

Therapeutisches Leitmotiv als Macht der Therapie¹

Zusammenfassung: Es werden an Hand der hier dargestellten schwierigen Klientin-Therapeutin-Beziehung subjektive Leitmotive von Therapeutinnen untersucht, welche professionelle Gesprächssituationen implizit beeinflussen. Gezeigt wird, dass TherapeutInnen ihre subjektiven Affektmuster und emotionalen Betroffenheiten in die therapeutische Beziehung einbringen können. Ein offener Umgang mit der Machtposition von TherapeutInnen erhellt die therapeutischen Aufträge im Problemsystem.

Donald Spence, ein narrativer Psychoanalytiker, der den noch jungen Harry Goolishian analysierte, sprach von einer „persuasiven“— also einer „überzeugenden“ Wahrheit, einer Interpretation, die Andere schnell überzeugt. Ich will hier die Frage stellen, ob wir bei unserem therapeutischen Handeln ohne eine solche persuasive KRAFT auskommen. Damit verbinde ich die Frage, welche Art von MACHT wir als Psychotherapeuten haben, und schließlich, wie wir als PsychotherapeutInnen in unserer Praxis subjektiv – als Subjekte – funktionieren. Dazu nehme ich das therapeutische Feld in den Blick: Die Klienten und die Kräfte, die sie zu uns treiben; uns Therapeuten, und was uns treibt, diesen Beruf auszuüben; auch die Institutionen, in deren Auftrag wir arbeiten, ausgestattet mit einem gewissen sozialen und kulturellen Kapital; schließlich die diskursiven Zuschreibungen dessen, was wir tun sollen und was wir können.

Dieser Vortrag wird nicht all zu akademisch werden. Ich neige eher dazu, solche Fragen an Beispielen aus der Praxis zu erörtern und wähle dazu eines aus meiner Arbeit am Wiener Institut für Ehe- und Familientherapie.

Als ich Frau Bondy und ihrem achtjährigen Sohn Julian das erste Mal begegne, weiß ich zunächst nicht, was sie veranlasst hat, eine Therapeutin zu suchen, und was sie ausgerechnet an unser Institut in der Praterstraße geführt hat. Laut Voranmeldung ist sie vom Jugendamt an uns empfohlen worden.

Ich merke bald, dass Frau Bondy einen merkwürdigen Gesprächsstil pflegt. Sie spricht abgehackt, ihr Blick ist zum Boden gewandt; in der ersten Stunde ist ein häufiger, ihr offenbar wichtiger Satz: Sie suche eine Therapie für Julian, denn sie Sorge sich um ihn: Er spiele mit dem Gedanken, sich umzubringen. Als Beleg dafür zitiert sie seine Aussage, er wolle „zum lieben Gott in den Himmel ziehen“.

Julian sieht seinen Vater nur sehr selten. Der Vater ist verheiratet und hat Kinder aus seiner Ehe. Vor einem Jahr hat sich Frau Bondy von einem Lebenspartner getrennt, an dem Julian sehr gehangen sei. Es folgten zwei intime Beziehungen mit Männern. Frau Bondy wurde erneut schwanger, weiß aber

¹ Schriftliche Fassung eines Vortrags auf dem ÖAS-Kongress „Spiegelblicke. (Ein)Sichten systemischer TherapeutInnen“, 18.-20.9.2003 am Semmering in Österreich

nicht, von welchem Mann. Zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs ist das zweite Kind - Max - zwei Monate alt.

Mit 37 Jahren wohnt Frau Bondy noch immer bei der Mutter. Der Vater ist vor einigen Jahren gestorben. Die Tochter beschuldigt die Mutter, ihr schon einige Liebhaber ausgespannt zu haben.

Julian ist ein ruhiges, gleichmütiges Kind, feingliedrig und sehr hübsch. Er hat pechschwarze Haare und blaue Augen. Er habe kein ernstes Problem, er komme mit der Mutter nur mit, sagt er. Noch immer weiß ich nicht, ob Frau Bondy aus eigenem Antrieb eine Therapeutin gesucht hat, oder ob sie etwa vom Jugendamt zu uns geschickt worden ist. Jetzt möchte ich mit dem Buben in Kontakt kommen, ohne dass die Mutter dabei ist, die ständig für ihn redet.

Ich frage Julian nach längerem „Joinen“ nochmals, ob er irgendwelche Schwierigkeiten habe, die er mit mir besprechen möchte. Doch wieder beteuert er, kein Problem zu haben. Hingegen leide seine Mama unter dem Verlust der Beziehung zu ihrem letzten Freund. Mutter und Sohn teilen mir also *spiegelverkehrte Aufträge* mit, die jeweils den Anderen betreffen. Doch wie kann ich am Auftrag der Mutter arbeiten, ohne den Buben zu übergehen, und wie kann ich am Auftrag des Buben arbeiten, wenn die Mutter keinen eigenen Leidensdruck angibt?

Die erste Stunde geht zu Ende. Zum Schluss konnotiere ich, eine systemische Routine, das Verhalten von Mutter und Sohn *positiv*. Ich hebe Frau Bondys Besorgtheit hervor. Dann versuche ich, Julian für die Mutter zu „normalisieren“, indem ich seinen Satz, er wolle „zu Gott in den Himmel ziehen“, zu der altersgerechten Ressource umformuliere, er wolle sich in seiner Phantasie irdischen Unannehmlichkeiten entziehen.

An Julian gewandt, hebe ich dessen Ruhe und Selbstsicherheit hervor. Das stimmt weitgehend mit meinem inneren Monolog überein. Bei aller Merkwürdigkeit, die seine Mutter auf mich ausstrahlt, erweist er sich im Gespräch als kompetent und zielsicher in seinen Antworten. Gleichzeitig spüre ich *Unbehagen* bei dem Gedanken, dass er noch einige Jahre mit dieser Mutter zusammenleben wird.

Als erfahrene Therapeutin denke ich, dass es auch in diesem Fall - wie so oft - keine einfache oder klare Lösung geben wird. Der Bub hängt an seiner Mutter und sie an ihm. Eine Spirale der Kommunikation der professionellen Helfer könnte *stigmatisierend* wirken, eine zunehmende Veröffentlichung der Probleme könnte sogar eine Kindesabnahme nach sich ziehen. Ich spüre ganz stark: Da möchte ich nicht mitmachen.

Alle diese Überlegungen auf der Therapeuten-Spur meines *Dual Track Thinking* machen mich geneigt, mein *commitment* einzuschränken. Das geschieht in der Folge nicht nur verbal, sondern auch durch die Art, wie ich den Klienten entgengetrete, mit welcher Bestimmtheit im Ton ich die nächste Sitzung aushandle, und so weiter.

Im Anschluss an die erste Therapiestunde führe ich mit einigen StudentInnen, die während der Stunde hinter dem Spiegel sitzen, ein reflexives Gespräch. Als Lehrtherapeutin gerate ich dabei in eine schwierige Lage: Denn während ich durchaus systemisch *gehandelt* habe, ist mein *innerer Monolog* nicht lupenrein

systemisch verlaufen. Ich muss zugeben, Frau Bondy innerlich recht bald als eine „psychiatrische Patientin“ identifiziert zu haben. Ich habe also etwas gedacht, was gegen die Regeln der systemischen Therapie verstößt. Es ist mir klar, warum ich so dachte: Ich habe eine langjährige Praxis an psychiatrischen Kliniken hinter mir. Ein Stück meiner Berufsbiographie hat mich auf diesen nicht systemischen Gedanken gebracht.

Doch geht es mir nicht um eine lässliche methodische Sünde, wenn es denn eine ist, sondern um die Frage, welche Folgen eine solche Kategorisierung für den weiteren Gang der Therapie hat. Still und heimlich machte ich aus der Klientin eine *Patientin*. Ich formulierte *ihren Auftrag* um, etwa in der folgenden Art: Einerseits sieht sich Frau Bondy nicht als primärer Fokus der Therapie. Andererseits glaubt sie, dass sie „krank“ sei, sonst würde sie nicht regelmäßig zum Psychiater gehen. Zu mir treibt sie die Sorge, dass sie mit ihren Eskapaden ihrem Kind nicht gut tut und sie projiziert das in den schon erwähnten Satz von Julians Himmelfahrt.

Im Lauf ihrer langjährigen Kommunikation mit Professionellen hat sie gelernt: Ich möchte nichts unterlassen, was Hilfe bedeuten könnte. Allerdings weiß sie nicht, was ihr hilft (der psychiatrische Diskurs spricht von „Compliance“ / Einwilligung). Ist ihr Wollen vom Wollen jener, die sie verändern wollen unterscheidbar? Dazu fällt mir das von Fritz Simon (1986) beschriebene Paradoxon ein, dass psychiatrische Patienten oft von Institutionen zur Autonomie getrieben und gleichzeitig in der Abhängigkeit gehalten werden. Doch auch ich als systemische Therapeutin muss mich fragen: Wird eine systemische Therapie die Autonomie oder die Abhängigkeit dieser Frau erhöhen?

Ein zweites Gespräch nach der Sommerpause verläuft redundant. Ich erfahre nichts Neues. Nur Max, das Baby, ist diesmal mit dabei, verschläft allerdings die gesamte Stunde in seinem riesigen Kinderwagen. Das Beste was er tun kann, denke ich. Der Zufall ergibt, dass Julian im Wartezimmer mit einem Kind Karten spielt und erst später ins Therapiezimmer kommt. Frau Bondy beklagt sich erneut, ihre Mutter mische sich in ihr Sexualleben ein und mache ihr ihre Liebhaber „abspenstig“. Sie könne allerdings nicht *beweisen*, dass sie mit ihnen schlafe. Sie werde die Mutter verlassen und sich eine eigene Wohnung nehmen. Der Weg dazu führt – naheliegend – über einen Mann, den sie eben kennen gelernt hat. Und so fort.

Während ich Frau Bondy zuhöre, horche ich auf meine Gefühle. Ich bin froh, dass Julian draußen Karten spielt und das alles nicht mit *anhören* muss. Sobald Julian in das Zimmer tritt, sucht seine Mutter wieder ein Problem für ihn. Diesmal findet sie, dass er in letzter Zeit viel zu viel Playstation gespielt habe, er sei schon ganz *bläss*. Meine innere Stimme rumort: „Das darf ja wohl nicht wahr sein, schon wieder hängt sie ihm ein Pseudoproblem an!“ Es gelingt mir eine ironische Bemerkung: Dann sei er ja einer der ganz wenigen, die diesen Sommer *bläss* überstanden haben. Frau Bondy lächelt und anerkennt wortlos, dass es diesem ‚Problem‘ an Schwere mangelt. Sie will es mir ja auch recht machen, denn sie braucht mich als Verbündete gegen die Mutter und - wie sich später noch zeigen wird – auch gegen die Sozialarbeiterin.

Dann redet sie weiter: Julian benötige vielleicht eine *Kindertherapie*, es stecke soviel in ihm drinnen, das habe sie auch *dem Psychiater* schon gesagt. Und überdies müsse sie hier heute ganz pünktlich aufhören, um rechtzeitig zum *Jugendamt* zu kommen.

Dann bringt Frau Bondy die Sprache wieder auf ihre Mutter. Sie wolle nicht, dass ihre Mutter künftig an der Therapie teilnehme. Sie mische sich auch so schon viel zu viel in alles ein. Wieso kommt Frau Bondy auf diesen Gedanken, wer hat ihr gesagt, dass sie die Mutter mitbringen soll? Der Psychiater, das Jugendamt?

Mir schwirrt der Kopf und meine Einstellung schwankt: Ich verstehe, dass sich Frau Bondys Mutter Sorgen um die sexuelle Freizügigkeit ihrer Tochter macht. Ich verstehe allerdings auch, dass sich Frau Bondy nicht ernst genommen fühlt. Vor allem aber halte ich all dieses Reden vor Julian nicht für gut. Ich erkenne: *Das Setting ist falsch*.

Ich bitte Frau Bondy, den Raum zu verlassen und draußen zu warten. Ich rede mit Julian und frage ihn dann, ob er sich vorstellen könnte, dass ihm eine *Spieltherapie* – er alleine mit einer Therapeutin – Spaß machen könnte. Ich denke mir, wenn es ihm Spaß macht und seine Mutter und die Großmutter beruhigt, warum denn nicht... eine Spieltherapie wird ihm nicht schaden, eine systemische Therapie mit Mutter und Großmutter hingegen schon! Doch zum ersten Mal wird Julian *vehement*: Es gehe ihm gut, er liebe seine Oma und seine Mama, er finde nicht, dass die Oma und Mama zuviel streiten, er möchte weiterhin mit beiden wohnen. Er sei auch künftig bereit, mit der Mutter in die Therapiestunde zu kommen. Nur alleine zu einer Therapeutin wolle er nicht.

Ich bitte die Mutter wieder herein. Neuerlich versuche ich – systemisch routiniert –, ihr die Sorge um Julian zu nehmen, indem ich seine Ruhe und seine Kompetenzen hervorhebe. Dann sage ich, dass mir das Angebot unseres Instituts (für Ehe- und Familientherapie) nicht das richtige zu sein scheint. Da ich mir inzwischen aber unsicher geworden bin, ob die Empfehlung des Jugendamtes eine Anordnung ist, muss ich vorher klären, ob ich die Therapie mit Frau Bondy und Julian abschließen kann. Also schlage ich Frau Bondy vor, dass wir gemeinsam ihre Sozialarbeiterin anrufen, um die Absichten des *Jugendamtes* zu klären, denn ich möchte mit Frau Bondy – systemisch routiniert - partnerschaftlich umgehen und sie nicht bevormunden.

Aber sie hat es derart eilig, pünktlich auf dem Jugendamt zu erscheinen, dass sie mir das Telefonat mit der Sozialarbeiterin überlässt. Dieses Telefonat klärt dann für mich einiges auf: Das Jugendamt habe vor, eine *Familientherapie anzuordnen*, an der Frau Bondy, ihre Mutter und Julian teilnehmen sollten. Dies vor allem deshalb, weil sich die Mutter beim Jugendamt lautstark über das Benehmen ihrer Tochter beschwerte. Die Sozialarbeiterin sagt, Mutter und Tochter hätten eine „symbiotische Beziehung“ usw.

Meine ‚Auftrags-Lage‘ droht sich erheblich zu komplizieren. Nun liegt also, genau genommen, ein Auftrag von Frau Bondy an das Jugendamt vor, ihre Tochter zur Ordnung zu rufen. Das Jugendamt ist dabei, eine Familientherapie zu dekretieren, an der die gesamte Familie teilnehmen müsse. (Nur Max hat das noch das altersentsprechende Privileg, alles zu verschlafen.) Und schließlich hat Frau Bondy einen

offenen und mindestens einen verdeckten Auftrag an mich: Julian zu therapieren und ihr gegen ihre Mutter zu mehr Macht zu verhelfen.

Ich entschieße mich dazu, gegenüber der Sozialarbeiterin eine glasklare Position zu beziehen: Eine persuasive Wahrheit, welche die Sozialarbeiterin sofort überzeugt, ist also gefragt. Ich hätte – sage ich so bestimmt wie ich nur kann – kein *gemeinsames* Anliegen der Klienten bemerkt. Nebenbei konnotiere ich Frau Bondys Wunsch, ihre Mutter aus der Therapie herauszuhalten, positiv und begrüße dies als Versuch, Autonomie zu gewinnen. Dass die Mutter sich darüber beklagt, bezeichne ich als Hinweis für den Ablösungsprozess beider Frauen. (Meine innere Stimme sagt mir: Ob das alles ganz genau so ist, weiß ich nicht / kann ich auch noch nicht wissen. Wichtig aber ist mir jetzt, die Sozialarbeiterin davon abzuhalten, eine systemische Familientherapie zu verordnen, die ich dann, laut Dienstauftrag an unserem Institut, auch durchführen müsste).

Mein therapeutisches Leitmotiv ist hier also paradoxerweise, eine systemische Therapie zu *verbindern*. Zugleich plagen mich allerdings Zweifel, ob ich den hilfsbedürftigen Teil an Frau Bondy nicht vernachlässige.

Wenn ich mich heute, einige Wochen später, frage, was mich zu dieser Haltung *ermächtigt* hat, muss ich sagen: eine Mischung aus professionellem Wissen, aus meiner Lebenserfahrung und – nicht zuletzt – aus meinen Gefühlen und Intuitionen. Nach Ludewig (2002) verleihen uns erst unsere Emotionen die Kraft, rationale Motive (Erkanntes) handlungswirksam werden zu lassen. Diese Mischung geht jedoch meines Erachtens derart weit, dass im einzelnen Fall nicht mehr gesagt werden kann, welchen Anteil eine Erkenntnis an einer Emotion hat, und welchen Anteil eine Emotion an einer Erkenntnis.

Aber woher kommen meine Emotionen? Haben sie nicht ebenso viel mit mir und meiner Geschichte als mit diesem Fall zu tun? Ich möchte Julian helfen, wie Stierlin (1994) es nennt „bezogener individualisiert“ zu werden es seine Mutter offenbar ist. erinnert mich die Zierlichkeit des Jungen nicht an meinen eigenen Bruder, den ich als Kind und noch als Jugendliche immer beschützte? Wenn eine fast quälende Sorge in mir hochsteigt, Julian könnte es an Kraft fehlen, sich von dieser Mutter abzulösen, hat diese Sorge nicht auch mit meiner eigenen Lebensgeschichte zu tun? Und so weiter. Die Reflexion meiner eigenen lebensgeschichtlichen Bezüge zum jeweiligen Fall ist – meine ich – Teil meiner Professionalität als Therapeutin. Und meine Bezüge sind so gut wie immer eine Mischung aus Erkanntem und aus Emotionen.

Auch in dieser Situation spüre ich mehr als ich erkenne, dass ich das professionelle Problemsystem *beruhigen* sollte. Meine therapeutisches Wissen befreit mich nicht von der Emotion. Und auch das bekannte systemische Credo, Emotionen möglichst auszuschalten, weil sie die Suche nach Lösungen einschränken könnten, schafft meine Gefühle nicht aus der Welt.

Meine These dazu ist, dass genau diese Irritation mir den Weg zu einem konsensualisierbaren ethischen Prinzip systemischer Therapie zeigt. Es gibt keine anderen als meine individualisierten Werte und Motive, die mir durch eine gute Selbstinterpretation zugänglich werden. Das Erkennen und Zulassen meiner

Motive sind der zündende Funke für therapeutische Interventionen, die beim Empfänger zumindest „etwas“ auslösen. Vielleicht zunächst ‚nur‘ eine Emotion.

Ich sage mir, dass auch eine längere therapeutische Betreuung die lockeren Männerbeziehungen von Frau Bondy nicht einschränken würde. Ich distanziere mich von Machtphantasien, als Therapeutin Frau Bondys Verhalten restlos erklären und verändern zu können. In diesem Fall schreibe ich mir sogar eher eine therapeutische *Ohnmachts*phantasie zu: Ich habe nichts anzubieten, was sowohl der Frau als auch dem Sohn als auch der Großmutter „helfen“ könnte. Aber ich spüre, dass eine falsch eingesetzte Therapie *schaden* könnte.

Die Komplexität und Vielfalt menschlicher Beziehungen ist zuzulassen. Als mich Harry Goolishian bei meinem Besuch 1988 einlud, darüber nachzudenken, wie eine Welt aussehen könnte, in der schwierige Menschen – er meinte psychiatrisch Stigmatisierte – glücklich sein könnten, fanden wir beide keine Antwort. Die Frage grub sich in mich ein und agiert seither als Sensor und als Motor meiner Beziehungen. Mehr als früher anerkenne ich, dass wir mit offenen Fragen leben. Mittlerweile kann ich damit sogar sehr gut leben. Ich erlebe mich als Psychotherapeutin im Spiel zwischen Flexibilität und Festschreibung, zwischen Positionieren und Relativieren. Allerdings lasse ich die Klienten dabei nicht so oft alleine, wie es die Forderung nach Autonomie systemischer Auftragsdefinition zu erlauben scheint. (Bezogen auf diesen Fall schränke ich ein: Frau Bondy ließ mich allein, als sie zum Jugendamt aufbrach, obwohl ich doch mit ihr gemeinsam die Sozialarbeiterin anrufen wollte. Nachträglich war ich selbst von Frau Bondys Autonomie fasziniert).

Und nun zur Autonomie: Dort, wo jemandem eine denkbare Einsicht unmöglich ist, steht fast immer eine Emotion dagegen, und dort, wo ein mögliches Gefühl nicht gespürt werden kann, ist fast immer ein Denken hinderlich. In jedem Fall aber sind therapeutisches Handeln und therapeutische Wirksamkeit an *das Selbst* der Therapeutin gebunden. Damit komme ich zu meiner letzten Frage. Was Eve Lipcick den „inneren Dialog“ nennt, sozusagen die persönliche Spur im Dual Track Thinking, ist ja kaum zu überschauen, so vielfältig sind unsere eigenen Assoziationen und Emotionen, wenn wir unseren Klienten zuhören. Doch auch selektive Selbst-Einblicke genügen, um zu erahnen, wie sehr hier neben allem Wissen immer auch Normen und Moral, eigene Hoffnungen und Sehnsüchte, manchmal auch eigene Bitterkeit und Enttäuschtheit mitspielen. Das Selbst der Therapeutin ist so fragil und so kommunikationsabhängig wie alle anderen auch. Und nicht selten bleibt der Zirkel, den wir von unserem inneren Erleben zum Klienten hin zurückgeschlagen, unerkannt.

Kurt Ludewig schrieb in seinem 2002 erschienen Buch „Leitmotive systemischer Therapie“: *„Nicht nur die übersteigenden Allmachtphantasien unseres Berufes muss ich aufgeben, sondern insgesamt alle Machtallüren. Und letztere, so wird landläufig behauptet, seien der Motor, der die Lust am Therapieren in Gang halte....“*

Die Sache ist noch viel komplizierter. Freilich hat – wie alles Leben – auch Therapieren etwas mit der Überzeugung Anderer, mit dem Erleben eigener Wirksamkeit – und also mit Macht zu tun. Wer wollte das leugnen. Die Reflexion dieses Aspektes sollten wir als Systemiker nicht verschlampen. Tom Levold hat unlängst darauf hingewiesen, dass der Aspekt der Macht im systemischen Diskurs zu Unrecht fast

in Vergessenheit geraten ist. Wo Menschen aufeinander bezogen handeln, wird unvermeidlich und unumgänglich Macht ausgeübt. Wir können gar nicht therapeutisch handeln, ohne Macht auszuüben. Wer in einem sozialen System keine Macht ausüben will, kündigt seine Teilnahme an diesem sozialen System auf.

Der entscheidende Punkt ist also nicht die *Vermeidung* von Macht, sondern der professionell reflektierte und kontrollierte Einsatz von Macht. Dazu gehört die Anerkennung des Therapeuten als Subjekt in aller Ambivalenz, die ihm in der zweiten Moderne (andere sagen: Postmoderne) zugeordnet wird. Wie es das lateinische Wort *sub-jectum* bezeichnet – ist der Therapeut Verhältnissen *unterworfen*: Dem Auftrag, der Institution, dem Setting, seiner wirtschaftlichen Lage usw. Doch zugleich handelt und gestaltet der Therapeut, und wie jedes Subjekt gestaltet er Kommunikation: mit Klienten, mit Kollegen, mit seinen Chefs und den Vertretern von Ämtern und Behörden, mit seinen Lieben zu Hause (oder sollte ich die Reihenfolge umkehren?). Das, was er in der Therapie an inneren Monologen und an therapeutischem Handeln zur Aufführung bringt, konstituiert sein fragiles Selbst maßgeblich mit, freilich gehen hier auch Elemente aus anderen Handlungsfeldern ein: Privates, Politisches, Religiöses, Spirituelles.

Mit jeder neuen Therapie, aber auch mit jeder Begegnung im Alltag wird dieses Selbst mehr oder minder harten Bewährungsproben unterworfen. Und dennoch hat der Therapeut im allgemeinen mehr Macht als der Klient, die Bedingungen und die Regeln des therapeutischen Gesprächs zu bestimmen. Und das muss auch so sein.

Mein Fallbeispiel war keines einer gelungenen Psychotherapie, eher einer internen Betriebsstörung. Und doch scheint es mir bezeichnend. In der *Obmacht*, eine für alle Klienten nützliche Therapie anzubieten, habe ich die Entscheidung getroffen, eine Fortsetzung der Therapie unter Maßgabe des Jugendamtes zu hintertreiben. Uns Therapeuten ist die Last auferlegt, *entscheiden zu müssen*, welches therapeutische Gespräch in welchem Setting wir verantwortlich führen können und welches nicht. Auch darin besteht unsere spezifische und professionell auszuübende Macht. Diese Macht entspringt unserer persönlichen Motivation, als therapeutische Subjekte wertvoll und sinnvoll zu handeln. Die Entscheidung darüber, welchen Auftrag wir annehmend, welchen nicht und welchen wir verändern, kann uns Niemand abnehmen.

Literatur:

Goolishian, Harry (1988): Persönliche Mitteilung.

Levold, Tom (2001): Macht und Machtspiele aus systemischer Sicht. Zeitschr. Systeme, Jg.15, Hf 2/01

Lipchik, Eve (2002) Beyond Technique in Solution-Focused Therapy. Working with Emotions and the Therapeutic Relationship. The Guilford Press, New York

Ludewig, Kurt (2002): Leitmotive Systemischer Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Simon Fritz (1986) : Workshop zur Institution Psychiatrie am Heidelberger Kongress: Das Ende der großen Entwürfe.

Stierlin Helm (1994): Das Ich und die Anderen. Klett.Cotta, Stuttgart.