

## 12. DGVT-Interview mit Prof. Dr. JOCHEN SCHWEITZER

geführt im Juni 2022 in Heidelberg von Steffen Fliegel

Der DGVT-Vorstand hat Steffen Fliegel beauftragt, in loser Reihenfolge wichtige frühere und heutige Förder\*innen des Verbandes und der Verhaltenstherapie bzw. zu Zielen der DGVT zu interviewen. Damit sollen zum einen eine Ehrung und Wertschätzung dieser Kolleginnen und Kollegen für ihr Engagement zum Ausdruck kommen, zum anderen können die heutigen Mitglieder mehr über die Historie, die Wurzeln und die zum Teil sehr spannungsgeladenen Entwicklungslinien der DGVT und der Verhaltenstherapie bzw. ihrer Öffnungen in Deutschland erfahren.

Im ersten Interview kamen *Peter Gottwald* und *Dietmar Schulte* zu Wort (VPP 4/2010), das zweite Gespräch galt *Eva Jaeggi* und *Jarg Bergold* (VPP 1/2012), das dritte *Heiner Keupp* und *Christoph Kraiker* (VPP 1/2014), das vierte *Dieter Kleiber* (VPP 3/2014), das fünfte galt *Armin Kuhr* (VPP 1/2016), das sechste *Sybille Krämer* (VPP 1/2018), das siebte Interview wurde mit *Bernhard Scholten* (VPP 3/2019), das achte mit *Waltraud Deubert* geführt (VPP 1/2020), das neunte mit *Frank Nestmann* (VPP 3/2021), das zehnte Interview mit *Ute Sonntag* (VPP 4/2021), das 11. Interview mit *Martina Mautner*, Mitarbeiterin in der DGVT-Geschäftsstelle in Tübingen (VPP 2/2022). Das 12. Interview wurde geführt mit *Jochen Schweitzer* (VPP 3/2022)

*Das Interview mit Prof. Schweitzer wurde geführt, obwohl er weder Verhaltenstherapeut noch DGVT-Mitglied ist. Sein Engagement für ein Zusammenwachsen therapeutischer Konzepte, so auch der Systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie sowie sein Engagement für eine psychotherapeutisch fortschrittliche stationär-psychiatrische Versorgung sind konform mit den Zielen der DGVT.*

*Steffen Fliegel:*

Lieber Jochen, wir sitzen in deinem Arbeitszimmer bei dir zu Hause in Heidelberg an einem sonnigen Tag mit einem wunderschönen Blick in den Garten. Auf der Fahrt hierher habe ich überlegt, wie denn unsere kollegiale und freundschaftliche Beziehung eigentlich begonnen hat und gewachsen ist. Und da fällt mir natürlich sofort „Psychotherapie im Dialog“ ein, die schulenübergreifende Zeitschrift, wo du als systemischer Kollege und ich als Verhaltenstherapeut zusammengewirkt haben. Darauf werden wir gleich noch zu sprechen kommen, denn das waren für mich sehr prägende Jahre, auch was meine eigene berufliche Orientierung angeht. Du bist systemischer Psychotherapeut, und ich würde gerne mit der Frage starten: Wieso bist du eigentlich systemischer Therapeut geworden?

*Jochen Schweitzer:*

Vielleicht sollte ich zunächst sagen, warum ich nicht Verhaltenstherapeut geworden bin?

*Steffen Fliegel:*

Gerne.

*Jochen Schweitzer:*

Das entschied sich zeitlich etwas früher. Ich war in den Siebzigern als Student auf einem Berliner DGVT-Kongress gewesen, im sechsten Semester meines Studiums in Gießen, mit Kommilitoninnen und Kommilitonen. In Gießen hatte ich das große Glück gehabt, mit Renate Frank eine sehr wohlwollende und kompetente Praxisanleiterin gehabt zu haben. Ich habe bei ihr ein Sechs-Wochen-Praktikum gemacht, wo einerseits Desensibilisierung von Flugängsten ein Thema war, des Weiteren die Selbstsicherheitsgruppen nach Ulrich und Ulrich de Muynck. Dazu gibt es eine Kernerinnerung an eine Übung aus dem Manual: Ein Zugabteil, das ist voll, auch der reservierte Platz ist belegt, und der ist ganz hinten drin. Da soll man sich nun hinsetzen. Es gab nur ein Richtig und ein Falsch. Und zu Falsch gehörte eben, es aufzugeben, das wäre kein Erfolg gewesen. Richtig wäre gewesen, sich mit aller Macht durchzusetzen. Mich irritierte dieses „So soll man es machen, und nicht anders!“. Wieso diese Idee des Richtig und Falsch, wenn man doch auch andere Möglichkeiten sah, z.B. im Nachbarabteil nach einem freien Platz schauen?

*Steffen Fliegel:*

Du wärst bestimmt ein guter Verhaltenstherapeut gewesen, da du Entwicklungsschritte der VT ja schon vorausgesehen hast.

*Jochen Schweitzer:*

Meine Vorstellung von Psychotherapie war zuvor sicher von Freud oder von Rogers geprägt: Ich sitze ausdauernd, ich schweige relativ viel, ich tue recht wenig, und diese passive Haltung passte nicht zu mir. Ich war und bin dafür ein zu motorischer, aktiver, handlungsorientierter Typ. 1977 habe ich ein Sechs-Wochen-Praktikum in der Kinderklinik der University of Baltimore gemacht und spielte in einem Rollenspiel in einem Familientherapie-Seminar das Kind. Vermutet wurde, dass die Eltern einen verdeckten Konflikt hatten, den sie indirekt über mich austrugen. Der Seminarleiter, der den Therapeuten spielte, bat mich, mich neben ihn zu setzen, und dann hat er die Eltern instruiert, ihren Konflikt direkt auszutragen. Und er hat mich davon abgehalten einzugreifen. Diese Art der Handlungsorientierung erlebte ich wie: „Ach, hier ist was los, hier kann man was tun“. Das hat dann über weitere Schritte zu meinem Entschluss geführt, ab 1979 zunächst in den USA eine damals familientherapeutische Weiterbildung zu machen.

*Steffen Fliegel:*

Nun brennt es mir natürlich auf den Nägeln, dein damaliges Bild von der VT aus heutiger Sicht zurechtzurücken, aber es war dein damaliges Erleben. Du hast gerade schon angefangen, bestimmte Stationen deines beruflichen Lebens zu beschreiben. Vielleicht könntest du für unsere Leserinnen und Leser mal stichpunktartig sagen, wo du dich in deinem beruflichen Leben institutionell angesiedelt hast, bis heute, wo du ja jetzt gerade in den Ruhestand gegangen bist.

*Jochen Schweitzer:*

Ja gerne. Ich habe 1972 zwei Semester Jura und im Nebenfach Sozialwissenschaften in Göttingen und dann 1973 bis 1978 Psychologie mit Nebenfach Jura in Gießen studiert. Dann bin ich im Herbst 1979 in die USA gegangen, habe in einem Kursjahr parallel das erste und zweite Ausbildungsjahr am Boston Family Institute absolviert, mit Teilzeitpraktikum am Cambridge Child Mental Health Center, und zum Abschluss im Sommer 1980 am sechswöchigen Internationalen Sommerkurs bei Minuchin und Co. in Philadelphia

teilgenommen. Dort sahen wir in einer Sechsergruppe jeden Nachmittag drei Familien, und sahen uns am Morgen danach die drei Videos dieser Sitzungen gemeinsam an. Danach bin ich im Herbst 1980 als Zivildienstleistender nach Heidelberg zu Stierlin gekommen.

*Steffen Fliegel:*

Helm Stierlin, der ja auch hier in Heidelberg verankert ist bzw. war, er ist ja 2021 verstorben.



*Jochen Schweitzer:*

Bei Stierlin war ich auf einer halben Stelle Zivildienststelle, immer nachmittags, die Vormittage habe ich in der psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Klinik verbracht. Das ist mein Start gewesen. Dann kamen mehr als vier Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie in Weinsberg, ab 1987 wieder zweieinhalb Jahre analytische Psychosomatik. Ich wäre damals beinahe doch noch Psychoanalytiker geworden, dann aber 1989 fünf Jahre lang mit Stierlin zusammengearbeitet, und seit 1995 bis zur Rente in der Medizinischen Psychologie hier in Heidelberg, also viele Jahre Kliniktätigkeit insgesamt.

*Steffen Fliegel:*

Wir sind ja beide in Fachverbänden engagiert, bei dir ist es die Deutsche Gesellschaft für Familientherapie.

*Jochen Schweitzer:*

Ja, genauer gesagt, die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung und Familientherapie, kurz DGSF.

*Steffen Fliegel:*

Es gibt ja noch eine andere Fachgesellschaft, die Systemische Gesellschaft. Wie würdest du denn das fachliche Feld dieser Gesellschaften einordnen? Wer ist wofür zuständig?

*Jochen Schweitzer:*

Über die ersten 20 Jahre Anfangs entwickelten sich in sehr langen Zeitabständen durch Differenzierungsprozesse drei Gesellschaften. 1997 waren das drei sehr kleine Vereine, zwar aktiv, aber zum Sterben zu groß und zu Leben zu klein. Es gab dann Zusammenschlüsse, und die DGSF ist für mich eines meiner Lieblingsprojekte geworden: ein sehr inklusiver und integrativer, über die Jahre von 1.300 auf heute 9000 Mitglieder gewachsener professionell agierender und intern lebendiger Verband, der auch vieles gewuppt kriegt. Heute gibt es noch die Systemische Gesellschaft (SG) und die DGSF, auch die SG ist stark gewachsen. Für mich ist nicht erkenntlich, dass die SG ein anderes Profil hat als die DGSF, mir scheint sie orientiert sich in Strukturen und Aktionen stark an der DGSF und beide Verbände kooperieren nach außen recht gut miteinander.

*Steffen Fliegel:*

Es gibt noch eine ganz wichtige fachliche Ausrichtung, die mir viel bedeutet, nämlich das SYMPA-Projekt in der stationären psychiatrischen Versorgung. Das hat auch für die DGVT mit ihrem Einsatz für eine gute psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung eine wesentliche Bedeutung. Wir kommen darauf gleich wieder zurück. Denn ich würde, wo wir gerade über Verbandspolitik gesprochen haben, zunächst noch ein wenig beim Politischen bleiben. Die Systemische Therapie hat ja mittlerweile fast alle Weihen eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens bekommen. Durch den wissenschaftlichen Beirat als Verfahren, und dann auch die Zulassung zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit sind aus drei wissenschaftlich anerkannten Verfahren vier geworden, neben der Verhaltenstherapie, der Psychodynamik, die ich mal zusammenfasse, und der Gesprächspsychotherapie, nun die Systemische Therapie. Das fordert jetzt die anderen Therapierichtungen in der Ausbildung heraus. Es ist ja eine Verpflichtung, alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren in ihren Grundzügen auch in die Ausbildung anzubieten. Und das ist jetzt für mich als Verhaltenstherapeut selbstverständlich. Was hat denn diese Anerkennung für die Systemische Therapie für Veränderungen im beruflich-fachlichen System gebracht?

*Jochen Schweitzer:*

Das kann man noch nicht endgültig beurteilen. Bisher würde ich sagen: große Gewinne und große Verluste. Die Gewinne sehe ich darin, dass man mit der Kassenzulassung an der Systemischen Therapie auch in Behandlungsleitlinien, Forschungsprogrammen, Hochschulcurricula nicht mehr vorbeikommt, sie dort zur Kenntnis nehmen muss, auch bei ärztlichen Weiterbildungen oder in den Suchttherapie-Curricula. Über Jahrzehnte wurde dort gesagt, wir interessieren uns erst dafür, wenn die Krankenkassen sich dafür interessieren, dieser Fall ist jetzt eingetreten.

*Steffen Fliegel:*

Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es noch keine Anerkennung....

*Jochen Schweitzer:*

.... die aber nach allen Auskünften kommen wird. Ich glaube, dass man dann auch bei künftigen Therapievergleichsstudien nicht mehr um einen Arm „Systemische Therapie“ drum herumkommen wird. Bisher wurde immer gesagt: Wir vergleichen in Therapiestudien nur TP und VT usw., das geht jetzt nicht mehr. Vermutlich werden weitere Nebenwirkungen eintreten, die ich noch nicht kenne. Vielleicht wird es auch leichter werden, dass junge Kolleg\*innen mit systemischen Themen habilitieren können.

*Steffen Fliegel:*

Ich hatte vor diesen Anerkennungen manchmal das Gefühl, dass sich manche systemische Kolleginnen und Kollegen gar nicht gewünscht haben, diese Anerkennung zu bekommen, weil eben dann, wie du gerade schon richtig sagst, damit auch ganz bestimmte strukturelle Veränderungen verbunden wären. Du hast gesagt, es gibt Vor- und Nachteile, würdest du die Anerkennungen eher als einen Vorteil oder eher als einen Nachteil sehen?

*Jochen Schweitzer:*

Ich sehe die Vorteile, aber andere sehen ernsthafte Nachteile. In der DGSF sind nicht die Psychologen die größte Berufsgruppe, es sind bei weitem die Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen. Diese Mitglieder sind auch weniger in der Psychotherapie im engeren Sinne tätig, sondern meist in der Jugendhilfe. Mit der Ablehnung der Systemischen Therapie um 1998, da gab es schon einmal einen Versuch, sind viele in die Jugendhilfe abgewandert. Die Jugendhilfe hat zahlreiche auch systemische Abrechnungsziffern kreiert, zum Beispiel aufsuchende Familientherapie oder Multifamilientherapie. Das schuf dort ein enormes Wachstum und hat dazu geführt, dass sich die systemischen Kolleg\*innen sich neben der Jugendhilfe in sozialer Arbeit, im Coaching, in der Supervision, in der Organisationsentwicklung oder auch in der Unternehmensberatung engagiert haben. Das heißt, es gibt heute eigentlich drei Füße, auf denen die Systemische Therapie und Beratung steht: Gesundheitswesen mit der Psychotherapie, die Soziale Arbeit mit der Jugendhilfe, die arbeitsweltliche Beratung mit Coaching, Team- und Organisationsentwicklung. Daher gibt es jetzt die Sorge um die Existenz dieser anderen beiden professionellen „Füße“. Bislang ist es in der systemische Szene nicht wichtig, ob du ein Betriebswirt bist oder eine Psychologin, eine Sozialpädagogin oder ein Pfarrer.

*Steffen Fliegel:*

Du siehst also die Gefahr, dass jetzt die Approbationsausbildung oder auch die künftige Weiterbildung an die Berufsgruppe der Psycholog\*innen oder demnächst Psychotherapeut\*innen gebunden sein wird.

*Jochen Schweitzer:*

Ja, genau.

*Steffen Fliegel:*

Die momentane Ausbildung, die ja für den Erwachsenenbereich auf der Psychologie, im Kinder- und Jugendlichenbereich, auf Psychologie, Pädagogik, sozialer Arbeit und so weiter, basiert, ist ja ein Auslaufmodell, wird es ja in Zukunft so nicht mehr geben. Die Anerkennung hat derzeit zur Folge, dass jetzt systemisch-therapeutische Institute noch die Ausbildung nach dem alten Psychotherapeutengesetz anbieten. DGVT-intern bieten auch Institute, die bis jetzt Psychologische Psychotherapie angeboten haben, zum Beispiel

Dortmund und Erlangen, zusätzlich eine Ausbildung in Systemischer Therapie an. Das alles wird spätestens 2032 auslaufen. An den Universitäten sind bereits die ersten Studiengänge in Psychotherapie gestartet worden. In der Weiterbildung kann dann bezüglich des Patientenalters entschieden werden, also Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, und für die Therapierichtung, also ST, VT, PD, sowie Neuropsychologie. Das heißt, zukünftig wird es z.B. Kinder- und Jugendlichentherapeut\*innen mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie oder Erwachsenenpsychotherapeut\*innen mit Schwerpunkt Systemische Psychotherapie geben.

*Jochen Schweitzer:*

Meine Hoffnung war gewesen, dass jetzt neben der systemischen und auch die humanistische Therapie die wissenschaftliche Anerkennung und dann die Kassenzulassung bekommen. Dann wären alle zumindest mal „in der Kiste“ vertreten, und wir hätten auf Augenhöhe mal anders über Integration verhandeln und sie praktizieren können. Ich bin ja selber später Mitglied des wissenschaftlichen Beirats gewesen, gerade als es um die humanistische Therapie ging. Die Antragsteller haben ihren Ansatz auch ungeschickt und sich als Antragsteller nicht einheitlich präsentiert. Aber ich glaube, sie hatten auch von vornherein bei der großen Mehrheit der Beiratsmitglieder keine wirkliche Chance. So haben wir immer zugelassene und nicht zugelassene Therapieschulen, und die Zugelassenen bedienen sich der für sie attraktiven Anregungen aus den nicht zugelassenen. Wenn ich es mal ein bisschen böse sage: sie schlachten diese aus, in dem sie z.B. Viktor Fraenkels Paradoxe Intervention zu einer verhaltenstherapeutischen Methode erklären.

*Steffen Fliegel:*

Einer deiner eben genannten drei Schwerpunkte ist ja ein Schwerpunkt die psychotherapeutische Ausrichtung. Aber die anderen Strömungen, die können ja parallel auch weiter existieren, die brauchen ja gar nicht die heilkundliche Zulassung.

*Jochen Schweitzer:*

Nein. Die brauchen sie nicht.





*Steffen Fliegel:*

Das heißt, also auch andere Berufsgruppen können weiterhin sagen: „Ich mache Systemische Therapie“, denn diese Bezeichnung ist ja nicht verboten.

*Jochen Schweitzer:*

Aber es gibt zurzeit innerhalb der systemischen Therapie eine heftige Identitätsdebatte: Was ist ein „nicht-heilkundlicher Therapeut oder Psychotherapeut“. Diese erinnert mich an die Zeiten, wo ich als Psychologe noch ein „nicht-ärztlicher Psychotherapeut“ war. Insbesondere Kolleg\*innen aus der Sozialpädagogik bedauern dies und befürchten, dass es jetzt im Systemischen so eine Art Zwei-Klassen-Gesellschaft geben könnte, zumindest im informellen Status oder im Nimbus. Auch wenn das für die wirtschaftliche Vergütung selber gar nicht unmittelbar bedeutsam sein muss. Wobei natürlich eine Kassenzulassung große wirtschaftliche Sicherheit ermöglicht.

*Steffen Fliegel:*

Ich war lange selbst als Supervisor in der Suchtarbeit aktiv. Da gab es überhaupt keine Probleme, von „Suchttherapie“ oder auch von verhaltenstherapeutisch orientierter oder systemisch orientierter Suchttherapie zu sprechen. Ich finde, dass Sozialpädagog\*innen und Sozialarbeiter\*innen mit einer psychotherapeutischen Zusatzqualifikation oft sehr kompetente psychotherapeutische Arbeit machen. Eben weil sie mit der sozialen Arbeit auch eine soziale und die pädagogische Orientierung haben, und bei Patient\*innen einen erweiterten Blick auf die psychischen Störungen richten können. Und für sie ist auch die Gehstruktur Alltag, also zum Patienten hinzugehen, wenn er nicht kommen kann oder die Problembewältigung es nicht ermöglicht. Steht für die Systemische Therapie eine Spaltung bevor, wer macht psychotherapeutische Arbeit und wer macht systemische Beratung oder Systemische Therapie. Die DGVT hat auch viele Mitglieder verschiedener sozialer Berufe verloren (oder gar nicht erst gewinnen können), als sie sich schwerpunktmäßig auf Psychotherapie konzentriert hat.

*Jochen Schweitzer:*

Ich bin optimistisch, dass es uns gelingen wird -, also den beiden Verbänden - dass das nicht passiert. Ich habe zusammen mit Wilhelm Rotthaus und Enno Hermans 2019 ein Buch geschrieben, das nennt sich „Das ganze systemische Feld (DGSF)“. Der Titel formuliert den Anspruch des Verbandes, arbeitsfeld- und berufsgruppenübergreifend zu arbeiten. Wir sehen zum Beispiel, dass zurzeit viele Leute aus dem Bereich Unternehmensberatung neu in die DGSF kommen. Das ist von der Zahl her bedeutsamer als die Zahl jener, die im Verbund „Systemisch“ in die Approbationsausbildungen gehen. Es gibt aber noch zwei andere Nachteile, die ich sehe.

*Steffen Fliegel:*

Die da wären?

*Jochen Schweitzer:*

Ich finde es toll, dass es gelungen ist, erstmals für die Systemische eine spezielle Abrechnungsziffer „Mehrpersonengespräche“ zu erreichen – also im Wesentlichen für Paar- und Familientherapie. Bedauerlich ist, dass die genauso bezahlt wird wie eine Ein-Personen-Sitzung, da die Mehrpersonentherapie nach meiner Erfahrung effektiver, aber auch anstrengender ist. Es ist mühsamer, alle Beteiligten zu einem Termin zu versammeln, allen

gleich viel Aufmerksamkeit zu schenken, sich nicht in Koalitionen vereinnahmen zu lassen etc. In einer anstrengenden täglichen Routine-Praxis würde ein erhöhter Stundensatz die Wahrscheinlichkeit produktiver Mehrpersonengespräche wohl deutlich erhöhen.

*Steffen Fliegel:*

Die Gruppenpsychotherapie wird ja deutlich besser bezahlt als die Einzeltherapie, und das ist ja auch ein Mehrpersonen-Setting. Vielleicht solltet ihr diesbezüglich nochmal nachverhandeln.

*Jochen Schweitzer:*

Das ist interessant, dass du das sagst, daran habe ich noch nicht gedacht. Die sogenannte Multifamilientherapie - also sechs Familien treffen sich mit sechs Symptomträger\*innen ambulant über 12 Sitzungen, um ein Problem derselben Art unter Moderation zweier Therapeuten zu bearbeiten - das läuft jetzt unter systemischer Gruppentherapie und ist wohl auch so abrechenbar.

*Steffen Fliegel:*

Für unsere Leserinnen und Leser ist es sicherlich interessant zu erfahren, wie eigentlich so eine Systemische Therapie im Ein-Personen-Setting abläuft. Nach unserem heutigen Diagnosesystem muss es ja immer eine Person mit einer ICD-Diagnose geben. Wie läuft die Systemische Therapie in einer Einzeltherapie ab?

*Jochen Schweitzer:*

Zum einen, indem man das soziale System virtuell beteiligt. Eine einfache Form dafür ist, dass ich ein Genogramm oder eine Netzwerkkarte an eine Wandtafel male, mit den für diese Sitzung thematisch wichtigen Personen, also Partner, Schwiegereltern, Eltern, Kollegen oder Mitschüler. So verschaffe ich mir eine Übersicht und lasse diese Übersicht an der Tafel stehen. Dann kann ich im Folgenden sagen: „Schauen Sie mal, wenn Sie jetzt zu Ihrer Mutter sagen würden: Ich will deine Fürsorge nicht mehr, wie wird Ihr Vater reagieren?“ Und ich tippe mit dem Finger auf den Vater. „Und falls der Vater dann sagen würde: Junge, übertreibe es nicht so sehr, sei brav zu deiner Mutter, würde das für Sie etwas ändern?“ Und so weiter. Das heißt, ich kann einerseits durch Visualisierung das System reinholen. Auch zirkuläre Fragen, wie eben schon formuliert, holen die Abwesenden in die Therapiestunde hinein: „Was würde X sagen? Wie würden Sie selbst darauf reagieren? Usw.“,

*Steffen Fliegel:*

Du hast gesagt, zum einen. Welche Möglichkeit gibt es noch?

*Jochen Schweitzer:*

Systemische Einzeltherapie kann man auch so gestalten, dass man sich die Person als ein psychisches System mit Subsystemen vorstellt. Dann nutzt man Konzepte wie das „Innere Parlament“, wie sie Friedemann Schulz von Thun oder Gunter Schmidt popularisiert haben.

*Steffen Fliegel:*

Es geht also nicht nur um soziale System, das äußere System, es geht auch um das System der verschiedenen innerpsychischen Ebenen.



*Jochen Schweitzer:*

Ja, so wie neben sozialen und psychischen zum Dritten auch biologische Prozesse als Systemprozesse begriffen und bearbeitet werden können. Ich persönlich habe professionell immer einen sehr starken Schwerpunkt in der Arbeit mit sozialen Systemen gehabt. Andere arbeiten schon seit vielen Jahren mit der inneren Familie, also mit Modellen, bei denen ich mir die Person als eine Ansammlung von miteinander interagierenden Subsystemen vorstelle.

*Steffen Fliegel:*

Bin ich denn dann nicht auch bei der Individualtherapie wie Verhaltenstherapie oder psychodynamische Therapie?

*Jochen Schweitzer:*

Ja, du kommst dem zumindest näher. Sobald du auf das Mehrpersonensystem verzichtest, wird die Abgrenzung deutlich schwieriger, flüssiger, unschärfer. Wir haben bislang viel über das Mehrpersonensystem gesprochen, als einen charakterisierenden Unterschied zwischen VT und Systemischer Therapie. Ein anderer Unterschied ist wahrscheinlich die Erkenntnistheorie. Hans Lieb aus Edenkoben beispielsweise, der in beiden Ansätzen beheimatet ist, sagt: Du kannst VT und Systemische Therapie nicht an ihren Methoden unterscheiden. Also im Sinne von: Wenn du diese Technik machst, dann ist das verhaltenstherapeutisch, wenn du jene machst, ist das systemisch. Es hängt vielmehr ab von der Haltung, und die Haltung ist informiert von der Erkenntnistheorie, also der Antwort auf die Frage: wie erkenne ich, wie weiß ich oder wie finde ich heraus, was in einem Fall „wirklich der Fall ist“. Bei den Systemiker\*innen ist die konstruktivistische oder konstruktivistische Denkweise sehr populär. Die sagt: Es gibt eine objektive Wirklichkeit da draußen. Aber deren Erkenntnis ist an meine Erkenntniswerkzeuge gebunden. Zu diesen gehören nicht nur meine Sinnesorgane, sondern auch meine Vorannahmen, Überzeugungen, Glaubenssätze usw. Die begrenzen meine Fähigkeit, die wirkliche Wirklichkeit wirklich zu erkennen. Damit haben die Wirklichkeitskonstruktionen der Patient\*innen dieselbe Gültigkeit wie die der Therapeut\*innen und der hinter ihnen stehenden Wissenschaft. Und erfolgreiche Therapie muss diese Wirklichkeitskonstruktionen der Patienten nicht nur erkunden, sondern auch respektieren und in erster Linie mit diesen arbeiten. Es gibt also in der Systemischen Therapie eine andere Erkenntnistheorie über die soziale Wirklichkeit, als sie vielleicht in der Verhaltenstherapie gepflegt wird.....

*Steffen Fliegel:*

.... aber die kognitive Verhaltenstherapie und der Konstruktivismus haben doch viele Ähnlichkeiten, denn auch in der VT geht es um die inneren Prozesse, die insbesondere von den Erfahrungen und persönlichen Lernprozessen beeinflusst sind. Wenn du die VT immer noch mit dem klassischen Behaviorismus vergleichst, dann gibt es da natürlich fundamentale Unterschiede zu heute. Auch in der modernen Verhaltenstherapie wird das Wissen beim Patienten für den Umgang mit seinen Problemen neu konstruiert, und das ist ein aktiver und kein passiver Vorgang.

*Jochen Schweitzer:*

Für mich ist die Frage, ob es tatsächlich pathologische Systemprozesse gibt oder ob das auch eine Definitionsfrage ist. Stell dir vor, da ist eine überbehütende Mutter oder da ist ein vernachlässigender Vater, oder da ist ein Geschwisterkonflikt. Das kann man so sehen.

Man kann auf der anderen Seite aber auch sehen, dass da Dinge passieren, von denen manche denken, da sei ein Geschwisterkonflikt. Es kann aber auch ein Irrtum sein. Und sich dafür zu interessieren, wie die Menschen sich sozusagen diese Welt konstruieren, in der sie stecken, das ist, glaube ich, in der systemischen Therapie mehr prononciert als es in der Verhaltenstherapie.

*Steffen Fliegel:*

Wir können ja mal versuchen, es an dem Thema „Panikstörungen“ festzumachen. Eine Patientin mit Diagnose „Panikstörung mit Agoraphobie“ hat jetzt aus verhaltenstherapeutischer Perspektive vielleicht - organisch ist alles abgeklärt- drei aufrechterhaltende Bedingungen ihrer Ängste. Die Störung im Verhalten ist ein Vermeidungsverhalten (und kein Annäherungsverhalten) und erlaubt damit keine neuen Erfahrungen. Und es gibt eine Fehlattribuierung bezüglich der körperlichen Symptome. Sie geht davon aus, sie sei körperlich krank, die körperlichen Symptome sind für sie ein Beleg dafür. Diese Fehlattribuierung ist auf kognitiver Ebene angesiedelt. Und auf der psychologisch-körperlichen Ebene gibt es eine Unzufriedenheit mit dem Körper oder mit den Reaktionen des Körpers, der in vieler Hinsicht ihr Leben belastet, sie fokussiert ja ihre ganze Aufmerksamkeit auf die körperlichen Abläufe. Wenn ich diese drei Bedingungen sehe, wo mir vielleicht die Mutter oder der Vater oder das Geschwisterkind fehlen würden, würdest du dennoch als systemischer Therapeut versuchen, zum Beispiel durch ein Genogramm oder eine Netzwerkanalyse dieses System in Erfahrung zu bringen? Oder würdest du den Blick auch auf die Aspekte richten, die ich gerade genannt habe?

*Jochen Schweitzer:*

Das würde davon abhängen, wie die Patientin selbst an ihre Probleme herangeht. Ich würde das Wort „Fehltribution“ nicht in den Mund nehmen, und zwar wegen des „Fehl“. Es ist zunächst mal eine Attribution, und es ist die bestmögliche, die diese Patientin sich bisher hat ausdenken können. Ich würde dann mit ihr schauen, wenn sie sich das so oder so erklärt, was passiert dann mit ihr. Und welche Folgen hätte es, wenn sie sich eine andere Erklärung zulegen würde? Das würde meines Erachtens weiterhelfen.

*Steffen Fliegel:*

Eine Sichtweise, die mir durchaus gefällt. Das „Fehl“ oder „Falsch“ erst mal zu streichen und zu sagen, das ist ihre Attribuierung auf die körperliche Symptomatik. Jetzt wäre es mein therapeutisches Ziel zu helfen, diese Attribuierung zu verändern. Und da wären natürlich die kognitive Therapie und auch ein körpertherapeutischer Ansatz sehr hilfreich.

*Jochen Schweitzer:*

Ja. Ich kann es vielleicht mal anhand einer Technik erklären, die ich selber entwickelt habe, die du auch in einem der Schätzchen-Bücher veröffentlicht hast: „Die Sprechchöre“. In der Beck'schen Sprache sind das ja Fehl-kognitionen oder problematische Gedankengänge, die man als eine auch fehlerhafte Abbildung der Realität beschreiben kann. Man könnte jetzt sehr aktiv werden und der Patientin andere und bessere Attributionen anbieten. Ich mache das aber nicht. Ich frage, wenn der Sprechchor ihr gegenübersteht: Was für ein Gedanke geht Ihnen jetzt durch den Kopf? Ich nehme dann diesen Gedanken und mache daraus eine neue Stimme im Chor. Das heißt, ich gehe immer mit ihren Gedanken mit und bin mit eigenen Aktivitäten sehr sparsam. Zumindest im Regelfall, es gibt auch Ausnahmen, andere, aus meiner Sicht bessere, Ideen oder Attributionen zu ersetzen.

*Steffen Fliegel:*

Ich glaube, dass wir da durchaus aufeinander zugehen, denn auch in der Verhaltenstherapie würde ich selbst als aktiver Therapeut oder aktive Therapeutin nicht mehr unbedingt die alternativen Attribuierungen anbieten, sondern die Patientin durch geschickte Fragetechnik unterstützen, sich „selbst auf die Schliche kommen“ zu lassen. So hat ja auch die Systemische Therapie spezielle Fragetechniken, zum Beispiel: Wen kennen Sie denn noch, der solche Gedanken hat? Oder: Kam Ihnen auch schon mal ein anderer Gedanke in den Sinn?

*Jochen Schweitzer:*

Genau.

*Steffen Fliegel:*

Und ich glaube, dass das durchaus ein Einfluss der systemischen Therapie auch in der kognitiven Verhaltenstherapie ist. Und so kann ich mir genauso vorstellen, dass, ich weiß nicht, ob ich da richtigliege, jemand, der systemisch arbeitet, möglicherweise dann mit dem Patienten auch in Situationen geht, wo die Angst auftritt, damit er neue Erfahrungen macht. Denn wenn er das Vermeidungsverhalten nicht aufgibt, wird er seine agoraphobische Symptomatik kaum bewältigen.

*Jochen Schweitzer:*

Absolut. Ich habe mal mit einem verhaltenstherapeutischen Kollegen gemeinsam eine Therapie einer jungen Frau mit Waschzwängen gemacht, auch mit viel Vermeidungsverhalten. Wir sind mit ihr durch die Toiletten der hiesigen Universität gezogen. Mein Kollege war sehr überzeugt, dass man jetzt dranbleiben müsse und dass die Patientin unbedingt die Wände mit ihrer Hand anfassen müsse. Sie hat genau da die Behandlung abgebrochen. Das ist sicherlich nicht typisch. Und vielleicht hätte man es irgendwie auch im verhaltenstherapeutischen Modus anders machen können. Aber wir sind nicht hinreichend auf ihr Bezugssystem eingegangen, in dem das Berühren von Toilettenwänden nicht Teil ihrer Heilungsvorstellungen geworden war.

*Steffen Fliegel:*

Ich kann dir da uneingeschränkt zustimmen, denn dies zeigt, wie wichtig eine individuelle Problemanalyse ist, in der wir so kompetent sein und verschiedene Brillen bezüglich der Problemaufrechterhaltung aufsetzen sollten. Und wenn Patient\*innen einen therapeutischen Schritt nicht machen wollen, kann das ein guter Zeitpunkt sein zu schauen, was das Problem möglicherweise zusätzlich mitbedingt.

*Jochen Schweitzer:*

Wir haben später ein Projekt über soziale Ängste durchgeführt, auch mit dem Aufsuchen von schwierigen Situationen in vivo. Ich denke ganz genau so, was hat Patient\*innen bewogen, sich diesen nicht auszusetzen? Wir haben nicht zu ihnen gesagt: „Sie können nur gesund werden, wenn sie dort hingehen“, auch nicht, dass andere Wege ungünstig sind. Wir haben versucht, mit den Wege zu gehen, die die Patient\*innen überzeugten. Das führte dann zuweilen auch zu bleibendem Vermeidungsverhalten. Wobei ich nicht weiß, in wie vielen Fällen der KVT- Studien dies nicht auch der Fall war. Jedenfalls: Systemische Therapie und VT kannst du in den Haltungen hinter den Praktiken eher unterscheiden als in den Praktiken selbst.



*Steffen Fliegel:*

Gibt es eigentlich (erwachsene) Personen, für die die Durchführung Systemischer Psychotherapie nicht geeignet oder sogar kontraindiziert ist? Wenn ich die Systemische Therapie als konstruktivistischen Ansatz sehe, benötigt sie nicht eine besondere intellektuelle Anforderung?

*Jochen Schweitzer:*

Es gibt dazu bislang keine Forschung, ebenso wenig wie zur Frage, ob Systemische Psychotherapie schaden kann. Selbstverständlich ist eine auf Reflexion, auf Metakommunikation und allgemein auf Kognition setzende Therapieform an Sprache gebunden. Die muss mit Patient\*innen mit restringiertem Sprachcode eine einfache Sprache sein, mit einfachen anschaulichen Haupt- und Eigenschaftswörtern und ohne dreifach geschwungene Relativsätze. Die Diagnostik in der Mehrpersonentherapie muss dann stärker auf Beobachtung setzen, die Therapie auf der Veränderung des Beobachtbaren: Wer steht oder sitzt im Raum neben wem, wer unterbricht wen, wer schaut grimmig oder freundlich zu wem hinüber?

*Steffen Fliegel:*

Und in der systemischen Einzeltherapie?

*Jochen Schweitzer:*

Bei der „Telearbeit“ zum Beispiel kann man symbolische Objekte nutzen: eine Linie auf dem Fußboden, auf der man in die Zukunft wandert, als Symbol der voranschreitenden Zeit; einen Bodenanker für wichtige Ereignisse; ein Foto oder Portrait für wichtige „innere Teile“. Das muss man üben, ich meine das zu können, aber viele Kolleg\*innen tun sich schwer damit.

*Steffen Fliegel:*

Eine spannende Diskussion über Systemische Therapie, für die wir sicherlich noch viel Platz im Interview nutzen könnten. Aber es geht ja vor allem um dich, um deine Person, die natürlich unabdingbar mit der Systemischen Therapie verbunden ist. Ich möchte jetzt gerne auf unsere gemeinsame Geschichte zurückkommen, die ja mit der Redaktionsarbeit der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ begonnen hat. Es gab damals zwei Kollegen aus der tiefenpsychologischen, psychoanalytischen Richtung, Wolfgang Senf und Ulrich Streck, verhaltenstherapeutische Kollegen waren Michael Broda und ich, du warst mit Arist von Schlippe die systemische Vertretung. Und durch diese Arbeit, bei der wir viel diskutiert haben, habe ich eigentlich gemerkt, dass die Verhaltenstherapie sich am besten mit der systemischen Therapie ergänzt. Die Verhaltenstherapie ist ein Verfahren, welches insbesondere auf den einzelnen Patienten ausgerichtet ist, es fehlt aber der Blick auf die Systeme der betroffenen Menschen, die Beziehungen in Familie und Partnerschaft, am Arbeitsplatz und in anderen Zusammenhängen. Und da ist die Systemische Therapie die beste Ergänzung. Auch in den DGVT-Ausbildungszentren gibt es, seit die Systemische Therapie wissenschaftlich anerkannt ist und jetzt auch zu einer Approbation führt, eine deutliche Öffnung.

*Jochen Schweitzer:*

Ich habe vor Jahren bei euch in Münster ein Zwei-Tages-Seminar zur Systemischen Therapie geleitet. Am Ende des ersten Tages habe ich in einer Feedback-Runde gefragt, wie es denn bisher gelaufen ist. Und dann sagte ein Teilnehmer, er wäre so ein bisschen ungeduldig, wann denn jetzt das Systemische käme. Weil das, was ich bisher gemacht hätte, das wäre doch das, was sie in der Weiterbildung sowieso machen. Und dann habe ich gesagt: Sind Sie denn sicher, dass sie in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung sind?

*Steffen Fliegel:*

Mit Arist von Schlippe hast du gemeinsam das große Lehrbuch zur Systemischen Therapie herausgegeben, ich würde jetzt mal sagen DAS Lehrbuch zur Systemischen Therapie. Es war und ist für mich das Grundlagenbuch. Aber ihr habt dann ja weitergedacht und noch einen Störungsteil dazu genommen. Das hat euch ja durchaus Kritik eingebracht. Warum ist die Systemische Therapie so störungsanfällig, wenn es um psychische Störungen geht?

*Jochen Schweitzer:*

Die Furcht bestand darin, dass eine Medizinalisierung der Systemischen Therapie voranschreitet. Ich glaube, eine ähnliche Diskussion, wie sie die DGVT wahrscheinlich zwanzig oder dreißig Jahre vorher schon durchgemacht hat. Punkt 1: Es gibt eine kritische Haltung gegenüber Diagnosen. Es wird überwiegend gesehen, dass Diagnosen Handlungsspielräume einengen, weil sie Auflistungen dessen sind, was nicht geht. Sie sind ja defizitorientiert formuliert. Wenn ich ADHS bei mir diagnostiziere, heißt das zum Beispiel, ich kann nicht stillsitzen, kann mich nicht konzentrieren. Umgekehrt könnte zur Diagnose gehören, dass ich an nahezu allem interessiert und fast grenzenlos aufnahmefähig bin, und dass ich mich gerne und viel bewege. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik ist im Durchschnitt eine defizitorientierte. Zudem neigt sie zur Ausweitung der Zahl der Diagnosen, wie wir von einer DSM- oder ICD Überarbeitung zur nächsten sehen können. Die Systemische Therapie ist natürlich sehr beeinflusst von Antistigmatisierungsgedanken, von einer Skepsis, dass man sich mit Diagnosen viele negative Nebenwirkungen einkauft.

*Steffen Fliegel:*

Wie ist da genau deine Sichtweise?

*Jochen Schweitzer:*

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Diagnosen manchmal auch sehr entlastend sein können, dass du von manchen An- und Überforderungen entlastet wirst. Aber auch, dass durch sie ein Anspruch möglich wird auf manche Dienstleistungen, zum Beispiel Rehabilitations- oder Jugendhilfe-Maßnahmen, die ohne eine Diagnose nicht zu haben wären. Und Diagnosen können vor allem in der Körpermedizin gut sein für das Gefühl durchzublicken, manche noch bedrohlichere Erkrankungen auszuschließen. Also, ich persönlich habe die Auffassung, dass Diagnosen meist ambivalent sind und sowohl gute wie schlechte Folgen mit sich bringen. Diese Überzeugung teilen nicht alle innerhalb der Systemischen Therapie.

*Steffen Fliegel:*

Die Frage ist ja immer, woher kommen die Störungen, wodurch werden sie aufrechterhalten? Und wir haben unser VT-Lehrbuch in der DGVT auch ohne jedes Störungskapitel geschrieben. Wir haben den Therapieprozess beschrieben, hin zu der Frage, welche Bedingungen führen zu Störungen und halten sie aufrecht. Und je nachdem, wo ich fündig werde, beim Verhalten, den Gedanken, den Gefühle, dem Körper, innerpsychischen Konflikten, der Lebenswelt usw. habe ich dann eine Methodiken, mit der ich Ziele formulieren kann und zur Erreichung dieser Ziele unterschiedliche Methoden anwende. Ich behandle also nicht die Diagnosen, sondern deren aufrechterhaltenden Bedingungen. Aber trotzdem stimme ich dir zu, dass die Diagnosen eben auch gerade im Versorgungssystem eine ganz wichtige Rolle spielen und ohne die Diagnose der Patient keine Psychotherapie von der Krankenkasse bezahlt bekäme. Als ihr euer erweitertes Buch mit den Störungskapiteln

geschrieben habt, war ja die Anerkennung noch gar nicht da. Das heißt, ihr habt ja im Prinzip schon einen Vorgriff gemacht.

*Jochen Schweitzer:*

Das war auch eine List. Das Buch hätte damals ganz anders werden können. Unser Anliegen war zu zeigen: wir sind zwar anders, aber nicht so total anders, dass wir nicht auch viele Sachen, die andere machen, auch machen könnten. Mit dieser Haltung haben wir das Buch geschrieben.

*Steffen Fliegel:*

Die Verbindung unserer beider Verfahren sehe ich gerade auch stark bei unseren Verbänden. Es gibt ja eine Tagungs- und Workshopreihe „Systemische Therapie meets Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie meets Systemische Therapie“. Die Verbände, die DGVT auf der einen Seite für die Verhaltenstherapie und die Systemische Gesellschaft sowie die DGSF führen zusammen Veranstaltungen durch.... In einem Tagungsbericht dazu habe ich gelesen: „Was endgültige Antworten angeht, ist der Kongress grandios gescheitert. Erfahrungsaustausch und Begegnungsräume zu ermöglichen, ist dagegen gut gelungen und hat großen Spaß gemacht“. Das heißt also, trotz mehrerer Tagungen ist es nicht gelungen, einen wichtigen Schritt in der theoretischen und methodischen Verbindung zueinander zu machen. Vielleicht hätte Klaus Grawe, wenn er noch gelebt und weitergearbeitet hätte, einen Weg finden können. Er hat ja die Wirkfaktoren der verschiedenen Therapierichtungen analysiert, hat es aber vor seinem viel zu frühen Tod nicht mehr geschafft, sie unter ein gemeinsames Dach zusammen zu führen. Was glaubst du, wie sich die Psychotherapie in den nächsten zehn Jahren weiterentwickeln wird? Wird es dann die Therapierichtungen in der jetzigen Form noch geben?

*Jochen Schweitzer:*

Ich bin mir nicht sicher. Ich vermute, wenn ich das beschauliche Tempo solcher Entwicklungen anschau, wird es sie noch geben. Aber es wird zunehmend auch Weiter- und Ausbildungen geben, die sich davon freimachen. Wie könnte Psychotherapie-Integration gelingen? Bei Klaus Grawe finden sich ja nicht die Elemente der einzelnen Therapieschulen quasi in ihrer Rohform wieder, sondern in sehr umgearbeiteter Version. In unserem Lehrbuch zählen wir zahlreiche Unterschulen der Systemischen Therapie auf - wir sagen, es gibt dort eine systemisch-konstruktionistische, eine systemisch-narrative, eine systemisch-strukturelle, eine strukturell-strategische Variante der systemischen Therapie. Nun könntest du behaupten, das wären distinkte, also deutlich abgegrenzte, Therapieverfahren, zwischen denen die Unterschiede größer sind als die Gemeinsamkeiten. Wir haben uns aber damals entschieden zu sagen, das sind nur unterschiedliche Teilaspekte. Die teilen miteinander eine gemeinsame Grundorientierung und unterscheiden sich in je einem speziellen Fokus. Diese Sichtweise war außerordentlich hilfreich in diesen sozialpolitischen Anerkennungsprozessen. Weil wir mit einer Stimme auftraten und einen zwar heterogenen, aber doch primär einheitlichen, hinreichend geschlossenen Ansatz beschreiben konnten. Und so stelle ich mir Therapieschulen-Integration eigentlich auch in der nächsten Stufe vor: dass vermehrt Lehrbücher geschrieben werden, die die Elemente der vier großen Therapierichtungen nebeneinanderstellen und deren Beiträge zu einem künftigen größeren Ganzen so skizzieren, dass sich zunehmend, von Lehrbuch zu neuem Lehrbuch, dieses wie „aus einem Guss anfühlt“.



*Steffen Fliegel:*

Vielleicht müssen wir auch kein gemeinsames Dach schaffen. Die Vielfalt der Bedingungen psychischer Störungen machen ja ein unterschiedliches Herangehen, ein unterschiedliches Denken notwendig. Warum belassen wir nicht die Vielfältigkeit und sagen: Wir bilden so aus, dass möglichst viele Aspekte dieser Vielfältigkeit auch gelehrt werden. Im Moment sollten wir es so lösen, und machen es zum Teil auch. Das haben wir ja als Fazit damals in der Forschungsgruppe zur Psychotherapieausbildung so empfohlen, dass wir in einem Psychotherapieverfahren umfänglich ausbilden und aus den anderen bedeutsamen Therapieverfahren die wichtigen Wirkfaktoren mit theoretischem Kontext und einer entsprechenden Methodik vermitteln. So können möglichst viele Aspekte der Bedingungen psychischer Störungen erfasst werden. Und was ich selbst nicht erfassen kann, ich denke da als Psychologe z.B. -aber nicht nur- an die organmedizinische Seite, da brauche ich die Kooperation mit anderen Disziplinen.

*Jochen Schweitzer:*

Ja, darauf wird es hinauslaufen. Ich weiß noch nicht, wie schnell oder wie langsam. Und je mehr es gelingt, dabei auf Augenhöhe miteinander zu kooperieren, dieses „Du bist drin und du bist draußen“ kleinzufahren, umso besser. Das ist in meinen Augen dramatisch misslungen mit der humanistischen Psychotherapie, diese Wunde hat der Prozess noch.

*Steffen Fliegel:*

Wenn in einem Verhaltenstherapie-Lehrbuchklassiker, ich will es jetzt nicht benennen, im Vorwort steht, dass die Verhaltenstherapie hocheffektiv ist, aber solange sie nicht eine Evidenz von hundert Prozent aufweisen kann, müssen wir uns noch anderer Therapierichtungen bedienen. Das genau ist nicht mein Ansatz. Für mich ist das Miteinander wichtig, das gegenseitige Anerkennen. Und das ist eine Haltungsfrage. Die psychotherapeutische Forschung und die Ausbildungen bieten mittlerweile viel mehr an Gemeinsamkeiten an, als es mit unseren Köpfen schon vereinbar ist. Das Schulendenken ist doch in den Einstellungen noch sehr verankert.

*Jochen Schweitzer:*

Das sehe ich auch so. Wir kommen aus einer Zeit, wo die Identität der systemischen Therapie darin bestand, dass sie ganz anders war. Keiner wollte sie, weil sie so genial anders war. Deshalb war sie umringt von so vielen Gegnern, denen man irgendwie kämpferisch Widerstand leisten musste. Wenn das so geblieben wäre, dann wäre die Systemische Therapie weiter draußen vor der Tür. Denn wer will schon mit jemandem zusammenarbeiten, der alle anderen ziemlich doof findet? Da gab es auch Ängste vor Identitätsverlusten. Diese abzulegen braucht glaube ich noch ein bisschen Zeit. Das ist auch eine Frage von Generationen. In der Pioniergeneration gab es Abgrenzung nicht nur nach außen, sondern auch nach innen, auch zwischen verschiedenen bekannten Familientherapeuten.....

*Steffen Fliegel:*

.... kannst du da mal Namen nennen?

*Jochen Schweitzer:*

Ja. Stierlin mochte Minuchin nicht. Minuchin war ein sehr handlungsorientierter, sehr kontaktstarker Typ gewesen, Stierlin eher ein zurückgenommener, leicht schizoider deut-

scher Denker. Er fühlte sich, glaube ich, von der interaktiven Wucht von Minuchin überrollt. Anderes Beispiel: der narrative Ansatz, mit Namen wie Michael White und David Epston verbunden, ist eigentlich im ganzen angelsächsischen Bereich heutzutage die dominante Richtung, im deutschen Raum aber kaum vertreten. Michael White war zwei- oder dreimal hier in Heidelberg, aber niemand hat ihn so richtig verstanden. Ich tat mich auch schwer, weil er so eine besondere Sprache entwickelt hat. Und so kommt es, dass solche Sachen nicht so anschlussfähig sind. Während es zum Beispiel bei Eia Asen mit der Multifamilientherapie anders ist. Eia Asen hat im Ein-Personen-Durchgang die Multifamilientherapie bei uns zu etwas Hyperpopulärem gemacht, insbesondere durch seinen charismatischen Kontaktstil.

*Steffen Fliegel:*

So wie es in der systemischen Therapie die Abgrenzungen gibt, gibt es die auch in der Verhaltenstherapie auch. Ich habe glücklicherweise sehr viel mit den systemischen Kolleginnen und Kollegen zu tun gehabt, die gerne auch über den Tellerrand hinausgeschaut und auch Kooperationen gesucht haben. Neben Arist von Schlippe und dir würde ich insbesondere noch Ulrike Borst benennen. Sie hat ja im DGVT-Verlag das Buch über „Systemische Therapie“ für die anderen Therapierichtungen geschrieben. Ich glaube und hoffe, dass viel in die Richtung eines problemanalytischen und dann lösungsorientierten Denkens weitergehen wird. Und das hat natürlich viel auch mit der Haltung der Fachpersonen zu tun, die Ausbildung anbieten. Je Schulen offener jemand in der Ausbildung ist, umso mehr werden es dann die entsprechenden zukünftigen Therapeutinnen und Therapeuten auch sein und anwenden. Mich interessiert ja gerade der therapeutische Umgang mit den krankmachenden Lebenswelten der Patient\*innen....

*Jochen Schweitzer:*

....da gibt es in der systemischen Szene nicht viel Bewusstheit darüber, dass das Lebensweltkonzept in der Verhaltenstherapie Szene Anhänger hat und in welchem Umfang. Das Bewusstsein dafür, dass das bei euch diskutiert wird und eine Rolle spielt, ist unter Systemikern nicht so verbreitet. Da gibt es nicht so viel Wissen drüber. Und ich glaube, Verhaltenstherapie wird bei uns zurzeit sehr mit störungsspezifischer strukturierter klinischer Diagnostik und manualisierten Programmen identifiziert.

*Steffen Fliegel:*

Oh oh, wie gut, dass es unsere gemeinsamen Veranstaltungen gibt, denn da müssen wir über die VT noch viel Aufklärungsarbeit leisten 😊, zumindest über die VT der DGVT. Aber ich bin auch sicher, dass sich die DGVT diesbezüglich wiederum von manchen anderen verhaltenstherapeutischen Institutionen abhebt. Da, wo die zukünftigen Therapeutinnen und Therapeuten ausgebildet werden, an den Hochschulen, gibt es meines Wissens nach noch zu wenig Verständnis für Lebenswelten und Rahmenbedingungen psychischer Störungen. Von daher wird es wahrscheinlich hauptsächlich die DGVT sein, die diese Themen in die zukünftigen Weiterbildungskonzepte integriert.

Lieber Jochen, ein mir wichtiger Themenwechsel. Ein Bereich deiner beruflichen Arbeit heißt „SYMPA – Systemtherapeutische Methoden in der psychiatrischen Akutversorgung“. Wenn ich Veröffentlichungen über SYMPA lese, werden dir die Konzeption und auch die Erfolge von SYMPA zugeschrieben. Vorab: Es geht ja darum, dass ihr in verschiedenen Kliniken auf Stationen systemtherapeutische Arbeit eingebracht habt, das Perso-

nal, egal welcher beruflichen Herkunft, entsprechend geschult und systemtherapeutisch habt arbeiten lassen. Das war jetzt eine von mir etwas naive Vorstellung. Du kannst das viel besser beschreiben, was ihr da gemacht, was ihr ins Leben gerufen habt. habt.

*Jochen Schweitzer:*

Wir haben nichts ganz Neuartiges ins Leben gerufen, sondern wir haben in Kliniken, wo schon Systemische Therapie eine gewisse Tradition hatte, dazu beigetragen, dass das systematischer und umfangreicher passierte. Das heißt, Voraussetzung war, dass es in den Kliniken schon ein Interesse an Systemischer Therapie gab, vor allem hierarchisch eine Unterstützung und vor allem durch die Chefärzt\*innen, erfolgte. Uns wurde erst später klar, dass wir dafür vor allem die Pflegedirektor\*innen sehr brauchen und wahrscheinlich in gewissem Umfang auch die kaufmännischen Leiter\*innen.

*Steffen Fliegel:*

Wie ist die Idee entstanden?

*Jochen Schweitzer:*

Die Ausgangsidee entstand 1996 auf einer Zugfahrt nach Südtirol mit Gunthard Weber. Wir haben uns darüber unterhalten, was denn nach damals zwölf Jahren Weiterbildungstradition in der Heidelberger Gruppe eigentlich substantiell herausgekommen sei. Wo ja auch sehr viele Psychiater bei uns in den Kursen mitgemacht hatten, die inzwischen in Leitungspositionen aufgestiegen waren. Unsere Hypothese war, dass die Weiterbildung einzelner Menschen noch nicht die Arbeitsweise einer Station oder eines Klinikbereiches verändert. Wir haben dann in zwei Schritten gearbeitet. Wir haben 1997 etwa zwanzig Leitungspersonen eingeladen, mit uns ein Jahr lang darüber zu debattieren, woran man systemisches Arbeiten erkennt, außer dass der Chef es behauptet. Wenn ein halbwegs naiver, halb aufgeklärter Besucher vorbeikommt, was muss der sehen, was muss der hören? Daraus haben wir dann eine Reflexionsliste erstellt mit Themen, woran „ein systemischer Umgang“ mit Patient\*innen und Angehörigen, mit den Mitarbeiter\*innen und mit Nachbarinstitutionen denn erkannt werden kann. Und dann ist unsere Kollegin Liz Nicolai mit dieser Liste durch diese zwanzig Einrichtungen gezogen, und zwar zweimal im Zweijahresabstand, und hat dort Besuche gemacht. Sie hat an für die jeweilige Klinik charakteristischen Veranstaltungen teilgenommen und am Ende ihres Besuchs den Verantwortlichen und den Gesprächsteilnehmern Rückmeldung gegeben wie sie die Klinik im Blick auf diese Themen erlebt hat. Zwei Jahre später hat sie die Einrichtungen ein zweites Mal besucht. Das war sozusagen der prozessuale Teil. Und zum anderen hat sie interessante therapeutische Praktiken gesammelt. Aus diesen haben wir die überzeugendsten zusammengefasst und daraus ein Curriculum für etwa achtzehn Tage Weiterbildung gestrickt. Das haben wir den Kliniken dort angeboten, wo die Chefarzt\*innen das wollten. Das waren anfangs drei Kliniken und ihre Chefs: Paderborn mit Bernward Vierten, Wunstorf mit Cornelia Oestreich und Gummersbach mit Beate Baumgartl. Mit Mitteln aus der Heidehofstiftung konnte dann in diesen drei Kliniken eine Weiterbildung angeboten und finanziert werden, je Klinik auf zwei Stationen. Es waren Aufnahmestationen und solche der Allgemeinpsychiatrie, also Akutversorgung, keine Psychotherapie-, keine Sucht-, keine Geronto-, keine Kinder- und Jugendpsychiatrie-Station. Die Vermutung war, wenn es dort klappt, dann klappt es auf einer Psychotherapiestation bestimmt. Bei der Allgemeinpsychiatrie hat man ja viel mit unfreiwilligen Patienten zu tun, mit Freiheitsein-

schränkungen, mit Konflikten über Medikation, über Diagnosen und so weiter, also ein sehr konflikthafte Feld.

*Steffen Fliegel:*

Wie ging dieses Angebot bei der Hierarchie der Berufsgruppen auf den Stationen? Heute ist ja eine psychiatrische Station sehr hierarchisch angeordnet: wer ist wofür zuständig, wer hat wem was zu sagen? Man kann ja auch fragen, haben eigentlich Patient\*innen etwas von der Hierarchie oder wäre es besser, es gäbe keine Hierarchie, so ganz aus systemischer Perspektive.

*Jochen Schweitzer:*

Das haben wir uns nicht gefragt. Wir haben uns eher umgekehrt gefragt, wer da eigentlich auf den Stationen so eine therapeutische Arbeit durchführen kann. Damals, wie auch weiterhin, gab und gibt es in den psychiatrischen Kliniken einen Mangel an Ärzt\*innen, die für den Job gut ausgebildet sind, die zumindest hinreichend gute Deutschkenntnisse haben. Zudem sind die als Assistenzärzt\*innen in Facharztausbildung immer nur eine kurze Zeit auf derselben Station tätig, anders als die Psycholog\*innen, mit denen aber Akutstationen nicht so stark bestückt sind. Unsere These war, SYMPA lässt sich nur praktizieren, wenn die Pflege eine wesentliche Rolle spielt, weil sie siebzig Prozent des Personals stellt und weil sie auch tendenziell länger auf den Stationen bleiben.

*Steffen Fliegel:*

Wenn ich mir das so vorstelle, braucht jemand ja erstmal eine Haltung oder ein systemisches Verständnis auch für die diesbezügliche Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Gab es in den Kliniken denn schon ein entsprechendes Grundverständnis?

*Jochen Schweitzer:*

Mal so, mal so. Die drei ursprünglichen Kliniken hatten schon zuvor eine starke sozialpsychiatrische Tradition. Ich glaube nicht, dass eine rein biologisch orientierte Station bei SYMPA mitmachen würde. Also da gibt es, wir haben jetzt ja zum Beispiel Mönchengladbach mit da drin, die eine sehr lange sozialpsychiatrische Tradition hat. Also: SYMPA braucht eine gute Grundbasis.



*Steffen Fliegel:*

Was haben denn die verschiedenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jetzt gelernt durch die Schulung, um dann auch die Stationen sagen wir mal mit einem systemischen Verständnis zu führen.

*Jochen Schweitzer:*

Wir haben fünfzig Prozent dessen gelehrt, was wir auch in einem Grundkurs am Stierlin-Institut lehren würden, von der Auftragsklärung über Genogramm-Interviews bis zu Familiengesprächen. Und etwa fünfzig Prozent Psychiatriespezifisches: Wie kann man Patienten und Angehörige in Meetings mit einbeziehen, zum Beispiel in Visiten oder Angehörigensprechstunden. Wir haben für drei Problemthemen versucht, Konzepte zu entwickeln, nämlich für den Umgang mit umstrittenen Freiheitsbeschränkungen, den Umgang mit umstrittener Medikation und den Umgang mit umstrittenen Diagnosen. Also, wie kann ich über diese Dinge verhandeln, idealerweise nicht in dem Moment, wo die Spannung am höchsten ist, sondern, wenn sie wieder abgeklungen ist im Blick auf ein nächstes Mal. Und da haben wir uns auch ungewöhnliche Übungen ausgedacht, um mit der Erkenntnistheorie zu arbeiten.

*Steffen Fliegel:*

Kannst du da mal ein Beispiel benennen?

*Jochen Schweitzer:*

Diagnosen können nicht nur richtig oder falsch sein, sondern auch nützlich oder schädlich. Wir entwickelten eine Übung, mit der die Teilnehmenden erleben können, welchen Nutzen und welchen Schaden welche Diagnosen erzeugen können. In dieser Übung bitten wir alle Teilnehmer\*innen, sich auf einer Linie nebeneinander aufzustellen. Jeder bekommt eine Diagnose, ein Geschlecht und ein Alter zugewiesen. Dann werden Fragen vorgelesen. Je nachdem, ob man mit ja oder nein antwortet, darf man bei ja eins vorrücken, bei nein muss man stehenbleiben. Eine erste Frage könnte zum Beispiel sein: „Auf dem Heiratsmarkt habe ich gute Chancen“ oder „Der örtliche Tennisverein (oder Golfclub) schätzt

mich als Mitglied sehr“ und so weiter. Und dann schaut man nach vielleicht fünf oder sechs dieser Fragen: wer hat es denn hier weit gebracht, ist um wie viele Felder vorge-rückt? Da ist wahrscheinlich das schizophrene Residualsyndrom nicht sehr weit gekom-men, während vielleicht eine Bulimikerin, noch relativ jung, weiblich, wahrscheinlich rela-tiv weit nach vorne gekommen ist. Dann stellen wir andere Fragen, zum Beispiel: „In die-ser teuren Stadt mit diesen teuren Mieten habe ich gute Chancen auf ein bezahlbares Zimmer im betreuten Wohnen“ oder „Wenn ich meine Arbeit hasse, dann gibt es legale Wege, morgen dort nicht hinzugehen“, so. Und dann gucken wir, wer jetzt nach vorne kommt. Und dann machst du eine Diskussion darüber, was kann man mit einer Diagnose anfangen oder nicht anfangen.

*Steffen Fliegel:*

Das ist ja spannend. Noch ein anderes Beispiel?

*Jochen Schweitzer:*

Klar. Wir haben uns interessiert für die Frage, wie wird in einer Region miteinander ko-operiert. Und wir haben gefragt: Wer ist denn bei Ihnen für ihre Patienten da, wenn die wieder die Klinik verlassen? Wo gehen die hinterher hin? Wenn das jetzt zum Beispiel der Nervenarzt ist, der Sozialpsychiatrische Dienst, das betreute Wohnen, nehmen wir mal nur die drei. Binnen eines Jahres würde unser Patient diesen Kreislauf einmal durchlaufen Welche Botschaft gibt ihm die Klinik bei Entlassung mit auf den Weg? Wie begrüßt ihn der Sozialpsychiatrische Dienst, wie begrüßt ihn der Nervenarzt? Wie wird wechselseitig kommentiert, was die anderen gesagt haben? Es wird ja enorm viel Wissen aufgebaut während des Klinikaufenthalts, manches davon steht im Arztbrief, aber viel Information wird im Krankenhaus bleiben. So bekommt man Diskussionen in Gang, wie man zum Bei-spiel gemeinsam Qualitätszirkel in der Region schafft, wie gut die funktionieren, und was kann man draus machen.

*Steffen Fliegel:*

Das erinnert mich ein bisschen an die Arbeit des Sozialpsychiaters Klaus Dörner damals in Gütersloh. Er hat ja die psychiatrischen Stationen nicht nach Diagnosen aufgeteilt, son-dern nach Regionen, aus denen die Leute kamen, dann kamen. So konnten sie sich ken-nenlernen, das Versorgungsnetz in ihrer Region wurde mit ihnen besprochen. Sozusagen als gemeindenaher Versorgung mit eben nicht nur dem stationären Teil, da waren dann auch das Ambulante und Komplementäre mit involviert.

*Jochen Schweitzer:*

Das hatten diese drei Kliniken schon bei Projektstart. Die waren mehrheitlich eben nicht diagnosespezifisch aufgebaut.

*Steffen Fliegel:*

Ich habe einen Bericht von einer Krankenschwester über SYMPA auf ihren Stationen gele-sen. Und das Projekt schien schon sehr viel auch mit deiner Person zu tun zu haben, viel-leicht auch mit deiner Haltung, Beziehungen zu gestalten. Die Krankenschwester sagte, dass du sie immer eingeladen hast zu etwas, eingeladen in Führungsstrichen, also ein-geladen, etwas zu tun. Sie war bis dahin nur gewohnt, dass sie etwas tun müsse oder dass sie das tun solle. Und plötzlich kommt da ein Professor, der sie einlädt, etwas zu tun. Und das hätte sie motiviert mitzumachen, weil sie sich so ernstgenommen gefühlt hat, auf

Augenhöhe gefühlt hat. Dass eben nicht jemand kommt und sagt: So, jetzt strukturieren wir das mal systemisch um, Sie machen das, Sie machen das, Sie machen das.

*Jochen Schweitzer:*

Diese Dame, die das geschrieben hat, ist inzwischen eine unserer wichtigsten Weiterbilderinnen. Die Klinik in Paderborn hat durch eine Initiative der Pflegedirektorin zwanzig Absolvent\*innen von SYMPA ermöglicht, eine komplette Weiterbildung zur systemischen Beraterin zu machen. Die sind jetzt in der Region Paderborn an derselben oder oft auch anderen Stellen tätig. Drei von denen arbeiten bei uns mit in der Weiterbildung als zertifizierte Lehrende für systemische Beratung.

*Steffen Fliegel:*

Was haben denn die Patientinnen und Patienten von SYMPA. Gibt es Evaluationen zu dem Vorgehen oder Erfahrungsberichte?

*Jochen Schweitzer:*

Wir haben mehr Evaluationen mit den Mitarbeiter\*innen als mit den Patient\*innen. Wir haben im Vergleich 2003 zu 2005 versucht, eine breit angelegte Evaluation bei über 250 behandelten Patienten zu machen, mit standardisierten Fragebögen zu Weiterbildungsbeginn und 1,5 Jahren später.. Aber diese zeigte keine starken Veränderungen bei den Patienten, wohl auch, weil wegen der begrenzten Projektzeit die Weiterbildung erst zu ca. 70 % abgeschlossen war und das Gelernte noch nicht wirklich verdaut. Wir haben überwiegend Berichte von Mitarbeiter\*innen, was sich bewährt und was sich nicht bewährt und an welche Voraussetzungen das gebunden ist. SYMPA ist gut implementierbar und bleibt unter günstigen Voraussetzungen auch nach 5 Jahren in den Kliniken aktiv.

*Steffen Fliegel:*

Aber wenn du jetzt noch mal für dich ein Resümee ziehen würdest. Es sollte ja auch Versorgungskonsequenzen haben. Nicht nur, dass es dem Personal besser geht mit einer systemischen Orientierung, sondern auch, dass es für die Versorgung der Patientinnen und Patienten etwas bringt, also zumindest, dass sich deren Versorgung gleich gut entwickelt.

*Jochen Schweitzer:*

Ja, es gibt viele gleichlautende Berichte darüber, dass Patienten, wenn sie eingeladen werden mitzumachen bei Behandlungsentscheidungen, sie das als außerordentlich wertschätzend und auch ihren Selbstwert steigernd beschreiben. Ein Beispiel: Ein Patient berichtet in der Visite, wie die letzten vierzehn Tage für ihn gelaufen sind. Drei Mitarbeiter\*innen sitzen dabei im Reflecting-Team, die Hypothesen darüber anstellen, was sich bei diesem Mann in den letzten vierzehn Tagen entwickelt hat. Er sitzt nur dabei und hört zu. Und er ist auf Nachfrage am Ende erstaunt, wie sehr und was für Gedanken sich alle über ihn gemacht haben. Es ist diese Wertschätzung: Ich werde gesehen! Patienten, die in solchen Sitzungen ruhig dabeisitzen und nichts sagen, können am Ende gefragt werden, ob sie etwas dazu sagen wollen, oder ob sich das Team irgendwo geirrt hat, ob sie etwas besonders zutreffend fanden. Egal ob aktiv oder nur zuhörend: der Patient ist in der Kommunikation immer mit dabei.



*Steffen Fliegel:*

Modellprojekte werden ja immer extern finanziert. Und wenn sie dann zu Ende sind, ist die Frage, wie geht es in die Regelversorgung über. Wie sieht das bei SYMPA aus?

*Jochen Schweitzer:*

SYMPA wird seit 2012 von den Kliniken selbst bezahlt. Der Klinik muss es so viel Wert sein, dass sie die Weiterbildungshonorare und die Fahrtkosten der Lehrenden sowie einen kleinen Overhead für Verwaltungskosten bezahlt.

*Steffen Fliegel:*

Das heißt also, die Weiterbildung wird weitergemacht. Und wie viele Kliniken nehmen insgesamt weiter an SYMPA teil?

*Jochen Schweitzer:*

Ich glaube, etwa vierzehn Kliniken haben seit 2002 eine Weiterbildung durchgeführt, Stand heute.

*Steffen Fliegel:*

Und läuft es in den Kliniken dann auch systemisch weiter?

*Jochen Schweitzer:*

Teils ja, teils nein. Unser Bonmot ist, das es nicht sicher ist, ob SYMPA einen Chefarztwechsel überlebt. Weil Chefärzte doch einen massiven Einfluss haben. Und es gelingt ja unseren bisherigen Partner-Chefärzten keineswegs immer, die von ihnen gewünschten Nachfolger\*innen auf ihren Posten zu sehen. Ich würde spontan sagen, dass es bei zwei Kliniken von den vierzehn nicht weitergeht. Aber manchmal entwickelt sich dann ganz in der Nähe ein Ableger.

*Steffen Fliegel:*

Aus meiner eigenen Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie habe ich häufiger mit aggressiven Patientinnen und Patienten zu tun gehabt. Und in manchen SYMPA-Berichten, wo auch die systemische Arbeit auf der Station mit Menschen mit geistiger Behinderung oder Intelligenzminderung durchgeführt wurde, tauchte auch manchmal der Umgang mit Aggression auf. Kannst du mal ein Beispiel zum Umgang mit Aggression auf den Stationen sagen, was jetzt anders laufen würde bei einer systemischen Orientierung?

*Jochen Schweitzer:*

Wir haben ein Projekt in München-Haar gemacht im Intelligenz-Behinderungsbereich. Die Kollegin Meike Wehmeyer, die das qualitativ beforscht hat, hat versucht herauszubekommen, was Menschen machen, um aggressive Zuspitzungen zu verhindern oder, wenn diese schon eingetreten sind, sie wieder herunterzufahren. Und sie hat diese Praktiken später aufgeteilt in drei Bereiche: in solche in der dyadischen Interaktion, solche in der Interaktion zwischen mehreren Helfern, also zum Beispiel den Eltern, dem gesetzlichen Betreuer, der Klinik und dem Patienten und drittens bei den Helfer\*innen untereinander. Sie hat 51 Strategien gefunden, die sich bewährt, um aggressive Zuspitzungen zu verhindern oder zu reduzieren. Diese finden sich zum Teil auf der Ebene von Haltungen und Einstellungen, zum Teil sind es aber auch konkrete Praktiken. Sie hat das Ganze „SMILE“ genannt, auch ein Akronym. Sie hat vierzehn Patient\*innen und deren Umfeld je dreimal in

einem Zwei-Jahres-Verlauf interviewt. Alle waren zuvor binnen eines Jahres mehrfach in die Klinik eingewiesen worden und/ oder hatten sich in gravierender Weise störend verhalten. Was uns überraschte: von diesen 14 Patienten ist in diesen zwei Jahren keiner in die Klinik gekommen. Die haben ja keine Therapie bekommen, sondern jeweils nur drei meist sehr kurze Gespräche. Meine Vermutung für den Erfolg ist: die Interviews regen dazu an nachzudenken, wie man miteinander umgegangen ist und was davon nützlich war und was nicht, und jeder zieht am Ende seine oder ihre Schlüsse daraus.

*Steffen Fliegel:*

Lieber Jochen, jetzt haben wir ganz schön viel Fachliches ausgetauscht, und ich habe viel über deine berufliche Arbeit und deine Haltungen dazu erfahren. Ich weiß schon seit längerer Zeit, und es war für dich in Ordnung, darüber auch zu sprechen, dass du eine lebensbedrohliche Erkrankung hast. Ich würde dir gerne die Frage stellen, wie deine persönlichen Pläne aussehen?

*Jochen Schweitzer:*

Ich habe vor kurzem mit achtundsechziginviertel Jahren meine berufliche Tätigkeit beendet, auch mit dem Wunsch, sie jetzt tatsächlich zu beenden. Bis auf solche netten Interaktionen, wie wir sie hier gerade haben. Ich habe in den letzten drei Jahren noch viele Dinge abgeschlossen. Vor allem war es mir ein Anliegen zu schauen, ob die verschiedenen professionellen Systeme, in denen ich tätig war, eine Chance haben, weiterzugehen.

*Steffen Fliegel:*

Was meinst du damit?

*Jochen Schweitzer:*

Das wäre als größtes das Helm-Stierlin-Institut. Da habe ich dafür gesorgt, dass wir eine deutliche Verjüngung unseres Teams schaffen, und zugleich immer wieder von bewährten Traditionen der Institutsführung sozusagen als Zeitzeuge seit 1989 zu berichten. Jetzt haben wir auch zwei Lehrende des Jahrgang 1981 in unserem Kernteam. Meine Arbeitsgruppe „Medizinische Organisationspsychologie“ im Institut für Medizinische Psychologie hier in Heidelberg scheint auch weiterzugehen – nicht mehr als Forschungssektion, sondern als umso aktivere klinikinterne Beratungsstelle. Und, ja, SYMPA. Da haben wir im Februar 2021 noch mal ein Symposium gemacht, u.a. mit dem jetzt 91jährigen Luc Ciompi, dem Begründer der Berner Sozialpsychiatrie. Liz Nicolai koordiniert unsere Weiterbildungen mit einem knapp 10-köpfigen Weiterbildungsteam, darunter drei Systemische Berater\*innen mit Krankenpflege-Hintergrund. Und wir haben die Hoffnung, dass mit Rieke Ölkens Ax und Markus Haun zwei jüngere, zudem ärztliche Kolleg\*innen, diese Arbeit künftig weiterführen können. Zu guter Letzt: auch die Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ läuft auf hohem Niveau weiter, wenn auch ohne uns beide. Mit den Ergebnissen dieser Art von Generativität bin ich sehr zufrieden. Daneben habe ich noch viel geschrieben und mein sicher letztes Buch gerade beim Verlag abgegeben. Es ist, neudeutsch gesprochen ein „Storytelling“ über den Verlauf meines Berufslebens. In ihr bringe ich auch kurze Exzerpte aus fünfundvierzig Artikeln, die mir heute noch gut gefallen, deren Rezeption aber in den letzten zwei Jahrzehnten dem Lehrbuch zum Opfer gefallen sind. Das Lehrbuch wird ständig zitiert. Aber für die vielen guten Artikel von mir, die sich in zahlreichen Buchkapiteln wiederfinden, mit ausführlichen Konzepten und vielen anschaulichen Fallbeispiele, war im Lehrbuch kein Platz.

*Steffen Fliegel:*

Wie wird es heißen, das Buch?

*Jochen Schweitzer:*

„Ich hätte da noch eine Idee. Persönliche Geschichten aus fünfundvierzig Jahren systemischer Therapie und Beratung“. Wie findest du den Titel?

*Steffen Fliegel:*

Super.

*Jochen Schweitzer:*

Mit ein bisschen Glück wird es noch dieses Jahr im Herbst erscheinen.

*Steffen Fliegel:*

Dann hast du in letzter Zeit ja viel, viel erledigt.



*Jochen Schweitzer:*

Ja, und das sind aber sozusagen Abschlussmaßnahmen. Ich habe das Gefühl, die sind jetzt durch. Einer meiner früheren Chefs hat mal gesagt: Entweder kann man viel schreiben oder viel lesen, Beides zusammen ist schwierig. Und wenn das stimmt, dann habe ich mich bislang für das Viel-Schreiben entschieden. Nun soll das Mehr-Lesen, jetzt vor allem auch Belletristik, mehr Raum bekommen. Ich will mich mehr mit Musik, jetzt auch klassischer Musik, beschäftigen, Ab und zu will ich auch Gesangsstunden nehmen. Nun weiß ich nicht, welche Entwicklung die Krankheit nehmen wird und wieviel aktive Lebenszeit sie mir lassen wird. Aber sie beschleunigt sicherlich diese Tendenz, noch ein bisschen früher aufzuhören mit alten Dingen und die neuen Dinge etwas schneller anzugehen, in dem Bewusstsein, dass das eine endliche und dadurch kostbare Zeit ist. Mich emotional inten-

siver (und nicht nur kognitiv) mit der „allerletzten Meile“ meines Lebens zu beschäftigen, das schaffe ich noch nicht, solange ich noch so relativ rüstig bin wie derzeit.

*Steffen Fliegel:*

Lieber Jochen, das sind bewegende Worte zum Ende unseres Interviews, das mir sehr viel Freude gemacht hat und sehr anregend für mich war. Ich würde mich freuen, wenn wir uns sehr bald wiedersehen. Herzlichen Dank, dass du dir die Zeit hierfür genommen hast. Und jetzt freue ich mich auf das versprochene Kaffeetrinken in der Sonne auf dem Marktplatz Neuenheim.