

Anfrage:

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Seit längerem beschäftigt mich immer mal wieder eine Frage, deren Antworten ich ambivalent gegenüber stehe. Von dreien meiner prägenden Ausbilder (Manfred Prior, Gunther Schmidt, Reinhold Bartl) habe ich übereinstimmend gelernt, dem sogenannten "Problem Talk" meiner Klient(inn)en nur eingeschränkt, quasi gezügelt, Raum zu geben und nach Möglichkeit frühzeitig die Fokussierung in Richtung "Lösungs Talk" zu bahnen.

Vor einigen Tagen in einer Diskussion mit Kolleginnen, auch aus anderen Berufsgruppen wie z.B. Physiotherapeuten, kam diese Ausrichtung ins Gespräch. Ich habe dazu keinen festen Standpunkt, denn während meiner Praxistätigkeit ist es mir oft begegnet, dass meine Klient(inn)en einfach erzählen wollten wie ihnen "der Schnabel gewachsen" ist. Oft hatte ich das Gefühl, es passt jetzt nicht, das was die Klient(inn)en bei mir verbal quasi erstmal abladen wollten, in eine Lösungsrichtung zu lenken. Ich hatte das Gefühl, dem ungehindert Raum zu geben und in eine emotionale Resonanz dazu (und nichts anderes von meiner Seite aus) zu gehen, wäre im Sinne der Beziehungsgestaltung und einfach dem Bauchgefühl folgend, entgegen der Lehrmeinung, für den gesamten Prozess förderlich.

So etwa hatte ich auch vor einigen Jahren den beeindruckenden Vortrag von Hartmut Rosa (in Bad Kissingen) zu seinen Vorstellungen von Resonanzphänomenen verstanden. Ich habe aber "nur" den Vortrag gehört und sein Buch nicht gelesen, möchte deshalb hier keine Theorien von Hartmut Rosa vertreten, von denen ich keine Ahnung habe. Das können gerne Andere tun, die davon Kenntnis haben.

Ich habe es aber auch schon erlebt, komischerweise eher im privaten Kontext, dass das "Drüber reden" über schlimme Erlebnisse den Effekt hatte, dass alte Wunden wieder aufgerissen werden und nichts Gutes dabei passiert.

Mich würden Eure/ Ihre Erfahrungen interessieren und wie Ihr in der Praxis das Geschehen, die Gespräche diesbezüglich mehr oder weniger lenkt oder bewusst dieses nicht tut, sondern den Klient(inn)en erstmal ausgiebig den Raum zum Erzählen dessen überlast, was ihnen zu schaffen macht.

Gibt es eigentlich Belege dafür, das Problem Talk keine wirkliche Erleichterung verschafft, sondern nur das Problem Erleben verstärkt?

Über Rückmeldungen dazu würde ich mich sehr freuen!

Mit herzlichen Grüßen
P, Diplompsychologin

Antwort Lang:

Liebe Kollegin,

Danke für dieses in Weiterbildungen, Seminaren, Supervisionen wichtige Thema, das noch viele umfassende Facetten hat! Hier geht es ja nur absolut verkürzt.

Es geht darum, was machen wir, um mit „welcher“ Kommunikation zu psychotherapieren. Zunächst sind natürlich die Konstrukte „Problemtalk“ und „Lösungstalk“ zu konkretisieren. Was ist jeweils darunter zu verstehen?

Ich verstehe in der Psychotherapie darunter, dass der Patient „seine Problemtrance“ mehr oder weniger ausführlich und überzeugt einbringt. Was soll er denn aus seiner Perspektive sonst tun? Er bietet das Problem/Symptom/die Krankheit mehr oder weniger suggestiv eingeeignet an.

Zum Problemtalk wird es erst durch den Talk bzw. die Kommunikation, die dann dadurch entsteht, wie der Psychotherapeut darauf eingeht. Er hat viele unzählige Möglichkeiten darauf einzugehen.

Sein Eingehen hat dann aber Aufmerksamkeitswert, denn es enthüllt direkt und indirekt, wie er sich die weitere „Behandlung“ vorstellt und was dazu wichtig ist.

Konzepte und Verfahren vertreten jeweils dabei ihre eigenen Vorstellungen, Hypothesen, wie Veränderung gehen soll. Traditionell ging es in der Psychologie/Psychotherapie-Verfahren meist darum, dass „Verstehen“ hilft. Das „Verstehen“ als empathischer Austausch, Nachvollziehen des Mitgebrachten wird dann zum Problemtalk, inklusive dann das selbst vom Therapeuten Mittransportierte an problemvertiefenden Ideen, Gefühlen, Kommentaren, oft auch als Pacen (miss)verstanden usw.

Manchmal scheint das auch die einzige und erste Reaktion des Therapeuten zu sein, auf das Suggestive, was da auf ihn einwirkt, zu reagieren. Es scheint, dass ein solches „Verstehen“ mehr für ihn wichtig ist, denn empathisch zu reagieren das kann er und hat er gelernt. Das ist Problemtalk. Unter „Würdigen des Leids“, wird dann verstanden, dass man für ihn entscheidet, nicht schnell in einen anderen Gesprächsfokus zu gehen. Dabei werden die Möglichkeiten des Patienten, seine von ihm ungenannten Ressourcen, die Erzeugbaren anderen Foki nicht genug respektiert.

Keine Frage ist, dass empathische Resonanz absolut wichtig ist.

Diese bezieht sich aber auf weit mehr als auf Inhalte und Gefühle zum Problem. Absolut stimmige empathische Resonanz kann sich anders ausdrücken als über das Aufgreifen, Ausdifferenzieren, Widerspiegeln des Problemthemas. Sie kann sich ausdrücken im Nonverbalen, im angemessenen Reaktionstempo, im aktiven Zuhören ohne Reaktion, im Aufgreifen des Veränderungswunsches, dessen was das bisherige Umgehen war. Auf therapeutischer Ebene muss sich die Therapeutin der größeren Komplexität bewusst sein. Dann ist sie aufmerksam, wie sie die reduzierte Komplexität mit systemischen Frageinterventionen wieder erweitern kann. So z.B. mit entsprechenden Frage-Interventionen zur Auftragssituation mit einer Absicht, zum Erkunden des ganzen Nicht-Vorgetragenen, wie z.B. des Prozesses bis jetzt, Erklärungen, Ausnahmen, Lösungen, Umgehen dazu, zur Besonderheit der Person des Patienten, seine Ist-Situation (Situation wäre schon ein anderer weiterer Begriff als Problem/Störung/Symptome), zu seinem Angestrebten (das wäre schon eine andere Zeit der Zukunft) usw. Auch gerade diese Interaktion hat die Suggestion, dass das wichtig ist.

Das diesen Aufmerksamkeitsschwenk ohne Wiederholung der Problemtrance begründete Konzept ist das der systemischen Selbstorganisation. Hier wird davon ausgegangen, dass Therapie im Klienten/Patient/System dessen Entwicklung initiiert, angeregt. Ich finde, dass das sehr gut über Frage-Interventionen geht, da diese einen neuen Fokus anbieten. Wie der Patient darauf reagieren kann, ist dann natürlich wieder einzubeziehen und therapeutisch zu modifizieren.

Dieses Konzept ist aber ein anderes als das des „Therapierens durch verstehende Kommunikation“ und der Psychotherapeut macht hier etwas anderes. Ich finde de Shazer darin sehr eindeutig, wenn man sich seine vielen Fallbeispiele in seinen Büchern ansieht; er geht direkt in einen Entwicklungstalk. Er kommt mit diesem Vorgehen aus Palo Alto und bezieht sich auf Erickson.

Aus der Hypno-Kommunikation wissen wir auch um die Bedeutung von dissoziiertem und assoziiertem Sprechen. Es ist ein Unterschied ob ich verstehend sage: „Da fühlen Sie sich allein und verloren.“ (assoziierte Problemtrance) oder ob ich frage und dahin orientiere: „Da hätten sie sich eine Person/Fähigkeit/ Idee an der Seite gewünscht- welche? / Diese Situation wünschen Sie sich nächstens anders- Wie? / Heute noch beim Erzählen wünschen Sie es sich bestimmt anders- Wie schauen Sie heute darauf? Und wie soll es sein? / Was würde den Unterschied machen dazu?/ Was hätten Sie da gebraucht?/ usw. endlos weiter möglich je nach Situation.

Natürlich: Langsam, nachdenklich, stimmig empathisch gefragt. Damit bringt man die Klienten/Patienten schon auf eine andere Ebene als die der Problemtrance. Fragte man sie ankoppelnd zur Problemsituation nach einer Metapher zur Problemsituation (dissoziierend) , um dann damit metaphorisch weiterarbeiten zu können und sie zu erweitern in eine Metapher für die Zukunftssituation.

Das nur als aller kürzeste Beispiele. In eine solche Psychotherapiedurchführung muss man reinwachsen, damit man sie eben nicht zu platt macht.

Über Kontexte müssen wir noch reden. Sie, Frau P, schrieben, dass Sie das mit anderen Berufsgruppen wie z.B. Physiotherapeuten diskutierten.

In den Kontexten haben wir unterschiedliche Beziehungen, unterschiedliche Rollen, unterschiedliche Bereitschaften. Das ist zu berücksichtigen. Was Klienten/Patienten in einem Psychotherapie-Kontext als therapeutische Arbeit machten, das würden sie in einer ganz anders belegten Physiotherapie nicht akzeptieren. Nicht zuletzt hat die MEG kontextspezifische Curricula.

Ich geh auch nicht zum Metzger, um Brot zu kaufen. Allerdings bieten manche Metzger belegte Brötchen an und mancher Bäcker auch. Natürlich ist das Vorgehen außerhalb der Psychotherapie auch von den gleichen Prinzipien der Ausrichtung geprägt, allerdings zählt hier noch mehr die Situation. Während wir in der Psychotherapie gerade das Kommen zur psychotherapeutischen Auftragsklärung nutzen können, gehen Leute zum Physiotherapeuten um sich körperlich behandeln zu lassen. Das steht auf dem Rezept und das ist so verschrieben worden. Dennoch müssen hier auch nicht die Problemtranceangebote erwidert, gespiegelt werden. Auch, wenn es nicht um Psychotherapie geht, kann es um eine öffnende ausgerichtete Hypnokommunikation gehen. Sie kann bestimmt mehr im Plauderton erfolgen auf das, was die Patienten selbst einbringen. Wenn hier der Physiotherapeut hypnosystemisch denkt, heißt das, er unterstützt stimmig andere gerade Ausrichtungen. Pat.: „Die Schmerzen scheinen nie mehr wegzugehen“. Th: „Wie ist es jetzt hier bei der Behandlung?“ „Wo im Körper ist es jetzt anders?“ Ich kenne solche Dialogbeispiele und Übungen auch aus unserer Bonner MedHyp-Weiterbildung, wo ich diese Kurzdialoge systematisch in der Gruppe üben lasse, denn Ärzte haben ähnliche Themen.

Die Psychotherapie hat wieder andere Fallstricke. Wird ambulante Psychotherapie als Kassenleistung beantragt, geht es uns ähnlich wie den Anästhesisten bei der Prämedikation. Müssen diese aus juristischen Gründen alle Nebenwirkungen darlegen, müssen wir - nur- für die Kasse psychische Krankheits- Diagnose erstellen, den Verlauf prognostizieren usw. Alles suggestiv gesehen kritische Aktionen unter unserem Thema „Problemtalk“.

Psychotherapeuten erheben ausführlich die Symptomatik, differenzieren sie sogar aus. Das ist Problemtalk und führt sogar dann noch zur Bestätigung derselben in einer mehrfach durch die Sprechstunde noch bescheinigten Diagnose, die natürlich ernst genommen wird.

Da haben die Krankenkassen von Systemikern zu lernen und sich weiter zu entwickeln. Wir machen in einer solchen Psychotherapie etwas anderes als eine so gesehene „Behandlung von Erkrankung“. Das hilfreichere Konzept ist hier „Veranlassen/ Evozieren von Entwicklung“.

Es geht darum:

Der Patient hat seine komplexe und prozesshaft entstandene Situation eingeeignet auf eine konkrete oder diffuse Symptomatik, die extrem sein und mit einer Krankheitskategorie bezeichnet werden kann. Er hat sie auf seine intrapsychische Sicht eingeeignet, er hat meist auch schon eine psychische Krankheits-Diagnose für sich. Es ist offensichtlich, dass es kein leichter Schritt ist, sich in die Psychotherapie zu begeben. Die meisten kommen zu uns mit ambulanten oder stationären Psychotherapieerfahrungen und hoffen dennoch immer noch auf einen anderen Behandler, eine andere Methode. Sie sind weit weg von einer Idee, dass es auf sie selbst ankommt und die Übernahme für den eigenen und anderen Prozess. Manche sind auf Grund ihrer Erfahrungen so verbittert, hadern mit dem Leben, sind eingeeignet durch Vorprozesse. All das heißt, sie sind trotz Psychotherapie fest in ihrer Problemtrance eingerichtet und suggerieren den Problemtalk von den Professionellen stark. Es bedarf einer hohen psychotherapeutischen Kommunikationssicherheit und Kunst, sie zu erreichen, ohne in den Problemtalk mitzugehen und gleichzeitig direkt empathisch in einen Lösungstalk zu gehen. De Shazer und Erickson machten das vor - und dass das sehr schnell gehen kann und ohne Umwege über die Problemtrance und ohne die Empathie aufzugeben. Natürlich ist es so, dass psychologische Psychotherapeuten oft so in ihren Alltagsanforderungen stehen, dass der Problemtalk das Einfachste bzw. Machbare scheint. Ich denke, das muss es nicht sein und die Hilfe liegt gerade darin, auf die anderen Themen zu kommen, die eben nicht ohne Weiteres vom Patienten eingebracht werden können, da sie eben „weg“ sind, „aus dem Fokus sind“, „dissoziiert“ sind. Psychotherapie heißt für mich, sie eben durch die Frageinterventionen möglichst passend und direkt wieder einzubringen. Gehen die Patienten damit mit, werden sie automatisch mit Anderem wieder beschäftigt. Wenn es auch nicht selbstverständlich ist, kann man das lernen und es bekommt auch der eigenen Resilienz selbst gut – beiden bekommt es gut!

Viele Grüße aus den Bonner AML Instituten,
Anne Lang

AML Institute

AML Institut Systeme DGSF & Milton Erickson Institut Bonn M.E.G.

2 Fachinstitute - Hypno-Systemische Kompetenz

Leitung: Dipl.-Psych. Anne M. Lang

Reuterstr. 20 - 53113 Bonn

Tel.: 0228 / 94 93 120

info@institut-systeme.de

www.institut-systeme.de

www.hypnose.de