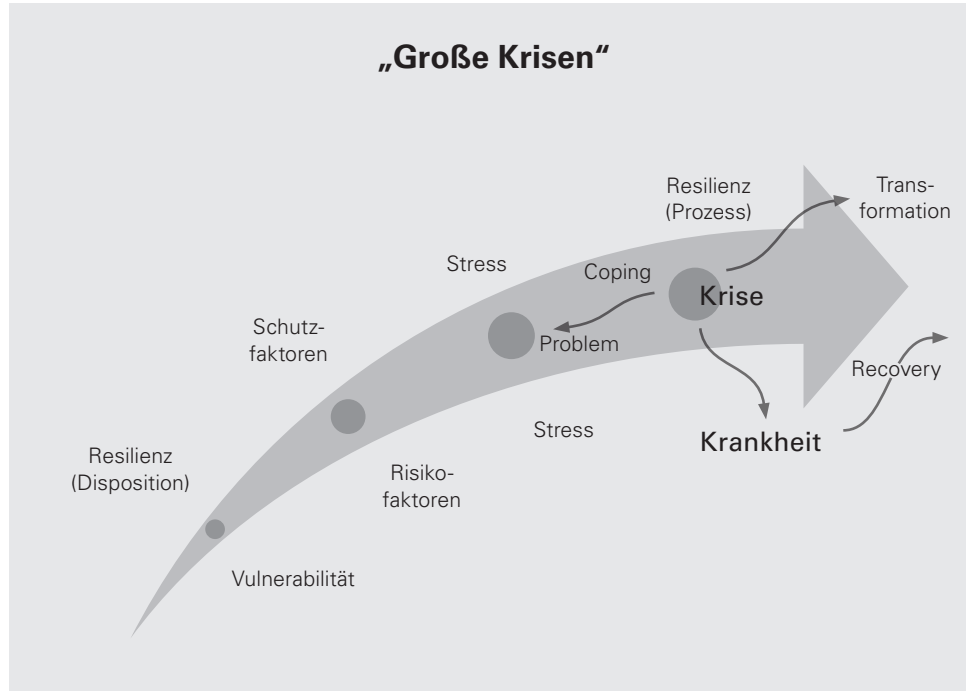


Abbildung 3: Lebenskrisen und Transformation

Um den Stellenwert psychischer Krisen im Biografieverlauf zu verstehen, bieten sich folgende Fragen an:

- ▶ Warum gerade jetzt?
- ▶ Welche Änderung steht an?
- ▶ Welche Möglichkeiten eröffnen sich nun?
- ▶ Wozu wird es einmal gut gewesen sein? (Futur-II-Frage)

Diese letzte, die Futur-II-Frage, kann nur von TherapeutInnen aufgeworfen werden und sollte nicht zu früh gestellt werden; beantwortet werden muss sie von den PatientInnen.

Diese Fragen werden am besten *reflexiv* gestellt: laut nachdenkend, wertschätzend, problemneutral, Ambivalenz verdeutlichend. Das Generische Prinzip 6 (Resonanz und Synchronisation ermöglichen, Kairos beachten) ist hierbei besonders zentral. Die Interventionen und Methoden sollen dem aktuellen kognitiv-emotionalen Zustand („State of Mind“) und der Verar-

Eine Frage von
Passung und
Resonanz

beitungstiefe der KlientIn entsprechen. Es geht um die zeitliche Passung und Koordination therapeutischer Vorgehensweisen und Kommunikationsstile der TherapeutIn. Nur wenn diese mit den psychischen und sozialen Prozessen und Rhythmen der KlientIn kongruent sind, können sie von ihm verstanden und aufgegriffen werden (nach Haken u. Schiepek 2010, S. 439).

Beispiel Herr K.

Zum Zeitpunkt der Therapie, die ein knappes Jahr mit elf Sitzungen dauert, ist Herr K. 38 Jahre alt. Anlass für die Therapie ist, dass Herr K. nach plötzlicher Entlassung aus der Geschäftsleitung einer großen Versicherung den Boden unter den Füßen verloren hat. Als Therapieziele formulierte er, dass er verstehen möchte, wie es zur Kündigung kam, dass er zumindest so viel Selbstsicherheit zurückgewinnen will, um auf Stellensuche zu gehen. Aktuell: Er versteht nicht, warum er seine Stelle verloren hat.

Zu Beginn der Therapie befindet er sich gewissermaßen in einer Problem-Trance, indem er immer wieder sagt: „Ich kann nicht bestehen im Haifisch-Becken“ eines Top-Managements. Mit der Zeit erschließen wir seine Biografie: Er hat sich hochgearbeitet aus bäuerlichem Milieu ins Top-Management. Schon 17-jährig hat er seine intellektuellen Fähigkeiten entdeckt und nicht nur zum Guten genutzt, indem er zum Beispiel bei jeder Gelegenheit seine Lehrmeister bloßstellte.

Besonders wirksam erwiesen sich in der Therapie die erlebnisaktivierenden Interventionen, die ihn aus der Problem-Trance herausführten (z. B. die Fragen auf der Zeitlinie: „Was werden meine MitarbeiterInnen einmal über mich sagen?“) und die Gesprächssequenzen, in denen es um seinen Führungsstil ging. Herr K. konnte nun die Krise als Wendepunkt betrachten, der ihn zu einem neuen, anderen Einsatz seiner intellektuellen Fähigkeiten, zu einem anderen Führungs- und Kooperationsstil bringen würde. Er verstand nun, wie es zu seiner Kündigung gekommen war und was er tun musste, um die Sympathien künftiger Verwaltungsratsmitglieder und Mitarbeiter für sich zu gewinnen.

Erst kurz nach der Passage des Wendepunktes in der Krise, also als klar war, dass er das Erlebte in die persönliche Weiterent-

Eine Krise als
Wendepunkt

wicklung würde nutzen wollen, gestand er mir, dass er kurz vor dem Suizid gestanden habe.

Affektlogische Rahmung

In der Therapie mit Herrn K. habe ich besonders deutlich erlebt, wie wesentlich die affektlogische Rahmung (Welter-Enderlin u. Hildenbrand 2004) zur Metastabilisierung und dann der richtige Zeitpunkt für die Wendung in eine Aufwärtsbewegung war.

Affektive Rahmungsprozesse ermöglichen menschliche Entwicklung in instabilen Situationen – Eltern rahmen die Entwicklung ihrer Kinder, professionelle Helfer die ihrer Klienten und Patienten, Lehrende die Entwicklung der Lernenden, Führungskräfte die ihrer Mitarbeiterinnen. Ziel und Zweck der Rahmung ist es, das instabile System, das sich im Wandel befindet, durch Spannungsregulierung zu meta-stabilisieren. Die Grundstruktur des gerahmten Systems bleibt dabei erhalten, und die nötigen „Fluktuationen“ werden eingebettet. Doch immer noch bleibt unklar, was nun genau die Veränderungen in Therapie ermöglicht. Ein Seitenblick in die Theoriebildung psychodynamischer Verfahren mag weiterhelfen.

Begegnung kann „Knoten“ lösen

Joachim Küchenhoff (2012) befasst sich mit Paul Ricoeurs Werken zum Verhältnis von Zeit, Erinnerung und Erzählung (z. B. Ricoeur 2004). Gemäß Ricoeur werden durch die Erzählung die eigenen, sich wandelnden Erfahrungen integriert; so entsteht Identität. Die Erzählung hat einen Adressaten, der Zuhörer „bezeugt“ die vergangenen Erfahrungen. Und so kommt der Intersubjektivität eine große Bedeutung für die Bildung von Identität zu. Küchenhoff bezieht nun Ricoeurs Ergebnisse auf die Psychotherapie und bezeichnet es als deren wichtigste Aufgabe, Zeitlichkeit herzustellen, indem die Erzählkompetenz des Patienten aufgebaut wird. Erzählkompetenz kann aber nicht vorausgesetzt werden, sondern entsteht erst im Laufe der Therapie. In der therapeutischen Beziehung werden wiederkehrende Erfahrungsmuster, die durch Erfahrungen in der Vergangenheit definiert sind, anerkannt und vom Therapeuten „bezeugt“. In der Übertragung als Gegenwartserfahrung wird der Knoten, in dem sich vergangene und gegenwärtige Erfahrungen verbinden, gelöst. Besonders wichtig ist dies bei Menschen mit so

Erzählkompetenz kann nicht vorausgesetzt werden, sondern entsteht erst im Laufe der Therapie

schweren Verletzungen, dass diese Erfahrungen nicht symbolisch repräsentiert und somit nicht erinnerbar sind, sondern sich in unerträglicher Gegenwärtigkeit aufdrängen oder aber völlig negiert werden und inexistent erscheinen.

Wie lassen sich diese Vorstellungen über wichtige Momente in der Psychotherapie praktisch umsetzen und systemisch konzeptualisieren?

Beispiel Herr K. oder Der „Knoten“ mit Herrn K.

Herr K. war anfangs entsetzt, dass ihm gekündigt worden war, und verstand nicht, wie das geschehen konnte. Das Erlebte musste Umwege nehmen (Biografiearbeit, Zeitlinie), um schließlich erzählbar zu machen, was zunächst zu entsetzlich, zu beschämend gewesen war: Herr K. hatte die Sympathien und die Unterstützung seiner Kollegen und Vorgesetzten nicht. Die Krise führte erst ab dem Zeitpunkt in eine Aufwärts-Entwicklung, zu dem neue Interaktionsweisen mit Mitarbeitenden gedanklich durchgespielt worden waren (Zeitlinie). Die Therapeutin diente als Zeugin der entsetzlichen Erlebnisse, als sicher rahmende Person und gelegentlich als Ideenlieferantin, wenn es um das Erproben neuer Gedanken, Gefühle oder Handlungen ging.

Beispiel Frau A. oder Der „Knoten“ mit Frau A.

Anfangs war keine Erzählung möglich – außer über schlimme Erlebnisse im Arbeitsalltag. Meine Fragen wurden abgewehrt („zu schmerzhaft“). Parallelen zwischen Vergangenheit und Gegenwart wurden abgewehrt. Ich begnügte mich zunächst damit, die schlimmen Erfahrungen, und von diesen zuerst auch nur die gegenwärtigen, zu „bezeugen“. Sobald ich andere als reziproke Affekte zeigte, reagierte Frau A. sehr gekränkt und lief davon. Sie verlangte zu Beginn absolutes Mit-Gefühl.

Allmählich gestattete sie mir, Fragen zu ihrer beruflichen Situation zu stellen, die sie zu einem Perspektivenwechsel veranlassten. In einem weiteren Schritt dürfte ich die gegenwärtigen Probleme mit den alten Eltern erfragen und ihr konkrete Hinweise zu Hilfsangeboten geben. Zunehmend konnte ich Fragen zur Vergangenheit einstreuen.

Die Affekte, die bei mir ausgelöst wurden, waren einerseits reziprok (ich fühle mit, wie einsam sich die vom Vater so abgewertete junge Frau gefühlt haben muss), andererseits teilweise komplementär: mich interessierte, wie sie dann trotz allem ihr Studium so gut geschafft hatte, ich war überrascht und erfreut, als sie von einem Kommilitonen erzählte, dem sie sehr geholfen hatte, als er im Studium an seiner Redeangst zu scheitern drohte.

Neugier und Überraschung waren in jüngster Zeit Reaktionen meinerseits, die – auch wenn Frau A. in höchster Not (und Wut) aus der Schule erzählte – besonders anregend erschienen; solche Reaktionen regten besser zu neuen Sichtweisen, zur Wahrnehmung eigener Ressourcen und zur Erwägung neuer Handlungsweisen an als die reziproke, vollkommen empathische Reaktion. Empathie heißt eben nicht „Mitschwingen“, sondern unter Umständen auch „Ergänzen“, was an Affekten sonst einseitig bliebe (vgl. auch Krause u. Merten 2008).

Im Laufe der Zeit und mit meiner Unterstützung konnte Frau A. zunehmend die Verantwortung für ihre alten Eltern übernehmen, ihre Geschwister energisch einbeziehen und ihre Ressourcen als Lehrerin in den Blick nehmen.

Affektive Feinabstimmung

Man könnte von „affektiver Feinabstimmung“ reden, wenn es um das blitzschnelle, non- und paraverbale Hin und Her affektiver Kommunikation geht, die den Dialog begleitet und erst zur Begegnung macht und somit Kernbestandteil der Begegnungskompetenz ist. In Ergänzung zum Phänomen der „Resonanz“ sensu Haken & Schiepek (2010) verstehe ich sie als Aktivität der TherapeutIn, die gelernt werden kann. Um das Lernen von Begegnung soll es im letzten Abschnitt gehen.

Wie lernen wir Begegnungskompetenz?

Was unter Begegnungskompetenz zu verstehen ist, liegt natürlich ganz im Auge der BetrachterIn. Weil sie also fallspezifisch auszugestalten ist, ist sie weit jenseits aller Tools. Basierend auf implizitem Wissen, ist nur schwer zu explizieren, was sie ist und wie sie gelernt wird.

Wir nähern uns hier von den therapeutischen Kompetenzen her an, wie sie etwa von Revenstorf (2008) beschrieben werden.

Danach gehören zu den *allgemeinen personalen Kompetenzen* einer PsychotherapeutIn:

- ▶ Überzeugende Erklärungen
- ▶ Verfügbarkeit und flexibler Umgang mit Technikrepertoires
- ▶ Glaubhafte Inszenierung einer Technik/eines „Rituals“
- ▶ Offenheit gegenüber Begegnungen mit unterschiedlichen Menschen (Empathie)
- ▶ Tolerieren eines vorübergehenden Zustands von Nichtwissen
- ▶ Fähigkeit zur würdigen Beendigung der Arbeitsbeziehung

und zur *Beziehungskompetenz* (alliance):

- ▶ „Chamäleon“-Funktion des Abholens (pacing)²
- ▶ Reflexion von Gegenübertragungsmomenten
- ▶ Bereitstellen geeigneter Übertragungsfunktionen (Eltern, Lehrer, Experte u. a.)
- ▶ Beachtung von Beziehungsfallen und negativer Übertragung
- ▶ Motivierung der PatientIn zur Veränderung; Mobilisierung ihrer/seiner Ressourcen.

Begegnungskompetenz erfordert zusätzlich eine „passende“ Art – manchmal reziprok, manchmal komplementär, manchmal neutral – affektlogischer Abstimmung mit der KlientIn und das Nutzen günstiger Momente, um neue Erfahrungen zu ermöglichen.

Schritte zur (Begegnungs-) Kompetenz – Vom expliziten zum impliziten Wissen

Psychotherapeutische und beraterische Kompetenz und ganz besonders die Beziehungs- und nochmal mehr die Begegnungskompetenz gleichen einer Kunst, die nicht durch explizit planbare, sondern durch implizite Wissens- und Lernprozesse gesteuert wird. Explizit werden diese Prozesse zum Beispiel in Supervision und Selbsterfahrung, wenn die „Wissensachse“ des Meilener Konzepts ins Bewusstsein gehoben wird, statt im

Allgemeine personale Kompetenzen für die Psychotherapie

Eine Kunst, die nicht durch explizit planbare, sondern durch implizite Wissens- und Lernprozesse gesteuert wird

2) Gemeint ist die teilweise Synchronisation von Körpersprache, Gestik, Mimik, Sprache (Anm. UB)

Hintergrund und im Dienste der therapeutischen Begegnung automatisch mitzulaufen.

Der Chemiker und Philosoph Mihaly Polanyi (1985, cit. von Neuweg 1999/2001) beschrieb die Lernschritte mit Begriffen herkömmlicher Lehrer-Schüler-Verhältnisse, Georg Hans Neuweg (1999/2001) führte die Gedanken weiter aus, Michael Buchholz (2007) stellte die Verbindung zu therapeutischen/beraterischen Kompetenzen her. Mit der folgenden Tabelle soll eine Übersicht gegeben und, in der dritten Spalte, der Bezug zur Begegnungskompetenz hergestellt werden.

Stufe	Fähigkeiten auf der Ebene		
	des Beobachtens	des Handelns	der affektiven Abstimmung
<i>Novize</i>	Wahrnehmung von Unterschieden	kontextunabhängiges, regelgeleitetes Handeln	Grundregeln eines offenen Umgangs
<i>Lehrling</i>	Erkennen der Bedeutung von Unterschieden	Anpassung von Regeln und Algorithmen an Kontexte	Fähigkeit zu empathischen Reaktionen
<i>Geselle</i>	Zielbildung und Heuristiken, Gewichtung der beobachteten Phänomene	Übernahme der Verantwortung für Ziel, Plan und Konsequenzen	Differenzierung der eigenen affektiven Reaktionen
<i>Könnner</i>	Ganzheitliches Erkennen der Situation	Handeln nach Maximen, Vertrauen auf die eigene Urteilskraft	situations-angemessene affektlogische Rahmung
<i>Meister</i>	Erkennen von Konfigurationen	intuitive, automatische Handlungsorganisation	Nutzen des Moments; schnelle, komplementäre Reaktionen („affektive Feinabstimmung“)

Tabelle 1: Entwicklung von Fähigkeiten des Begegnens

Dieses implizite Lernen erfordert zusätzlich zur Vermittlung von Wissen und Können, die in größeren Kursgruppen möglich ist:

- ▶ das Üben in vertrauten Kleingruppen, mit der Möglichkeit, kleine Fehler zu machen und deren Wirkung zu reflektieren,
- ▶ Supervision anhand von Videoanalysen und
- ▶ PatientInnen-Feedback – also Kontextbezug und Automatisierung (Habitusformation) und Reflexion.

Scott Miller bezeichnet den Unterschied, den solches Lernen macht, folgendermaßen: „Der eigentliche Unterschied zwischen den besten Therapeuten und den übrigen besteht darin, dass die besten ein tieferes fachspezifisches Wissen besitzen. Sie haben eine höchst kontextualisierte, breite Wissensbasis, auf die sie bei entsprechenden Anhaltspunkten aus dem Kontext gut zugreifen können.“ (Miller 2015, S. 162).

Daneben ist meines Erachtens auch nötig, dass angehende TherapeutInnen ihre eigenen sozialen Erfahrungen reflektieren, um ihren normierenden Einfluss auf die Begegnung und in der Begegnung zumindest zu kennen, oder – besser noch – zu minimieren.

Wozu Selbsterfahrung?

Selbsterfahrung könnte, je nach Ausgangslage, folgenden Zwecken dienen:

- ▶ Anwendung der Methode auf die eigene Person (Wirkung z. B.: selbst erleben, wie Fragen wirken)
 - Beispiele erlebt man in jeder Biografiewoche oder Familienrekonstruktion mit Weiterbildungsteilnehmenden: Fragen der Kolleginnen werden schnell mal als „zu nah“ erlebt und das hilft sowohl Fragenden als auch Befragten bei der Entwicklung ihrer Kompetenzen
- ▶ Reflexion eigener sozialer Erfahrung (Wirkung z. B.: eigenen Habitus überdenken und eventuell verändern)
 - ein Beispiel aus China: eine 40-jährige KiJuPsychiaterin bringt das Thema „My boss and I“ ein. Sie berichtet von ihrer Angst vor Konfrontationen mit dem Chef und ihrer Unfähigkeit, Forderungen an ihn zu stellen. Ein Rollenspiel, in dem sie die Forderung nach einem größeren Büro an ihren Chef stellen

soll, zeigt, dass sie sich plötzlich wie ein kleines Mädchen verhält. In der Auswertung berichtet sie, dass das Rollenspiel Erinnerungen an die Grundschulzeit getriggert habe. Ihr Vater sei damals im Gefängnis gewesen, sie sei gemobbt worden.

- ▶ Reflexion eigener Welt- und Menschenbilder (Wirkung z. B.: normative Vorstellungen von Familie relativieren) – ein Beispiel einer Ärztin aus Russland: sie attackiert in der Selbsterfahrungs-Gruppe eine Kollegin, als die sich als lesbisch outet. Gemeinsam kommen wir auf eine Parallele: auch in ihrer Familie herrscht Schwarz-Weiß-Denken vor; so habe sie kürzlich den Kontakt zu ihrer Schwester abgebrochen, weil diese ihr zur Hochzeit die falschen Geschenke mitgebracht habe. Die Problematik, solche normativen Vorstellungen den Schweizer PatientInnen nahebringen zu wollen, wird diskutiert.
- ▶ Eventuell dient die Selbsterfahrung auch dem Lösen eigener Probleme und ist dann eher als (Eigen-) Therapie aufzufassen.

Selbst als eine Unterscheidung, die nur in einem sozialen Kontext sinnvoll ist

Im weitesten Sinne dient Selbsterfahrung somit dem Erfahren von sich-in-der-Welt und reflektiert Selbst als eine Unterscheidung, die nur in einem sozialen Kontext sinnvoll ist. So wird daraus – mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit – die zur Verantwortung fähige Resonanz im Miteinander des Lebens (und der Psychotherapie), wie etwa in folgendem Gedicht von Rilke metaphorisch dargestellt:

zum Schluss ...

Solange du Selbstgeworfenes fängst, ist alles Geschicklichkeit und lässlicher Gewinn –;
erst wenn du plötzlich Fänger wirst des Balles,
den eine ewige Mitspielerin
dir zuwarf, deiner Mitte, in genau
gekonntem Schwung, in einem jener Bögen,
aus Gottes großem Brückenbau:
erst dann ist Fangen-können ein Vermögen, -
nicht deines, einer Welt.

Rainer Maria Rilke³

3) Gedicht vom 31. Januar 1922. In: Ausgewählte Werke. Erster Band: Gedichte (1951), Insel-Verlag, Frankfurt/M, S. 382

Literatur

- Borst U (2015) Nicht alles geht – Ethik in der Psychotherapie aus systemischer Perspektive. *Systeme* 29(2):5-23
- Berns U (2006) Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 51:26-34
- Buchholz M (2007) Das Können des Unbegrifflichen. Ein kleiner Literaturrundflug. *Psycho-News-Letter* Nr. 59
- Grawe K (2005) Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* 7/8:311
- Haken H, Schiepek G (2010) Synergetik in der Psychologie: Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen, Hogrefe
- Hildenbrand B (2011) Ereignis, Krise und Struktur – ein Konzept von Wandel im Lebenslauf und in Beratung und Therapie. *Familiendynamik* 36:92-100
- Krause R, Merten J (2008) Beziehungsregulation in alltäglichen und psychotherapeutischen Situationen und ihr Stellenwert für Praxis und Theorie der Psychotherapie. In: Hermer M, Röhrle B (Hg) *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen, DGVT-Verlag, Band 1, S. 343-378
- Kriz J (2004) Personenzentrierte Systemtheorie – Grundlagen und Kernaspekte. In: Schlippe A v, Kriz WC (Hg) *Personenzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 13-67
- Kriz J (2017) Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Küchenhoff J (2012) Zeitlichkeit und Narrativität in der Psychotherapie. In: Borst U, Hildenbrand B (Hg) *Zeit essen Seele auf. Der Faktor Zeit in Therapie und Beratung*. Heidelberg, Carl-Auer, S. 100-110
- Lambert MJ (Hg) (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. Wiley, New York
- Loth W (2017) Beistuern zu hilfreichen Veränderungen – explizite Zugänge, implizite Entwicklungen. *Systeme* 31(1):65-87
- Miller S (2015) Warum die meisten Therapeuten nur durchschnittlich sind (und was wir dagegen tun können). *Tony Rousmaniere im Gespräch mit Scott Miller*. *Familiendynamik* 40:160-167
- Neuweg GH (1999/2001) *Könnerschaft und implizites Wissen*. Münster, Waxmann
- Norcross JC (2011) *Psychotherapy Relationships That Work. Evidence-Based Responsiveness*. Second edition. New York, Oxford University Press

- Ochs M (2013) Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. *Projekt Psychotherapie* 3/2013:20-23
- Revenstorf D (2008) Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz. Vortrag gehalten auf dem Symposium „Zukunft der Psychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer am 9. März 2008 in Berlin
- Ricœur P (2004) *Gedächtnis, Geschichte, Vergessen*. Wilhelm Fink Verlag, Paderborn
- Rufer M (2012) *Erfasse komplex, handle einfach. Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation – ein Lernbuch*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sexton T, Gordon KC, Gurman A, Lebow J, Holtzworth-Munroe A, Johnson S (2011) Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process* 50:377-392, doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x
- Wampold BE, Imel ZE (2015) *The Great Psychotherapy Debate*. Routledge, New York
- Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (2004) *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart, Klett-Cotta

Dr. Ulrike Borst
Ausbildungsinstitut für systemische
Therapie und Beratung Meilen
Klosbachstr. 123
CH-8032 Zürich
e-mail: borst@ausbildungsinstitut.ch