

Familientherapie in der Fachklinik

Was hat stationäre familientherapeutische Suchtarbeit mit Verantwortung und Neugier zu tun?

Manfred Thau

1. Vorbemerkung zum Kontext des Themas

Am 10.5.1995 fand in der Fachklinik Wilhelmsheim eine Fachtagung mit dem Thema „Ethik & Vision“ statt. Ich arbeite seit 1981 in dieser Klinik und habe seit Ende 1986 mit drei KollegInnen (mittlerweile zwei) zusammen die systemisch-familientherapeutisch orientierte Abteilung des sogenannten Kurzzeit-Bereichs konzeptualisiert und aufgebaut (vgl. Gliederungspunkt 2).

Mein Team und ich haben die genannte Tagung in Zusammenarbeit mit der Klinikleitung organisiert und zwei externe Referenten (Frau Ursula Tröscher-Hüfner und Herrn Robert Wäschle) eingeladen. Neben den externen Referenten, die außer ihren Referaten Workshops durchführten, haben meine KollegInnen und ich Workshops angeboten. Den folgenden Artikel habe ich ursprünglich als Begleittext nach Abhalten meines Workshops (mit dem Titel, den auch dieser Artikel trägt) verfaßt¹⁾. Nicht zuletzt das am Ende des Workshops initiierte Reflecting Team (vgl. Andersen 1990 oder Ludewig 1993, S. 139, s. a. Dormeyer 1995) bot mir weitere Anhaltspunkte, das im Workshop vorgestellte Material durch erläuternde Ausführungen in einem Artikel abzurunden.

Der Artikel versucht, die Entwicklung der Konzeptualisierung unserer systemisch-familientherapeutischen Arbeit im Kurzzeit-Bereich der Fachklinik Wilhelmsheim nachzuzeichnen und eine gegenwärtige Momentaufnahme wiederzugeben, die ihrerseits den Rahmen für den im Workshop thematisierten Fokus abgeben hat.

1) Den Teilnehmern wurde eine ausführliche Materialmappe ausgehändigt mit Thesen, Zeichnungen und mehreren Genogrammen, zu denen „Fallgeschichten“ (also aus meiner Perspektive rekonstruierte Geschichten der dargestellten Familien) erzählt wurden. Dabei wurden bestimmte therapierelevante Themen herausgearbeitet und die weitere Behandlung diskutiert. Unter einer hypothesen-hinterfragenden Perspektive wurde veranschaulicht, über welche Themen es sich angesichts einer kurzen stationären Behandlungszeit von 8 Wochen lohnt, in einen die jeweilige Rolle der Mitglieder des Klient-Systems reflektierenden „ethischen Diskurs“ zu treten. Über welche Themen können Klienten angeregt werden, Verantwortung für die offenen Entwicklungsaufgaben im System zu übernehmen? - Welche interaktionellen Konflikte sollten hierbei induziert und begleitet werden? Zwei Blätter dieser Materialmappe sind im Artikelanhang aufgeführt. Ein kompletter Tagungsbericht kann beim Autor angefordert werden.

2. Abriss der Konzept-Geschichte

Die Fachklinik Wilhelmsheim bietet seit März 1987 neben einem individualisierten und Therapiedauer spezifizierenden Behandlungsprogramm im sogenannten Langzeitbereich (4 Behandlungs-Teams, die in je 4 therapeutischen Bezugsgruppen mit insgesamt 192 Therapieplätzen für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Männer und Frauen indikationsgerechte Entwöhnungsbehandlungen durchführen) ein 8-Wochen-Programm für 20 alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer an. Bei höchstens 5 % der Kurzzeit-Behandlungen wurde in den vergangenen Jahren eine Verlängerung auf 12 Wochen beantragt. Die Indikation wird vor allem bedingt durch zwei zentrale soziographische Aspekte: daß die Patienten noch relativ gut familial integriert leben, noch ihren Arbeitsplatz haben oder eine Arbeitsvermittlung in nächster Zeit ansteht bzw. aussichtsreich erscheint. Darüber hinaus ist es therapeutisch wünschenswert, daß die Patienten in der Lage sind, sich unter anderem intensiven schriftlichen Reflexionsaufgaben zu stellen.

Das Kurzzeit-Behandlungs-Team hat bis zum Mai 1995 über 1040 unterschiedliche (familiale) Systeme in die Behandlung aufgenommen und mit mindestens 80 % davon 3 familientherapeutische Sitzungen (mit unterschiedlichen Subsystem-Beteiligungen) durchgeführt. Das sind zusammen seit Einführung des Konzepts weit mehr als 2500 familientherapeutische Sitzungen mit mindestens zwei Familien-Mitgliedern (nicht gerechnet die systemisch angelegten einzeltherapeutischen Sitzungen mit dem IP oder andere systemische Sitzungen mit dem IP in den Settings der Gruppentherapie oder der indikativen Gruppen).

Aufbauphase

Team setzt rigide Struktur durch:

Familientherapie-Technologie
Informations-Rituale
Rituale in den therapeutischen Sub-Settings

Stand Frühjahr 1990 bis 1991

Fokus „Sub-Systeme“: bescheidenere Arbeit mit dem, der kommt, mit dem was da ist; Teile des Systems werden als „Abgesandte“ eines Größeren gesehen

Prognostizierte Weiterentwicklung

gezielteres Arbeiten mit personalen Prozessen

„Verflüssigen“

„Eintauchen“ in

Personales System entstanden in der Zeit

Rückblickend läßt sich kommentieren, daß wir unsere Arbeit von einem „machtvollen“, strukturell-strategischen familientherapeutischen Vorgehen gewandelt haben in eines, bei dem das „personale System“ im Mittelpunkt steht in der Art, wie es seine Geschichte konstruiert (womöglich durch Symptome), aufrechterhält, sich vernetzt mit anderen personalen Systemen (innerhalb einer Familie oder ähnlichen „natürlichen“ Systemen) und eben durch die therapeutische Begegnung de-konstruiert und weiterentwickelt. Wir sehen den sogenannten IP als „Delegierten“ eines mit ihm vernetzten Systems (vgl. dazu meine Thesen im Artikelanhang, Blatt 1, S. 49f), den es gilt, hinsichtlich seines (familialen) Systems zu befähigen, dieses nutzbringend anzuregen, sich den anstehenden Fragen der Verantwortung zu stellen.

3. Systemische Familientherapie im stationären Setting

Die interaktionelle Differenz zwischen dem personalen System des IP und seinem familialen System wird durch eine stationäre Behandlung katalysiert. Jedoch sind die Effekte keineswegs nur ungünstig - wie man anhand klassischer familientherapeutischer Erfahrungen vermuten könnte. Hier sei postuliert: eine Symptomatik kann als Generierung eines „Problem-Systems“ gesehen werden, dessen Mitglieder sich in weitgehend rigiden Ritualisierungen organisieren (vgl. zum Begriff „Problem-System“ und „Mitglied“ auch Ludewig 1993, S. 109-114). - Wenn sich nun ein personales System (vereinfacht: ein Mensch aus einer Familie) an anderen, in einem stationären Setting vorkommenden Mitgliedschaften beteiligt, wird es Anregungen - in Sprache - aufnehmen, die die Mitgliedschaft im „Problem-System“ kreuzen und so neue Organisationsmöglichkeiten bieten. Wenn wir dies auf unser Thema „Sucht“ übertragen, ist es wahrscheinlich, daß der stationär aufgenommene Patient durch vielerlei reflektorische und interaktionelle Eindrücke seiner Familie sprachliche Neu-Konstruktionen anbietet, die diese nicht nur hoffnungsvoll mit Kommentaren wie „Wir können wieder miteinander sprechen!“ versehen. Die Familie wird damit tatsächlich aus der „Todeszone“ finden, indem Sprache erneut Vergangenes besprechbar und Zukünftiges vorstellbar und damit handelbar macht. Nach unseren Erfahrungen ist es lediglich eine Frage des therapeutischen Respekts, den Erfahrungen *aller* Angehörigen eines relevanten Systems gegenüber, daß dieser Transfer gelingt. Je mehr die dabei Anwesenden in ihren möglichen Interessen gewürdigt (und therapeutisch geschützt) werden und je mehr der sogenannte IP in die Pflicht genommen wird, seine Verantwortung an dem Prozeß der interaktionellen Neu-Formulierung zu tragen, desto weniger wird das Symptom zum Verkehr gebraucht bzw. umso mehr verliert es seine beziehungsstiftende Macht.

Wenn ein Mann die schlechten Erfahrungen als Kind zu seinem Vater als Alibi benutzt, weswegen er sich heute nicht individuieren könne, so wird er den Dienst eines Symptoms in Anspruch nehmen, um die Zeit anzuhalten. Aber er wird dabei Kind bleiben und seine

interaktionelle Einstellung auch auf andere Väter (sprich: Autoritäten) übertragen und immer wieder über seine leidvolle Lage klagen. - Systemisch gesehen ist er aber auch „ein rachsüchtiger Täter“ in der Rolle eines „Märtyrers“, der seinen Vater nicht aus dem „Gefängnis seiner Gefühle“ befreien will oder mit Hellinger (1994) gesagt: Dem Vater nicht die Ehre geben will, indem das erwachsene Kind anerkennt, daß es auch durch die ursprünglich negativen Interaktionen mit dem Vater bereits als Kind und auch später Wege des Lebens gefunden hat, die weit mehr als Überlebensstrategien sind. Erst wenn das Kind sein eigenes Vermögen annimmt (also eine eigene Antwort auf das Leben bekundet), kann es verantwortlich seine Vision mit anderen Menschen teilen.

Wir begegnen täglich Systemen, die sich in dem Paradox gefangen fühlen, daß sie so leben wollen, wie *vor* der „Sucht“, ohne wirklich anzuerkennen, daß die „Sucht“ nicht von außen - als objektivierbares Zugefügtes - oder vom IP (boshaft eingebracht) ist, sondern aus der Art des Zusammenlebens kreiert wurde. Das „Problem-System“ ließe sich also leicht aufrechterhalten, wenn nicht neue Mitgliedschaften gestiftet werden. Das Dilemma dramatisiert sich erst recht, je mehr man glaubt, *nur* der IP könne sich ändern bzw. eine neue Zeit sei erst dann angebrochen, *wenn* der IP sich geändert habe.

Tatsächlich ändert sich der IP spätestens nach Klinikaufnahme. Er ändert, manchmal sogar dramatisch (positiv vom Standpunkt therapeutischer Beobachtung aus) seine interaktionellen Angebote hinsichtlich neuer Mitgliedschaften, riskiert bisweilen sogar Loyalitätskonflikte mit seiner zuhause wartenden Familie, während die sich kollektiv in Angst organisiert („... ob das auch hält?“ oder: „Wie seltsam er/sie sich neuerdings verhält...“) und keiner der Daheimgebliebenen seine eigene Individuation beginnt voranzubringen. Das System bleibt so gefangen im Zirkel von „Sucht und Süchtigkeit“, und es ist eine Frage der Zeit, bis sich der (eigentlich ehemalige) IP aus Loyalität verneigt, um sich als Mitglied des „Problemsystems“ zu erweisen.

4. Die Verantwortung des Therapeuten und die Verantwortung des Klient-Systems im Diskurs

Vom Therapeuten wird nicht nur viel handwerkliches Geschick und Stehvermögen verlangt, möglichst viele Mitglieder des Klient-Systems zu einem „ethischen Diskurs“ (vgl. dazu im Artikelanhang, S. 51: „Prinzipielle Fragen“) einzuladen, sondern er legt beim therapeutischen Dialog seine eigene personale Erfahrung in der Zeit in die Waagschale, um die Konstruktion des Klient-Systems zu verstehen, es zu berühren/berührt zu werden und Erweiterungen der Geschichte(n)/der personalen Narrative zu induzieren. Ich möchte hier empfehlen, sich an den von Ludewig formulierten „10 + 1 Leitsätzen bzw. Leitfragen“ zu orientieren (1993, S. 130).

Als systemischer Therapeut im Setting stationärer Suchtarbeit mit Familien bin ich zufrieden, wenn eine solche Berührung gelingt, ein Unterschied zur kollektiven „Umnachtung“ in der zurückliegenden von Suchtmittel determinierten Zeit erlebbar wird. Ich bin sogar zuversichtlich, wenn von mehreren Mitgliedern des bisherigen Problem-Systems neue Verhaltensweisen erprobt werden und darauf hinweisen, daß sie in den Alltag hinein tragen. Ich bin weder an „Heilung“ noch an „Reparatur“ interessiert, wohl aber an Akzeptanz, daß nämlich die bisher als problematisch empfundenen Verhaltensweisen als sinnhaft und zu einem selbst gehörend angenommen werden und daß respektiert wird, daß sowohl man selbst als auch der andere (womöglich konträre) Beiträge zum Diskurs finden kann und wird. Mir ist auch wichtig, daß anerkannt wird, daß man „nicht zweimal in denselben Fluß steigen kann“, außer man ignoriert sein eigenes Wachsen und das der anderen in der Zeit²⁾. - „Rück“-Fälle sind in diesem Licht also Vor-Fälle, die den anderen und einem selbst signalisieren, daß eine Entwicklung zu schnell gegangen ist, daß der Entwurf noch nicht von den interaktionellen Bedingungen der Tat getragen werden würde, so lange die bisherige Mitgliedschaft aufrechterhalten bliebe. Manchmal ist eben die Lösung einer Mitgliedschaft die Lösung, und das „Problem“ verweist beharrlich darauf, z.B. eine Mutter zweier erwachsener Söhne, verwitwet und Geschäftsfrau, die jahrelang für ihr Geschäft (besonders nach dem Tod des Mannes) geschuftet hat und durch ihr Trinken seit längerem die Waage hält zwischen den hinterlassenen Ansprüchen des Ehemannes, der den Söhnen nicht zu früh die Geschäfte überantworten wollte, und ihren eigenen, sich auch mal etwas Freiraum zu gönnen und sich der geschäftlichen Verpflichtungen durch Überschreibung an die Söhne zu entledigen. „Herr Alkohol“ verzaubert das Entweder-Oder in ein Sowohl-als-Auch: obwohl die Mutter 50 % des Geschäfts hält, managen die Söhne alles!

Systeme sollen in ihrem Selbstorganisations-Potential gestärkt werden. Therapie soll sich so oft wie möglich heraushalten und nur für eine kurze, genau umgrenzte Zeit beteiligt sein und lediglich „Brücken bauen“, damit bei etwaigen neuen Krisen externe Hilfe leichter angefragt werden kann. Lebensprozesse ereignen sich in menschlichen Systemen über die individuellen Tode hinaus. Menschen sind Mitglieder von generativer Geschichte/von Geschichte über Generationen (von Re-Konstruktionen in Sprache). Ihr Verhalten ergibt sich daraus. Systemische Therapeuten haben nicht die Aufgabe, Verhalten für Menschen zu erfinden, aber sie sollen nichts unversucht lassen, daß neue Geschichten entstehen können (vgl. dazu auch Ludewig 1993, S. 29). Im Lauf der Professionalisierung eines Therapeuten muß er immer mehr lernen, seinen eigenen Narzißmus zu überwinden und sich um eine ehrliche Begegnung mit dem Respekt vor den eigenständigen Lebenserfahrungen seines Gegenübers bemühen. Er muß seine Autonomie gleichrangig der des Klient-Systems gegenüberstellen. Er muß den Mythos einer Intervention im Sinne einer Information

2) Manche Konstruktivisten postulieren sogar: „Man kann nicht mal einmal in denselben Fluß steigen!“.

aufgeben und doch seine Kraft einsetzen, den Dialog in gegenseitiger Verantwortung voranzubringen. Und er muß wissen, wann er mit seinen Möglichkeiten und ethischen Verpflichtungen (gemäß seiner Geschichte, seiner Herkunft und Profession) den Dialog beenden will³⁾.

5. Eine pragmatische Hinführung zur Definition von „Ethik“

5.1. Individualisierung von Werten

In einer Zeit, in der sich der einzelne immer weniger familialer Traditionen und bestimmter gesellschaftlicher Werte verpflichtet fühlen kann oder diese überkommen erscheinen oder nicht mehr kollektiv geteilt und gelebt werden, entstehen ganz besondere Anforderungen an den einzelnen und die mit ihm verbindlich lebenden anderen einzelnen, seine/ihre eigenen Werte zu definieren (vgl. Beck et. al. 1995).

Ich verstehe sowohl die nachhaltigen Migrationsbewegungen nach dem Zweiten Weltkrieg in Europa, ganz besonders von uns Deutschen (Emigration, Vertreibung, Aussiedlung, Flucht und der damit einhergehenden Auflösung von familialen Clans) und die Emanzipationsbewegung der westlichen Frauen (beginnend nach dem Ersten Weltkrieg) als wesentliche Bedingung eines heute rasant erlebten Wertewandels. Nach meiner Schätzung sind 70 % der von uns behandelten Sucht-Familien in ihren Sub-Systemen mit Vertreibung, Flucht oder neuerdings berufsbedingtem Heimatverlust befaßt. Andererseits dürften mindestens die Hälfte bis 3/5 der Familien sich als Fortsetzungsfamilien zeigen, deren Auseinandergehen und Erweitern nicht zuletzt durch emanzipatorische Motive beeinflusst sind. Oft wird im Suchtbereich der Begriff „Co-Abhängigkeit“ im Sinn eines pathogenen Konzepts verstanden. Aber andererseits geht vielen Familien klassische „Bindungsarbeit“ ab, da das Auseinandergehen einer Ehe gesellschaftlich kaum noch sanktioniert wird und allmählich zur Regel gegenüber dem „Lebenslang-Modell“ zu werden scheint. Suchtmittelabhängige Mitglieder riskieren durch das Auseinanderbrechen ihrer Lebensgemeinschaft dadurch aber stärker als früher, daß sie ohne soziales Stützsystem dastehen und sich ganz neu orientieren müssen. Der Druck, sich selbst ein Wertesystem zu geben, ist somit weitaus höher.

3) Ich möchte zum Abschluß dieser eher ethischen Betrachtungen noch zwei Hinweise zu der dazu empfohlenen Literatur geben. Heinz von Foerster ist nicht nur Wittgensteins Neffe, sondern baut durchaus auf dessen geistiger Tradition auf. Schon in diesem Zusammenhang lohnt sich die Lektüre der Vorträge beider Autoren (vgl. Literaturangaben). Übrigens scheint auch die Art, für die eigene Sache einzutreten und das Publikum zu berühren, bei beiden Autoren in der Familie zu liegen. - Ansonsten ist es mir sowohl bei der Selbstreflexion als auch beim „ethischen Diskurs“ mit dem Klient-System wichtig, mich von Heinz von Foersterns Credo leiten zu lassen: „Nur die Fragen, die prinzipiell unentscheidbar sind, können wir entscheiden“. Mit diesem Satz vergißt man nicht, das Klient-System in der jeweiligen personalen Verantwortung herauszufordern und auch die Wahl der therapeutischen Mittel daran zu messen.

Gesundheitspolitisch stehen wir an einer riskanten Schwelle: Krankheit gilt kaum noch als Schutz, sondern schon eher als Herausforderung, eine persönliche Vision von Zurechtkommen zu finden. Zu dieser Entwicklung haben nicht nur knappe Kassen, sondern auch neue Therapieverfahren (nicht zuletzt die systemische Therapie) beigetragen. Der Kranke wird allmählich zu einem „Kunden“, der einen Sanierungsvertrag mit seiner Kasse abschließt und entsprechend umworben wird.

Wenn der Rückhalt in einem familialen Clan schwindet, die Bedingungen einer Solidargemeinschaft von Versicherten immer weniger zukunftsicherndes Potential bietet, scheint das Überleben zum Geschäft und der Überlebende einerseits als Geschäftsmann, andererseits zum Verkäufer bzw. Käufer (je nach Perspektive) seiner selbst, nämlich der Ware „Gesundheit und Lebensqualität“ zu werden. Ethische und spirituelle Fragen scheinen dabei auf der Strecke zu bleiben oder in mancher Augen vernachlässigbar zu sein.

5.2. Fragen: Werkzeuge zur Sinnstiftung

Sinn entsteht nicht allein durch Handlung, sondern über die Bewußtwerdung darüber (vgl. Schütz 1974, ursprünglich: 1932). Der Akt des Bewußtwerdens erfordert aber Innehalten und interkurrenten Ausstieg aus der Handlungsfolge: Was tue ich? Wozu tue ich es? Wie paßt es zu mir? Wohin will ich damit? Mit wem komme ich so zusammen? Zu wem bekomme ich dadurch Abstand?

Aus einem eher therapeutischen Blickwinkel betrachtet, stellt sich der Mensch dem Dialog seiner „inneren Bühne“. Er verhandelt mit den Introjekten von sich selbst und anderen in der Zeit. – Meine therapeutische Erfahrung lehrt mich, wenn diese inneren Dialoge nicht mehr (oder stark reduziert) erfolgen und daraus keine künftige Handlungsanleitung erwächst, wird sich Sucht breitmachen: süchtiges Denken und Handeln, das außengeleitet nur noch die dichotomen Konzepte des betäubenden Rückzugs aus dem sozialen Geschehen oder des profllosen Unterordnens unter vermeintliche Vorgaben verfolgt.

Eine personale Ethik muß sich aber Fragen stellen wie:

- Was ist gut und nützlich für mich in meinem sozialen Netz von Bindung, Verpflichtung und Austausch?
- Wie soll mein Werk zu dem anderer passen (auf der Ebene von Intuition und/oder Reflexion)?

Die im Artikelanhang genannten prinzipiellen Fragen eines ethischen Diskurses stehen in einem konzeptuellen Zusammenhang von:

- Zeit (historische und gesellschaftliche)
- Ästhetik (Passung, Wert, Wichtigkeit, Nützlichkeit)
- Raum (Ort und soziale Nähe bzw. Distanz)

- Ordnung (im familialen Clan)
- Verpflichtung (den Ahnen und Nachgeborenen gegenüber)
- Persönlicher Beitrag zum Leben
- Selbst (als Konstrukt in der Zeit).

Diese Fragen können weiter spezialisiert werden und auf die spezifischen Bedingungen eines personalen oder größeren Systems angepaßt werden. Bedeutsam beim „ethischen Diskurs“ ist, daß er normalerweise von einem selbst geführt wird, manchmal mit Freunden, Angehörigen und anderen wichtigen Mitgliedern eines sozialen Systems, selten, meist erst in oder nach einer Krise, mit Außenstehenden (wie Beratern, Therapeuten oder anderen Mitgliedern von Helfer-Systemen).

Der „ethische Diskurs“ in einer Therapie läuft vielleicht expliziter, konfrontativer als im „normalen“ Leben, aber auch hier findet im Prinzip eine gleichrangige Begegnung statt, bei der der Therapeut anerkennen muß, daß das ratsuchende Gegenüber autonom in seiner Lebensgestaltung und -entscheidung ist. Das Gespräch auf der Ebene zu führen, was „richtig“, was „falsch“ ist, würde nicht nur dem Autonomieverständnis zuwiderlaufen, sondern das Klient- und Behandler-System verschmelzen. Solche Symbiosen sind z. B. bekannt aus der Zeit unseres Aufwachsens als Kinder zu unseren Eltern, aber auch gewollt und entschieden im Erwachsenenleben wie z. B., wenn sich jemand einer religiösen Gemeinschaft anschließt und die Bibel als entscheidungsweisendes Instrumentarium wählt. Unglücklicherweise kommt es aber auch vor, daß ein (ehemaliger) Klient (oder Patient?) seinen „ehemaligen“ Therapeuten zum entscheidungsweisenden Instrumentarium wählt. Vom logischen Typ der Beziehung her ist dies identisch damit, daß z. B. ein Alkoholiker seine Flasche zum entscheidungsweisenden Instrumentarium wählt und sie als Gegenüber wähnt und glaubt, mit ihr eine lebendige Dyade zu teilen (vgl. dazu Bateson 1983). Tatsächlich ist dieser Mensch Mitglied in einem Sucht-System (mit sich selbst). Die schwierige Frage dabei ist allerdings: Wie lange ist er Mitglied? So lange er trinkt oder so lange er an die Flasche denkt oder so lange andere denken, er denke an die Flasche, oder so lange andere denken, er könnte (jetzt oder später wieder) an die Flasche denken, oder so lange andere denken, er habe mal (früher) an die Flasche gedacht oder so lange andere denken, daß er nicht an die Flasche denken müssen will, können wir nicht glauben!?

Ist man nun seines „Glückes Schmied“ (auch nach einer Krise) oder „Gefangener seines Schicksals“ oder für seine Vergangenheit wie für seinen Schatten verantwortlich, der sich allerdings je nach Sonnenstand und Wegrichtung (also relativ zur Sonne) verändert: Keiner braucht sich doch auf demselben Fleck stehend von der Sonne verbraten lassen!

Therapeuten sollten idealerweise in einen Dialog mit dem Klient-System treten, wenn dieses ihnen dafür aus einer autonomen Ethik heraus einen Auftrag erteilt: „Ich/wir will/

wollen, daß ein Fremder zu Rate gezogen wird“, „Ich/wir entscheide/n, wie ich/wir mit dem Ergebnis dieser Konsultation umgehe/n“. Therapeuten verwenden als vorrangiges Werkzeug die menschliche Sprache und legen auch bei sogenannten erlebnisinduzierenden Techniken (z. B. familientherapeutische Skulpturarbeit; vgl. Schweitzer und Weber 1982) zu bestimmten Phasen Wert auf die sprachliche Reflexion des Klient-Systems. - Fragen sind dabei die häufigsten Zugangsformen, daneben werden z.B. in der Familientherapie Kommentare am Ende der Sitzungen gegeben. Manche Therapeuten erzählen Geschichten und Metaphern, andere fassen das Gehörte zusammen und verdichten es z. B. in eine psychodynamische Interpretation usw.

Kowalczyk (1994) hat Frage-Arten in der systemischen Therapie zusammengestellt, die meist vom „zirkulären Fragen“ abgeleitet sind. Die Ebenen 1 bis 4 folgen logisch und von den Erkenntnis-Schritten her aufeinander:

1. *Fragen nach Verhalten: Hier sollen Regeln des bisherigen Umgangs miteinander herausgearbeitet werden und das befragte System einen höheren Bewußtseinsstand über die eigenen Interaktionen erlangen.*

2a) *Fragen nach Meanings: Bedeutungen von Verhalten im gegenwärtigen Kontext und erweitert im Kontext familialer Geschichte im Sinn von Normen und Traditionen; aber auch Sinn von Mythos und Tabu; also Fragen nach den Themen der (familialen) Entwicklung.*

2b) *Fragen nach Power: Wer entscheidet über wen? Wer bestimmt wie? Wer fühlt sich wem verpflichtet? Wer ordnet sich wem wozu unter?*

2c) *Fragen nach Affekt: Gefühle werden in sprachliche Metaphern gefügt und so individuell Innenwelten mit Außenwelten verknüpft.*

3. *Zukunftsfragen richten sich auf das Miteinander. Welche Beziehungs-Projekte werden gewünscht? An welchen Ritualen des Miteinander will man festhalten? Welche Rituale sollen aufgegeben, welche neu vereinbart werden? Therapeutisch lohnenswert sind Hinter-Fragungen: Angenommen, das Neue würde gelebt, wie wirkt sich das auf andere Teile des Systems aus? Welche Auswirkungen hat es auf die personale „innere Bühne“? Welches sind extreme Schnittstellen dieses Verhaltens, z.B. zu persönlichen Entwicklungen hin (Angenommen die Familie ist 5 Jahre älter: Wer wird zuerst ausziehen, die heute 17-jährige Tochter oder der heute 22-jährige Sohn? Wie werden die Eltern darauf reagieren? Wann sind sie selbst ehemals ausgezogen? Wie waren damals die Reaktionen der Eltern auf ihren Auszug? Angenommen der Sohn würde in nächster Zeit eine Frau kennenlernen: Wie müßte sie sein, damit er eher noch bei den Eltern bleibt oder eher auszieht? usw.).*

4. *Die „Ökologie des Geistes“ fragt mehr als nach der momentanen Passung. Es geht um die Bilanz der bisherigen Geschichte im Verhältnis zu den individuellen Plänen (auf jeder Existenzebene: Denken, Fühlen, Handeln). Wie Sorge ich dafür, daß meine Fähigkeiten und Ressourcen gelebt werden, daß ich zur Verfügung stelle, was ich habe und annehme, was ich brauche? Es ist*

eine mehr oder weniger umfangreiche Bilanz, die mit einer vorläufigen Antwort an einer bestimmten Stelle des Lebens zum Weiter-Leben auffordert. Symptome aller Art provozieren zu solchen Bilanzen. Werden diese Fingerzeige übersehen, verdichtet sich das Symptom zu einer Entwicklungsblockade, die ihrerseits - durch eine tiefe Lebenskrise induziert - eine Chance bieten mag, daß man sich hinterfragt oder gefragt wird und eben ein Stück mehr Verantwortung für die eigene Geschichte übernimmt.

Der therapeutische Dialog soll berühren. Er berührt, wenn der Therapeut mit seiner eigenen Geschichte in Kontakt ist und respektvoll den Klienten seinen Antworten überläßt. Das erspart dem Therapeuten keineswegs die Konfrontation. Beständig soll er dem Klienten helfen, die Implikation und Konsequenzen seines Handelns besser zu verstehen, so lange der Klient ihm Auftrag zur Konsultation gibt. Aber er muß sich eben hüten, für den Klienten Antworten zu finden. Je besser der Therapeut an das System des Klienten (im Denken, Fühlen, Handeln und dem Miteinander) „andockt“ (also „mitschwimmen“ kann), desto eher wird es ihn verstehen. Aber er muß gleichzeitig den professionellen Abstand wahren. Der therapeutische Dialog ist wie ein gutes Gespräch unter Freunden, bei dem man Geschichten rekonstruiert und neu erfindet, und doch muß sich der Therapeut wieder unentbehrlich machen und den Klienten seinen eigenen Verpflichtungen überlassen.

6. Systemische Hypothesen: Alles Chaos oder was?

Über jegliche Information im Verhältnis zu einer anderen Information kann eine Hypothese gebildet werden. Oder anders herum: nur Informationen, die Unterschiede machen, lassen eine Hypothese zu. - Wenn wir nicht entscheiden müssen, müssen wir auch keinen Sinn erschließen. Systemische Hypothesen (vgl. Cecchin 1988) sollen flüssig und leicht verwerfbar sein und die Neugier, nicht die Macht befriedigen: Im Formulieren und im Beibehalten soll man sich selbst gegenüber respektlos sein (vgl. Cecchin et al. 1993). In der Bereitschaft, sich einem System zu nähern, soll der Therapeut respektvoll sein, aber ihm auch keine Frage ersparen. Hypothesen sollen die Erkenntnistätigkeit des begegnenden Systems nicht in Schablonen und Normen pressen, aber auch zu neuen Wegen provozieren. Systemische Hypothesen sind nicht objektiv und können also nicht im Popperschen Sinn falsifiziert werden; aber sie müssen ihre intersubjektive Nützlichkeit beweisen. Demgegenüber ist z. B. eine psychiatrische Diagnose durchaus objektiv (was nicht zu verwechseln ist mit „richtig“), denn sie beschreibt einen Gegenstand, die „Krankheit“. Ob es diesen (angesichts der Subjekt-Objekt-Differenz: Psychiater - Kranker) *wirklich* gibt, ist eine andere Frage.

6.1. Wie eine Hypothese zur Intervention wird

Systemisches Hypothesieren fragt nicht nur nach dem Kontext, in dem ein „Gegenstand“ vorkommt, sondern wie er (dort hinein) kreiert wird. Dabei wird anerkannt, daß der Kontext, in dem gefragt wird (obwohl ein Meta-Kontext), die Konstruktion des „Gegenstands“ nochmal verändert. Hypothesen sind also beobachter- und beobachter-beobachtend-abhängig. Wie kann es bei einem derart freischwebenden interaktiven Rekurs Erkenntnis geben? - Indem sich jemand in seiner Antwort, seiner Reaktion (vorläufig) „festlegt“ und andere dies ernst nehmen und einen inter-subjektiven Sinnzusammenhang mit-teilen, was kurzfristig den Handlungsablauf unterbricht und als Meta-Handlung erscheint.

Ein schlichtes Beispiel: Ein Klient spricht in Anwesenheit seiner Familie von unbestimmten Schmerzen, für die keine organische bzw. neurologische Ursache gefunden wurde. Er kennt die Beschwerden schon seit langer Zeit. Seine Familie weiß sich - wie er selbst - keinen Rat. Etwas später im Interview - als bereits ein Genogramm erhoben worden ist - beschreibt der Patient seine Rolle als Ältester von mehreren Geschwistern zwischen den Eltern, die häufige Konflikte hatten, als die eines „Prellbocks“. Therapeutisch wird seine Metapher als Teil eines Narrativs (vgl. Boeckhorst 1994) aufgenommen und in Verbindung zu den Schmerzen (vor allem in der Schulter und in den Oberarmen) gebracht und dem Patienten zurückgemeldet. Sowohl für ihn als auch seine Familie wird plötzlich ein neuer Sinn erfahren. Nicht der Therapeut hat den „richtigen“ Sinn erkannt, sondern das Klient-System hält einen solchen Zusammenhang für sinnvoll und verwirft ihn nicht. Was immer daraus für neue Reaktionen entstehen, das Klient-System relativiert darüber seine Geschichte. Z.B. könnte sich der Patient fragen, ob er in seinem heutigen Leben nicht auch die Rolle des „Prellbocks“ innehat und ob er sie womöglich verändern möchte.

Der Inhalt einer Hypothese wird dabei meist nicht mitgeteilt, sondern es werden sprachliche Verknüpfungen angeboten, Zusammenhänge, die die Hypothese entwirft, erfragt oder Hausaufgaben zum Testen gegeben (vgl. zur Konstruktion von Hausaufgaben Brown-Standardridge 1992) oder erlebnis-orientierte Interventionen entworfen, die ebenfalls zur Überprüfung dienen. Dies können Rituale sein (vgl. Imber-Black et. al 1993) oder spezielle Ordeals (Haley 1989). Ein besonderes Ritual, das sehr gut mit einzelnen (auch in der Gruppe) vorbereitet werden kann (nach Montada 1995), ist in der ausführlichen Materialmappe enthalten (s. Fußnote auf Seite 34).

Noch ein Beispiel: Wenn ein erwachsenes Kind (das noch bei den Eltern wohnt) beim Familiengespräch zwischen den Eltern Platz genommen hat und die Hypothese besteht, daß es den Konflikt der Eltern „abpuffert“, könnte gefragt werden: „Anja, angenommen der Stuhl zwischen Ihren Eltern wäre leer geblieben und Sie hätten sich woanders hingesezt, was denken Sie, hätte Ihre Mutter/Ihr Vater im heutigen Gespräch eher angesprochen?“ Oder man schlägt dieser Tochter vor, den Stuhl zu wechseln, neben dem Therapeuten Platz zu nehmen und mit ihm „vom Mond kommend“ über die Rolle/die Dienste von „Anja“ zu reflektieren, die dort auf dem Stuhl zwischen den Eltern sitzt. Oder man läßt ein Familienmitglied eine Konstellation zu einer bestimmten Zeit (zu einem bestimmten familiären Ereignis, z.B. als die Mutter des Kindes weggegangen ist, vgl. Blatt 4.1,

Materialmappe) aufstellen, um einem anderen Familienmitglied, das damals noch nicht in der Lage war, das zu verstehen (in Genogramm 1 (Materialmappe): Christian; die Konstellation bezieht sich auf eine Zeit, als er 3 Jahre alt war), zu veranschaulichen, welchen Motiven folgend es seinen Platz eingenommen hat und um den anderen zu zeigen, wie sie selbst mit dem Weggehen fertig geworden sind: für was es heute eine Lösung ist. Im Genogramm 1 (Materialmappe): Daß die Eltern des IP ihren latenten Paarkonflikt nicht angehen brauchen und die Mutter des IP weiterhin ein Kind zum Versorgen hat und der Sohn (der IP) so leichter aus der Familie gehen konnte, ohne Vater ins Gehege zu kommen, der ihm die Übergabe des Baugeschäfts versagte, weswegen ein ebenfalls latenter Konflikt schwelt. Der Preis ist, daß der IP als Vater scheitert, weil sein Sohn als „Faustpfand“ den Eltern gegeben ist. Das Symptom (hier Alkoholabhängigkeit) „verzaubert“ nebenbei den IP zum Bruder seines Sohnes.

Hier wird deutlich, daß eine Intervention wie „Großmutter soll den Enkel hergeben“ das ganze System destabilisieren würde (wie wenn man aus einem Stapel Milchbüchsen eine aus der Mitte herausgreift). - Vielmehr muß der Sohn ermutigt werden, sich vor dem Vater zu verneigen und seine Entscheidung zu respektieren, daß er ihm das Geschäft nicht über-gaben hat. In unserem Setting kann dies auch in der systemischen Einzelarbeit in der Gruppe oder im Einzelgespräch geschehen. Wenn das System dann bereit ist, kann der Vater in der familientherapeutischen Sitzung befragt werden: „Angenommen, Sie würden mit Ihrem Sohn einen Termin vereinbaren und beide Männer würden sich über jene Zeit, als Ihr Sohn das Geschäft übernehmen wollte, austauschen, wie würde Ihre Frau reagieren?... Wie würde Ihr Enkel reagieren?“ Oder: „Angenommen, Ihr Sohn würde Ihre Entscheidung von damals allmählich respektieren lernen und innerlich mit sich in Frieden kommen (wegen dieser unterlassenen Geschäftsübergabe), was denken Sie, würde Ihr Sohn dann eher oder eher nicht so bald eine Partnerin finden? Und wie würde Ihr Enkel und wie Ihre Frau darauf reagieren und wie Sie selbst?“

Hypothesen münden in Interventionen, die die ursprüngliche Hypothese angesichts der Reaktionen darauf zu spezielleren wandeln. Auf einer Hypothese kann man also nicht „hocken“ bleiben. Diagnostik ist weniger wichtig als die Bewegung, die aufgrund einer Intervention von einem System getragen wird. Man kann zwar sagen, man hat diese oder jene Hypothese getestet, aber viel wichtiger ist, festzustellen, daß verschiedene Mitglieder des Systems diese oder jene Stellung zu einem sich verändernden Fluß von therapeutischen Themen eingenommen haben. Dem Therapeuten bleibt, daß er die Ökologie der Reaktion überprüft. Was sagen die Familienmitglieder, wie die Reaktionen zueinander passen? Entstehen daraus neue Rituale und Projekte? Wie wird die je personale Geschichte fortgeschrieben? - Im obigen Beispiel: Wie reagieren die (inneren) Ahnen der Mutter des IP, wenn sie ihre Anstrengungen läßt und sich mehr um ihre Bedürfnisse kümmert, wie geht es ihr selbst? Kann sie sich nach so vielen Jahren des Beweisens, daß sie auch für ihren gefallenen Bruder lebe (Genogramm s. Materialmappe) überhaupt auf sich konzentrieren; welche Unterstützung bräuchte sie dann von ihrem Ehemann?

6.2. Relevante Hypothesen:

Folge den Fragen, die dich und das interviewte System am meisten interessieren!

Zu jeder Konstruktion passen viele verschiedene Hypothesen über Unterschiede, die relevant sind. Warum gerade so und nicht auf vielerlei Weise anders? - Aber therapeutische Konstruktionen führen nur dann zur Erweiterung eines Narrativs, wenn sie berühren, wenn sie beseelt von der Anteilnahme des Therapeuten gestellt sind und beseelend auf das innere Erleben des interviewten Gegenübers treffen. Der Therapeut darf nicht Recht behalten wollen, sondern muß der Veränderungsmöglichkeit eines Klient-Systems gerecht werden. Minuchin (der Pionier der strukturellen Familientherapie) hat einmal gesagt, daß der Therapeut jeden Fehler machen darf, wenn er nur genau registriert, wie er sich auswirkt.

Die Aufnahmefähigkeit eines Therapeuten ist begrenzt durch seinen Standpunkt, seine Geschichte, seine Personwahrnehmung und durch seine Sprache (Sprache ist linear!). Aus praktischen Gründen setzt die Hypothesentestung bei einer Person (besser bei einem personalen System) an und geht zum nächsten personalen System über: bei allem Geschick des (zirkulären) Fragestellens, die Antwort(en) will/wollen verrechnet werden. Der Therapeut tut gut daran, in Dreiecken zu denken: innerhalb einer Generation oder über mehrere Generationen hinweg (vgl. dazu auch die Arbeit mit Genogrammen bei McGoldrick und Gerson 1990). Wenn der Therapeut Dienste eines Verhaltens in einen neuen Bezugsrahmen setzt (Reframing), dann sollte er wenigstens drei Beziehungspartner mitdenken, die an diesem Dienst beteiligt sind. Z. B. verhält sich ein Kind nicht „ungehorsam“, weil es die Eltern provozieren will (nur Sprache täuscht Linearität vor). Dem System fehlt vielmehr eine passende Antwort, so daß „Ungehorsam“ die Lücke schließen muß. Es lohnt sich, an die Herkunftsfamilien der Eltern zu denken: Wie gingen sie damit um, wenn ein Kind „ungehorsam“ war? Es gibt Familien, die können behaupten: Bei uns gab's das nicht! Es bleibt die Frage: Was ist der Preis für die Eltern als Kinder gewesen, wenn sie nicht *auch* „ungehorsam“ sein durften? Ihr Kind hilft ihnen heute, eine Antwort zu finden und selbst zu wachsen.

Gerade die graphische Methode der Genogramm-Erstellung bietet für den Therapeuten eine „leichtfüßige“ Methode (vgl. auch Roedel 1990), Hypothesen zu testen und damit einen Fuß in die Tür des Systems zu bekommen⁴⁾. Ganz nebenbei wird die Achtsamkeit der Familie vom scheinbar Äußeren (was auf der Tafel steht) gerichtet auf die je personale Innenwelt. Das genogramatische Interview kann so den „Rashomon-Effekt“ (vgl. McGoldrick und Gerson 1990, S. 32) nutzen. Der japanische Regisseur Kurosawa hat in seinem Film „Rashomon“ die Konstruktion mehrerer Narrative vorgeführt. Jedes für sich stellt weder

4) Hier sei auch auf die Methode von Hubschmid (1983) hingewiesen: Wie man durch sachliche Fragen zum Wohnungsgrundriß (heute bzw. zu irgendeiner früheren Zeit) Zugang zur System-Dynamik bekommt. Diese der strukturellen Familientherapie zuzurechnende Methode hat für mich auch unter der Hinsicht eines narrativen oder radikal konstruktivistischen Ansatzes nichts von ihrer Attraktivität eingebüßt.

„Wahrheit“ noch „Lüge“ dar, sondern nur einen Teil der Geschichte aus unterschiedlichen Perspektiven. Dieser Film ist ein Lehrstück in systemischem Denken, Fragen und Lernen, verschiedene Perspektiven in ihrer Eigenständigkeit zu respektieren.

An dieser Stelle möchte ich noch auf ein literarisches Experiment des Schweizer Schriftstellers Urs Widmer hinweisen, das auf ein altes Kinderspiel „Stille Post“ zurückgeht. Es erschien im ZEIT-Magazin vom 19.5.95. Widmer hat eine schöne Geschichte über einen alten Schweizer Brauch geschrieben (teils historisch, teils fiktiv - eine Parabel). Sie wurde in Deutsch geschrieben, von einem Spanier ins Spanische, von da aus von einem Chinesen ins Chinesische, von da aus von einer Engländerin ins Englische und von da aus von einem Russen ins Russische und von da aus von einem Franzosen ins Französische und von da aus von einer Schweizerin ins Deutsche übersetzt. Widmer hat seinen Text nicht wiedererkannt: Die Seele - besser seine Seele - ging verloren, aber es ist ein Text zurückgekehrt, der für sich eine „Wahrheit“ formuliert, die differenzial zu der von Widmer ist und doch das bei ihm Unausgesprochene aufnimmt. Wie kann man das behaupten? Widmer hat es selbst so kommentiert. Übrigens, bei diesem ganzen Übersetzer-Übersetzungsprozeß kannte keiner der Übersetzer die ursprüngliche Quelle. Kommentatoren haben die Zwischenstufen aufs Deutsche bezogen rekonstruiert, um Übersetzer-Eigenheiten herauszuarbeiten. Diese Eigenheiten wurden dem nachfolgenden Übersetzer meist zur besonderen Herausforderung, was er durch seine Eigenheit „wettzumachen“ scheint. So kann es sein, daß eine am Original gemessene, völlig verunstaltete Übersetzung dem nachfolgenden Übersetzer Anlaß bietet, seine „Seele“ in den Text zu weben und das Faktische mit dem Literarischen zu verknüpfen.

Dieses Experiment ist auch eine schöne Parabel für die Beziehungsdynamik von Systemen über Generationen und das Verstehen eines (professionellen systemischen Beobachters sprich:) Therapeuten. Der Therapeut versucht ebenfalls durch seinen Kommentar gewissermaßen ein Meta-Narrativ der Wiedergutmachung (so wie die Kommentatoren dies in Widmers Beispiel extrahiert haben) eines Teils der Geschichte. Er verhält sich also ähnlich wie der nachfolgende Übersetzer, der eher intuitiv die Sinn-Lücke durch seine (linguistische) Eigenart löst. - Der Leser mag selbst ein Experiment zur Hypothesenbildung und Interventionsplanung unternehmen, indem er die zu verschiedenen Genogrammen aus seiner Sicht gehörenden Narrative zu „erzählen“ versucht - wie Kurosawa von der Perspektive verschiedener System-Mitglieder aus. Wenn Sie dieses Genogramm erhoben hätten: aufgrund welcher Hypothesen hätten Sie dieses oder jenes anwesende Familienmitglied etwas gefragt? Wie hätten Sie die Standpunkte Nicht-Anwesender erfragen können? Welchen Themen würden Sie (angesichts einer kurzen stationären Behandlungszeit) nachgehen? Mit welchem Thema wäre das „Andocken“ erschwert, mit welchem erleichtert? Was hätten Sie tun müssen, um die Familie zur Kooperation bzw. zur Skepsis einzuladen? Welche Themen Ihrer eigenen Geschichte würden dabei berührt?

7. Wie das Visionäre gegenwärtiges Handeln bedingt -

Oder: Warum man auch beim Fliegen einen Schatten wirft

Systemische Therapie fußt auf einer Epistemologie, die dem praktisch arbeitenden Therapeuten, Berater oder Supervisor eine manchmal große Bürde auferlegt, zu entscheiden, welchem speziellen Zweig an Denktradition er sich verpflichtet fühlen will. In Anlehnung an ein aus dem systemischen Denken entlehntes Motto „Global denken, lokal handeln“, könnte man empfehlen, sich von den großen Entwürfen intuitiv leiten zu lassen und die persönliche Pragmatik am Prinzip der aufgabenbezogenen intersubjektiven Nützlichkeit permanent in ihren Implikationen zu hinterfragen, so daß sie sich wandeln kann (vgl. dazu Fischer et al. 1992 bzw. Schweitzer et al. 1992). Dies ist kein Prinzip des „Anything goes“, sondern eines, das sich dem oben, auf S. 39 erwähnten Credo von Heinz von Foerster verpflichtet fühlt und den professionellen Helfer auch in seiner persönlichen Verantwortung herausfordert.

Klienten und ihre Familien können nicht die Visionen des Therapeuten leben, aber sie können sich „anstecken“ lassen, sich ihrer eigenen bewußter zu werden und sie als Handlungsentwürfe nutzbar zu machen. Therapeuten sind dann aber in einem Dilemma: kontrolliert der Therapeut das daraufhin neu Erhandelte, spricht er dem (personalen) System die Autonomie bzw. Selbstorganisationsfähigkeit ab. Hofft er aber darauf, daß es schon werden wird (macht er sich womöglich nicht nur im Kollegenkreis wegen vermeintlicher Naivität lächerlich) und unterstützt ein Klient-System womöglich darin, seine Visionen zu Illusionen verkommen zu lassen, was bei Systemen, die mit Sucht befaßt sind, gewissermaßen als „Standard-Manöver“ passiert. Ich neige dazu, 1. so viel wie möglich systemische Implikationen für das gegenwärtige Beziehungsnetz zu erfragen und 2. Klient-Systemen anzubieten, daß sie Briefe nach Ablauf einer Laufzeit an mich schreiben können, um den vollzogenen Prozeß von Individuation und Selbstorganisation nochmal einem Außenstehenden gegenüber zu reflektieren. Selbst wenn wenige diese Rückkoppelung derart nutzen, daß sie mir eine Nachricht zukommen lassen, ist ein außenstehender „Beobachter“ implantiert, der den innerfamilialen Dialog differenzieren helfen kann. Nicht nur man selbst wirft anhand seines Tuns einen Schatten angesichts persönlicher und familialer Tradition, sondern die Schatten der anderen bezeugen die Sozialität, daß man weiß, mein Tun ist bei aller Einzigartigkeit eingebunden in das Tun der anderen.

8. Fazit

In diesem Artikel wurde systemische Praxis beschrieben unter dem Fokus „ethischer Diskurs“, bei dem Sprache als dialogisches Instrument in der therapeutischen Beziehung zur Ver-Handlung erweiternder Narrative eingesetzt werden kann. Dabei relativiert die personale ethische Verpflichtung des Therapeuten die Auswahl der dem Dialog zugeführten

Themen des begegneten Klient-Systems. Umgekehrt nimmt die Art der Präsentation familialer Themen zirkulären Einfluß auf die Art, wie Interviewer Fragen stellen. Dies geschieht jenseits einer Objekt-Subjekt-Beziehung. In diesem Sinn ist die Nützlichkeit und die Ästhetik ethischer Entscheidungen, auch wenn sie den familialen Diskurs darüber unvorhersagbar antreiben mögen (im Stil einer postmodernen Konzeptualisierung) zweck- und situationsgebunden.

Stationäre systemische Kurzzeittherapie (unter der Bedingung, daß die System-Teile mehr oder weniger häufig separat während des Aufenthalts des sogenannten IP leben) bietet somit bei Systemen, die mit Sucht befaßt sind, die Chance, durch therapeutisch induzierten Dialog der System-Mitglieder untereinander die Zeit der Sprachlosigkeit, der Ent-Begrifflichung und Betäubung zu unterbrechen und facettenreiche Unterschiede in den personalen Perspektiven zu nutzen, um die Notwendigkeit des Miteinander (oder auch der Entscheidung zur Distanz: aber eben der Mitgliedschaft) zu erkennen. Verhalten wird dabei von Therapeuten weder vorgegeben noch geübt, bis es „sitzt“, sondern ergibt sich anhand der Erkenntnis des subjektiven Unterschieds, dem Ende von Symbiose und Sucht und dem Beginn von Individuation und Autonomie bei gleichzeitigem Wissen um Zugehörigkeit zu einem übergeordneten System. Diese Behauptung gilt auch für den Therapeuten in Beziehung zu seinem Hintergrundsystem.

Artikelanhang, Blatt 1: Thesen zu meiner therapeutischen Ethik

1. Ein stationär aufgenommener Patient ist ein „Delegierter“ seines Systems. Die Positionen Abwesender zu ignorieren, heißt, Veränderung zu erschweren oder zu vereiteln. Das gemeinsame Lernen relevanter System-Mitglieder im gleichen therapeutischen Setting fördert den Transfer in den Alltag. Nur mit dem IP zu arbeiten, erleichtert zwar die Gestaltung des therapeutischen Settings, erhöht aber ungleich stark das Widerstands-Potential des dahinterstehenden relevanten Systems.
2. Sucht (pragmatisch: die Einnahme von Suchtmitteln) ist ein stereotypes und rigides Ritual des Verleugnens und Vergessens. Vergessen wird das Eingebundensein in Tradition, Verpflichtung und familiales Erbe. Verleugnet wird die eigene Identität (die eigenen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Perspektiven).
3. Rückfall ist die „Verneigung“ vor dem Bisherigen: vor der Macht der Ahnen, vor dem vermeintlich Unabänderlichen. Die Vergangenheit wird für sich mächtiger als die Gegenwart gehalten. Der Rückfall ist ein Opfer an das System (konkret: an die Bindung zu bestimmten Mitgliedern). Der Rückfällige „spürt“, daß eine mögliche Veränderung das System überfordern würde.
4. Einzelne aus Familien oder ganze Familien haben die Aufgabe, eine Antwort auf aktuelle Anforderungen zu finden: Wie ihre Rolle bzw. ihre Organisation über das Bisherige hinauswachsen soll. - Wie neue Information im System aufgenommen werden kann, statt Redundanz zu leben

(Sucht ist redundant!). Die Rolle eines Einzelnen hinsichtlich einer bestimmten Entwicklungsaufgabe ist definierbar im Rahmen der familialen Organisation. Die Logik der Veränderung kann sich nur in diesem Rahmen ergeben. Daß Systeme sich selbst organisieren, bedeutet nicht, daß sie nicht Entwicklungsgrenzen hätten. Bei menschlichen Systemen definieren sprachliche Konstrukte oft engere Grenzen als nötig. Dieser Unterschied ist aber nur von einem außenstehenden Beobachter erkennbar.

5. Ein (systemischer) Therapeut ist zunächst ein außenstehender Beobachter, der keinen Einfluß auf Systeme nehmen kann, wenn er nicht bereit ist, „seine Unschuld zu verlieren“. Durch das „Mitschwimmen“ im System (z.B. nach dem Prinzip der Allparteilichkeit) kann er der Illusion erliegen, er habe instruktiven Einfluß. Aber erst, wenn er sich wieder distanziert, kann er beobachten, wie das System mit den (allparteilich) induzierten personalen Unterschieden umgeht und eben seine eigene Lösung daran/daraus findet.

6. Der (systemische) Therapeut als „dialogischer Herausforderer“ erfragt Implikationen und Konsequenzen personaler Konstrukte. Das Medium ist Sprache, das Ziel ist Handlungserweiterung, die durch den Dialog der Systemmitglieder untereinander konstruiert wird. So entsteht eine Fortschreibung der Familiengeschichte (und neue personale Narrative). Eine Geschichte enthält stets ethische Implikationen: Welche Antwort nimmt der Konstrukteur gegenwärtig für sich in Anspruch? Was verantwortet er gerade?

7. Ist eine (neue) Geschichte entworfen, schafft sie Maßstab und Verpflichtung für weitere Handlungen. In diesem Sinn ist sie ethisch und visionär zugleich. Aber erst die Tat kann interpersonell in ihrer ethischen Güte (hier im Kontext familialer Ethik) bewertet werden. - Zum Beispiel ist die Aussage: „Ich bin trocken geworden!“ erst hinsichtlich ihres ethischen Gehalts (ist sie zutreffend und nützlich - und wem nützt sie?) innerhalb einer Familie bewertbar, wenn wir wissen, was derjenige stattdessen tut, wenn er nicht mehr trinkt, und wie die anderen darauf reagieren. - Reagieren sie ähnlich wie bisher, kann der „Trockene“ sich dem anschließen und wird auch wieder trinken oder die anderen zu einem Diskurs einladen, der entweder zu gemeinsamem Wachsen oder zum Auseinandergehen führt.

8. Ein (systemischer) Therapeut „lotst“ nur während der Krise. Er überläßt das Lernen dem System anhand der spezifisch aufgefaßten/interpretierten dialogischen Erkenntnisse. D.h. durch die Beteiligung des Therapeuten am familialen Dialog soll das Redundanz-Niveau verringert und das Neugieverhalten gestärkt werden. Menschliche Systeme verhalten sich insgesamt nur so neugierig, wie es ihre Bilanz über Tradition, Verpflichtung und familiäre Ordnung einerseits und ihr antizipiertes Krisenbewältigungspotential andererseits verspricht. Die Bilanz ist meist intuitiv selbstreferentiell gesteuert. Manchmal hilft ein Symptomträger (eben durch sein Symptom), die Konzentration und die Bündelung von Kräften in der Familie zu fokussieren. Nötigenfalls wird einem Mitglied gestattet, sich als „Abtrünniger“ zu definieren, was die „Hinterbliebenen“ zentrifugal bindet und dem „Abtrünnigen“ erlaubt, sein „eigenes Leben“ zu leben (mit dem Preis tiefer Schuld und ewiger Verbundenheit im Unglück). „Rück“-Fälle kann es nach diesem Denken nicht geben: nur neue Krisen, die neues Lernen ermöglichen. Ob dafür ein „Lotse“ gebraucht wird, entscheidet das Klientensystem selbst.

Artikelanhang, Blatt 2: Ethischer Diskurs

A. Prinzipielle Fragen des „ethischen Diskurses“

- Was ist nützlich? / Was ist (jetzt) wichtig?
- Was ist „nachzuholen“?
- Wem bin ich eine Antwort schuldig?
- Was brauche ich jetzt, um meine Position in meinem System zu leben?
- Wem muß ich die Ehre erweisen?
- Aus wessen Bann muß ich mich befreien?
- Was soll mein Werk sein?
- Mit wem will ich das Werk tun (wen lade ich dazu ein)?
- Für wen muß ich sorgen? / Für wen bin ich verantwortlich? (Wem steht meine Fürsorge zu?)
- Was für ein Mensch möchte ich gerne am Ende meines Lebens sein?

B. Ethische „Zugangsfragen“ zum Reframing eines Symptoms/einer Symptomatik (als Würdigung des Dienstes des IP)

- Wem fühlen Sie sich näher (verpflichtet), wenn Sie dieses Verhalten (die Symptomatik) aufrechterhalten?
- Wer übernimmt Ihre Rolle im System, wenn Sie das Verhalten aufgeben können?
- Angenommen, Sie würden nicht mehr (z.B.) trinken, wie könnten Sie stattdessen darauf hinweisen, was in der Familie notwendig ist (bzw. stört bzw. zu kurz kommt)?
- Wenn Sie einen Rückfall (in jegliches alte Verhalten) bauen würden, was wäre für die Familie dann leichter?
- Wem gegenüber ist der Rückfall ein Opfer (wem oder was gebührt die Ehre)?
- usw.

Literaturverzeichnis:

- Andersen, T. (Hrsg.) 1990: Das Reflektierende Team - Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund: modernes lernen.
- Bateson, G. 1983: Ökologie des Geistes; darin: Die Kybernetik des Selbst: Eine Theorie des Alkoholismus, S. 400ff. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beck, U., Vossenkuhl, W., Ziegler, U. E., Rauthart, T. 1995: Eigenes Leben - Ausflüge in die unbekannte Gesellschaft, in der wir leben. München: Beck.
- Boeckhorst, F. 1994: Theoretische Entwicklungen in der Systemtherapie II: Die narrative Denkrichtung. In: Systema 8(2), Seite 2ff.
- Brown-Standridge, M. 1992: Ein Paradigma für die Konstruktion und Gestaltung von familientherapeutischen Aufgaben. In: Familiendynamik 17(1), S. 39ff.
- Cecchin, G. 1988: Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. In: Familiendynamik 13(3), S. 190ff.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. 1993: Respektlosigkeit, eine Überlebensstrategie für Therapeuten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Dormeyer, D. 1995: Systemberatung eines Kolloquiums. In: Systema 9(1), S. 35ff.
- Emlein, G. 1995: Die Balance von Geben und Nehmen. Zur Theorie und Praxis „kontextueller“ Therapie. In: Familiendynamik 20(1), S. 3ff.

- Fachklinik Wilhelmsheim (Hrsg.) 1990: Tagungsbericht „Und wir?“ Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Einbeziehung von Partnern und Kindern während der stationären Therapie. Darin: Hladik-Burow, A., Thau, M.: Familiengespräche (S. 44ff.) und Thau, M.: Konzeptueller Hintergrund der Subsystem-Arbeit im Rahmen der Kurzzeit-Behandlung der Fachklinik Wilhelmsheim (S. 48ff).
- Fischer, H. R., Retzer, A., Schweitzer, J. (Hrsg.) 1992: Das Ende der großen Entwürfe. Frankfurt: Suhrkamp.
- von Foerster, H. 1993: KybernEthik. Berlin: Merve, S. 60ff.
- Haley, J. 1989: Ordeal Therapie - ungewöhnliche Wege der Verhaltensänderung. Hamburg: Isco-Press.
- Hellinger, B. 1994: Ordnungen der Liebe - ein Kursbuch. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hubschmid, T. 1983: Der Wohnungsgrundriß - ein Instrument in der Familientherapie. In: Familiendynamik 8(3), S. 221ff.
- Imber-Black, E., Roberts, J., Whiting, R. A. 1993: Rituale: Rituale in Familien und Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Kowalczyk, A. 1994: „Was ich noch zu fragen hätte“ - Über die Kunst, therapeutische Fragen zu stellen. In: Kontext 25(1), S. 30ff.
- Ludewig, K. 1993: Systemische Therapie - Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- McGoldrick, M., Gerson, R. 1990: Genogramme in der Familienberatung. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Montada, L. 1995: Bewältigung von Ungerechtigkeiten in erlittenen Verlusten. In: Report Psychologie, Heft 2, S. 14ff.
- Roedel, B. 1990: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens. Dortmund: modernes lernen.
- Schütz, A. 1974: Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. - Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schweitzer, J., Weber, G. 1982: Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. In: Familiendynamik 7(2), S. 113ff.
- Schweitzer, J., Retzer, A., Fischer, H. R. (Hrsg.) 1992: Systemische Praxis und Postmoderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Weber, G. (Hrsg.) 1993: Zweierlei Glück - die systemische Therapie Bert Hellingers. Heidelberg: Carl-Auer.
- Widmer, U. 1995: „Stille Post“ - Übersetzungskarussell: Was dabei herauskommt, wenn man ein Stück Literatur von einer Sprache in die andere überträgt. In: ZEIT-Magazin vom 19.5.1995, S. 12ff.
- Wittgenstein, L. 1991: Geheime Tagebücher 1914 bis 1916. Herausgegeben und dokumentiert von Wilhelm Baum. Wien und Berlin: Turia und Kant. Darin: Ethik - ein Vortrag, 1930, S. 77ff.

Manfred Thau
Falkenstraße 13
71579 Spiegelberg