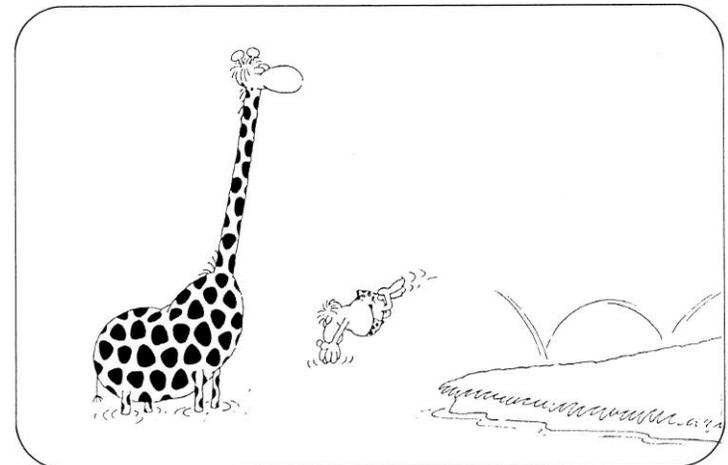


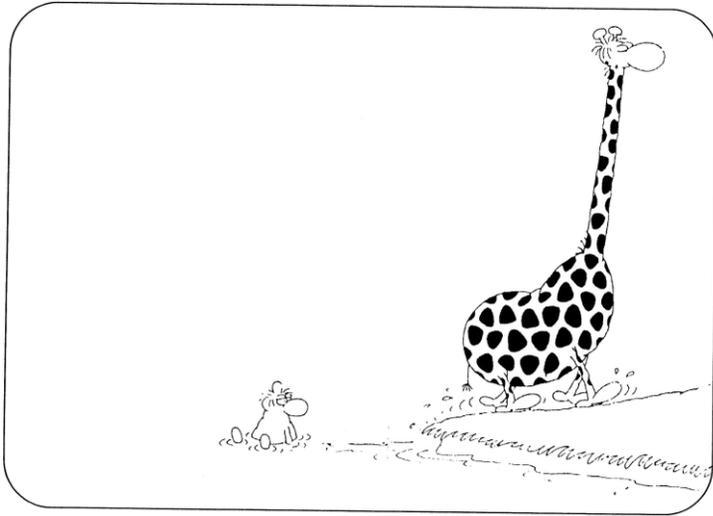
Vom Navigieren beim Driften

Die Bedeutung des Kontextes der Therapie

Fritz B. Simon/Gunthard Weber

Wer einen spannenden Bade- und Segelurlaub verbringen will, sollte einige Grundregeln beherzigen: Ganz generell gilt, dass überraschende Momente und neue Erfahrungen erheblich intensiver erlebt werden können, wenn man es vermeidet, genauere Auskünfte über die jeweiligen geographischen Gegebenheiten und lokalen Besonderheiten einzuholen, bevor man sich selbst oder sein Boot zu Wasser lässt. So ist es immer wieder eine große und unerwartete Freude, wenn man in einen Seeigel tritt, beim Sprung ins vermeintlich tiefe Wasser auf Widerstand stößt oder auf hoher See bemerkt, dass der Kompass kaputt und die Seekarte veraltet ist. Wenn es dann obendrein unübersehbar wird, dass der an Land so selbstbewusst wirkende Kapitän seine Qualifikationen in der Badewanne erworben hat und der Rest der Mannschaft sich nicht einigen kann, ob nun lediglich in





Landnähe geschippert oder die Südsee angesteuert werden soll, so hat man nachher auf jeden Fall eine gute Geschichte zu erzählen — im Idealfall kann man sogar ein Buch darüber schreiben, wie man sich fachgerecht treiben lässt.

Nun kann man sich aber darüber streiten, ob therapeutische Arbeit nach den Prinzipien des Abenteuerurlaubs gestaltet werden sollte. Wer auch während der Dienstzeit gerne ins Schwimmen kommt und nicht darauf verzichten möchte, baden zu gehen, kann das oben Gesagte einfach in seinem Arbeitsalltag anwenden. Er sollte dann besser auch an dieser Stelle aufhören, weiterzulesen. Demjenigen aber, der etwas mehr Wert auf Berechenbarkeit legt, bietet sich eine zwar spießige, aber bewährte Orientierungsmöglichkeit: das Sich-im-Voraus-Erkundigen, wo die Chancen, auf Grund zu laufen oder abgetrieben zu werden, am größten sind.

Ein weitverbreiteter Aberglaube unter Therapeuten ist, sie selbst würden darüber entscheiden, was sie sagen oder tun. Dies

ist mit der Aussage des Urlaubers zu vergleichen, der sagt: „Ich mache einen Kopfsprung ins tiefe Wasser.“ Ob es ein Sprung ins tiefe Wasser wird oder nicht, entscheidet er nicht allein. Er muss sich mit den geographischen Bedingungen darüber „einigen“, ob seine Aussage passend ist.

Alles, was ein Therapeut macht oder sagt, ist in seiner Bedeutung von dem Kontext bestimmt, in dem es gemacht, gesagt oder gedeutet wird. Wer also wissen möchte, welche Folgen sein Handeln haben kann, sollte sich ein Bild von dem Seegebiet, in dem er sich aufhält, machen und überprüfen, ob seine Karten mit denen der übrigen Mannschaft und der Passagiere übereinstimmen: In welchen verschiedenen Kontexten können seine Worte und Taten welche unterschiedlichen Bedeutungen gewinnen?

Unsere praktische Erfahrung legt uns die Faustregel nahe, dass jede Minute, die man zu Beginn einer Therapie darauf verwendet, ihren Kontext zu klären, später mindestens eine Stunde der Therapiezeit erspart (wenn nicht gar Tage, Monate oder Jahre als Schiffbrüchiger auf einer einsamen Insel). Aber auch immer dann, wenn der therapeutische Prozess festgefahren erscheint oder es — im anderen Extrem — zu Eskalationen während der Sitzungen kommt, bietet die erneute Thematisierung des Kontextes einen probaten Ausweg aus vielen Notsituationen.

Von den zahllosen Rahmenbedingungen, welche therapeutische Prozesse beeinflussen bzw. durch sie beeinflusst werden, wollen wir diejenigen, deren Betrachtung sich für uns am nützlichsten erwiesen hat, kurz beschreiben. Ganz generell und banal kann gesagt werden, dass die Therapie für den Therapeuten im Allgemeinen eine andere Bedeutung hat als für die Patientinnen¹. Da man in der Interaktion nicht einseitig Kontrolle über die Beziehung ausüben kann, ist es dem Therapeuten unmöglich, den

¹ Der Satz gilt natürlich auch für Therapeutinnen und Patienten, Therapeutinnen und Patientinnen, Therapeuten und Patienten sowie bisexuelle Teams und gemischtgeschlechtliche Familien.

Kurs der Therapie einseitig zu bestimmen. Er muss sich — um hier ausnahmsweise einmal in einem Bild zu sprechen — auf die Witterungs-, Wasser- und Windverhältnisse einstellen. Das heißt aber weder, dass es ihm unmöglich wäre, ein Ziel anzusteuern, noch dass er hilflos driftend der Strömung ausgeliefert wäre. Voraussetzung für jegliche Navigation ist die Bestimmung des eigenen Standortes. Hier einige Anregungen, wie man durch die Berücksichtigung des Kontextes der Therapie eine Orientierung für sein therapeutisches Handeln gewinnen kann:

Man schaue auf ...

**1.) ... die Institution, in der man arbeitet
(„Mit wem sitze ich in was für einem Boot?“)**

Wer als Therapeut oder Berater in irgendeiner Institution arbeitet, tritt einem Patienten, Klienten, einer Familie oder einem sonstwie zu beratenden sozialen System nicht als Privatperson gegenüber: Er wird stets als Repräsentant gerade dieser Institution wahrgenommen, ihr gesamtgesellschaftliches Bild, ihre Funktionen und Aufträge prägen die Erwartungen an ihn.

Es macht einen Unterschied, ob sich ein Paar wegen seiner Eheprobleme an eine Beratungsstelle der Caritas oder der Pro Familia wendet. Das kann natürlich auch vom Zufall bestimmt sein; wenn aber nicht, so ist damit auch etwas darüber gesagt, welche unter all den auf dem Markt angebotenen Problemlösungsmöglichkeiten dieses Paar bevorzugt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Klienten einer Caritas-Beratungsstelle erwarten, dass ihnen zu einer Scheidung oder zur Unterbrechung einer Schwangerschaft geraten wird, dürfte geringer als bei der Klientel von Pro Familia sein.

Wie sehen also die Kunden einer solchen Institution deren Aufgaben, Werte und Reputation? Welchem gesellschaftlichen Aufgabenbereich wird sie eher zugerechnet: dem der sozialen

Kontrolle, der Hilfe, der Beratung, dem medizinischen Bereich etc. ? Wenn eine Familie von sich aus wegen des Verhaltens eines heranwachsenden Kindes eine psychiatrische Institution oder einen Psychiater hinzuzieht, so sagt sie damit nicht nur, wie sie selbst das Problem sieht, sondern auch, welche Art der Problemlösung sie erwartet.

Unabhängig davon, wie er von außen gesehen wird: Der Therapeut ist den Regeln der Institution oder Organisation unterworfen. Sie begrenzen seinen Handlungsspielraum. Was er mit den Klienten oder Patienten macht, hat Rückwirkungen auf ihn als Mitglied dieses Systems. Ein Schulpsychologe, der einem Schüler (auf der Suche nach einer „paradoxen“ Verschreibung) rät, nicht zur Schule zu gehen, kann in Schwierigkeiten geraten, falls sich die Eltern des Schulverweigerers darauf (ihrerseits paradox intervenierend) ans Schulamt wenden.

Fragen Sie Ihre Patienten doch beispielsweise einfach einmal:

Wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich gerade an mich (diese Beratungsstelle, Poliklinik etc.) zu wenden? Was erwartet Ihr Mann, was in einer psychiatrischen Ambulanz getan wird? Wenn's nach Ihrer Frau gegangen wäre, welche Stelle hätten Sie dann zu Rate gezogen? Was müsste ich tun, damit X (Y etc.) zu dem Schluss kommt, dass Sie hier an der falschen Adresse sind?

2.) ... den Überweisungskontext („In welchem Reisebüro ist die Kreuzfahrt gebucht worden? Von wem?“)

Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient/Familie beginnt lange bevor sie sich zum ersten Mal die Hände schütteln und freundlich lächelnd oder beklemmt dreinschauend im Sprechzimmer gegenüber sitzen. Irgendjemand hat den Rat gegeben,

zu einem Therapeuten oder in eine Institution, zu einem bestimmten Therapeuten oder in eine bestimmte Organisation zu gehen. Dieser Jemand kann eine Person aus Fleisch und Blut sein (z. B. der Hausarzt, die Medizin studierende ältere Schwester des Symptomträgers), beliebt sind aber auch Zeitschriftenartikel und Bücher („Reiseberichte“). Unsere Fragen gelten daher der Beziehung der überweisenden Person zu den Familienmitgliedern und ihren Sichtweisen: Ist sie neutral oder parteilich, d. h., hat sie besonders enge oder distanzierte Beziehungen zu verschiedenen Familienmitgliedern? Welche Folgen hätten Veränderungen der Symptome für die Beziehung des Überweisers zu den (anderen) Familienmitgliedern (besonders dann, wenn ein Familienmitglied der Überweiser ist)? Wie ist die Beziehung des Überweisers zum Problem? Ist er professionell oder als Amateur (d. h. wörtl.: Liebhaber) damit beschäftigt? Was definiert er als Problem und wie erklärt sie es sich? Was denkt sie, was getan werden müsste? Mit welchen anderen Familienmitgliedern teilt er seine Sichtweisen? Wessen Sichtweise ist sie am ähnlichsten?

Gab oder gibt es Personen, die abgeraten haben, eine solche Form der Therapie zu versuchen ? Wie sind ihre Beziehungen zu den Familienmitgliedern? Was sind ihre Befürchtungen?

Wie ist die Beziehung des Überweisers zum Therapeuten bzw. wie ist die Beziehung der Organisationen, denen beide angehören, zueinander? Es macht einen Unterschied, ob jemand, der als Patient die Erfahrung einer erfolgreichen Therapie mit dieser Methode, diesem Therapeuten oder dieser Klinik gemacht hat, oder ob ein rivalisierender Kollege, der sich nach langem Mühen mit seiner Methode gescheitert sieht, überweist. Der Erfolg oder Misserfolg der Therapie hat in jedem Falle Rückwirkungen auf die Beziehung des Therapeuten zum Überweiser. Wenn der zum Beispiel für den weiteren beruflichen Werdegang des Therapeuten wichtig ist, kann es leicht dazu kommen, dass der Therapeut mehr vom Patienten bzw. der Fa-

milie will als umgekehrt. Dann aber begibt er sich de facto in die Macht der Patienten, hat den größeren Leidensdruck als sie und auch die größere Therapiemotivation.

Fragen Sie beispielsweise:

Was hat Ihren Hausarzt denn veranlasst, Sie in eine Ehe- und Familienberatungsstelle zu schicken? Denkt er eher, dass die Familie die Ursache des Problems ist, oder denkt er, hier könnten die Hilfsmöglichkeiten der Familie besser erkannt und genutzt werden? Wer in der Familie stimmt mit seiner Sicht am meisten/am wenigsten überein? Für wie groß hält der/die Überweisende die Chance, dass sich durch Gespräche hier eine Veränderung ergibt?

3.) ... gleichzeitige Kontakte zu anderen Helfern und Einrichtungen

(„Wie viele Kapitäne versuchen das Schiff zu steuern?“)

Besonders bei so genannten Multi-Problem-Familien findet man sich als Therapeut schnell in der wohl vertrauten Gesellschaft sich gegenseitig kompetent behindernder Kollegen, die allesamt sicherlich nur das Beste für die Familie wollen. Erfahrungsgemäß hat man nicht sonderlich viel Einfluss auf das, was die lieben Kollegen tun (sie auch nicht auf das, was man selber macht); aber man kann zumindest herausfinden, was sie — in den Augen der Familie — für den Weg halten, der beschritten werden sollte. Sind sie parteilich? Ist einem selbst die Rolle zugegedacht, ein Gegengewicht zu bilden etc.?

Die Mitglieder einer Familie stehen häufig schon ohne Helfer in Loyalitätskonflikten. Wenn man mit den Kollegen konkurriert, so wird man die einzelnen Familienmitglieder auch ihren Betreuern gegenüber in solche Klemmen bringen.

Ein paar mögliche Fragen:

Was hält der Einzeltherapeut Ihrer Frau von Paargesprächen? Wie erklären Sie sich, dass sich so viele Ämter und Personen in Ihre Familienangelegenheiten einmischen und Ihnen nicht zutrauen, allein zurechtzukommen? Angenommen, die Familie könnte nur eine fremde Hilfsperson haben, auf wen würde sie sich einigen? Angenommen, über Nacht würden die Probleme verschwinden, welcher der Helfer würde es zuerst merken? Wie würde sich seine Beziehung zu den verschiedenen Familienmitgliedern verändern? Wer würde welchen Helfer am meisten vermissen, welcher Helfer würde die Familie am meisten vermissen? Wenn wir den Kollegen X ärgerlich auf uns machen wollten, was müssten wir Ihnen dann raten?

4.) ... die Vorerfahrungen der Patienten/Familien wie auch der psychosozialen Helfer („Welcher Schiffbruch war der angenehmste?“)

Bevor irgendwelche Helfer hinzugezogen werden, versuchen Familien im Allgemeinen, ihre Probleme selbst zu lösen. Nur zu oft werden durch diese „Lösungen“ neue, größere Probleme erzeugt. Wenn außerfamiliäre Hilfe gesucht wird, dann meist nach dem Muster „mehr desselben“: Eine Familie, die sich in ihren Versuchen, den Alkoholkonsum des Sohnes zu kontrollieren, gescheitert sieht, sucht sich im Allgemeinen einen Helfer, von dem sie erwartet, dass er die Kontrolle effizienter (mehr = besser) ausüben wird. Die Erklärungen, die eine Familie oder ein Patient sich für die Entstehung eines Problems zusammenbastelt, erzeugen bei ihm oder ihr bestimmte Lösungsideen. Er/sie probiert auf diese scheinbar logische Weise sein Problem loszuwerden ... Wenn er damit scheitert, macht er mehr davon. Wenn auch das nicht hilft, sucht er sich einen Profi. Und dem

ist in der Regel die Aufgabe zugedacht, professionell und kompetent („... hat das ja gelernt!“) genau den Lösungsweg zu beschreiten, auf dem der Klient auch schon gescheitert ist. Vom Therapeuten wird also nicht unbedingt etwas Neues erhofft, sondern die Bestätigung von Lösungsideen. Doch warum sollte es bei einem Therapeuten funktionieren? Daher kann man immer erst einmal von der Hypothese ausgehen, dass man als Therapeut oder Berater aus den „falschen“ Gründen ausgesucht wurde (was nicht heißen soll, dass man seine Klienten besser wieder nach Hause schickt; aber man sollte jedenfalls nicht unhinterfragt die stillschweigende Einladung annehmen, einen vorgegebenen Kurs zum Zielhafen anzusteuern— er dürfte in zu turbulente oder zu seichte Gewässer führen).

Viele der Patienten und Familien haben schon mannigfaltige Vorerfahrungen mit allen möglichen und unmöglichen Therapieformen, Institutionen und Therapeuten hinter sich. Dadurch wird ihre gegenwärtige Einstellung und Erwartung stark mitbestimmt. Eine Mutter, die sich in einer früheren Familientherapie als „symbiotisch“, „überinvolviert“, „intrusiv“ und überhaupt an allem Elend der Welt „schuld“ beschimpft erlebt hat, wird sich in erneuten Familiengesprächen sicherlich „verschlossen“, wenn nicht gar „unmotiviert“ oder „im Widerstand“ zeigen.

Für den Therapeuten ist es wichtig zu wissen, was die Familien und seine Kollegen früher alles probiert haben, um nicht jeden Fehler zu wiederholen. Der Blick auf die Formen früherer Therapeut-Patienten-Beziehungen erlaubt es oft, bestimmte sich wiederholende Interaktionsmuster und Spiele („Schiffversenken“, „SOS“ = save our souls, etc.) zu erkennen, die eine erfolglose Therapie wahrscheinlicher machen.

Aber auch Therapeuten haben meist irgendwelche Vorerfahrungen. Sie haben sich ihre Sehsäcke geschneidert, in welchen sie Familien und Patienten verstauen können. Das ist im Prinzip ja auch höchst sinnvoll und ökonomisch. Aber ... es kann natürlich

dazu führen, dass diese Säcke wichtiger werden als ihr Inhalt. So kann zum Beispiel die Tatsache, dass jemand schon viele Therapeuten „verschlissen“ hat oder — je nachdem, wie man es sehen will — von vielen Therapeuten „inkompetent behandelt wurde“, zu der Auffassung führen, dass er ein „Koryphäenkiller“ oder ein „Opfer des unzureichenden Medizinsystems“ ist. Bei Benutzung dieser beiden Kategorien (es gibt Hunderte anderer) liefe der Therapeut Gefahr, therapeutische Möglichkeiten zu sehen, wo keine sind, oder keine zu sehen, wo welche sind.

Fragen Sie zum Beispiel:

Was haben Sie schon alles versucht? Was hat am besten geholfen? Wie hat der Kollege Y versucht, Ihnen zu helfen? Wie erklären Sie sich, dass die bisherigen Versuche nicht zu dem gewünschten Erfolg führten? Wenn Sie ihre bisherigen Erfahrungen berücksichtigen, was müsste ich tun, wenn ich sicher gehen wollte, dass sich während der Gespräche hier keinerlei Veränderungen ergeben?

5.) ... die Zeitdimension („Wer oder was bestimmt, wann in See gestochen wird und wie lang die Reise sein soll?“)

Therapiewünsche und -motivationen kommen und gehen in bestimmten Konstellationen der familiären oder individuellen Geschichte. Andere, gleichzeitige Ereignisse und Abläufe, insbesondere wenn sie mit Veränderungen der Beziehungen verbunden sind, fördern den Leidensdruck, die Hoffnung auf therapeutische Hilfe oder Ähnliches. Wenn Probleme schon länger konserviert wurden, stellt sich stets die Frage, welche zuzusätzlichen, die Bedeutung der Probleme verändernden Faktoren hinzugetreten sind, dass gerade jetzt Therapie gesucht wird.

Auch die Sorge, dass irgendetwas in der Zukunft geschehen könnte, wenn keine Therapie stattfindet, bringt dem Therapeuten häufig seine Kundschaft. Aber auch da stellt sich die Frage: Warum gerade jetzt?

Beispielfragen:

Wann ist wem zum ersten Mal die Idee zur Therapie gekommen? Wie kommt es, dass zwischen der Idee und dem Anruf hier siebzehn Jahre vergangen sind? Warum jetzt, wo doch solche Auseinandersetzungen schon seit vielen Jahren Bestandteil Ihrer Ehe sind? Angenommen, es würden hier jetzt keine Gespräche stattfinden, wie würde es dann in Ihrer Familie weitergehen? Was könnte im schlimmsten Fall passieren? Wie lange muss Ihrer Meinung nach eine Therapie dauern, um Aussicht auf Erfolg zu haben?

6.) ... die Bedeutung des Begriffs „Therapie“ („Galeere oder Cap Anamur?“)

Unter Anbietern wie auch Konsumenten gehen die Meinungen und Vorstellungen, was „Therapie“ ist oder sein sollte, weit auseinander. Das Spektrum der Vorstellungen ist bunt schildernd und reicht von der Annahme, dass nach irgendwelchen Ursachen und Tätern gesucht wird, die dingfest gemacht, bearbeitet, bekämpft, bestraft oder kontrolliert werden sollten, bis zu dem Wunsch, Leidende zu verstehen, sie zu begleiten und ihnen zu helfen.

Der Täter kann beispielsweise eine böse Krankheit sein, die ein Familienmitglied heimtückisch überfallen hat („es kam über ihn“), oder aber auch eine Mutter oder ein Vater, die ihre Kinder „falsch“ behandelt haben. Was bedeutet also das Angebot einer „Familientherapie“ oder einer „Einzeltherapie“? Das je-

weilige Setting ist ganz besonders gut geeignet, Ängste vor Schuldzuweisung zu fördern oder zu beseitigen: Mit einer Familie, die einer Therapie bedarf, ist per definitionem etwas nicht in Ordnung — wer allein in Therapie geschickt wird, ist ja offensichtlich der Kranke. In beiden Fällen ist, nebenbei bemerkt, die Suche nach einer organischen Erklärung dann meist der beste Weg, einen Freispruch von Schuld für alle Beteiligten zu erlangen. Und wenn keiner schuld ist, dann kann auch keiner was ändern ... (leider ..., Pech gehabt! Warten wir halt auf den medizinischen Fortschritt ...).

Es ist wichtig zu wissen, welche Art der Therapie die Familienmitglieder erwarten und welche Implikationen die eine oder andere Therapieform für die Beziehungen der Familienmitglieder zueinander und zum Therapeuten hat. Man sollte sich sehr genau überlegen, welche Form von Therapie man anbietet (so weit der Träger der Institution hier überhaupt einen Freiraum lässt).

Fragen:

Was denkt Ihr Vater über Familiengespräche, wo er doch davon überzeugt ist, dass Ihr Verhalten durch eine Krankheit verursacht ist? Wenn das Gericht eine Therapieauflage verfügt hat, was meint der Richter, was in einer Therapie geschehen sollte? Wie viel Prozent der therapeutischen Wirkung verspricht sich die Mutter von Medikamenten und wie viel von Gesprächen?

7.) ... die Funktionen und Ziele der Therapie („Welcher Hafen wird angesteuert? Wer will mit wem wohin?“)

Die Orientierung muss zwangsläufig verlieren, wer stillschweigend annimmt, die Familienmitglieder hätten alle dieselben

Ziele, dasselbe Interesse an der Therapie, an Veränderung oder Erhaltung des Status quo etc.

Wer erwartet sich also von wem welche Veränderungen durch die Therapie? Wie sind die Veränderungen, die im Laufe einer Therapie erhofft werden, verteilt?

Zum Beispiel:

Wenn man alle Veränderungen, die zur Lösung des Problems nötig sind, als 100 % nimmt, wie viel Prozent haben dann nach Ansicht deiner Mutter der Vater, sie selbst, die Kinder etc. zu erbringen? Wenn die Gespräche optimal verliefen, was wäre dann nach den Wünschen deiner Schwester anders als jetzt? Wer würde was anders machen? Welche Folgen hätte dies für die Beziehungen? Wenn über Nacht das Problem verschwunden wäre, woran würde wer es merken?

8.) ... die Bedeutung der persönlichen Merkmale des Therapeuten („... der Schiffsjunge am Ruder[n]?“)

Patienten haben bestimmte Vorstellungen über die Eigenschaften und Verhaltensweisen von Personen, die beraten oder behandeln. Sie bestimmen ihr Vertrauen oder Misstrauen ihnen gegenüber. Alter, Geschlecht, Titel und Rang, Beruf und Ruf, äußere Erscheinung (Figur, Kleidung, Haartracht), Sprachstil, Dialekt etc. können Sympathie und Antipathie, Identifikation und Ablehnung der Klienten beeinflussen und die Neutralität erschweren.

Die allerletzten Fragen (vielleicht auch die ersten):

Wie ist das für Ihren Vater, dass die Psychiaterin die Familie an mich als Sozialarbeiter überwiesen hat? Wie ist das für Ihre

Mutter, dass ich als Psychiater im selben Alter wie Sie bin und auch Jeans trage? Wie ist das für die Frauen in der Familie, zwei männlichen Therapeuten gegenüberzusitzen?

Schlussbemerkung

Die Thematisierung des Kontextes — sei es am Anfang oder während der Gespräche — gibt nicht nur dem Therapeuten eine Orientierung für sein Handeln, sondern auch der Familie. Es wird möglich, gemeinsam aus der Meta-Position auf die vergangene, gegenwärtige und zukünftige Therapeut-Patienten/Familien-Beziehung zu schauen. Ohne dass direkt über das konfliktbeladene Problem geredet wird, werden verschiedene Beziehungen (innerhalb der Familie und zum Therapeuten) reflektiert. Die Möglichkeiten, Gefahren und Folgen eines Neutralitätsverlustes des Therapeuten werden in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Dies macht es für alle Beteiligten attraktiver, sie zu bewahren.

Baden gehen, leicht gemacht:

Unabgekühlt, kopf- oder bauchüber auf der Inhaltsebene in das vermeintliche Problem tauchen!