

Dialoge in einer Psychiatrischen Einrichtung in Kuba¹

Klaus G. Deissler

Zusammenfassung

In diesem Aufsatz stellt der Autor seine Arbeit in der Psychiatrischen Abteilung eines Universitätskrankenhauses in Havanna² vor. Ausgehend von einer persönlichen Einleitung skizziert er kurz die Inhalte und Formen seiner Weiterbildungstätigkeit. In einem daran anschließenden Interview

berichten vier kubanische Kolleginnen, von den Auswirkungen der für sie neuen Therapieform auf ihre Arbeit mit Patienten, ihren Kollegen und ihr persönliches Leben. Der Aufsatz wird abgerundet durch die Beschreibung zukünftiger Projekte.

Traum und Wirklichkeit – eine kleine Geschichte

Seit ich mich im Feld Postmoderner Therapieformen, Systemischer Therapie und Familientherapie engagiere, habe ich einige meiner engsten Freunde außerhalb Deutschlands und Europas. Mit fortschreitender Globalisierung stellt man möglicherweise irgendwann fest, dass man einige therapeutische Annahmen eher mit denen teilt, die weit entfernt leben, als mit denjenigen, die in der Nähe leben – das ist sicher nicht nur bei mir der Fall.

In diesem Aufsatz beschreibe ich die Geschichte, den aktuellen Stand und mögliche Entwicklungstendenzen meiner Beziehungen zu kubanischen Kollegen.

Meine Geschichte beginnt mit einem Traum: Am Beginn meiner Psychotherapeutischen Tätigkeit träumte ich davon, ein paar Jahre in Südafrika und ein paar Jahre in Argentinien und den USA zu arbeiten. Südafrika faszinierte mich wegen der Transformation der Apartheid in eine multiethnische Gesellschaft; Argentinien wegen des starken europäischen Einflusses, insbesondere der spanischen Sprache und schließlich die USA, die ich zukunftsöffener und weniger geschichtsgebunden erlebte als Europa. Während ich mich mit diesen einfachen Ideen beschäftigte, träumte ich davon, Europa für sechs Jahre zu verlassen und um die Welt zu reisen. Andererseits fühlte ich mich an Europa gebunden,

sah kaum kurzfristige Verdienstmöglichkeiten für mich in den drei besagten Ländern und fühlte mich gegenüber meiner Familie verpflichtet, zu ihrem Lebensunterhalt beizutragen.

Während ich Mitte der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts diesen Träumen des Öfteren nachhing, traf ich mich ab und zu mit meinem Freund, Dr. Siegfried Schulz, der an der Universität Marburg als Veterinär arbeitete und gleichzeitig Maler ist und wie ich mit einer (europäischen) Ausländerin verheiratet ist. Eines Tages schlug Siegfried mir vor, ihn auf seiner nächsten Reise nach Kuba zu begleiten. Er hatte die Wirkung einer bestimmten Form der Ozonbehandlung von Tumoren bei Ratten untersucht und dabei eine Zusammenarbeit zwischen kubanischen Kollegen und seiner kleinen Forschungseinrichtung entwickelt. Obwohl Siegfried Kuba und seine dortige Forschungsarbeit in den schönsten und buntesten Farben beschrieb, blieb ich eher zögerlich und skeptisch: ich kannte dort niemanden, sprach nicht spanisch und wusste auch nicht, was ich dort tun sollte, während Siegfried arbeiten würde. Also lehnte ich sein Angebot ab, während Siegfried sich anstrebte, mich zu überzeugen - und je mehr ich in meiner Position verharrete, desto mehr bestand Siegfried auf seinen Überzeugungsversuchen. Schließlich fand ich einen Ausweg: Ich sagte, „okay, nächstes Mal wenn du nach Havanna fährst, bringst du mir eine Einladung einer psychiatrischen Universitäts-

¹ Die englische Version dieses Artikels erscheint unter dem Titel „Dialogues in a Cuban Psychiatric Clinic“ in Harlene Anderson/Diane R. Gehart (eds.) (2006).

² Servicio de Psiquiatria Professor René Yodú; Hospital Universitario Dr. Joaquín Albarrán, Habana, Cuba.

einrichtung mit; dann kann ich dort arbeiten, während du deine Forschungen betreibst, und wir können dann noch ein bisschen Freizeit miteinander verbringen“. Ingeheim war ich skeptisch bezüglich dieser Möglichkeit: Ich hatte Zweifel, dass es Siegfried gelingen würde diese Einladung von Kuba mitzubringen und war gleichzeitig beruhigt, da dieses Thema vorerst aus unseren Gesprächen verbannt war.

Unmerklich blieb das Thema Kuba jedoch an meinen Fersen haften: Ich war bereits seit Jahren ein Ry Cooder-Fan. Cooder ist als einer der weltbesten Rockgitarristen bekannt, und er hatte u.a. auch die Filmmusik für Wim Wenders *Paris, Texas* geschrieben und gespielt. Zur Zeit der Gespräche mit Siegfried lernte ich durch Ry Cooder auch kubanische Musik kennen und schätzen³. Und zufällig zu dieser Zeit gab mir Astrid Wortmann, eine Kollegin aus unserem *Marburger Institut*, ein paar Romane, die von Exilkubanern geschrieben waren und die ich begeistert las. Mit Astrid, die selbst über Jahre als Ärztin in einer psychiatrischen Einrichtung in Köln gearbeitet hatte, sprach ich auch über Möglichkeiten, in einer psychiatrischen Klinik auf Kuba zu arbeiten.

Als Siegfried schließlich von Kuba zurückkam, begrüßte er mich mit einem breiten, bedeutungsvollen Lächeln. „Hier ist deine Einladung“, sagte er und gab mir ein kleines Blatt Papier, auf dem die Direktorin der Psychiatrischen Universitätsklinik, Prof. Dr. Reina Rodriguez⁴, ein paar Zeilen für mich geschrieben hatte. Siegfried sprach mit Begeisterung von seiner Begegnung mit Reina, die 1984 in Ostberlin promoviert hatte und deutsch sprach. Ein bisschen verdutzt und verunsichert spürte ich, wie ich Siegfrieds Charme und Überzeugung durch Taten erlag und nicht länger innerlich „nein“ sagen konnte. Ich nahm mit Reina per Email Kontakt auf und bedankte mich für die Einladung und sagte schließlich zu, dass ich kommen würde.

Währenddessen begannen Siegfried und ich unsere gemeinsame Reise nach Kuba zu planen und Reina und ich verabredeten mögliche Themen für meine Arbeit in Havanna. In dieser Zeit vermittelte mir Siegfried, was ich in Havanna zu erwarten hatte und wie ich mich auf den Besuch vorbereiten konnte. Kurz nach-

dem ich Reina endgültig zugesagt und mit ihr den geplanten Termin verabredet hatte, sagte mir Siegfried jedoch, dass er seinen Kubabesuch um unbestimmte Zeit verschieben wolle. Ich war enttäuscht und fühlte mich von Siegfried alleine gelassen. Ich fühlte mich durch ihn zu diesem Besuch gedrängt, als ich nicht dorthin gehen wollte; nun, da ich mich entschieden hatte, zu reisen und alle Absprachen mit Reina getroffen hatte, machte er einen Rückzieher. Ich fühlte mich in einer Falle: Ich wollte jetzt nach Kuba fliegen, fühlte mich aber unsicher, weil ich weder Land noch Leute kannte. Andererseits wollte ich nun meine Reise nicht mehr verschieben, weil ich nicht absehen konnte, was bis dahin alles noch passieren würde und weil ich zweifelte, ob ich später noch den Mut hätte, dorthin zu fliegen und das Abenteuer dieser Reise auf mich zu nehmen.

Schließlich rang ich mich zu einem Kompromiss mit mir selbst durch: Ich könnte entgegen meiner ursprünglichen Planung höchstens eine Woche bleiben. Wenn es mir dort schlecht gehen würde, würde ich maximal eine Woche leiden und wenn die Sache erfolgreich sein und ich mich wohl fühlen würde, könnte ich wieder hinfahren...



Also bestellte ich meine Tickets und dachte, dass ich nun in Ruhe meine Reise planen könne. Ungefähr drei Monate vor meinem Abreisetermin fragte mich Reina jedoch, ob ich Psychopharmaka mit nach Kuba bringen könne, da sie diese dort benötigten, sie sich aber nicht leisten könnten. In einem inneren Aufschrei sagte ich „nein!“ zu mir selbst: „Ich habe mich all die Jahre dafür engagiert, Alternativen zu psychopharmakologischen Behandlungsmethoden zu unterstützen und sogar selbst zu entwickeln – insbesondere für dialogische Therapie-, Supervisions- und Konsultationsmethoden. Außerdem bin ich kein Arzt; ich bin Psychologe! Drei mal ‚nein!‘“ Aber ich fand keinen guten Weg, wie ich Reina vermitteln konnte, dass meine Einstellung nicht positiv gegenüber ihrem Anliegen war. Deshalb wandte ich mich an meine Familienmitglieder, Freunde und Kollegen. – Die meisten konnten mein Dilemma zwar verstehen und nachempfinden, rieten mir aber, keine Prinzipienfrage daraus zu machen. Aber wie sollte ich das anstellen?

³ Buena Vista Social Club.

⁴ Prof. Dr. Reina Rodriguez war bis 2001 Leiterin des «Servicio de Psiquiatria Professor René Yodú; Hospital Universitario Dr. Joaquin Albarran», Havanna. Sie ist in Kuba bekannt für die Einführung von gruppentherapeutischen Methoden in Psychiatrischen Einrichtungen. Heute arbeitet sie am genannten Krankenhaus als Senior-Beraterin.

Schließlich gelang es mir, meine selbst gemachte Zwickmühle aufzulösen: „Okay“, sagte ich mir, „ich werde die gewünschten Psychopharmaka als Gastgeschenk mitnehmen, aber ich werde ihnen gleichzeitig sagen, dass die Arbeitsformen, die ich Ihnen vorstellen möchte, Alternativen zu psychopharmakologischen Behandlungsmethoden darstellen“. Ich nahm also die Psychopharmaka von befreundeten Psychiatern an, steckte sie in meinen Rucksack und stellte ihn in meinem Arbeitszimmer ab – und täglich schaute ich mir dieses seltsamen Behältnis an, das mit fremdartigen Substanzen gefüllt war und das darauf wartete, nach Kuba transportiert zu werden.

Als ich gerade meinen Frieden mit dem Rucksack und den Medikamenten gemachte hatte, zeigte mir Siegfried ein Dokument der kubanischen Botschaft, das Psychopharmaka neben anderen Drogen unter der Überschrift „Einfuhrverbot“ auflistete. Nach all den Hindernissen, die mir begegnet waren, war ich im ersten Moment fassungslos und spürte den Wunsch in mir aufkeimen, alles abzublasen, weil ich nicht mehr wusste, was ich angesichts solch widriger Umstände noch tun sollte. Dann sagte ich mir jedoch, dass mir eine Sondererlaubnis der kubanischen Botschaft vielleicht weiterhelfen würde. So rief ich bei der Botschaft an und wurde schließlich an einen Mitarbeiter vermittelt, der viel Verständnis für meine Anliegen zeigte und versprach, sich um die Angelegenheit zu kümmern und mich zurückzurufen. Ich wartete auf den Rückruf, der nicht kam und so rief ich die Botschaft noch mehrmals an – ohne irgendein Ergebnis zu erzielen. Am Tag vor meiner Reise entschied ich mich schließlich, die Psychopharmaka nach Kuba zu schmuggeln. Nach all den intensiven Gefühlen von Ablehnung, Zweifel, Hoffnung und Verunsicherung, kam es mir seltsam vor, dass ich wenig empfand, als ich am Flughafen von Havanna den Zoll passierte – vielleicht war ich inzwischen ‚indolent‘ geworden?

Nachdem ich den Kontrollbereich des Flughafens „José Martí“ verlassen hatte, betrat ich die Ausgangshalle, in der eine bunte Menge wartender Kubaner lautstark riefen und gestikulierten – unter Ihnen drei Personen, die mir zuwinkten und ein Schild schwenkten auf dem stand: „Dr. Klaus“. Sie schienen mich zu erkennen –

vielleicht hatte Siegfried ihnen ein Bild von mir gezeigt? – zumindest erkannte ich Reina auf diese Weise. Nachdem wir uns herzlich begrüßt hatten, lösten sich meine Befürchtungen auf und meine Gefühlsvielfalt mündete in etwas ein, was ich später metaphorisch als „Liebe auf den ersten Blick“ bezeichnete: Wir mochten uns sofort und hatten das intensive Gefühl, in der vor uns liegenden Zukunft gut zusammen arbeiten zu können. Wir fuhren anschließend zu Reinas Haus und hatten eine lange Nacht vor uns – erfüllt von Gesprächen, kubanischem Rum und ab und zu dem Duft von Zigarren, die nicht nur Reinas „ausgeliehener“ Chauffeur, sondern auch eine von Reinas Nachbarinnen rauchten.

Zwei Tage später begann ich mein Seminar, an dem die meisten in der Psychiatrischen Abteilung tätigen Professoren, viele Therapeuten und Ärzte teilnahmen, mit einer kleinen Geschichte, die davon handelte, wie ich nach Kuba gekommen war. Und während ich die Geschichte erzählte, dachte ich an meinen Traum, in Südafrika, Argentinien und den USA zu arbeiten und eine Frage ging mir dabei durch den Kopf: „Vielleicht kann ich in Kuba, einer spanisch sprechenden, multiethnischen Gesellschaft mit europäischen Einflüssen, die nur einen Steinwurf von den USA entfernt ist, das, was ich in den anderen Ländern kennen lernen wollte, erfahren?“

Prozess und Inhalte der Seminare in Kuba

Ich glaube, dass meine Arbeit in Kuba am besten durch meine kubanischen Kollegen selbst beschrieben wird (s.u.). Trotzdem möchte ich zunächst die wichtigsten Einflüsse meiner Arbeit in geschichtlicher Reihenfolge aufzählen: der Mailänder Ansatz, die Arbeiten von Tom Andersen, Harry Goolishian und Harlene Anderson; sozialkonstruktionistische Theorien (z.B. Gergen und Shotter) sowie postmoderne Philosophien (z.B. Bachtin, Lyotard und Derrida). Obwohl ich heute den Begriff *dialogisch*⁵ für mein therapeutisches Arbeiten gebrauche, bezeichne ich das, was ich lehre aus pragmatischen Gründen oft als *Reflexive Systemische Therapie und Beratung* (RST), (Deissler, 1997).

Bevor ich meine kubanischen Kolleginnen⁶ selbst zu Wort kommen lasse, möchte ich mei-

⁵ Mich leitet dabei folgende Frage: „Wie können wir (die Anwesenden) gemeinsam Dialogformen gestalten, damit die Themen, Ziele usw., derenthalben wir zusammengekommen sind, realisiert werden können?“

⁶ An dieser Klinik arbeiten mehr Frauen als Männer und die Anzahl der (männlichen) Mitarbeiter hat über die Jahre meiner Besuche in Havanna abgenommen. Die Kolleginnen, die in diesem Interview zu Wort kommen, sind gleichzeitig auch die Engagiertesten im Feld der Psycho- und Familientherapie.

ne Arbeit in Kuba kurz beschreiben. Ich habe Kuba inzwischen zehn Mal in acht Jahren (1999–2006) besucht und dort mehr als zehn Seminare geleitet – einschließlich einiger Kongresspräsentationen.

Die meisten Seminarteilnehmer sind an der Psychiatrischen Abteilung angestellt, andere kommen von stationären und ambulanten psychiatrischen Diensten sowohl für Erwachsene als auch für Kinder- und Jugendliche und weiteren psychosozialen Diensten. Meine kubanischen Kollegen haben die Praxisformen, Ideen, die ich in den Seminaren vorgestellt habe, begeistert aufgenommen und sie unmittelbar in ihre Alltagsroutine und psychiatrische Praxis übernommen.

Über meine Seminare hinaus habe ich an offiziellen und inoffiziellen Universitätstreffen teilgenommen z.B. einer Habilitationprüfung, dem morgendlichen Schichtwechsel in der psychiatrischen Abteilung, Planung von Veröffentlichungen, Seminaren usw.

Die Seminarinhalte und Praxisformen präsentiere ich in einem erzählerischen, möglichst umgangssprachlichen und dialogischen Stil: Im Wesentlichen erzähle ich Geschichten, streue theoretische Ideen und Konzepte ein und führe praktische Übungen und Präsentationen zum Thema sowie live-Konsultationen durch. Auf diese Weise versuche ich die Teilnehmer zu einer aktiven, intensiven dialogischen Seminarteilnahme einzuladen.

Die Themen und Inhalte, die ich in Kuba geplant und improvisiert angeboten habe, umfassen folgende Bereiche:

- Geschichte der Familientherapie, Systemischer Therapieformen und postmoderne Varianten
- Epistemologische/Poietologische⁷ Annahmen, Therapien und Beratungen zu verstehen (Deissler, 1997)
- Objektivität/Realismus/Rationalismus
- (Radikaler) Konstruktivismus, (sozialer) Konstruktivismus, postmoderne Ideen
- Die „klassische Form“ mit dem Reflektierenden Team zu arbeiten (Andersen, 1990)
- Reflexive Systemische Therapie (Deissler, 1997)
- Postmoderne Praxisformen, z.B. „als ob“-Position (Anderson, 1999), „szenisches Impro-

visieren“ als reflektierende und selbstreflektierende Prozesse für Mitarbeiter in der Psychiatrie

- Therapie, Beratung und Supervision als „dialogisches Formen“ zur Auflösung von Problemen (Deissler, 2000).
- Philosophische Haltungen für Therapeuten und Berater (Anderson, 1999)
- Wertschätzendes Organisieren⁸ (Deissler/Gergen, 2004).

In jedem Seminar führe ich drei bis fünf „reflexive Konsultationen“ (Deissler/Schug, 2000) durch. Bei diesen Gelegenheiten stellen die kubanischen Kolleginnen und Kollegen ihre „Fälle“ live vor. Dabei sind also Patienten, deren Familien sowie die beteiligten Kollegen anwesend und die Gespräche werden so organisiert, dass alle Beteiligten sowohl sprechen als auch zuhören können. Wie man im Einzelnen solche Gespräche organisiert, wird in den Seminaren vermittelt (Deissler, 2000). Diese Gelegenheiten zeigen, dass unterschiedliche Arten miteinander zu sprechen gleichzeitig unterschiedliche Arten einander zuzuhören implizieren. Diese unterschiedlichen Weisen zu sprechen und zuzuhören werden von einer Haltung getragen, die ich als *polyphone Ethik* oder kurz *Ethiken* (Mehrzahl) bezeichne (Deissler, 2005). Das bedeutet, dass dieser dialogische Ansatz sowohl *multivokal* als auch *multiautural* ist und neue Formen der Zusammenarbeit ermöglicht und damit Raum für neue Verständnisweisen und Handlungsmöglichkeiten schafft.



In meiner Geschichte der Vorbereitung meines ersten Kuba-Besuchs spielten auch Psychopharmaka eine Rolle. 1999 war die wirtschaftliche Lage in Kuba noch sehr schlecht und Medikamente waren Mangelware. Inzwischen ist die Pharmaindustrie zu einem wichtigen Wirtschaftszweig Kubas geworden. Wie mir Universitätspharmakologen in Havanna jedoch berichteten, sehen sie die Gewinnmaximierung der Pharmaindustrie nicht als ihr erstes Ziel an; vielmehr betrachten sie die optimale Nutzung bei möglichst geringen Dosen als ihr erstes Ziel – und für die Bevölkerung haben sie den Wunsch, die Einnahme von Medikamenten so gering wie möglich zu halten. In diesem Kontext sollte man die Psychiatrie in Kuba verste-

⁷ *Wie erkennen wir, was wir erkennen/wie konstruieren wir, was wir konstruieren?*

⁸ Zusammen mit Karl-Heinz Kose, Dipl.-Psych., Braunschweig (Deissler/Kose, 2004).

hen. Man könnte fast sagen, dass sie sich in einer glücklichen Situation befindet: Dort muss man alternativ zur psychopharmakologischen Behandlung darüber nachdenken, wie man sinnvolle andere Behandlungsmethoden entwickeln und einsetzen kann. Vielleicht ist die Kubanische Psychiatrie deshalb auch empfänglicher für dialogische Therapie- und Beratungsmethoden, die versuchen, die Medikation so gering wie möglich zu halten – anders als dies in kapitalistischen Ländern der Fall ist, in denen die Pharmaindustrie einen starken Einfluss auf die therapeutischen Verfahren in der Psychiatrie hat. Ebenso steht die kubanische Psychiatrie in markantem Kontrast zu manchen deutschen psychiatrischen Gepflogenheiten, in denen „Patienten“ analysiert, auf Datenpakete reduziert und gespeichert werden. Anschließend werden die Datenpakete – nicht als Patienten – behandelt⁹. Woran es oft mangelt sind Therapeuten, die sich durch die Geschichten ihrer Patienten *berühren* lassen. Manche psychosoziale Profis scheinen die Position *unberührbaren distanzierteren* Wissens einzunehmen.

Was ich in Kuba hingegen erlebt habe, war ein warmherziger und verständnisvoller Umgang mit Patienten. Während wir von der kubanischen Herzlichkeit lernen können, können die Kubaner vielleicht von uns die philosophische Haltung des Nicht-Wissens (Anderson, 1999) erlernen. Aber erst beides zusammen scheint uns dann das zu ermöglichen, was Anders Lindseth (2005), ein norwegischer Philosoph, als „berührtes Nicht-Wissen“ bezeichnet – und möglicherweise hat sich ein Teil davon in Kuba verwirklicht. Aber lassen wir die kubanischen Kolleginnen sprechen.

Interview mit kubanischen Kolleginnen

Das Interview mit meinen vier kubanischen Kolleginnen¹⁰ fand im September 2005 in Havanna statt. Ich wollte mehr über ihre Erfahrungen mit meinen Seminaren erfahren und welchen Auswirkungen meine Arbeit mit ihnen auf deren Arbeit mir ihren Patienten hatte. Diese Form von Interviews stellen einen Teil der reflexiven Arbeit dar, die mir erlauben zu erfahren, inwieweit meine Arbeit und meine Ideen hilfreich waren.¹¹

Veränderungen im Behandlungsansatz

Klaus: Wie hat sich eure tägliche Arbeit durch die Theorie- und Praxisformen, die ich euch seit meinem ersten Besuch 1999 vorgestellt habe, geändert?

María-Eugenia: Unsere Arbeit gründete im Wesentlichen auf sozialpsychologischen, marxistischen Konzepten und noch vor sechs Jahren haben wir die psychologischen Aspekte im engeren Sinn wenig fokussiert. ... So glaube ich, dass die neue Arbeitsweise uns erlaubt hat, die Elemente der Kommunikation gründlicher zu berücksichtigen. Dies hat uns eine bessere therapeutische Arbeit in unseren alltäglichen Verpflichtungen ermöglicht. Die Interventionen mit den Familien, die wir in den Gruppentherapien durchführen, sind sehr nützlich für die Familien, für die Gruppen und für uns.

Auch wenn wir bereits erfolgreich psychotherapeutisch mit akut hospitalisierten Patienten gearbeitet haben, hat uns dieser neue Stil ermöglicht, die Qualität unserer Arbeit zu verbessern. Er hat uns erlaubt, eine theoretische Ausbildung und praktischen Aktivitäten zu entwickeln, die besser in unseren Alltag passen und gute Resultate gebracht haben. So haben sich auch andere Kollegen, die auf der Akutstation arbeiten, diesen Behandlungsstil angeeignet und gehen wertschätzender mit den Patienten und ihren Familien um.

Elsa: Ich denke, darüber hinaus hat die *Reflexiv Systemische Therapie* (RST) Einfluss in allen Bereichen unseres Psychiatrische Dienstes – sie hat dafür gesorgt, dass er besser funktioniert und ihn farbiger gestaltet. Wir nutzen diesen Ansatz in der Arbeit mit Einzelnen, Paaren und Familien sowie in der Gruppentherapie, in der Therapie mit Abhängigen und in der Therapie mit psychosomatischen Störungen. In Hinblick auf die Praxis ist es uns sehr angenehm, dass wir Therapeuten uns nicht mehr dem Druck ausgesetzt fühlen, alles wissen zu müssen oder sich als jemand zu zeigen, der weiß, wie Probleme entstehen und wie sie gelöst werden. Tatsächlich genießen wir diesen Therapiestil sehr, weil er uns in allen Sitzungen Überraschungen bietet. Wir haben uns damit angefreundet, zu horchen und zuzuhören –

⁹ Ich möchte meinen Kolleginnen und Kollegen, von denen ich weiß, dass sie anders arbeiten, nicht Unrecht tun – ich beschreibe hier eine Tendenz, die ich meine beobachtet zu haben...

¹⁰ Vergleiche die Kurzbiografien am Ende des Aufsatzes.

¹¹ Ich hatte zehn Fragen in englischer Sprache vorbereitet, sie übersetzen lassen und einen Tag vor dem Interview den Kolleginnen gegeben. Die Übersetzerin war Maria Teresa Ortega Sastriques; sie hatte ebenfalls bei meinen sechs letzten Seminaren übersetzt.

und wie der Professor gesagt hat – interessiert zuzuhören und offen für das Neue zu sein. Und da der Verantwortungsprozess geteilt wird, fühlen sich die Therapeuten wohler, da sie vor allem die verschiedenen Formen der Zusammenarbeit sowohl mit den Nutzern als auch mit den Kollegen genießen und damit besser miteinander harmonisieren. Vom theoretischen Standpunkt aus gesehen, haben wir den Konstruktivismus, den Konstruktivismus, postmoderne Ideen und narrative Therapien kennen gelernt. Auch wenn es wie jedes andere therapeutische Modell kein Allheilmittel ist, so ist es doch für Therapeuten und Berater sehr erfolgreich.

Isabel: María Eugenia hat anfangs dargelegt, dass wir der marxistischen Psychologie entstammen. Elsa hat jetzt darauf hingewiesen, dass die Kubaner im allgemein intrusiv und direktiv waren. Ohne dies negieren zu wollen, erinnere ich mich, dass wir in den letzten Jahren in unserem Land eine Evolution hatten: Es gab immer schon eine Gruppe von Psychiatern, die abgesehen von ein paar Änderungen, Psychoanalyse praktizierten – insbesondere die Gruppe von Acosta. Ich möchte auch daran erinnern, dass es eine weitere Gruppe gibt, die behavioristisch arbeitet, wie zum Beispiel Berta Claude und neuerdings gibt es auch eine Gruppe von Psychiatern, die systemisch arbeitet – mit allen Charakteristika, die diese Technik und Arbeitsform auszeichnet.

Die Kombination von Standpunkten, die unser Vorgehen in unseren psychotherapeutischen Gruppen ermöglicht, hat es uns erlaubt, uns zwischen Interpretationen und experientiellen Methoden zu bewegen und mit Gefühlen zu arbeiten, mit dem „Hier und Jetzt“ – hier beziehe ich mich auf die Gestalt Therapie.

Wenn wir über unsere gruppentherapeutische Richtung sprechen, heißt das also, dass wir Verfahren und spezifische Techniken unterschiedlicher therapeutischer Schulen nutzen, weil unser Modell es uns erlaubt. Wir als Therapeuten versuchen, eine nicht-direktive Position einzunehmen, damit die Patienten die Verantwortung für ihre Heilung selbst übernehmen können. Als wir durch Professor Klaus die RST kennen gelernt haben, fiel es uns leicht, sie zu benutzen, weil die Voraussetzungen in unserer Gruppe bereits vorhanden waren.

Auswirkungen auf das persönliche Leben der Therapeuten

Klaus: Möchtet ihr etwas über Auswirkungen sagen, die es in Eurem persönlichen Leben gibt?

María Eugenia: Ja, wieso nicht? Zum Beispiel empfinde ich, dass die Kommunikation mit meiner Tochter, die sich in der Übergangsphase von einer Jugendlichen zur jungen Erwachsenen befindet, einfacher geworden ist. Wenn die besonderen Unterschiede innerhalb der Familienbeziehungen deutlich werden, die das Zusammenleben mit anderen Menschen auszeichnen, merke ich manchmal, dass es nützlicher und vorteilhafter ist, eine dialogische Position einzunehmen. Dadurch verringern sich die Spannungen und es bewirkt, dass unsere Beziehungen im Fluss bleiben.

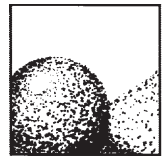
Isabel: Es ist ein Mehr an Wissen kombiniert mit der Möglichkeit der besseren Anwendung. Dies schließt ein, dass wir als Professoren und Studenten, die nicht denselben Anforderungen wie die Patienten ausgesetzt sind, es auf unsere Aufgaben übertragen haben. Das spricht tatsächlich sowohl für ein Mehr an Möglichkeiten als auch für individuelles therapeutisches Wachstum. Ich persönlich empfinde, dass es ein menschliches Wachstum gegeben hat.

María Eugenia: Ich sehe die Auswirkungen in zwei verschiedenen Richtungen: Erstens persönliches Wachstum. In meinen Fall war es eine bereichernde Erfahrung, obwohl es keine große Änderung in meiner Persönlichkeit hervorbrachte. Ich weiß nicht, ob es ein genetisches Problem ist, aber ich habe englische Vorfahren. Engländer ändern sich nicht leicht. Mag sein, dass es ein genetisches Problem ist, aber meine Persönlichkeit ist gewöhnlich so. In diesem Sinne hat die Technik in mir eine Bereicherung und eine Verstärkung des Stiles hervorgebracht, den wir in den Seminaren kennen gelernt haben. In diesem Sinne ist mir diese Therapieform nicht so fremd, aber ich weiß von anderen Personen, die energisch sind, für die sowohl die Therapie als auch der Therapiestil sehr nützlich war.

Die zweite Richtung beinhaltet einen großen Fächer von Möglichkeiten, weil nicht alles für alle nützlich ist, muss man ein therapeutisches Arsenal haben, um Systeme und ihre Teilsysteme zu behandeln – seien es Ratsuchende oder die eigene Familie.

Klaus: Könnte man nicht anstatt von Veränderung von einem Wandel der professionelle Haltung sprechen? Warum sagst du bereichern?

Elsa: Nun, wenn María Eugenia englische Vorfahren hat, muss ich eine Mischung von irländischen und afrikanischen haben (sie lacht). Ich



habe mich persönlich und meine therapeutische Haltung tief greifend geändert. Früher war ich sehr bissig, sehr penetrant, sehr direktiv und sehr ungestüm. Seitdem ich mit dieser Therapie arbeite, ist es für mich und andere offensichtlich, dass ich mich verändert habe – ich bin natürlicher, entspannter, weicher, toleranter und offener für Veränderungen anderer.

Reaktionen der Patienten

Klaus: Was ist anders in der Arbeit mit euren Patienten und ihren Familien? Hat sich eure professionelle Haltung verändert?

Isabel: Ich möchte betonen, dass wir in unserer Gruppenarbeit bestrebt waren, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass es keinen Unterschied zwischen uns und ihnen gibt bzw. dass die Therapeuten sich nicht in der Position der absoluten Wahrheit befinden. Als wir die Seminare mit Klaus und die Arbeit mit dem psychotherapeutischen Modell, das er uns vermittelte, begannen, haben wir es bei Patienten, die bereits Erfahrungen mit anderen Therapieformen hatten, angewandt – sei es Einzel- oder Gruppentherapie. Die Patienten beklagten sich darüber, dass ihre Probleme nicht gelöst worden seien. Wir erklärten ihnen, dass es sich bei den vorangegangenen Therapien nicht um schlechte oder gute Behandlungen handele, sondern dass sie seitens der Therapeuten in eine Widerstandsposition versetzt wurden, um einen psychoanalytischen Ausdruck zu benutzen bzw. in einer Position der „Nicht-Änderung“, um einen Ausdruck unseres Vorgehens zu benutzen. Die Erfahrungen, die wir damit machten, waren sehr interessant, da die Patienten sich mit dem neuen Ansatz anders behandelt fühlten.

Klaus: In wie fern fühlten sie sich anders behandelt?

Isabel: Sie fühlten sich akzeptiert und hatten die Möglichkeit mit dem Ansatz einverstanden zu sein oder auch nicht. Weil wir nicht in Besitz der Wahrheit waren, hatten sie die volle Freiheit ihn zu akzeptieren oder nicht. Das ist ein Punkt, der diese Resistenz bzw. diese Position der Nicht-Änderung aufgelöst hat.

Ethik des Respekts

María Eugenia: Einer der Gründe, warum ich denke, dass diese Technik von uns sehr gut akzeptiert wurde, hat mit der ethischen Komponente zu tun. Die Patienten und ihren Familien fühlten sich respektiert. Ich denke, dass es sehr wichtig ist, dass die Menschen sich respektiert

fühlen. Ich glaube, dass es für sie nützlich ist, weil sie gleichermaßen lernen, so zu zuhören, wie sie möchten, dass ihnen zugehört wird. Ich weiß nicht, ob es klar ist, was ich sagen möchte.

Isabel: Dem Gedankengang von María Eugenia folgend, fühlen sich die Familien fast immer schuldig für das, was mit dem Patienten, den wir in Behandlung haben, passiert. Dies führt in bestimmten Momenten zu einer schlechten und zähen Kommunikation. Mit dem Verfahren, das Klaus uns vermittelt hat, fühlen sich die Familien, die neu in die Behandlung einbezogen werden, aber nicht wissen, wie wir mit dem Patienten arbeiten, wohl, und sie fühlen sich eingeladen, zu kooperieren. Manchmal kommt es sogar vor, dass ein anderes Familienmitglied durch die Teilnahmen an der Behandlung des Patienten für sein eigenes Wachstum und seine eigene Entwicklung profitiert oder eine eigene Therapie beginnt, wenn der Patient dieser Familie die Behandlung bereits beendet hat.

Einbeziehen der Familien der Patienten und ihre Wahrnehmung

María Eugenia: Das einzige, was man ergänzen kann, ist, dass die Wahrnehmung, die man von den Patienten hat, nicht dieselbe ist wie die, die man von der eigenen Familie hat. Obwohl es Mitglieder in der Familie gibt, die sich wie Patienten verhalten, nimmt man sie nicht in derselben Weise wahr. Das könnte ein Unterschied sein.

Klaus: Wie siehst du sie anders?

María Eugenia: Nun, wenn man einen Patienten hat, sagt man, dass diese Person eine Störung hat. Aber bezüglich der eigenen Familie, sagen wir, sei es der Ehemann, so sehen wir ihn nicht durch den Filter irgendwelcher Störungen. Vielleicht verbindet uns mit der eigenen Familie aus kulturellen Gründen stärkere affektive Bande. Das ist bereits ein Unterschied. Das ist die Verzerrung der Wahrnehmung durch Affekte, die als Katatymie bekannt ist.

Elsa: Ich glaube, dass es viel leichter ist mit der Familie zu sprechen in dem man sagt, „vielleicht“, „etwa“ „ich könnte mich irren, aber ich empfinde es so, dass...“. Denn wenn ein Streit dadurch anfängt, dass man sagt: „Es ist so, weil ich es so sage“, verschließe ich damit alle Möglichkeiten, zu einem Dialog einzuladen. Wenn wir unseren Dialog für diesen schwebenden Zweifel, der sich darin äußert, dass ich nicht sicher bin, dass ich nicht die Wahrheit besitze, öffnen, dann fördern wir fließende Dialoge wesentlich mehr – zu Hause eingeschlossen.

Magalis: Ich wollte auch noch sagen, dass diese Form zu arbeiten uns erlaubt, Familienmitglieder einzubeziehen, an die wir sonst nicht gedacht hätten. Früher haben wir uns auf die engsten Familienmitglieder begrenzt – sei es der Ehepartner, einer der Eltern oder vielleicht einer der Brüder. Seit wir mit diesem Modell arbeiten, haben wir die Familie in der Weise ausgedehnt, dass wir auch solche Mitglieder einbeziehen, die bisher nicht gehört wurden und andere Familienmitglieder, die einen sehr starken Einfluss auf die Symptomatik des Patienten ausgeübt haben.

María Eugenia: Ich möchte über die Wahrnehmung sprechen – wie man die Patienten, ihre Familien und sogar wie man seine eigene Familie wahrnimmt. Denn ich glaube, dass man sogar einen Indikator für Voraussagen hat, wenn man dieses Verfahren mit Familien durchführt. Sehr oft es ist nicht derjenige, der zur Therapie kommt, der diese am meisten benötigt. Die Art mit Familien zu interagieren, insbesondere in Gesprächen, in denen sich niemand für das Verhalten der anderen schuldig fühlt, wie Isabel sagt, hilft uns Therapeuten wahrzunehmen, auf welche Weise und wie sehr jedes einzelne Familienmitglied zu den Dingen beiträgt, die nicht funktionieren. Manchmal wird uns klar, dass der Patient nicht notwendigerweise derjenige ist, der in der größten Not ist. So es ist passiert, dass die Anwendung dieser Technik dazu geführt hat, dass diejenigen, die in Not sind, dies wahrgenommen haben.

Aufgaben der Expertenposition

Isabel: Ich glaube sogar, dass diese Form des Dialogisierens dazu beigetragen hat, dass die Gespräche zwischen den Therapeuten leichter und reichhaltiger geworden sind, weil wir nichts beweisen müssen, sondern nur aktiv sind und uns selbst geben. Das befreit uns davon, genau das Korrekte sagen zu müssen. Ich empfinde es so, dass es uns aus dieser Verantwortlichkeit entlässt. Wir brauchen nur zum Austausch beizutragen, dass neue Alternativen entstehen. Je mehr Austausch wir haben, desto reichhaltiger wird der Dialog. Das ist die Erfahrung die alle zusammen machen, die anwesend sind, seien sie Nutzer und Therapeuten oder Patienten und Therapeuten. Wir alle tragen gleichermaßen zum Dialog bei – das ist menschlicher und reichhaltiger.

Anwendung in Weiterbildung und Supervision

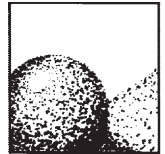
Isabel: Nun, ich möchte hinzufügen, dass wir diese Technik nicht nur in medizinischen Be-

handlungsfällen benutzt haben, sondern auch mit Gruppen von Studenten, die nichts mit Patienten zu tun haben. Wir haben es also auch als didaktisches Mittel benutzt, um die Kommunikation mit und zwischen den Studenten zu fördern, damit sie sich wohler fühlen und um ihnen damit beizubringen, Universitätsstudenten zu sein. Das hat unsere Zusammenarbeit verbessert und die Studenten haben bessere Resultate erbracht.

Isabel: Ich glaube, es ist wichtig hinzuzufügen, dass wir dieses Therapieverfahren auch in der Supervision anwenden. Vor allem weil wir ein Lehrzentrum sind, kommen Kollegen, um sich in unserer Form der Therapie auszubilden. Wir haben diese Vorgehensweise auch dort angewandt, weil sie uns erlaubt direkt zu beobachten, wie unsere Kollegen diese Therapieform anwenden. Das ist ein Punkt, den ich als wichtig erachte, weil er in der restlichen Welt rigoros und regelmäßig praktiziert wird und im unserem Land bisher fehlte.

Anwendung außerhalb der Therapie

Elsa: Ich erinnere mich, dass ich zusammen mit Rosario, die auch an der Taxistation gegenüber dem Zoo im Auftrag der Gemeinde arbeitet, diese Technik angewandt habe. Sie hat die Kommunikation zwischen den Taxifahrern verbessert und den Stress und die gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den Taxifahrern gemindert.



Klaus: Was meinst du mit Technik?

Isabel: Die Handlungsweise.

Klaus: Ja, aber welche Handlungsweise? Wie habt ihr das gemacht?

Elsa: In dem Stil wie wir es mit den Familien machen...

Isabel: ...den Dialog zu bevorzugen, dass sie lernen zuzuhören, dass alles, was gesagt wird, unabhängig von demjenigen, der es sagt, gültig ist, weil es eine Alternative darstellt und weil keiner die absolute Wahrheit besitzt, sondern jeder etwas zu sagen hat, was gültig ist. Und in der Art wie wir die Gespräche koordiniert haben, wurde die Auflösung des Problems erleichtert.

Elsa: Z.B. gab es in der Taxistation die Gruppe der Leiter, eine Gruppe mit den Genossen der Gewerkschaft und eine weitere Gruppe der Arbeiter. Jede Gruppe hat der jeweils anderen zugehört. Danach wurde reflektiert, indem die Berichte der Gruppen genutzt wurden, und wir

waren dabei, sagen wir, die Koordinatoren oder Moderatoren. Danach lief die Arbeit flüssiger ab.

Isabel: Ich glaube, dass man deshalb von einer Veränderung sprechen kann, weil die Arbeit durch mehr Möglichkeiten bereichert wurde.

Medikation

Klaus: Was waren die wichtigsten Wirkungen für die Patienten hinsichtlich der Medikation, Aufenthaltsdauer und die Qualität Eurer beruflichen Zusammenarbeit? Mögen die Patienten die neue Form der Arbeit?

Isabel: In unserer Gruppe, die sich besonders der Psychotherapie widmet, erhalten die Patienten in den ersten paar Tagen Medikamente, danach unterbrechen wir die Medikation. In der Regel vermindert sich die Notwendigkeit der Medikation in dem Maße, indem sich Reflexionsfähigkeit und Änderungsbereitschaft erhöhen. Sowohl in unserer Arbeit mit Individuen als auch in der Gruppenarbeit kommen die Leute eher mit dem Wunsch nach psychologischer Behandlung als nach Medikation. Ich glaube, dass Magalis und Elsa genau dieselbe Erfahrung machen. Die meisten Patienten bessern sich in ihrer Befindlichkeit ohne Medikamente; andere brauche nur zwei oder drei Sitzungen Therapie, um ihre Probleme zu lösen und sich wohl zu fühlen.

Elsa: Rosario und ich arbeiten viel mit Familien, und wir konnten dramatische Verbesserungen durch RST erzielen, so dass die Patienten früher als vorausgesehen nach Hause entlassen werden konnten – gleichzeitig konnte die Dosis der psychopharmakologischen Medikation reduziert werden. Ich kann weder von einem festen Prozentsatz noch von einer Kasuistik sprechen, aber für uns ist diese Wirkung evident. Wir hatten auch externe Ratsuchende, die mit einer einzigen Sitzung viele ihrer Probleme lösen konnten, und die Familien hatten das Gefühl, dass eine Sitzung ausreichend war. Für uns ist klar, dass wir in vielen Fällen sowohl die Aufnahmen ins Krankenhaus vermeiden als auch die Vergabe von Psychopharmaka reduzieren und sogar weglassen konnten.

María Eugenia: Nun, was ich darüber sagen kann, resultiert aus Beobachtungen. Patienten mit neurotischen oder distymen Störungen verlangen eher nach Medikamenten als nach Hilfe von außen. Seitdem wir insbesondere diese Technik aber auch andere anwenden, verlangen sie sicher weniger Medikamente. Und etwas, das sehr bedeutsam sein könnte, ist, dass sie

sich wünschen, dass die Familien in die Gruppentherapie einbezogen werden – viele Patienten haben das verlangt. Wir als Gruppe analysieren die Anfrage, arbeiten und entscheiden zusammen und dann organisieren und planen wir die Therapie dieser Familie in der Gruppe. Einige ziehen es vor, dass die Familie in die Gruppe kommt, andere ziehen es vor die Familie außerhalb der Gruppe zu sehen. Aber eines ist sicher: Sie fragen spontan nach, dass die Familie sich beteiligt.

Klaus: Glaubst du, dass die Patienten in dem Maße weniger um Medikation bitten, in dem sie die Familie in den Prozess einbeziehen möchten?

María Eugenia: Nein, das eine muss nicht das andere bedeuten; es gibt nicht notwendigerweise eine Beziehung zwischen beiden. Das, was ich gesagt habe, ist eher ein Resultat der Beobachtung als ein spezifisches Forschungsergebnis. Ich habe beobachtet, dass die Patienten weniger Medikamente brauchen oder weniger danach fragen, aber sie fragen danach, dass die Familie in die Gruppe einbezogen wird. Mit anderen Worten, das eine bedingt nicht notwendigerweise das andere.

Elsa: Wir hatten Patienten, denen wir die neue Form der Arbeit vorgeschlagen haben, nämlich Dialoge. Ich habe ihnen erklärt, dass dies eine neue Form des Miteinandersprechens sei; und wenn sie gute Resultate mit dieser neuen Form des Miteinandersprechens erzielen würden, das beste Ergebnis darin bestehe, frei von Psychopharmaka zu sein. Um vollkommene Klarheit für sich selbst zu erreichen, sollte man dem zuhören, was gehört werden sollte. Vielleicht hätten sie sich noch nie auf diese Weise zugehört und miteinander gesprochen, denn dadurch sei es möglich, dass sie von sich aus beginnen würden, die Dosis zu reduzieren.

Zum Beispiel hatten Rosario und ich einen Fall von Bulimie, den wir mit traditioneller systemischer Familientherapie behandelt haben; bei diesem Vorgehen waren wir gezwungen, die Patientin zu hospitalisieren und Medikamente zu verabreichen. Danach sind wir dazu übergegangen, sie mit RST zu behandeln, und wir brauchten sie nicht mehr zu hospitalisieren. Sie hat sich sehr gebessert, und wir belassen es bei einer minimalen Dosis von Medikamenten.

Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Magalis: Ich habe eine ähnliche Sicht, obwohl wir unsere Daten noch nicht quantifizieren konnten – wir haben noch keine Forschungsergebnisse.

nisse. Aber zweifelsohne gibt es zwei Faktoren, die wir als ein Phänomen beobachten konnten, das in der letzten Zeit aufgetreten ist. Bis vor kurzem bestand unsere Hauptarbeitsform bei Patienten in agitierten Zustand darin, sie zu hospitalisieren und Medikamente zu verabreichen. Mit den neuen Arbeitsformen können wir sowohl die Notwendigkeit der Hospitalisierung als auch den Konsum multipler Medikamente mindern. Die Möglichkeit, diese Technik bei Jugendlichen, die hier aufgenommen wurden, bei Notfällen, wie z.B. Selbstmordabsichten und Drogenkonsum anzuwenden, hat uns auch erlaubt, die Hospitalisationsdauer kurz zu halten.

Isabel: Obwohl es nicht unserer täglichen Arbeit entspricht, mussten wir manchmal aus Kompromiss- oder aus anderen besonderen Gründen Jugendliche oder Kinder behandeln, um ihnen z.B. in der Schule, im Studium oder im Beruf eine Orientierung zu vermitteln. Andere Gründe bestanden darin, dass dieses Kind oder jener Jugendliche auf Änderungen innerhalb der Familienszene auffällig reagierte. Die Anwendung dieser neuen Art der Therapie hat sich als sehr nützlich erwiesen, weil das Kind oder der Jugendliche das Gefühl hatte, eine Stimme zu haben und gehört zu werden.

Kubanische Herzlichkeit und Spontaneität

Klaus: Wie passen kubanische Herzlichkeit und Spontaneität mit der dialogischen Therapie zusammen?

María Eugenia: Ich glaube, dass es für uns sehr einfach gewesen ist, diese beiden Aspekte zu integrieren. Das, was für uns schwierig zu integrieren war, sind der therapeutische Stil und unsere kulturellen Eigenschaften. Zum Beispiel, diese Bedächtigkeit, dieses geduldige Warten, auf das, was der andere sagt. Wir sind kulturell gesehen ungeduldig, und wir möchten oft den Patienten die Worte aus dem Mund herausziehen. Und ich erinnere mich, dass uns dieser Therapiestil am Anfang seltsam erschien.

Isabel: Wir wissen alle, dass jeder Therapeut ein Training in der Technik braucht, die er ausgewählt hat, um sich damit wohl zu fühlen und seine Persönlichkeit daran anzupassen. Als Kubanerin, nicht als Therapeutin, denke ich, dass wir sehr kommunikativ sind und dass es uns leicht fällt zu dialogisieren und zu kommunizieren. Aber was uns anstrengt und was wir lernen müssen, ist, zuzuhören. Vielleicht glauben manche von uns Kubanern, dass man nur dann etwas lernen muss, wenn man nicht die absolute Wahrheit in Händen hält.

María Eugenia: Ich bin damit einverstanden. Uns fällt es schwer, zuzuhören.

Isabel: ...oder können wir nicht zuhören, weil wir sehr leidenschaftlich sind? Und das ist es genau das, was uns die Möglichkeit gibt, impulsiv zu sein oder den anderen die Worte aus dem Mund zu ziehen – mehr auf der Ebene unserer Gefühle und unseres Temperaments?

Magalis: Bezüglich der Frage der kubanischen Herzlichkeit und Spontaneität, würde ich nicht nur aus der Therapeutenperspektive, sondern auch aus der Perspektive der Familien etwas sagen:

Die Familien haben eine Vielzahl von anwesenden Personen akzeptiert – Klaus, der eine beeindruckende Persönlichkeit ist, eingeschlossen. Man hätte eigentlich erwarten können, dass sie ängstlich reagieren. Ich glaube, dass dieser Faktor, der in unserer Kultur verankert und der ein kubanischer Charakterzug ist, uns erlaubt hat, an den Ausbildungenseminaren teilzunehmen. Wir konnten sie ohne große Vorbehalte und Abwehr akzeptieren und mit einer herzlichen Form aufnehmen. Dies schließt ebenfalls die Familien unterschiedlicher Generationen ein, die bei den Seminaren anwesend waren. Unsere Spontaneität und Soziabilität haben dazu beigetragen, dies alles leichter erreichen zu können. Wir sind nicht nur herzlich, sondern bei allem was wir mitteilen, gestikulieren wir viel. In gewissem Maße haben wir gelernt, unsere Impulsivität zu kontrollieren und darauf zu warten, was gesagt wird. Ich glaube, dass es sehr gut geklappt hat. Und unsere besonderen Eigenschaften passen dazu wie der Ring auf den Finger.



Vereinbarkeit mit kommunistischen Ideen

Klaus: Wie passen systemische, sozialkonstruktivistische und dialogische Ideen zu kommunistischen Ideen?

Isabel: Als ich diese Frage gelesen habe, habe ich gedacht, dass sie sich auf die philosophische Position bezieht, die jedem psychotherapeutischen Stil und Verfahren zugrunde liegt. Ich denke, dass es keine Frage ist, die man sofort oder in zwei oder drei Minuten beantworten kann, und ich würde sie gerne umwandeln und vorschlagen, dass wir sie zum Thema des nächsten Seminars machen (sie lacht). Ja, weil ich glaube, dass wir uns dank der Übersetzungen des Materials, das Klaus uns mitgebracht hat, über die Theorien des Konstruktivismus

und Konstruktivismus eingehender informieren könnten. Ich glaube, dass ein Seminar über diesen theoretischen Kontext, den diese Form der therapeutischen Praxis begründet und unsere philosophische Position, die unsere Handlungsweisen begründet, ein gutes Thema für unser Treffen sein könnte.

Klaus: Was ich nicht gesagt habe, was ich aber unterstellt habe, ist, dass ihr auf Fragen die ihr nicht beantworten wollt, nicht antworten braucht.

Isabel: Das ist klar.

Klaus: Dieses Interview soll auch in den USA veröffentlicht werden, und wenn ihr nicht darauf antworten möchtet, braucht ihr es nicht zu tun.

Isabel: Das ist nicht das Problem – weder die Publikation selbst noch der Ort, wo es publiziert werden soll. Wir wissen, dass wir die Option haben zu antworten oder nicht. Was wir hier thematisieren, ist zumindest für mich, aber auch vielleicht für die Kolleginnen, die anwesend sind, dieser Frage die Wichtigkeit zuzuordnen, die sie tatsächlich hat. María Eugenia hat gesagt, dass wir in unserer medizinischen Ausbildung unter bestimmten theoretischen psychologischen Aspekten leiden, weil wir eine Ausbildung im klinischen Bereich haben, weil wir Ärzte sind. Wir haben, entweder als Autodidakten oder durch psychologische Schulung, unseren Wissensdurst gestillt, damit sich unsere Arbeit in einer angemessenen ethischen und kenntnisreichen wissenschaftlichen Praxisform realisiert. Deshalb es ist für mich eine interessante und wichtige Frage, weil sie uns theoretische Kenntnisse erschließt für das, was wir tun. Daher die Bitte, ein Seminar zu diesen Fragen zu organisieren.

María Eugenia: Ich bin absolut mit Isabel einverstanden, dass wir postmoderne Theorien und den Konstruktivismus noch besser kennen lernen sollten. Im Moment glaube ich, dass wir uns eher auf dem Niveau von Konzepten bewegen, als dass wir die Theorien selbst kennen. Wir sollten die sozialkonstruktivistischen sowie die postmodernen Ideen besser kennen. Aber ich glaube Klaus' Frage, zumindest denke ich so, könnte die Verbindung zwischen dialogischen, sozialkonstruktivistischen und kommunistischen Ideen betreffen. Ich denke der gemeinsamer Punkt ist das Soziale. Diese Fra-

ge könnte mit der vorangegangene Frage zusammenhängen, nämlich wie kubanische Herzlichkeit und Spontaneität zur dialogischen Therapie passen. Wobei ich beide, sowohl Herzlichkeit als auch kommunistische Ideen, als unsere kulturellen Eigenschaften auffasse. Natürlich bildet das Kulturelle und Soziale auch ein Teil der Person. Also ist meine Antwort von einem ideologischen Standpunkt gesehen, das Soziale¹².

Elsa: Vom ideologischen Standpunkt aus gesehen denke ich, dass ich über viele philosophische Haltungen bezüglich der Therapie sprechen könnte. Vom sprachlichen Standpunkt aus gesehen könnte man es unter dem Gesichtspunkt des Sozialen Handelns oder unter dem Gesichtspunkt eines evolutionären Entwicklungsprozesses sehen. Dies sind zwei unterschiedliche Betrachtungsweisen. Aber das schwierigste dabei ist, über alle Elemente zu sprechen, die sowohl Therapie als auch Theorie implizieren - insbesondere über die Beziehung zur Wahrheit, die objektive Realität, das Reale und das Irreale, die übermittelten Bedeutungen, die Prämissen, die ethischen und ästhetischen Werte. Es ist ein sehr komplexer Knotenpunkt, bei dem wir über die philosophische Position oder Haltung sprechen würden. Diese Antwort würde sehr viel Zeit und viel Wissen beanspruchen, und wir möchten diese komplexe und polemische Frage nicht vorschnell und knapp beantworten.

Kubanische Innovationen

Klaus: Was sind eure eigenen Beiträge und Veränderungen zur dialogischen Form mit den Patienten zu sprechen und ihnen zuzuhören? Habt ihr Zukunftsperspektiven und Projekte?

Isabel: In dem Maße wie wir diese Form der Therapie willkommen heißen und wir sie in der Gruppe anwenden, haben wir insofern Innovationen oder Modifikationen vorgenommen, als wir sie bei Patienten in der Gruppentherapie anwenden, indem sie selbst ein reflektierendes Team bilden. Es handelt sich um dieselben Patienten, die durch unser therapeutisches Modell und unsere Form der Gruppenarbeit trainiert sind. Das ist eine Veränderung, die bist jetzt sehr gut und produktiv ist.

Klaus: Ich habe diese Modifikation vor zwei, drei Jahren kennen gelernt. Habt ihr verschiedene vollständige Familien zur Gruppenthera-

¹² John Lannaman stellte die folgende Frage auf einem Panel in einer Konferenz in Svolvaer, Nord Norwegen, 1993: „Könnten wir ‚sozialkonstruktivistisch‘ nicht abkürzen und es sozial(konstruktion)istisch nennen?“

pie eingeladen, damit diese wechselseitig ein reflektierendes Team bilden?

Isabel: Wir haben es als eine Verfahrensform angewandt, denn manchmal kommt mehr als eine Familie zur Gruppe. Natürlich haben diese Familien etwas Gemeinsames, und sie können zu einem bestimmten Zeitpunkt für die jeweils andere Familie Bestandteil des reflektierenden Teams sein. Die Patienten selbst können ebenfalls Teil des reflektierenden Teams sein, denn unser Modell fordert, dass der Patient als Co-Therapeut mitarbeitet. Wenn wir diesen Vorteil nutzen und die neue Therapieform anwenden können, haben wir sehr gute Effekte. Das ist etwas, das wir ohne die „Erlaubnis“ des Professors und eigenständig entwickelt haben. Das war eine sehr gute Erfahrung und zumindest die Patienten sehen es so. Wir werden auch zukünftig weiter so arbeiten. Es war gut, und es wird gut sein. Und wir werden darüber eine Veröffentlichung schreiben. Wir müssen das gesamte praktische Verfahren verschriftlichen, um es in Erinnerung zu behalten.

Klaus: Ich bin gespannt auf den Artikel, um ihn ins Deutsche zu übersetzen und zu veröffentlichen.

Isabel: Nun, er wurde bereits geschrieben, aber er noch nicht übersetzt (alle lachen). Nein, er ist noch in Arbeit. Nun, wir schreiben ihn zusammen mit unseren Studenten, das heißt, er ist mir sehr präsent. Jetzt, da ich meine Arbeitsstelle wechsle, denke ich, dass ich diese neue Arbeitsform an meinen neuen Arbeitsplatz einbringen werde.

Klaus: Wo wirst du in Zukunft arbeiten?

Isabel: Im Zentrum für Plazenta-Zelltherapie. Dort werden psychosomatische Störungen und Probleme der Hautpigmentierung behandelt.

María Eugenia: Gut, wie Isabel sagte, haben wir lange Zeit zusammen gearbeitet und ich hoffe, dass wir bald wieder zusammen arbeiten werden. Die Beiträge, die wir geleistet haben, beinhalten die Übertragung der Erfahrungen mit Familien auf Gruppen. Innerhalb der Gruppe haben wir sowohl mit Einzelnen als auch mit mehreren Familien gearbeitet; dort haben die Patienten zusammen mit uns zum reflektierenden Team gehört. Das heißt, dass das reflektierende Team nicht nur aus Profis bestand. Und das war

nicht nur ein Beitrag zur Therapie, sondern auch ein Beitrag zum Spektrum und zur Leistungsfähigkeit unserer Arbeit. Er hat beides bereichert, viele Dinge erleichtert und akzeptabler gemacht hat. Innerhalb der Gruppe führen wir auch Einzelsitzungen durch, und wir haben viele Formen der RST angewandt. Neuerdings versuchen wir, szenisches Improvisieren als Reflexionsform zu nutzen. Diese Form haben wir noch nicht bei Familien angewandt. Mit der Anwendung dieser Reflexionsform befinden wir uns noch auf der ersten Stufe, und wir wenden sie nur bei einzelnen Patienten an. Schauen wir mal, was passieren wird. Zukünftig werden wir diese Theaterimprovisation mit Einzelnen, Familien und mit Familien in der Gruppe anwenden, und es weiter und weiter praktizieren, damit sich das Verfahren konsolidiert.

Elsa: Ich denke, dass wir bei der letzten Frage angelangt sind.

Zukunftsmöglichkeiten – Arbeit in der Gemeinde und darüber hinaus

Klaus: Gibt es noch andere Projekte die ihr vorhabt? (zu Elsa): Möchtest du diese Frage beantworten (lacht)?

Isabel (über Elsa): Sie wird ihren Doktor in SRT machen (alle lachen).

Klaus (zu Elsa): Du kannst dich auf das Beziehen, was du über die Taxi Organisation gesagt hast und über verschiedene Anwendungen und vielleicht kannst du über das Projekt des Referenzzentrums sprechen.

Elsa: Entschuldigung?¹³

Klaus: Ich sage das nicht um dich zu korrigieren, sondern um ein bisschen zu insistieren.

Elsa: Ja gut, als Beiträge außerhalb unsere Institution haben wir, wie gesagt, mit der Taxi-station gearbeitet – als Teil unserer Gemeindeversorgung. Das war eine Arbeit nach den Prinzipien der Wertschätzenden Organisation, wie der Professor sie erklärt hat.

Wir haben diese Prinzipien auch in einer schwierigen und angespannten Situation auf der Frauenstation angewandt. Diese Anwendungen fanden also außerhalb des Kontextes etablierter traditioneller Therapien statt.



¹³ Hier gebrauchte Elsa das deutsche Wort „Entschuldigung“. Dazu eine kleine Anmerkung: Als ich eines Tages wieder zu einem Seminar nach Havanna kam, war ich sehr gerührt und musste gleichzeitig über die Förmlichkeit lachen, als alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu meiner Begrüßung aufstanden und sagten: „Guten Morgen, Professor Klaus“. Die Teilnehmer des Seminars hatten zwischenzeitlich mehrere Stunden Deutschunterricht an der Universität genommen.

Schließlich führe ich eine Untersuchung mit zwanzig Familien durch; diese Untersuchung nutze ich für meine Disputation, um meinen Master in klinischer Psychologie zu erwerben. Das ist eine Untersuchung, in der die Reflexiv Systemische Therapie in verschiedenen Problembereichen von Familien angewandt wird. Dabei haben wir Resultate erzielt, die für uns sehr ermutigend sind.

Klaus: Magst du etwas hinzufügen was noch wichtig für dich ist?

Elsa: Nachdem ich diese Untersuchung abgeschlossen habe, möchte ich eine Arbeit mit einer größeren Zufallsstichprobe von Familien über einen größeren Zeitraum durchführen, bei der ich folgende Faktoren mit der Anwendung von RST vergleichen möchte: die Anwendung und Nicht-Anwendung von Psychopharmaka, die Höhe der Dosis und die Dauer der Hospitalisierung. Schließlich möchte ich noch eine weitere Studie durchführen, in der ich zusätzlich eine Gruppe bilde, die mit klassischer systemischer Therapie behandelt wird. Dann möchte ich die Resultate vergleichen. Darüber hinaus glaube ich, dass das theoretische und praktische Training, das wir von Professor Klaus erhalten haben, nicht nur sehr wichtig gewesen ist, was die Persönlichkeit von jedem von uns betrifft, sondern auch, weil es uns auch ein sehr nützliches Handwerkzeug gegeben hat. Zunächst als Therapeutin in der Akutstation, dann als Familientherapeutin und jetzt als Gruppentherapeutin empfinde ich, dass ich ein Instrumentarium erhalten habe, dass unter allen Umständen und für alle Formen der Therapie sehr nützlich ist.

Außerdem sagt man, dass man Kenntnisse erst dann vollständig erworben hat, wenn man sie verbalisieren kann. Und wir hatten Lust einen Kurs in familientherapeutischen Ansatz anzubieten, in dem der Hauptbestandteil die Reflexiv Systemische Therapie sein sollte. Somit konnten wir andere Therapeuten, die von außerhalb kamen, in dieser systemischen Therapieform trainieren. Dies scheint mir sowohl hinsichtlich des großen Behandlungsbedarfs als auch der großen Nachfrage hinsichtlich der Menge sowie für die Qualität, an die die kubanische Bevölkerung gewohnt ist, wichtig zu sein. Mit dieser Therapieform bieten wir sowohl einen qualitativ als auch ethisch hochwertigen Dienst an.

María Eugenia: Mir scheint, dass wir etwas zur Anwendbarkeit dieser Therapie in der Kommune sagen könnten. Warum sollten wir nicht Interventionen in der Kommune durchführen, wenn wir von den Erfahrungen mit der Taxisation ausgehen, von denen Elsa berichtet hat – z.B. in Arbeitszentren oder in Schulen? Soweit ich weiß, gibt es bereits Erfahrungen mit der Sekundarstufe einer Schule. Ich glaube nämlich, dass es wichtig ist, den Dialog als Bestandteil dieser Therapie zu verwenden, um Beziehungen auf die eine oder die anderer Art zu beeinflussen. Ich glaube, dass man sie sehr gut mit Familien in der Kommune und in Institutionen anwenden kann. Ich denke, dass es viele Varianten bezüglich der Anwendbarkeit gibt.

Von der medizinischen zur psychologischen Perspektive

Elsa: Ich glaube entschieden, dass es ein neuer Stil ist – nicht nur hinsichtlich der Qualität der Teilnahme der verschiedenen Personen, sondern auch hinsichtlich der Konzeptualisierung von Krankheit, weil die Diagnostik als solche ihr ontologisches Privileg¹⁴ verloren hat. Ein Kranker hört auf, jemand mit einer bestimmten Pathologie zu sein, um eine Person im Netz der familiären Beziehungen und persönlichen Konstruktionen zu werden, die sich über den Rest der Familie ausbreiten. Auf diese Weise fließt die Kommunikation aus anderen als pathologischen Gründen. Für mich ist das sehr wichtig, weil sich der Dialog normalerweise um den Kranken und seine Krankheit dreht.

María Eugenia: Ich glaube, dass wir vom medizinischen zu einem psychologischen Modell gelangt sind, ohne es bewusst beabsichtigt zu haben. Man könnte sagen, dass dies der Beitrag der Therapie ist, den er uns gegeben hat...

Isabel: ...bis zu dem Punkt, dass viele Angehörige ausgehend von diesem Diskurs sagen, dass wir nicht Psychiater seien, sondern Psychologen. Darauf müssen wir ständig antworten, dass wir wohl ein bisschen beides sind (lacht) und dass die Unterscheidung zwischen Psychiatern und Psychologen vielleicht eher eine Sprechweise ist.

Magalis: Ich würde sagen, dass jede Kollegin von ihren Zukunftsprojekten gesprochen hat, weil es ohne Zweifel eine innerliche Bewegung

¹⁴ Was Elsa hier mit der „Diagnostik als ontologisches Privileg“ meint, könnte man wie folgt erklären: Im klassischen medizinischen Denken gilt der Leitspruch „vor die Behandlung hat der liebe Gott die Diagnose gestellt“. In dialogischen (kommunikationsbezogenen, sozialkonstruktivistischen) Kontexten scheint das anders zu sein: die Art, wie man miteinander spricht, erzeugt die Wirklichkeit, so auch Diagnosen.

ausgelöst hat, die von einem Perspektivwechsel bei jedem von uns begleitet war. Sie haben über die Gemeinde gesprochen und dass in Zukunftsprojekten die Aussicht besteht, uns mehr in die Gemeinde einzubringen. Wir müssen unsere Kollegen, die mehr für die Kommune arbeiten, einbeziehen. Ich denke, dass wir in unseren Beziehungen mit den Aufnahmestationen neue Formen der Kommunikation und insbesondere neue Formen des Dialoges nutzen, denn bis vor kurzem hatten wir Positionskämpfe mit ihnen. Jetzt können wir von der Position, in der wir uns nun befinden, profitieren. Ausgehend von unserem Dialog müssen wir diese Veränderung und die Aufnahme in diese neuen Projekte erreichen.

Ich glaube, dass es möglich ist, dass das Projekt an dem wir seit Jahren arbeiten, das aber noch nicht schriftlich fixiert ist, sich realisieren wird und dass wir alle davon profitieren werden. Inzwischen gibt es viele Dinge, die wir neu kennen gelernt haben, aber es gibt auch einiges, was uns noch fehlt. Und als Teil dieser neuen Projekte möchten wir Fragen an den Professor richten, die Gegenstand zukünftiger Seminare sein können. Diese Fragen können sich als Teil der neuen Projekte ergeben. Ich glaube, dass es bald gelingen wird. Ich hoffe, dass in Zukunft weitere Personen in unseren Dienst einbezogen werden und dass wir erreichen, dass sie auch von dieser neuen Art zu arbeiten, stimuliert werden.

Einfluss in Kuba

Isabel: Als du Elsa gedrängt hast, etwas über die Projekte zu sagen, habe ich daran gedacht, dass wir beabsichtigen ein „Referenzzentrum für diese Therapieform“ zu werden. Auch deshalb haben wir Jahr für Jahr mit Professor Klaus zusammen gearbeitet und die einzelnen Trainingsschritte gemacht. So glaube ich auch, dass sich für unsere Dienststelle damit eine neue Behandlungsorientierung eröffnet, indem wir die Familien in diese Therapieform einbeziehen. Obwohl wir bereits früher in verschiedenen Bereichen mit Familien gearbeitet haben, ist dies eine neue Therapieform. Und ich finde es gut, dass unserer Abteilung diese neue Arbeitsform anbietet.

Magalis: Unser Projekt zeigt bereits Resonanz in unserem Zentrum und wir haben unsere Erfahrung auf internationalen Kongressen innerhalb unseres Landes dargestellt. Vor kurzem haben wir an einem solchen Kongress teilgenommen und auch der Professor war bei eini-

gen Seminaren dabei. In März werden wir an einer Tagung teilnehmen, die von der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie organisiert wird. Das ist eine weitere Gelegenheit, unsere Arbeit bekannt zu machen und eine Resonanz von außen zu erhalten. Natürlich müssen wir auch über unser nächstes Treffen sprechen: Unserer erstes gemeinsam geplantes Forum¹⁵. Bis jetzt hatten wir viele gemeinsame Treffen, aber dieses wird anders sein, da wir andere Personen eingeladen haben, um unsere Arbeit vorzustellen und die anderen können auch ihre Arbeit vorstellen. Wir sind begeistert, dass wir dies im kommenden Jahr (2006) verwirklichen können; wir werden hart für die Organisation arbeiten. Wir möchten dazu lernen, um unsere Arbeit zu verbessern.

Klaus: Gibt es etwas, was ihr noch ergänzen möchtet, etwas worüber wir noch nicht gesprochen haben oder was ich noch nicht gefragt habe?

Elsa: Jenseits der Theorie – wenn eine Familie, die hier behandelt wurde, uns eine andere Familie bringt und diese wiederum eine weitere, entsteht eine Kadenz von Familien, die nicht kommen, weil wir Reklame machen, sondern weil sie den anderen von der Nützlichkeit unserer Arbeit berichtet haben. Das ist der beste Beweis für den Erfolg und die Nützlichkeit dieser Therapieform.

Wir können sagen, dass die Mehrheit der Familien, die wir behandeln, auf diese Weise zu uns kommt. Mit Professor Klaus haben wir nicht nur einen hervorragenden Menschen kennen gelernt, sondern auch eine Therapieform, die wir vorher nicht kannten: die postmodernen Strömung der Psychotherapie verbunden mit dem Gebiet der Philosophie – das hatten wir vorher nicht oft erlebt und deshalb ist es besonders wichtig. Ergänzend möchte ich sagen, dass wir unter Supervision arbeiten konnten, nicht irgend eine Supervision, sondern die bei dem Professor, und das ist für uns sehr wichtig, weil es uns erlaubt, Inhalte und Formen aus erster Hand zu erlernen.

Isabel: Wir haben bereits an vielen Seminaren teilgenommen, und wir haben viele theoretische Erfahrungen gemacht – so wie die Kollegen und Referenten es dargestellt haben. Aber in diesem Fall haben wir, wie Elsa sagte, „live-Erfahrungen“ gemacht. – Mit den live-Konsulta-



¹⁵ Dialogic Rhythms – Transformaciones familiares. – Dezember 3.–7., 2006, Havana.

tionen haben wir an uns selbst erfahren, was die Familien erleben, wenn sie mit uns zusammen arbeiten.

Elsa: Ich möchte etwas hinzufügen was mir gerade eingefallen ist: Vielen Therapeuten aus anderen Ländern haben unsere Einrichtung besucht und unsere Therapieform kennen gelernt. Sie waren absolut erstaunt.

Zum Anschluss würde ich gerne noch eine kleine Geschichte erzählen: Wir hatten eine Familie mit sieben Mitgliedern in Therapie. Die Mutter war sehr, sehr neurotisch. In einer Sitzung habe ich ihr die Frage gestellt: „Welchen Titel würden Sie gerne einem Film geben, den Sie über ihre Familie machen würden?“ Die Mutter hat eine ganze Weile überlegt und dann kam sie mit einem sehr langen und sehr dramatischen Titel, darauf habe ich geantwortet: „Ah, das ist doch ein sowjetischer Filmtitel“? Die Frau, die die ganze Zeit verärgert war, wartete auf die Reaktion der Familienmitglieder und die brachen plötzlich in ein schallendes Gelächter aus. Und am Ende konnte sie nicht anders, als mitlachen. Ich würde sagen, dass der Filmtitel viel über diese Frau und ihre ganze Familie sagt. Er lautete: „Meine Familie durchlebt die Schmach des Lebens in dessen Sturmzentrum ich mich mit Mühe aufrecht halte“.

Isabel: Die Frage wäre: Ist das der Titel oder das Drehbuch?

Klaus: Was passierte, nachdem sie gelacht haben?

Elsa: Ich wollte eigentlich nicht mehr erzählen, weil diese Geschichte die Macht der Metaphern zeigt. Ich habe Ihnen gesagt: Ich lade euch zu einem weiteren Gespräch ein. Sie sind einen Monat später wieder gekommen. Diese Familie nahm an fünf Sitzungen teil. Sie haben viele, viele Probleme, an denen drei Generationen beteiligt sind, bereits gelöst.

Klaus: Ich möchte mich ganz besonderes herzlich bei euch bedanken – es war ein sehr bereicherndes, berührendes und spannendes Interview. Für mich ist es wie ein Schatz, auf den ich gut aufpassen muss, damit ich die Tonaufnahme des Interviews heil nach Deutschland bringe, um es dort transkribieren zu lassen. Ich glaube das könnte meine spanische Kollegin, Gema Carbajosa, machen; sie sollte auch die Übersetzung machen.¹⁶

Nachwort: Zukunftsprojekte und Perspektiven

Nachdem ich das Interview durchgeführt hatte, war ich sehr damit beschäftigt, die Vielfalt der positiven Aussagen gefühlsmäßig zu ordnen: Einerseits war ich stolz und erfreut über den Erfolg unserer Zusammenarbeit; ich hörte aber auch kritische innere Stimmen. Die eine sagte: „man könnte Dir vorwerfen, dass du das Interview selbst durchgeführt hast – ein neutraler Interviewer hätte vielleicht auch kritischere Rückmeldungen erhalten“. Eine weitere Stimme sagte, „vielleicht war die kulturelle Differenz „nur“ optimal, so dass diese positiven Effekte auftreten konnten; bei zu geringen oder zu großen Unterschieden wären die Erfolge vielleicht nicht so eindeutig gewesen“?

Eine vermittelnde innere Stimme sagte schließlich: „Das mag alles sein, aber wichtig ist das Ergebnis, das durch diese bestimmte Qualität der Zusammenarbeit entstanden ist. Diese Form bzw. Qualität der Zusammenarbeit ist gerade Kennzeichen des Ansatzes, den ich vermitteln wollte und kann damit vielleicht beispielhaft sein und andere Kolleginnen und Kollegen in ihrer Arbeit ermutigen“. Ich habe mich also entschieden, die Erfolge anzuerkennen und sozusagen als „Schwung“ für meine weiteren Arbeiten mit in die Zukunft zu nehmen.

So schlägt sich die Fortsetzung der Seminare fast von selbst vor – vielleicht in anderer Form und mit neuen Zielen. Fragen der Weiterbildung anderer kubanischer Kollegen, Supervisionsformen, Beratung von Institutionen sowie Forschungsprojekte könnten mehr in den Mittelpunkt rücken.

Eine vertragliche Vereinbarung über eine engere Zusammenarbeit zwischen dem *Marburger Institut*¹⁷ und der *Psychiatrischen Abteilung des Joaquin Albarran Krankenhauses* ist geplant. Darüber hinaus bemüht sich diese Abteilung um die offizielle staatliche Anerkennung als „Referenzzentrum für Systemische und Postmoderne Therapie und Beratung“, um für andere Kollegen die Weiterbildung in diesem Bereich zu sichern und die Fortsetzung der dialogischen Kultur in Kuba in den nächsten Jahren zu fördern.

¹⁶ Übersetzung des Interviews: Gema Carbajosa, Frankfurt und Klaus G. Deissler, Marburg.

¹⁷ <http://www.mics.de>

¹⁸ ...ein Schelm, der dabei an Familientherapie dächte...

Summary

In this article the author presents his work at a psychiatric university clinic of in Havana. Starting with a personal introduction he drafts a short summary of process and content of his teaching activities. This is followed by an interview with

four Cuban colleagues who describe the effects of this new form of therapy on their work with patients, their collaboration with colleagues and their personal life. The article is finished by describing future projects.

Literaturhinweise

Andersen, Tom (1990): Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge, Dortmund.

Anderson, Harlene/Gehart, Diane, R. (eds) (2006): Collaborative Therapy in Action: Bridging the Gap Between Theory and Practice, New York.

Anderson, Harlene (1999): Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung, Stuttgart

Deissler, Klaus G. (2005): Ethik, Ethiken – völlig losgelöst? Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung, 23:19-26.

Deissler, Klaus G./Kose, Karl-Heinz (2004): Beratung wertschätzende organisieren – Kommentar und Praxis. In: **Deissler, Klaus G./Gergen, Kenneth, J.** (2004): Die Wertschätzende Organisation, Bielefeld.

Deissler, Klaus G./Gergen, K.J. (hg.) (2004): Die Wertschätzende Organisation, Bielefeld.

Deissler, Klaus G. (2000): «...ich, mein Problem und die anderen...»: Von Ich-Erzählungen, Beziehungsgeschichten, transformativen Dialogen und Gesprächen im Dialog. Familiendynamik, 25, 411-449.

Deissler, Klaus G./Schug, Roswitha (2000): Mehr desselben? – Nur anders! Reflexive Konsultation – ein Vorschlag zur Transformation herkömmlicher Formen der «Supervision» (S. 64-75). In: **Deissler, Klaus G. & McNamee, Sheila (Hg.)**: Phil und Sophie auf der Couch. Heidelberg

Deissler, Klaus G. (1997): Sich selbst erfinden? Von Systemischen Interventionen zu selbstreflexiven therapeutischen Gesprächen. Münster.

Deissler, Klaus G. (1991): Ko-Mentieren – Einladung zu einer systemischen Poietologie. Gruppendynamik 22: 71-98. Auch in **Deissler, K.G.** (1997), a.a.O., S. 113-136.

Lindseth, Anders (2005): Zur Sache der philosophischen Praxis. Freiburg.

Kurzbiografien

Dra. MSc. Alejandra Magalis Martínez Hurtado, Professorin für Psychiatrie, spezialisiert in Sozialpsychiatrie und Drogenabhängigkeiten, Leiterin des Psychiatrischen Dienstes des Universitätskrankenhauses Joaquín Albarrán, Havanna. Sie ist Nachfolgerin von Prof. Dr. Reina Rodríguez. Sie ist Vizepräsidentin der Sektion „Alkoholismus und andere Abhängigkeiten“ der Kubanischen Gesellschaft für Psychiatrie, Mitglied des Akademischen Nationalkomitees für die Ausbildung in Drogentherapie und Vizepräsidentin der karibisch-medizinischen Gesellschaft (AMECA) (Sektion Krankenhaus). Sie ist Ausbilderin des Kurses Familientherapie, Havanna.

Dra. María Eugenia Lanigan Gutiérrez

Sie hat einen Master in Klinischer Psychologie und ist spezialisiert in Psychiatrie. Sie hat ein Diplom in Psychotherapie und ist Assistenz-Professorin am psychologischen Fachbereich der Universität Havanna. Sie arbeitet als Gruppenpsychotherapeutin mit neurotischen Patienten und ist Ausbilderin des Kurses Familientherapie, Havanna.

Dra. Isabel Caraballo Pons

Sie ist Psychiaterin, Assistenz Professorin und hat ein Master in Klinischer Psychologie. Sie ist Diplomiert in Blütentherapie und Medienpädagogik. Sie hat an Kursen über Klinische Forschungsmethoden und an Kursen in Hypnotischer Regression teilgenommen. Auf den internationalen Kongress für klinische Psychologie hat sie die Methode des Offenen Dialogs vorgestellt.

Dra. Elsa Araujo Pradere

Sie ist Professorin mit Lehrdeputat und arbeitet als Therapeutin in der Gruppentherapie für neurotischen Patienten. Sie ist Leiterin der Tagesklinik und bereitet zur Zeit ihren Master in Klinischer Psychologie an der Universität von Havanna vor. Sie hat an Kursen über Naturheilkunde, Traditioneller Medizin und Blütentherapie, sowie an Kursen über Lacansche Psychoanalyse teilgenommen. Sie ist Ausbilderin des Kurses Familientherapie, Havanna.

Dr. Klaus G. Deissler

2004 Herausgeber der Reihe DiskurSys, Bielefeld
2000 Vorsitzender der Geschäftsführenden Lehrtherapeuten viisa
1999 Gastprofessor am «Servicio de Psiquiatria Professor René Yodú; Hospital Universitario Dr. Joaquín Albarrán, Habana», CUBA
1992 Herausgeber der «Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung»
Seit 1978 Veröffentlichungen und Mitarbeit in Zeitschriften: über 40 Artikel, mehrere Bücher.
Seit 1976 als Berater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Psychologischer Psychotherapeut in privater Praxis tätig.¹⁸

Internet

<http://www.deissler.org>

<http://www.marburger-beratergruppe.de>

<http://www.mics.de>

Email: beratung@deissler.org