

C. Ahlers und D. Ventouratou-Schmetterer

## Therapeutischer Prozeß in der Sicht zweier Psychotherapieschulen: Systemische Therapeutin und Gestalttherapeutin im Gespräch\*

**Zusammenfassung** In diesem Artikel werden anhand von zwei Beispielen systemischer Einzeltherapie mögliche Unterschiede einer systemischen gegenüber einer gestalttherapeutischen Vorgangsweise diskutiert. Aus der Metaebene der jeweiligen psychotherapeutischen Identität reflektieren zwei TherapeutInnen wesentliche Grundsatzfragen dieser zwei Psychotherapieschulen.

**Schlüsselwörter:** Systemische Einzeltherapie, Gestalttherapie, Kontaktmuster, therapeutische Haltung, Emotionen, therapeutische Interventionen.

**The therapeutic process from perspectives of two psychotherapy schools: a systemic therapist and a gestalt-therapist in conversation**

**Abstract** In this article possible differences between Systemic Therapy and Gestalt-Therapy are discussed by reflecting upon two systemic case reports. Basic assumptions of both schools are analyzed by two therapists from the perspective of the assumed psychotherapeutic identities.

**Keywords:** Systemic therapy with individuals, Gestalt-Therapy, contact patterns, therapeutic stance, emotions, therapeutic interventions.

**Le processus thérapeutique du point de vue de la thérapie systémique et de la gestaltthérapie: un entretien entre deux thérapeutes**

**Résumé** Le présent article traite de deux thérapies systémiques individuelles en les soumettant à un dialogue entre une thérapeute travaillant selon la méthode systémique et une thérapeute pratiquant la gestaltthérapie. Toutes deux ont participé aux processus, la première ayant la responsabilité du traitement alors que la seconde observait les séances de derrière un miroir sans tain. La réflexion tente de cerner les assumptions fondamentales distinguant les deux méthodes. Les aspects suivants sont plus particulièrement pris en compte: techniques thérapeutiques appliquées, schéma de contact entre client/es et thérapeutes, priorité accordée à l'état émotionnel des client/es dans le cadre du processus thérapeutique et attitudes envers les client/es. On constate dans l'ensemble qu'il est possible d'enregistrer des différences à tous ces niveaux; les deux auteurs ont toutefois de la peine à se mettre d'accord sur la manière dont les concepts doivent être entendus, ainsi d'ailleurs qu'au

niveau de l'interprétation de ce qui se passe durant la thérapie. Le dialogue qui se déroule au sujet de l'interprétation de différentes situations thérapeutiques met très bien en évidence la manière dont elles tentent de parvenir à des évaluations similaires ou différentes du déroulement du traitement. L'incompatibilité de certains concepts ayant acquis leur signification lors d'un développement historique spécifique de chaque école montre qu'il est difficile d'opérationnaliser et d'évaluer des processus thérapeutiques et leurs effets. En effet, même le processus descriptif est le produit de l'appartenance de celui/celle qui décrit et de son identité thérapeutique. D'autre part, il est sans doute plus aisé de parvenir à un consensus si le déroulement des thérapies est soumis à une réflexion commune. L'article représente une tentative de définir des critères descriptifs pouvant être utilisés par des psychothérapeutes formés selon différentes écoles pour évaluer une thérapie dans le contexte d'un dialogue.

\* Der weiblichen Form wird derart Rechnung getragen, daß sie alternierend mit der männlichen Anrede verwendet wird, so daß beide Rollen in gleicher Weise vorkommen.

## Einleitung

Dieser Artikel entstand aus der Zusammenarbeit zweier Therapeutinnen unterschiedlicher Schulen: einer systemischen Therapeutin (C.A.) und einer Gestalttherapeutin (D.V.) mit einer systemischen Weiterbildung. Die systemische Therapeutin führte fokussierte Kurztherapien im Institut für Ehe- und Familientherapie<sup>1</sup> durch, die Gestalttherapeutin nahm als Beobachterin hinter dem Einwegspiegel an den Therapien teil. Während dieser Zusammenarbeit wuchs unser Interesse, den therapeutischen Prozeß dahingehend zu reflektieren, ob sich unsere Beobachtungen und therapeutischen Interventionen entsprechend den Therapieschulen, denen wir angehören, systematisch spezifizieren und voneinander differenzieren. Kurz: Ob wir uns praktisch so sehr unterscheiden, wie es unsere Theorieschulen behaupten.

Allerdings gründete unsere vergleichende Auseinandersetzung auf der Praxis systemischer Therapie, während die Gestalttherapeutin aus der Metaebene hinter dem Spiegel reflektierte. Im Unterschied zu dem im systemischen Kontext üblichen co-therapeutischen Setting handelte es sich hier um einen dem Therapieprozeß nachgereichten Methodenvergleich.<sup>2</sup> Ein solcher Vergleich erscheint gerade hinsichtlich der gesetzlichen Lage in Österreich zur Ausbildung in den diversen psychotherapeutischen Fachspezifika von Bedeutung: In der Theorievermittlung steht die Schulenspezifität im Vordergrund. Auch Selbsterfahrung soll jeweils methodenspezifisch absolviert werden. Krankenkassen wünschen die Zuordnung von bestimmten Methoden zu bestimmten Störungsbildern. Dies droht die Konkurrenz zwischen psychotherapeutischen Schulen zu verschärfen. Vor diesem Hintergrund erhält unser Versuch, die Methodenspezifität unserer Therapieschulen zu vergleichen, auch praktische Relevanz.

Wir organisieren unsere Diskussion entlang ausgewählter Szenen aus zwei systemischen Einzeltherapien. Die Szenen wurden so ausgewählt, daß vier Aspekte methodenspezifisch besprochen werden können.

### *Unterschied in der angewandten Technik beider Methoden*

Hier geht es um spezielle Interventionsformen, wie z.B. das Rollenspiel aus der Gestalttherapie, welches das sich Hineinversetzen in die Rolle eines anderen bzw. die jeweilige Identifikation mit verschiedenen Seiten des Selbst verfolgt, mit dem Ziel, einen Dialog zwischen den beiden Personen bzw. Seiten einer Person zu

ermöglichen. Dagegen steht das systemische Interview mit einem anderen in der Person (Hinsch und Steiner, 1993; Hinsch, 1995; Tomm, nach Ahlers, 1996) oder die Teilarbeit von Gunter Schmidt (1996), bei der Tendenzen im Individuum personalisiert und interviewt werden. Im systemischen Interview spielen zirkuläre Fragen, bzw. alle Fragen über nicht anwesende oder Unterscheidungsfragen eine besondere Rolle (Tomm, 1989), das Ziel ist nicht unbedingt eine Integration aller Tendenzen oder Personen.

### *Kontaktmuster zwischen Klienten und Therapeutin*

Hierbei geht es um das, was kommunikativ, aber außersprachlich, zwischen Therapeutin und KlientIn passiert, und erst in letzter Zeit, auch unter dem Titel „Affektregulation“ (Levold, 1995) von SystemikerInnen berücksichtigt wird. Hans Christ (1996) bezeichnet Kontaktmuster als Interaktionszirkel zwischen TherapeutInnen und KlientInnen, die sich als reinszenierte präverbale Muster darstellen. Die Nähe zum Konzept der Wiederholung aus der Psychoanalyse ist unübersehbar.

Aus der Sicht der Gestalttherapie mit ihrer klinischphänomenologischen Herkunft geht es dabei um die Frage nach dem „wie“, die die subjektive Beschreibung des Erlebens des Klienten (seine awareness), so wie es wahrgenommen und körperlich empfunden wird, in den Mittelpunkt stellt (Ginger und Ginger, 1994). Nach F. Perls et al. besteht die Gestalttherapie „in der Analyse der inneren Struktur aktueller Erfahrung und ihres wie auch immer beschaffenen Kontakts: d.h. nicht so sehr, was erfahren, erinnert, getan, gesagt usw. wird (ist von Bedeutung), sondern vielmehr, wie das Erinnerte erinnert oder wie das Gesagte gesagt wird, mit welchem Gesichtsausdruck, in welchem Tonfall, welcher Syntax, welcher Haltung, welchem Affekt, welcher Vermeidung, welcher Beachtung oder Nichtbeachtung des anderen, usw.“ (1988, S. 14).

### *Umgang mit der Emotionalität der KlientInnen in der Therapie*

Darunter verstehen wir den Umgang der Therapeutin mit der möglichen Betroffenheit von KlientInnen im Prozeß der Therapie. Mit der konstruktivistischen Ausrichtung systemischer Therapie verbinden viele Nicht-SystemikerInnen eine exzessive Gewichtung der verbalisierbaren Realität gegenüber dem Durchbrechen von Gefühlen. Diese Einschätzung entspricht nicht den neueren Ansätzen. Tom Andersen (1990) war einer der ersten nach der konstruktivistischen Wende in der systemischen Therapie, der die emotionale Beteiligung der KlientInnen zum Gegenstand therapeutischer Reflexion machte. Er erkannte diese Momente z.B. an der Atmung der KlientInnen und nannte sie „Anknüpfungen“ (im Englischen: „openings“). Anknüpfungen entsprachen dem richtigen Timing für eine wirkungsvolle therapeutische Intervention. Der die Erzählung privilegierende narrative Ansatz (Andersen, 1990; Anderson und Goolishian, 1992a) beinhaltet emotionale Gestaltungsmomente für den Erzähler und die ZuhörerIn.

<sup>1</sup> Das Institut für Ehe- und Familientherapie wird von der Stadtgemeinde Wien subventioniert und hat den Auftrag, kurze Therapien und Krisenbegleitungen bei Beziehungsproblemen anzubieten.

<sup>2</sup> An dieser Stelle sei angeführt, daß die systemische Methode die einzige ist, welche eine solche, offene Diskussion über angewandte Interventionen des Therapeuten zuläßt, da sie mit der Möglichkeit des Einwegspiegels arbeitet. Hiermit exponiert sie sich auch mehr als andere Psychotherapiemethoden und macht ihre Methode für andere transparent.

Diese finden in dem durch viele zirkuläre Fragen strukturierten Interview des Mailänder Ansatzes weniger Platz.<sup>3</sup>

In der Gestalttherapie hat der Ausdruck von Emotionen einen zentralen Stellenwert. Eine Vielzahl von Interventionen und Experimenten (Rollenspiel, Hot seat-Arbeit u.a.) dient dazu, den Klienten zu ermutigen, seine Gefühle als die eigenen zu erkennen und sich mit ihnen anzufreunden, um sie adäquat – d.h. situationsangemessen – auszudrücken (Ginger und Ginger, 1994). Aus gestalttherapeutischer Sicht sind Gefühle ein Zugang zum Zyklus von Bewußtheit und Ausdruck. Ist dieser Zyklus vervollständigt, ist das Individuum befreit und bereit, sich auf neue Zyklen von Bewußtheit und Ausdruck zuzubewegen. Der sich ständig erneuernde Fluß dieses Prozesses gilt als wichtige Qualität des gesunden Funktionierens (Polster und Polster, 1993).

### *Therapeutische Haltung zum Klienten*

Damit beziehen wir uns auf die inneren Haltungen, die wir gegenüber KlientInnen entwickeln können.

Die prävalente professionelle systemische Haltung (vgl. dazu Brandl-Nebehay, 1995) definiert KlientInnen unter allen Umständen als autonom, Entscheidungen zu treffen (Anderson und Goolishian, 1992b). Der Therapeut definiert sich als ressourcenorientierter Begleiter, der die kontextuelle Nützlichkeit mancher Entscheidungen mit dem Klienten bespricht und mit ihm optimale Handlungsräume entwirft, den Klienten aber nicht aus einer Expertenperspektive beurteilt und kategorisiert. Der partnerschaftliche Umgang mit KlientInnen ist in der systemischen Therapie unter dem Konzept des „Nicht-Wissens“ (Anderson und Goolishian, 1992b) bekannt geworden. Dem Entstehen eines guten Dialogs wird gegenüber dem Wissen eines professionellen Experten Vorrang gegeben. Die Entwicklung der Narrative des Klienten steht im Vordergrund; es geht darum, ein kommunikatives Milieu zu schaffen, in dem bisher Unsagbares besprechbar wird. TherapeutInnen erkennen ihre kommunikative Wirkung daran, ob Zugang zu neuen Interpretationen bisheriger Schilderungen möglich wird. Von der Therapeutin wird keine Abstinenz verlangt, sie kann auch ihre Geschichte einbringen, allerdings sollte sie ihr Leben nicht als Maßstab vorgeben bzw. keine erziehende Haltung einnehmen (vgl. Ludewig, 1992).

Auch F. Perls (1988) gibt dem Dialog deutliche Priorität, indem er das „wie“ gegenüber dem „warum“ hervorhebt. Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit ist die Begegnung zwischen Therapeut und Klient, die aktive Ich-Du Beziehung (nach Buber, 1973) im Sinne von Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dem anderen. An der Kontaktgrenze, an der „Du“ und

„Ich“ einander begegnen, „tritt das vormals nicht oder nur undeutlich Erfahrene in den Vordergrund als prägnante Gestalt ...“ sagt L. Perls (1989, S. 180). Daher ist der Gestalttherapeut nicht bemüht, neutral zu wirken und seine eigenen Gefühle möglichst auszuschalten, denn würde er sich aus der persönlichen Beziehung heraushalten, wäre der Klient „eher zum Objekt gemacht, anstatt zum Mitspieler im Dialog“ (L. Perls, 1989, S. 178). Eine Vorgangsweise des Gestalttherapeuten nennt sich self-disclosure und besteht aus einem bewußten Zeigen der eigenen Person während eines echten, wenn auch kontrollierten und selektiven Sich-Einlassens im Sinne des Klienten, d.h. nur dann, wenn es für den Prozeß förderlich erscheint und in einer Form, die nicht zwingend, sondern respektvoll ist und zudem der momentanen Vertrauensbasis zwischen dem Klienten und dem Therapeuten entspricht. Die eigenen Gefühle – zusätzlich zu therapeutischem Wissen, eigenem Hintergrund, Erfahrung und Geschick – im „Hier und Jetzt“ in den Dienst des Dialogs, der Begegnung zu stellen, also im Sinne der Wahrnehmung und der lebendigen Auseinandersetzung mit dem Klienten, gehört zum Wesen und zur Wirkungskraft der Gestalttherapie (Polster und Polster, 1993; Ginger und Ginger, 1994).

Diese vier Aspekte scheinen uns für die vergleichende Betrachtung des Prozesses in systemischer Einzeltherapie versus Gestalttherapie bedeutsam zu sein. In den anschließenden Fallbeispielen haben wir Sequenzen gewählt, die sich zur Diskussion der genannten Aspekte am besten eignen. Der illustrative Charakter einzelner Szenen als heuristischer Indikator für Unterschiede überwog das Interesse an einer Gesamtdarstellung der Fälle.

Im Sinne des Werkstattcharakters der Aufzeichnungen wird der methodenspezifische Diskurs als Dialog zwischen C. A. und D. V. stattfinden, die jeweils aus der Perspektive ihrer schulischen Tradition zu den ausgewählten Therapiesequenzen Stellung nehmen.

### **Fallvignetten**

Die folgenden zwei Fälle wurden so ausgewählt, daß an Hand ihrer Reflexion Unterschiede zwischen systemischer und gestalttherapeutischer Intervention deutlich werden könnten. Die Darstellung soll den Eintritt in die Therapie berücksichtigen, den sogenannten „Auftrag der KlientInnen an die TherapeutInnen“ (vgl. Miller und de Shazer, 1988), der ja bekanntlich in der systemischen Therapie eine große Rolle spielt. In weiterer Folge werden Schlüsselszenen aus dem therapeutischen Prozeß beschrieben, dazwischen führen D. V. und C. A. eine Diskussion, welche sich auf die vorher genannten Aspekte bezieht.

### **Fallbeispiel Herr O.**

#### ***Ausgewählte therapeutische Narrative I***

Herr O. kommt mit folgender Fragestellung: Seine zwei letzten Beziehungen haben damit geendet, daß sich beide Frauen das Leben genommen haben. Er fragt sich,

<sup>3</sup> Die Anfänge der systemischen Therapie wurden durch die Mailänder Schule geprägt (Selvini et al., 1981), in der das Stellen „zirkulärer Fragen“ (Fragen über anwesende oder nicht-anwesende Dritte) helfen sollten, Konstrukte über die Interaktionszirkel zwischen den Familienmitgliedern zu erstellen. Interaktion hatte damals Vorrang vor den Erzählungen Einzelner.

ob das etwas mit ihm zu tun hat, und er ist unsicher, ob er sich jemals wieder eine Beziehung zutraut.

In der ersten Sitzung beschäftigen sich Klient und Therapeutin mit der Frage, ob und in welchem Ausmaß Herr O. bei der Entscheidung der beiden Frauen, sich das Leben zu nehmen, beteiligt gewesen sein könnte. Dazu stellt die Therapeutin eine zirkuläre Frage zur verstorbenen Ex-Freundin von Herrn O.: ob diese ihn nach ihrem Tode freigegeben habe oder nicht.<sup>4</sup> Herr O. erkennt in der Beantwortung der Frage seine immer noch vorhandene Bindung an die verstorbene Frau. Diese internalisierte Person wird im anschließenden Interview anders rekonstruiert als bisher und stellt eine Musterunterbrechung zu seiner bisherigen Positionsbestimmung her. Er kann dann in der Therapie entscheiden, sich ganz von ihr und ihrer Geschichte zu trennen und anders in seine Zukunft blicken. Der Klient fühlt sich nach der Stunde sehr entlastet, betont die Wirkung der „ungewohnten Fragen“ der Therapeutin, möchte jedoch nochmals kommen, um einige andere Themen zu besprechen. In der zweiten Sitzung erzählt der Klient von dem vollständigen Abbruch seiner Beziehung zu Frau und Tochter nach einer leidvollen Scheidung, die nicht zuletzt durch seine Spielsucht und seine Alkoholexzesse verursacht worden sei. Obwohl dies dem Klienten bewußt ist, versteht er nicht, warum seine Ex-Frau jeden Kontakt zu ihm – auch mit der gemeinsamen Tochter – ablehnt. Die Therapeutin beginnt ein Interview mit der internalisierten Ex-Frau im Klienten, welches dem Interview der verstorbenen Ex-Freundin (s.o.) ähnelt: In beiden Fällen sieht sich Herr O. als Opfer der Frauen. Allerdings wird ihm durch die Fragen an seine Ex-Frau, die er nun in geteilter Perspektive von außen (ich) und von innen (ich als sie) erlebt, bewußt, wie sehr sie unter seiner Gewalt gelitten haben muß. Er erlebt diese Gewalt nun als Täter und als Opfer zugleich. Ihre Ablehnung ihm gegenüber wird dadurch für ihn verständlich, und er erlebt sich in der Rekonstruktion seiner Geschichte als Handelnder, der die heutige Situation mit herbeigeführt hat.

### ***Dialog der Therapeutinnen zur therapeutischen Narrative I***

#### *Unterschied in der angewandten Technik*

C.A.: Das Interview mit der internalisierten Person nach Tomm (s. Ahlers, 1996) ist die Befragung einer dritten Person in der Person des Klienten. In diesem Fall war es zunächst eine verstorbene Freundin, dann die Ex-Frau im Klienten. Diesen Personen kann man alle möglichen Beziehungsfragen stellen, die sich auf die Vernetzung des Klienten mit den für das Thema wichtigen anderen Personen beziehen. Durch die internalisierte Befragung erlebt sich der Klient gleichzeitig in der Rolle der befragten dritten Person und als deren Beobachter. Diese Dissoziation ermöglicht es ihm, in beiden Rollen neue Perspektiven wahrzunehmen.

<sup>4</sup> Therapeutin: „Wenn Sie Ihre Freundin im Jenseits noch fragen könnten, ob sie Ihnen zugesteht, Sie zu vergessen, zu wieviel Prozent würde Sie Ihnen das erlauben?“

D.V.: Herr O. antwortet als seine Ex-Frau aus der gleichen Position und mit der gleichen Stimmlage und Körperhaltung. Als Gestalttherapeutin würde ich statt der Befragung der Ex-Frau in ihm ein Rollenspiel vorschlagen. Im gestalttherapeutischen Rollenspiel findet durch das räumliche Einnehmen von zwei verschiedenen Rollen, durch den realen Platzwechsel und die Aufforderung, Körperhaltung, Mimik und Stimmlage je nach Rolle zu variieren, eine stärkere Identifikation mit der anderen Person statt. Der unmittelbare Zugang zur Emotion wird durch die stärkere Identifikation im Rollenspiel gefördert und eine „Tiefung“ – im Sinne von „Gewahrsein“ und schöpferischer Integration von Erfahrung, die dem Verhalten Tatkraft verleiht – ermöglicht. Das Rollenspiel ist generell stärker erlebnisorientiert als das internalisierte Interview (Stevens, 1975; Perls, 1993; Zinker, 1993; Polster und Polster, 1993).

C.A.: Systemische Therapie möchte ohne Rangreihung wie „Oberfläche und Tiefe“ bzw. „mehr oder weniger“ auskommen, da ihr interpretatives Modell von der Entstehung von Gefühlen grundsätzlich rekursiv und interaktionell ist. Insofern findet auch keine Rangreihung von „Gefühl“ unter oder über „Sprache“ statt. Verändern können sich die Gefühle in der Geschichte, die hier erzählt wird.

D.V.: Da sehe ich einen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Methoden. Ich lasse die Begründer der Gestalttherapie selber sprechen: „Gefühl, als direktes, werthafte Erleben des Organismus/Umwelt-Feldes betrachtet, ... ist ein mächtiger Regulator des Handelns, denn es bildet nicht nur die Grundlage unseres Gewahrseins dessen, was wichtig ist, sondern spendet auch die Energie zu entsprechendem Handeln, oder, wenn diese nicht gleich verfügbar ist, so spornt und leitet es die Suche nach ihr an“ (F. Perls et al., 1988, S. 103–104).

C.A.: In systemischer Sicht sind Gefühle zu einem guten Teil in der sprachlichen Kommunikation erkennbar. Selbst wenn ich mir ein Bild über meinen Schmerz mache, bin ich dabei, Sprache zu verwenden, indem ich in mir eine Geschichte dazu aufbaue. Jüngere Ergebnisse aus der Säuglingsforschung (Dornes, 1995) bestätigen diese Sichtweise, indem sie feststellen, daß das Kleinkind erst dann Phantasien entwickelt, wenn es die Wörter dazu kennt. So werden Bilder in unserem Inneren erst durch Sprache hergestellt, ein bedeutsamer Widerspruch zu bisherigen psychoanalytischen Annahmen zur Phantasietätigkeit des Säuglings. Erst Versprachlichung erzeugt gerichtete Interaktionen. Allerdings bleibt zu definieren, was wir als Versprachlichung verstehen.<sup>5</sup>

D.V.: Nur wenn bei der „Versprachlichung“ auch die nonverbale Kommunikation einbezogen wird, kann ich dieser Argumentation zustimmen. Denn sonst müßte man die Phantasie und die Interaktion zwischen taubstummen Menschen oder Tieren in Frage stellen!

<sup>5</sup> Die Kritik am frühen Konstruktivismus Maturanas erwähnt die allzustarke Betonung von Verbalität im Gegensatz zu anderen Ausdrucksformen wie Schmerzempfinden, Gefühlsäußerungen, Mimik, Gestik oder sogar Handlungen. Welter Enderlin (1995) und Levold (1995) greifen diese Kritik in ihren neuen Arbeiten auf.

*Kontaktmuster*

C.A.: Die vorsprachlichen Muster waren unterschiedlich. Immer dann, wenn Herrn O. eine für ihn ungewohnte Frage gestellt wurde, war Neugierde bei ihm spürbar. In solchen Momenten veränderten sich sein Gesicht und seine Augen. Andersen (1990) spricht hier von einer „Anknüpfung“: Eine angemessen ungewohnte Frage löst beim Klienten Suchprozesse aus, die sich auch physiognomisch wieder spiegeln. Lässt man Herrn O. dagegen bei seiner Geschichte und hört ihm einfach zu, so etabliert sich ein Kontaktmuster, das ich metaphorisch als „Sackgassenphänomen“ bezeichne. Ich werde hineingezogen in eine Logik des Erzählens, die keinen Ausweg aus der Situation mehr zulässt. In solchen Momenten fallen mir keine Fragen mehr ein, ich verliere mich in der Tragik der Erzählung.

D.V.: Die Stimme von Herrn O. ist monoton und gleichbleibend und lässt Emotionen nur vermuten, jedoch nicht erspüren. Seine ganze Haltung widerspiegelt die Resignation, von der er immer wieder spricht. Ich erlebe ihn passiv und – sowohl im Umgang mit seinen Bezugspersonen als auch im Umgang mit seiner Therapeutin – stets auf fremde Initiative reagierend. Die einzige Möglichkeit, dieser fremden Initiative etwas entgegenzusetzen, ist scheinbar seine Passivität und „Laxheit“, im Sinne einer Boykottierung. Andererseits erfahren wir von ihm, daß es auch eine andere Seite von ihm gegeben hat, wo er gegen seine Mutter und seine Ex-Frau tätlich aggressiv wurde. Als Gestalttherapeutin würde ich ihm meinen Eindruck von der „Farblosigkeit“ seiner Stimme mitteilen und seine passive, fast konsumierende Haltung in dieser Therapiestunde als mögliche Widerspiegelung seines Lebenskonzeptes aufgreifen. Andererseits würde mich seine aggressive Seite interessieren mit der Absicht, ihn in Kontakt mit jenem Teil seines Selbst zu bringen, der aktiv ist und zupackt, wenn auch in einer inadäquaten, destruktiven Form. Wie sah er damals aus? Wie war seine Körperhaltung? In welchem Zusammenhang wurde er aggressiv? Wie reagierte seine Umgebung auf ihn? Sieht er einen Zusammenhang zwischen diesen Erfahrungen und seinem Alkoholkonsum? Mit Hilfe dieser lebhaft gemachten Erinnerung könnte eine Veränderung seines Erlebens von einer passiven zu einer aktiven Rolle angeregt werden, nicht zuletzt auch eine Unterbrechung dessen, was Du als „Sackgassenphänomen“ bezeichnetest.

C.A.: Da diese Aggressionen von Herrn O. schon viele Jahre zurückliegen und letztlich offensichtlich zur Scheidung und zum Kontaktabbruch mit seiner Familie geführt haben, würde ich solche Themen nur dann mit dem Klienten erörtern, wenn er sie erwähnt und sie in seinen konkreten Auftrag an die Therapeutin einbezieht. Ich würde der Vergangenheit von Herrn O. jenen Stellenwert zuordnen, den sie für die zukünftige Lebensplanung im Rahmen seiner Möglichkeiten hat. Andererseits ist der Kontakt zur Aggression als Metapher für sein Erleben von Initiative und Selbstkompetenz eine gute Form der Überwindung seiner Erzählung von sich selbst als Opfer von Situationen. Allerdings würde ich eine solche Metapher nur dann benutzen, wenn ich die Bereitschaft des Klienten spüre, mit mir seine inneren Widersprüche zu erkunden. Sonst würde

ich Gefahr laufen, ein normatives Urteil zur Handlungskompetenz von Herrn O. zu fällen, etwa derart, daß seine aktiven, aggressiven Anteile ihn auch als Täter seines bisherigen und zukünftigen Lebens ausweisen und die Konfrontation damit zu einer grundsätzlichen Veränderung seiner bisherigen Handlungskompetenz führen wird.

D.V.: Wo ist der Widerspruch zu seinem Auftrag? Indem Herr O. in Kontakt mit seiner zupackenden Seite kommt, wird sein Selbstbild als Opfer relativiert; er erlebt sich initiativ, und das ist ganz im Sinne seines Auftrags: Sein Ziel ist es ja, autonom zu werden! Die Erweiterung seines Selbstbildes hat keineswegs normativen Charakter.

C.A.: Meiner Ansicht nach geht es um einen dosierten Umgang mit Metaphern, der den Klienten zwar mit seinen bisherigen Lebenspraktiken konfrontiert, ihm jedoch immer die Möglichkeit läßt, eine ihn versöhnende Interpretation seiner Vergangenheit zu erreichen. Eine solche Metapher beinhaltet auch die Möglichkeit, seine Täterschaft auszublenden, wo sie ihm derart zum Verhängnis wird, daß ihn das Ausmaß an retrospektiver Verantwortung überfordern könnte in seiner aktuellen Lebenssituation als Epileptiker und Frühpensionist. Seine Bedürfnisse nach Aktivität und Entstigmatisierung sind nur zum Teil über psychische Verarbeitung auflösbar, und die relative Verleugnung entspricht der angepaßten kontextuellen Verarbeitung einer ihn stigmatisierenden Umwelt.

*Ausgewählte therapeutische Narrative II*

Der Klient erzählt von seinem Bedürfnis, „vernünftig“ und „gesund“ zu leben, zumal das Auswirkungen auf seine Epilepsie habe. Gleichzeitig spüre er manchmal – gerade dann, wenn ihn sein Schicksal als Epileptiker in depressive Zustände treibe – einen starken Anreiz, wieder einmal seine Lust am Exzeß auszuleben. Er sieht sich oft als Gefangener zwischen diesen zwei Bedürfnissen, die sich wie in einem *Circulus viciosus* gegenseitig bedingen.

Die Therapeutin wählt das Modell der inneren Konferenz mit Teilen (Schmidt, 1996) und schlägt dem Klienten vor, die soeben beschriebenen Tendenzen zu benennen. Er gibt dem Wunsch nach Lust den Namen „Herr Anonym“, seinem Bedürfnis nach Vernünftigkeit gibt er den Namen seiner Tochter Anna. Das Konzept der inneren Konferenz sieht noch eine koordinierende Instanz vor, welche die Konferenz der beiden widerstrebenden Tendenzen leitet. Dieser Instanz gibt der Klient seinen eigenen Namen „Otto“. Nun führt die Therapeutin ein Interview mit diesen drei Personen, welches hervorbringt, daß alle Teile ein Existenzrecht haben und es nicht darum gehen kann, den momentan als störend empfundenen Teil<sup>6</sup> auszumerzen. In diesem

<sup>6</sup> Metaphorisch können wir hier Herrn „Anonym“ als Vertreter der Suchtproblematik des Klienten verstehen, anonymisiert und damit aus dem „Ich“ externalisiert. Allerdings ist gerade diese Spaltung für den Umgang mit der Sucht relevant, indem der „böse Teil“ nach außen projiziert wird. In der Teilarbeit geht es darum, dem nach außen projizierten Teil einen Platz im Ich zu geben.

Fall erlebt der Klient „Otto“ nicht als geeigneten Koordinator für die optimale Vermittlung zwischen „Anna“ und „Herrn Anonym“. Deshalb gibt die Therapeutin dem Klienten die „Hausaufgabe“, in seinem Inneren seine wirkliche Tochter Anna als Helferin von „Otto“ zu befragen, welcher der beiden Tendenzen zu folgen sie wann vorschlagen würde.

### ***Dialog der Therapeutinnen zur therapeutischen Narrative II***

#### *Therapeutische Haltung zum Klienten*

C.A.: Die internalisierte Tochter steht für die Therapeutin als gutwillige, nährnde Instanz für Verantwortlichkeit bei Herrn O., die ihn beraten kann, aber keine Kontrollinstanz darstellt, wie es erwachsene Bezugspersonen oder Professionelle für ihn würden. Mit der Wahl einer für den Klienten als positiv interpretierbaren Kontrollinstanz versucht die Therapeutin im Klienten eine autonomere Haltung einzusetzen, die dem entspricht, was er am Anfang der Stunde als seinen therapeutischen Auftrag formuliert hat. Die Haltung der Therapeutin ist in dieser Situation fast didaktisch, da sie dem Klienten einen konkreten Vorschlag macht. Sie orientiert sich dabei nur an dem, was in dieser Stunde gesagt wurde.

D.V.: Die Idee, den Zugang zu einer autonomeren Haltung über die Tochter des Klienten zu ermöglichen, gefällt mir sehr gut; ich kann ihr aus gestalttherapeutischer Sicht ganz zustimmen, da sie zweifellos einen integrativen Charakter hat. Allerdings möchte ich einen anderen Satz von Herrn O. aufgreifen, der meines Erachtens einen Hinweis auf die Beziehung zwischen ihm und der Therapeutin darstellt: „Wenn Sie sich von mir nicht allzu sehr ausgenutzt fühlen, komme ich wieder!“ sagt Herr O. bei der Terminvereinbarung zur Therapeutin,<sup>7</sup> obwohl sie ihm interessiert und zugewandt zugehört hat.

Die gestalttherapeutisch-phänomenologische Frage nach dem „Wie“ richtet sich nicht nur auf die subjektive Beschreibung des Erlebens des Klienten, sondern auch auf die intersubjektive Wahrnehmung dessen, was sich zwischen ihm und dem Therapeuten abspielt. Der Gestalttherapeut fungiert als „Resonanzkörper“, er nimmt auf und gibt alles wieder, was in dieser Interaktion geschieht, und macht es mit seinen Erläuterungen zu einem Teil der Dynamik der Therapie (Polster und Polster, 1993). Dementsprechend würde ich als Gestalttherapeutin hier versuchen, die Unsicherheit und Verzerrung (die Kontaktunterbrechung) in der gegenwärtigen Beziehung zwischen dem Klienten und mir aufzudecken, die sogenannte Projektion aufzulösen. Somit könnte eine Erlebnis- und Verhaltensweise, die in der Beziehung zu anderen erworben wurde und in der aktuellen Beziehung im Sinne der starken un abgeschlossenen Situation noch wirksam ist, „korrigiert“ werden.

C.A.: Ich würde eine solche Auseinandersetzung nicht am Schluß einer Stunde beginnen, was mir überdies keine spezifisch systemische Haltung zu sein

scheint. Eine Wiederholung dieses Kontaktmusters würde ich allerdings ansprechen, weil es neben dem Selbstwertproblem eventuell eine ambivalente Haltung gegenüber der autonomen Bewältigung seiner Alkoholexzesse ausdrückt. In einem solchen interpretativen Kontext könnte ich den von Herrn O. am Ende der Stunde geäußerten Satz auch so deuten, daß er damit versucht, die von der Therapeutin in ihm installierte Autonomie zu relativieren, indem er ihr zu verstehen gibt, daß er noch nicht weiß, ob er allein mit der Situation zurechtkommen wird. Allerdings könnte man den Satz auch als subtile Infragestellung der therapeutischen Beziehung sehen: Sein Gefühl, von Frauen benutzt zu werden, wird hier umgedreht zur Frage an mich, ob ich mich von ihm benutzt fühle. Wie sich zeigt, müßte man dem Klienten zur genaueren Einschätzung der Bedeutung dieser Bemerkung noch einige Fragen stellen. Weil dies aber den Zeitrahmen der Stunde überziehen würde, halte ich mich zurück. Anders wäre es gewesen, wenn ähnliche Bemerkungen des Klienten zur Mitte der Stunde gefallen wären, wobei das Kontaktmuster allerdings auch spezifisch für das Ende einer Stunde ist. Für das Ende einer therapeutischen Sitzung ist es wichtig, in einer Schlußintervention das bisher Erarbeitete noch einmal hervorstreichend und sich nicht durch neue Fragen des Klienten aus dem Konzept bringen zu lassen.

#### *Unterschied in der angewandten Technik*

C.A.: Das Interview mit personifizierten Teilen in einer Person ist ein anderer Erlebniszugang als das Hineinversetzen in die jeweilige Rolle. Generell könnte man die Methode als stärker am Denken, an der Ratio des Menschen ankoppelnd sehen. Außerdem geht es hier um die Befragung des Beziehungsnetzes von Personen in einer Person. Der Einstieg in die Befragung der inneren Konferenz wiederum ist ein spielerischer Umgang mit ambivalenten Affektresonanzen im Inneren der Person. Hier wird ressourcenorientiert gearbeitet, indem eine Konfrontation zwischen ambivalenten Affekten vermieden wird und stattdessen eine Würdigung aller Teile stattfindet, mit dem Vorsatz, einen handlungsspezifischen Einsatz zu erkennen. Den Moment der Auseinandersetzung mit den personifizierten Teilen erleben KlientInnen zumeist als emotional intensiv, aber nicht als dramatisch.

Aus der Sicht der systemischen Therapeutin übernimmt „Otto“ die innere Regulation der Handlung gemäß der Zielorientierung, die in der vorangegangenen Sitzung geklärt werden mußte. In diesem Fall war es der Wunsch von Herrn O., zwischen der Polarität von „Anna“ und „Herrn Anonym“ besser ausbalancieren zu können. Statt auf die Deutung der ausgewählten Namen an sich näher einzugehen, geht es in der inneren Konferenz ausschließlich um die Gestaltung der Interaktion der personifizierten Teile, die in diesem Sinne handlungskompetent werden. Der Koordinator ist der institutionalisierte Funktionär, der politisch-strategisch agiert, um Handlungen optimal zu kontextualisieren.

D.V.: Aus gestalttherapeutischer Sicht ist die Einführung einer dritten Instanz, des Koordinators, nicht not-

<sup>7</sup> Die Therapeutin schließt die Sitzung mit der offenen Frage an Herrn O., ob er noch einmal kommen möchte.

wendig, wenn nicht sogar hinderlich für eine unmittelbare Kontaktaufnahme zwischen den zwei Polaritäten. Im Sinne von F. Perls (1989) ist Herrn O's Bedürfnis nach Selbstbeherrschung der „topdog“, sein Bedürfnis nach selbstschädigender Lust (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum) der „underdog“. Andere AutorInnen sprechen in diesem Zusammenhang von einer innerpersönlichen Kontaktgrenze „zwischen einer kontrollierenden, kritisierenden Instanz und einer kindlichen, ... sabotierenden oder trotzig Instanz“ (Fuhr und Fuhr, 1995, S. 89). Der gestalttherapeutische Ansatz sieht diese Teile bzw. Polaritäten als Aspekte des Selbst, die sich gegenseitig ignorieren oder indirekt bekämpfen. Daraus entsteht die Notwendigkeit, diese gegensätzlichen Kräfte miteinander in Kontakt zu bringen und im gleichen Ausmaß zu würdigen: „Dann können sie auch Verbündete in der allgemeinen Suche nach einem erfüllten Leben werden, anstatt unbehagliche Gegner zu bleiben, die die Spaltung aufrechterhalten“ (Polster und Polster, 1993, S. 231). Der Kontakt zwischen den zwei Teilen findet also aus der Sicht der Gestalttherapie unmittelbar – im Rollenspiel oder im Dialog – statt, ohne die Vermittlung eines Koordinators. In der Tat erlebt Herr O. den Koordinator „Otto“ als nicht geeignet für eine optimale Vermittlung zwischen „Anna“ und „Herrn Anonym“; in der Hausaufgabe verzichtet er daher auf „Otto“ als Koordinator. Allerdings kann man nicht leugnen, daß die Therapeutin selbst zu einer Art Koordinatorin des Dialogs wird, vor allem dann, wenn die Kommunikation zwischen den zwei Parteien „stockt“.

C.A.: Dagegen verzichten SystemikerInnen auf metatheoretische Überlegungen, die das „kindliche Ich“ vom „Erwachsenenich“ trennen (Schmidt, 1996) und gehen stattdessen davon aus, daß Zielgerichtetheit von Handlungen erst durch die Einbettung in den Kontext entsteht und somit ambivalente Teile gleichberechtigt in der Person existieren, daß sich das vom Klienten empfundene Problem aber nicht dadurch ergibt, daß eine Tendenz zuwenig beachtet wird, sondern dadurch, daß das kontextuelle Einsetzen verschiedener Tendenzen nicht optimal koordiniert wird. In diesem Moment verfällt in systemischer Perspektive die Person in situativ gebundene Tendenzen, die besser oder schlechter verwaltet werden können. Die innere Kongruenz des Subjekts bleibt hintergründig. Es wäre sogar die Frage an Herrn O. erlaubt, wann er „Herrn Anonym“ freies Walten zugesteht. Zum Beispiel könnte der Klient antworten, daß dann, wenn die Suizidgedanken in der Tristesse seines Alltags Oberhand gewinnen, „Herr Anonym“ dafür sorgt, daß ihn diese Gedanken wieder verlassen.

### Fallbeispiel Herr F.

#### *Ausgewählte therapeutische Narrative*

Herr F. kommt mit folgender Frage in Therapie: Er könne sich oft nicht konzentrieren und fühle sich in seiner Lebensqualität eingeschränkt, da ihn Zwangsgedanken über seine Mutter quälen würden. Er könne nicht aufhören, daran zu denken, daß sie ihn nie geliebt habe. Er möchte in der Therapie lernen, solche Grübe-

leien besser in den Griff zu bekommen. Erklärungen für sein Grübeln hat er genug: Seine Kindheit sei schlimm gewesen. Jüngster von drei Geschwistern, Vater Alkoholiker und heute im Obdachlosenheim, die Mutter unfähig, sich um ihn zu kümmern. Der ältere Bruder habe dann dafür gesorgt, daß er mit neun Jahren ins Heim gebracht wurde. Der Klient gibt an, von dieser Unterbringung profitiert zu haben. Nur deshalb könne er heute ein Studium an der Universität absolvieren. Er ist der außerfamiliären Umwelt gegenüber dankbar, ganz im Gegensatz zu seiner Herkunftsfamilie.

Das Erstinterview gestaltet sich als Mischung aus differenzierter Reflexion und Selbstkontrolle in der Regulation des erzählten Leidens. Der Kontakt zur Therapeutin ist gut, allerdings ist die Stimme des Klienten beim Erzählen seiner Geschichte leicht monoton, seine kognitive Differenziertheit unterschlägt Momente der Traurigkeit und der Sehnsucht, die eher zwischen den Worten und in seiner gebückten, eingeklinkten Körperhaltung zum Ausdruck kommen. Im Laufe der nächsten Sitzungen entsteht ein Pausenritual:<sup>8</sup> Der Klient verlangt regelmäßig nach einem Glas Wasser für seinen trockenen Mund.

In der ersten Sitzung metaphorisiert die Therapeutin die Zwangsgedanken des Klienten als Balanceakt zwischen Hinwendung zur Trauer und Abwendung von zuviel Trübsal mit folgendem Bild: Vor dem Klienten stehe ein Brunnen, in dessen Tiefe er sich verlöre, würde der Brunnen von seinen Tränen überquellen. Doch das noch faßbare Maß an Tränen werde durch die Zwangsgedanken an die Mutter reguliert. Mit diesem Bild gibt die Therapeutin einen Hinweis auf die emotionale Tiefe der Konfrontation bei gleichzeitiger Kontrolle. Das therapeutische Angebot besteht in einer geringen Anzahl von Sitzungen, da am Institut in der Regel keine langdauernden Einzeltherapien durchgeführt werden. Ein Angebot der Therapeutin ist es, das Ausbalancieren von Trauer und rationaler Kontrolle besser kennenzulernen und eventuell zu einem ritualisierten Trauerprozeß zu gelangen. Der Klient wird mit positiven Worten zu seiner Kompetenz, sein Leben bisher so gut gemeistert zu haben, verabschiedet.

#### *Dialog der Therapeutinnen zur therapeutischen Narrative*

##### *Kontaktmuster zwischen Klient und Therapeutin*

C.A.: Ich erlebe den Klienten als sehr reflektiert, vornehmlich an der Versprachlichung seiner Bedürfnisse orientiert. Es wird mir nicht ganz klar, wie er sein Leiden definiert, bzw. ob er sich davon so gequält fühlt, daß er hier in der Therapie mit seinen negativen Gefühlen in Kontakt kommen möchte. Vorerst erlebe ich ihn in seiner Ambivalenz zwischen Rationalität und Gefühl als durchaus kompetent und seiner Realität angepaßt. Priorität hat das Studium, seine Arbeit, seine allgemeine Lebensplanung.

<sup>8</sup> In systemischen Sitzungen arbeiten wir pro Sitzung mit einer Unterbrechung, während der wir mit KollegInnen den bisherigen Therapieprozeß besprechen.



D.V.: Das Ausmaß seines Leidens könnte durch die gestalttherapeutisch-phänomenologische Frage nach dem „wie“ greifbarer und sowohl für uns als auch für den Klienten selber spürbarer werden: Wie sehen die „Zwangsgedanken“ von Herrn F. konkret aus? Und wie sieht sein Versuch aus, diese ins „Lächerliche“ zu ziehen oder eine Art „Kabarett“ daraus zu machen? Wie erlebt er sich, wenn er „einen schlechten Tag“ hat und angespannt ist?

Als Gestalttherapeutin würde ich Herrn F. auffordern, in diese Stimmungen „hineinzugehen“ und die entsprechende Körperhaltung einzunehmen und den entsprechenden Gesichtsausdruck zu zeigen. Ich würde ihn sogar ermutigen, diese Haltung und die dazugehörigen Sätze zu verstärken bzw. zu übertreiben, damit ihre Bedeutung noch offensichtlicher wird, und dabei seine momentanen Empfindungen verbalisieren. Über die sukzessive Integration von Empfindungen, Gesten, Bildern, Tönen und Wörtern könnte Herr F. zu einer direkten Einsicht kommen und einen Zugang zu seiner Wut und Trauer finden. Die Schienen für einen direkten, auch verbalen Ausdruck dafür wären somit gelegt (L. Perls, 1989; F. Perls et al., 1988).

C.A.: Eine systemische Therapeutin hingegen wird den Klienten zunächst fragen, wie ein guter Tag ausschauen könnte, an dem sich er entschließen könnte, die Therapie zu beenden, und was an einem solchen Tag alles anders wäre. Die Hinwendung zur Trauer bedarf der Entscheidung des Klienten. Mit dem Wort „Einsicht“ wird allerdings impliziert, daß Erleben – zum Beispiel von Trauer – vor Sprache da ist und bearbeitet werden sollte. Das ist eine therapeutische Haltung des Expertentums, die dem Klienten Entscheidungen abnimmt. Der Klient hatte mir kein „okay“ für einen aktiven Einstieg in seine Gefühlswelt gegeben. Selbst meine Interpretation von Stimmungen, die er in mir auslöst oder von Kontaktmustern, die ich bei ihm wahrnehme, würden ihn schnell in Konfrontation mit sich selbst bringen. Gerade aufgrund meines Wissens seiner leidvollen frühen Biografie würde ich diesem Klienten maximale Autonomie bei seinen diesbezüglichen Entscheidungen geben wollen.

#### *Therapeutische Haltung zum Klienten*

D.V.: Die monotone Stimme, die kauende Körperhaltung vom Herrn F., die atmosphärische Traurigkeit, die in der Stunde entsteht, erlebe ich als Hinweise für seine Bedürftigkeit und Sehnsucht. Schon nach einer halben Stunde bemerkt Herr F., wie wohlthuend es ist, von der Therapeutin angehört zu werden, und ist dabei sichtlich berührt. Als die Therapeutin in der zweiten Sitzung „eine Befragung seiner Mutter in ihm“ als Experiment ankündigt, meint Herr F., daß die Therapeutin dabei die Rolle seiner Mutter einnehmen würde! Seine Sehnsucht nach einer „nährenden“ Mutter, sein Durst nach Wärme verdichten sich symbolisch im Ritual mit dem Glas Wasser für seinen trockenen Mund. Offenbar ruft der Kontakt zur Therapeutin seine tiefe Sehnsucht nach Beziehung und „Nachholen“ der Erfahrungen des Gehalten-, Genährt- und Angenommenwerdens wach. Manche Äußerungen von ihm, die diese Sehnsucht

scheinbar relativieren, sind meiner Meinung nach ein Ausdruck seiner Ambivalenz und Angst, jemandem zu vertrauen und sich „fallen zu lassen“, um nicht nochmals enttäuscht zu werden. Im Sinne von Lore Perls (1989) beraubt sich Herr F. des „support“ oder läßt ihn nicht zu, indem er seine „Programme laufen läßt“ und „zusperrt“; d.h. durch sein Bemühen, rational und kontrolliert zu erscheinen.

„Ist hier Programm oder Spielwiese?“ fragt die systemische Therapeutin (ganz im gestalttherapeutischen Sinn!), und weist somit auf die (heilende) Chance hin, in der therapeutischen Beziehung „Neues“ auszuprobieren. Die Erfahrung, kindliche Anteile zulassen zu dürfen im Sinne von Sich-Anvertrauen und Abhängig-Sein sieht Petzolds „Integrative Gestalttherapie“ (nach Rahm et al., 1993) als Möglichkeit, das Gefühl des Grundvertrauens und das Bild der „guten inneren Anderen“ dort, wo es nicht oder bruchstückhaft vorhanden ist, nachzuentwickeln, in einem Prozeß, der als „Nachsozialisation“ bezeichnet wird. Selbstverständlich ist eine wirkliche Wiedergutmachung, ein wirklicher Ersatz für die frühen Elternerfahrungen durch eine Therapie nicht möglich, „wohl aber die Schatten, die sie auf die heute möglichen Beziehungen werfen“, können verändert werden (Rahm et al., 1993, S. 333). Doch der Prozeß einer „Nachsozialisation“, der eben beschrieben wurde, ist in einem Setting von einer Sitzung im zweibis dreiwöchigen Abstand schwer vorstellbar. Wie kann man von „Grundvertrauen“ sprechen, wenn der Kontakt zwischen Klient und Therapeutin so „dünn“ ist? Durch die großen Abstände wird die Bildung einer tragfähigen Beziehung, die als Grundlage des sogenannten re-parenting gilt, wesentlich verzögert oder unmöglich gemacht.

Es bleibt dabei offen, inwiefern diese „Kurzzeittherapie“ die schon vorhandenen „Programme“ des Klienten noch verstärkt oder ihn dazu motiviert und ermutigt, sich auf eine längerfristige Therapie einzulassen.

C.A.: Mein Anspruch war es, ihm die Wahl zwischen kurzer und langer Therapie zu lassen. Die systemische Konzeption von Therapie geht davon aus, daß in jedem Fall der Klient darüber entscheidet, inwieweit er seine Vergangenheit einbeziehen und wie er mit seinen Gefühlen umgehen möchte. Ich hole ihn dort ab, wo er ist, und gebe ihm keinen Rahmen vor für die Tiefe und Schwere seiner Verarbeitungsmöglichkeiten. In diesem Sinn war die Information, daß die Offenbarung seines Leidens in der Therapie zu einer Verbesserung seiner Lebensqualität führen könne, ein Angebot, aber keine Aufforderung an ihn, sich darauf einzulassen. Worte wie „Nachsozialisation“ oder „Grundvertrauen“ widersprechen einem systemischen Grundverständnis, da sie ein normatives Menschenbild implizieren, welches durch die Ermöglichung von Regression in einer rehabilitativen Umgebung entwickelt werden soll. Die implizite Wertung, durch fortlaufende Therapie normale, psychisch gesunde Menschen herzustellen, ist ein mögliches Konstrukt. Ein anderes wäre etwa das Bild eines Menschen, der durch die Kontrolle seiner Gefühle gewissermaßen gelernt hat, die massiven Einschränkungen seiner Kindheit aktiv zu bewältigen, insofern er soziale Fähigkeiten entwickeln konnte, die Schule posi-



tiv beenden und studieren konnte. Diese Konstruktion hebt den Akteur als Helden hervor, der vorgegebene Hindernisse seines sozialen Schicksals (Vater ist Sandler, Mutter ist es fast) mit Hilfe seiner Rationalität, nicht seiner Emotionalität, überwunden hat. Wir sehen daran, wie relativ unsere Wertungen ein- und derselben Person, Idee oder Handlung sein können.

D.V.: Das Beziehungsangebot der Gestalttherapie versteht sich nicht als normativer Rahmen für den Klienten, sondern als echtes Angebot, das er annehmen oder zurückweisen kann im Sinne der Eigenverantwortung und Autonomie. Nun bin ich der Meinung, daß der Auftrag des Klienten nicht nur von seinem bewußten Bedarf abhängt, sondern in einer Wechselwirkung zum Bedarf des Experten und zum therapeutischen Angebot steht. Wenn dieses Angebot unverbindlich ist (Therapie in unregelmäßigen, großen Abständen und zeitlich auf wenige Stunden begrenzt), ist es für mein – gestalttherapeutisches – Verständnis kein Beziehungsangebot, sondern hat den Charakter einer unverbindlichen Beratung. Nachvollziehbar daher und zudem auch vernünftig erscheint mir, wenn Herr F. bemüht ist, die Kontrolle beizubehalten und er seine „Programme“ aufrechterhält.

C.A.: Für mich bestimmt sich das therapeutische Beziehungsangebot nicht ausschließlich aus der Intensität und Kontinuität der Beziehung, deren Wirksamkeit, aus der psychoanalytischen Tradition stammend, freilich nicht generell in Zweifel gezogen wird. Die meisten PsychotherapeutInnen kümmern sich jedoch wenig darum, wie sich die Aufarbeitung psychischer Muster an Hand der Übertragung auf TherapeutInnen tatsächlich auf den aktuellen Alltag von KlientInnen transferieren läßt. Der Vernetzung der psychotherapeutischen Erzählung mit aktuellen und zukünftigen Lebensbezügen der KlientInnen soll in der narrativen systemischen Therapie Rechnung getragen werden. Die therapeutisch stark strukturierte narrative Vernetzung von Wünschen und Träumen mit Lebensplänen stellt systemische Therapie dieser Art zunehmend in eine theoriegebundene Nähe zu jenen Entwicklungen der Psychoanalyse, die versuchen, handlungsorientiert und konstruierend mit dem Analysanden zu arbeiten (Ahlers, 1994b). Allerdings entsteht im systemischen Ansatz nie eine langfristige, mehrjährige Bindung. Prinzipiell stellen wir in Frage, daß Veränderung im Erleben der KlientInnen das oftmalige Wiederholen von Inszenierungen gegenüber dem Therapeuten erfordert. Wir glauben vielmehr, daß eine momentane Veränderung in der Konstruktion von Vergangenem bzw. in der Konstruktion von Zukunft jenen Zugang zu einer neuen Handlungsplanung schafft, der Therapie als etwas besonderes gegenüber dem „Alltagsgeschehen“ ausweist. Dafür ist das Klima zwischen Therapeutin und Klient in der Therapiestunde wichtiger als die Kontinuität ihrer Beziehung. Es geht ja um momentane Aha-Erlebnisse des Klienten. Andererseits: Wenn ich davon ausgehe, daß ein „Ich“ sich in der Konstellation situativer Gegebenheit inszeniert oder re-inszeniert, dann überwiegt die Vergänglichkeit des Augenblicks das traditionelle Konzept einer dauerhaften Persönlichkeitsstruktur, die jeden Moment überdauert. Damit ist nicht gemeint,

daß Vergangenheit nicht zur Deutung kommt. Aber sie ist nichts anderes als eine Konstruktion in der Gegenwart und in einer bestimmten Lebenskonstellation.

D.V.: Natürlich findet Veränderung im Erleben des Klienten nicht „durch das oftmalige Wiederholen von Inszenierungen gegenüber dem Therapeuten“ statt! Ein Wiederholen würde ja die schmerzliche Erfahrung nur verstärken! Das Heilsame dabei ist, im Dialog zwischen Klient und Therapeut im Sinne von „Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit“ (Fuhr und Fuhr, 1995) eine neue „korrigierende“ Erfahrung zu machen, wo Vertrauen nicht mißbraucht und der Klient nicht ignoriert wird. Und das Ziel der Gestalttherapie ist es weder, „einen normalen, psychisch gesunden Menschen“ herzustellen, noch „eine momentane, situative Veränderung“ zu bewirken, sondern vielmehr, „in der Fertigkeit des Selbstgewahrseins einen Entwicklungsstand zu erreichen, wo der Klient ohne Hilfe weitermachen kann“, (im Sinne der frei fließenden Gestaltbildung, die mit der schöpferischen Entwicklung von Person und Beziehung identisch ist), denn „das Selbst findet und erschafft sich nur in seiner Umwelt“ (F. Perls et al., 1988, S. 32).

Die Handlungsrelevanz bzw. die Übersetzung der Erkenntnisse aus der Therapie im Alltag wird in der Integrativen Gestalttherapie explizit als ein wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Prozesses betrachtet und mit „Transfer“ oder „Neuorientierung“ bezeichnet (Rahm et al., 1993). Betreffend der „Vergangenheit als Rekonstruktion im Augenblick“, möchte ich Lore Perls zitieren: „Die subjektive Realität ist von Belang ... Das Erleben in der Gegenwart macht meine Realität aus“ (1989, S. 181) und daran erinnern, daß sich Gestalttherapie als Therapie im Hier und Jetzt versteht!

C.A.: Was das Hier und Jetzt ist, erschließt sich jedoch durch meine Konstruktion des Augenblicks, indem ich nur reflektierend weiß, daß ich erlebe. Das „ich – mich“ (vgl. Ahlers, 1994a) ist nur in der Reflexion operationalisierbar, somit an Kognitionen angeschlossen. Bateson (1988) bezeichnete diesen Zustand als Glauben an etwas, in der Hoffnung, daß es wahr ist. Indem wir also auch die Gegenwart konstruieren, sehe ich keine Notwendigkeit, zwischen „Erleben“ und „Konstruieren“ zu unterscheiden. Ein anderes Wort, das mir widerspricht, ist der Begriff „Entwicklungsstand“ des Individuums als Zielvorstellung für das Ende einer therapeutischen Hilfe. Es suggeriert einen Zustand, in dem das Subjekt, mit höheren Entscheidungskriterien ausgestattet, besser zurechtkommt. Statt dessen scheint mir eine Vorstellung, die fremde Hilfe als momentan und situationsbezogen definiert, weniger paternalistisch zu sein und dem Klienten seine Autonomie zuzugestehen. Der Klient wirkt konstruierend in der Gestaltung seiner neuen Geschichte, deren Handlungsrelevanz für sein Leben ebenso von ihm definiert wird, und nicht von der Therapeutin.

#### *Umgang mit Emotionen*

D.V.: „Ich will, daß es mir nichts mehr ausmacht!“ sagt Herr F. und meint damit seine schmerzlichen Erlebnisse in der Kindheit und die Ignoranz seiner Mutter. Als Gestalttherapeutin bekomme ich dabei den Eindruck,

daß er sich seinen Ärger und vor allem die dahinterliegende Trauer verbietet. Als er gegen Ende der ersten Sitzung über die wertvolle Erfahrung spricht, von der Therapeutin aufmerksam angehört worden zu sein, wirkt er betroffen.

C.A.: Das Ziel zu haben, daß ihm die Erinnerungen nichts mehr ausmachen, ist für mich kein Zeichen dafür, daß er sich die Trauer verbietet. Ebenso wäre eine solche Vorstellung als Versuch interpretierbar, seinen quälenden Zuständen ein Ende setzen zu wollen.

D.V.: Das Ziel zu haben, daß ihm die Erinnerungen nichts mehr ausmachen, ist nachvollziehbar und durchaus legitim. Dieses Ziel zu erreichen, indem er seine Gefühle übergeht, ist allerdings genau das, was er bisher erfolglos versucht hat, sonst hätte er ja keine Zwangsgedanken und keinen Leidensdruck! Im Sinne von Polster und Polster sind der Ärger und die Trauer von Herrn F. „unerledigte Geschäfte“, also nicht bewußt gelebte Gefühle. Die damit verbundenen primären Bedürfnisse, gesehen und geliebt zu werden, werden verdrängt. Laut Zeigarnik-Effekt bleiben unerledigte Situationen in Erinnerung und drängen auf eine Beendigung (Ginger und Ginger, 1994).

Während seiner Kindheit war es für Herrn F. eine Überlebensstrategie, diese Bedürfnisse und Gefühle zu unterdrücken, sich „taub“ zu stellen, anstatt auf die „tauben“ Ohren seiner Mutter als einziger Bezugsperson zu stoßen (Herr F.: „Es war so, als wäre ich gar nicht dagewesen!“). Diese Verdrängung wird nun aufrechterhalten, obwohl die Umstände für eine nachträgliche Erfüllung dieser Bedürfnisse nun viel günstiger wären: Herr F. könnte in seiner Beziehung zu seiner Freundin zum Beispiel die Erfahrung zulassen, daß er geliebt wird (Herr F.: „So richtig fallen lassen kann ich mich nicht!“).

Fuhr und Fuhr sprechen in diesem Zusammenhang von einer „unabgeschlossenen Beziehungsgestalt“, die im Klienten weiter existiert und die jeweils gegenwärtige Beziehung belastet (Fuhr und Fuhr, 1995, S. 111). Denn die Tatsache, daß Herr F. von seinen Eltern zu wenig Liebe bekommen hat (auch wenn er später in dem Heim einiges nachholen konnte), schafft eine inkongruente Hierarchie. In einem persönlichkeitsentwickelnden Lernprozeß kann diese offene Beziehungsgestalt geschlossen werden, um so „letztlich die Versöhnung mit Beziehungspartnern der Vergangenheit und Gegenwart“ zu ermöglichen (Fuhr und Fuhr, s.o.). Sein vorsätzliches Bemühen um Kontrolle, die dazu dient, „Unerledigtes“ zu verdrängen, ist im Sinne der Feldtheorie Kurt Lewins' „Grund“. Die unterdrückten Gefühle werden immer wieder akut, „wenn sich genügend Spannung aufgestaut hat oder ein neuer Reiz auftritt, und bleiben immer – im sogenannten Grund – als eine Tönung dessen erhalten, was gerade im Vordergrund des Interesses steht (Figur) ... Die fortdauernde Störung verhindert den Kontaktvollzug in der neuen Anpassung, denn nicht alles Interesse kann der Figur zugewandt werden ... Jede neue Lösung muß „nebenher“ auch noch die unerledigte Situation lösen. Und zur Aufrechterhaltung der absichtlichen Unterdrückung bleiben Wahrnehmungs- und Muskelkräfte gebunden“ (F. Perls et al., 1988, S. 222).

Welche Funktion haben in diesem Sinne die „Zwangsgedanken“ von Herrn F.? Meine Idee dazu ist ähnlich wie Deine: Sie bewirken eine Art Balance oder – im Gestaltvokabular – sie tragen zur Homöostase bei. Aber nicht indem sie ein Gleichgewicht „zwischen Hinwendung zur Trauer und Abwendung von zuviel Trübsal“ herstellen, sondern indem sie als eine „Erinnerung“ an die unerwünschten Gefühle fungieren und uns damit einen Hinweis auf einen laufenden Verdrängungsprozeß geben.

C.A.: Die konstruktivistisch-systemische Therapie hat das Konzept der Homöostase deshalb aufgegeben, weil es die intervenierende Beobachtung des Therapeuten außer Acht läßt und dem psychischen System des Klienten ein spezifisches normatives Funktionieren zuschreibt. Welche Unterschiede im therapeutischen Handeln könnte ein solcher Unterschied in der metaphorischen Konstruktion des Klienten durch den Therapeuten nun bewirken? Einer wäre zum Beispiel, daß systemische TherapeutInnen versuchen, ohne pathologisierende Konzepte auszukommen. SystemikerInnen können das Wort „Verdrängungsprozeß“ dann verwenden, wenn es vom Klienten eingebracht wird, und dann wäre dahingehend nachzufragen, welche Bedeutung Verdrängung für diesen Klienten hat. Ob der „Balanceakt zwischen Hinwendung zur Trauer bzw. Abwendung von zuviel Trübsal“ gegenüber der Metapher „die Zwangsgedanken als Erinnerung an unerwünschte Gefühle etablieren, die einen noch aufwendigeren Verdrängungsprozeß verhindern sollen“ jenen „unterscheidenden Unterschied ausmacht“ (Bateson, 1972), obliegt der Entscheidung des Klienten.

D.V.: Aus meiner Sicht handelt es sich um einen wesentlichen Unterschied, denn das Gleichgewicht, das durch die Zwangsgedanken von Herrn F. aufrechterhalten wird, ist vermutlich nur eines von begrenzter Dauer. Wenn ihr Ziel, nämlich die Erinnerung an das Verdrängte und die Bedürftigkeit, nicht mit ihrer Hilfe erreicht werden kann und Herr F. seine Szenarien von unerfüllten Beziehungen und Enttäuschungen fortwährend wiederholt (wie etwa mit seiner jetzigen Freundin), wird ein stärkeres Signal notwendig sein, um seine Aufmerksamkeit zu wecken, das möglicherweise mit mehr Leidensdruck verbunden ist. Sowohl die Theorie der neurotischen Konfliktverarbeitung (siehe u.a. Mentzos, 1994) als auch meine persönliche Erfahrung in der Praxis mit psychosomatischen Patienten weisen darauf hin, daß viele psychosomatische Erscheinungen erst dann auftreten, wenn Zwangsgedanken, Angstzustände u.ä. „erfolgreich“ unterdrückt worden sind. Andererseits frage ich Dich: Wie und zu welchem Preis gelingt es der systemischen Therapie, Prozesse wie Verleugnung oder Verdrängung zu verleugnen?

C.A.: Die gestalttherapeutische Position baut mit solch einer Aussage ein Szenario vom gesunden Menschen, der mit anderen gesunden Menschen gesunde Beziehungen leben kann. Doch welche normative Vorstellung hier auch immer impliziert wird, sollen und dürfen wir uns zu einer normierenden Instanz erheben? Wird hier nicht behauptet, psychosomatische Symptome seien durch psychische Auseinandersetzung präventiv behandelbar, ohne diese psychischen Prozesse in

einen sozialen Zusammenhang zu stellen? Die Herleitung spezifischer Störungen aus bestimmten Beziehungsdynamiken oder emotionalen Verarbeitungsmustern Einzelner wird von Autoren wie Cierpka (1989) in Frage gestellt. Für mich ist in diesem Zusammenhang sehr wichtig, wie ich „Emotionalität“ im Erleben dieses Klienten definiere. Bei diesem Ausmaß an sozialer Ausgrenzung der biologischen Eltern einerseits und der kompetenten Entwicklung von Lebensplänen andererseits birgt die Hinwendung zu emotionalen Mängeln die Gefahr, erworbene Kompetenzen in Frage zu stellen, wie das ja bei diesem Klienten tatsächlich passiert, wenn er plötzlich sein Studium abwertet. Das Gleichgewicht zu finden zwischen der Zuwendung zu nacherfüllbaren Sehnsüchten und der Selbstzuerkennung bisher gezeigter Lebenskompetenzen ist die therapeutische Kunst. Ein Kunstfehler wäre es hingegen, den Klienten in die Welt seiner Sehnsüchte zu führen und ihn dort auf seiner inszenierten Spielweise zu vergessen, ohne den Bezug zum gelebten und lebbareren Alltag herzustellen. Ein systemischer Zugang sollte dafür sorgen, Gefühle und Emotionalität zu verstehen und dann ihre Bedeutung für den individuellen Handlungsspielraum für die Zukunft zu prüfen.

D.V.: Wenn Herr F. die Einladung aufgreift, den geschützten Rahmen der Therapie als Spielweise zu nutzen, wo er sich erlaubt, in der Beziehung zur Therapeutin zu experimentieren, wo er Neues erfahren und Sehnsüchte erspüren kann, wird ein Teil seiner Bedürftigkeit in der Erfahrung, gut aufgehoben zu sein, zunächst dort konzentriert und gestillt. Im Alltag kann er sich dann den Anforderungen der Realität stellen, möglicherweise mit weniger Anstrengung als bisher. Er wird vielleicht allmählich erkennen, daß ein so hohes Ausmaß an Kontrolle, Verzicht und Mißtrauen in seinem Leben und Beziehungen nicht notwendig ist. Es wäre tatsächlich ein gravierender Fehler, ihn auf der Spielweise zu vergessen; aus meinem Verständnis heraus bekommt er allerdings nur dann das Gefühl, vergessen zu werden, wenn die TherapeutIn unverbindlich bleibt (Setting), oder wenn sie nicht achtsam und in jeder Sitzung gleichzeitig darauf bedacht ist, den Bezug zum „Hier und Jetzt“ – auch im Sinne der Realität außerhalb der Therapie – herzustellen. Und außerdem: Herr F. stellt nicht „plötzlich“ sein Studium in Frage, sondern hat es laut seinen Aussagen schon immer getan und ist trotzdem fest entschlossen, es abzuschließen!

Gerade der theoretische Hintergrund der Feldtheorie Kurt Lewins in der Gestalttherapie erlaubt es uns nicht, das „Feld“, also den Zusammenhang (entwicklungsgeschichtlichen, familiären, sozialen, gesellschaftspolitischen ...), in dem das sogenannte „Problem“ auftritt, aus den Augen zu verlieren! Die Analogien zum systemischen Modell sind hier unübersehbar.

Aber wie wird „Gesundheit“ aus gestalttherapeutischer Sicht verstanden? Die Gestalttherapie hat sehr wohl ein konkretes, jedoch nicht normatives Bild vom gesunden Menschen: Er verfügt über genug „support“ (Stütze), um an der Grenze und nicht innerhalb einer fixierten Grenze zu leben, sodaß er seine Kontaktfunktionen unbehindert einsetzt; er ist selbständig und zugleich fähig, für ihn zufriedenstellende Beziehungen

einzugehen. „Das Ziel der Gestalttherapie ist dementsprechend das Kontinuum der Bewußtheit, die sich frei entwickelnde Gestaltbildung, in welcher das, was für den Organismus, die Beziehung, ... am wichtigsten ... ist, ... in den Vordergrund rückt, wo es vollständig erlebt und bewältigt ... werden kann, so daß es dann im Hintergrund verschmilzt ... und den Vordergrund für die nächste, bedeutsame Figur freilegt“ (L. Perls, 1989, S. 98). Normativ ist das Menschenbild der Gestalttherapie deshalb nicht, weil das, was als jeweils wichtig und erstrebenswert gilt, nur vom Individuum im jeweiligen Kontext entschieden werden kann. Ebenfalls beinhaltet der Begriff „support“ für jeden unterschiedliche Qualitäten, da er mit dem der gesamten Person zur Verfügung stehenden Hintergrund gleichzusetzen ist: mit allem, was sie gelernt und erlebt hat und worauf sie sich verlassen kann, inklusive primärer Physiologie und angeborenen bzw. erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

### Diskussion und Schlußbemerkung

Dieser Artikel versucht, den kurztherapeutischen Prozeß zweier systemischer Einzeltherapien dahingehend zu reflektieren, ob sich in den ausgewählten Situationen eine Gestalttherapeutin anders verhalten würde als die systemische Therapeutin. Die Auswertung kann nur intuitiv an Hand der reflektierenden Subjekte erfolgen. Ein wesentlicher Unterschied der Beobachtungsebene folgt aus dem Umstand, daß C.A. als interviewende Therapeutin in den therapeutischen Prozeß involviert war, D.V. dagegen als Beobachterin hinter dem Spiegel saß. Allerdings ist diese systemisch tradierte Form der Co-Therapie hier zu einer Forschungsmethode umfunktioniert worden. Es schien uns außerordentlich wichtig und faszinierend zu sein, die vielen Ideen, die im Anschluß an eine Sitzung in der gemeinsamen Nachbesprechung entstehen – dort wo man dem therapeutischen Erlebnis noch am nächsten ist – gemeinsam zu Papier zu bringen.

Der punktuelle Vergleich der gestalttherapeutischen und der systemischen Methode ist vor allem geprägt durch die unterschiedlichen Zielsetzungen einer „problemfokussierten Kurztherapie“ gegenüber einer „wachstumsorientierten Gestalttherapie“, die in der Regel über eine Problemfokussierung hinausgeht und eine „Persönlichkeitsentfaltung“ anstrebt (F. Perls et al., 1988; Rahm, 1990). Aus diesem Gegensatz ergeben sich auch schon die wesentlichen Unterschiede des Menschenbildes und der damit verbundenen Wertung von Therapie: Während Gestalttherapie ein Bild vom entwicklungsfähigen Menschen zeichnet, der durch die Therapie an Lebensqualität gewinnt, ist diese Vorstellung einer besser gelebten Aktualität und Zukunft des Klienten für die systemische Therapie dann relevant, wenn sich der Klient ausdrücklich für diese Zielvorstellung (Therapie hilft mir, mein Leben besser zu leben) entscheidet. Neben einer Entscheidung zur Reduktion von Leidensdruck oder sogar zur Persönlichkeitsentfaltung gäbe es im systemischen Verständnis von Therapie noch viele andere Möglichkeiten therapeutischer Veränderung, die an dem Auftrag und der daraus folgen-

den Struktur für eine therapeutische Sitzung festgemacht werden können. Es können Musterunterbrechungen bisheriger Sichtweisen stattfinden, die neue Handlungssequenzen initiieren, oder es kann Einsicht in die Unveränderbarkeit mancher Einstellungen erfolgen, die dem Betroffenen Entlastung bietet. Hier werden grundlegende Unterschiede in der therapeutischen Haltung sichtbar. Allerdings meint der Begriff „therapeutische Haltung“ in den zwei Methoden möglicherweise nicht dasselbe. Wir (C.A. und D.V.) hatten Schwierigkeiten, den Aspekt „therapeutische Haltung“ und den Aspekt „Umgang mit Emotionen“ in beiden Methoden zu vergleichen, da die jeweilige Bezeichnung offensichtlich schulenspezifisch auf verschiedenen Beschreibungsebenen ansetzt. Schon die Abstraktion einer sogenannten „Emotion“ oder die Definition von „therapeutischer Haltung“ als „Abstinenz“, als „Mitschwingen“ oder als „partnerschaftlich“ bedingen eine Fülle von Konstruktionen der TherapeutInnen, die unhinterfragt geschehen. Eine vergleichende Beschreibung des allgemeinen therapeutischen Prozesses bleibt somit interpretativ intentional an das vordergründige Verständnis der Schulentradition gebunden.

Einfacher scheint der Vergleich der methodischen Unterschiede und der Kontaktmuster in beiden Schulen, da hier auf einer konkreteren Beobachtungsebene angesetzt wird. Während das Rollenspiel den Zugang zur Emotion im Hier und Jetzt ermöglicht und darin subjektive Realität bewußt macht, ist die Befragung von Beziehungsnetzen oder Teilen in der Person reflexiver und damit auch kognitiver. Der Vorteil der einen gegenüber der anderen Methode ist situativ zu entscheiden. Denn das Rollenspiel ist stärker erlebnisorientiert und fördert einen direkten Kontakt der Beteiligten, verzichtet jedoch auf eine Metaposition (Außenperspektive), die für den systemischen Zugang grundlegend ist. Allerdings wird manchmal auch in der Gestalttherapie die Außenperspektive in der gemeinsamen Reflexion über das Rollenspiel (also danach) eingeführt, wenn eine Integration der beiden Teile (bzw. Personen) nicht möglich war.

In der Beachtung präverbaler Muster oder Kontaktmuster in der aktuellen Beziehung zwischen KlientInnen und TherapeutInnen scheint die Gestalttherapie geübter. Systemische Therapie hat hier noch Definitionsarbeit vor sich, indem sie beschreiben muß, wie sie nicht-sprachliche Interaktion erfaßt, ohne in einen traditionell psychoanalytischen Jargon zu fallen.

Um mit Rorty (1989) zu sprechen, kommt gerade in der Versprachlichung des therapeutischen Prozesses die schulenspezifische Intentionalität zum Tragen als Möglichkeit, mit einem „abschließenden Vokabular“ (Rorty, 1989) methodische Wirksamkeit der eigenen Theorie zu legitimieren. In der Gestaltung des Diskurses über therapeutische Wirksamkeit spielen Menschenbild, Definition von Beziehungsformen und zur Schau getragene therapeutische Expertise eine Rolle, und diese interaktiven Wirklichkeiten konstruieren die KlientInnen mit. Die Akteure der Therapie, KlientIn und TherapeutIn, können sich in ihrem Erleben und Verhalten in der Therapie nicht außerhalb der geltenden Konstruktionen der von der Therapeutin

vertretenen Schule bewegen. Diese Konstruktionen bestimmen therapeutische Identität – man könnte sogar von Bekenntnis reden – und sie ermöglichen die Institutionalisierung von Psychotherapie und ihre Finanzierung durch die Krankenkasse oder die Überprüfung ihrer Qualität an Hand von empirischen Studien.

Es bleibt die Frage offen, sie könnte Thema künftiger Diskussionen sein, ob die hier konstruierten Unterschiede für KlientInnen und deren gelebte Veränderung im Alltag so relevant sind wie wir glauben, wenn wir schulenspezifisch argumentieren. Ist die von uns TherapeutInnen erkannte Verschiedenheit in unserer Interaktion eine, die im Erleben der KlientInnen nachvollzogen wird und für sie relevant ist? An dieser Stelle können wir nur bemerken, daß die dazu notwendigen Untersuchungen fehlen. Es gibt wahrscheinlich auch wenig Möglichkeiten, unterschiedliche Methoden an denselben KlientInnen zu vergleichen. Deshalb sind wir auf die Reflexionen und Diskussionen zwischen TherapeutInnen angewiesen.

Hiermit sind wir bei der Diskussion um das Postulat einer „Allgemeinen Psychotherapie“ (als Essenz aller psychotherapeutischen Schulen) angelangt, ein Postulat, das seit Grawes Buch (1995) auch in Österreich heiß diskutiert wird. Ob wir uns für einen solchen Weg entscheiden können, ist neben berufspolitischen Entscheidungen letzten Endes eine Frage unserer Kompromißbereitschaft zur Zusammenarbeit und der Konsensualität, die über Worte, Begriffe, Handlungen und deren Bewertung untereinander hergestellt werden kann. Unserer Meinung nach ist der Austausch zwischen Anhängern der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, in dem Ähnlichkeiten und Unterschiede diskutiert werden, deshalb mindestens ebenso wichtig wie jene Evaluationsstudien, die vorgeben, fernab von vorweg geformten Hypothesen die Wirksamkeit spezifischer Interventionsmethoden erforschen zu können.<sup>9</sup>

## Literatur

- Ahlers C (1994a) Das Selbst und die systemischen Therapie. Systeme 8: 19–36
- Ahlers C (1994b) Möglichkeiten und Grenzen narrativer Hermeneutik: Darstellung einer Kontroverse. Z System Ther 12: 97–105
- Ahlers C (1996) Interventionstechniken zur Systemischen Einzeltherapie. Vortrag im Rahmen des Kongresses „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Berlin, 25. 2. bis 1. 3. 96
- Anderson H, Goolishian H (1992a) Therapie als ein System in Sprache: Geschichten erzählen und Nicht-Wissen in Therapien. Systeme 6: 15–21
- Anderson H, Goolishian H (1992b) Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. Z System Ther 10: 176–189

<sup>9</sup> Wir danken allen KollegInnen, die sich an der Diskussion und der Durchsicht dieses Artikels beteiligt haben, insbesondere Alex Wengraf aus der gestalttherapeutischen Schule und den KollegInnen des Instituts für Ehe- und Familientherapie Andrea Brandl-Nebehay, Joachim Hinsch und Hedi Wagner.

- Andersen T (1990) Das Reflektierende Team. Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Bateson G (1972) Steps to an ecology of mind. Ballantine, New York
- Bateson G, Bateson MC (1988) Angels fear: an investigation into the nature and the meaning of the sacred. Rider, London Melbourne
- Brandl-Nebahay A (1995) Die therapeutische Beziehung in der Systemischen Therapie. Psychother Forum 3: 147–158
- Buber M (1973) Das dialogische Prinzip. Lambert Schneider, Heidelberg
- De Shazer S (1988) Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl Auer, Heidelberg
- Cierpka M (1989) Das Problem der Spezifität in der Familientherapie. System Familie 2: 197–216
- Dornes M (1995) Der kompetente Säugling. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt/Main
- Fivaz-Depeursinge E, de Roten Y, Corboz-Warnery A, Metraux JC, Ciola A (1994) Die non-verbale Kommunikation zwischen Therapeut und Paar. System Familie 7: 66–82
- Fuhr R, Gremmler-Fuhr M (1995) Gestalt-Ansatz. Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. EHP, Köln
- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 129–145
- Ginger S, Ginger A (1994) Gestalttherapie. Beltz, Psychologie Verlags-Union, Weinheim
- Goolishian H, Anderson H (1992) Narrative and self: some postmodern dilemmas of psychotherapy. Paper presented in Buenos Aires, October 1992
- Hinsch J (1995) Das internalisierte System in Einzel-, Paar- und Familientherapie. Unveröff. Manuskript für Seminar, DAF-Kongreß Hamburg
- Hinsch J, Steiner E (1993) Vom Paar zum Subjekt. Ein Beitrag zur Paartherapie. Systeme 7: 34–45
- Levold T (1995) Hilfe! – ein System. Was es bedeutet, Klienten bzw. Klientinnen und Helfer bzw. Helferinnen als ein gemeinsames System zu betrachten. Systeme 9: 62–79
- Ludewig K (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. KlettCotta, Stuttgart
- Mentzos S (1994) Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt/M
- Miller G, de Shazer S (1988) Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-  
Theil S (Hrsg) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 117–135
- Perls F (1989) Das Ich, der Hunger und die Aggression. Klett-Cotta/dtv, Stuttgart
- Perls F, Hefferline R, Goodman P (1988) Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. dtv/Klett-Cotta, Stuttgart
- Perls L (1989) Leben an der Grenze. In: Sreckovic M (Hrsg) EHP, Köln
- Polster E, Polster M (1993) Gestalttherapie. Fischer, Frankfurt/M
- Rahm D (1990) Gestalttherapie. Junfermann, Paderborn
- Rahm D, Otte H et al (1993) Einführung in die Integrative Therapie. Junfermann, Paderborn
- Reiter L, Ahlers C, Hinsch J (1992) Der Krankheitsbegriff in der systemischen Therapie. In: Pritz A, Petzold H (Hrsg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Junfermann, Paderborn, S 339–354
- Rorty (1989) Kontingenz, Ironie und Solidarität. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. Familiendynamik 6: 123–128
- Schmidt G (1996) Partnerschaftliche und selbthypnotische Kommunikation mit der inneren Familie. Cassette im Carl Auer Verlag, ISBN 3 – 931574-60-1
- Stevens O J (1975) Die Kunst der Wahrnehmung. Kaiser, München
- van Trommel M (1991) Das Selbst in der Systemtherapie. Z System Ther 9: 43–52
- Tomm K (1989) Das systemische Interview als Intervention. Teil III: Lineale, zirkuläre, strategische oder reflexive Fragen? System Familie 2: 2140
- Welter-Enderlin R (1995) Systemische Paartherapie: Verstehen und Handeln in Begegnung. System Familie 8: 16–30
- Zinker J (1993) Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Junfermann, Paderborn

**Korrespondenz:** Dr. Corina Ahlers, Liniengasse 25/2b, A-1060 Wien, Österreich; Mag. Domna Ventouratou-Schmetterer, Währinger Straße 22/37a, A-1090 Wien, Österreich.

*Dr. Corina Ahlers, geb. 1958. Studium der Psychologie in Wien. Mehrjährige Tätigkeit an psychiatrischen Krankenhäusern, seit 1986 Mitarbeiterin am Institut für Ehe- und Familientherapie der Stadt Wien. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Lehrtätigkeit in der Ausbildung zur systemischen TherapeutIn, systemische Konzepte in der Einzeltherapie, narrative Konzepte der „Person“, Konstruktivismus und deren Anwendung in der Therapie und in der Ausbildung.*

*Mag. Domna Ventouratou-Schmetterer, geb. 1965 in Athen, ist klin. Psychologin, Psychotherapeutin (Ausbildung in Integrativer Gestalttherapie und Weiterbildung in systemischer Familientherapie im ÖAGG) und Supervisorin (ÖAGG und ÖBVP) und arbeitet in einer psychosomatischen Station und in der freien Praxis.*