

Zwangskontexte konstruktiv nutzen

Marie-Luise Conen

Zusammenfassung

Therapeuten und Berater sind vielfach ratlos im Umgang mit „unmotivierten“ Klienten. Die systemische Therapie hat durch das Konzept der „De-Triangulation“ einen konstruktiven und hilfreichen Zugang entwickelt zu Klienten, die in „Zwangskontexten“ unfreiwilligerweise Kontakt aufnehmen müssen. Wesentliche Prämissen dieses Konzeptes, wie Funktionalität der Skepsis und des Misstrauens der Klienten, sowie Hoffnungslosigkeit in Hinblick auf die Veränderbarkeit von Problemsituationen werden ebenso dargestellt wie die Möglichkeit der Auflösung der Dilemmata für Therapeuten und Berater durch „widersprüchliche“ Aufträge der Auftraggeber „Kostenträger“ und Klienten.

Schlüsselwörter

Zwangskontext, Unfreiwilligkeit, unmotivierte Klienten, Hoffnungslosigkeit, Therapieauflagen, Auftragsklärungsdilemma, widersprüchliche Aufträge, Auftraggeber

Eine kleine Begebenheit zu Beginn: Zu Beginn eines Workshops auf einem Psychotherapie-Kongress, über „Zwangskontexte“ und „unmotivier- te“ Klienten, erfahre ich auf meine Frage nach den Arbeitsfeldern der Teilnehmer zunächst mir vertraute Kategorien: Jugendhilfe, Strafvollzug, stationäre Psychiatrie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Rehabilitationseinrichtung, psychosomatische Klinik, Suchtberatung, Aidsberatung, verkehrspsychologische Praxis. Ungefähr die Hälfte der zahlreichen Teilnehmer hatten sich jedoch noch nicht zugeordnet und ich erfuhr, dass diese aus psychotherapeutischen Praxen stammten. Ihre Motivation zur Teilnahme bezogen sie aus der Ratlosigkeit im Umgang mit Patienten und Klienten, die ihnen nach In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes von Hausärzten und Fachärzten in ihre psychotherapeutische Praxis überwiesen werden: Ich bin von meinem Arzt geschickt worden!

Während es für viele Therapeuten und Berater in anderen Arbeitsfeldern zum Alltag gehört, dass Klienten bzw. Patienten ohne Motivation mit ihnen in Kontakt treten oder gar durch Dritte gezwungen werden, eine Therapie oder Beratung in Anspruch zu nehmen, ist dies für Psychotherapeuten in ihren Praxen ein neues, wenn auch zunehmend drängenderes Thema. Traditionelle Konzepte (Petzold 1981) zum Umgang mit „widerständigen“ Klienten und Deutungen von Widerstand werden als nicht mehr so hilfreich erlebt und Offenheit für neue Konzepte entsteht.

Freiwilligkeit und Motivation

Zentraler Bestandteil vieler Konzepte ist die Forderung nach „Freiwilligkeit“ und Motivation der Klienten zu einer Therapie bzw. Beratung. Doch ist diese Forderung zunehmend infrage zu stellen, denn nicht selten führte sie dazu, dass Therapeuten und Berater bestimmte Klienten bzw. Klientengruppen von sich fern halten konnten: So war es oftmals nicht erforderlich, sich mit divergierenden und ggf. auch devianten Haltungen, Verhaltensweisen und Lebensbedingungen von Klienten auseinander zu setzen. Die Arbeit mit diesen Klientengruppen konnte man anderen professionellen Helfern überlassen. Wer sich „Freiwilligkeit“ auf die Fahne geschrieben hatte, fand sich nicht mit der Notwendigkeit konfrontiert, mögliche andere Formen der Arbeit mit den Klienten zu entwickeln, selbst andere Perspektiven einzunehmen. Oftmals konnte den Klienten in gewisser Weise die Schuld gegeben werden, Fortschritte seien nicht möglich, da sie „nicht motiviert“ seien.

Diese Entwicklung führt dazu, dass Therapeuten und Berater, die in Arbeitsfeldern tätig sind, in denen Klienten in der Regel unfreiwillig zu Gesprächen kommen oder aufgesucht werden müssen, sich oft nicht wohlfühlen. Sie „träumen“ vom Wechsel in ein Arbeitsfeld, in denen die Klienten „motiviert“ sind. Das Bestreben sich aus solchen Kontexten zurückzuziehen, lässt die vielfältigen Chancen und Möglichkeiten außer Acht, die in der Arbeit mit „unmotivierten“ Klienten liegen. Ferner werden dabei verschiedene Überlegungen zur „Unfreiwilligkeit“ von

Klienten nicht ausreichend berücksichtigt.

So ist zu überlegen, welche Bedeutung die Inanspruchnahme von Hilfe haben kann. Die meisten Menschen haben den Anspruch, ihre Probleme selbst meistern zu wollen, so kann die Einbeziehung eines professionellen Außenstehenden kränkende Aspekte beinhalten. Viele haben auch eine ausgesprochen negativ geprägte Haltung gegenüber Psychotherapie, sicher auch in Reaktion auf den Anspruch nicht weniger Therapeuten insbesondere in der Medienöffentlichkeit, auf ihre Deutungshoheit in Bezug auf Ereignisse, Erlebnisse und Denkweisen der Klienten zu bestehen.

Hoffnung und Skepsis

So lässt die Forderung nach „Freiwilligkeit“ von Klienten außer Acht, dass diese **Gründe** haben für ihre Zurückhaltung, Skepsis oder gar Ablehnung. In der Regel setzen professionelle Helfer voraus, dass die Menschen, mit denen sie an der Verbesserung ihrer psychischen, physischen und sozialen Situation arbeiten (wollen), auch die **Hoffnung** haben, dass positive Veränderungen möglich sind. Dieses ist jedoch – vor allem bei „unmotivierten“ Klienten – nicht immer der Fall.

Vielfach sehen Klienten nämlich keine oder nur reduzierte Zukunftsperspektiven sowie eingeschränkte Möglichkeiten zur Veränderung ihres Lebens bzw. von Teilbereichen. Daraus resultiert eine hohe Skepsis und Misstrauen gegenüber Veränderungen und Angeboten zur Hoffnung auf Veränderung. Sie sind zurückhaltend gegenüber den Hoffnungen, die professionelle Helfer qua Existenz und Funktion in die Begegnung einbringen. Zu oft bedeuten für Klienten Veränderungen, „vom Regen in die Traufe“ zu geraten und eher eine Verschlechterung ihrer Situation zu erleben. Dazu tragen neben eigenen „erfolglosen“ Problemlösungsversuchen, auch in gewissem Maße professionelle Helfer bei. Deren Optimismus und Hoffnung kann Klienten dazu „verführen“, neue, andere Formen der Problemlösung zu erproben, ohne ausreichend schon im Vorfeld auf mögliche „Rückschläge“ und „Rückfälle“ (Simon u. Weber 1992) vorbereitet zu sein.

Hoffnungen sind aufgrund negativer Erfahrungen und zum Schutz vor weiteren Verletzungen reduziert: Entwickelt

man Hoffnung, kann man erneut enttäuscht werden. Nach außen hin werden Skepsis und Pessimismus demonstriert, um gegenüber Fehlschlägen oder Stillstand gewappnet zu sein. Zudem können mit dieser Haltung unerwünschte Begleiterscheinungen von Veränderungen abgefedert werden. So hilft sie, das Scheitern einer Therapie oder Beratung zu „überleben“. Die Verantwortung für das Ergebnis liegt bei anderen, nicht bei dem „unmotivierten“ Klienten (Conen 1999).

„Hoffnungslosigkeit“ kann daher als sinnvoll und funktional für den Klienten betrachtet werden. Eine solche Sichtweise erlaubt es dem Therapeuten, die gegebene Situation zum Ausgangspunkt der Arbeit zu nehmen. Vertrauen und eine tragfähige Arbeitsbeziehung werden nicht zu Beginn vorausgesetzt, vielmehr wird das Misstrauen als berechtigt, die Skepsis als bedeutsam und der Pessimismus als nützlicher und wichtiger Stützpfiler vor allem zu Beginn der therapeutischen Arbeit betrachtet (Conen 1999, 2002). Daher ist vor allem in Situationen, in denen Therapeuten mit „nicht motivierten“ Klienten konfrontiert sind, wichtig zu sehen, dass aus der bestehenden Hoffnungslosigkeit heraus auch **kein Anliegen oder Bedarf nach Veränderungen** formuliert werden kann.

In Zwangskontexten bzw. in Kontexten, in denen Klienten „unfreiwilligerweise“ mit Therapeuten oder Beratern sprechen (müssen), „delegieren“ sie in gewisser Weise die Formulierung des Anliegens an Außenstehende. Indem Außenstehende auf die Notwendigkeit von Veränderungen im Verhalten oder in den Einstellungen und Haltungen hinweisen (können/müssen), entbindet sich der Klient zunächst von der Verantwortung für das Gelingen oder Nichtgelingen von Veränderungsbestrebungen und -zielen. Durch die Forcierung von Veränderungen von außen ist es dem Klienten möglich, sein „Gesicht zu wahren“: kein Anliegen zu haben und sich gleichzeitig doch in einen Veränderungsprozess zu begeben, dessen Ergebnis er auf dem Hintergrund seines bisherigen Erlebens mit Skepsis abwarten kann. Auf diesen Prozess bezogen hat Mara Selvini Palazzoli (Cirillo u. Di Blasio 1992) zutreffend beschrieben: „Es gilt Abschied zu nehmen von der Erwartung, ... dass die Menschen aus einer **echten** Motivation heraus unsere Hilfe ‚freiwillig‘ in Anspruch nehmen... Wir müs-

sen zunächst das Bedürfnis nach Veränderung wecken.“

Systemische Therapie in Zwangskontexten

Kontexte, in denen Klienten gezwungenermaßen mit Therapeuten und Beratern zusammenarbeiten müssen, tragen oft zur Entstehung der Idee bei, das (unerwünschte) Verhalten und die Einstellungen von Menschen als steuerbar und erzwingbar anzusehen. Einer der wichtigsten Ausgangspunkte systemischer Therapie und Beratung ist die Nichtinstruierbarkeit von Menschen in ihren inneren Zuständen und Prozessen (Maturana u. Varela 1987). So galt es für systemische Therapeuten und Berater lange als ethisch nicht vertretbar, Menschen zu „ihrem Glück zu zwingen“, sodass auch sie eine Arbeit mit „unmotivierten“ Klienten ablehnten und sie aus den Gesprächen entließen, bis sie die notwendige Motivation für Therapie und Beratung zeigten.

Dies trug dazu bei, dass systemische Therapeuten und Berater ebenfalls wenig bei diesen Klienten ausrichten konnten, bis die Diskussion über ein konstruktives Nutzen von Zwangskontexten (Pleyer 1996, Conen 1996) eine Wende einleitete. Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist der Fokus auf die unterschiedlichen Problemdefinitionen. Menschen zeigen Verhaltensweisen, die Dritte (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Gericht, Jugendamt u.ä.) herausfordern, diesen Menschen Veränderungen nahe zu legen bzw. gar aufzuzwingen. Ein Fahrer, der sich wegen Trunkenheit am Steuer einer Gruppentherapie unterziehen muss, ist vor allem darüber „motiviert“, an dieser Gruppentherapie teilzunehmen, dass er seinen Führerschein wiedererhalten möchte. Ein Sexualstraftäter nimmt an einer Therapie teil, um Erleichterungen im Strafvollzug oder ggf. eine vorzeitige Entlassung zu erreichen. Eine Mutter nimmt eine Familientherapie in Kauf, wenn sie verhindern will, dass ihre Kinder in einem Heim untergebracht werden. Ein 40-jähriges Mobbingopfer erhält nach Ablehnung eines Antrags auf Erwerbsunfähigkeitsrente die Empfehlung, sich einer stationären Psychotherapie zu unterziehen.

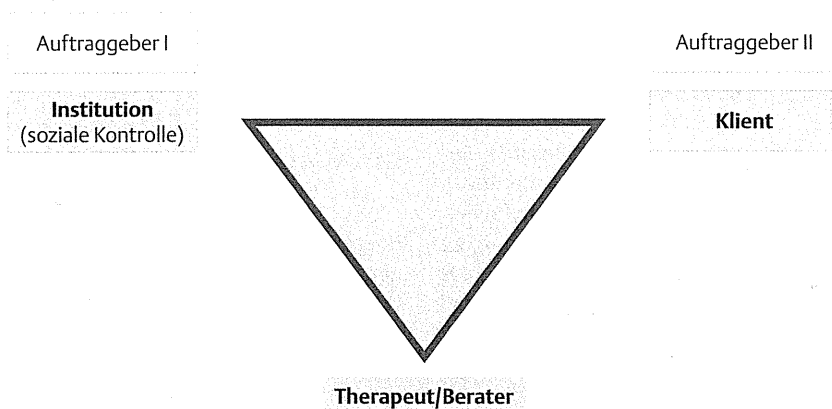


Abb. 1 Triangulation/De-Triangulation

Die Motivation der Klienten ist eine andere als die Motivation derer, die die jeweiligen Verhaltensweisen auf der Grundlage von Gesetzen, Rechtsprechung oder Vorschriften kritisieren. Institutionen, die ein Mandat des Staates für die „Einmischung“ in die Lebensweise der Klienten haben, können diesen Privilegien und Rechte entziehen, Verhaltensänderungen einfordern und bei Nichtveränderung negative Sanktionen verhängen.

Therapeuten und Berater stellen in diesem Zusammenhang Auftragnehmer sowohl von diesen Dritten (z.B. Krankenkasse), als auch von Klienten dar. Der Auftrag zur Veränderung, der an den Klienten gerichtet ist, wird von einer Institution erhoben, die mit einem entsprechenden Mandat ausgestattet ist. Diese Institution und deren Aufträge sind in der Regel Teil der Vereinbarungen und Regelungen, auf deren Basis die Leistung des Therapeuten bzw. Beraters finanziert wird. Ist sich der Therapeut dessen bewusst, dass er sich in einem Dreieck befindet, das aus Auftragnehmer I (Institution der sozialen Kontrolle), dem Auftragnehmer II (Klient) und ihm (Therapeut) selbst besteht, kann er diese Situation konstruktiv nutzen (s. Abb. 1).

Das Dilemma, das sich einem Therapeuten in der Regel stellt, ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass er entweder der Problemdefinition von Auftraggeber I zustimmt (bzw. aufgrund seiner Aufgabenstellung zustimmen muss) oder eine eigene Problemdefinition (Deutungshoheit) einbringt, gleichzeitig jedoch von Auftraggeber II (dem Klienten) erwartet, dass er diese Problemdefinition übernimmt. Damit wird außer Acht ge-

lassen, dass der Klient – wie oben beschrieben – eigene und auch andere Interessen und Einstellungen hat, die ihn zu anderen Definitionen der Situation bzw. des Problems führen können.

Aus systemischer Perspektive stellt sich ein Dilemma als nicht lösbar dar. Bestehen Institution der sozialen Kontrolle und Klient jeweils auf ihrer Sichtweise, ist es nicht möglich, diese zwickmühlenartige Situation aufzulösen. Wenn sie jedoch nicht lösbar scheint, findet die Kommunikation der beiden Gesprächspartner – Therapeut und Klient – mittels Metakommunikation (Watzlawick u. Mitarb. 1969) über diese Situation statt, die nicht lösbar erscheint.

- So können Gruppentherapeut und führungsscheinloser Autofahrer in der

Gruppentherapie über die Ungerechtigkeit sprechen, dass **gerade er** kontrolliert wurde und für wie schikanös er dies alles betrachtet – gleichzeitig kann der Therapeut mit dem Klienten darüber sprechen, was er tun möchte, um den Richter bzw. den Verkehrspsychologen (MPU) davon zu überzeugen, dass er den Führerschein zu-rück erhalten kann.

- Der Sexualstraftäter mit seiner Klage über die „verführerische“ Tochter und die voreingenommenen Mitarbeiter im Jugendamt kann Gehör finden und sich dennoch letztlich damit auseinander setzen (müssen), dass er bestimmte Verhaltensweisen (und möglicherweise Impulse) nicht mehr zeigen darf. Er kann daher gemeinsam mit dem Therapeuten daran arbeiten, die Außenwelt davon zu überzeugen, dass man von ihm glaubhaft annehmen kann, dass er keine weiteren Straftaten begehen wird.
- Die Mutter, die ihre Kinder misshandelt hat und wütend auf die Misshandlungen von Nachbarn gegenüber deren Kindern hinweist, sowie die ungerechtfertigte zentrierte negative Aufmerksamkeit der Jugendamtsmitarbeiterin auf ihre Familie kritisiert, muss sich ebenfalls damit auseinandersetzen, wie sie das Jugendamt davon überzeugen kann, dass sie keine weitere Kontrolle und damit verbundene Hilfe mehr benötigt.

Fazit

Aus diesen Beispielen ist ersichtlich, dass es von zentraler Bedeutung ist, dass der Therapeut bzw. Berater beide Sichtweisen – Institution der sozialen Kontrolle und Klient – als **berechtigt** in die Arbeit einbezieht und sich als **Unterstützer und Ermöglicher von Kommunikation** zwischen der Institution der sozialen Kontrolle und dem Klienten einbringt. Dies gilt auch und vor allem für Kontexte, in denen der Therapeut bzw. Berater selbst Teil der Kontrolle einer Institution darstellt, wie z.B. Psychologe im Strafvollzug. Auch und vor allem in diesen Kontexten ist es nützlich, wenn der Therapeut die Normen und Regeln dieser Institutionen in seine Interventionen einbezieht und den Klienten gleichzeitig in seiner Autonomie ernst

nimmt, da dieser das Ergebnis der Auseinandersetzung um die Einhaltung der normativen Erwartungen (in weiten Teilen) selbst bestimmt.

Es geht also im Kern darum, in der Arbeit in Zwangskontexten bzw. mit Klienten, die unfreiwillig mit Therapeuten und Beratern arbeiten müssen, die **Zahl der Möglichkeiten zu vergrößern** (v. Förster 1985). Dadurch wird es möglich, die Triangulation in dem bestehenden Dreieck umzuformen. Durch die angewandte De-Triangulation wird erreicht, neue Handlungsoptionen zu eröffnen im Umgang mit scheinbar festgefahrenen Situationen, in denen die Motivation für Veränderungen nicht oder nur sehr begrenzt besteht.

Denkweisen, die helfen können, „Zwangskontexte“ konstruktiv zu nutzen können etwa sein:

- Wie können wir Ihnen helfen mich wieder loszuwerden? (Conen 1996)
- Was müssten Sie tun, um den Richter von Ihrer Sichtweise zu überzeugen?
- Was könnte andere veranlassen, Sie weniger zu kontrollieren?
- Was müsste geschehen, dass Sie in Ruhe gelassen werden?
- Was könnten Sie tun, dass ich Ihnen auch nicht (mehr) glaube?
- Wer könnte dazu beitragen, dass Ihre Situation noch schwieriger wird?
- Wohin müssten Sie umziehen, sodass der Richter keinen Einfluss auf das strittige Umgangsrecht nehmen kann?

Zur Autorin

Marie-Luise Conen

Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., M. Ed (Temple University), Dr. phil., Studium der Psychologie und Erziehungswissenschaft in Berlin, Studium der Gruppentherapie/pädagogischen Psychologie in Philadelphia. Weiterbildungen in Familientherapie, systemischer Therapie und Supervision. Leiterin des Context-Instituts für systemische Therapie und Beratung, Berlin. Systemische Therapeutin, Supervisorin und Fortbilderin. 1993–2000 Vorsitzende der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie. Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie.

Zahlreiche Veröffentlichungen zu Familientherapie, Familienhilfe, Jugendhilfe, Delinquenz, sexuellem Missbrauch, Frauen-/Mädchensozialarbeit, Schuldnerberatung und Supervision.

Korrespondenzadresse:

Dr. Marie-Luise Conen
Heinrich-Seidel-Straße 3
12167 Berlin



Literatur

- 1 Cirillo S, Blasio P Di. Familiengewalt. Ein systemischer Ansatz. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992
- 2 Conen M-L. „Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder loszuwerden?“ Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. Zeitschrift für systemische Therapie 1996; 14: 178–185
- 3 Conen M-L. „Unfreiwilligkeit“ – ein Lösungsverhalten. Familiendynamik 1999; 24 (3): 282–297
- 4 Conen M-L. Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag, 2002
- 5 Förster H von. Sicht und Einsicht. Braunschweig: Vieweg, 1985
- 6 Maturana HR, Varela FJ. Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern, München: Scherz, 1987
- 7 Petzold H (Hrsg.). Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 1981
- 8 Pleyer K-H. Schöne Dialoge in hässlichen Spielen? Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. Zeitschrift für systemische Therapie 1996; 14: 86–89
- 9 Simon FB, Weber G. Vorfall oder Rückfall. Über den systemischen Umgang mit wiederkehrenden Verhaltensweisen. Familiendynamik 1992; 17 (1): 93–99
- 10 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen und Paradoxien. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber, 1969