

Fritz B. Simon
Christel Rech-Simon

Zirkuläres Fragen
*Systemische Therapie in
Fallbeispielen: Ein Lernbuch*

Vierzehnte Auflage, 2021

Inhalt

1.	Vorbemerkung	7
I.	DAS INTERVIEW	13
2.	Die Bedeutung der Therapie / Kontextklärung / Die Neutralität des Therapeuten (Familie Schneider)	13
3.	Das Ziel der Therapie (Familie Bastian, Teil 1)	29
4.	Erklärungen / Dekonstruktionen und Konstruktionen / Die „positive Kraft des negativen Denkens“ (Familie Bastian, Teil 2)	45
5.	Gegenseitiges Bedingen / „Schwarze Phantasien“ / Symptome als Machtmittel (Familie Gerlach, Teil 1)	61
6.	Externalisierung und Personalisierung des Problems / Veränderungsneutralität (Familie Lukas, Teil 1)	88
7.	Die Auflösung von Schuld / Konkretisierung / „Seltsame Schleifen“ (Familie Dietz)	111
8.	Die Rolle der Psychiatrie / Chronifizierung mit Hilfe der Institution (Herr Florin)	143
9.	Das Problem der Einzeltherapie / Chronifizierung mit Hilfe des Therapeuten (Frau Bürgi)	164
10.	Konsultation / Die festgefahrene Einzeltherapie (Frau Fuchs)	183
11.	Paartherapie / Die Funktion des Symptomverhaltens für die Zweierbeziehung (Herr und Frau Schönberg, Teil 1)	196
II.	DIE PAUSE	213
12.	Zwischenbemerkung: Intervention oder Konversation?	213
III.	DIE ABSCHLUSSINTERVENTION	219
13.	Umdeutungen / Verschreibung des problematischen Musters (Familie Gerlach, Teil 2)	219

14.	„Fürsorgliche Belagerung“ (Familie Lukas, Teil 2)	230
15.	Ein Ritual (Familie Bastian, Teil 3)	245
16.	„Mein Joghurt, dein Joghurt“ (Herr und Frau Schönberg, Teil 2)	254
IV.	ORIENTIERUNGSHILFEN – HANDWERKSZEUG	265
17.	Der idealtypische Ablauf einer Therapiesitzung	265
18.	Frageprinzipien und Fragetypen	270
19.	Prinzipien und Formen der Intervention	275
20.	Nachbemerkung (Familie Schneider, Familie Dietz, Herr Florin, Frau Bürgi)	287
	Über die Autoren	292

1. Vorbemerkung

Was würde Ihre Tochter sagen, wenn ich sie fragen würde, ob ihre Eltern sich noch lieben? Wenn Sie wollten, daß Ihre Frau sich einen Freund sucht, wie könnten Sie das am ehesten schaffen? Stellen Sie sich vor, eine gute Fee käme und würde Ihnen Ihr Problem wegzaubern, was würden Sie dann morgen früh anders machen als an den Tagen zuvor? Was denkt Ihr Mann, wenn Sie mit Ihrem Sohn gemeinsam in den Judo-Kurs gehen? Wenn Sie so weinen, wie fühlt sich Ihre Schwiegermutter?

Dies sind nur einige – und zudem noch harmlose – Beispiele des Typs von Fragen, mit denen alltäglich systemische Therapeuten oder Berater ihre Klienten oder Patienten überraschen. Ihr Interviewstil scheint vielen Regeln psychotherapeutischer Orthodoxie zu widersprechen. Der Therapeut ist aktiv, übernimmt, ohne daran allzuviel Zweifel zu lassen, die Leitung der Sitzung und fragt seinen Kunden Löcher in den Bauch. Meist hat er mit mehreren Personen zu tun: Familien, Gruppen, manchmal auch mit Einzelnen. Dabei zeigt er wenig Respekt auch gegenüber heiklen oder peinlichen Themen. Er fragt – was den gewohnten Regeln des guten Benimmens widerspricht – den einen der Beteiligten über den anderen, das Kind über die Interaktion der Eltern, den Vater über die Beziehung von Mutter und Tochter, den Sohn über den Umgang von Vater und Großmutter usw. –, obwohl oder gerade weil diejenigen, über die hier „geklatscht“ wird, mit im Raum sind. Seine Fragen sind manchmal schamlos, gelegentlich absurd und oft banal.

Diese Methode – das sogenannte *Zirkuläre Fragen*¹ – bildet eines der wichtigsten Instrumente im Handwerkskoffer des systemischen Therapeuten oder Beraters. Sie ist in ihrer Wichtigkeit für die systemische Praxis eigentlich nur mit der Bedeutung der Traumdeutung für die Psychoanalyse vergleichbar. Beides sind Methoden, die den Blick auf einen Bereich von Phänomenen eröffnen, der üblicherweise nicht syste-

¹ Dieser Begriff wurde ursprünglich vom Mailänder Team um Mara Selvini Palazzoli geprägt, um damit den Typ von Fragen zu bezeichnen, bei dem ein Familienmitglied über zwei andere Auskunft geben soll [vgl. Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1981): Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6, S. 123–139]. In der Literatur wird er in uneinheitlicher Weise gebraucht: Neben der genannten Weise wird er auch als Oberbegriff für systemische Interviewtechniken im allgemeinen verwendet [vgl. Penn, P. (1983): Zirkuläres Fragen. *Familiendynamik* 8, S. 198–220; Tomm, K. (1994): Die Fragen des Beobachters. Heidelberg (Carl-Auer)]. Hier soll er gewissermaßen als Markenzeichen des systemischen Therapeuten genutzt werden, d.h. als umfassende Bezeichnung für systemische Interviewtechniken und nicht nur für einen einzelnen Fragetypus.

matisch beobachtet wird und daher nicht ins Bewußtsein tritt. Beides sind Methoden, die es dem außenstehenden Beobachter erlauben, Ideen über diejenigen Prozesse zu entwickeln, die dafür sorgen, daß ein System so funktioniert, wie es funktioniert. So, wie die Traumdeutung es dem außenstehenden Beobachter ermöglicht, einen Blick auf die Logik intrapsychischer Prozesse zu richten, ermöglicht es das Zirkuläre Fragen, Ideen über die Logik der Spielregeln sozialer Systeme zu entwickeln. Und so, wie die praktische Arbeit mit den Träumen der Patienten zur Weiterentwicklung vielfältiger psychodynamischer Theorien und Methoden geführt hat, hat das Zirkuläre Fragen zur Weiterentwicklung theoretischer und praktischer Konzepte der systemischen Therapie und Beratung geführt.

Dieser Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis ist demjenigen, der nur (etwa durch eine Einwegscheibe) beobachtet, was systemisch arbeitende Therapeuten tun, oder nur ihre Theorien studiert, häufig nicht unmittelbar erkennbar. Beides gehört jedoch untrennbar zusammen: Die Theorie kann nur im harten Praxistest ihre Nützlichkeit erweisen, und die Praxis gerät ohne theoretische Aufarbeitung der Erfahrung früher oder später in einen Entwicklungsstillstand. Diese Überlegungen liefern den sachlichen Hintergrund für das Verfassen dieses Buches.

Es gibt aber noch ein sehr persönliches Motiv: Dieses Buch ist das Gemeinschaftsprodukt eines Koautoren-Paares. Wir beide sind Psychotherapeuten, die eine unterschiedliche theoretische und praktische Orientierung haben. Der eine von uns, Fritz B. Simon (FS), hat seine berufliche Identität als systemischer Therapeut und Berater gefunden; er hat eine ganze Reihe von Büchern und Artikeln veröffentlicht, in denen er seine Erfahrungen theoretisch zu konzeptualisieren versucht hat. Überblickt man das, was er geschrieben hat, so erscheint es vielen Leuten (auch der Koautorin) eher theorielastig. Das ist erstaunlich, denn er sieht sich selbst als Praktiker, für den Theorie nicht mehr (aber auch nicht weniger) als ein Handwerkszeug ist, das dabei helfen kann, die alltägliche praktisch-therapeutische Arbeit zu erledigen. Dieser Unterschied zwischen Außenwahrnehmung und Selbstbeschreibung wurde und wird in der nicht zu vermeidenden Auseinandersetzung mit der zweiten Autorin dieses Buches, Christel Rech-Simon (CRS), immer wieder besonders deutlich. Sie selbst ist analytische Kinder- und Jugendlichen-therapeutin und verfolgt den „Rummel“ und die „Aufregung“ um die systemische Therapie – häufig auch von ihrem Partner/Ehemann/Koautor mitveranstaltet – mit kritischer Distanz. Wenn für sie auch der

Reiz des abstrakten systemischen „Theoriegeschwätzes“ immer nur sehr begrenzt war, so konnte sie sich doch einer gewissen Faszination, die von der praktischen systemischen Methodik, wie sie durch die Einwegscheibe oder per Video beobachtbar war, nur schwer entziehen. Auf jeden Fall erschien ihr dieser Teil der systemischen Therapie weit bedeutsamer als all die „sterilen“ theoretischen Erörterungen. (Daß wir hier nicht ganz einer Meinung sind, bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung.)

Auf jeden Fall ist so die Idee und die Verfahrensweise für die Herstellung dieses Buches entstanden: CRS hat Video-Bänder von Familientherapien, die in den letzten 15 Jahren von FS (manchmal gemeinsam mit anderen Heidelberger Kollegen) durchgeführt wurden, gesichtet und eine Auswahl von Therapien und Sitzungen bzw. Sitzungsausschnitten gewählt, die aus ihrer Sicht von prinzipiellem Interesse sind; entweder weil sie methodisch aufregend (in welchem Sinne auch immer) sind, oder aber weil die Dynamik der Familie bzw. die Therapeut-Familie-Interaktion spannend (oder auch entspannend) ist. Wo immer sie Fragen, Einwendungen oder Kommentare hatte, wurde über Sinn und Unsinn der Maßnahmen des/der Therapeuten diskutiert. Es ging dabei nicht um die Frage, ob psychoanalytische oder systemische Therapieansätze „besser“ oder „schlechter“ sind, sondern um den Versuch, die häufig überraschend, unorthodox, ja, manchmal ausgesprochen „falsch“ erscheinenden Methoden der systemischen Therapie all denen zu erklären und verständlich zu machen, die ihre Erwartungen an einem traditionell psychotherapeutischen Rollenverständnis orientieren.

Da es nicht Ziel dieses Buchprojektes war, das Protokoll eines ehelichen Selbsterfahrungsexperiments zu liefern, haben wir darauf verzichtet, die Dialoge und Auseinandersetzungen, die sich so ergaben, zu dokumentieren. Statt dessen haben wir uns damit begnügt, ihre Resultate abzudrucken. Ergebnis ist eine Sammlung kommentierter Transkripte. Auf diese Weise kann der Leser der Konversation, dem Frage- und Antwortspiel zwischen Therapeut(en) und Klienten, dem gegenseitigen Drehen und Wenden, folgen und anhand der eingefügten Kommentare nachvollziehen, wie sich das Geschehen aus einer systemischen Perspektive verstehen läßt.

Eines der Merkmale von Theoriebüchern besteht darin, daß in ihnen im allgemeinen versucht wird, einen roten Faden zu spinnen. Das eine Argument führt zu einem anderen, das andere ergibt sich aus dem einen. Auf diese Weise wird ein in sich schlüssiges, im Idealfall logisch widerspruchsfreies Modell konstruiert. Der Weg, den der Leser zu beschreiten

hat, folgt der Argumentationslinie des Autors (natürlich nur, wenn er ihm folgen will oder kann). Die Ordnung des Ganzen ist geradlinig: Die einzelnen Themen sind gemäß einem inneren, sachlichen (objektiven) Zusammenhang nacheinander geordnet. Das heißt, die Reihenfolge der behandelten Themen wird von sachlichen Erwägungen des Autors bestimmt.

Wer diese Art der Ordnung sucht, wird beim Lesen dieses Buches verzweifeln. Da es in seiner Struktur weitgehend vom Ablauf von Therapiesitzungen bestimmt wird, hängen die jeweils behandelten Fragen ebenfalls von der Dynamik und Ordnung dieser Sitzungen ab. Das heißt, die Reihenfolge der behandelten Themen wird von persönlichen (subjektiven) Erwägungen der Klienten, Patienten oder Therapeuten bestimmt.

Als Therapeut kann man dabei zwar – je nach Methode – mehr oder weniger direktiv Einfluß auf die Richtung des Gesprächs nehmen, man hat aber keine Kontrolle über das, was die Gesprächspartner sagen. Jede Therapiesitzung entwickelt daher ihre eigene, unverwechselbare Dynamik und Ordnung. Der während der Sitzung unter Handlungsdruck stehende Therapeut braucht – wenn er nicht nur seiner Intuition folgen will – einen anderen, nicht geradlinig hintereinander geordneten Zugang zur Theorie. Wie jeder andere Handwerker auch muß er direkten und schnellen Zugriff auf die Werkzeuge haben, die er aktuell braucht. Und welche er benötigt, kann von Sekunde zu Sekunde wechseln.

Dieser Tatbestand spiegelt sich in der Struktur dieses Buches. Der Ablauf der jeweiligen Sitzungen bestimmt die behandelten Themen und Frageformen, das heißt, die einzelnen Themen werden dann und dort behandelt, wo sie praktisch relevant werden. Da der Abdruck kompletter Sitzungen den Umfang des Buches sprengen würde, haben wir in sich geschlossene Abschnitte ausgewählt. Sie sind so ausführlich, wie es uns zur Illustration einer Fragestrategie oder einer Familiendynamik nötig erschien. Wenn am Beispiel der einen Familie ein Thema abgehandelt wurde, haben wir die Behandlung der analogen Themen bei der nächsten Familie nicht abgedruckt. Wie beim Zusammensetzen eines Puzzles werden von Sitzung zu Sitzung einzelne Bausteine scheinbar ungeordnet aneinander gefügt. Erst im Laufe der Zeit fügt sich dann das Ganze (so hoffen wir zumindest) zu einem Gesamtbild. Die thematische Gliederung des Buches folgt dabei thematisch dem idealtypischen Ablauf einer Therapiesitzung. Um die unvermeidliche Verwirrung des Lesers in erträglichen Grenzen zu halten, haben wir die in den einzelnen Kapiteln behandelten Themen durch die Stichworte und den Namen der jeweili-

gen Familie gekennzeichnet. Auf diese Weise kann sich der Leser entscheiden, sich entweder an den genannten Inhalten zu orientieren oder aber einer Falldarstellung von Anfang bis Ende zu folgen. Die Transkripte sind redaktionell mit wenigen Einschränkungen die wörtliche Wiedergabe dessen, was Therapeuten und Klienten sagten. Redaktionell wurden sie nur soweit geglättet, wie es der Lesbarkeit wegen nötig erschien (d. h. aus „nö“ wurde „nein“, manche „Ähs“ und „Ohs“ wurden gekürzt). Dennoch sollte klar sein, daß jede rein sprachliche Wiedergabe eine Reduktion der Komplexität menschlicher Kommunikation darstellt, da die non- und paraverbale Kommunikation nicht angemessen dokumentiert werden kann.

Am Ende des Buches haben wir, um die in den Fallbeispielen illustrierten Methoden und Techniken der systemischen Therapie zusammenzufassen, schematisch darzustellen versucht, wie eine idealtypische Sitzung abläuft, welche Frageformen dem Therapeuten zur Verfügung stehen und welche Interventionsmöglichkeiten er hat.

Bleibt zum Schluß noch anzumerken, daß die Namen und persönlichen Daten der Patienten und Familien so geändert wurden, daß ihre Anonymität gesichert ist.

Diejenigen Leser, die sich nach dem Lesen dieses in seiner Form und Entstehung eher experimentellen Buches mit der bewährten akademischen Frage quälen: „In der Praxis funktioniert es, aber tut es das auch in der Theorie?“, seien auf die in ihrer Form traditionelleren Erörterungen der theoretischen Grundlagen des hier dargestellten systemischen Therapieansatzes in den Büchern *Unterschiede, die Unterschiede machen* und *Die andere Seite der Gesundheit*² verwiesen.

2 Simon, F. B. (1988/93): *Unterschiede, die Unterschiede machen*. Klinische Epistemologie – Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Frankfurt (Suhrkamp), 5. Aufl. 2011. Simon, F. B. (1995): *Die andere Seite der Gesundheit*. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg (Carl-Auer), 3. Aufl. 2012.

I. DAS INTERVIEW

2. Die Bedeutung der Therapie / Kontextklärung / Die Neutralität des Therapeuten (Familie Schneider)

Wer als Psychotherapeut arbeitet, hat im allgemeinen ziemlich klare Vorstellungen davon, was unter „Therapie“ zu verstehen ist. Schließlich hat er Jahre seines Lebens damit zugebracht, therapeutische Theorien und Techniken zu erlernen. Für seine Patienten oder Klienten stellt sich die Situation ganz anders dar: Es beginnt damit, daß es eine Reihe von Berufen und Berufsbezeichnungen gibt, die alle ziemlich ähnlich klingen und für den Laien kaum zu unterscheiden sind (Psychotherapeut, Physiotherapeut, Psychologe, Psychopath, Psychiater, Psychotiker usw.), so daß bereits hier die Verwirrung beträchtlich sein kann. Aber selbst wenn klar ist, daß von Psychotherapie die Rede ist, weiß eigentlich keiner genau, was sich hinter dieser magischen Formel verbirgt. Zwischen dem, was Therapeuten unterschiedlicher Schulen über die Entstehung von Symptomen denken, was sie für therapeutisch nützlich oder schädlich halten, und dem, was sie im Umgang mit ihren Kunden tun, gibt es nur begrenzte Übereinstimmung.

Eine der Konsequenzen solcher Unklarheiten ist, daß Patienten eigentlich nie wissen, was sie in der Therapie erwartet, und Therapeuten eigentlich nie wissen, was Patienten oder Familien in der Therapie erwarten. Die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten beginnt nicht erst in dem Moment, in dem sie sich zum ersten Mal von Angesicht zu Angesicht begegnen, sondern sie hat eine Vorgeschichte, die sich in Hoffnungen, Befürchtungen und Vorurteilen der Klienten zeigen. Sie bilden den Ausgangspunkt einer jeden Psychotherapie.

Bei der Paar- und Familientherapie zeigt sich im Vergleich zur Einzeltherapie eine Besonderheit: Wo der Therapeut es mit mehreren Personen zu tun hat, findet er sich eigentlich immer in einer Situation, in der seine Klienten der „Therapie“ ganz unterschiedliche Bedeutungen zuweisen; verbunden damit sind verschiedene, manchmal gar widersprüchliche Erwartungen an den Therapeuten und sein Handeln.

Die Ausschnitte aus dem folgenden Erstgespräch sollen zeigen, wie wichtig die Klärung dieses Kontextes der Therapie für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung ist.

In die Therapie kommt ein Ehepaar, beide etwa gleich alt (Mitte 40); er arbeitet als Ingenieur in leitender Stellung in einem international tätigen Großunternehmen; sie hat bis zur Geburt der Kinder als Sozial-

alpädagogin gearbeitet. Die beiden haben drei Kinder im Alter zwischen 12 und 5 Jahren. Identifizierte Patientin ist die Ehefrau, die schon mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung war. Vor dem Gespräch haben beide einen Fragebogen ausgefüllt, aus dem die wenigen hier genannten Daten ersichtlich sind. Das Gespräch findet in einem Raum mit Einwegscheibe und Videokameras statt. Die Therapeuten in dieser Sitzung sind Fritz B. Simon und Gunthard Weber. Die Kommentare des Transkriptes sind durch Kursivdruck hervorgehoben.

Das Paar und die Therapeuten nehmen Platz. Die beiden schauen sich um.

FRITZ SIMON Ja, Sie schauen sich um. Ich möchte Ihnen zuerst einmal diesen Raum und unsere Arbeitsweise erklären. Ich weiß nicht, ob Sie unseren Brief bekommen haben? Normalerweise schicken wir einen Brief, in dem wir schreiben, wie wir arbeiten.

Da unsere Arbeitsweise – Teamarbeit, Videoaufzeichnung, Beobachter hinter einer Einwegscheibe – von dem abweicht, was üblicherweise bei einem Arztbesuch zu erwarten ist, informieren wir unsere Patienten im voraus, um ein Gefühl der Überrumpelung zu vermeiden. Das heißt, eigentlich senden wir solch einen Brief ... Da dies hier – warum auch immer – offenbar nicht geschehen ist, bedarf es längerer Erklärungen.

HERRSCHNEIDER (*hastig, ins Wort fallend*) Nein, überhaupt nicht. Da gab's also überhaupt einige Unklarheiten, und wir würden das auch erstmals als Vorgespräch auffassen.

FRITZ SIMON Das wollte ich Ihnen auch gerade sagen, daß wir das wollen. Aber bevor wir überhaupt über irgend etwas reden, muß ich Ihnen den Raum erklären, damit Sie wissen, ob Sie überhaupt den Mund aufmachen wollen ... Sie sehen, wir haben hier einige Apparate. Wir arbeiten hier im Rahmen eines Forschungsprojektes in einem Viererteam. Das heißt, zu dem Viererteam gehört noch der Herr Weber, den sehen Sie hier neben mir, der Herr Stierlin, der hinter dieser Scheibe sitzt, und der Herr Retzer, der auch hinter der Scheibe sitzt.

Solch eine Teamzusammensetzung mit zwei Personen im Raum und zwei Personen hinter einer Einwegscheibe ist natürlich ein Luxus, der im

allgemeinen nur im Rahmen von Forschungsprojekten finanziert werden kann. Im Alltagsbetrieb einer Klinik oder Praxis ist ein derartiger Aufwand sicher nicht nötig, manchmal auch nicht sinnvoll. Auch als einzelner Therapeut kann man Familientherapie betreiben. Dennoch besteht kein Zweifel, daß sich durch Teamarbeit – mit oder ohne Einwegscheibe – therapeutische Optionen ergeben, die einem einzelnen Therapeuten verschlossen bleiben. Dazu später mehr ...

FRITZ SIMON Wir machen von solchen Sitzungen immer Videoaufnahmen, damit wir es uns noch einmal anschauen können und damit Sie es sich noch einmal anschauen können – wenn Sie wollen. Das hat sich bewährt. Das ist etwas, was häufig vorkommt, daß Familien sagen: Wir wollen uns das gern noch einmal anschauen. Wenn Sie am Ende so einer Sitzung, dieser Sitzung, dieses Vorgesprächs, das Gefühl haben sollten, da ist irgend etwas gesagt worden, was Sie auf gar keinen Fall auf Band haben wollen, dann sagen Sie es. Dann löschen wir das gleich.

Hier stellt sich natürlich die Frage nach der Vertraulichkeit und Intimität psychotherapeutischer Sitzungen. In der Familientherapie entsteht von Beginn an eine andere Situation als in der Einzeltherapie, da die Zweierbeziehung zwischen Patient und Therapeut die Ausnahme darstellt. Wer sich in der Sitzung äußert, weiß, daß mehrere Personen zuhören. Er wird daher von Anbeginn vorsichtiger und zurückhaltender sein, manches nicht sagen, was er in der Intimität und Vertraulichkeit einer Zwei-Personen-Situation offenbart hätte. Das hat weitreichende Folgen für die therapeutische Beziehung: Jeder Teilnehmer an solch einer Sitzung behält die Verantwortung für die Bewahrung seiner Geheimnisse. Der Therapeut wird nicht in gleichem Maße wie in der Einzeltherapie zum Vertrauten einer einzigen Person. Seine Verantwortung gilt allen, den beiden Partnern, der ganzen Familie. Sie ist daher sowohl umfassender als auch begrenzter als in der Einzeltherapie.

Einwegscheibe und Videokamera haben aber noch eine andere Wirkung: Es wird stillschweigend und ohne Worte eine Außenperspektive eingeführt. Wer sich beobachtet weiß, verhält sich anders, als wenn er sich unbeobachtet fühlt. Das mag einer der Gründe sein, warum Therapeuten sich häufig scheuen, sich filmen zu lassen. Ihre Arbeit würde dann auf einmal überprüfbar, mehr oder auch weniger wohlmeinende Kollegen oder gar die Öffentlichkeit könnten die Videobänder anschauen und ihr Urteil über die Qualität der Therapeut-Patienten-Beziehung oder die Arbeitsweise des Therapeuten abgeben. Traditionellerweise ist

die Einstellung von Psychotherapeuten zur Kontrolle ihrer Arbeit seltsam gespalten: Auf der einen Seite wird die Wichtigkeit regelmäßiger Supervision und einer ausführlichen Reflexion der Therapeut-Patienten-Beziehung betont und daher zu einem wichtigen Bestandteil der Ausbildung gemacht, auf der anderen Seite hat aber jeder Therapeut das Privileg, vollkommen unbeobachtet zu arbeiten. Was er macht, findet hinter gepolsterten Türen statt, so daß kein Kollege zufällig hören kann, was tatsächlich in der Sitzung geschieht. Die Kontrolle seiner Arbeit beschränkt sich darauf, daß er selbst erzählt, was er meint, was wer wie gesagt hat, was passiert ist, was wichtig war usw. Der Patient ist daher immer irgendwie dem Therapeuten ausgeliefert: Ein anerkannter Experte steht jemandem gegenüber, der psychische Probleme hat. Das ist ein wenig so, als wenn sich Geschwindigkeitskontrollen darauf beschränkten, Autofahrer zu befragen, wie schnell sie denn gefahren seien. Um solch einer Situation zu entgehen, kommen gelegentlich Patienten gerade deswegen zu uns, weil sie wissen, daß jemand zuschaut bzw. Videoaufnahmen gemacht werden. Die Frage des Schutzes der Intimität und Vertraulichkeit ist also doppelbödig, und die Schweigepflicht schützt erfahrungsgemäß nicht nur die Patienten, sondern auch die Therapeuten.

Das Mit-nach-Hause-Geben der Videobänder hat aber noch eine andere Wirkung. Werden die Bänder von Familien später noch einmal betrachtet, so entfalten sie eine über den Augenblick hinausgehende, längerfristige Wirkung. Oft werden dadurch zu Hause weitere Diskussionen und Auseinandersetzungen ausgelöst, die keinerlei Kontrolle durch die Therapeuten unterworfen sind. Wer dies nicht möchte, sollte keine Videobänder nach Hause mitgeben. In jedem Fall ist für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung wichtig, von Beginn an ganz deutlich zu machen, daß die Patienten das Recht haben, die Aufnahme zu verweigern oder sie löschen zu lassen.

GUNTARD WEBER Es kann sein, daß die Kollegen hinter dem Spiegel mal vorkommen und mal an die Tür klopfen – wenn wir zum Beispiel parteilich werden und einen besonders berücksichtigen und den anderen vernachlässigen –, daß die dann kommen und uns zur Ordnung rufen. Es kann sein, daß wir mal eine Pause machen. Auf alle Fälle machen wir nach so einem Gespräch von etwa einer bis anderthalb Stunden auf alle Fälle eine Pause, wo wir uns noch einmal zusammensetzen, sehen, was ist im Gespräch gelaufen, was können wir Ihnen raten angesichts der Situation, in der Sie im Augenblick stehen.

Die hinter der Scheibe sitzenden Kollegen haben zwangsläufig eine andere Perspektive auf den Sitzungsverlauf, die Therapeut-Patienten-Beziehung oder die geäußerten Inhalte als die Therapeuten in der Sitzung. Wann immer sie denken, die Einführung dieser Außenperspektive könnte für den Verlauf der Therapie von Nutzen sein, so unterbrechen sie die Sitzung, geben Kommentare oder diskutieren die Situation mit den Kollegen vor der Scheibe. Vor Abschluß der Sitzung empfiehlt es sich immer, eine Pause zu machen – auch wenn man allein arbeitet –, da häufig erst ein gewisser Abstand vom Handlungsdruck während der Sitzung ermöglicht, in Ruhe das Gehörte und Gesehene zu überdenken. Ohne Pause fällt den meisten Therapeuten erst auf dem Weg nach Hause ein, was sie noch hätten fragen oder sagen sollen. Mit Pause kann dies noch unmittelbar in der Sitzung getan werden.

FRITZ SIMON Wir verstehen das Ganze erst einmal als ein klärendes Vorgespräch, um herauszufinden, ob Sie hier überhaupt an der richtigen Adresse sind, ob wir Ihnen überhaupt behilflich sein können, in der einen oder anderen Art. Da sind wir offenbar einer Meinung. Sie verstehen es auch so ...

Ist dieser äußere Rahmen, den ich, den wir Ihnen erklärt haben, ist der für Sie klar, und ist das so akzeptabel für Sie? Das ist die erste Frage. Weil ... es ist etwas ungewohnt, und deswegen erklären wir es am Anfang ausführlich; damit Sie nicht das Gefühl haben, Sie stolpern da in irgendwas hinein, was Sie gar nicht wollen.

FRAU SCHNEIDER Doch, das ist soweit, glaube ich, klar.

HERR SCHNEIDER Ich meine, wir sollten mal sagen, wie die augenblickliche Situation ist, und ob man nicht vielleicht noch was warten sollte, weil ...

FRAU SCHNEIDER (*unterbricht ihn*) Also im Moment bin ich ja in einer psychiatrischen Klinik ... wegen einer Depression, ja. So daß es im Moment sicher auch nicht günstig wäre, damit anzufangen.

HERR SCHNEIDER Ja, wir haben diesen Termin jetzt mal angeboten bekommen und uns gesagt, wir können mal zu dem Vorgespräch gehen. Aber die Ärzte dort meinten auch, man sollte doch warten.

FRITZ SIMON Also, der richtige Zeitpunkt für dieses Vorgespräch ist es nicht, oder für die Therapie ist es nicht ...?

HERR SCHNEIDER Nein, also das Vorgespräch kann man durchaus machen!

FRITZ SIMON Ah ja! Das war mir nur jetzt nicht klar. Ja, Sie sprachen es eben schon an, der Termin wurde angeboten ... Das denke ich ist der

Punkt, wo wir am Anfang mal anfangen sollten. Wie sind Sie denn überhaupt hierher gekommen? Wie war der Weg hierher?

FRAU SCHNEIDER Über meine Psychotherapeutin. Ja, und die sagte eben, daß hier im Institut an einem Projekt mit Manisch-Depressiven gearbeitet wird, und ich hab, ja, manische Phasen gehabt ... (*einige Sekunden Zögern*) ... nach Meinung anderer.

(*Bei der letzten Bemerkung lächelt sie, ihr Mann lächelt dann – wenn auch etwas verzögert und etwas gequält – auch.*)

FRITZ SIMON Nach Meinung anderer ... Sie meinen, wir sollten auf die Formulierung, die Sie eben gewählt haben, achten?

FRAU SCHNEIDER Ja, ich bin mir da nicht sicher, ... also ich bin da nicht mehr so sicher.

FRITZ SIMON Hm, hm.

GUNTARD WEBER Ihre Psychotherapeutin, denkt die denn, wenn sie Sie zu unserem Projekt schickt, bei dem wir uns ja gerade mit solchem Verhalten beschäftigen, denkt die denn, Sie haben ...

FRAU SCHNEIDER Deshalb sagte sie, sollten wir mal hierherkommen.

FRITZ SIMON Heißt das, daß Ihre Therapeutin denkt, daß das manische Verhalten war? Gehört die zu den anderen, die meinen, das sei eine manische Phase..?

FRAU SCHNEIDER Nein, ich hab sie, glaub ich, angerufen, weil ich merkte, daß ich in eine Depression kam. Und ich wollte von ihr gerne wissen, welchen Psychiater sie mir empfehlen könnte, und daß für mich die Frage offen ist, ob es eine manische Depression ist. Und dann hat sie uns hierher verwiesen.

Interessant ist hier der Gebrauch des Begriffs „manische Depression“. In der medizinischen Terminologie gibt es zwar die manisch-depressive Erkrankung, bei der manische Phasen und depressive Phasen in zeitlich gegeneinander abgegrenzten Phasen auftreten, aber es gibt keine manische Depression – das wäre ein Widerspruch in sich selbst. Es handelt sich hier also um eine Art privatsprachlicher Verwendung eines aus dem Kontext gelösten medizinischen Fachausdrucks, der im familiären Gebrauch eine spezifische Bedeutung erhalten hat.

FRITZ SIMON Wie waren Sie zu Ihrer Therapeutin gekommen?

FRAU SCHNEIDER Na ja, wegen Eheproblemen. Ich hatte mehrere Depressionen und ich meinte ... also, ich war halt der Meinung nach längeren eigenen Überlegungen, daß das ... also, daß ein Grund dafür eben Eheprobleme sein könnten.

FRITZ SIMON Und wie waren Sie gerade auf diese Therapeutin gekommen?

FRAU SCHNEIDER Ach so, die war mir vom Hausarzt empfohlen worden.

Die Frage nach dem Überweisungsweg kann sehr aufschlußreich sein, da manchmal Empfehlungen mit Kommentaren versehen werden. Frühere Patienten berichten darüber, was ein bestimmter Therapeut oder eine bestimmte Therapeutin in ihrer eigenen Therapie gemacht haben, was geholfen hat usw. Auf diese Weise werden Erwartungen geschaffen, die immer irgendwie den Auftrag an den Therapeuten mitbestimmen. Und es ist immer gut zu wissen, welche „Versprechen“ andere gegeben haben, die man dann selbst zu erfüllen hat. In diesem Fall scheint der Überweisungsweg allerdings nicht sehr bedeutungsträchtig.

GUNTHARD WEBER Und dann waren Sie allein bei der Therapeutin?

FRAU SCHNEIDER Dann war ich allein bei ihr, und mein Mann auch.

HERR SCHNEIDER Ich war einmal auch da!

GUNTHARD WEBER Unabhängig voneinander?

BEIDE EHELEUTE (*gleichzeitig*) Ja, unabhängig voneinander.

GUNTHARD WEBER Ah ja! Wie kam's, daß Sie nicht zusammen hingegangen sind?

HERR SCHNEIDER Ja, die Situation war damals etwas schlimm, und wir hielten es eigentlich alle für gut, erst einmal einzeln zu reden. Dann war natürlich auch ein gemeinsames Gespräch geplant, aber dann kam jetzt die Depression dazwischen.

„Die Depression kam dazwischen“ – eine Formulierung, die so klingt, als ob die Depression ein handelndes Subjekt oder ein Ding wäre, das autonom – unabhängig von dem, was interaktionell geschieht – kommt oder geht, wann immer es will.

GUNTHARD WEBER Ah ja, Sie hatten grundsätzlich vor, später auch gemeinsame Gespräche ...

HERR SCHNEIDER Ja, das war erst einmal auf Eis gelegt. Es war schon grundsätzlich geplant, aber das haben wir jetzt erst einmal alles verschoben.

FRITZ SIMON Hat Ihnen Ihre Therapeutin gleich am Anfang empfohlen, hierher zu gehen, oder erst nach diesen Gesprächen?

FRAU SCHNEIDER Nein, nein, erst nachdem ich sie angerufen hatte wegen der Depression.

FRITZ SIMON Ah ja. Was denken Sie, wieso Ihre Therapeutin Sie hierher weiter empfohlen hat?

FRAU SCHNEIDER Ja, weil ich ihr gesagt hatte, daß es offen wäre, ob das eine manische Depression ist.

GUNTARD WEBER Hieß das, daß der Auftrag an uns auch ein bißchen wäre zu sagen: Wer hat nun recht? Ist es nun eine manische Depression oder nicht?

Da es in diesem Gespräch nicht um die Klärung medizinischer Diagnosen geht, sondern um die Bedeutung solcher Diagnosen für die familiäre Interaktion, wird der angebotene Begriff „manische Depression“ aufgenommen; es bleibt zu klären, was er für wen bedeutet.

FRAU SCHNEIDER (*lacht*) Na ja, das wird ja wohl in der Klinik auch noch abgeklärt werden.

GUNTARD WEBER Was denken die denn? Auf welcher Seite stehen die denn da?

Die nonverbalen Reaktionen des Mannes auf die Erwähnung von Eheschwierigkeiten und die in der Klinik zu klärende Frage, ob es eine „manische Depression“ sei oder nicht, legen die Hypothese nahe, daß hier unterschiedliche Erklärungsmodelle miteinander konkurrieren, die mit unterschiedlichen therapeutischen Konsequenzen verbunden werden. Falls es darüber einen Konflikt zwischen den Partnern gibt, laufen die Therapeuten Gefahr, vom einen oder anderen als parteilich erlebt zu werden.

FRAU SCHNEIDER Also Seite? Ja, gut. Der mich aufnehmende Arzt war schon der Meinung, daß es wohl sein könnte, als ich jetzt mit ihm geredet habe, ja gut ...

GUNTARD WEBER Zu welcher Seite zählen Sie Ihren Mann dabei?

FRAU SCHNEIDER Ja, mein Mann ist eindeutig sicher, daß es eine manische Depression ist ... war. Nach Gesprächen, die er mit anderen hatte.

GUNTARD WEBER Ah ja!

FRITZ SIMON Was denken Sie, wie die Therapeutin das einschätzt?

FRAU SCHNEIDER (*schweigt, nestelt an ihrem Taschenriemen*)

HERR SCHNEIDER Sie hat sich dazu nicht geäußert. Ich glaub, aus gutem Grund, nicht? Sie hat zwar ... ich hab zwar offen mit ihr darüber geredet, wie ich es sehe. Aber sie hat weder ja noch nein gesagt.

FRITZ SIMON Vermuten Sie mal!

Da das Verhalten von Menschen nicht von dem bestimmt wird, was andere Leute tatsächlich denken, sondern von dem, was sie denken, was die anderen denken, empfiehlt es sich, ganz direkt und ungeniert nach Vermutungen und Spekulationen über andere zu fragen. Wenn die dann auch noch im Raum sind, so erhalten sie eine einzigartige Rückmeldung darüber, was andere über sie denken, wie sie wahrgenommen werden, welches Bild sich die anderen von ihnen machen usw. Aber – das sollte klar sein – solche Fragen widersprechen den Regeln guten Benehmens. Auf Cocktailparties sollte man solche Fragen besser nicht stellen ...

HERR SCHNEIDER Das ist, glaube ich, auch gut so. Denn sie wollte ja erst einmal mit beiden reden und nicht gleich einen vor den Kopf stoßen. Sie hätte entweder ... Na, ja, sie wollte halt nicht sagen: Der hat recht oder der! Das wäre in der Situation ...

FRITZ SIMON Aber was schätzen Sie, was sie denkt?

HERR SCHNEIDER Ja, wenn ich jetzt sage, sie denkt, daß ich da schon recht habe, wäre es vielleicht auch nicht gut, denn ich finde auch, daß sie das sehr schön macht; und ich möchte auch nicht (*mit unsicherem Seitenblick zu seiner Frau*), daß du jetzt zu ihr das Vertrauen irgendwie verlierst, wenn du meinst, daß sie auch so ...

FRITZ SIMON (*unterbricht*) Meinen Sie denn, daß Ihre Frau das einfach übernehmen würde, wenn Sie sagen, die Therapeutin denkt so und so?

HERR SCHNEIDER Da haben Sie auch wieder recht. Das bestimmt nicht!

FRAU SCHNEIDER Na ja, ich hab das ja von dem aufnehmenden Arzt in der Klinik schon übernommen ... Jetzt bin ich da eigentlich nicht mehr so sicher. Wo hört normal auf, wo fängt manisch an? Kann man das wirklich als manische Phasen sehen? Oder waren das in gewisser Weise Verzweiflungsphasen meinerseits? Gut, ich mein, ich bin da im Moment für mich selber sehr unsicher.

HERR SCHNEIDER Du solltest dir auch klar sein, daß du schon mehrfach Ärzte gewechselt hast, die dir was gesagt haben, was dir nicht gefiel, nicht? Da mußt du auch mal auf Leute hören!

GUNTARD WEBER Wie ist das weiter mit den Kontakten mit Ihrer Therapeutin geplant? Haben Sie da mit ihr irgendwelche Vereinbarungen?

Es kommt gar nicht so selten vor, daß mehrere Therapeuten oder Helfer mit einer Familie oder gar einem Patienten zu tun haben. In solch einem Fall ist es wichtig zu wissen, welche Position er vertritt, welche Sichtweisen er propagiert, wessen Partei er einnimmt usw. Er kann dann wie

ein weiteres Familienmitglied betrachtet werden, das sein fachliches Gewicht in die Waagschale wirft. Es ist unserer Erfahrung nach nützlich, stets davon auszugehen, daß die Kollegen – auch wenn sie vielleicht ganz andere Ansichten als wir vertreten – ihre guten Gründe dafür haben. Diese Gründe lassen sich ebenfalls erfragen. Auf jeden Fall sollte vermieden werden, andere Therapeuten oder Methoden abzuwerten, da dies die Familienmitglieder in Loyalitätskonflikte bringen könnte. Außerdem erweist sich immer wieder, daß derjenige, der heute abwertet, morgen selbst abgewertet wird. Aus diesem Grund erscheint es auch nicht sinnvoll, die Patienten oder Familien vor die Alternative „Entweder der andere Therapeut oder ich/wir“ zu stellen. Statt dessen gilt es herauszufinden, welche unterschiedlichen, sich ergänzenden oder konkurrierenden Funktionen beiden zugeordnet sind.

FRAU SCHNEIDER Nein, an sich hatten wir ja vor, ein Gespräch zu dritt zu führen. Aber das würde jetzt wohl auch von der Situation hier abhängen. Ich weiß nicht, ob sich das dann erübrigt oder ...

GUNTARD WEBER Ah ja. Weil das sich so anhörte, was Ihr Mann sagte, daß Sie ja auch eine Vertrauensbeziehung zu Ihrer Therapeutin haben ... Also würden Sie eher davon ausgehen, daß die Gespräche mit Ihrer Therapeutin weitergehen, daß sie Ihnen weiter zur Verfügung steht, oder wie?

FRAU SCHNEIDER Nein, eigentlich nicht. Sie sagte eben nur, wenn es manisch-depressiv ist, dann könnte ich mich eventuell diesem Projekt hier anschließen. So in etwa hab ich das verstanden.

Hier ist von der Überweiserin eine Markierung des Kontextes vorgenommen worden: Wenn es manisch-depressiv ist ... Zumindest ist sie so von der Patientin verstanden worden. Das könnte für die Therapeuten ein Problem schaffen, da die Eheleute offenbar nicht einig sind, wie das Verhalten von Frau Schneider einzuordnen ist. Da Herr Schneider ganz eindeutig der Meinung ist, daß seine Frau manisch-depressiv ist, und die Therapeuten in einem Projekt arbeiten, das sich dieser Erkrankung widmet, besteht die Gefahr, daß die Therapeuten als parteilich für die Sichtweise des Mannes („Meine Frau ist krank“) erlebt werden. Dem stehen zwei Faktoren entgegen: Zum ersten ist die Überweisung durch die Psychotherapeutin von Frau Schneider erfolgt, und sie genießt das Vertrauen der Patientin; zum zweiten findet das Projekt in einem Institut für Familientherapie statt; dadurch ist ein Kontext markiert, der mehr der Sichtweise von Frau Schneider entspricht („Meine Verhaltens-

weisen sind das Resultat von Eheproblemen“). Das Zusammentreffen dieser gegensätzlichen Zuschreibungen macht es für die beiden unentscheidbar, auf wessen Seite die Therapeuten stehen.

FRITZ SIMON Hm, hm. Das heißt also wenn ...

FRAU SCHNEIDER *(unterbricht)* Ich meine, als ich in der Depression war, sehr stark, ja gut, da war ich selber dann irgendwo überzeugt: Das wird wohl stimmen, dann werden wohl alle recht haben, und es ist manisch-depressiv.

FRITZ SIMON Also, wenn wir zu dem Schluß kämen, es wäre nicht manisch-depressiv, dann würden Sie wieder zu Ihrer Therapeutin zurückgehen? Heißt es das?

FRAU SCHNEIDER Nein, nicht unbedingt.

FRITZ SIMON Hm, ja. Was macht denn für Ihre Frau diesen Unterschied aus zwischen manisch-depressiv und nicht manisch-depressiv? Das ist ja offensichtlich eine Frage, die im Raume steht, die wichtig zu sein scheint. Was wäre, wenn das so etikettiert werden würde: Es ist manisch-depressiv? Was ist der Unterschied zu: Es ist nicht manisch-depressiv?

Nur wenn man nach Unterschieden fragt, gewinnt man Informationen. Gerade wenn Begriffe verwendet werden, die scheinbar klar in ihrer Bedeutung sind, besteht die Gefahr, daß man seine Patienten zu schnell zu verstehen glaubt. Was für einen biologischen Psychiater manisch-depressiv bedeutet, muß überhaupt nichts mit dem zu tun haben, was es für Frau Schneider oder ihren Mann bedeutet.

Hier wird nun Herr Schneider über die Sichtweise seiner Frau befragt. Mit solch einem Fragetyp sind zwei Absichten verbunden: Auf der einen Seite soll das häusliche Muster der Kommunikation über dieses Thema gestört werden; Herr Schneider dürfte seine persönliche Sichtweise zu Hause schon tausendmal geäußert haben, und da sie von seiner Frau nicht geteilt wird, dürfte es wahrscheinlich über dieses Thema zu Auseinandersetzungen gekommen sein; die Wiederholung dieses Musters in der Therapiesitzung hätte keinen Neuigkeitswert, sie würde nichts verändern und obendrein die Therapeuten in die Rolle des Richters bringen. Beide Protagonisten würden um die Durchsetzung ihrer „Wahrheit“ kämpfen. Wird Herr Schneider hingegen über die Sichtweise seiner Frau befragt, wird seine Fähigkeit, sich in ihre Position einzufühlen, genutzt. Er mag zwar nicht mit seiner Frau übereinstimmen, aber er weiß aller Wahrscheinlichkeit nach ziemlich genau, was sie

meint, wie sie es sieht, ja, meist sogar, wie es ihr geht. Wenn er die Perspektive wechselt und sagt, was seine Frau meint, kann sie überprüfen, wie sie von außen gesehen wird, und eventuell Korrekturen vornehmen. Allerdings werden solche Fragen nicht immer gleich beantwortet, da sie den gewohnten Mustern zuwiderlaufen. Dann bedarf es beharrlichen Nachfragens.

HERRSCHNEIDER Na, der Unterschied ist: Wenn es manisch-depressiv ist, kann man es behandeln. Das haben uns die Ärzte versichert.

FRITZ SIMON Ist das jetzt Ihre Meinung oder die Ihrer Frau?

HERRSCHNEIDER Das ist auch die Meinung der Ärzte in der Psychiatrie ...

FRITZ SIMON Was denken Sie, was für Ihre Frau den Unterschied macht?

HERRSCHNEIDER Ja, meine Frau hat vielleicht zu viele Bücher auch gelesen, und fällt dann (*zu seiner Frau gewandt*) – ich sag dir ja nichts Neues – von einem Extrem ins andere. Nachdem sie ein halbes Jahr überhaupt nie gehört hat oder wissen wollte, wie ich die Sache sehe, ist sie jetzt teilweise ins andere Extrem gefallen und sagt dann: „Ich bin halt verrückt oder irre.“ Was sonst kein Mensch verwendet. Weil sie der Meinung ist, das wäre eine Geisteskrankheit, statt zu sagen, das ist eine psychische Krankheit, die man behandeln kann.

FRITZ SIMON Also manisch-depressiv hieße für Ihre Frau, sie ist geisteskrank?

HERRSCHNEIDER Ja, sie sieht es jetzt halt so ...

FRAUSCHNEIDER Ja, psychische Krankheit oder Geisteskrankheit ist im Grunde nur eine andere Übersetzung!

HERRSCHNEIDER Ist eine Krankheit und eine Krankheit, die man behandeln kann.

FRITZ SIMON Und im anderen Fall? Was hieße es im anderen Fall für Ihre Frau?

HERRSCHNEIDER Ja, im anderen Fall hieße es, daß ich an all den Sachen offenbar Schuld war (*zuckt die Achseln, schaut seine Frau an*).

FRAUSCHNEIDER Nein ... also für mich hieße das im anderen Fall, daß du versucht hast ... oder daß du meine Versuche – die durchaus aggressiv waren –, in unserer Ehe etwas zu verändern, unter dem Gesichtspunkt manisch-depressiv abgeschoben hast. So würde ich das sehen!

FRITZ SIMON Und was wäre für Ihren Mann der Unterschied, aus Ihrer Sicht? Wenn Ihr Verhalten manisch-depressiv war, wenn wir das so etikettieren oder diagnostizieren müßten, könnten, sollten ...?

FRAU SCHNEIDER Na ja, daß ich dann behandelt werde und daß diese Phasen der Aggression nicht wiederkommen, und dann, ja, ein Eheleben wieder möglich ist.

FRITZ SIMON Und im anderen Falle, was hieße es im anderen Falle? Wenn es nichts Krankhaftes in diesem Sinne ist?

FRAU SCHNEIDER Ja, daß das dann eben unerträglich wäre für ihn.

FRITZ SIMON Und das hätte welche Konsequenz, langfristig?

FRAU SCHNEIDER Daß man überlegen müßte, ob man überhaupt zusammenbleibt!

FRITZ SIMON Denkt er eher, daß er derjenige wär, der sich trennt, oder daß Sie dann eher diejenige wären, die sich trennt?

FRAU SCHNEIDER Er denkt dann, daß wir uns trennen und er die Kinder kriegt.

FRITZ SIMON Hm, hm. Und denkt er denn, daß Sie das so mitmachen würden ...?

FRAU SCHNEIDER Ich meine, er hofft, daß alles wieder voll behebbar ist und wir wieder ein friedliches Leben führen.

FRITZ SIMON Also gibt er Ihrer Ehe bessere Chancen, wenn es manisch-depressiv ist.

FRAU SCHNEIDER Ja!

FRITZ SIMON (*an den Mann gewandt*) Wie sieht's Ihre Frau? Wann sieht sie bessere Chancen für Ihre Ehe? Wenn es manisch-depressiv ist oder wenn es nicht manisch-depressiv ist?

HERR SCHNEIDER Ich glaub, das wechselt im Moment alles noch etwas sehr, nicht?

FRAU SCHNEIDER Das kann sein, ja!

HERR SCHNEIDER Wir wollen ja auch nicht vergessen, sie steckt noch in der Depression drin. Und ich weiß nicht, ob wir das jetzt alles auf einmal aufarbeiten können. Ich kann klar sehen. Ich seh sehr gute Chancen. Wenn es wirklich krankhaft ist, kann es behandelt werden.

FRITZ SIMON Und Ihre Frau, denken Sie, sie schwankt eher, ob sie mehr Chancen sieht, wenn es krankhaft ist?

HERR SCHNEIDER Da würde ich im Moment sagen, sie schwankt sehr, ob sie es überhaupt akzeptiert oder nicht.

In diesem Abschnitt zeigt sich, daß die Diagnostizierung einer Krankheit nicht nur vergangenheitsbezogen im Blick auf die Schuld an den gemeinsam durchgestandenen Problemen weitreichende Bedeutung hat, sondern auch zukunftsbezogen. Allerdings sind die beiden in einer Sackgasse: Herr Schneider kann sich nur eine Zukunft für die Ehe vorstellen,

wenn seine Frau krank ist. Nur dann hat er die Hoffnung auf eine erfolgreiche Behandlung, das heißt, daß sie ihr Verhalten ändert und das Zusammenleben wieder so wird wie früher. Frau Schneider hingegen will gerade dieses Zusammenleben ändern, das heißt, sie möchte, daß ihr Mann sein Verhalten ändert. Wenn er anerkennen würde, daß ihr Verhalten das Ergebnis von Eheproblemen ist, dann bestünde wieder Hoffnung für die Ehe. Beide miteinander konkurrierenden Diagnosen sind also mit unterschiedlichen Änderungsforderungen an ihn bzw. sie verbunden. Falls aber keiner sich ändert, hat die Diagnose Auswirkungen auf das Schicksal der Kinder. Es könnte „Gewinner“ und „Verlierer“ geben.

In dieser Sequenz wird eine der grundlegenden Fragestellungen deutlich, der sich jeder systemische Therapeut ausgesetzt sieht. Wer mit mehr als nur einem Patienten oder Klienten arbeitet, läuft immer Gefahr, zwischen die Fronten von Konfliktparteien zu geraten. Im Gegensatz zur Einzeltherapie, wo er sich als parteilich für seinen Klienten sehen kann, ist der Therapeut nun mit mehreren Personen konfrontiert, die nicht nur unterschiedliche Weltbilder und Werte haben, sondern auch nur zu oft widersprüchliche Ziele, Wünsche und, eng damit verbunden, unterschiedliche Aufträge an ihn.

In der Geschichte der Familientherapie finden sich unterschiedliche Ansätze, mit diesem Problem technisch umzugehen. Als Allparteilichkeit wird eine Haltung des Therapeuten bezeichnet, bei der er sich mit jedem Familienmitglied verbündet. Wo es um Konflikte geht, ist dies allerdings ein hoher Anspruch, zumal der Therapeut sich dabei sehr widersprüchlichen Forderungen ausgesetzt sehen kann. Daher kann Allparteilichkeit sicher nicht in jedem Moment der Sitzung realisiert werden, sondern lediglich im Laufe der Zeit, wenn nacheinander jeder der Beteiligten sich und sein Anliegen vom Therapeuten vertreten sehen kann.

Weit geringere Forderungen stellt das Konzept der Neutralität an den Therapeuten. Hier wird nicht verlangt, daß sich jeder der Teilnehmer vom Therapeuten vertreten sieht, es reicht, wenn keiner den Eindruck hat, der Therapeut sei parteilich für einen anderen.

Beiden Konzepten, dem der Allparteilichkeit und dem der Neutralität, ist gemeinsam, daß sie sich auf Personen bzw. Koalitionen, Parteien oder Subsysteme beziehen, die aus Personen gebildet werden. In unserer

Arbeit hat sich ein anderes, weitergehendes Modell der Neutralität als nützlich erwiesen. Es umfaßt nicht nur die Positionen der Allparteilichkeit und Neutralität im dargestellten personenbezogenen Sinn, sondern es bezieht sich auch auf miteinander in Konflikt stehende Inhalte der Kommunikation. Der Therapeut nimmt auch gegenüber Sichtweisen, Bewertungen, Erklärungen (z. B. der Frage, ob Veränderung gut oder schlecht ist usw.) eine neutrale oder allparteiliche Position ein. Am Beispiel des Gesprächs mit dem Ehepaar Schneider läßt sich dies verdeutlichen. Beide haben offensichtlich einen persönlichen Konflikt, so daß sich die Frage ergibt, auf wessen Seite der Therapeut steht. Es geht

<p style="text-align: center;">Pro</p> <p style="text-align: center;">Herr Schneider, Krankheit als Erklärung, psychiatrische Behandlung, Ehefrau muß sich ändern</p>	<p style="text-align: center;">sowohl Pro als auch Kontra</p>
<p style="text-align: center;">weder Pro noch Kontra</p>	<p style="text-align: center;">Frau Schneider, Eheproblem als Erklärung, Paartherapie, Ehemann muß sich ändern</p> <p style="text-align: center;">Kontra</p>

Abb. 1: Tetralemma

aber nicht nur um die persönliche Beziehung zu Herrn oder Frau Schneider, sondern auch um die Sachfrage, ob das Verhalten von Frau Schneider Symptom einer Erkrankung oder einer Eheschwierigkeit ist. Wenn er keinen der beiden Klienten verlieren will, scheint der Therapeut im Dilemma. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings, daß er in einem Tetralemma steckt, das heißt, sein Handlungsspielraum ist nicht auf zwei Optionen begrenzt, sondern er hat vier unterscheidbare Verhaltensmöglichkeiten.

Wie die Familienmitglieder steht er vor der Frage, sich auf die Seite der einen Partei (Pro) zu stellen, auf die der anderen Partei (Kontra), eine „neutrale“ Weder-Pro-noch-Kontra-Position einzunehmen oder eine „allparteiliche“ Sowohl-Pro-als-auch-Kontra-Position zu wählen. In unserem Fall hieße Pro beispielsweise, die Partei des Ehemanns zu ergreifen oder, weniger personenbezogen, die Sichtweise zu vertreten, Frau Schneiders Verhalten sei krankheitsbedingt. Kontra hieße dagegen, ihr Verhalten als Ausdruck ehelicher Not zu deuten und/oder ihre Partei zu ergreifen (s. Abb. 1).

Es gibt aber noch die beiden, keiner Partei zuzuordnenden Positionen des Weder-noch (neutral) und des Sowohl-als-auch (allparteilich). Die Sowohl-als-auch-Position ist allerdings damit verbunden, daß sich der Therapeut sehr ambivalent, womöglich auch widersprüchlich oder paradox zeigt. Wenn – wie im vorliegenden Fall – zwei Therapeuten als Team arbeiten, ergibt sich die Möglichkeit des Splitting. Einer vertritt die Auffassung, es handle sich um eine organische Erkrankung, der andere vertritt die Ansicht, alles, was passiert sei, lasse sich durch die Eheprobleme erklären. Wenn beide sich – in Anwesenheit der Klienten – darauf einigen können, daß die Frage, wer recht hat, nicht zu entscheiden ist, eröffnet sich die Chance, einen dritten, pragmatischen Weg zu suchen, jenseits der Parteilinien oder Weltanschauungen des Entweder-oder.