

Story Dealer - ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en

Peter Kaimer, 2001

*In dem Verhältnis, wie jemand durch das Erleben
einer Geschichte in sie "eintritt", d.h. sich in sie
verstrickt, verändert sich auch seine Sichtweise
des Realen.*

*Die Konstituierung einer Geschichtenwirklichkeit
vollzieht sich nicht auf einer Tabula rasa, sondern
auf der Folie einer immer schon vor dem Beginn
einer Geschichte vorhandenen sozialen Realität.*

Geißlinger, 1992, S. 89

Ich habe mich beim Titel für diesen Aufsatz von Hans Geißlingers 'Story Dealer AG' (Geißlinger, 1992) anregen lassen. Diese Gruppe konnte im Rahmen ihrer Kinder- und Jugendlichenfreizeiten aber auch im Rahmen von Aktionen mit Erwachsenen anschaulich zeigen, dass Wirklichkeit in hohem Maße ein sozial erzeugtes - oder erfundenes - Produkt ist, an dem wir alle schöpfend oder erzählend - und damit auch wieder individuell konstruierend - teilhaben. Bei einer organisierten Freizeit sind wir üblicherweise gewohnt, diese als eine Veranstaltung zu sehen, welche von Leuten geplant und Schritt für Schritt "durchgeführt" wird. Aktive Planer auf der einen Seite - mehr oder minder passive Konsumenten auf der anderen. Die Beschreibungen der 'Story Dealer' verhindern schon durch die Art der Darstellung eine solche Perspektive. Nicht nur stellen sie den Charakter der sich entfaltenden Wirklichkeit des Abenteuerurlaubs als einen kooperativen (wenngleich oft recht unbewussten) Prozess zwischen Anbietern und Konsumenten heraus. Sie arbeiten zusätzlich typische Muster dieser Entfaltung sorgfältig heraus und lassen so ein griffiges Bild davon entstehen, was planbar und was nicht planbar ist: Dieser Prozess wird von ihnen als Wechselspiel zwischen Deutungsangeboten und gezielten Irritationen einerseits, Reaktionen auf Zufälligkeiten und Verstärkung einmal eingetretener Eigendynamiken andererseits gesehen und beschrieben (siehe weiter unten Punkt 5.).

Ich sehe Therapie als einen ähnlichen Prozess: als eine Entwicklung des gemeinsamen Findens, Erfindens, Irritierens und Bedeutung-Zuweisens; als ein Phänomen, für welches eine Beschreibung, die das Moment der Kontrolle der Therapeut/inn/en betont, eher unangemessen ist¹, sondern welches in hohem Maße als kollaborativ anzusehen ist, auch wenn die Lesegeohnheiten vermittelt über unsere Lehrbücher ein anderes Bild suggerieren. Welche Faktoren und Wendepunkte dabei bedeutsam sind, will ich im Folgenden darstellen. Allerdings erhebe ich nicht den Anspruch einer hinreichenden Systematik. Mein Anspruch geht eher - wie übrigens u.a. auch in meinen Therapien - in Richtung einer in sich stimmigen, im besten Falle gut erzählten Geschichte. Mit all den Folgen, welche solche Geschichten wiederum haben können

Im folgenden Aufsatz will ich Therapie vorwiegend von der sprachlichen Seite betrachten, wohl wissend, dass dies nur eine Facette des Kristalls ist. Ich will sie als einen Prozess be-

¹ Im Sinne einer zielsicheren Steuerung der Klienten durch die Therapeut/inn/en

schreiben, in dem Geschichten präsentiert, teilweise aufgegriffen, modifiziert, verfremdet, bestätigt u.s.w. werde, Ich werde dazu erst einmal auf einige Traditionen zu dieser Perspektive verweisen (Punkt 2). In einem nächsten Punkt will ich mich mit der Frage beschäftigen, was denn eine für Klient/inn/en nützliche Geschichte sei und welche Konzepte dazu bereits existieren, die man unter dieser Perspektive nutzen könnte. Ein weiterer Punkt (4.) wird sich dann damit beschäftigen, unter welchen Bedingungen nützliche Geschichten gemeinsam von Klient/in und Therapeut/in entwickelt werden können und dies an einem konkreten Beispiel illustrieren. Den Abschluss will ich mit verschiedenen Ideen finden, welche Kontexte für Ausbildung förderlich sind - so dass Menschen lernen können, u.a. gute Geschichtenhändler zu werden.

1 Ich beginne ...

Je länger ich selbst Therapien gemacht und natürlich immer wieder das eine oder andere Lehrbuch zu Rate gezogen habe, desto klarer wurde mir, was in diesen Büchern steht bzw. nicht steht. Meist kann man eine Menge an Ideen über Techniken, Konzepte, Theorien zum Verständnis, der Modellbildung und auch des Angebots an Klient/inn/en erfahren oder besser verstehend lesen. Andererseits sucht man aber meist vergeblich nach dem, was ich die Basis der Therapie nennen möchte: das Entwickeln einer günstigen Haltung, das Aufbauen von Motivation, das Aushandeln eines Auftrags, die strikte Orientierung an der Motivation - und damit auch an den konkreten Zielen - der Klient/inn/en, das Ausloten von Aufnahmebereitschaft und die Überprüfung der Viabilität erarbeiteter oder angebotener gangbarer Lösungsschritte im Alltagsleben der Klient/inn/en. Nicht dass diese Begriffe in den besseren Lehrbüchern oder Artikeln nicht auftauchen würden, die Ausführungen bleiben blass, es fehlt ihnen an Leben und erfahrbarer Unmittelbarkeit.

Wahrscheinlich ist es so, dass vieles von dem gerade Aufgeführten in Lehrbüchern auch gar nicht vermittelbar ist. Am ehesten gewinnt man noch in Fallberichten oder fast romanhaft geschriebenen Fallgeschichten, die nicht nach der Sherlock Holmes Methode geschrieben wurden (siehe de Shazer, 1996)², eine Idee, worum es gehen könnte/sollte/müsste (für das Romanhafte siehe z.B. Yalom, 1998, 1999 oder Bugenthal, 1992).

Unglücklicherweise fällt dieser Umstand Therapieanfängern, die sich in ihrer Praxisnot ohne ausreichende Super- oder Intervision Rat in der Flut der einschlägigen Veröffentlichungen holen, meist gar nicht auf³. Dies könnte auch mit ein Grund dafür sein, wieso es zu einer solch überzogenen Fixierung auf Techniken und therapieschulenspezifische Modelle gekommen ist (siehe auch Hubble et al., 1999).

Am überzeugendsten erfährt man etwas über diese Themen wohl, wenn man jemandem bei der Arbeit über die Schulter schauen, fragen, reflektieren, sich selbst ausprobieren kann und

² d.h. solchen, in denen die Genialität des oder der Therapeuten/in zugunsten der Bemühungen und Stärken der Klient/inn/en in den Hintergrund tritt

³ Man erlaube mir den Vergleich mit einer/m angehenden Koch/in, die/der ohne ausreichende Basiserfahrung lediglich mit Hilfe eines Kochbuchs ihre/seine Gerichte zuzubereiten trachtet. Manche Naturbegabungen - genau wie im Bereich des psychosozialen Helfens - kriegen das ja tatsächlich hin. Die Mehrheit produziert wenig Erquickliches und gibt dem Rezept die Schuld. Leider erfahren wir im Rahmen psychosozialen Helfens oft nicht in derselben Deutlichkeit, dass etwas "ungenießbar" ist.

differenziert Feedback kriegt (am Besten anhand der sorgfältigen gemeinsamen Analyse eines Ton- oder Videobandes).

Da ich nun aber hier sitze und schreibe und in offensichtlichem Widerspruch zu dem eben Argumentierten über diese Basis von Therapie etwas zu Papier bringen will, knüpfe ich an dem an, was all den aufgezählten Themen - neben anderen wie z.B. symbolischer Interaktion - zugrunde liegt: der sprachliche Austausch. Ja - und akzeptiere widerwillig die zu erwartende Blässe.

2 Therapie als das Konstruieren von Geschichten

Man kann Therapie ganz konsequent als das Konstruieren von Geschichten konzipieren. Und speziell die so genannten Narrativen bzw. die Konstruktivistischen Therapieansätze, zu denen sich ein Teil der auch Systemisch genannten zählen, haben dies in vielen Publikationen getan (für Lösungsfokussierte Therapie z.B. de Shazer, 1999, Miller & de Shazer, 1999, für Narrative Therapie z. B. White & Epston 1990, für Konstruktivistische Therapie z.B. McNamee, 1992 u.v.a.m.). Diese Sichtweise - in einigen therapeutischen Kreisen stürmisch und enthusiastisch als "die" Entdeckung gefeiert⁴ - wurde schon seit längerer Zeit im Rahmen der Gemeinpsychologie diskutiert und auch praktisch genutzt (z.B. im Rahmen der Erzählwerkstätten, siehe Stark, 1992). Und sie hat auch Vorläufer (und manchmal nicht genannte Wurzeln) in soziologischen und philosophischen Traditionen, wie z.B. dem Symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie eines Berger & Luckmann, eines Garfinkel, eines Goffman, eines Cicourel (siehe z.B. Steinert, 1973, Weingarten, 1976), sowie den sprachphilosophischen Ansätzen und konstruktivistischen Denktraditionen eines Mauthner, Wittgenstein, Vygotsky, Bahktin (um relativ willkürlich nur ein paar zu nennen; Mauthner-Gesellschaft, 2000⁵). Man kann dies als rein sprachliche Aktivität betrachten und nur den verbalen Aspekt in den Fokus der Aufmerksamkeit stellen (meist aus denk- und forschungswirtschaftlichen Gründen). Angemessener ist es natürlich den Kontext mimischer, gestischer aber auch kultureller und politischer Phänomene z.B. in Rechnung zu stellen. Speziell die aus der Soziologie stammenden Ansätze des Symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie gehen den Weg, soziales Geschehen als "Theater" aufzufassen und damit all die über rein gesprochene Sprache hinausgehenden Aspekte (Gestik, Mimik, Tonfall, Dramaturgie, Choreografie) miteinzubeziehen.

Im Rahmen der oben genannten stürmisch gefeierten Strömungen kam es oft zu einer Überbetonung des Verbalen in der Therapie und einer manchmal vorschnellen Analogiebildung zu sprachwissenschaftlichen Problemstellungen (Wie versteht ein Leser einen Text?). In Kombination mit einer geradezu leidenschaftlichen Proklamation eines (wie wir nun wissen unnötig) radikalen Konstruktivismus schimmerte dann durch so manche Publikationen - ob gewollt oder ungewollt - ein Idealismus und manchmal Solipsismus eines Bischof Berkeley. Therapie wurde zu einem Geschäft (inneren) verbalen Verhaltens mit einem ungeklärten / vagen Bezug

⁴ de Shazer präsentierte diese Sicht im Rahmen eines Seminars einmal etwas simpler: "Wir schauten in den Therapieraum und merkten erstaunt, dass dort nur gesprochen wurde."

⁵ Die Internetseiten der Mauthner-Gesellschaft (siehe Literaturverzeichnis) sind eine reich sprudelnde Quelle an Informationen für Sprachinteressierte, das gleiche gilt für die Seiten der Virtual Faculty, die allerdings gute Englischkenntnisse voraussetzen:

<http://www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/welcome.htm>

zum umgebenden Milieu und die Verhältnisse (ob ökonomisch, politisch oder sozial) gerieten gänzlich aus dem Blick. Damit landete man dann bei einer Sichtweise von Therapie, die wieder einmal Veränderung allein dem Individuum aufbürdete und kaum eine kritische Position gegenüber den Verhältnissen einzunehmen imstande war⁶. Aber auch eine angemessen kritische Position gegenüber dem *Machbarkeitskitsch* moderner Therapie- und Technologieansätze, wie es Irmtraud Beerlage vor einigen Jahren treffend nannte (Beerlage, 1988), geriet aus dem Blick, so dass die Vergeblichkeit mancher psychotherapeutischer Bemühungen geradezu falsch attribuiert werden musste. Nämlich als technisches Versagen unter Ausblendung gesellschaftlicher Bedingungen oder als individuelle Widerständigkeit statt schlichter Folge gegebener Fakten.

Philosophisch belehrte uns Putnam (1995), dass es durchaus legitim sein konnte mal erkenntnistheoretischer Konstruktivist und Relativist, mal erkenntnistheoretisch kritischer Realist zu sein. Therapeutisch lehrten uns O'Hanlon und Wilk (1987) Fakten von Bedeutungen zu trennen und letztere zu verhandeln. Und die sozialen Konstruktionisten/Konstruktivisten eröffneten uns eine Perspektive, wie individuelle und soziale 'Sprache' aufeinander bezogen werden könnte und wie ein solches Modell therapeutisch eventuell nutzbringend wäre (Baecker et al., 1992, Lannamann & Shotter, 2000).

3 Was ist eine nützliche Geschichte?

Abgeleitet von von Försters ethischem Imperativ "Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst" (von Förster, 1993) könnte man eine nützliche Geschichte ganz allgemein als solch eine festschreiben, welche die Möglichkeiten der erzählenden Person und der daran Beteiligten erweitert. Gemeint ist damit, die Vielfältigkeit an Möglichkeiten sein Leben zu gestalten, Beziehungen einzugehen, sich abzugrenzen, mit sich selbst umzugehen, zu planen und diese Pläne zu verfolgen. Möglichkeiten betreffen so materielle Phänomene genauso wie soziale, psychische und somatische. Letztlich ist damit der Zugang oder die Entwicklung von Ressourcen (Kraftquellen) gemeint, aus denen man schöpfen kann, was man zur Gestaltung eines zufriedenstellenden guten Lebens braucht, um Probleme zu lösen oder mit Schwierigkeiten zurecht zu kommen.

Dies macht es leicht, eine Verbindung zu diversen Konzepten herzustellen, die traditionell genau dies im Sinn haben.

Da wäre zum einen das Konzept des *Empowerment* aus gemeindepsychologischer Tradition, welches die Selbstbemächtigung der jeweiligen Lebenswelt des oder der Betroffenen zu fördern trachtet. In kritischer Differenz zu den wohlmeinenden expertenbasierten Präventionsprojekten versucht dieser Ansatz dies jedoch über eine sorgfältige Balance zwischen Anerkennung und Wertschätzung vorhandener - wenn auch vielleicht ungewöhnlicher - Ressourcen und der kundenorientierten Bereitstellung von Unterstützung (siehe Stark, 1996, Rappaport, 1985).

Da wäre aber auch Albert Banduras Konzept der *Self Efficacy* (Bandura, 1995), welche die wahrgenommene und sich selbst erzählte Selbstwirksamkeit in den Vordergrund der Einschätzung legt. Dieses Konzept passt wiederum recht gut zu Richard Lazarus Coping-Konzept (Filipp, 1990) oder Martin Seligmans Optimismuskonzept (Seligman, 1990), welche die situationsspezifische Ausblendung von Fakten als Bestandteil nützlicher Geschichten sugge-

⁶ Dies gilt in besonderem Maße für Therapieansätze, die sich auf den Radikalen Konstruktivismus als zu Grunde legender Erkenntnistheorie berufen.

rieren.

Und man wird natürlich auch an Antonovskys *Salutogenese-Konzept* denken (Bengel et al., 1999), an Sarasons "*Sense of Community*" (Sarason, 1974) oder an Heiner Keupps Bedingungen für das Gelingen "*Riskanter Chancen*" (Keupp, 1988).

Schwierig bei einer solchen Wertung und dementsprechend unterschiedlich argumentativ vertreten bleibt die Frage: Wer entscheidet eigentlich, was eine nützliche Geschichte ist? Was muss der Fall sein, dass ich mir einer solchen nützlichen Geschichte gewiss sein kann?

Zwei radikal entgegengesetzte Positionen, die allerdings *in Reinform* sicher selten tatsächlich vertreten werden, sind auszumachen. Die Vertreter/innen der einen Position können als expertenorientiert beschrieben werden und nehmen aus einem wissenschaftlich begründeten Wissensvorsprung und wohl auch aus der postulierten unvoreingenommenen Distanz des Beobachters die Bewertung der Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit von Geschichten via Expert/inn/enurteil für sich in Anspruch⁷. Hier einzelne Namen nennen zu wollen entbehrt der Notwendigkeit, da es sich um die Position der großen Majorität handelt.

Die Vertreter/innen der entgegengesetzten Position sehen sich selbst als radikal kundenorientiert und möchten die Entscheidung über die Nützlichkeit, Zweckmäßigkeit einer Geschichte und logischerweise auch den Fortschritt einer Therapie im Akt des gemeinsamen Konstruierens völlig dem Kunden, der Kundin überlassen. Diese Position ist im Gefolge der Umsetzung von Forschungsergebnissen zu den "Common Factors" im psychotherapeutischen Alltag wohl am überzeugendsten und konsequentesten von Duncan & Miller (2000; siehe auch Hubble et al., 1999, Miller et al., 1997) in ihrer Konzeption einer Client-directed and Outcome-informed Therapy umgesetzt und dargestellt worden.

Ähnlich wie bereits im Empowerment-Konzept formuliert wird seit einigen Jahren von einigen Vertretern der narrativ-konstruktivistischen Position ein "kollaboratives" Modell (z.B. Andersen, 1996) vorgeschlagen, bei dem die Sichtweisen, Stärken und Fähigkeiten aller am Gespräch Beteiligten kooperativ zum Zuge kommen sollen - ein Vorschlag zur Güte gewissermaßen. Die Expertenschaft oder Kundigkeit der Klienten wird ebenso wert geschätzt wie die Expertenschaft und Kundigkeit der Professionellen. Allerdings bleibt in den Texten Andersens kein Zweifel daran, dass im Zweifelsfall der/die Klient/in das letzte Wort hat.

Klar ist, dass genau dieser Punkt - wie übrigens auch die Diskussion um die Bewertung von Zielen in der Therapie - notwendigerweise mit erheblichen Unschärfen und Unsicherheiten verknüpft bleibt. Wie sehr anschaulich im Rahmen der Problemlöseforschung (Handeln in komplexen Problemfeldern z.B. von der Arbeitsgruppe um Dörner, 1983, 1989) gezeigt, konkurrieren mehrere gleichberechtigte Ziele oft miteinander, bringen im Laufe ihrer Verfolgung oft unbeabsichtigte und unvorhersehbare Nebenwirkungen mit sich und erweisen sich so als ungemein dynamische Phänomene, die keine starre Steuerung sondern ein flexibles, anpassungsfähiges "Navigieren beim Driften" (Simon & Weber, 1990) erfordern. Das gleiche gilt m.E. für Geschichten. So stehen mehre mögliche Entwürfe - oft unerkannt - nebeneinander, erzeugen bestimmten Geschichten, die man beginnt sich selbst über sich selbst und seine Welt zu erzählen, produzieren unerwartete und unvorhersehbare Effekte, die wiederum

⁷ Diese Haltung entspringt einem medizinischen Modell, welches oft sicher wohlmeinend die Befindlichkeiten des jeweiligen Gegenübers zu objektivieren trachtet und dabei durchaus selbstkritisch Urteilsfehler einräumt, diese aber meist ausschließlich mittels technischer Verfahren (noch ausgefeiltere Diagnoseschemata, Fragebögen und Tests) auszuräumen versucht.

als Input in die Geschichten eingehen, diese verändern, neue Möglichkeiten eröffnen, alternative Optionen schließen, die Vergangenheit in neuem Licht erstehen lassen und auf unterschiedlichste und verschiedenste Zukunftswege verweisen (siehe z.B. Kotre, 1996).

Ich persönlich hege größte Sympathien für eine kundenorientierte Position sensu Tom Andersen solange ich mein Gegenüber als selbstverantwortlich ansehen kann. Im Falle von Fremd- oder Selbstgefährdung wird in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext diese Position selbstverständlich sorgfältig auszuloten sein.

4 Bedingungen des Entwickelns von nützlichen Geschichten

Ich möchte gerne anhand des Verlaufs einer von mir durchgeführten Therapie erzählen, was meiner rückblickenden Rekonstruktion zufolge entscheidend dafür war, dass sie sich und die darin entstehenden Geschichten genau so entwickelten. Und ich will auch zu argumentieren suchen, was daran für den Klienten nützlich war, wo aber auch Fragezeichen zu setzen sind hinsichtlich der wechselseitigen Expertenschaft⁸.

Es handelte sich dabei um eine Therapie im Rahmen eines Forschungsprojekts zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen. Den Therapeut/inn/en war dabei ein Manual vorgegeben, welches die Art der Therapie und die Vorgehensweise strukturierte. Ich habe ganz bewusst diese Therapie und nicht irgendeine andere, wo ich in meiner Vorgehensweise ohne irgendwelche Vorgaben arbeiten konnte, zur Darstellung ausgewählt. Damit möchte ich gerne einerseits mit dem Vorurteil aufräumen, manualisierte Therapien seien eine absolute Zwangsjacke für Therapeut/inn/en und Klient/inn/en und ließen keinerlei Spielraum im therapeutischen Arbeiten. In den meisten mir bekannten Manualen ist das so nicht der Fall. Ich möchte andererseits gerne den Blick darauf lenken, dass meiner Einschätzung nach basale Punkte in der Therapie durch therapieschulspezifische Vorgaben in geringerer Weise berührt sind, als allgemein angenommen und propagiert wird. Und ich möchte drittens kritische Punkte meiner Sichtweise dieser Therapie, wie sie mir erst ein Jahr nach Beendigung derselben und während des Schreibens dieses Aufsatzes bekannt wurden, nicht unter den Tisch fallen lassen. Ich möchte sie zumindest ansatzweise benennen und damit die Leserin, den Leser ermutigen, Positionen und Haltungen gegeneinander abzuwägen.

Fallgeschichten in Lehrbüchern beginnen meist mit der Schilderung der ersten Stunde und wir alle wissen, dass dies zu kurz greift. Sie beginnen - und Gemeindepsychologen haben das sehr schön beschrieben (z.B. von Kardorff, 1986) - mit einem sukzessiven Herausfallen aus der (sozialen) Normalität, mit so genannten primären Abweichungen, welche Fremd- und Selbstetikettierungsprozesse, Selbst- und Fremderklärungs- oder deutungsbemühungen und Anstrengungen zur Bewältigung auf verschiedensten Ebenen zur Folge haben. Erst wenn diese alltagsweltlichen Bemühungen scheitern, werden Professionelle aufgesucht, kommt es eventuell zu sekundären Abweichungen, offiziellen Etikettierungen und Behandlungsroutinen.

Die Geschichte meines Klienten beginnt also bereits vor vielen Jahren, als dieser seine Schwierigkeiten als immer belastender empfunden hatte. Als er versuchte, eine Erklärung, einen Namen, eine Ursache und natürlich Hilfestellung zu finden. Er begann, sich Informationen zu beschaffen, das Vokabular und die unterschiedlichen Diskurse zur Selbst- be- und zuschreibung zu benutzen, sich als Mensch mit einer Zwangsstörung zu definieren. Und er

⁸ Der Klient präsentiert seine Version der Therapie in vorhergehenden Kapitel 1.2. Binokulares Sehen bringt den Bonus der Tiefenschärfe - sagt Bateson. Und hier?

ließ sich auf unterschiedliche Behandlungsangebote - von Medikamenten bis zu verbalen Therapien - ein. Alles mit mäßigem Erfolg, so dass er weiter suchte, sich informierte und auf Berichte über das beginnende Forschungsprojekt am Lehrstuhl Klinische Psychologie / Psychotherapie stieß, welche wohl anschlussfähig an seine aktuellen (Be-)Deutungen waren. Nach der Anmeldung und obligatorischen Eingangsdiagnostik wurde er einem Projekttherapeuten zugewiesen. Die Therapie konnte beginnen.

Unter einer narrativen Perspektive hat Carlos Sluzki (1996) die einzelnen Stufen der "Herausbildung von Erzählungen als Fokus therapeutischer Gespräche" beschrieben. Er benennt fünf aufeinander folgende Phasen an denen ich mich für die Schilderung meiner Fallgeschichte orientieren will:

- 4.1 einen Rahmen für die Begegnung herstellen
- 4.2 die Geschichte ans Licht bringen und in Szene setzen
- 4.3 alternative Geschichten fördern
- 4.4 die neue Geschichte einbringen und ausbauen
- 4.5 die neue Geschichte verankern

4.1 einen Rahmen für die Begegnung herstellen

Im vorliegenden Fall muss zumindest die Veränderungstheorie des Klienten zum Zeitpunkt seiner Entscheidung am Forschungsprojekt teilzunehmen bedacht werden. Er hatte ja bereits Erfahrungen mit medikamentöser Therapie, die im Großen und Ganzen nur wenig gebracht hatte, und er hatte eine Therapie auf Gesprächsbasis hinter sich, die ihm ohne konkretes Ziel, ohne nachvollziehbare Struktur und aufeinander folgende Stufen schien. Er suchte ein konkretes Programm mit viel Orientierung und Angebot, aber auch - wie in den ersten Stunden im Rahmen des expliziten (und viel mehr noch des impliziten) Entwickelns der Beziehung und der Allianz klar wurde - mit ausreichend Platz für Eigeninitiative, eigenen Ideen und Vorschlägen, die wert geschätzt werden sollten. Diese offenkundigen und wichtigen Bedürfnisse mussten in Einklang mit meinen eigenen Vorstellungen therapeutischer Manövrierfähigkeit gebracht werden. Im Laufe der ersten Begegnung(en) wurde jedoch recht schnell klar, dass ein wechselseitig kooperierendes Arbeit gut möglich sein würde, da wir unsere jeweilige Expertenschaft (die des Klienten für sein (Er-)Leben, meine für das Begleiten und Anregen) kontinuierlich anerkannten. Allerdings signalisierte mir der Klient immer wieder einmal, dass er sich von mir klare Vorgaben hinsichtlich der einzelnen notwendigen "Behandlungsschritte" erwarte (der Therapeut als Behandlungsexperte), während ich die Notwendigkeit der Plausibilität der sich entwickelnden Problem- und Zielsicht und Evaluation der einzelnen anzugehenden Schritte durch den Klienten betonte.

Dies war also der Rahmen für die Begegnung. Dazu gehörte aber sicher auch die Besonderheit der Durchführung der Therapie an einer universitären Einrichtung, der besondere Aufwand an Fragebögen bzw. anderen Messmitteln und die Videoaufzeichnungen.

4.2 die Geschichte ans Licht bringen und in Szene setzen

Mein Ausgangspunkt war also die Geschichte des Klienten. Sluzki beschreibt diesen Punkt folgendermaßen: "Der Interviewer bringt Informationen über Wesen und Kontext des Problems oder Konflikts ans Licht, über die wichtigsten mit ihm verbundenen Themen, seine Charakteristika, seine Logik, seine Moral und seine Auswirkungen im Verhalten aus der Sicht der Beteiligten; dabei beobachtet der Therapeut genau die Organisation und Entwicklung der Geschichte auf der Suche nach Möglichkeiten ihrer Destabilisierung." (Sluzki, 1996, 87). Im

Prinzip tat ich genau dies. Allerdings möchte ich es ein wenig anders in Worte fassen und denke, dass dadurch ein Unterschied sichtbar wird. Ich fokussierte sehr auf die Änderungstheorie des Klienten, die Abfolge geschilderter Erlebnisse, die daraus resultierenden Erfahrungen und Einsichten sowie die Besonderheiten des an der Geschichte beteiligten sozialen Netzes (Unterstützung, Bestätigung ...). Und ich suchte bereits hier nach Möglichkeiten, wie diese Geschichte anders zu erzählen wäre, damit sie eine Erfolgsgeschichte wäre statt eine solche des Scheiterns. Dabei orientierte sich diese Suche nach Möglichkeiten auch wiederum sehr stark an der Art und Weise, wie der Klient welche Elemente seiner Geschichte präsentierte, wie er sie verknüpfte, wo er Anregungen von mir erwartete oder auch solche wahrnahm, obwohl ich bewusst gar keine vermittelte. Er hatte sich ja ganz gezielt auf einen Vortrag und Veröffentlichungen zu einer bestimmten störungsspezifischen Behandlung von Zwängen gemeldet und schilderte genau, was er aufgrund der Vorinformationen für ein Bild von der folgenden "Behandlung" entwickelt hatte. Diese sorgfältige Orientierung an der Änderungstheorie der Klienten wird auch durch viele Befunde zur Psychotherapieforschung gestützt und wurde auch jüngst in zwei Publikationen des Institute for the Study of Therapeutic Change ausführlich dargelegt (Duncan & Miller, 2000, Hubble & Duncan & Miller, 1999). Wir begannen also mit einer Schilderung des Leids, erarbeiteten die funktionale Einbettung der Problematik in den Kontext und landeten letztlich bei einem plausiblen Modell der Problematik. Laut Manual war zwar vorgesehen, dass dieses plausible Modell vom Therapeuten dem Klienten zu vermitteln war (die kognitiv-verhaltenstherapeutische Theorie war hier Quelle des zu vermittelnden Modells), de facto erstellte und entwickelte der Klient das Modell selbst und mir blieb die Rolle dessen, der bestimmten Teilbögen (individuell konstruierten wenn-dann-Beziehungen) des sehr elaborierten und reichen Modells des Klienten die entsprechenden Bezeichnungen der Verhaltenstherapeuten zuordnete - eine Rolle der Bestätigung also.

4.3 alternative Geschichten fördern

Das durch den Klienten vorgegebene Modell konnte nicht nur in Bezug auf die verhaltenstherapeutischen Erklärungen genutzt werden. Es bot auch eine fruchtbare Basis für die Diskussion von möglichen sinnvollen Handlungsmöglichkeiten des Klienten und den darauf folgend erwartbaren Effekten. Wahrscheinlich ist ja bereits die sich entwickelnde Tatsache, dass es nicht nur eine Geschichte, ein zwingendes Schicksal gibt, als dessen Opfer sich der Klient fühlt, eine Quelle für Hoffnung, Optimismus und letztlich auch Motivation zu veränderter Sicht und Handlung.

Es war also anknüpfend am Modell des Klienten möglich, die Idee verschiedener Ansatzpunkte, verschiedener gangbarer Wege ebenso einzuführen, wie die Idee möglicher unterschiedlicher Einflüsse auf das Gelingen. Dies entspricht dem Öffnen von unterschiedlichen Optionen, wie es für divergentes Denken und Handeln charakteristisch ist (Rappaport, 1985). Alternative Geschichten bezüglich der verursachenden Wirkung ebenso wie bezüglich möglicher Lösungen wurden so verhandelbar. Die Frage der Evaluation wurde in die Hände des Klienten gelegt. Worauf ich verzichtete - und das hat nun ein Jahr nach Beendigung der Therapie Bedeutung gewonnen - war, eigene Ideen zu suchen einzubringen, die überhaupt nicht in der Änderungstheorie, dem Änderungsmodell des Klienten vorgekommen wären.

4.4 die neue Geschichte einbringen und ausbauen

Bei der Auswahl geeigneter Ansatzpunkte vorgegeben durch das Modell des Klienten kam die gewünschte Strukturgebung und Orientierung durch den Therapeuten wieder ins Spiel und

damit die durch das Manual empfohlenen Schritte⁹. Die offen vorgetragene Logik des Vorgehens (nämlich das einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise bei der Behandlung von Zwängen, siehe Lakatos & Reinecker, 1999) anknüpfend an das Modell des Klienten mit seinen inhärenten Dynamiken war anschlussfähig.

Eine neue Geschichte, die sowohl Hoffnung vermittelte und somit der Demoralisierung entgegen wirkte, verschiedene Ansatzpunkte erlaubte und somit Wahlmöglichkeiten eröffnete, als auch konkret in Bezug zur Änderungstheorie des Klienten stand, war in Umrissen entwickelt. Gleichzeitig kam noch etwas ins Spiel, das ich bisher unerwähnt ließ. Der Klient hatte eine sehr ausgeprägte poetische Begabung und seine Erlebnisse und Erfahrungen auch in Gedichten und literarischen Skizzen verarbeitet. Dies war bis dahin eher problemfokussiert und eventuell sogar problemstabilisierend gewesen. Aufgrund dieser Ressource verfügte er auch über die Fähigkeit, Geschichten zum Gegenstand von Reflexionen zu machen; er hatte gewissermaßen einen gut ausgebildeten Sinn für Meta-Geschichten. So entwickelte er die verschiedensten Erklärungsansätze der Teilbögen seines komplexen Modells weiter, brachte immer wieder mal neue Aspekte mit in den Therapieprozess hinein und überraschte mich regelmäßig mit teils sehr elaborierten Entwürfen (so z.B. einmal mit einem mehrseitigen Papier zum Stellenwert und zur Funktionalität von neutralisierenden Gedanken im Rahmen der Zwängedynamik).

4.5 die neue Geschichte verankern

Die Verankerung der neuen Konstruktionen erfolgte meiner Einschätzung nach auf sehr verschiedenartigen Wegen. Sie erfolgte einerseits über die erlebte Stimmigkeit im gemeinsamen Gespräch und den kontinuierlichen Reflexionen des Klienten. Sie erfolgte aber auch über erlebte Effekte (Selbstwirksamkeit) im Gefolge von Aufgabenstellungen im Handlungsbe- reich (vielfältige Konfrontationen teils in Eigenregie, teils gemeinsam im Therapieraum oder in der Stadt). Sie erfolgte letztlich - was sich nur vordergründig wie ein Widerspruch anhören mag - über die Relativierung der Psychotherapie. Der Klient trieb nämlich einen Aspekt seines Modells - eine bestimmte somatische Reaktion, welche für ihn sehr stressend war, und mit welcher weder ich selbst noch die konsultierten Ärzte etwas anfangen konnten - experimentierend voran. Und er fand eine überraschend simple Lösung. Diese wurde nachträglich auch von Medizinern als Experten für somatische Zusammenhänge bestätigt. Die rein psychologische Dynamik des Modells wurde damit aus Sicht des Klienten relativiert und er hatte sich die gemeinsam entwickelte Geschichte im wahrsten Sinne des Wortes angeeignet.

Der Klient hatte - so kann man rückblickend feststellen - die Therapie auf sehr vielfältige und durchaus 'eigensinnige' Weise für sich genutzt. Er war zum Ende der Therapie nicht völlig symptomfrei im Sinne einer Heilung, aber er hatte gelernt, achtsam mit für ihn typischen Problemkonstellationen (innen wie außen) umzugehen, so dass er von einer deutlichen Verbesserung berichtete, die sich auch in den Fragebogenergebnissen niederschlug. Die gelernten Strategien hatte der Klient teils aus den Angeboten durch mich übernommen, teils in kritischer Auseinandersetzung mit der Therapie selbst entwickelt, teils auch eigenständig er- oder gefunden. Diese 'Eigen-Sinnigkeit' sehe ich als eine mich oft verblüffende Ressource meiner

⁹ Entscheidend für diese Art zu arbeiten ist natürlich, dass man als Therapeut hinter dem Manual als einer zumindest ernsthaft erwägenswerten Vorgehensweise bei vorliegender Problemlage steht.

Klient/inn/en an und bemühe mich sehr darum, diese zu fördern und wert zu schätzen (siehe auch Asay & Lambert, 1999).

Ein halbes Jahr nach Therapieende (beim Follow Up) berichtete der Klient, dass er weiter mit den bewährten Strategien arbeiten würde, mal erfolgreicher mal weniger erfolgreich damit sei und weiter nach zusätzlichen Lösungen suche. Zu diesem Zeitpunkt war er bereits gelegentlich als Co-Therapeut bei Therapien von Zwängen eines Kollegen im Heimatort des Klienten tätig.

Nun ca. ein Jahr nach Therapieende sieht der Klient als Basis seiner Problematik ein nicht erkanntes Hyperkinetisches Syndrom, welches auch für die weiterhin quälende somatische Reaktion verantwortlich sei. Er sieht nun die Zwangsstörung und die Angstproblematik als Folge dieser Basisstörung. Diese Sicht ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch eine plausible Vermutung, die in einem demnächst statt findenden diagnostischen Gespräch mit einem Experten für HKS abgeklärt werden soll. Sollte sie sich erhärten und sollte eine anschließende Behandlung mit einem Psychoanaleptikum eine anhaltende weitere Besserung bringen, so stellen sich einige Fragen. Wäre in diesem Fall eine sorgfältigere Sichtung der Fakten (in diesem Falle biologischer Fakten) angemessener gewesen statt einer allzu starken Betonung der Bedeutungen (siehe O'Hanlon & Wilk, 1987)? Wie weit darf die zugeschriebene aber auch zugemutete Expertenschaft der Klienten gehen? Und wo gerät man in Gefahr sich mit dieser Haltung aus der Verantwortung zu stehlen?

Ich bin bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch zu keinem abschließenden Urteil für mich gekommen. Und habe das auch gar nicht so schnell erwartet. Ich werde mich aber zweifellos von den durch die Rückmeldung des Klienten angestossenen Zweifeln noch eine zeitlang anregen lassen. Dies wird andere Therapien anders werden lassen. Mal sehen.

5 Wie wird man ein guter Story Dealer?

Mein Glaube und meine Behauptung ist (wie bereits in der Einleitung erwähnt), dass man aus Büchern allein nicht lernen kann, ein/e kompetente/r Therapeut/in zu werden, was nicht heißt, dass Bücher nutzlos wären. Bücher können über Fakten informieren, sie können inspirieren, das Gelernte einfallsreich zu variieren, sie können einem Ideen zu neuen Geschichten nahebringen oder sie können auch bestätigen und helfen, das eigene Tun neu oder bekannt zu verstehen.

Exkurs: die Inszenierungen der 'Story Dealer'

Folgt man den Erzählungen der Story-Dealer zur Struktur ihrer Inszenierung von erlebbaren Wirklichkeiten, so fallen ein paar Punkte auf, die eine Parallele zum Verlauf einer Therapie erlauben. *Am Anfang* steht immer *der unhinterfragte Alltag* einer Gruppe von Menschen (Kinder, Jugendliche oder Erwachsene), der so vor sich hin tröpfelt. Durch ein ungewöhnliches, aus diesem Alltag herausfallendes Ereignis versuchen die Story-Dealer nun diesen *Alltag zu destabilisieren*, Irritation, Erklärungsbedürfnis mit emotionaler Beteiligung zu aktivieren. Gelingt die Destabilisierung sind die Betroffenen meist relativ suggestibel und bereit die ebenfalls von den Story-Dealern *angebotenen Erklärungen aufzunehmen*¹⁰ oder zumindest in Betracht zu ziehen. Und nun beginnt ein sehr interessanter und so gut wie nicht vorhersagbarer Prozess: die betroffenen Personen beginnen ihre Umwelt nach *Anzeichen für die*

¹⁰ Nicht eins zu eins, aber doch relativ sozial erwartbar.

Bestätigung der einmal akzeptierten oder in Betracht gezogenen Wirklichkeitsdeutung abzutasten und finden überall Hinweise dafür (verfolgt zu werden, wie in der Segelgeschichte mit den mysteriösen Transportaufträgen oder getäuscht zu werden, wie in der Geschichte mit dem Heidelberger Konstruktivismuskongress). Von diesen Entwicklungen sind die Story-Dealer selbst oft überrascht und diese bergen auch ein beträchtliches Risiko für Eskalationen. Sie verweisen aber eindrücklich darauf, dass der wirklich gravierende Teil der dann erlebten Wirklichkeiten gar nicht inszeniert ist, sondern Folge eines sich selbst entwickelnden und selbst bestätigenden Prozesses der Wirklichkeitskonstruktion. Diese Dynamik trachten die Story Dealer dann am Laufen zu halten, in dem sie auf die von den Beteiligten entwickelten Deutungen eingehen, diese bestätigen oder in Zweifel ziehen. Das Ziel ist aber nicht eine exakte *Steuerung eines events* sondern vielmehr das Lebendig-Halten des Phantastischen, Ungewöhnlichen, Abenteuerlichen, Verblüffenden.

Ich will mich im folgenden noch einmal an den bereits bekannten Schritten Slutzkis orientieren und kommentieren, was m.E. für die jeweiligen Schritte im Rahmen einer Ausbildung relevant sein könnte.

5.1 einen Rahmen für die Begegnung herstellen

Für die Durchführung von Therapien bringen Ausbildungskandidat/inn/en üblicherweise bereits sehr viel mit - aus der eigenen Geschichte, der Sozialisation, wo sie hoffentlich gelernt haben, sich sensibel zu Menschen in Beziehung zu setzen. Haben sie das dort nicht gelernt, suchen sie sich wahrscheinlich besser einen anderen Job, denn ein Training halte ich hier nicht für sehr erfolgversprechend, wie bereits Carl Rogers gegen Ende seines Lebens ernüchternd anmerkte. Ich sehe das so ähnlich wie das Tanzen. Wenn jemand zum Tanzkurs kein Bewegungs- und Rhythmusgefühl mitbringt, dann wäre vielleicht eine andere Freizeitbeschäftigung besser. Manchmal allerdings ist ein solches Gefühl sehr wohl vorhanden aber lediglich blockiert oder versteckt und kann im Rahmen einer intensiven Supervision oder Eigentherapie zugänglich gemacht werden. Diese Ressource wird dann im Tanzunterricht, z.B. beim Erlernen eines Tango entfaltet. Und auch hier macht es keinen Sinn aus Büchern lernen zu wollen, auch wenn dort die einzelnen Schrittfolgen aufgezeichnet sein mögen. Man lernt es durch das gemeinsame Erfahren und Erleben, im Wechselspiel mit einem Modell, welches man sich gesucht hat, weil man von diesem lernen mag. Psychotherapie ist über weite Strecken ein Kunsthandwerk. Und ein Kunsthandwerk lernt man am besten im Rahmen eines Handwerksbetriebs. Das heißt nun aber andererseits nicht, dass man diese Praxis nicht wissenschaftlich betrachten, bewerten und kritisieren könnte.

Beziehungsfähigkeit im Sinne von menschlichem Interesse, Anteilnahme und die Fähigkeit sich auf andere einzustellen sollten angehende Therapeut/inn/en also schon mitbringen. Andererseits kann aber eine Menge gerade über die subtilen Prozesse innerhalb der ersten Begegnung gelernt werden. Implizite Verträge werden hier ausgehandelt: wer führt das Wort, wer unterbricht wen wann, wer antwortet auf welche Fragen wie, aber auch was als Problem anerkannt wird, was ein therapeutisches Ziel ist, wer wie das Ende der Sitzung einleitet, welche Themen Themen werden dürfen, wie darüber gesprochen wird, wie viel Emotionen gezeigt werden dürfen (oder müssen) u.s.w. Dies alles sind wichtige Rahmenbedingungen für die therapeutische Begegnung und Therapeut/inn/en müssen lernen hier gut wahr zu nehmen, eine klare Position, ein untrügliches Gespür dafür zu entwickeln, unter welchen Bedingungen sie gut arbeiten können.

5.2 die Geschichte ans Licht bringen und in Szene setzen

Im Rahmen einer Psychotherapie kommen die Klient/inn/en mit der zum Alltag gewordenen Schilderung ihres Leids. Teils verrät ihre Klage, dass sie wie in Trance stabil das Unglück, teils dass sie destabilisiert eine Eskalation erwarten. Die Lektion, die hier zu lernen ist, gleicht einem Balanceakt. Einerseits muss das Leid der Klienten anerkannt und gewürdigt werden, da sich ansonsten die therapeutische Beziehung nicht im gewünschten Maße entwickeln kann, andererseits darf keine Festschreibung der Leidensgeschichte stattfinden, sondern es müssen Zweifel an Teilen der Geschichte, an Voraussetzungen der Geschichte, an der Vollständigkeit der Geschichte auf eine Weise gesät werden, dass Hoffnung auf eine andere Wirklichkeit entstehen kann. Ein wichtiges Prinzip dabei wäre das des "Folgens und Führens" (pacing & leading sensu Erickson), welches einerseits eine gute Beziehung entwickeln hilft (die bekannten Rogerschen Variablen sind eingeschlossen, es wird aber über diese noch hinausgegangen), andererseits aber auch in Richtung einer therapeutischen Allianz (therapeutic bond) führt. Zu lernen ist hier also, wie sowohl eine gute Beziehung gepflegt als auch die Selbstverpflichtung zu oft anstrengender Arbeit ausgehandelt wird.

Unter den am Ende von Punkt 4 genannten kritischen Gesichtspunkten fällt hier auch das Festhalten und Feststellen von sozialen, ökologischen, somatischen Fakten darunter, die nicht verhandelbar sind. Allerdings gibt es manchmal beträchtlichen Spielraum bezüglich der Einschätzung, was tatsächlich Faktum ist und was verhandelbare Bedeutung. Man denke z.B. an Klienten mit Problemen, deren Verursachung sowohl somatisch als auch psychisch gedeutet werden kann.

5.3 alternative Geschichten fördern / neue Geschichten einbringen und ausbauen

Auf dieser Basis können nun alternative Geschichten entwickelt und gefördert werden. Grundvoraussetzung dafür ist eine Destabilisierung der stabilen Erwartung des Leids. Im Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky & Grawe & Parks, 1994) passt dazu das Konzept der Aufnahmebereitschaft (Ambühl, 1991), welches - im Gefolge einer Destabilisierung und gleichzeitigen Erwartung bezüglich einer Hilfestellung - eine Öffnung hin zu den Angeboten der/des Therapeutin/en forciert. Und solch eine Aufnahmebereitschaft kann gefördert werden. Egal ob wir uns an Ericksons hypnotherapeutischen Ideen zu einem 'enchantment' der Klienten, an der Choreografie und Dramatik bestimmter strategischer oder familientherapeutischer Vorgehensweisen, an den Ausnahme- oder Wunderfragen lösungsfokussierter Therapeuten, den plausiblen Modellen der kognitiven Verhaltenstherapeuten oder an den emotionalen Inszenierungen humanistischer Verfahren orientieren, daran, hier etwas zu lernen und einen eigenen Stil zu entwickeln, kommen gute Geschichten-Händler nicht vorbei. Dabei spielt natürlich nicht nur die Fähigkeit zu guter Choreografie eine Rolle sondern natürlich noch viel mehr, was vor dem Hintergrund einer bestimmten Erzähltradition aber auch aktueller Erzählmoden¹¹ eine plausible und faszinierende Geschichte ist. Um die Jahrhundertwende war das in bestimmten Kreisen die Geschichte von der Dynamik des Unterbewussten, in den 70er-Jahren hatten Geschichten von der prinzipiellen Umweltgeformtheit und -formbarkeit des Menschen zumindest in den USA Hochkonjunktur und in den Tagen unserer postmodernen Gesellschaft stehen kognitiv-verhaltenstherapeutische neben systemischen Geschichten, psychoanalytische neben gestalttherapeutischen und esoterische neben somatischen Geschichten. Dabei fördert die Möglichkeit der Kassenleistung durchaus die Rezeption der jeweiligen

¹¹ Die häufig durch die Medien eingeführt oder forciert werden.

formal anerkannten Geschichten.¹² Meine Überzeugung ist es, dass Verständigung vor dem Hintergrund sozial vermittelter Erzählmuster stattfindet. Diese werden im Laufe der Sozialisation gelernt und erfahren eine individuelle Ausgestaltung. Von den Grundmustern abzuweichen, bedeutet aber, egal ob bewusst oder unbewusst das Risiko des Nicht-Verstanden-Werdens einzugehen. Werden die elementaren Grundregeln des Erzählens nicht eingehalten, bedeutet dies das Risiko einer Diagnose schwerster psychischer Störung, welche eventuell sogar eine verbale Therapie ausschließt. Werden "lediglich" ungewöhnliche Geschichten - jedoch formal richtig - erzählt, erfolgt üblicherweise der Versuch einer "Zurichtung" derselben zur Geschichte der jeweiligen favorisierten Therapietheorie (Kardorff, 1986).

Vor diesem Hintergrund möchte ich einerseits empfehlen möglichst viele und unterschiedliche Geschichten (solche entsprechend den großen Metaerzählungen der Psychotherapiegeschichte ebenso wie die so genannten naiven Geschichten des Alltags eines recht breiten Querschnitts der Bevölkerung) kennen zu lernen (siehe auch Rappaports Divergenz statt der oft angestrebten Konvergenz psychosozialer Lösungen). Und ich möchte auch empfehlen zu lernen, den Klient/inn/en zuzuhören, welcher Geschichte diese bereits zugeneigter sind. Ich möchte empfehlen die individuellen Ausgestaltungen von Geschichten zu hören und auch das verbindende Muster, welches sie als Variation einer sozial vermittelten Geschichte ausweist und welches die Ursachenvermutung ebenso ausdrückt wie die erwartete mögliche Lösung.¹³ Aber ich möchte keineswegs empfehlen regellos Geschichten zu sammeln. Wenn wir die Postmoderne nicht als Beliebigkeit missverstehen wollen, lohnt sich m.E. sehr wohl die Orientierung an relativ rationalen Kriterien, wie Prüfbarkeit, logische Konsistenz, empirische Bewährung, Bezug zu theoretischen Vorstellungen u.a.m. Davon unabhängig lohnt es sich zusätzlich zu lernen, diese Geschichten überzeugend, spannend, gefühlsbetont zu erzählen oder besser noch gemeinsam mit den Klient/inn/en an deren Ursprungsgeschichte anknüpfend zu entfalten.

5.4. die neue Geschichte verankern

Was dann im Gefolge von Destabilisierung und Deutungsangebot passiert, liegt weitestgehend beim Klienten und dessen sozialem Feld. Hier geht es darum zu lernen, den Ereignissen, Veränderungen, Anstrengungen und Dynamiken zwischen den Sitzungen Aufmerksamkeit zuzuwenden. Außertherapeutische Faktoren spielen hier die Hauptrolle und zeigen, ob eine Geschichte viabel ist oder wieder bedeutungslos wird (siehe hier das Konzept einer Client-Directed and Outcome-Informed Therapy von Duncan & Miller, 2000). Lernen zu bestätigen, was als bedeutungsvoll und zugleich bemächtigend erlebt wird, Strategien zu erwerben diesen Prozess auszuweiten und zu konsolidieren ist ein zentrales Ziel für diesen Abschnitt der Therapie.

Es ist ein weit verbreitetes Missverständnis zu glauben, man könne unmittelbar an das Ende der letzten Therapiesitzung anschließen, dort weiter machen, wo man zuletzt aufgehört hat

¹² Wohingegen erst kürzlich zwei sehr verbreitete therapeutische Diskurse - der gesprächspsychotherapeutische und der systemische - auf äußerst fragwürdige Art und Weise von diesem Privileg ferngehalten wurden.

¹³ Um für diese Perspektive sensibel zu werden, empfiehlt sich die Lektüre der Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung, z.B. das Arbeitspapier Nr. 10 Wirklichkeitsprüfung.

und lediglich die “verordneten” Hausaufgaben mit ein beziehen. Und man vergibt sich mit einer solchen Haltung und Einstellung die Chance, die Ressourcen der Zeit zwischen den Sitzungen zu nutzen. Klar braucht eine Therapie eine Struktur, die den Therapeut/inn/en ebenso wie den Klient/inn/en Orientierung gibt, die auch helfen kann, Vermeidungsmuster zu identifizieren oder thematisches Vagabundieren zu bemerken. Diese Struktur leitet sich in den meisten Fällen aus den Vorgaben der bevorzugten Praxistheorie her. Diese orientierende Struktur steht manchmal gewissermaßen in Konkurrenz zu dem, was Klient/inn/en in der Zeit zwischen den Sitzungen erleben, gestalten, ausprobieren, kreativ missverstehen oder ihnen per Zufall widerfährt. Vieles davon ist nutzbar - im Sinne der oben formulierten Ressourcen - und entspricht eher der Veränderungstheorie der Klient/inn/en. Das legt eine für Therapeut/inn/en zwar vielleicht mühselige, anstrengende oder auch kränkende Änderung ihrer vorbereiteten Struktur nahe (denn wer weiß denn, wo’s lang geht in der Therapie?), macht sich aber im Sinne einer angestrebten Selbstbemächtigung der Klient/inn/en für diese bezahlt. Die in der Zwischenzeit sich entwickelnden zielorientierten Dynamiken gilt es wahr zu nehmen, heraus zu arbeiten, zu etwas Erwartbaren werden zu lassen, die eigenen Anteile daran wert zu schätzen, überhaupt kennen zu lernen und darüber hinaus ||: zu ermutigen :|| (3mal). Auch die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Anzeichen des Erfolgs, der Annäherung an das ersehnte Zielszenario gehört zum sprachlichen und dramaturgischen Handwerkszeug der Therapeut/inn/en und hilft die neue Geschichte zu verankern.

Knapp zusammengefasst geht es bei der (Selbst-)Ausbildung zum psychotherapeutischen Story-Dealer um zweierlei: um explizites und implizites Wissen.

Explizites Wissen meint das Wissen um bewährte und geprüfte Therapiegeschichten und die daraus nahegelegten Handlungen ebenso wie das Wissen darum, welche Geschichten typischerweise zu welchen Klient/inn/en passen (könnten) (z.B. Beutler, 2000). Dies wird in vielen Fällen Buchwissen sein.

Implizites Wissen betrifft im Wesentlichen alle Aspekte, die damit zu tun haben, wie die unmittelbare Begegnung mit Klient/inn/en gestaltet wird: den Aufbau und die Pflege der Beziehung, das Wechselspiel zwischen Aufnehmen und Anbieten (wobei letzteres die Bandbreite zwischen beiläufiger Erwähnung, Empfehlung bis zu respektvoller Konfrontation haben kann), die Rhythmik der gemeinsamen Entwicklung einer Geschichte, das Achten auf die Aufnahmebereitschaften in der gemeinsam sich entwickelnden Dramaturgie der Therapie, die Anschlussfähigkeit von Geschichten bzw. die Art der Präsentation im unmittelbaren Kontakt mit den Klient/inn/en (gebrochen durch die Pausen zwischen den Sitzungen und die dort stattfindende Validierung durch soziale Kontakte).

Und es geht um ein Drittes: um das Schaffen von Rahmenbedingungen, unter denen man gut arbeiten kann. Niemand kann kreativ und lebendig Geschichten handeln, wenn er im Stundentakt seine Fälle durchzieht, ohne Zeit für ausreichende Vor- und Nachbereitung sowie kontinuierlicher Super- oder Intervision arbeitet und ohne ausreichende Sorge für sich selbst (wie das Mahoney, 1992 so eindrucksvoll beschrieben hat). Und zu letzterem gehören nicht nur die bekannten Strategien zur Verhinderung von *burn out* sondern auch eine angemessene Bezahlung der geleisteten Arbeit.

Literatur:

- Ambühl, H.-R. (1991). Die Aufnahmebereitschaft des Klienten als zentrales Bindeglied therapeutischer Tätigkeit und Therapieerfolgs. In D. Schulte (Hrsg.). *Therapeutische Entscheidungen* (S. 71-87). Göttingen: Hogrefe.
- Andersen, T. (1996). Von der Behandlung zum Gespräch. In T. Keller / N. Greve (Hrsg.). *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 119-131). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Asay, T. / M. Lambert (1999) The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In M.A. Hubble / B.L. Duncan / S.D. Miller (Eds.) siehe unten.
- Baecker, J. et al. (1992). Sozialer Konstruktivismus - eine neue Perspektive in der Psychologie. In S. J. Schmidt (Hg.). *Kognition und Gesellschaft*. Stw 950. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bandura, A. (1995, Ed.). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press.
- Beerlage, I. (1988). Einführung. *verhaltenstherapie und psychosoziale praxis*, 1, 8-9.
- Bengel, J. / R. Strittmatter / H. Willmann (1999). *What keeps people healthy?* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beutler, L. (2000). Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment* 3, 27, <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030027a.htm>, Zugriff 27.09.00.
- Bochumer Arbeitsgruppe für Sozialen Konstruktivismus und Wirklichkeitsprüfung (1994). Wirklichkeitsprüfung. Arbeitspapier Nr. 10. Manuskript - Ruhr - Universität Bochum, fakultät für Psychologie.
- Bugenthal, J. (1992). *Aus dem Notizbuch eines Psychotherapeuten*. Köln: EHP.
- De Shazer, St. (1996). "... *Worte waren ursprünglich Zauber*" Dortmund: verlag modernes leben.
- Dörner, D. et al. (1983). *Lohhausen*. Bern: Huber.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Misslingens*. Reinbek b. H.: Rowohlt.
- Duncan, B.L. / S.D. Miller (2000). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Filipp, S.-H. (1990, Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. München: PVU.
- Förster, H. von (1993). Über das Konstruieren von Wirklichkeiten. In ders. *Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke*. Frankfurt/M.: vieweg
- Geißlinger, H. (1999; Hrsg.). *Überfälle auf die Wirklichkeit*. Heidelberg: Carl Auer.
- Geißlinger, H. (1992). *Die Imagination der Wirklichkeit*. Frankfurt/M.: Campus.
- Hubble, M. A. / B. L. Duncan / S. D. Miller (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington: APA.
- Kardorff, E. v. (1986). Klienten. In G. Rexilius / S. Grubitzsch (Hrsg.) *Psychologie*. Reinbek/H.: Rowohlt (re).
- Keupp, H. (1988). *Riskante Chancen*. Heidelberg: Asanger.
- Kotre, J. (1995). *Weißer Handschuhe*. München: Carl Hanser.
- Lakatos, A. / H. Reinecker (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Lannamann, J. W. / J. Shotter (2000). Von Beobachtern zu Gesprächsteilnehmern. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 18, 1, 4-14.
- MacNamee S. (1992; Ed.). *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Mahoney, M. J. (1992). *Human Change Processes*. New York: Basis Books.

- Mauthner-Gesellschaft - Gesamtübersicht: <http://www.weltkreis.com/mauthner/index.html>,
Zugriff 22.11.2000.
- Miller, G. / St. De Shazer (1999). Lösungsorientierte Therapie als Gerücht. *Familiendynamik* 24, 1, 4-28.
- Miller, S. D. / M. A. Hubble / B. L. Duncan (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton.
- Orlinsky, D. E. / K. Grawe / B. Parks (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin / S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- O'Hanlon, B. / J. Wilk (1987). *Shifting Contexts*. New York: Guilford Press.
- Putnam, H. (1995). *Pragmatismus*. Frankfurt/M.: Campus.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 2, 257-278.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community*. San Francisco: Jossey-Bas.
- Seligman, M. (1990). *Pessimisten küsst man nicht*. München: Knaur.
- Simon, F. / G. Weber (1990). Vom Navigieren beim Driften. Post aus der Werkstatt. *Familiendynamik* 3, 355-362.
- Sluzki, C. (1996). Die Herausbildung von Erzählungen als Fokus therapeutischer Gespräche . In T. Keller / N. Greve (Hrsg.) *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 83-91). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Stark, W. (1996). *Empowerment*. Freiburg: Lambertus.
- Steinert, H. (1973, Hrsg.). *Symbolische Interaktion. Arbeiten zu einer reflexiven Soziologie*. Stuttgart: Klett
- Weingarten, E. (1976, Hrsg.). *Ethnomethodologie . Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Westmeyer, H. (1984). Diagnostik und therapeutische Entscheidung: Begründungsprobleme. In G. Jüttemann (Hrsg.). *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (S. 77-101). Göttingen: Hogrefe.
- White, M. / D. Epston (1990). *Die Zähmung der Monster*. Heidelberg: Carl Auer.
- Yalom, I. (1999). *Die Liebe und ihr Henker*. München: Goldmann.
- Yalom, I. (1998). *Die rote Couch*. München: Goldmann.