

# ARBEIT MIT ELTERN ALS „CO-THERAPEUTINNEN“ – NUTZEN VON SYSTEMISCHEN ANSÄTZEN ZUR BEZIEHUNGSGESTALTUNG

■ Martin Brentrup

**Zusammenfassung:** Eltern stärken, mit ihnen zusammenarbeiten, Respekt vor eigenen Bemühungen – TherapeutInnen erleben immer wieder, wie schnell es ihnen passieren kann, dass sie mit Eltern diese Basis für eine gute Arbeitsbeziehung nicht verwirklichen können. In diesem Beitrag werden Konzepte zusammengestellt und in ihrer praktischen Umsetzung beschrieben, die die ressourcenorientierte und offene Beziehungsgestaltung unterstützen.

**Schlüsselwörter:** Beziehungsgestaltung mit Eltern, Ressourcen, Respekt, Umgang mit „Widerstand“ (Motivation)

## **Working with parents as “co-therapists” – the benefits of a systemic approach for relationships**

**Summary:** To strengthen parents, to cooperate with them, to respect their own efforts – therapists experience again and again, how fast they can fail to realize this basis for a good relationship. In this article concepts are provided, which facilitate a resource-oriented and open management of relationships. Furthermore, the concepts are described in their practical application.

**Keywords:** Relationship management with parents, resources, respect, dealing with „resistance“ (motivation)

## **1. Beziehungsgestaltung als Thema in der PT-Forschung**

Orlinsky, Ronnestad und Willutzki (2004) fassen ihre Analyse der Psychotherapie-Prozessforschung folgendermaßen zusammen:

Effektive Psychotherapie ist eindeutig mehr als ein Set von Techniken, aber sie ist auch mehr als eine warme, unterstützende Beziehung ... Psychotherapie ist mehr als, was PsychotherapeutInnen

tun, mit Absicht oder sonst wie; alles in allem ist sie [die Psychotherapie] die Erfahrung der PatientInnen. Aber was die TherapeutInnen in der Therapie tun, macht eindeutig einen Unterschied in dem, was die PatientInnen erfahren und lernen. Das Ergebnis scheint am besten zu verstehen zu sein als ein synergetisches Resultat der Probleme und Ressourcen der PatientInnen, in Verbindung mit den Fertigkeiten und Begrenzungen der TherapeutInnen“. (Orlinsky et al., 2004, S. 363, zitiert nach Loth, 2004)

Im vorliegenden Artikel werden solche Ergebnisse der Forschung sowie Entwicklungen in aktuellen Ausbildungscurricula aufgegriffen, in denen Aspekte verschiedener Ansätze zusammengeführt werden. Der Autor erkennt in dieser Entwicklung eine Wendung nach dem PsychThG (Psychotherapeutengesetz), die ermöglicht, dass PsychotherapeutInnen sich wieder mehr hinsichtlich ihrer Erfahrung und Kompetenz (Konzept der „Passung“; vgl. Kriz, 2005) fortbilden, statt nach abstrakten Qualifizierungsnormen und mehr oder weniger praxisfernen Modellvorstellungen.

Im Folgenden soll insbesondere dafür sensibilisiert werden, dass die beobachtbare Tendenz in Politik und Medien, Eltern für alle Fehlentwicklungen verantwortlich zu machen, zu Schuld-, Überforderungs- und Hilflosigkeitsgefühlen führt.

Eine Eskalation in der Kooperation mit Eltern ergibt sich, wenn ein falsch verstandener Trainingsgedanke dieses Syndrom einer „parentalen Hilflosigkeit“ auch noch bestätigt, indem die TherapeutInnen die Rolle der „wahren“ Experten annehmen.

Der Autor fügt dafür aus humanistischen, systemischen und hypnotherapeutischen Ansätzen kommende Konzepte zur Beziehungsgestaltung und Aktivierung (Wertschätzung, Kunden-, Lösungs- und Ressourcenorientierung, Ankoppeln an die Wirklichkeitskonstruktion des Bezugssystems) zusammen. Diese haben als ausdrückliches Ziel, die therapeutische Beziehung und Zusammenarbeit auf Wertschätzung bisheriger Bemühungen, Kooperation, gemeinsamer Entwicklung von Lösungen und Dialog zu gründen. Ziel dieser Kooperation ist, die Selbstverantwortung, die Selbst-Wirksamkeit und gegenseitige Unterstützungsbereitschaft aller Beteiligten zu stärken.

## 2. Probleme mancher Elterntrainings-Konzepte

Untersuchungen von und Erfahrungen mit verhaltenstherapeutisch orientierten Elterntrainings (vgl. Marschner, 2001; Warnke, Beck & Hemminger, 2001) beschreiben immer wieder eine relativ hohe Abbruchquote und Belastungen bei einem als „einseitig“ empfundenen Machtkampf mit dem Kind (Unverzagt, 2004, S. 42ff.).

Es lassen sich v. a. drei Gruppen von Unzufriedenen definieren:

- ◆ Eltern erwarten mehr parteinehmende Unterstützung für ihre Position und fühlen sich angeklagt.

- ◆ Andere fühlen sich im Umsetzungsprozess der neuen Ideen alleingelassen und beschämt, wenn sie die daraus resultierenden Machtkämpfe („sich durchsetzen müssen“) ertragen müssen.
- ◆ Es gibt Ambivalenzen und Rückzieher, wenn Eltern eine Konsequenz oder Konsistenz geraten wird, die sie als Härte oder Ähnlichkeit zu selbst erlittenen Erziehungsstilen erleben. Eine Auseinandersetzung mit dieser eigenen Dissonanz und mit den vertretenen Normen der Beratenden wird häufig vermieden.

Können TherapeutInnen, die solche Erfahrungen machen, von anderen Ansätzen und den in ihnen abgeleiteten Beziehungsgestaltungen lernen? Gibt es hier Angebote und Verstehenszugänge, die die eigene Haltung noch flexibler und motivierender werden lässt?

### 2.1 Elternrollen und gesellschaftlich relevante Entwicklungen

„Eltern-Sein“ wird gesellschaftlich gesehen zunehmend hinterfragt (die „Super Nannys“ sind längst ein Medienmarkt geworden). Es werden immer mehr Normen für „gutes“ Verhalten formuliert. „Schlechte“ Eltern werden einseitig und vereinfacht bewertet und zu Schuldigen für Verhaltensauffälligkeiten und Misserfolge ihrer Kinder erklärt. In früheren Auffassungen von (Familien-)Psychotherapien wurden ebenso normative Modelle („die gesunde/krankte Familie“, die „pathogene“ Mutter ...) formuliert, woraus Rollenerwartungen an Eltern (und auch deren Therapeuten) resultierten.

In diesem Feld besteht für TherapeutInnen daher Anlass, Erwartungen, Befürchtungen und Bedeutungen bezüglich ihrer Angebote besonders aufmerksam zu explorieren.

### 2.2 Übertragungen und Auftragsklärung

Gerade in der Arbeit mit Eltern<sup>1</sup> ist die Wahrnehmung des therapeutischen Beziehungsangebotes in einem besonderen Maße davon abhängig, welche Konnotation/Bedeutung die Maßnahme an sich bekommt.

Es findet ein sensibles, manchmal heikles Wahrnehmen von Zuschreibungen und Bewertungen statt. In einem tiefenpsychologischen Sinne werden Ängste und Schuldgefühle übertragen. Die Therapeuten/Be-

<sup>1</sup> Eltern als „gewohnte Verdächtige“ und „geeignete Täter“ – nach der antiautoritär und aufklärerisch geprägten Infragestellung der Machtinstanz Eltern gibt es eine vielschichtig instrumentalisierte öffentliche Diskussion der Rolle und Suche nach einer Art Verursacherprinzip bei negativen Entwicklungen bei Kindern und allgemein in der Gesellschaft.

rater werden im ungünstigen Fall sogar als Bestätigung für das eigene Scheitern aufgefasst. Die Tatsache der Aufnahme einer Therapie bzw. eines Trainings bekommt somit zumindest zum Teil eine kränkende und verunsichernde Seite (das Elterntaining beweist die eigene Unfähigkeit).

Hinzu kommt, dass PsychotherapeutInnen bei direktem Vorgehen und einer instruktiven Beratung schnell als belehrend, korrigierend, besserwissend, bewertend und sich einmischend wahrgenommen werden – während oft gleichzeitig die „Lösung“ der Probleme von ihnen erwartet wird. Eine Übertragung von Bewertungs- und Erwartungsprozessen auf den Therapeuten findet statt (Levold, 2002).

Dies können die TherapeutInnen als einen Ausdruck für die Verletzlichkeit, für ein unsicheres Rollenempfinden und als zumeist *ambivalente Hilfe- und Beziehungserwartungen* deuten (vgl. Pleyer, 2004; Rothhaus, 1984, 1987, 1999a, 1999b).

### 2.3 Die therapeutische Beziehung

In mehrerer Hinsicht stehen TherapeutInnen immer wieder vor der Frage, wie sie ihre Rollenauslegung definieren und finden. Sie werden in Beziehung zu ihren Ausbildungskonzepten („Wie macht man das als guter Verhaltenstherapeut?“), hinsichtlich ihres Arbeitskontextes (Aufträge, Ablaufpläne und Spielräume), nicht zuletzt hinsichtlich ihrer eigenen Bedürfnisse und Empfindungen, aber auch in Bezug auf die Erwartungshaltungen der Patienten herausgefordert, die therapeutische Beziehung zu gestalten.

Um dieses Gestalten reflektieren zu können, erscheint es dem Autor hilfreich, sich „Stile“ und Implikationen für die Rollenauslegung vorzustellen. Diese Vorstellung beinhaltet ein grundsätzlich wertschätzendes Verständnis ihnen gegenüber, und sie legt eine Überprüfung und prozesshafte Entscheidung nach den Kriterien von Perspektivenvielfalt und Passung nahe.

**Abbildung 1:** *Stile therapeutischen Handelns und deren Übergänge nach dem Grad der Verantwortungsübernahme für die Zielerreichung (Modell)*

	Kooperation	↔	Beratung	↔	Training	↔	Behandlung
<b>Ebenen des therapeutischen Stils:</b>							
<i>Beziehungsangebot</i>	eher kooperativer Stil			eher Behandlungsstil			
	Beziehung wirken lassen Dialog			Interventionen einsetzen			
	Respekt vor Autonomie der Pat./Klienten			Expertenrolle wahrnehmen			
	Fordern von Eigenaktivität Neugier			Anbieten von Sicherheit Fachwissen			
<i>Modalitäten</i>	begleiten suchen angemessen ungewöhnlich fragen			lenken vorgeben anleiten verordnen			
<i>Veränderungstheorien</i>	Selbsteilungskräfte stärken			Verantwortung und Voraussetzungen für Veränderung sind beim Therapeuten			
	Ressourcen nutzen			Einsicht in Mängel nutzen			
	zieloffen			normative Modelle für Gesundheit oder Funktionalität			

Die „Kunst“(-fertigkeit) des Therapeuten besteht nach dieser Auffassung darin, die als Auftrag definierten Ziele wirksam zu verfolgen und die Verantwortung für Veränderung (auch den Expertenstatus dafür) bei den Eltern zu lassen. Die Eltern werden günstigstenfalls als hilfreiches Team erlebt, beschrieben und behandelt. Die „Probleme“, und die, die diese formulieren, werden als wertvolle und nutzbare Beiträge verstanden und hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit verwendet.

Psychotherapie bedeutet, so verstanden, Unterstützung autonomer Such- und Findprozesse nach vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen, um diese zielenlich nutzen zu können. Durch die Verwendung des Begriffes der „Co-Therapie“ (vgl. Schmidt, 2001; Brack, 2001) sollen Aspekte dieser Auffassung betont werden:

- ◆ Der Therapeut fühlt sich auf Kooperation angewiesen
- ◆ Er betrachtet die Eltern als die „wahren“ Experten für ihre Rolle, in der sie gestärkt werden sollen („Empowerment“)
- ◆ Probleme sind Lösungsversuche
- ◆ Eine neue, andere Lösung müsste zu der Familie passen, „aus ihr heraus“ entwickelt werden (Autopoiesie).

„Co-Therapie“ wird als Metapher für eine entsprechend organisierte Kooperation vorgeschlagen. „Co-Therapie“ kann zwar auch als das „Durchführen von Behandlung im Auftrag“ aufgefasst werden, ist hier aber nicht so gemeint. Im Rahmen der Auftragsklärung ist es auch noch von Belang, ob die „Co-Therapie“ als gemeinsame Arbeit von Eltern und Therapeut am „zu verändernden Kind“ verstanden wird<sup>2</sup>.

Eine Alternative wäre der Begriff „Coaching“ (vgl. Omer & von Schlippe, 2002), der, aus der Supervision kommend, wohlthuend wenig mit einer Defizitorientierung verknüpft ist. Dafür betont er allerdings die Unterstützung bei der Ausgestaltung einer professionellen Rolle, was aus meiner Sicht die emotionale Nähe und Besonderheit der Elternrolle nicht angemessen abbildet.

Zudem ist bei allen neuen Ansätzen auch immer kritisch zu hinterfragen, wie sehr ein normatives Modell einer Sichtweise und eines Vorgehens vorgegeben wird („nicht überall ist Toleranz drin, wo systemisch draufsteht“).

<sup>2</sup> Die Tücke dieser Richtung kennt jeder Kinder- und Familientherapeut, weil sich selten jemand selbst ändert, wenn er dazu nur von außen gedrängt wird.

### 3. Auftragsklärung – „Was wollen Sie und was kann ich für Sie tun?“

Der Begriff der Auftragsklärung stammt aus der systemischen Therapie, insbesondere der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. Auftragsklärung ist (integrierende) Arbeit an den Voraussetzungen für Entwicklung und Veränderung. Sie setzt an dem Punkt an, mit dem Psychotherapieforschung (vgl. Hubble, Duncan & Miller, 2001) positive Ergebnisse erklärt: „Ein Klient/Patient lässt sich auf Vorgehensweisen bereitwilliger ein, wenn sie gut mit seinen mitgebrachten Zielen, Eigenarten, Gewohnheiten übereinstimmen“ (S. 14).

Der Therapeut ist Experte hinsichtlich der Mittel, nicht der Ziele. Therapieerfolg bedeutet, die angestrebten Ziele erreicht zu haben (unter einem Kosten-Nutzen-Aspekt). Auftragsklärung ist somit sowohl eine Arbeit an den Voraussetzungen als auch bereits eine Intervention. Es wird unterschieden zwischen

- ◆ Problem/Beschwerden
- ◆ Anliegen
- ◆ Auftrag/Vereinbarung.

De Shazer definiert Grundtypen in der Motivation unterscheidbarer Klienten (Klagende, Besucher, Kunden nach de Shazer, 1989). Allgemeine Fragerichtungen und Bewertungen des Therapeuten sind deshalb:

- ◆ Warum kommen Sie jetzt? (Rolle von Zuweisern)
- ◆ Es ist verständlich, wenn man fremdmotiviert anfängt!
- ◆ Welche Wünsche, welche Befürchtungen, welche Skepsis bringen Sie mit?
- ◆ Es ist wahrscheinlich, dass es gemischte Gefühle gibt!
- ◆ Wofür bringen Sie gute Voraussetzungen mit? Was hilft bereits?
- ◆ Es gab auch ohne den Therapeuten bereits gute Ideen!
- ◆ Wie kann eine Zusammenarbeit entstehen, bei der Sie Ihren Therapeuten als unterstützend, aufbauend, in seinem Selbstwert positiv bestätigend erleben?
- ◆ Das ist nicht selbstverständlich und dafür braucht der Therapeut Hilfe!
- ◆ In welchem Rahmen/Setting/System wird das Problem real erfahrbar- und deshalb auch am wirksamsten bearbeitbar?

## 4. Praktisches Vorgehen: Fördern von Motivationen und Akzeptanz für Hinderliches

### 4.1 Verhaltenstherapie

Auch in den verhaltenstherapeutischen Entwürfen zur therapeutischen Beziehung und Bearbeitung werden entsprechende Dynamiken aufgegriffen (Caspar, 1982). Je nach der Phase des Therapieprozesses werden von Hoffmann (1996) unterschiedliche Aufgaben in der Gesprächsführung benannt:

- ◆ *Erstgespräch und Beziehungsangebot*  
Hier wird für den Wunsch des Patienten um Verständnis geworben, sich als ganze Person (nicht nur über das Problem definiert) darzustellen (vgl. Grawe, 1992). Zu Beginn einer Therapie könne dieses Bemühen auch die Thematisierung der tatsächlichen Schwierigkeiten überlagern. Der Patient erwarte in dieser Phase meist auch, dass der Therapeut die Rollenvorstellung erfüllt, die der Patient mitbringt. Als drittes wird das Bedürfnis des Patienten genannt, möglichst früh erste positive Effekte zu erfahren.
- ◆ *Therapeutischer Verlauf/Prozess*  
Für die Zielerreichung und Optimierung der Zusammenarbeit werden folgende Punkte als zentral definiert:
  1. Transparenz
  2. Die so genannte Kanfer'sche Regel des „Joining“<sup>3</sup>, nach der der Therapeut grundsätzlich eine Hilfestellung auf der Ebene des Patienten anbietet
  3. Konkretisierung
  4. Analyse von Mustern
- ◆ *Umgang mit Widerstand aus verhaltenstherapeutischer Sicht*  
Als ursächlich für so genannten Widerstand wird die Motivation der Patienten<sup>4</sup> beschrieben, eigene Freiheitsspielräume zu erhalten. Die andere Beschreibungsdimension ist die eines Annäherungs-Vermeidungs-Konflikts bezogen auf die Therapieziele.

<sup>3</sup> Bekannt durch Satir (1979).

<sup>4</sup> Radikalere Sichtweisen betonen hier die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten, der durch unpassende Angebote Widerstand auslösen kann (verstanden als ein Zeichen für mangelnde Kundenorientierung; vgl. De Jong & Kim Berg, 1998).

Margraf (1996) hält eine widerspruchsfreie Änderungsmotivation für eine Ausnahme in der therapeutischen Behandlung. In der Regel sei der Widerspruch zwischen dem Wunsch, sich zu verändern (aus dem Leidensdruck resultierend), und dem Wunsch, sich gerade nicht zu verändern (wegen des Krankheitsgewinns) vorhanden. Für einen adäquaten Umgang mit dem Widerstand empfiehlt Margraf<sup>5</sup> (ebd.) vier verschiedene Methoden:

- ◆ *Geleitetes Entdecken*  
Damit ist das Bemühen gemeint, sich dem Patienten gegenüber nicht als Besserwisser zu verhalten, der Fehler aufzeigt und kritisiert. Stattdessen sollte sich der Therapeut bemühen, den Patienten durch gezielte Fragen sich selbst entdecken zu lassen (interessant ist hier, dass immer wieder das Fragen als die hauptsächliche Form der Erzielung eines Erkenntniszuwachses angeführt wird). Das therapeutische Verhalten wird hier vom dozierenden oder überredenden Verhalten abgegrenzt.
- ◆ *Trennung von Entdecken und Verändern*  
Gemeint ist hier eine zeitliche Trennung solcherart, dass in der Phase, in der es um eine Identifizierung des problematischen Verhaltens geht, der Patient sich noch nicht unter Druck gesetzt fühlt, schon etwas an seinen Einstellungen oder seinem Verhalten zu verändern. Neben der Verminderung des Widerstandes dient dieses Vorgehen auch der Vermeidung von Überforderung oder Verwirrung.
- ◆ *Widerstandsmindernde Reihenfolge beim Korrigieren von Fehlinterpretationen*  
Damit ist das Bemühen des Therapeuten gemeint, vor allem bei kognitiven Änderungsprozessen die einzelnen Schritte so zu wählen, dass der Patient/Klient sie mitvollziehen kann. Es wird ein „allgemeines Korrekturschema“ für Fehlannahmen von Patienten empfohlen:
  1. Bestimmen *einer* Fehlinterpretation, die bearbeitet werden soll
  2. Einschätzung der Überzeugung, mit der die Interpretation geglaubt wird
  3. Sammeln aller Argumente, die *für* die Fehlinterpretation sprechen

<sup>5</sup> Er setzt dabei Umgang mit dem Widerstand mit Verminderung des Widerstandes gleich, wobei dies meines Erachtens erst mit der Motivation des Patienten abgestimmt werden müsste.

4. Sammeln aller Argumente, die *gegen* die Fehlinterpretation sprechen
5. Erstellen einer alternativen Erklärung für die Erfahrungen des Patienten
6. Argumente für die Alternativerklärungen (bisher besprochene und neue Argumente)
7. Einschätzung der Überzeugung der Fehlinterpretation
8. Einschätzung der Überzeugung der Alternativerklärung.

◆ *Ermutigen von Fragen und Zweifeln*

Ausgangspunkt für die Beachtung dieses Punktes ist die Erkenntnis/Erfahrung, dass das Ausmaß an Missverständnissen zwischen Therapeut und Patient auch bei scheinbarer Übereinstimmung doch weitaus größer ist, als lange im Rahmen der Verhaltenstherapie angenommen wurde.

#### 4.2 Lösungsorientierte und systemische Haltungen

Diese vorgenannten verhaltenstherapeutischen Herangehensweisen an die Gestaltung der Arbeitsbeziehung lassen sich meines Erachtens gut durch Ansätze v. a. aus der systemischen Therapie ergänzen und erweitern. Die dieser Sicht immanente Grundeinstellung und Interventionsplanung (vgl. Schweitzer, 1993, 2001; Miller & Rollnick, 1999; von Schlippe & Schweitzer, 1996) lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- (1) Kontextualisieren des *Arbeitsauftrages*:  
Dazu gehört zunächst die Klärung der Erwartungen: Wer will was von wem? Wann und wie lange? Wem zuliebe, wem zum Trotz? Wer wollte nicht kommen, hat sich aber herschleifen lassen? Warum gerade jetzt, warum gerade zu mir? Was soll ich nicht tun?  
Dazu gehört ferner, wie ich diese Erwartungen enttäuschen und wie ich sie erfüllen könnte (ob überhaupt?).
- (2) Kontextualisieren des *Klientenproblems*:  
Hier wird das Klientenproblem in einen raum-zeitlichen interaktionellen Rahmen gestellt: Aus welchen Verhaltensweisen besteht das Problem? Wer zeigt sie wem gegenüber, seit wann? Wie reagieren die anderen darauf? Wie reagiert der/die Erstere auf die Reaktionen der anderen? Wann und wem gegenüber tritt das Problem nicht auf?
- (3) Wiederentdecken von *Ressourcen*:  
Hier wird nach Situationen ohne Problem gefahndet: Wie sähe ein Leben ohne das Problem

aus? Wie sehen schon heute Ausnahmesituationen vom Problem aus? Was ist gut und sollte bewahrt werden?

- (4) Erstellen einer „Gebrauchsanweisung“ zur Erzeugung, Erhaltung oder *Verschlimmerung des Problems*:  
Wenn man nicht weiß, wie man aus einem Problem herauskommt, so weiß man doch meistens, wie man hineinkommt: Was müsste getan/gedacht werden, um das Problem bewusst herbeizuführen, zu verschlimmern oder zumindest aufrechtzuerhalten?
- (5) Anregen von *Zukunftsvisionen* durch hypothetische oder suggestive Fragen:  
Wie sähen zukünftige Lebensweisen mit oder ohne das aktuelle Problem aus? Welche schönen und nachteiligen Folgen hätte die Verabschiedung des Problems? Was wird geschehen, wenn nichts geschieht? Wer wird als Erster die Lust am Problem verlieren?
- (6) *Umdeuten* des Problems:  
Das Problem kann beispielsweise statt als Schicksalsschlag oder als Ergebnis mieser Absichten vielmehr als Loyalitätsgeschenk an Dritte, als Folge eines Missverständnisses, als guter Kompromiss zwischen zwei Seiten einer Ambivalenz angeboten werden.
- (7) *Bremsen* der Lust auf Veränderung:  
Durch den Kontext Therapie/Beratung und die positive Beziehung zum Therapeuten geraten manchmal die Gründe und Motive für das bisher gezeigte Verhalten „in Vergessenheit“ bzw. die Patienten möchten (voreilig) ein Freundschaftsgeschenk machen. Das würde zu wenig berücksichtigen, welche Nachteile eine dauerhafte Veränderung hätte, und etwaige „Rückschritte“ enttäuschender werden lassen.  
Man kann Klienten empfehlen, von der Problemlösung vorerst nur zu träumen, sie aber noch nicht in Angriff zu nehmen; das Problem vorläufig noch bewusst zu behalten; zunächst noch einmal eine „Vergangenheitsreise“ in alte Beziehungsmuster durchzuführen.
- (8) Spielen mit der *Ambivalenz*:  
Aus Respekt vor der grundsätzlich unterstellten Sinnhaftigkeit des bisherigen Verhaltens, vor den bisherigen Gründen und der bekannten Angst vor der Unvertrautheit mit der Zukunft folgert eine

Toleranz gegenüber dem Abwägen und Schwanken in Entwicklungsprozessen. Man kann bewusstes und kreatives Spielen mit ambivalenten Tendenzen anregen – z. B. an geraden Tagen der einen, an ungeraden der anderen Tendenz nachzugehen.

## 5. Schlussbemerkungen

Durch das Nutzen und In-Verbindung-Bringen von verschiedenen Therapie-Ansätzen, was auch Unterschiede in der Auslegung der Therapeutenrolle beinhaltet, können PsychotherapeutInnen flexibel und „passender“ handeln (Brentrup, 2002). Ein überwiegend konkurrierendes oder „kolonialisierendes“ Schulendenken verspielt diese Chancen. Die alte Diskussion, ob die therapeutische Beziehung nun Methode oder Haltung sei, kann mit einem klaren Sowohl-als-auch beantwortet und nutzbringend weitergeführt werden. Dies ist insbesondere bei der Motivationsklärung in der Arbeit mit Eltern hilfreich.

## Literatur

- Brack, U.B. (2001). Bezugspersonen als Kotherapeuten. In G. W. Lauth, U.B. Brack & Linderkamp, F. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 578–584). Weinheim: Beltz.
- Brentrup, M. (2002). Selbstsorge und self-care. Über den Zusammenhang zwischen Helfen, Gesundheit und Wirksamkeit von PsychotherapeutInnen. *Systema*, 1, 50–64.
- Caspar, F. (1982). Widerstand in der Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 451–454). Weinheim: edition psychologie.
- De Jong, P. & Kim Berg, I. (1998). *Lösungen (er-)finden*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- de Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & K. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215–244). München: Roettger.
- Hoffmann, N. (1996). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1* (S. 251–260). Berlin: Springer.
- Hubble, M.A., Duncan, B. L. & Miller, S. C. (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 12–20.
- Lambert, M.J. (Hrsg.). (2004). *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley & Sons.
- Levold, T. (2002). Elternkompetenzen. *Systema*, 16(1), 2–12.
- Margraf, J. (1996). Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1* (S. 271–284). Berlin: Springer.
- Marschner, L. (2001). Elternberatung. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 456–463). Stuttgart: Thieme.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Omer, H. & Schlippe, A. von (2002). *Autorität ohne Gewalt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 307–389). New York: Wiley & Sons
- Pleyer, K. H. (2004). „Parentale Hilfflosigkeit“. *Familiendynamik*, 4, 467–491.
- Rotthaus, W. (1984). Stärkung der elterlichen Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 33(3), 88–94.
- Rotthaus, W. (Hrsg.). (1987). *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Rotthaus, W. (1999a). Kundenorientierung in der stationären systemischen Psychotherapie. Vom Kontext des Versagens zum Kontext der Kompetenz. In W. Burr (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen* (S. 159–170). Dortmund: Borgmann.
- Rotthaus, W. (1999b). *Wozu erziehen?* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Satir, V. (1979). *Familienbehandlung*. Freiburg: Lambertus.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2001). Kompetente jugendliche Kunden und Familien als kotherapeutische Helfersysteme. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 313–359). Heidelberg: Carl-Auer.

- Schweitzer, J. (1993). Systemische Ansätze in Beratungsdiensten. In K. Hahn & F.-W. Müller (Hrsg.), *Systemische Erziehungs- und Familienberatung* (S. 15–26). Mainz: Grünewald-Verlag.
- Schweitzer, J. (2001). Die Förderung von Kooperation und die Koordination von Helfersystemen und betroffenen Familien: Eine systemische Herausforderung. In A. von Schlippe, G. Lösche & C. Hawallek (Hrsg.), *Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs* (S. 276–291). Münster: Votum.
- Unverzagt, G. (2004). Lotsenhilfe für Eltern. *Psychologie heute compact*, (Heft 11), 42–45.
- Warnke, A., Beck, N. & Hemminger, U. (2001). Elterntrainings. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. II* (S. 631–656). Tübingen: dgvt-Verlag.

### Zum Autor

*Martin Brentrup*, Diplom-Psychologe; seit 1992 Praxis für Psychotherapie, Beratung und Supervision; Approbation und Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut (VT), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT); Supervisor (BDP, KBV für VT und TP). Ausbildungen in systemischer Familientherapie (Weinheim), Gesprächspsychotherapie (GwG), Verhaltenstherapie (IVO).

Veröffentlichungen zu den Bereichen: Systemische Therapie und Sucht, geschlechtsspezifische Aspekte in Therapien, Diagnostik in Familien, reflektierendes Team als Methode in der Praxis, Burnout und Selfcare, Lernen und Therapie, Paartherapie, Verbinden von Ansätzen in der Praxis und Ausbildung.

### Korrespondenzadresse

*Martin Brentrup*  
Psychologische Praxis  
Schloßstr. 49  
49080 Osnabrück