

(M)(k)eine Lieblingsintervention

Ein skeptischer „Rundumschlag“

Michael Grabbe

Zusammenfassung

Der Wunsch nach prall gefüllten „Handwerks- oder Methodenkoffern“ ist allgemein groß und verständlich, da dadurch das Gefühl der Sicherheit und das Selbstvertrauen bei Therapeuten erhöht werden kann. Auch Klienten schätzen strukturiertes Vorgehen und sichere Therapeuten. Eine Methode, in die man aber zu sehr verliebt ist, birgt auch das Risiko, dass dann Probleme dazu „passend“ gemacht werden müssen. Kreativität und Beweglichkeit können verloren gehen, wenn der Koffer „zu schwer“ wird. Therapie bedeutet auch, sich gemeinsam auf nicht planbare Suchprozesse einzulassen, deren Ende ebenso offen sein kann wie die dazu spontan zu wählenden Methoden.

Lehrergespräch: „Was unterrichtest du denn?“ „Deutsch, Sachkunde und Religion! Und du?“ – „Mathe und Sport!“. Zuhörer: „Ach, ich dachte Sie unterrichteten Kinder“.

Aus einem Supervisionstreffen in einer Erziehungsberatungsstelle: „Das Konzept des ‚Gewaltlosen Widerstandes und der Elterlichen Präsenz‘ ist ja überzeugend, ich bin auch ganz begeistert – aber leider hatte ich in der Zwischenzeit gar keine Familie dafür!“

So kann es einem gehen, wenn man Methoden, Techniken und Interventionen gerne anwendet oder gar in sie verliebt ist – eben eine ‚Lieblingsintervention‘ hat. Man braucht dafür jeweils auch die passenden KlientInnen. Gerade bei Ausbildungskandidaten von Therapie- oder Beratungsweiterbildungen ist der Wunsch nach „Handwerkszeug“ und „Methodenkoffern“ oft sehr groß. Das ist verständlich, schließlich ist es ja wichtig, mit Klienten auch etwas zu ‚machen‘. Aber: Je größer das Repertoire, je mehr Methoden im Koffer, umso schwerer kann der Koffer werden und umso unbeweglicher möglicherweise der/die TherapeutIn. Ist man gerade verliebt in einen Hammer und weiß ihn zu schwingen, dann müssen Probleme schnell zu Nägeln konstruiert werden, damit man das Werkzeug einsetzen kann. Das kann durchaus auch hilfreiche Effekte haben: TherapeutIn strahlt Sicherheit aus, fühlt sich dem Problem gewachsen, gut vorbereitet und signalisiert, dass es Fortschritt oder gar Lösungen geben wird. Die Klienten fühlen sich angenommen. Auch, wenn das Problem vielleicht nicht zur Methode passt.

Gesellschaftskritiker sehen diese „Strategie“ generalisiert und behaupten, dass vorhandene, erprobte Behandlungsmethoden die dazu passenden Diagnosen generieren und Therapie-

oder Beratungsinstitutionen dementsprechend das feststellen, was sie beraten und behandeln können oder wollen. Hat der Arzt in eine teure Untersuchungsapparatur investiert, dann wird sie eingesetzt und wenn auch nur, um einen „Verdacht“ auszuschließen. Neben dem Aspekt der Methodensicherheit kommt dann der ökonomische hinzu. Unter konstruktivistischer Perspektive ist diese Sicht- und Vorgehensweise nicht verwunderlich. Fraglich ist, ob sie für Klienten förderlich ist.

Selbstverständlich soll dieses kein Plädoyer dafür sein, von lösungsorientierten Haltungen Abstand zu nehmen. In Erweiterung der Maxime von Steve de Shazer: Wenn etwas klappt, wenn du erfolgreich bist, dann mach mehr davon! Wenn etwas nicht funktioniert, lass es! Und, wenn du besonders viel Erfolg mit einer Intervention hast, sie sich als besonders effektiv erweist und es dir selbst sehr gut damit geht und sie dir gefällt (ästhetisch, ...), dann wende sie so oft an, wie es eben geht. Nebenbei bemerkt kann bei einem starken Hang zur Lösungsorientierung auch der Verdacht entstehen, der/die TherapeutIn würde das Problem nicht aushalten.

Dennoch soll dieser Beitrag zur Skepsis anregen – Skepsis der Lieblingsintervention gegenüber, der Effektivität und auch sich selbst gegenüber. Denn man könnte mit seiner Aufmerksamkeit zu sehr bei sich und auf der Suche nach dem passenden Augenblick für die Intervention sein und dabei die Signale und Kooperationsangebote von Klienten übersehen. Dann macht Liebe blind oder taub. Es könnte sich sogar bei Therapeuten Enttäuschung einstellen, wenn Klienten eine schöne Vorbereitung zunichte machen und man seine schöne Intervention nicht anwenden kann.

Therapeutische Interventionen können Klienten (-Verhalten) aus systemischer Sicht nicht gezielt verändern (Autopoiese), sondern sie können im besten Fall zur Veränderungsbereitschaft beisteuern. Dazu bedarf es einer Ankopplung beider Systeme aneinander und eine förderliche affektive Rahmung. Eine Selbstverliebtheit bzw. Verliebtheit in eine Methode oder eine Intervention könnte da abträglich sein.

KlientInnen kommen zumeist in Beratung bzw. Therapie, wenn ihnen die Kreativität zur eigenen Lebensgestaltung abhanden gekommen ist. Sie versuchen mit verstärkter Intensität oft mehr desselben und engen ihre Gefühls-, Denk- oder Handlungsoptionen ein. Die Vorgabe einer Intervention kann suggestiv bestimmte, von TherapeutInnen favorisierte Ergebnisse forcieren oder das gemeinsame Finden von Alternativen erschweren.

Das soll an einem Beispiel verdeutlicht werden. Wenn ich gerne mit der beliebten Technik/ Methode/Intervention „Familie in Tieren“ arbeite, dann mag dadurch Klienten suggeriert werden, dass ich die Idee einer Konstellation einer Familie habe mit verschiedenen Rollen und

Charakteristika der einzelnen Mitglieder. Aber sehen die Klienten sich überhaupt als Familie? Sehen sie sich vielleicht eher als eine Ansammlung von Tieren? Wird es „Familie in Tieren“ genannt, offenbaren sich möglicherweise Werte der Therapeuten. Und: Nutze ich eine Anzahl vorgegebener Figuren – meine geliebte Sammlung –, dann schließe ich immer noch andere mögliche aus. Auch die Größe der Tiere zueinander ist damit dann vorgegeben. Lasse ich die Konstellation z. B. frei zeichnen, ermögliche ich auch die Zuschreibung „Vater ist ein U-Boot!“, obwohl es ja „Familie in Tieren“ heißt. Anders würde die Sitzungssequenz vielleicht verlaufen, wenn keine Intervention *vorgegeben* wird, sondern auf eine Aussage „Wir sind schon eine seltsame Familie“ gefragt würde: „Angenommen, Sie seien alle Tiere, wie müsste ich mir das dann vorstellen? Oder wären Sie gar nicht alle Tiere?“. Hier würde nicht die Intervention vorangehen, sondern das Klientensystem mit ihrem „Angebot“. Dieses Vorgehen kann man natürlich auch wieder als Intervention benennen, ist aber durch das Klientensystem initiiert.

Lieblingsinterventionen sollten nicht blind oder taub machen für „hooks“ (Jeff Zeig persönlich im Seminar), die die Klienten – oft unabsichtlich – anbieten. Schlüsselworte oder Bilder können genutzt werden, um metaphorisch oder auch konkret praktisch gemeinsam auf neue Ideen zu kommen. Ist der Vater z. B. ein begeisterter Segler und verlangt von seinem Sohn Geradlinigkeit in der Zielerreichung (Schulnoten) – „Wenn du sitzen bleibst, nehme ich dich von der Schule!“ –, dann kann man das aufgreifen und dem Vater das Bild anbieten, dass beim Segeln bei Gegenwind ja eine Zielannäherung, ohne „zu kreuzen“, nahezu unmöglich ist. Vielleicht sei das in der Schule für den Sohn ähnlich.

Spitzfindig kann man natürlich nun konstatieren, dass dieses Vorgehen eine besonders „feine Methode“ sei. Dennoch ist und bleibt sie variabel und anders und kommt wohl eher aus dem „Kunstwerkkofter“ und nicht so sehr aus dem „Handwerkszeug-Koffer“.

Oft entsteht die Idee für eine Intervention und Methode eines möglichen Vorgehens bei der Nachbereitung der letzten und Vorbereitung der nächsten Sitzung. Dabei könnte stören, dass die KlientInnen sich zwischen den Sitzungen verändert haben und „anders“ sind als zuvor: Für eine geplante und gern eingesetzte „Familienaufstellung“ kann z. B. die akute Fragestellung abhandeln und die Methode erweist sich als nicht mehr aktuell. Wenn man sie dann dennoch durchführen würde, würde es nur dem Selbstzweck oder vielleicht dem/der TherapeutIn nutzen. Die Intervention könnte nicht mehr passen. Es könnte schwerfallen, diese dann „loszulassen“ – „Scheiden tut weh“.

Der/die TherapeutIn befürchtet vielleicht, nicht so kompetent und souverän zu wirken, wenn riskiert wird, sich auf ein Feld von Improvisation und Kreativität zu begeben und die sicheren Pfade einer erprobten Intervention und geliebten Methode zu verlassen. Es könnte

eine Befürchtung auftauchen, dass eine gemeinsame „Suchbewegung“ und ein „Noch-nicht-Wissen“ als Inkompetenz und Unsicherheit interpretiert wird statt als Souveränität und Professionalität. Möchte man als TherapeutIn von KlientInnen für den Einsatz wunderbarer, als heilsam gepriesener oder in anderen Kontexten bewährter Interventionen bewundert werden, fällt dieser Schritt abseits der geplanten und sicheren Route besonders schwer. Dennoch könnte gerade ein gemeinsames Ringen um die nächsten zu riskierenden Schritte die therapeutische Beziehung vertiefen und ein Gewinn sein.

Therapeutische Sitzungen können als Ko-Kreation, als Gemeinschaftskunstwerk beschrieben werden. Dazu passt nicht, wenn der/die TherapeutIn ein „Lied“ vorgibt, dass die Klienten lernen und mitspielen, sondern passen könnte vielleicht eher das Bild einer improvisierten Jam-Session, in der alle Beteiligten ihr Bestes in ihrem Part geben und sich ständig aufeinander beziehen, damit etwas Neues und vielleicht Einmaliges entstehen kann.

Überhaupt ist die Frage zu stellen, wer eigentlich in therapeutischen Sitzungen „Führung“ hat und entsprechend Interventionen vorgeben sollte. Einerseits sicherlich die TherapeutInnen, schließlich sind sie für diese Profession ausgebildet und werden für ihre Arbeit bezahlt. Dennoch gibt es, dem Philosophen H-G. Gadamer folgend, keine „Gesprächs“-„führung“ im engeren Sinne, wo jemand führt und die anderen folgen. Gespräche entwickeln sich chaotisch, sind immer ein Gemeinschaftsprodukt, niemand weiß zuvor, was dabei herauskommt. Es sei denn, es handelt sich um Informations- oder Instruktionsveranstaltungen.

Dieser Logik folgend, könnte man die Frage nach einer Lieblingsintervention von TherapeutInnen perspektivisch ändern in die für mich relevantere Frage, welche meiner Interventionen wohl von KlientInnen besonders geliebt werden könnten – egal, wie ich sie finde.

Hypothetisch können dazu einige Kriterien oder Facetten aufgelistet werden (vgl. Grabbe, 2011):

- Ist die Intervention **pragmatisch**, d. h. hinsichtlich einer gewünschten hilfreichen oder heilenden Veränderung erfolgreich, effektiv, also nützlich? Kommt man dadurch dem Ziel näher oder von einer schwierigen, unerträglichen Ausgangssituation weiter weg (Grabbe 2012)? Dieses Kriterium folgt dem lösungsorientiertem Ansatz (s. o. de Shazer). Wenn ja, dann werden KlientInnen die Intervention mögen und wertschätzen.
- Da man mit diesem Kriterium auch effektives, aber äußerst schwieriges Verhalten rechtfertigen könnte („Wenn ich mein Kind schlage, macht es, was ich will“), müssen m. E. noch andere Kriterien zusätzlich erfüllt sein, damit sie von Klienten antizipiert werden: Passt sie **moralisch** zu den Werten der KlientInnen? Wird sie als gut und richtig erlebt?

Mögen sich die KlientInnen hinterher noch im Spiegel anschauen? Heinz v. Foerster unterscheidet zwischen Werten und Moral. Werte bestimmen eigenes Verhalten, mit Moral wird das Verhalten der anderen bewertet. Man kann Moral auch, sich selbst beobachtend, auf sich selbst anwenden.

- Ist die Intervention **respekt**getragen und entspricht damit sowohl einer humanistischen Grundhaltung von KlientInnen – auch der beteiligten Kinder sowie der von TherapeutInnen? Sind Interventionen sehr direktiv und instruierend, werden sie in der Regel von Klientensystemen nicht gerne angenommen.
- Fördert die Intervention den **Überblick** über die Lebensgestaltung? Oder wächst das gefühlte Chaos? KlientInnen werden Interventionen eher annehmen, wenn sie mehr Übersicht bekommen und sich nicht mehr so den Prozessen ausgeliefert fühlen.
- Wirkt sich die Intervention so aus, dass die Beziehung, die **Verbindung** innerhalb des Klientensystems intensiver geworden ist? Oder nimmt eher Isolation, Ausgrenzung und Entfremdung zu? Klienten wollen und brauchen oft mehr Verbindung und Geborgenheit – bei aller Bedeutung von Autonomie und Unabhängigkeit gibt es den Wunsch nach Zusammengehörigkeit und Wertschätzung der Beziehung.
- Wird eine Intervention hinsichtlich **Irritation, Instabilität, Aufregung** einerseits und **Stabilität, Sicherheit und Geborgenheit** andererseits als ausbalanciert erlebt?
- Bekommen die Klienten mit ihrem Verhalten, wenn sie der Intervention folgen, **Unterstützung** von Freunden, Verwandten und Bekannten? Oder würden diese sich eher zurückziehen und sich distanzieren?
- Wird die Intervention hinsichtlich **Nähe und Distanz** zum/zur TherapeutIn als passend erlebt? Oder ist zum aktuellen Zeitpunkt der Beziehung die professionelle Distanz inadäquat, weil z. B. zu unbeteiligt, oder wird andererseits schon als grenzüberschreitend erlebt?
- Entspricht die Intervention einem „Gestaltungsprinzip **Schönheit**“ (Ludewig 1992)? Interventionen, die als ästhetisch in vielerlei Hinsicht erlebt werden, werden von Klienten sicherlich eher angenommen, selbst dann, wenn der **Nutzen** vergleichbar geringer sein könnte. Gelungene Sitzungen oder Therapien werden oft von KlientInnen und TherapeutInnen als eine Art Kunstwerk erlebt und bewertet. Von daher könnte es auch passender sein, nicht über einen „Handwerkskoffer“, sondern einen „**Kunstwerk**koffer“ zu verfügen.

- Diese Liste ließe sich sicherlich noch erweitern

Interventionen haben gute Chancen, zu meinen Lieblingsinterventionen zu werden, wenn es dadurch gelingt, aus einem „**Entweder-oder**“ herauszukommen, und sie die Möglichkeit bieten, zu einem „Sowohl-als-auch“ oder einem „Weder-noch“, d. h. zu einer dritten Perspektive zu kommen.

Noch wichtiger jedoch ist mir, dass KlientInnen nach einer Intervention, nach einer Sitzung sich – selbstwertbezogen – **größer und selbstbestimmter** fühlen als zuvor, gewachsen durch den gemeinsamen Prozess und ihren gewürdigten Anteil daran – nicht so sehr durch meine Intervention und unabhängig davon, ob ich sie mag. In diesem Denken kann sogar der Beschluss eines Klienten: „Bevor ich weiterhin zu so einem bescheuerten Therapeuten gehe, helfe ich mir lieber selber“ eine hilfreiche Intervention sein, auch wenn sie sicherlich keine „Lieblingsmethode“ sein dürfte.

Also vielleicht: Liebe nicht deine Interventionen, sondern suche das Liebenswerte deiner Klienten.

Literatur

- Grabbe, M. (2011). Wenn Eltern nicht mehr wollen. In: Schindler, H., Loth, W. Schlippe, J. v.: Systemische Horizonte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grabbe, M. (2012). Weg ist das Ziel – nichts wie weg! In: Molter, H., Schindler, R., Schlippe, A. v.: Vom Gegenwind zum Aufwind. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie – Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Michael Grabbe (Melle), Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Yoga-lehrer (KYM Madras). Langjähriger Lehrtherapeut und Lehrender Supervisor (IF Weinheim, SG). Psychotherapeutische Tätigkeiten in psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Fachkliniken; Aufbau und Leitung einer Beratungsstelle für Kinder und Eltern; langjährige Lehrtätigkeit in verschiedenen Kontexten; Systemische Therapie, Beratung, Coaching und Supervisionen in eigener Praxis in Melle/Osnabrück. Zahlreiche Tagungsbeiträge und Kongressorganisationen; Veröffentlichungen in Büchern und Fachzeitschriften. Bis Mai 2011 2. Vorsitzender der Systemischen Gesellschaft (SG)
michael.grabbe@if-weinheim.de