

**Theoretischer Hintergrund und Methoden
paartherapeutischer Diagnostik und deren Interventionsverfahren –
Perspektive eines integrativen Ansatzes**

**Ein Vergleich von Paar-Psychoanalyse, paartherapeutische Verhaltenstherapie und
Systemische Paartherapie im Hinblick auf Watzlawicks Meta-Kommunikationsaxiom**

Autor: Lic. phil. Clemens M. Breitschaft

März 2006 – <http://www.psychosophia.ch>

© beim Autor

Praxis Psychosophia[®], Postfach 4011, CH-6002 Luzern

| Inhaltsverzeichnis | Seiten |
|--|---------------|
| 1. Einleitung | 3 |
| 2. Menschliche Sprache und ihre Bedeutung für die Psychotherapie | 4 |
| 3. Psychotherapie und Sprache: Theoretischer Hintergrund | 7 |
| 3.1. Psychoanalytische Interpretation von Kommunikation und Psychoanalyse | 8 |
| 3.2. Verhaltenstherapeutisches Verständnis von Kommunikation | 10 |
| 3.3. Kommunikation aus der Sicht der Systemischen Psychotherapie | 12 |
| 3.4. Das Menschenbild: Hintergrund des kommunikativen Unterschiedes | 16 |
| 3.5. Methodologie, Theoriereflexion und Rückbezüglichkeit | 16 |
| 3.6. Der Fokus der Integration | 20 |
| 4. Paardiagnostik | 22 |
| 4.1. Paardiagnostik aus psychoanalytischer Sicht | 22 |
| 4.1.1. Das Kollusionsmodell nach Willi | 24 |
| 4.1.2. Paardiagnostik nach Lemaire | 26 |
| 4.2. Paardiagnostik aus verhaltenstherapeutischer Sicht | 26 |
| 4.2.1. Familienzyklus nach Lewis | 26 |
| 4.2.2. Verhaltensbeobachtung: Kommunikation | 27 |
| 4.3. Paardiagnostik aus der Sicht der Systemischen Therapie | 29 |
| 4.3.1. Kommunikationsstörungen und Zirkularität | 29 |
| 4.3.2. Kommunikationsstörungen des Paares durch double bind | 30 |
| 4.3.3. Kommunikationsstörungen, Kybernetik 2. Ordnung und Diagnosen | 30 |
| 4.4. Fragebogenverfahren zur Paardiagnostik | 33 |
| 5. Therapeutische Interventionen | 36 |
| 5.1. Paartherapie aus psychoanalytischer Sicht | 36 |
| 5.1.1. Paartherapie nach Willi | 38 |
| 5.2. Paartherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht | 38 |
| 5.3. Systemische Paartherapie | 41 |
| 6. Diskussion und Ausblick | 45 |
| 7. Literaturverzeichnis | 46 |

1. Einleitung

Diese Arbeit entstand als sogenannt dreitägige (und nächtliche) Prüfungsarbeit im Rahmen der Lizenziatsprüfungen an der Universität Zürich zwischen dem 14. und 16. März 2006 an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychoanalyse und Psychotherapie bei Prof. Dr. phil. Brigitte Boothe und wurde im Mai 2006 leicht überarbeitet zum Zwecke der Online-Publikation auf www.psychosophia.ch.

Die Frage nach dem theoretischen Hintergrund von Paartherapie wirft viele Fragen auf. In welchem Verhältnis etwa stehen die psychoanalytische und die verhaltenstherapeutische Paartherapie zueinander? Und in welches Verhältnis ist die Systemische Therapie – gerade jene der Kybernetik 2. Ordnung – zu setzen? Gibt es neben dem historisch bedingten Nebeneinander und dem sozioökonomisch wie fachpolitisch geprägten, oftmals aggressiv, manchmal unter (scheinbarem) Deckmantel wissenschaftlicher Argumentation oder Methodik geführten, Schulenstreit, auch eine andere Möglichkeit, die für den/die nach Hilfe Suchenden, den in Ausbildung sich Befindenden und vielleicht auch für den Forscher und den Praktiker, hilfreich, d.h. weiterführend sein kann?

In der vorliegenden Arbeit wird ein Versuch gemacht, die paartherapeutische Diagnostik und Therapie hinsichtlich eines solchen Versuchs grundzulegen und so gleichzeitig Unterschiedlichkeiten wie auch eine fundamentale Gemeinsamkeit der drei wichtigen Therapieschulen bezüglich der Paartherapie erkennbar werden zu lassen, um darauf aufbauend, diagnostische wie therapeutische Untersuchungen vornehmen zu können – ohne Nivellierungen zu betreiben:

»Es geht also im Zuge einer professionellen Evolution der Paar- und Familientherapie darum, sich der Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Theorien und Methoden zu vergewissern und einen Weg zu finden zwischen entdifferenzierender Erstarrung und überdifferenziert Desintegration« (Wirsching, 2002, S. 138).

Die vorliegende Arbeit verfolgt diesen modernen Ansatz paartherapeutischer Forschung mit Interesse, Engagement und Kreativität, in der Hoffnung, auch einen kleinen Beitrag zu diesem Anspruch leisten zu können.

2. Menschliche Sprache und ihre Bedeutung für die Psychotherapie

»*Schon als Tier hat der Mensch Sprache*« (Herder, 1997, S. 5). Mit diesen markigen Worten begann Herder seine im Jahre 1770 publizierte »Abhandlung über den Ursprung der Sprache« und ergänzte:

»Selbst die feinsten Saiten des tierischen Gefühls ... sind in ihrem ganzen Spiele, auch ohne das Bewusstsein fremder Sympathie zu einer Äusserung auf andre Geschöpfe gerichtet. ... *Hier ist ein empfindsames Wesen, das keine seiner lebhaften Empfindungen in sich einschliessen kann; das im ersten überraschenden Augenblick, selbst ohne Willkür und Absicht, jede in Laut äussern muss*« (ibid.).

Damit ist einerseits gesagt, dass Sprache *Verlautbarung* ist, ein (auch) unwillkürliches Sich-bemerkbar-machen im potentiellen oder realen psychosozialen Raum. Ob mit der *unwillkürlichen* Lautäußerung auch nonverbale Verlautbarung mitgemeint ist, sei dahingestellt. In unserem Zusammenhang freilich – hinsichtlich der Frage nach dem theoretischen Hintergrund und Methoden paartherapeutischer Diagnostik und therapeutischer Interventionsverfahren – meint Sprache nicht nur verbales, sondern selbstverständlich auch nonverbales und paraverbales Sprechen. In diesem *weiten Sinne* wollen wir Sprache fassen, wobei auch das innere Sprechen, das auf Phantasie und Erinnerung beruht sowie jene schwer zu fassende Sprachwelt, die sich in Bezug auf ein gegebenes System Ganzes – Paare, Familien, Team, Generation, Selbst- und Weltbild(er), Philosophien, usw. – ergibt.

Um also unsere Frage, die nach einer Übersicht verlangt, sinnvoll beantworten zu können, sollten wir uns zunächst bewusst machen, was das ist, Psychotherapie. Denn um eine Übersicht gewährleisten zu können, muss zunächst geklärt sein, *wo heraus* eine solche geleistet werden kann – insbesondere auch, um nicht *a priori* eine *Klarheit* zu suggerieren, wo aufgrund der vorläufigen Erkenntnisse eine solche vielleicht gar nicht existiert. In der Hoffnung, einen solchen Standpunkt vorfinden zu können, versuchen wir uns auf die Ursprünge und wirklich wesentlichen Grundgegebenheiten – auf das Wesen? – von Psychotherapie zu besinnen.

In einer frühen Arbeit (1905) schrieb der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud:

»Psyche ist ein griechisches Wort und lautet in deutscher Übersetzung Seele. Psychische Behandlung heisst demnach Seelenbehandlung. Man könnte also meinen, dass darunter verstanden wird: Behandlung der krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens. Dies ist aber nicht die Bedeutung dieses Wortes. Psychische Behandlung will vielmehr besagen: Behandlung von der Seele aus, Behandlung – seelischer oder körperlicher Störungen – mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken.

Ein solches Mittel ist vor allem das Wort, und Worte sind auch das wesentliche Handwerkszeug der Seelenbehandlung« (Freud, 1999, S. 289).

In diesem Sinne, so können wir konstatieren, begründete Freud die sogenannte *talking cure*, die Psychotherapie, die sich ausschliesslich der *Sprache* bedient für eine therapeutisch zu erzielende Wirksamkeit. Diese zentrale Bedeutung der Sprache (i. w. S.) hat die Psychoanalyse mit vielen anderen Therapierichtungen¹ gemein.

Senf und Broda (2000, S. 3) nennen, nebst der Sprache, noch folgende weitere wichtige Faktoren für eine allgemeine Definition von Psychotherapie:

»Danach ist Psychotherapie:

- ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation)
- meist verbal, aber auch a verbal
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit)
- mittels lehrbarer Technik
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

¹ Senf und Broda (2000, S. 3) erwähnen die Existenz von über 250 voneinander unterscheidbaren Psychotherapiemethoden!

- In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig« (Senf und Broda, 2000, S. 3).

Bezüglich dieser sehr allgemein gehaltenen Zusammenstellung, die auf Arbeiten von Strotzka zurückgeht, bemerken die Autoren, sie sei »umfassend, treffend und von den meisten Psychotherapeuten akzeptiert« (ibid.). Für die Beantwortung unserer Frage reduzieren wir diese Definition und stellen auf ganz grundsätzliche Weise fest: *Psychotherapie ist der Versuch bewusst herbeigeführten Wandels durch Sprache (i. w. S.) bzw. durch Kommunikation.*

Wir werden in der vorliegenden Arbeit versuchen, den für die diversen Schulen *unterschiedlichen Umgang mit Kommunikation bzw. mit Sprache als wesentliches Unterscheidungs- und Klassifikationsmerkmal* für die drei historisch und praktisch bedeutsamen Therapierichtungen Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie zu fassen. Dass diese Unterscheidung aufgrund einer kommunikationstheoretischen Perspektive nicht einfach eine willkürliche Wahl ist und Sinn macht, wird hoffentlich aufzuzeigen gelingen. Denn die diesbezügliche Unterscheidung, so unsere Vermutung, trifft unter Anderem fundamentale Unterschiede im zugrundeliegenden Menschenbild, welches durchaus auch »therapeutische Wirkung auf Umwegen« haben kann, und ist daher nicht nur in theoretischer Hinsicht, sondern auch für die Praxis der paartherapeutischen Diagnose und Therapie wichtig, gerade eben aus diesem Grund: In der therapeutischen Praxis wird durch den Therapeuten² nicht etwa »bloss« eine Methode angewandt, wie dies durch empirische Vereinfachungen suggeriert oder gar durch paradigmatische Haltung gefordert wird, sondern der Therapeut ist unweigerlich als *ganzer Mensch* ein mehr oder weniger (un-) bedachtes Therapeutikum – auch sein eigenes Weltbild hinterlässt wohl nicht wenige Spuren im Weltbild des bei ihm nach Hilfe Suchenden.

Durch die getroffene Entscheidung und gewählte Perspektiveneinnahme, Sprache als wesentliches Unterscheidungskriterium zu fassen, sind wir jetzt in der Lage, folgende Differenzierung der drei Therapierichtungen vorzunehmen:

² Zugunsten der Vereinfachung wird in der männlichen Sprachform die weibliche mitgedacht.

1. »Die«³ Psychoanalyse betrachtet die *Sprache als Inszenierung* einer Person,
2. »die« Verhaltenstherapie benutzt die Sprache als *Kommunikationsform insbesondere hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Einzelnen*: »Gute vs. schlechte Kommunikation« sowie hinsichtlich der Erarbeitung von Sprach-Kompetenzen,
3. »die« Systemische Therapie schliesslich sieht Sprache als *emergenz- und strukturschaffendes Mittel* eines Systemganzen: Was lässt die gemeinsame Sprache an Neuem entstehen?

Diese einfache und doch fundamentale Unterteilung von *drei kommunikationstheoretischen Perspektiven* wird uns auch hilfreich sein können für die Unterscheidung paartherapeutischer Methoden hinsichtlich Diagnose und Interventionspraxis. Da wir vermuten, dass diese Einteilung grundlegend ist nicht nur für das dahinter stehende *Menschenbild*, sondern auch für die sich nur unter der jeweiligen Perspektiveneinnahme eröffnenden *erkenntnistheoretischen und praktischen Möglichkeiten*, versuchen wir sie zunächst noch etwas genauer zu fassen.

3. Psychotherapie und Kommunikation: Theoretischer Hintergrund

Im Jahre 1967, fast zweihundert Jahre nach Herders Formel, formulierten Watzlawick, Beavin und Jackson das für die (Paar-) Psychotherapie einfache und doch sehr bedeutsame metakommunikative Axiom »*man kann nicht nicht kommunizieren*« (1996, S. 53). Dieses Axiom unterstreicht die *grundsätzliche Gegebenheit bzw. Unausweichlichkeit menschlichen Kommunizierens*⁴ und weist auf einen ähnlichen Sachverhalt wie die von Herder gewählte Formel.

³ »Die« Psychoanalyse (vgl. z.B. Mertens, 1996, S. 10) gibt es nicht. Dasselbe lässt sich von »der« Verhaltenstherapie und »der« Systemische Therapie (z.B. Schlippe, 1999, S. 50ff.) sagen. Dies verunmöglicht im Prinzip das Unterfangen einer Übersicht im Hinblick auf die paartherapeutische Situation. Da es aber, gerade im Hinblick auf die jeweils zugrundeliegende Kommunikation, wesentliche Unterschiede zu geben scheint, kann so trotzdem eine schulenspezifische Vereinfachung geleistet werden.

⁴ Als *Kommunikation* bezeichnen Watzlawick et al. (1996, S. 50ff.) eine »Verhaltenseinheit«, die sich als Austausch einer Mitteilung definieren lässt, währenddessen »ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen ... als *Interaktion* bezeichnet« wird, die in grösserer Anzahl als »*Struktur von Interaktion*« erkennbar wird.

Dieses metakommunikative Axiom bedeutet – für sich alleine bereits und erst recht im Verbund der weiteren pragmatischen Kommunikationsaxiome⁵ –, dass der Mensch mit seinen *verbalen*, *nonverbalen* (wie z.B. Körperhaltung und Ausdrucksbewegungen) und *paraverbalen* oder paralinguistischen Mitteln (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen oder »beredtes« Schweigen) innerhalb eines bestimmten *Kontextes* seinem Gegenüber unwillkürlich (und damit grundsätzlich nicht unterdrückbar) subjektive Sachverhalte sowie gesellschaftliche Gegebenheiten *mitteilt*, ja: unweigerlich mitteilen muss. Durch bewusste, vorbewusste und unbewusste Weise kommunizieren wir unserem Gegenüber, *wie* wir zum aktuellen Zeitpunkt uns und unsere Umwelt erleben – wir kommunizieren *Inhalte* über unsere Selbst- und Weltsicht und nehmen gleichzeitig Bezug auf wichtige soziologisch zu fassende Faktoren –, sowie die Information, in welchen *Beziehungsrahmen* wir uns selbst und unsere Umwelt gerade stellen. Kommunikation bedeutet daher nicht nur *Informationsaustausch* – das ist *eine* Sichtweise der Kommunikation –, sie weist insbesondere auch auf die Tatsache der *Darstellung von Sachverhalten und Beziehungssachverhalten*, die im wesentlichen auch eine Inszenierung ist auf der aktuell gegebenen Bühne des soziologisch-psychozialen Kommunikationsraumes.

Die so kommunizierte, im aktuellen kommunikativen Raum *inszenierte Beziehung* – sie ist, nebst der Kommunikation von Sachverhalten, das besonders Interessante und aufgrund der Komplexität nicht einfach Nachzuvollziehende –, kann durch verschiedene theoretische Hintergründe und Perspektiven erkannt werden. Auf die drei Möglichkeiten, die sich aufgrund der Unterscheidung durch eingenommene Kommunikationsperspektive ergeben, sei daher kurz hingewiesen:

3.1. Psychoanalytische Interpretation von Kommunikation und Psychoanalyse

Aus psychoanalytischer Sicht resultiert die aktuelle Kommunikation – insbesondere im therapeutischen Rahmen – durch eine »phantasiegeleitete Verarbeitung von Welterfahrung« und wird als aktive, wenn auch unbewusste Kreation »dargestellter

⁵ Watzlawick et al. (1996, S. 50-71) nennen zusätzlich den Inhalts- und Beziehungsaspekt von Kommunikation, die Interpunktion von Kommunikationsabläufen seitens der Partnern, die analoge und digitale Kommunikation, sowie der symmetrische oder komplementäre Kommunikationsablauf.

Subjektivität« erkennbar: Sie ist eine »subjektive Inszenierung« in der aktuellen kommunikativen Begegnung mit einem – gedachten oder phantasiert veränderten realen (z.B. durch unbewusste halluzinatorische Wunscherfüllung oder neurotische Konflikte) – Gegenüber und wird verstanden als »szenischer Selbstentwurf« in psychoanalytischem Sinne, insbesondere als *Reinszenierung* psychischer Traumata bzw. neurotische Fixierungen (Boothe, 1994, S. 9-20).

Aus diesem Verständnis von Kommunikation resultiert letztlich auch die spezifische diagnostische und therapeutische Arbeitsweise der Psychoanalyse:

»Der psychoanalytische Therapeut achtet nicht nur darauf, was der Patient über gegenwärtige Konflikte, analysen-externe Themen u. dgl. m. in seinen Äusserungen, Einfällen und Assoziationen sagt, sondern insbesondere versucht er, empathisch zu erfassen, wie sich allmählich ein Beziehungsfeld zwischen ihm und dem Patienten aufbaut« (Mertens, 1996, S. 205-206).

Dabei bedient sich der Analytiker insbesondere der Methoden der Übertragung, Gegenübertragung und Deutung. Dies sind wichtige Werkzeuge der Psychoanalyse, derer sich der Analytiker in gleichschwebender Aufmerksamkeit – dies meint etwa eine sich nicht an bestimmte Inhalte anhaftende, »offene« und im psychoanalytischen Sinne achtsam vernehmende Aufmerksamkeit – derart bedient, dass er auch sich selbst – seine inneren Regungen – im gemeinsam entstehenden kommunikativem Raum, den ihm der Analysand anbietet, stets mitbeobachtet.

Hierbei gilt natürlich auch zu beachten, dass dieses kommunikative Geschehen in einem theoretisch elaborierten Zusammenhang zu verstehen gesucht wird. Denn Psychoanalyse ist erstens »eine Erkenntnismethode unbewusster psychischer Prozesse«, zweitens »eine Methode der Verarbeitung psychischer Konflikte« und drittens »eine psychologische Theorie des psychischen Lebens und Erlebens, vor allem deren unbewusster Anteile« (Müller-Pozzi, 1991, S. 9).

Innerhalb dieser individuell elaborierten Theorie, die eine Lehranalyse miteinschliesst, versteht der Analytiker den Analysanden, teilt sich ihm etwa durch Deutung des Beziehungsgeschehens mit, um Auflösung der nach Wiederholung

drängenden neurotischen Störungen zu bewirken bzw. um ein verändertes Erleben der neurotisch fixierten Themen im inszenierten Beziehungsraum erfahren zu können.

Diagnose wie Therapie entspringen aus dem der Psychoanalyse ganz eigenen Kommunikationsverständnis. Dies betrifft auch die Paartherapie.

Da sich die psychoanalytischen Konzepte im Verlauf der Zeit geändert haben und da diese teilweise, trotz anfänglicher und grundsätzlicher Schwierigkeiten (vgl. z.B. Willi, 1998 und Lemaire, 1980), auch mit Konzepten der Systemischen Therapie vermischt wurden, kann sicherlich nicht von »einer« psychoanalytischen (Paar-) Theorie gesprochen werden. Für die psychoanalytische Paartherapie wichtig sind die folgenden Gemeinsamkeiten (nach Hahlweg, 1995, S. 117f.):

1. Die wesentliche Bedeutung der individuellen Kindheitserfahrungen
2. Die daraus folgende Annahme, dass die Beziehungen der Partner zu ihren Eltern zu einem grossen Teil (mit-) bestimmen, wie die eigene Partnerschaft verlaufen wird
3. Die ebenfalls daraus folgende Annahme, dass die Partnerwahl nicht zufällig erfolgt, sondern stark von den unbewussten (meist neurotischen) Bedürfnissen der Partner bestimmt ist (die sich auf Kindheitserfahrungen zurückführen lassen) und nach komplementären Gesichtspunkten erfolgt

3.2. Verhaltenstherapeutisches Verständnis von Kommunikation

Das oben erwähnte Axiom der Unausweichlichkeit menschlicher Kommunikation – das in der *elementaren Bewusstseinsdimension der Intentionalität und Gerichtetheit* (vgl. Scharfetter, 1996, S. 49) seinen Ursprung findet –, kann auch unter der *Perspektive konkreter kommunikativer Beziehungsaspekte* verstanden werden: Informationen im Sinne von Sachverhalten hinsichtlich der durch paraverbale Mitteilungen stets »mittransportierten« Beziehungsebene in Bezug auf das – gedachte, phantasierte oder durch vielfältige psychologische Prozesse veränderte (Einstellungen, Rollenerwartungen, usw.) reale – Gegenüber. Die kommunikative

Beziehungsdimension wird aus verhaltenstherapeutischer Sicht eine einfach zu verstehende, auf konkrete Sachverhalte bzw. auf eine praktikable Kommunikation bezogene Angelegenheit.

Aus solcher Perspektive verhaltenstherapeutisch orientierter Theorie, die sich auf den aktuellen und konkreten oder persönlichkeitspezifischen Aspekt im lerntheoretischen Sinne konzentriert, verblasst oder irritiert die Ebene der unbewussten (Re-) Inszenierung neurotischer Konflikte und missfällt durch die dadurch exponentiell zunehmende und wohl vor allem aus diesen Gründen unerwünschte⁶ Komplexität:

Die auf kommunikativem Wege mitgeteilte und verhaltenstherapeutisch verstandene Information will verstanden werden als Mitteilung (die das jeweilige Gegenüber mehr oder weniger klar kommuniziert hat) *über* den aktuellen oder allgemeinen Sachverhalt oder Beziehungsaspekt zu einer bestimmten Person. Sie kann aber auch dahingehend verstanden werden, dass sie sich auf traits- bzw. persönlichkeitspezifische Kommunikationsangebote und Kommunikationskompetenzen konzentriert.

Wir stellen daher fest: Kommunikation aus verhaltenstherapeutischer Sicht kann als solche in ihrer individuellen Wirkung nützen oder schaden, und wird im Bezug auf die Beziehungsdimension unter der *Perspektive der positiven bzw. negativen Verstärkung oder Bestrafung* betrachtet.

Damit ist auch in dieser verhaltenstherapeutischen Richtung eine bestimmte diagnostische und therapeutische Linie freigelegt, die sich von der vorhergehenden psychoanalytischen wesentlich unterscheidet: Wie wir noch sehen werden, wird hier

⁶ Die Vermutung, insbesondere die Möglichkeit unbewusster Reinszenierung, *theoretisch* aus der Welt schaffen zu wollen, findet ihren Aufweis etwa in den Versuchen des Behaviorismus, mit der Konzeption einer »black box« zu arbeiten, sowie in den transparent gemachten Gründen der Pragmatik, im Werk von Watzlawick et. al (vgl. bspw. 1996, S. 45ff.). Die Gründe liegen wohl *auch* im »Wunsch nach reiner Empirie«, die sich des Subjektes nicht bedienen muss. Ein solcher Anspruch muss aufgrund der psychischen Wirklichkeiten, die sich nur durch subjektive Erfahrung (Übertragung, Gegenübertragung, Deutung, systemische Ganzheiten) erkennen lassen, als überholt betrachtet werden: Die Aufrechterhaltung einer »reinen objektiven Wissenschaft«, die subjektive Erfahrung weiterhin auszuschließen versucht, muss als Selbstbetrug des Subjekts an sich selbst betrachtet werden. Wissenschaftlich kann sie schon längst nicht mehr aufrechterhalten werden.

mit diagnostischer *Verhaltensbeobachtung* und therapeutischem *Kommunikations-training* gearbeitet, insbesondere um eine angenehmere und effizientere Kommunikation vermitteln zu können.

Die Dimension neurotischer (Re-) Inszenierung im Raum der aktuellen Beziehung steht nicht nur *nicht* im Zentrum. Sie steht ausser Diskussion. *Die verhaltenstherapeutische Dimension der Kommunikation ist eine andere.*

Unter der Bedingung der vorgenommenen kommunikationstheoretischen Perspektive kann festgestellt werden, dass die psychoanalytische Kommunikation, in der die *neurotische* Inszenierung im Zentrum steht, und die verhaltenstherapeutische Kommunikation, in der die konkrete *aktuelle* Beziehungsinszenierung im Vordergrund steht, inkommensurabel sind. Das bedeutet nicht, dass sie sich auf der Ebene ihrer Aussagen widersprechen. Da sie die menschliche Kommunikation aus unterschiedlicher Dimension (daher inkommensurabel) betrachten, kann auch gesagt werden: *Aus der kommunikationstheoretischen Perspektive kann nachvollzogen werden, dass sie windschief zueinander stehen.*

Dies hat natürlich Folgen sowohl für die paartherapeutische Diagnose wie auch für die paartherapeutische Praxis. Denn es bedeutet, dass zwei fundamental verschiedene Methoden, die sich *nicht* widersprechen, im Diagnostischen wie im Therapeutischen *als Gleichwertige nebeneinander* betrachtet werden können – nein: müssen!

Wie aber steht es um die Systemische Therapie? Kann sie der einen der beiden Kommunikationsinterpretationen untergeordnet werden oder führt sie uns in eine dritte Form?

3.3. Kommunikation aus der Sicht der Systemischen Psychotherapie

Das uns nun aus zwei verschiedenen Perspektiven bekannte Kommunikationsaxiom wollen wir nun auch unter der kommunikationstheoretischen Perspektive betrachten, das uns, wie wir vermuten, zu einem dritten, wiederum gänzlich verschiedenem,

Verständnis führen wird: Denn es sieht den Beziehungsaspekt in seiner »*Dynamik des Kommunikationsganzen*« – als *einmalige Struktur zwischen den Gesprächspartnern*, die *nicht* unter dem Aspekt direkter Abhängigkeit von individueller Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Erfahrung oder Lerngeschichte betrachtet wird, sondern aus der *Perspektive eines kommunikativen Systemganzen* – entstanden durch sich selbst regulierende Prozesse der Emergenz (Neubildung). Die markige Formel, die sich in der Systemischen Psychotherapie seit den 60er Jahren verwurzelt hat und bei Watzlawick et al. (1996) im Begriff der »Übersummation« aufzufinden ist, heisst: *Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.*⁷

Menschliche Kommunikation wird in der *Perspektive wirkungsreicher, nicht hintergebarter Ganzheit* eines Systems⁸ – etwa eines Paar- oder Familiensystems – als *zirkuläres Interaktionssystem* betrachtet: Kommunikation in der Perspektive Systemischer Therapie stellt die »Kreisförmigkeit der Struktur und Dynamik« in den Vordergrund und erkennt diagnostisch in Kommunikationsanalysen vor allem die Bedeutung der *Rückkopplung* für den (de-) stabilisierenden, zirkulären Prozess eines Systemganzen (Watzlawick, 1996, S. 122).

Auch hier finden sich diagnostische und therapeutische Methoden, die sich aufgrund der oben kurz skizzierten theoretischen Hintergründe wesentlich unterscheiden von den beiden anderen genannten therapeutischen und kommunikationsspezifisch unterschiedlichen theoretischen Schulen, und die später noch behandelt werden. Wichtig für unseren theoretischen Hintergrund und die damit zusammenhängenden diagnostischen und therapeutischen Zusammenhänge ist: Im Wesentlichen haben in der Entwicklung der Systemischen Therapie Konzepte wie die der Zirkularität, der Selbstorganisation lebender Systeme (Autopoiese), der dissipativen Strukturen⁹ und solche aus radikalkonstruktivistischen Reflexionen (vgl. z.B. Glasersfeld, 1998 und

⁷ Vgl. Watzlawick et al. (1996, S. 119ff).

⁸ Der Mensch ist nach Ludewig eine »komplexe, intersystemisch konstituierte Einheit..., die verschiedene Systemtypen vereinbart: biologische, psychische und soziale Systeme. Die Beschränkung des Menschen auf nur eine dieser Komponenten wird als unnötiger Reduktionismus (Biologismus, Psychologismus, Soziologismus) abgelehnt« (Ludewig, 2002, S. 62). Damit wird das »System Mensch« implizit als eine sich ständig im Wandel befindende Einheit betrachtet.

⁹ Ein Begriff, der durch den belgischen Physiker und Nobelpreisträger Prigogine geprägt wurde und in die Systemische Therapie Eingang fand: »Dissipative Strukturen sind Systeme, die ihre Stabilität und ihre Identität nur dadurch behalten, dass sie ständig für die Strömungen und Einflüsse ihrer Umgebung offen sind, ständig im Wandel« (Schlippe, 1999, S. 63).

Simon, 1997) im therapeutischen Raum bei einigen Systemischen Therapeuten zunächst zu intersubjektiven Eigenkreationen diagnostischer Marker geführt, dann jedoch konsequenterweise zur Verabschiedung von Manualen für Diagnostik und Therapie, was »natürlich« zu vielfältigen Problemen führte, etwa mit dem sozioökonomisch geprägten Gesundheitswesen, das sich für Kostengutsprachen strikt an diagnostische Manuale hält.¹⁰ Grund für diese Entwicklung war, dass die Erkenntnisse, die zuerst auf Familien-, dann Paar-Systeme angewandt wurden¹¹, immer stärker auch auf die eigene Theorie und sich selbst bezogen wurden, was zur sogenannten »Kybernetik 2. Ordnung«¹² führte.

Diese Entwicklung machte die Systemische Therapie bis heute zu einem Sammelsurium verschiedenster theoretischer Hintergründe. Im diagnostischen und (paar-) therapeutischem Bereich finden sich daher sowohl Methoden der 1. wie auch der 2. Kybernetik. Erstere lässt sich einfacher in andere Therapieschulen einordnen – etwa durch die Erfassung der jeweiligen Strukturen von Subsystemen, auch mit Erkenntnismitteln der jeweiligen Schule.

Die neuere Systemtherapie im Sinne der Kybernetik 2. Ordnung beschreibt jedoch Möglichkeiten menschlichen Wandels, die zu den bisher behandelten Richtungen wiederum in einem windschiefen Verhältnis stehen. Denn die Möglichkeit tiefgehenden Wandels aufgrund entstehender Emergenz bzw. dissipativer Strukturen, die nicht einem linearen Ursachen-Konzept folgen, kann weder die Psychoanalyse noch die Verhaltenstherapie hinreichend erklären – und wie es scheint, hat auch die aktuelle Systemische Therapie damit Mühe, nebst analoger Beispiele eine Meta-Theorie für den Wandel von Systemen zu finden: Sind neuere Entwicklungen daher *Standpunkte der Postmoderne* (vgl. Schlippe, 1999, S. 81ff.)?

¹⁰ Diesen Hinweise verdanke ich einem persönlichem Gespräch mit dem Heidelberger Systemiker Dr. Gunther Schmidt (24. 9. 2001).

¹¹ Diese Phase, nach Schlippe und Schweitzer in der Zeit von 1950 bis 1980, wird auch als »Kybernetik 1. Ordnung« bezeichnet, »eine Phase der Entwicklung von *Theorien über beobachtete Systeme*« (Schlippe, 1999, S. 53). Die Kybernetik 1. Ordnung bedeutet für die Systemische Therapie, dass die jeweiligen Systeme unabhängig vom Beobachter beschrieben werden können.

¹² »Die Zeit der Entwicklung von *Theorien über Beobachter*, die ein System beobachten – etwa ab 1980 also –, gilt als die der »Kybernetik der Kybernetik« oder »Kybernetik 2. Ordnung« (Schlippe, 1999, S. 53). Die Kybernetik 2. Ordnung bedeutet im Wesentlichen die Annahme, dass ein zu beobachtendes System durch die Beobachtung verändert wird.

Für unsere kommunikationstheoretische Perspektive bedeutet dies: Die Systemtheorie der Kybernetik 2. Ordnung benutzt *Sprache und Kommunikation im Sinne der Möglichkeit zur Rekursivität und Reflexivität*. Sie ist ein strukturschaffendes Mittel nicht nur eines gegebenen Systems (1. Ordnung), sondern auch der Mitglieder dieses Systems, die durch sprachliche (i. w. S.!) Reflexivität dieses System mitverändern können. Damit wendet sie sich auf allen ihr zugänglichen Erkenntnisebenen »gegen die Ordnungsgewalt der Sprache« und weist darauf hin, dass »die unreflektierte Verwendung von Sprache ... nicht ganz ungefährlich« ist (Schlippe, 1999, S. 97). Die Systemische Therapie stellt damit das nicht nur Sprache benutzendes, sondern in ihr auch wohnendes und sich durch sie erkennendes Wesen Mensch, *in die Selbstverantwortung*:

»Wenn Wirklichkeit Ergebnis eines konsensuellen Abgleichungsprozesses ist, dann sind wir aufgefordert, ständig diesen Abgleichungsprozess zu überprüfen« (Schlippe, 1999, S. 97).

Ein wichtiges Kriterium solchen Reflexionsprozesses ist, mit Glasersfeld (1998) gesprochen, die *Viabilität* und meint nichts anderes als ein für das System *gangbarer* Weg. Dieser radikale Rückbezug auf das jeweilige System fordert vom Diagnostiker wie auch vom Therapeuten sehr viel. Es verlangt etwa die Fähigkeit der achtsambewussten Zurückhaltung – Neutralität (keine Parteinahme bzw. aktives Nichtbewerten hinsichtlich beteiligter Personen, Ideen und Symptome) bzw. Allparteilichkeit (Identifikation mit allen Beteiligten: psychodynamischer Hintergrund) –, eine unaufhörliche Selbstreflexion auch des eigenen Menschenbildes und im Zusammenhang mit der Zirkularität wird der Therapeut ist nicht nur rasch selbst Teil des Systems, das ihn um Hilfe ersucht, sondern ist durch sein diagnostisches Beobachten auch gleichzeitig derjenige, der das System zu Wandel bewegen könnte – und sollte. So wird an den Therapeuten eine beträchtliche *Selbstreflexion* verlangt sowie eine gute *Übersicht als Teilnehmer* in komplexen Systemen.

Der Systemische Therapeut präsentiert sich nicht als Experte (und erfährt sich auch nicht als solcher). Er besitzt nicht ein Therapie-Manual, welches ihn befähigen soll, dem Patienten oder Paar »schulengerecht« zu helfen: Er begibt sich *ganz* in das System des Paares, *achtet auf seine teilweise übernommene Stellung im System und*

teilt dies durch Reflexion dem System mit, wobei er gleichzeitig beobachtet, was mit dieser Mitteilung geschieht, und so fort.

Dieses vollständige Sich-Einlassen auf das System hat der Systemische Therapeut (2. Ordnung) mit der Psychoanalyse gemein: Beide lassen sich verstricken in die paartherapeutische Situation und nehmen dies zum Anlass für diagnostische und therapeutische Zwecke.

3.4. Das Menschenbild: Hintergrund des kommunikativen Unterschiedes

Damit sind in der gebotenen Kürze drei für die paartherapeutische Diagnostik und Intervention bedeutende Therapierichtungen aus kommunikationstheoretischer Perspektive angesprochen – Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Systemische Psychotherapie: Das jeweilige Verhältnis zur Sprache und das zugehörige Kommunikationsverständnis bedeutet nicht nur ein je eigenes theoretisches Selbstverständnis, sondern auch eine entsprechend unterschiedliche diagnostische und therapeutische Perspektive, eine unterschiedliche Tiefensicht wie auch pragmatische Haltung.

Die drei genannten theoretischen und praktischen Therapierichtungen bieten damit unterschiedliche Sichtweisen auf den Menschen – theoretisch konstruierte, aber dennoch wirksame Menschenbilder – und versprechen auf unterschiedliche Weise menschlichen Wandel, nicht nur für den Patienten oder das Paar, sondern auch für den Therapeuten selbst. Und die theoretische Sicht des Wandels ist natürlich nicht zuletzt auch für den Menschen in der Rolle des Therapeuten massgeblich.

3.5. Methodologie, Theoriereflexion und Rückbezüglichkeit

»*Die Grenzen meiner Sprache* bedeuten die Grenzen meiner Welt«, formulierte Wittgenstein in seinem Traktat (1999, 5.6) und später in seinen »Philosophischen Untersuchungen«:

»Die Sprache ist ein Labyrinth von Wegen. Du kommst von *einer* Seite und kennst dich aus; du kommst von einer anderen zur selben Stelle, und kennst dich nicht mehr aus« (ibid., 203.).

Methodologische und theoretische Fragen sowie solche nach dem zugrundeliegenden Menschbild betreffen auch den Diagnostiker, Therapeuten wie auch den forschenden Wissenschaftler *persönlich*. Sollten nicht gerade wir uns immer wieder fragen: Inwieweit bin ich bereit, mich auf das jeweils andere Menschenbild einzulassen – also nicht nur im Verhältnis Patient-Therapeut, sondern etwa auch im Verhältnis Therapeut-Theorie – und nach Wegen suchen?

Auf dem Weg vernehmenden Denkens zu bleiben, ist das nicht die Aufgabe des Forschers wie auch des therapeutischen Praktikers?

»Fragen ist mehr, gewichtiger als Antworten. Die Fragen sind unterwegs wie pfadsuchende Pilger. Das Fragen legt frei. Antworten schliessen ab. Fragendes Denken – denkendes Fragen: Heisst Denken nicht in seiner eigentlichen Aufgabe, dass der Mensch seinen Geist (mens) gebrauche, dass er dem Denken selbst, seinen verschiedenen Weisen, den je eigenen subkulturellen und individuell-idiosynkratischen Sprachgebräuchen, den methodenbestimmten Beschränkungen auf die Spur zu kommen versucht und das Denken – freilich im griechischen Sinn von Logos und Eros – als den eigentlich humanen Lebensakt klarer zu vergegenwärtigen sucht?« (Scharfetter, 2000, S. 13).

Die Suche nach einer in sich *kohärenten Theorieform* ist wichtig. Aber was, wenn die psychische Wirklichkeit des Menschen sich *aufgrund* seiner Naturanlage her, das heisst: sich grundsätzlich immer wieder logisch widerspricht, worauf etwa der skeptische Philosoph Montaigne in seinen Essais hingewiesen hat? Wenn es manchmal nur ein zeitliches Nebeneinander gibt, ohne dass die Widersprüche aufzulösen sind? Was also, wenn es keine befriedigende Meta-Theorie gibt neben der skeptischen, die sich durch gleichschwebende Übung zu enthalten weiss?

Das durch die jeweilige Therapieform vermittelte spezifische Menschenbild, das Sprach- und Selbstverständnis der Therapierichtungen ist nicht einfach in eines der anderen beiden überführbar. Wenn bezüglich wichtiger Grundannahmen und theoretischer Hintergründe grundlegende Widersprüche bestehen, die unüberbrückbar erscheinen – ist dann nicht der Praktiker wie auch der Forscher

persönlich angesprochen, um wenigstens eine *Sicht möglichen Nebeneinanders vermitteln* zu können?

Eine wichtige Bedingung dafür ist, die Unterschiedlichkeit ohne normativ-affektive Wahrheitsansprüche festzustellen, was meines Erachtens – wohl insbesondere aufgrund sozioökonomischer Faktoren (aber auch überrissener Selbstansprüche bezüglich »therapeutischer Wahrheit«) – gerade im Bereiche der psychotherapeutischen Praxis und Forschung nicht immer gegeben zu sein scheint.¹³

Auch Wirsching weist auf den bestehenden Schulenstreit hin (2002) und fordert gerade für die Paartherapie »einen Weg ... zwischen entdifferenzierender Erstarrung und überdifferenzierter Desintegration« (2002, S. 138):

»Das Hauptanliegen der Paar- und Familientherapie ist..., sich den ganzen Reichtum des in den vergangenen Jahrzehnten entwickelten Denkens und Handelns zu erschliessen, diese Errungenschaften wahrzunehmen und durch den möglichst offenen Austausch mit dem Denken und Handeln der Psychotherapie insgesamt und durch den interdisziplinären Austausch mit anderen philosophischen, soziologischen, philosophischen, historischen und selbstverständlich auch biologischen Humanwissenschaften beständig weiter zu entwickeln. Ein Kriterium wie weit diese Entwicklung tatsächlich gelingt, ist, wie weit das Denken und Handeln den Menschen nutzt und weiterhilft oder nur der narzisstischen oder materiellen Bereicherung einzelner auf Kosten der andern dient. Hier geht es um Aufklärung – verstehen und verständlich machen, was menschliche Entwicklung leitet und um Emanzipation – den Menschen zu ihrer eigenen, von ihnen selbst als passend und richtig erachteten Lebensentwicklung zu verhelfen sowie um Engagement – am eigenen gesellschaftlichen Ort verantwortlich handeln, d.h. sich einzumischen und schliesslich um Dynamik, d.h. die beim ersten Anschein verborgenen, gleichwohl erlebens- und verhaltensbestimmenden Motive zu entziffern und ernst zu nehmen, mögen sie auch noch so befremdlich und irrational anmuten« (2002, S. 141).

Damit ist viel verlangt, wenn auch zurecht. Damit steht aber auch der Therapeut selbst im Zentrum. Denn Therapeut-sein ist kein »Job«! Die ständige Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Theorien ist, wie gesagt, auch keine nur

¹³ Ich selbst habe beispielsweise an der Universität, wie auch an therapeutischen Weiterbildungsinstitutionen, erlebt, wie Wissenschaftler in öffentlicher Funktion – unbedacht? – die jeweils andere Therapieschule massiv denunzierten.

theoretische Arbeit – im Gegenteil: erst sie kann den blinden Fleck eigenen Standpunktes deutlich machen, denn sie ist die Fortführung der Selbstreflexion, auch im Hinblick des eigenen Menschen- und Weltbildes.

Was bisher in der vorliegenden Arbeit versucht wurde und weitergeführt wird, ist anhand eines Kriteriums – der kommunikationstheoretischen Perspektive – aufzuzeigen, worin die für die (Paar-)therapie wesentlichen Unterschiede liegen, die sich, wie wir weiterhin sehen werden, auch im Hinblick der Diagnose und Therapie auswirken. Der Versuch, anhand einer einfachen kommunikationstheoretischen Perspektiveneinnahme hat uns bereits dahin geführt, dass wir verschiedene Kommunikationsdimensionen des Menschen ahnen können, auf die die unterschiedlichen Diagnose- und Therapierichtungen bauen.

Folgend werden in konkreter Auflistung eine Auswahl diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten aufgezeigt werden. Ob uns die bisher erarbeiteten Erkenntnisse dabei neue Einsichten zu liefern vermögen, wird abzuwarten sein. Der bisherige Versuch der Gegenüberstellung wird beibehalten, in der Hoffnung, einen, wenn auch geringen, Teil zur Aufklärung psychotherapeutischen Geschehens beitragen zu können, vielleicht auch im Hinblick auf eine (nicht hier zu leistende) mögliche Integration in Richtung theoretischer Fundierung einer psychologischen Psychotherapie. Dass die Besinnung des je eigenen Welt- und Menschenbildes dafür Voraussetzung ist, kann nur nochmals betont werden.

Dies bedeutet, dass Praktiker wie Forscher sich in inter- wie intradisziplinären Dialogen – mit ausdrücklichem Wunsch nach gegenseitiger Perspektivenübernahme zur Verständnisförderung und Vertiefung des Wissens um menschlichen Wandel – *üben* müssen. Voraussetzung ist dafür freilich, dass ein Wissenschaftler, der eine bestimmte Anschauung vertritt, sich auf die andere wirklich *einlassen will* und auch *wirklich grundsätzlich bereit ist, seinen Anspruch auf eine »reine« Theorie fallenzulassen sowie durch persönliches Sich-einlassen auch bereit ist, sich verändern zu lassen.*

3.6. Der Fokus der Integration

Die vorliegende Arbeit will keinen umfassenden, gar abschliessenden Überblick liefern, sie ist im gegebenen Rahmen eine mir sinnvoll erscheinende Auswahl, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die drei gewählten Psychotherapierichtungen, die bezüglich der paartherapeutischer Diagnostik und Interventionsverfahren behandelt werden, bieten *grundsätzlich* verschiedene Perspektiven nicht nur für die Paardiagnose und -therapie, sondern müssen auch in diesem (erkenntnis-) theoretischem Zusammenhange betrachtet werden, bevor man sich etwa an einer Integration – in praktischer oder theoretischer Hinsicht – versuchen will.

Warum aber ist der Anspruch auf Integration auch in unserem Zusammenhang wichtig? Für den Praktiker wie für den Forscher ist es bedeutsam, die *hinter* den diagnostischen und therapeutischen Mitteln stehenden Konzepte, wie sie bereits im Bezug auf menschliche Kommunikation kurz angerissen wurden, nach- und vor allem mitzuvollziehen zu können, da sie sein Menschenbild, Selbst- und Weltbild, wesentlich bestimmen und dadurch eben auch handlungsanleitend sind: Nur durch aufrichtiges Interesse auch für den theoretischen Hintergrund eigenen (beruflichen) Denkens und Handelns kann ferner, etwa wenn eine Integration zur Zeit unmöglich scheint, der Diagnostiker, Therapeut oder Forscher, die Methoden und mit ihnen verbundenen Erkenntnisse respektvoll *nebeneinander* stellen, sie vielleicht auch aufrichtig und transparent *als Nebeneinander dem nach Hilfe Suchenden anbieten*, ohne ein Durcheinander zu generieren oder auf die eine oder andere Weise die eine *gegen* die andere Methode auszuspielen – aus ökonomischen, persönlichen, politischen oder anderen Interessen.

Dass es solche Versuche aufrichtiger Integrationsbemühung – ohne etwa einer a priori-Beanspruchung von Wahrheit – immer mehr gibt, darauf weisen etwa Senf und Broda (2000) in ihrem umfassenden »Lehrbuch der Psychotherapie«. Dabei stellten sie fest, dass der Anspruch auf Integration nicht einfach zu erfüllen ist:

»Auch für uns, als »Nicht-Vasallen« einer dogmatischen Orientierung, war es zunächst neu, festzustellen, dass die Grundlage einer Neuorientierung nicht zuerst in der Integration,

sondern in der *Methodentransparenz* besteht. Auch wir lernten, dass es nur über eine Methodentransparenz zu einer *Methodenkombination* und dann zu einer wissenschaftlich soliden *Methodenintegration* kommen kann. Gleichzeitig ist unsere Auffassung gestärkt worden, dass trotz aller Bestrebungen im Hinblick auf Integration die bestehenden therapeutischen Schulen auch in Fragen von Fehlschlägen bis an ihre Grenzen gehen müssen, um Perspektiven für die Integrierbarkeit anderer Elemente aus anderen Therapierichtungen herzustellen« (S. V, Hervorhebungen durch den Autor).

Damit stellen Senf und Broda für eine zu unternehmende Integration folgende Abfolge fest: 1) *Methodentransparenz*, 2) *Methodenkombination* und 3) *Methodenintegration*.

Gerade die Bedeutung der Methodentransparenz ist nicht »nur« für den Wunsch nach theoretischer Integration von besonderer Wichtigkeit, sondern gerade auch für den Praktiker, der sich mit den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Paartherapie auseinandersetzt. Denn um adäquat Hilfe leisten zu können, reicht es weitaus nicht, therapeutische Mittel *anzuwenden*.

Das unaufhörliche Hinterfragen und Bemühen um perspektivenwechselndes Verständnis eigener bekannter wie anderer fremder Sichtweisen ist gerade für den Praktiker von besonderer Wichtigkeit: Denn er selbst ist es, der in seiner Arbeit *sein* – dissoziiertes oder unaufhörlich integrativ zu erarbeitendes und so gelebtes – Wissen vermittelt, *sich selbst* im Bezug auf sein(e) Gegenüber mitteilt, sich mit ihnen in einen *Raum gemeinsamer Begegnung* begibt.

Tut er dies jedoch auf unbedachte, unreflektierte oder gar respektlose Weise, kann er nicht nur wichtige Möglichkeiten für Diagnose und Therapie verpassen, sondern auch beträchtlichen Schaden anrichten.

Insofern kann der Anspruch der Integration, meint er *nicht eine einseitig-unverstandene Vereinnahmung* von Methoden, als *Zielfokussierung* sowohl des Forschers wie des Praktikers dienen.

4. Paardiagnostik

Diagnostik im Dienste der (Paar-) Psychotherapie möchte Erkenntnis und Kompetenzen auf direkte oder indirekte Weise fördern, um menschlichen Wandel bewirken zu können. Steht die diagnostische Aufgabe in einem sozioökonomischen Rahmen (des Gesundheitswesens), so will sie nachvollziehbar machen, welche Schritte für den Wandel notwendig sind, um Dritte (Krankenkassen) zur Mit-Zahlung verpflichten zu können. Dass dies Probleme mit sich bringen kann, darauf wurde bereits kurz hingewiesen.

Grundsätzlich erfordert die Paardiagnostik wie auch die Paartherapie vom Therapeuten (aber auch vom Paar) eine genügende *Frustrationstoleranz*, gerade etwa, wenn sich das Paar in heftigen Konflikten verstrickt hat.

Folgende Mindest-Bedingungen müssen gegeben sein für die *Indikation von* Paartherapie:

- Ein Konflikt, in den *beide* Partner involviert sind
- Die Partner sind *gesprächs- und kommunikationsbereit*
- Ein *gemeinsames Anliegen* kann im Erstgespräch als Fokus formuliert werden
- Die *Motivation* beider Partner (Zusammenbleiben vs. Trennung) ist ausreichend

Sichere *Kontraindikation* gegen Paartherapie:

- Nur ein Partner ist für die Therapie motiviert, der andere kommt nur auf *Druck*
- Ständige Streitereien, Entwertungen und Feindseligkeiten, die *nicht unterbrochen werden können*

4.1. Paardiagnostik aus psychoanalytischer Sicht

Da die psychoanalytische Theorie und Therapie zunächst für die Einzelbehandlung konzipiert wurde, war eine »systemische« Integration für die Psychoanalyse nicht

einfach zu bewerkstelligen. Dennoch gelangen verschiedene Konzepte, wie etwa das *Kollusionskonzept von Willi*.

Die psychoanalytische Paardiagnostik wird, wie wir aufgrund der theoretischen Reflexionen gesehen haben, sich vor allem auf die Kommunikationsdimension der konflikthaften (Beziehungs-) Inszenierung konzentrieren. Psychoanalytisch orientierte Paartherapeuten gehen davon aus, dass beide Partner unbewusste Konflikte aus den Herkunftsfamilien in die eigenen Partnerbeziehungen übertragen. Für die psychoanalytische Paardiagnostik und Therapie werden

»die Essentials der Psychoanalyse (die Lehre vom Unbewussten, die Wahrnehmung und Reflexion von Übertragung und Gegenübertragung und die Berücksichtigung von Abwehr und Widerstand) auf das paar- oder familientherapeutische Setting übertragen« (Neraal, 2002, S. 81).

Wesentliches Mittel der Diagnose ist der Diagnostiker und Therapeut – der Analytiker – selbst:

»Jeder Therapeut leitet zwangsläufig seine Interventionen aus seinem subjektiven Erleben und aus seiner subjektiven Interpretation der Situation ab.

Man könnte daran kritisieren, in der Psychoanalyse herrsche die blanke Willkür, es sei beliebig, was der Therapeut tue, Hauptsache, er fühle »etwas« oder er fühle sich selbst. Diese Kritik wäre wohl zutreffend, wenn es nicht Kriterien gäbe, nach denen – auf der Beziehungsebene – die »innere Arbeit« des Therapeuten sehr genau eingeschätzt werden kann. Hier geht es nicht um generalisierbare Interventionen für generalisierte Situationen, auch nicht um die »richtigen« Interventionen; entscheidend sind die Art und der Prozess der therapeutischen Beziehung und die Fähigkeit des Therapeuten, »distanzierten Kontakt« aufzunehmen und zu halten, was auch immer sich ereignet« (Bauriedl, 2002, S. 91-92).

Bezüglich der diagnostischen Haltung sei ferner nochmals erwähnt, dass die *gleichschwebende Aufmerksamkeit* auch in der psychoanalytischen Paartherapie eine wichtige Rolle spielt, aber die *kommunikative Aktivität* des psychoanalytischen Paartherapeuten im Vergleich zur Einzeltherapie erhöht ist.

4.1.1. Das Kollusionsmodell nach Willi

Willi hat 1975 ein integratives Konzept entwickelt, das sogenannte *Kollusionsmodell*. Kollusion (lat. colludere, zusammenspielen) meint ein

»uneingeständenes, oft unbewusstes Zusammenspiel von Partnern, das sie zur Abwehr und Bewältigung von miteinander geteilten Ängsten und Schuldgefühlen inszenieren und aufrechterhalten und durch das sie sich unentrinnbar aufeinander bezogen fühlen« (Willi, 1998, S. 286)

Die von Willi verwendeten theoretischen Ansätze im Kollusionskonzept sind zwar durchwegs *psychoanalytisch* angelegt (Abwehr, Projektion, Delegation), aber er hat auch *systemische* (Denken in zirkulären Wechselwirkungen, Rückkopplung und gegenseitige Verstärkung) und *kommunikationstheoretische* (Vorstellung von intra- und extradyadischen Grenzen) Konzepte einfließen lassen, so dass verschiedene Autoren ihn einmal unter der Systemischen Therapie oder unter der psychoanalytischen Theorie einordnen (vgl. z.B. Wirsching, 2002, S. 79).

Gemäss unserer kommunikationstheoretischen Perspektive ist jedoch feststellbar, dass Willis Konzept der *psychoanalytischen* Theorie zugeordnet werden sollte, da er von einer unbewussten gemeinsamen Paar-Inszenierung ausgeht, die aufgrund unbewusster Abwehrmechanismen zu delegierten Rollenzusprachen führen, die wiederum die Ich-Abwehr stützen.

Ferner konstruiert Willi seine »systemische« Sicht nicht auf *ausschliessliche* Weise – gemäss der Kybernetik 2. Ordnung – an einem Systemganzen, sondern erkennt dieses vielmehr resultierend aus der *Sicht zweier psychoanalytisch zu verstehenden Persönlichkeitsstrukturen*, deren Struktur er im Hinblick auf ihre neurotische Fixierung auf den möglichen psychoanalytisch bedeutsamen Entwicklungsstufen (narzisstisch, oral, anal, ödipal) diagnostiziert und die in der Partnerschaft wiederbelebt und konflikthaft ausgetragen werden.

In Willis Konzept lassen sich *drei Funktionsprinzipien* auffinden, die sich »in der therapeutischen Praxis für das Gelingen einer Paarbeziehung als wichtig erwiesen haben« (Willi, 1998, S. 15):

»Es handelt sich als erstes um das Abgrenzungsprinzip: Eine gut funktionierende Dyade muss sich gegen aussen und gegen innen klar definieren. Ein zweites Funktionsprinzip besagt, dass in der Ehe regressiv-»kindliche« und progressiv-»erwachsene« Verhaltensweisen nicht als polarisierte Rollen auf die Partner verteilt sein sollten. Ein drittes Prinzip betrifft das Gleichgewicht des Selbstwertgefühles, dass nämlich in einer funktionsfähigen Ehe die Partner zueinander in einer Gleichwertigkeitsbalance stehen sollten« (Willi, 1998, S. 15).

Kann das Paar diese Funktionen nicht mehr erfüllen, ergibt sich eine *Störung der notwendigen Funktionsprinzipien*, was nach Willis Konzept Kollusion schliesslich dazu führt, dass die vorher stabile (einseitig-neurotische) Paarstruktur, in der der eine Partner zur Abwehr von Entwicklungsängsten die unbewusste Abwehrarbeit des jeweils anderen unterstützte, zusammenbricht oder erstarrt und dadurch gerade das durch die Partnerwahl zu verhindern gesuchte – *die Abwehr unbewusster Konflikte* – *aufbricht* und das Ich bzw. die Ich-Abwehr bedroht. *Was also unbewusst bei der Partnerwahl massgeblich leitend war, ist nun in sein Gegenteil verkehrt.* Dies ist möglich, da nach Willi beide Partner im selben Grundthema neurotisch fixiert sind – aber freilich mit umgekehrten Vorzeichen: So kann sich etwa Partner A von B umsorgt wissen, da der eine auf »progressive«, der andere auf »regressive« Weise seine jeweilige Fixierung (auf neurotische Art) zu bewältigen sucht (Abwehr durch Delegation).

Den aus dieser Störung resultierenden neurotischen Kollusionen ordnet Willi folgende Grundprinzipien des unbewussten Zusammenspiels zu:

- Die narzisstische Kollusion mit dem gemeinsamen Grundthema »*Liebe als Einssein*«,
- die orale Kollusion mit dem Grundthema »*Liebe als Einander-Umsorgen*«,
- die anal-sadistische Kollusion mit dem Paarthema »*Liebe als Einander-ganz-gehören*« und

- die phallisch-ödipale Kollusion mit dem Grundthema »*Liebe als männliche Bestätigung*«

Für die paartherapeutische *Diagnose* ergibt sich somit die Aufgabe, das dem Paar *gemeinsame Thema herauszukristallisieren*, wobei auch auf die Übertragung von Seiten des Paares zu achten ist. Die wesentliche diagnostische Frage lautet: »Was inszeniert mit mir das Paar, welche Beziehungsangebote macht mir das Paar und in welcher Kollusion sind sie festgefahren?«

4.1.1. Paardiagnostik nach Lemaire

Auf ähnliche Weise verfährt Lemaire. Erwähnenswert ist sein Ansatz dennoch, da er das Konzept von Willi ergänzt und erweitert durch eine *individual-psychoanalytische*, eine *gruppenpsychologisch-systemische* und eine *(makro-)soziologische*, die Faktoren wie Ideologie, Kultur, Wirtschaft berücksichtigt. Diese »drei Gesichtspunkte, unter denen man die Paarbeziehung untersuchen kann, dürfen auf keinen Fall assimiliert oder je aufeinander reduziert werden« (Lemaire, 1980, S. 39).

4.2. Paardiagnostik aus verhaltenstherapeutischer Sicht

Die verhaltenstherapeutische Diagnostik konzentriert sich schwerpunktmässig auf die *konkrete Kommunikation bezüglich aktuellen Paarsituationen*, insbesondere auf mangelhafte Kommunikationskompetenzen sowie auf persönlichkeitspezifischen Formen der Kommunikation (vgl. Bodenmann, 2002, S. 107).

Als erster und ganz allgemeiner paardiagnostischer Anhaltspunkt kann der Familienzyklus nach Lewis zu Rate gezogen werden:

4.2.1. Familienzyklus nach Lewis

Der Familienzyklus wird als *Entwicklungsweg* betrachtet, dessen einzelne Stadien, im Sinne von *komplexen Stressoren* verstanden, vom Paar *gemeinsame*

Veränderung und Anpassung zur erfolgreichen und befriedigenden Bewältigung verlangen. Die Stadien, denen die diagnostische Aufmerksamkeit gilt, sind:

- Kennenlernen
- Eingehen fester Partnerschaft
- Heirat/Zusammenleben
- Elternschaft
- Familienleben mit jungen Kindern
- Familienleben mit Jugendlichen
- Entlassung der Kinder ins eigene Leben
- Gemeinsames Alter

Daneben gibt es weitere Stressoren:

- *Unerwartete externe Ereignisse*, wie etwa Änderungen im sozialen Umfeld des Paares (Arbeitslosigkeit, Umzug mit Verlust des Netzwerkes)
- *Enttäuschte Erwartungen* mit Blick auf Idealisierungs- und Harmonisierungstendenzen, nicht kommunizierte Bedürfnisse usw.
- *Tägliche Kleinigkeiten*: Verhaltensweisen, die erst durch die Häufigkeit für den Partner aversiv werden

4.2.2. Verhaltensbeobachtung: Kommunikation

Der Verhaltensbeobachtung kommt aus verhaltenstherapeutischer Sicht eine wesentliche Rolle zu, da gemäss Hahlweg

»mangelnde Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten beider Partner ... vor allem verantwortlich [sind] für das Scheitern einer Ehe. ... Überspitzt formuliert sind es nicht die Differenzen zwischen den Partnern, die eine Ehe zum Scheitern bringen, sondern die Art, wie die Partner mit diesen Differenzen umgehen« (Hahlweg, 1995, S. 121).

Zur Beobachtung von Kommunikation werden einerseits *spezifische kommunikative Fertigkeiten* (Kommunikationskompetenzen) erfasst, andererseits der *Verlauf* und die *Dynamik des Gesprächs* abgebildet. Dazu werden Häufigkeits- und

Sequenzanalysen benutzt. Im Gegensatz zu den Sequenzanalysen erfassen Häufigkeitsanalysen das »Wesen der Interaktion« nicht: Hahlwegs häufigkeitsanalytische Untersuchungen von Paaren mit hoher, mittlerer und tiefer Ehequalität, die mittels Fragebogenverfahren ermittelt wurden, ergaben, dass sich jene mit hoher Ehequalität bei der diagnostischen Aufgabe der Diskussion über aktuelle Partnerschaftsprobleme »nonverbal wesentlich positiver« verhielten, sie »sprachten häufiger über ihre eigenen Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse und vermittelten dem Partner öfter, dass sie ihn und seine Äusserung akzeptierten« (Hahlweg, 1995, S. 126f.).

Mittels Sequenzanalysen sind die Beschreibung von *Struktur* und der *zeitlichen Dynamik des Kommunikationsprozesses* möglich. Die weiteren Untersuchungen von Hahlweg (1995, S. 127ff.) ergaben, dass *Verhaltens-Eskalationen*,

- in denen sich die Partner gegenseitig kritisieren,
- beschuldigen,
- Vorwürfe machen,
- drohen,
- sich rechtfertigen oder
- den Vorschlägen der anderen nicht zustimmen,

bei Paaren mit hoher Ehequalität *gar nicht* vorkamen. Paare mit mittlerer Ehequalität brachen spätestens nach 8 aufeinanderfolgenden Reaktionen eine Sequenz ab, bei Paaren mit tiefer Ehequalität dauern solche Phasen doppelt so lange und Paare mit hoher Ehequalität brachen nach 4 Reaktionen ab. Kritisch erwähnt werden sollte dazu allerdings, dass die Paare in den Untersuchungen Hahlwegs selbst ein problematisches Thema wählten. Es ist durchaus denkbar, dass Paare, die grösseren aktuellen Krisen ausgesetzt waren, gerade diese schwierigen Themen wählten, während Paare mit hoher Ehequalität eher für sie einfachere Themen wählten.

Dennoch kann mit Bodenmann festgestellt werden, dass

»die Partnerschaftsqualität und -stabilität im Wesentlichen von drei Kompetenzen abhängt: 1) von einer angemessenen Kommunikation und emotionalen Selbstöffnung, 2) von einer effektiven Problemlösung und 3) von einer wirksamen individuellen und dyadischen (d.h. partnerschaftlichen) Stressbewältigung... . Befunde internationaler Studien... belegen mit überzeugender Homogenität und Konsistenz, dass weder Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Attraktivität, Intelligenz, Status) noch die Art oder das Ausmass an Problemen prädiktive Bedeutung für den Verlauf der Partnerschaft haben, sondern die Fertigkeiten beider Partner bzw. des Paares« (Bodenmann, 2002, S. 107).

Aus diesem Grunde erscheint der Schwerpunkt auf die Diagnostik und daraus folgende Förderung von Kompetenzen gerechtfertigt.

4.3. Paardiagnostik aus der Sicht der Systemischen Therapie

4.3.1. Kommunikationsstörungen und Zirkularität

Für Watzlawick et al. (1996) sind Paarstörungen grundsätzlich *Kommunikationsstörungen*, aber anderer Art als jene, wie sie aus verhaltenstherapeutischer Perspektive ersichtlich werden. Denn aufgrund der zentralen Annahme der *Zirkularität* von Systemen gilt: *Das Verhalten von A ist gleichzeitig Ursache und Folge des Verhaltens von B und umgekehrt*. Aufgrund einer konsequent zirkulären Sichtweise wird für die Diagnose der Blick nur auf die gemeinsame Kommunikation, also nur im Bezug auf das Systemganze, gerichtet.

*Aus Systemtherapeutischer Perspektive (insbesondere der 2. Ordnung) gilt der Grundsatz, dass bereits die Diagnose ein Eingriff in das Systemganze ist und damit dieses schon durch die Diagnose wesentlich verändert werden kann. Weiter wird angenommen, dass der Therapeut sehr rasch selbst zum Teil des Systemganzen wird. Auch aus diesem Grunde gilt die Regel, dass bereits seine diagnostischen Tätigkeiten Teil seiner therapeutischen Interventionen sind.*¹⁴

¹⁴ Es stellt sich daher immer wieder die Frage, inwiefern aus rein systemischer Sicht überhaupt von Diagnose im Sinne des medizinischen Modells gesprochen werden kann, was freilich tiefgehende sozioökonomische Probleme mit sich bringt und daher im Bereich der Therapie – Stichwort: Krankenkassenabhängigkeit! – leider kaum in dieser Form mehr vertreten wird. Dies mag ein Grund sein, weshalb viele Systemische Therapeuten zunächst auf unabhängige, krankenkassenfreie Beratung ausgewichen sind.

4.3.2. Kommunikationsstörungen des Paares durch double bind

Als »double bind« bezeichnen Watzlawick et al. die paradoxe Kommunikation, eine gleichzeitige Vermischung von Inhalts- und Beziehungsebene – etwa, indem x (»umarme mich«) gefordert wird auf der Inhaltsebene, aber auf der Beziehungsebene signalisiert wird, dass dies gerade *nicht* geschehen sollte oder darf (körperliche Abwendung oder Drohgebärden): Der Partner weiss nun nicht, auf welche Botschaft er eingehen soll.

Eine entsprechende *Kommunikationsdiagnose* achtet auf Elemente wie das double bind. Nach Watzlawick et al. (1996) ist die Paarstörung insbesondere durch die Kommunikation von double bind geprägt.

Hahlweg (1995) allerdings fand in seinen Untersuchungen von gestörten Paarbeziehungen diese Form der Kommunikationsstörung – entgegen der aus der Theorie gewonnenen Erwartung! – leider kaum. Die empirische Bestätigung der double bind-Hypothese als Ursache für Störungen steht demnach gemäss Hahlweg immer noch aus, obwohl die Theorie bereits seit den 60-Jahren bekannt ist. Aus introspektiven Erfahrungen ist jedoch die Wirkung von double bind markant, was m. E. eher auf methodische Schwierigkeiten empirischer Forschung denn auf fehlende Wirkung hinweist.

4.3.2. Kommunikationsstörungen, Kybernetik 2. Ordnung und Diagnosen

Die Kybernetik 2. Ordnung lehnt aufgrund der konsequenten Annahme der Zirkularität – falls diese gelingt – den diagnostischen Prozess ab, aber aufgrund der Perspektive, aus der ersichtlich wird, dass das soziale System nicht unabhängig vom Beobachter existiert – der Diagnostiker also im Prinzip eine Diagnose »erfindet«. Aus der Sicht der Systemischen Therapie hinsichtlich der Kybernetik 2. Ordnung existiert nicht nur *keine* objektive Diagnose, sondern eine diagnostische Fest-Stellung ist auch durch die Annahme starker *Dynamik* prinzipiell nicht sinnvoll. Denn das Paarsystem verändert seine Beobachtung und seine Beobachtung verändert das Paarsystem. Solche Konzepte gehen einher mit dem sogenannten Radikalen

Konstruktivismus nach Glaserfeld oder Watzlawick, der die *Einsicht in die subjektive und sozial geteilte Konstruktion von Wirklichkeiten* konsequent zu vertreten sucht: (Stabile) Diagnosen sind nach Meinung des Radikalen Konstruktivismus letztlich ein Teil *nicht* hilfreicher, *nicht* viabler (Glaserfeld), Konstruktionen und somit mindestens versuchte negative Fixierungen bzw. Festlegungen des jeweiligen Problems, was ja gerade nicht bezweckt ist. Dies führt zu einer ganz anderen lösungs- und ressourcenorientierten Haltung, als es eine Systemische Therapie 1. Ordnung, eine Psychoanalyse und Verhaltenstherapie fordern könn(t)en. Eine allfällige Ablehnung einer diagnostischen Haltung bringt freilich Schwierigkeiten im fachpolitisch und sozialen, aber insbesondere auch im gesundheitsökonomischen Raum mit sich, wo Dritte wie Krankenkassen oder Versicherungen über die Bezahlung therapeutischer Aktionen aufgrund von Diagnosen entscheiden.

Daher hat wohl die Systemische Therapie 2. Ordnung – wenn überhaupt – eher Einzug gefunden im Beratungssetting. Denn die mit der Kybernetik 2. Ordnung verbundenen Ansprüche an einen Therapeuten, *wirklich* konsequent aufgrund dieser Einsichten zu denken und zu handeln, sind enorm!

Es finden sich aber einige abgeschwächte Formen, etwa im »Therapeutendilemma« von Ludewig:

»Psychotherapeuten sind im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit mit einem widersprüchlichen Auftrag konfrontiert: »Handle wirksam, ohne je im voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslösen wird!« Dieses Dilemma, das unmittelbar aus dem systemischen Verständnis vom Menschen als prinzipiell autonomen, also heteronom nicht zu determinierenden Wesen herrührt, gilt für alle Formen der Intervention in psychische und soziale Systeme; ich nenne es das *Therapeutendilemma*« (Ludewig, 2002, S. 63).

Gerade dieses Dilemma werde in der Mainstream-Psychotherapie-Forschung ausgeblendet, kritisiert Ludewig:

»Im Gegensatz hierzu nimmt sich die Systemische Therapie dieses Dilemmas an und macht es zum Ausgangspunkt aller praktischen Überlegungen. Das Dilemma erwächst aus Erkenntnissen, die vom systemischen Denken abgeleitet werden, und besagt, dass

psychische und soziale Systeme prinzipiell undurchschaubar, nicht-instruierbar und selbst-referentiell sind. Die Folge heisst, auf exaktes Diagnostizieren, kausales Intervenieren und Vorhersagen zu verzichten. Anstelle einer »objektiven« Indikationsstellung muss die subjektive Problemdefinition des Hilfesuchenden akzeptiert werden; anstelle von kausaler Veränderung wird nach »passenden« Interventionen gesucht; anstelle von gezielten Kommunikationsstrategien muss darauf vertraut werden, dass therapeutische Dialoge förderlich und heilsam sein können« (Ludewig, 2002, S. 63).

Aus den genannten Gründen wird also versucht, im diagnostischen Prozess *weder eine diagnostische Pathologisierung noch eine normative Festlegung* zu schaffen. Dies gelingt auf theoretische Weise durch den Begriff des Problemsystems:

»Problemsysteme sind strukturell nicht von anderen sozialen Systemen unterscheidbar. Die Themen, die als Problem auftreten, sind prinzipiell beliebig und können jeden Sachverhalt menschlichen Miteinanders betreffen« (Ludewig, 2002, S. 65).

Da das *System Mensch als eine Einheit* betrachtet wird, die sich ständig in Bewegung und potentiell Wandel befindet, wird das Problemsystem gerade durch die »*Stabilisierung einer Wiederholstruktur*« gekennzeichnet. *Diese* gilt es im diagnostisch-therapeutischen Prozess zu *erkennen und anzustossen*. Dabei gelten vorläufige *Hypothesen*, die im Verlaufe des gemeinsamen Gespräches mit dem Paar gebildet werden, als diagnostisches wie auch als therapeutisches Instrument (vgl. bspw. Riehl-Emde, 1997, S. 259).

Nebst der *Hypothesenbildung als versuchsweises Diagnostikum*, gehört für die Systemische Therapie auch das *Thema des Zusammenbleibens vs. Trennens* in die Paar-Diagnostik:

»Dieses Thema in der Anfangsphase und im Zusammenhang mit der Auftragsklärung zu besprechen, ermöglicht es, einen Eindruck zu gewinnen, ob und wie über »Trennung« gesprochen werden kann und ob die gemeinsame Beziehung trotz Schwierigkeiten tragfähig ist« (ibid.).

Riehl-Emde benutzt hierfür etwa eine 10-stufige Skala (1= Zusammenbleiben, 10=Trennung) und bittet beide Partner um eine Stellungnahme. Entsprechend passt

sie die gemeinsame Arbeit an. Weitere wichtige diagnostische Fragen sind natürlich die *Exploration der Liebesbeziehung* wie auch jene der *sexuellen Beziehung* (vgl. Riehl-Emde, 2003, S. 174ff.).

Ferner kann die Bildung von *Familien-Genogrammen* über mindestens drei Generationen hinweg hilfreich sein für eine ausführliche Diagnostik und vielfältige Hypothesenbildungen. Weiteres dazu ist etwa bei McGoldrick (1990) zu finden.

Als letzter diagnostisch-therapeutischer Test sei noch kurz der *Wohnungsgrundriss* nach Hubschmid (1983) erwähnt:

»Ein Grundriss der Wohnung vermittelt dem Therapeuten wichtige Hinweise darüber, wie sich die Familie organisiert. Wenn eine Familie in der Sitzung am Wohnungs-Grundriss arbeitet, dann kommt die geschichtsträchtige, emotionsgeladene häusliche Atmosphäre im Therapieraum auf« (Hubschmid, 1983).

Dies betrifft natürlich auch die Arbeit mit dem Paar. Hinter dem Konzept stehen *vermutete Zusammenhänge zwischen Wohnqualität und psychosozialen Störungen*.

4.4. Fragebogenverfahren zur Paardiagnostik

Fragebogenverfahren können in allen diagnostischen und therapeutischen Verfahren angewendet werden. Da auf sie in der vorliegenden Arbeit nicht besonders eingegangen werden kann, seien sie nur kurz aufgeführt. Zur Untersuchung von *Kommunikationsmuster* werden häufig Fragebogen herangezogen. Allerdings ist für solche paartherapeutische Verhaltenstherapie Fragen nach Hahlweg (1995) *unklar, ob tatsächlich eine Beziehung zwischen der Fragebogenwerten und dem tatsächlichen kommunikativen Verhalten der Partner besteht*.¹⁵

Für die *Messung der Qualität einer Beziehung* werden etwa folgende Fragebogenverfahren verwendet, die gemäss Hahlwegs Untersuchungen alle hoch miteinander korrelieren ($r \geq 0.8$):

¹⁵ Vgl. Hahlweg (1995, S. 125).

- Marital Adjustment Test (MAT, Locke & Wallace, 1959)
- Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spanier, 1976)
- Marital Satisfaction Inventory (MSI, Snyder, 1981)
- Partnerschaftsfragebogen (PFB, Hahlweg, 1979)

Letzterer sei kurz beschrieben: Der *Partnerschaftsfragebogen (PFB)* von Hahlweg (1996) besteht aus 30 Items mit einem zusätzlichen Item zur Glückseinschätzung, erfordert 5-10 Minuten Bearbeitungszeit und bietet nebst einem Gesamtwert auch 3 Skalenwerte an:

»Mit der Skala *Streitverhalten* werden Verhaltensweisen erfasst, die vom Partner während eines Konfliktes oder eines Streites gezeigt werden können und die nicht einer Konfliktlösung dienlich sind.

Die Skala *Zärtlichkeit* erfasst Verhaltensweisen, die den direkten Körperkontakt der Partner zum Gegenstand haben. Neben diesem physischen Ausdruck von Zärtlichkeiten werden verbale Äusserungen, in denen die Partner ihre positiven Gefühle zueinander umschreiben, erfragt.

In der Skala *Gemeinsamkeit/Kommunikation* werden Äusserungen beschrieben, die von beiden Partnern gemeinsam ausgeführt werden und die die Verbundenheit mit dem Partner kennzeichnen, darüberhinaus werden kommunikative Aspekte erfasst« (Hahlweg, 1996, S. 7).

Die *Problemliste (PL)* von Hahlweg (1996) wurde für die paartherapeutische Verhaltenstherapie entwickelt. In ihr sind folgende *23 Bereiche des Zusammenlebens* aufgeführt, in denen Konflikte entstehen und die therapeutisch bearbeitet werden können:

1. Einteilung des monatlichen Einkommens, 2. Berufstätigkeit, 3. Haushaltsführung/Wohnung, 4. Vorstellungen über Kindererziehung, 5. Freizeitgestaltung, 6. Freunde und Bekannte, 7. Temperament des Partners, 8. Zuwendung des Partners, 9. Attraktivität, 10. Vertrauen, 11. Eifersucht, 12. Gewährung persönlicher Freiheiten, 13. Sexualität, 14. Aussereheliche Beziehungen, 15. Verwandte, 16. Persönliche Gewohnheiten des Partners, 17. Kommunikation/gemeinsame Gespräche, 18. Kinderwunsch/Familienplanung, 19. Fehlende Akzeptanz/Unterstützung des Partners, 20. Forderungen des Partners, 21.

Krankheiten/Behinderungen/psychische Störungen, 22. Umgang mit Alkohol/Medikamenten/Drogen, 23. Tötlichkeiten.

Das *Marburger Einstellungs-Inventar für Liebesstile (MEIL)* von Bierhoff et al. (1993) kann ebenfalls hilfreich sein für die Paardiagnostik und anschließende Therapie. Der Fragebogen besteht aus 6 Skalen mit jeweils 10 Items und je einer Version für Frauen und Männer.

Die 6 Skalen werden als »romantische, spielerische, freundschaftliche, pragmatische, besitzergreifende und altruistische Liebe« bezeichnet bzw. in den Kurzformen »Eros, Ludus, Storge, Pragma, Mania und Agape« (Bierhoff et al., 1993, S. 12).

Bierhoff et al. bemerken bezüglich des Nutzens des Fragebogens:

»Zum einen können die Skalen für den Bereich der Therapie und Beratung bei Partnerschaftskonflikten eine Hilfe sein: sie ermöglichen auf ökonomische Weise einen detaillierten Überblick über die Ausprägung der Liebesstile bei jedem Partner und damit einen Vergleich der Einstellungen und Erwartungen« (Bierhoff et al., 1993, S. 11).

Dabei wird davon ausgegangen, dass *die Zufriedenheit in der Partnerschaft eng mit bestimmten Liebestilen zusammenhängt*: »Ein Vergleich der Ergebnisse eines Paares macht auch deutlich, welche Asymmetrien und Konflikte aufgrund unterschiedlicher Liebestile auftreten können« (ibid.).

Willi (1973) hat den *Gemeinsamen Rorschach-Versuch (GRV)* entwickelt. Der GRV untersucht die Struktur, Beziehungen, Kommunikation, Interaktionen, Verhalten und unbewusste Dynamik von mindestens *zwei bis maximal acht Probanden mittels 10 vorgegebener Rorschachtafeln*, die gemeinsam gedeutet werden sollen.

Der GRV dient unter anderem der Erforschung von Struktur und Dynamik von Paaren. Für die Durchführung werden ca. 30-50 Minuten benötigt. Den Probanden wird die traditionelle Rorschachinstruktion sowie eine spezielle Instruktion für den *Gemeinsamen Rorschach-Versuch* vorgegeben. Die gemeinsamen Äußerungen und

nichtverbalen Interaktionen werden festgehalten (schriftlich, Tonband, Video). Ausgewertet werden Verhaltensvariablen zur Erfassung des sozialen Verhaltens und Erlebnisvariablen zur Erfassung des bewussten und unbewussten Interaktionserlebens nach tiefenpsychologischen Kriterien. Über die Signierung der Antworten nach dem klassischen Rorschach-Versuch lässt sich der gemeinsame Umgang der Gruppenmitglieder mit Ängsten, Bedürfnissen, Trieb- und Abwehrmechanismen sowie die Psychodynamik der Gruppe als Ganzes aufdecken.

5. Therapeutische Interventionen

Allen paartherapeutischen Methoden gemeinsam ist, dass *nach Möglichkeit alle beteiligten Bezugspersonen und Konfliktpartner in die Therapie einbezogen* werden.

5.1. Paartherapie aus psychoanalytischer Sicht

Entsprechend der bereits vorgenommenen theoretischen und diagnostischen Überlegungen gestaltet sich die psychoanalytische Paartherapie: Die angestrebte Veränderung bezieht sich auf die *Beziehungsstruktur des Paares*, auf das *szenische Verstehen* und damit auch auf die *intrapsychischen Abwehrstrukturen*.

Dabei kann auch die Mehrgenerationen-Perspektive berücksichtigt werden, die davon ausgeht, »dass die ungelösten Konflikte bzw. die pathologischen Konfliktlösungen von einer Generation an die nächste weitergegeben werden« (Bauriedl, 2002, S. 99).

Im Gegensatz zur Systemischen Therapie der Kybernetik 2. Ordnung *stellt die analytische Haltung des Therapeuten das Paarsystem, so wie es sich präsentiert, in Frage* (Bauriedl, 2002, S. 96). Dies muss so sein, denn

»die Veränderung besteht darin, dass die Unbewusstheit aufgehoben wird, dass man gemeinsam versteht, welche psychodynamischen, paar- oder familiendynamischen Spannungen und Konfliktsituationen Grundlage des Leidens in der Paar- oder Familienbeziehung sind. Deshalb versucht der Therapeut hier in gleichschwebender

Aufmerksamkeit seine *eigenen* Fragen in sich zu entdecken und zusammen mit den Familienmitgliedern Antworten für diese Fragen zu finden« (Bauriedl, 2002, S. 94).

Bauriedl (2002, S. 87ff.) weist auf folgende zu beachtende Elemente für die psychoanalytische Paartherapie:

- *Das Erstgespräch:*

Bauriedl (2002) bezeichnet die Erstgesprächsphase als »einer der wichtigsten Abschnitte in einer psychoanalytischen Paar- oder Familientherapie« (S. 92). In dieser Phase wird geprüft, ob eine *gemeinsame Verständigung* stattfinden kann, und ob eine *gemeinsame psychoanalytisch orientierte Arbeit* überhaupt möglich und sinnvoll ist. Der Therapeut wird prüfen, ob er eine *gemeinsame Szene* erkennen kann. Er wird diese im Sinne einer oder mehrere *Probedeutungen* ansprechen und prüfen, ob und wie das Paar mit dieser umgehen kann. Dies ist auch in der Einzelanalyse ein gängiges Verfahren. Allen Beteiligten soll so die Möglichkeit gegeben werden, sich auf die therapeutische Situation probeweise einzulassen, auch, um dadurch eine Ahnung von der eventuellen späteren Arbeit zu erhalten.

Abzuklären ist im Erstgespräch, worum es geht, weshalb eine Paartherapie durchgeführt werden sollte, wie jeder Beteiligte (auch der Therapeut) die Problemsituation versteht, und wie sich die Beteiligten eine Zusammenarbeit vorstellen.

- *Der »innere Arbeitsvertrag«:*

Der innere Arbeitsvertrag bezeichnet nach Bauriedl (2002) das gemeinsame Verständnis, *worum* es in der therapeutischen Situation geht. Er »bildet die Grundlage der gesamten gemeinsamen Arbeit« (S. 94).

- *Der »äussere Arbeitsvertrag«:*

Der äussere Arbeitsvertrag betrifft die *Rahmenbedingungen* der Therapie wie Frequenz, Zeit und voraussichtliche Dauer, die Bezahlung und die Festlegung des Settings: »Wer soll/will/wird an den Sitzungen teilnehmen?« (ibid.).

5.1.1. Paartherapie nach Willi

Zusätzlich zu dem bisher Gesagten kann die psychoanalytische Paartherapie nach dem Kollusionskonzept von Willi arbeiten. Dies bedeutet, dass das Augenmerk insbesondere auf die genannten *Funktionsprinzipien* – Abgrenzung nach innen und aussen, Flexibilität bezüglich regressiven und progressiven Rollenübernahmen, Gleichwertigkeitsbalance – und auf die möglichen *Kollusionen* gerichtet wird. Das Konzept von Willi lässt eine grössere Aktivität des Therapeuten zu als andere psychoanalytische Paartherapien – dies, sobald ein gemeinsamer Fokus formuliert werden konnte und die Rollenzuschreibungen deutlich erkennbar sind.

5.2. Paartherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht

Wie bereits erwähnt, konzentriert sich die Verhaltenstherapie des Paares schwerpunktmässig auf die *konkrete Kommunikation bezüglich aktuellen Paarsituationen*, auf *mangelhafte Kommunikationskompetenzen* sowie auf *persönlichkeitsspezifischen Formen der Kommunikation* (vgl. Bodenmann, 2002, S. 107). Dabei greift sie nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch auf operante Methoden, wie etwa die positive und negative Verstärkung, zurück. Denn:

»Unzufriedene Paare sind häufig in einer negativen Reziprozität gefangen, ihre Interaktion kennzeichnet sich durch eine niedrige Häufigkeit an Positivität (belohnende, verstärkende Verhaltensweisen) bei gleichzeitig hoher wechselseitiger Negativität (Kritik, Sarkasmus, Abwertungen etc.) und durch eine Tendenz zu negativen Eskalationen« (Bodenmann, 2002, S. 107).

Die in der Verhaltenstherapie eingesetzten *operanten Techniken* bezwecken, diese Negativdynamik zu durchbrechen, »die Grundrate an positivem Verhalten gegenüber dem Partner zu steigern und damit wieder auf ein vergleichbares Niveau zu früher oder zu zufriedenen Paaren zu bringen« (ibid.).

Dabei bedient sich die Verhaltenstherapie beispielsweise der Methode des *Verhaltens austausches*, einer Interventionsform,

»welche sich v.a. zu Beginn einer Therapie anbietet, um einerseits das Commitment der Partner zu fördern und andererseits eine tragfähige Basis für andere, weitreichendere und häufig schwierigere Veränderungen zu schaffen« (Bodenmann, 2002, S. 108).

Im Rahmen dieser Methode wenden die Partner Übungen an, in denen sie sich – entweder in freier oder vertraglich festgelegter Form –

»überlegen, was dem anderen Freude bereiten könnte, welche Aktivitäten, Anlässe, Verhaltensweisen oder Geschenke (soziale, materielle, generalisierte Verstärker) ihn ansprechen und wie diese in den Alltag eingebaut werden können. Konkret kann es sich dabei um positive Verhaltensweisen (den Partner freundlich grüssen, Küssen, zärtlicher Körperkontakt, Interesse und Beachtung für den Partner, gemeinsame Aktivitäten etc.) oder Geschenke (Blumen, Bücher, kleine Aufmerksamkeiten) handeln, die nun in einem zweiten Schritt ohne Ankündigung gegenüber dem Partner realisiert werden sollen, wobei beide Partner die Aufgabe erhalten, den anderen dabei zu ertappen, wie er diese positiven Stimuli im Alltag einbringt« (Bodenmann, 2002, S. 108).

Eine weitere Methode der paartherapeutischen Interventionsform ist das *Kommunikationstraining*. Denn die Kommunikation des Paares gilt aus der Sicht der Verhaltenstherapie als *die* zentrale Basis für das Funktionieren einer Paarbeziehung. Ein solches Training kann vielfältig gestaltet und dem Paar angepasst werden. Um dies zu gewährleisten werden

»Sprecher- und Zuhörer-Regeln sowie eine starke Strukturierung des Gesprächssettings (genau definierte Rollen, vorgegebene Zeiten, eingegrenzte Themen) vorgegeben, um eine offene, kongruente und positiv verlaufende Kommunikation zu ermöglichen« (Bodenmann, 2002, S. 109).

Dabei wird etwa auf der Seite des Sprechers auf den »Ich-Gebrauch« (persönliche Äusserungen) geachtet sowie auf thematisch eingegrenzte und konkrete Situationen und die Vermeidung von Pauschalisierungen. Trainiert werden unter anderem die *Selbstöffnung*, worunter »emotionale Kommunikation, Mitteilung von Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen, Erwartungen usw.« verstanden wird (ibid.).

Eine weitere Methode ist das *Problemlösetraining*, dessen Schwerpunkt *Bewältigungsstrategien des Alltags* sind und welches auf dem Kommunikationstraining aufbaut. Hintergrund eines solchen Trainings sind Erkenntnisse aus Studien, die zeigten, dass zufriedene Paare signifikant günstigere Problemlösestrategien aufweisen,

»d.h. sie zeigen bei Konflikten mehr die Interaktion erleichternde Handlungen (Themenwechsel, Humor, Akzeptanz, Paraphrasierungen, etc.) und engagieren sich stärker für eine effiziente Lösung von Problemen, indem sie mehr ausprobieren, mehr Informationen suchen und Informationen weitergeben« (Bodenmann, 2002, S. 110).

Die einzelnen Schritte des Problemlösetrainings sind: 1. Problembeschreibung, 2. kreative Lösungssuche, 3. Auswahl der besten Lösungsmöglichkeiten, 4. genaue und sorgfältige Operationalisierung und Planung der Umsetzung dieser Möglichkeit, 5. effektive Durchführung der gefundenen Problemlösung im Alltag, 6. Evaluation des Erfolgs der gewählten Problemlösung und Selbstverstärkung.

Weitere Methoden verhaltenstherapeutischer Paarinterventionsformen beziehen sich vor allem auf *kognitive Methoden*, die darauf abzielen, Negativspiralen im Sinne negativer sich selbst erfüllender Prophezeiungen (hervorgerufen etwa durch vermehrte negative Erwartungshaltungen), eine eingeschränkte Sicht und Fokussierung auf negative Ereignisse sowie ungünstige Attributionsprozesse zu durchbrechen. Dabei sollen insbesondere problematische Kognitionen und Schemata erkannt und umstrukturiert werden.

Neuere Methoden, wie etwa der Ansatz von Jacobson – die Integrative Paartherapie – versuchen den Rahmen der Verhaltenstherapie zu erweitern. Jacobson et al haben gemäss Bodenmann

»eine neue Sichtweise dahingehend eingebracht, als sie das Akzeptieren von Stagnation, Konflikten und Problemen als weitere Zielsetzung einer modernen Verhaltenstherapie bei Paaren postulierten« (Bodenmann, 2002, S. 111).

Die Diskussion vieler weiterer Ansätze wie etwa Gottmanns *Förderung des »Wir-Gefühls«*, Hahlwegs *Nutzung früherer Beziehungsressourcen*, Bodenmanns *Förderung von Copingressourcen* von Paaren kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden. Sie seien hier nur kurz als solche erwähnt.

Grundsätzlich gilt: Die bisher erwähnten Ansätze sind als kleiner Ausschnitt zu betrachten, welche die in dieser Arbeit zentrale Hintergrund-Hypothese der Inkommensurabilität – und damit der Nicht-Vergleichbarkeit – der drei bedeutenden Therapieformen Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie, die aufgrund des Kommunikationsaxioms erkennbar wird, bestätigen.

5.3. Systemische Paartherapie

Wie im Kapitel Paardiagnostik erwähnt, steht im diagnostisch-therapeutischen Prozess Systemischer Therapie das sogenannte *Problemsystem im Fokus*. Die Diagnose wird im Hinblick auf mögliche Therapie gemeinsam zu ergründen gesucht. Aus diesem Prozess ergeben sich spezifische Methoden und Haltungen, die als therapeutisch wirksam betrachtet werden.

Schlippe und Schweitzer bezeichnen die Systemische (Paar-) *Therapie als »ein gemeinsames Ringen um Wirklichkeitsdefinitionen«* (Schlippe und Schweitzer, 1999, S. 137). Dieses Ringen kann durch therapeutisches Fragen, *zirkuläres Fragen*, angeregt und gelenkt werden. Das zirkuläre Fragen kann auch als Form der *Hypnotherapie* verstanden werden (Schmidt, 1985). Zirkuläres Fragen führt zu vielfältigen Hypothesen- und Unterschiedsbildungen, zu veränderten Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen.

Die *Systemische Haltung im Bezug auf den Therapeuten* kann in den von Ludewig formulierten »10+1 Leitsätze« erahnt werden:

1. Definiere dich als... (Helfer!) (Übernehme ich Verantwortung als...?)
2. Sieh dich (Stehe ich zu meinen Möglichkeiten?)
3. Gehe von deinen Klienten aus! (Wessen Maßstäbe lege ich an?)

| | |
|---------------------------------|--|
| 4. Werte förderlich! | (Suche ich nach Öffnendem?) |
| 5. Beschränke dich! | (Fokussiere ich auf das Nötigste?) |
| 6. Sei bescheiden! | (Sehe ich mich als Ursache?) |
| 7. Bleibe beweglich! | (Wechsele ich meine Perspektiven?) |
| 8. Frage konstruktiv! | (Stelle ich Fragen, die weiterführen?) |
| 9. Interveniere sparsam! | (Rege ich behutsam an?) |
| 10. Beende rechtzeitig! | (Kann ich schon beenden?) |
| <hr/> | |
| +1 Befolge nie blind Leitsätze! | (Wende ich diese kontextbezogen an?) |

Die *Systemische Haltung im Bezug auf das Paar* – die *Haltung der Neutralität* (der nicht einseitigen Perspektiveneinnahme) wurde bereits früher erwähnt – ist geprägt durch das Konzept der *Selbstreferenzialität* und der *Ablehnung kausalen Denkens*.

Stierlin (2001) spricht in diesem Zusammenhang auch zurecht von einer *zunehmenden »Demokratisierung der Therapeut-Klient-Beziehung«* (S. 138). Diese führt etwa zu einer offenen *Einladung des Paares*, die gemeinsamen Kommunikationswege gemeinsam zu gestalten. Dabei werden dem Therapeuten von Ludwig drei orientierende Kriterien« empfohlen, die er folgendermassen bezeichnet:

- *Nutzen* im Hinblick auf das Ziel,
- *Schönheit* im Hinblick auf die Wahl der Interventionen und
- *Respekt* im Hinblick auf den Umgang mit den Klienten

Nach diesen Kriterien kann der Therapeut, so Ludwig, die grundsätzlich offene therapeutische Situation, und damit seine Angebote an das Paar, orientieren. Das *Kriterium der Schönheit* sei dann berücksichtigt,

»wenn der Helfer die einzusetzende Intervention danach gewählt hat, dass sie in diesem Fall gute Chancen hat, bestpassend zu sein (ästhetisches Kriterium)« (Ludwig, 2002, S. 68).

Das *Kriterium des Respekts* hingegen sei

»dann erfüllt, wenn der Helfer zu jeder Zeit bemüht ist, seine Klienten nach bestem Wissen und Gewissen als autonome, berechnete Menschen zu behandeln. Dabei sind die beiden letzten Kriterien – Schönheit und Respekt – anders als der Nutzen nicht normierungsfähig« (ibid.).

Damit wird der Anspruch deutlich, den die Systemische Therapie an den Therapeuten stellt – er soll *den Klienten Würdigen und Anregen*:

»Eine Hauptaufgabe des systemischen Therapeuten besteht darin, durch empathisch motivierte Aktivitäten zur Entstehung eines tragfähigen sozialen Milieus beizutragen«,

in dem sich die Klienten genügend sicher fühlen, um Wagnisse einzugehen (Ludewig, 2002, S. 69). Der Systemische Therapeut hat dabei im Wesentlichen zwei Aufgaben zu erfüllen:

»Dem/den Klienten zu helfen, ein zukunftsbezogenes, realisierbares Anliegen an die Hilfestellung zu formulieren, welches dann als Grundlage für die Vereinbarung eines Auftrags dienen kann.

Durch geeignete konversationale Massnahmen einen auftragsbezogenen, »kunstvollen Balanceakt« zu vollbringen zwischen Würdigung (Bestätigung, Anerkennung) des Bestehenden und einer angemessenen Anregung (Intervention) zur Veränderung« (ibid.).

Der therapeutische Prozess ist dabei geprägt durch die Sequenz »vom Problem zum Anliegen und zur Vereinbarung eines Auftrags« (Ludewig, 2002, S. 69). In dieser Formel liegen vielfältige Therapiemöglichkeiten, die sich ganz nach der individuellen Lage des Problemsystems richten.

Welche *speziellen Techniken* kann der Systemische Therapeut einsetzen? Ludewig ist der Ansicht, dass

»sich der systemische Therapeut widerspruchlos der verschiedenen Techniken bedienen [kann], die von anderen Schulen in den letzten 100 Jahren entwickelt wurden, sofern sie zum Fall »passend« sind oder angepasst werden können« (ibid.).

Man kann diesem Satz zustimmen, oder auch nicht – wie dem auch sei, die Systemische Therapie kennt auch »*eigene*« *Techniken*. Einige seien kurz erwähnt (nach Ludewig, 2002, S. 69ff., Riehl-Emde, 1997 und McGoldrick und Gerson, 1990):

- *Erkundende Fragen*: Fragen, die Form, Geschichte und Bestand eines Systems zum Thema haben
- *Zirkuläres Fragen*: Fragen, die die Kommunikation im und über das System betreffen
- *Konstruktives Fragen*: Fragen, die sich auf Zukunft und Lösung beziehen
- *Vergleichendes Fragen*
- Reflektieren
- *Kommentieren*
- *Empfehlen*
- *Externalisieren*: Fragen und Vorgaben, die von der Person des Leidenden ablenken und Schuldzuweisungen auflösen
- *Dekonstruieren*
- *Metaphern*
- *Familienaufstellung und Familienskulptur* nach Schweitzer und Weber (1982): Hintergrund ist die links- und rechts-hemisphärische Wissensvermittlung (nach Watzlawick et al.: die analoge und digitale Kommunikation). Das Vorgehen: Ein Bildhauer/Choreograph stellt die Familienmitglieder auf, wobei der *räumliche Abstand* die emotionale Nähe bzw. Entfernung zu ihnen abbildet. Zweiter Schritt ist die *vertikale Darstellung*, die die Durchsetzungsstärke abbildet (wer sich am stärksten durchsetzt, steht zuoberst, z.B. auf einem Stuhl). Ein weiterer Schritt ist die jeweilige *Anweisung des Ausdrucksverhaltens* an die Protagonisten/Rollenträger und das stille In-sich-gehen aller Beteiligten. »Danach« therapeutischer Austausch. Näheres: Schweitzer und Weber (1982). Eine Variante der Familienskulptur ist das *Familienbrett* nach Ludewig et al. (1983) – eine Darstellung der Familie mit Holzfiguren auf einem Holzbrett.
- *Hypothesenbildung anhand eines Genogramms* (Familienstammbaum) über mindestens drei Generationen hinweg zur Hypothesenbildung

- *Unterschiedsbildungen*: Eine problemhafte Aussage wird durch die Bildung von Unterscheidungen erweitert, ambivalent, differenziert etc.

6. Schlussdiskussion

Die vorliegende Arbeit positionierte sich bezüglich des Themas »Theoretischer Hintergrund und Methoden paartherapeutischer Diagnostik, deren Interventionsformen und Fragen zur Integration« durch die Einnahme einer *kommunikationstheoretischen Perspektive*, aufgrund der sich die drei grossen Therapieschulen Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie *derart* unterscheiden liessen, dass ihr windschiefes Verhältnis zueinander erkennbar wurde. Da nun alle drei Therapieformen ein gewichtiges Wort mitzureden haben, müssen bezüglich Fragen paartherapeutischer Diagnostik und Therapie sinnvollerweise alle drei berücksichtigt werden. Damit stellt sich aber die Frage nicht nur nach generellen *Unterschieden* in Methoden und Inhalten, wie dies häufig vorgenommen wird und was hier aufgrund der Menge nur abrissartig geleistet werden konnte, sondern eben auch nach deren grundlegender *Gemeinsamkeit*. Auf *eine* mögliche Antwort wurde versuchsweise hingearbeitet: Das Kommunikationsaxiom weist auf das Gemeinsame wie auch auf das Unterschiedliche und eröffnet so eine zu unternehmende und – aufgrund der Inkommensurabilität aufrechtzuerhaltende – Perspektivenvielfalt.

Die dabei gewonnene Erkenntnis kann nun einerseits (erkenntnis-) theoretische Konsequenzen haben – etwa bezüglich methodologischer Psychotherapieforschung –, ist aber gerade auch für das Verständnis unterschiedlicher Methoden in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht, für den nach Hilfe Suchenden wie auch für den Therapeuten persönlich wichtig. Ferner lässt sie ein gemeinsames Merkmal der doch sehr unterschiedlichen Therapieformen erkennen, das zwar in seiner Art einfach, aber nichtsdestotrotz die unterschiedlichen Dimensionen des Menschseins aufscheinen lassen kann.

Die Paartherapie existiert nicht, so wie auch *die Therapie* nicht existiert. Eine Perspektive, welche diese Haltung vertreten wollte, müsste im Hinblick auf die

Inkommensurabilität bzw. auf das windschiefe Verhältnis der drei Therapierichtungen, die bezüglich der Paartherapie bedeutsam sind, entweder eine bis alle drei Formen ignorieren, einseitig-reduktionistisch vereinnahmen, oder müsste eine Meta-Theorie sein, die alle drei Formen auf adäquate Weise integriert. Eine solche psychotherapeutische Meta-Theorie gibt es bisher nicht.¹⁶ Aus diesen Gründen erscheint die gewählte, sicher auch kreative Perspektive, sinnvoll.

Die Paartherapie ist ein sehr interessantes Gebiet, Fragen zur Psychotherapie im Allgemeinen und zur Integration sind sehr wichtig und betreffen nicht nur die jeweilige Theorieentwicklung, sondern Patienten, Suchende und Therapeuten bzw. Beratende und Begleitende. Die vorliegende Untersuchung und die damit verbundene persönliche Auseinandersetzung hat in mir viele Überlegungen angeregt, die ich aufgrund der Breite nur anreissen konnte, worunter verständlicherweise insbesondere die Tiefenbearbeitung litt. Aufgrund einer vertretbaren Kürze der Arbeit musste eine Wahl getroffen werden, auch bezüglich der Tiefenbearbeitung. Vieles musste an der Oberfläche bleiben, konnte nicht eingehend bearbeitet werden. Einiges wurde gar nicht beachtet, unter anderem etwa *Gruppen-Paartherapie-Formen* (ein Therapeuten-Paar, mehrere Paare, mehrere Therapeuten-Paare usw.), die aber heutzutage eine marginale Rolle spielen. Massgeblich ist auch die Beachtung der *Paartherapie mit älteren Menschen* (vgl. z.B. Riehl-Emde, 2002 oder Weakland und Herr, 1984), die hiermit, wie so manches, nur kurz erwähnt sei. Es würde mich freuen, wenn diese Arbeit bei den geschätzten LeserInnen den Prozess des Suchens nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden, auch nach Inkommensurabilitäten, weiter anregen konnte im Hinblick auf eine wohl nie zu Ende kommende Offenheit, erst recht im Bezug auf die psychotherapeutischen Forschung, am menschlichen Wandel und auch bezüglich des Versuchs integrative Perspektiven zu entwickeln. Denn wo heraus können wir sagen, *die* Position gefunden zu haben, die alle Vielfalt menschlicher Erfahrung einzufassen vermag, ohne freilich vereinnahmend zu sein?

¹⁶ Entgegen der Meinung des inzwischen verstorbenen Psychologen Prof. Klaus Grawe glaube ich nicht, dass aufgrund empirischer Evidenz »die einzig wahre Therapieform« sich herauskristallisieren wird oder diese auch nur zu fordern wäre – unter anderem und insbesondere auch aufgrund der massgeblichen Mängel heutiger empirischer Forschung nicht, die sich eines unhaltbaren Reduktionsmus bedient, indem sie das individuelle Subjekt durch ein Massensubjekt ungestraft, sprich: ohne massgebliche Verluste, zu ersetzen glaubt.

7. Literaturverzeichnis

- Bauriedl, Thea (2002). Der psychotherapeutische Prozess in der Paar- und Familientherapie. In M. Wirsching (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 87-105). Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer.
- Bierhoff, Hans W.; Grau, Ina; Ludwig, Angela (1993). *Marburger Einstellungs-Inventar für Liebesstile (MEIL)*. Handanweisung. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Bodenmann, Guy (2002). Paartherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In M. Wirsching (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 107-120). Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer.
- Boothe, Brigitte (1994). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen; Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Freud, Sigmund (1999). *Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)*. In: Gesammelte Werke, Bd. V. Werke aus den Jahren 1904-1905. Frankfurt am Main: Fischer.
- Glasersfeld, Ernst von (1998). *Radikaler Konstruktivismus: Ideen, Ergebnisse, Probleme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hahlweg, Kurt (1995). Störung und Auflösung von Beziehung: Determinanten der Ehequalität und -stabilität. In M. Amelang (Hrsg.), *Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen* (S. 117-152). Göttingen; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Hahlweg, Kurt (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Handanweisung. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Herder, Johann Gottfried (1997). *Abhandlung über den Ursprung der Sprache*. Stuttgart: Reclam.
- Hubschmid, Tedy (1983). Der Wohnungsgrundriss – ein diagnostisches und therapeutisches Instrument in der Familientherapie. *Familiendynamik*, 8, 221-234.
- Lemaire, Jean G. (1980). *Leben als Paar*. Strukturen, Krisen, therapeutische Hilfen. Olten: Walter.

- Ludewig, Kurt; Pflieger, Karin; Wilken, Ulrich; Jacobskötter, Gabriele (1993). Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: das Familienbrett. *Familiendynamik*, 8, 235-251.
- Ludewig, Kurt (2002). Systemische Therapie mit Paaren und Familien. In M. Wirsching (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 59-78). Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer.
- McGoldrick, Monica; Gerson, Randy (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber.
- Mertens, Wolfgang (1996). *Psychoanalyse*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Müller-Pozzi, Heinz (1991). *Psychoanalytisches Denken*. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber.
- Neraal, Terje (2002). Psychoanalytische Paar- und Familientherapie. In M. Wirsching (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 79-81). Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer.
- Riehl-Emde, Astrid (1997). Paar-Diagnostik. In U. Imoberdorf (Hrsg.), *Psychodiagnostik von Individuen, Gruppen und Organisationen* (S. 253-264). Stuttgart: Hirzel.
- Riehl-Emde, Astrid (2002). Paar- und Familientherapie mit älteren Menschen. In M. Wirsching (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 581-597). Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer.
- Riehl-Emde, Astrid (2003). *Liebe im Fokus der Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scharfetter, Christian (1996). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Schlippe, Arist von; Schweitzer, Jochen (1999). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schmidt, Gunther (1985). Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. *Familiendynamik*, 10, 241-264.
- Schweitzer, Jochen; Weber, Gunthard (1982). Beziehung als Metapher. Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik*, 7, 113-128.

- Senf, Wolfgang; Broda, Michael (2000). *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Simon, Fritz B. (1997). *Lebende Systeme*. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Stierlin, Helm (2001). Welche Rolle spielt die Diagnostik in der systemischen Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 46, 134-139.
- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (1996). *Menschliche Kommunikation*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- Weakland, John H.; Herr, John J. (1984). *Beratung älterer Menschen und ihrer Familien*. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern; Stuttgart; Wien: Huber.
- Willi, Jürg (1973). Der gemeinsame Rorschachversuch – Diagnostik von Paar- und Gruppenbeziehungen. Bern: Huber.
- Willi, Jürg (1998). *Die Zweierbeziehung*. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Wirsching, Michael; Scheib, Peter (2002). *Paar- und Familientherapie*. Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer.
- Wittgenstein, Ludwig (1999). *Werkausgabe Bd. 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.