

Jürgen Kriz

# Die therapeutische Beziehung in der Systemischen Therapie

## The therapeutic relationship in systemic therapy

Die moderne Systemische Therapie (die international oft auch unter der Bezeichnung „Familientherapie“ firmiert) hat sich aus unterschiedlichen Ansätzen mit jeweils unterschiedlichen Menschenbildern entwickelt. Die gemeinsame Basis lag zunächst schlicht darin, mit Familien anstatt mit Einzelpersonen zu arbeiten, d. h., das soziale Netzwerk eines Patienten mit einzubeziehen, da dieses oft die Muster symptomatischer Prozesse stabilisiert und therapeutisch induzierte Veränderung unterläuft. Aus der Sicht der therapeutischen Beziehung besteht ein enger Zusammenhang zwischen den diversen epistemologischen Grundannahmen und dem Spektrum an Gestaltungen der therapeutischen Beziehung – was für unser Thema eine gute Gelegenheit bietet, diese Zusammenhänge zwischen dem Menschenbild, den Vorgehensweisen und der therapeutischen Beziehung zu analysieren. Daher werden zunächst die vier „klassischen“ Ansätze in der Systemischen Therapie – der psychodynamische, der strukturelle, der entwicklungsorientierte und der strategische – dargestellt und im Hinblick auf ihre Konsequenzen für die therapeutische Beziehung diskutiert. Im zweiten Teil werden die modernen Vorgehensweisen Systemischer Therapie – zusammengefasst unter dem Begriff „narrative Ansätze“ – dargestellt und bezüglich ihrer Auswirkung auf die therapeutische Beziehung untersucht. Insbesondere wird die Arbeit mit dem „Reflektierenden Team“ der klassischen strategischen Vorgehensweise gegenübergestellt, weil beide Ansätze zwar in mancherlei Hinsicht und auch in einigen technischen Aspekten ähnlich sind, aber mit einer recht unterschiedlichen Vorstellung über „Veränderung“ und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung verbunden sind. Abschließend wird das herausfordernde Konzept der „angemessenen Verstörung“ und dessen Bedeutung für die therapeutische Beziehung diskutiert.

### Schlüsselwörter

Systemische Therapie – struktureller Ansatz – erfahrungszentrierter Ansatz – strategischer Ansatz – narrative Ansätze – Verstören – reflektierendes Team

*Modern systemic therapy (also frequently referred to as family therapy) has been developed based on varying approaches – each with a different concept of man. The common ground of these approaches was to work with families instead of individuals, i. e. to include the social network often stabilizing the patterns of symptomatic processes and counteract therapeutic changes. From the perspective of the therapeutic relationship, there is a close relationship between the heterogeneity of philosophical principles and the diversity of*

*different notions of that relationship – which is a good opportunity to analyze the strong link between the concept of man, methodology, and the therapeutic relationship. Therefore, the four “classical” approaches to systemic therapy – psychodynamic, structural, humanistic and strategic – are briefly presented and their impact on the understanding of the therapeutic relationship discussed. In the second part, the modern approaches in systemic therapy – so-called “narrative approaches” – are presented with respect to the therapeutic relationship. Particularly, the “reflecting team” is contrasted to the classical strategic approach, as both approaches are somehow similar regarding some technical aspects but rather different in the philosophy of change and in the therapeutic relationship. Finally, the challenging idea of “adequate perturbation” and its meaning for the therapeutic relationship is discussed.*

#### Keywords

Systemic Therapy – structural approach – humanistic approach – strategic approach – narrative approaches – perturbation – reflecting team

## Die Heterogenität hinsichtlich der Herkunft systemischer Therapie

Die unterschiedlichen Vorstellungen von den Realisationen der therapeutischen Beziehung sind im systemischen Ansatz besonders groß. Dies lässt sich zunächst darauf zurückführen, dass historisch – zumindest von den 1940er bis 1980er Jahren – die Systemische Therapie fast ausschließlich als Familientherapie verstanden wurde und vor allem eine Frage des Settings war: D. h., es handelte sich zunächst statt einer therapeutischen Arbeit mit Einzelpersonen um eine Arbeit mit Familien.

Die typischen Klienten in dieser Anfangszeit in den USA waren ganz überwiegend sozial oder psychisch auffällige Jugendliche oder junge Erwachsene, die noch bei ihren Eltern lebten. Da hier oft den Eltern juristische oder soziale Verantwortlichkeiten zugeschrieben wurden, war es sinnvoll, sie in die Veränderungsprozesse mit einzubeziehen. Mindestens ebenso bedeutsam aber war die typische Erfahrung (von Therapeuten), dass eine deutliche Veränderung dieser Jugendlichen im therapeutischen Prozess die Eltern stark verunsichern kann – besonders dann, wenn diese nicht verstehend nachvollziehen können, „was da eigentlich geschieht“ und was diese Veränderung zu bedeuten hat. Die Verunsicherung resultiert daraus, dass sich die Familie trotz aller leidvollen Symptome meist irgendwie arrangiert und bestimmte Gewohnheiten ausgebildet hat. Und aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit wird „Veränderung“ als eine „Verschlechterung“ des Zustandes gedeutet. Wenn also über die genaueren Gründe und Prozesse sowie die Bedeutung dieser Veränderung Unklarheit besteht, ist es verständlich, dass jeglicher Veränderung entgegengewirkt wird. Dies muss gar nicht bewusst geschehen, läuft aber in der Praxis auf eine Art Boykott der therapeutisch begründeten Veränderungen hinaus. Es liegt daher auf der Hand, durch die Einbeziehung der anderen Familienmitglieder in die therapeutischen Prozesse diese Unsicherheiten zu verringern und damit statt eines solchen Boykotts eine eher kooperative und unterstützende Mitwirkung zu erreichen.

Dass diese Einsicht gerade in den USA und gerade nach dem 2. Weltkrieg in die Praxis umgesetzt wurde, liegt an der historischen Situation: Die Psychotherapeuten mit einer Ausbildung in den bis dato entwickelten Ansätzen – d.h. ganz überwiegend in Psychoanalyse und ihren tiefenpsychologisch fundierten Varianten – waren voll durch die große Zahl heimgekehrter traumatisierter Soldaten oder die Reaktionen auf tote bzw. verwundete Söhne, Brüder und Gatten absorbiert. Die vorhandenen therapeutischen Angebote reichten nicht einmal für diese Klienten – geschweige denn für andere Klientengruppen. Es bestand eine deutlich spürbare Unterversorgung. Dies erklärt den Entwicklungsboom in den USA von weiteren, auf kürzere Behandlungsdauer ausgelegten Therapieformen in jener Zeit (z.B. Verhaltenstherapien, humanistische Therapien). Im großflächig zerstörten Europa fanden solche Entwicklungen deshalb zunächst nicht statt, weil es hier an erster Stelle um noch basalere Bedürfnisse ging: nämlich um das nackte Überleben in einer zertrümmerten materiellen Umwelt. Psychische Probleme waren da eher zweitrangig. Diese Situation führte dazu, dass scheinbar unabhängig voneinander an mehreren Orten der USA, besonders in der Arbeit mit psychisch oder sozial auffälligen Jugendlichen, die Familien mit einbezogen wurden. Um zu betonen, dass Jugendliche nur als besonders beachtete Teile innerhalb eines insgesamt problematischen (Familien-)Systems gesehen wurden, sprach man bald von „Indexpersonen“ – also Personen, die mit ihren Symptomen auf das insgesamt nicht mehr funktionierende Familiensystem hinweisen. Insgesamt aber waren die Anfänge der Familientherapie durch ein hohes Ausmaß an rein praktischen Aspekten in der Arbeit bestimmt – eine fundierte Theorie fehlte.

Fokussiert auf das Setting einer Arbeit mit Familien lassen sich in den ersten zwei bis drei Jahrzehnten recht unterschiedliche theoretische und konzeptionelle Strömungen ausmachen – nämlich vor allem eine psychodynamische, eine strukturelle, eine entwicklungs- oder erfahrungsorientierte und eine strategische Grundorientierung. Für unsere Thematik, nämlich die therapeutische Beziehung im systemischen Ansatz zu beschreiben, sind diese heterogenen Quellen von Vorteil. Es wird nämlich durch diese große Variabilität der Zusammenhang zwischen der theoretischen Grundkonzeption und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung besonders deutlich. Daher sollen zunächst die vier genannten (klassischen) Grundorientierungen kurz skizziert und hinsichtlich ihrer Konsequenzen für die Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung untersucht werden:

## Die Spezifika der vier klassischen Grundorientierungen familientherapeutischen Arbeitens

### Die psychodynamische Perspektive

#### **a. Grundkonzeption**

Wie gerade betont wurde, lag es auf der Hand, dass in den Anfängen der Familientherapie für die Entwicklung der praktischen Vorgehensweisen am ehesten Vorstellungen aus der Psychoanalyse Pate standen: Es waren zu jener Zeit die einzigen ausgearbeiteten und verbreiteten theoretischen Konzepte von Psychotherapie überhaupt.

Unter „psychoanalytisch orientiert“ ist aber selten zu verstehen, dass psychoanalytische Konzepte, die ja aufs Individuum bezogen sind, in direkter Form auf die Familienebene

übertragen wurden. Ein Beispiel hierfür wäre aber Norman Paul (vgl. Hoffman, 1982, S. 254), der entsprechend zu Freuds Konzept der „Verdrängung“ von „ungelösten Trauervorgängen“ in der Familie sprach, die den Symptomen zugrunde liegen und die aufgedeckt und durchgearbeitet werden müssen. Im Hintergrund der Dynamik sah er oft einen Todesfall oder andere Verluste, die zur entsprechenden Zeit nicht angemessen betrauert wurden.

Vorwiegend wurde in der psychoanalytischen Familientherapie die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern in das Zentrum der Betrachtung gerückt und direkt thematisiert. Beispiele für solche Konzepte sind etwa „marital schism“ (Ehespaltung) und „marital skew“ (eheliche Strukturverschiebung) von Theodore Lidz, „pseudomutuality“ (Pseudogegenseitigkeit) von Lyman Wynne oder „emotional fusion“ (emotionale Verstrickung) bzw. „undifferentiated family ego mass“ (undifferenzierte Familien-Ego-Masse) von Murray Bowen.

Viele psychoanalytisch orientierte Familientherapeuten erweiterten die Perspektive zudem nicht nur vom Individuum auf die gegenwärtige Kernfamilie, sondern auf die Multigenerationen-Familie. Dabei wurden Großeltern oder noch weiter zurückliegende Generationen in die Therapie mit einbezogen: Sie wurden entweder gebeten, persönlich an den Sitzungen teilzunehmen, oder (was meist der Fall war) es wurde zumindest der Beziehung der Kernfamilie zu diesen Personen ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Entsprechend wurden auch Begrifflichkeiten gebildet: So verwendete Ivan Boszormenyi-Nagy als Metapher gern ein über mehrere Generationen hinweg geführtes „Konto-Buch“ angefallener „Schuldverschreibungen“ mit genauen Aufzeichnungen über Schuld und Sühne (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1975). Pathologische Symptome sah er im Zusammenhang mit einer zu großen Anhäufung von Ungerechtigkeit auf dem „Konto“ des identifizierten Klienten. Wie schon Wynne mit dem o. a. Begriff der „Pseudogegenseitigkeit“ hervorhob, werden nämlich die individuellen Interessen oft dem Überleben der Gruppe bzw. Familie geopfert – etwa wenn das heranwachsende Kind durch Festhalten an der Mutter-Kind-Symbiose die Mutter vor dem Zusammenbruch bewahrt oder wenn das Kind Symptome produziert, „damit“ sich die Eltern, statt zu streiten, gemeinsam um es kümmern. Ein wesentlicher Aspekt der Therapie lag für Boszormenyi-Nagy daher in der Vergebung. Diese könne durch die Einsicht ermöglicht werden, dass Eltern, Großeltern usw., ihrerseits eingebettet in ihre Familien, in bestimmter Weise handeln „mussten“. Symptome können dabei meist in einen positiven Kontext gestellt werden, indem herausgearbeitet wird, was sie für das familiäre Gleichgewicht und die Intergenerations-Dynamik bedeuten (etwas, was man heute „Reframing“ nennt – s. u.).

Im deutschen Sprachraum hat Horst-Eberhard Richter sehr früh die Eltern-Kind-Beziehung Aspekte in seine familientherapeutische Analyse mit einbezogen. Er entwickelte eine Rollentheorie (Richter, 1963, 1972), die sich auch zur Beschreibung von Paarverhältnissen unter Erwachsenen eignet. Diese Rollen sind durch die unbewussten und bewussten gegenseitigen Erwartungen der Partner charakterisiert, wobei diese Erwartungsstrukturen oft Abwehrprozessen dienen, nämlich um sich kompensatorisch von intraindividuellem Konfliktspannung zu entlasten. Statt Konflikte also selbst auszutragen, wird der Partner manipuliert, als entschädigendes Ersatzobjekt zu fungieren.

Für die familientherapeutische Entwicklung in Deutschland war Helm Stierlin (1982) mit seiner „Dynamischen Familientherapie“ noch bedeutsamer. Dieser Ansatz umfasst „horizontale“ und „vertikale“ Aspekte: Bei den Ersteren geht es um die Beziehungen zwischen Mitgliedern der gleichen Generation, bei den Letzteren u. a. um die Frage, wie sich eine ungelöste Bindung an die eigenen Eltern auf die Beziehung zum Ehepartner auswirkt. Dabei werden fünf Hauptgesichtspunkte unterschieden, von denen jeder psychoanalytische und systemische Aspekte miteinander verbindet und Möglichkeiten für therapeutische Interventionen eröffnet: *Bezogene Individuation, Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung, Status der Gegenseitigkeit* sowie in der Mehrgenerationen-Dynamik *Delegation und Vermächtnis und Verdienst*.

### **b. Folgen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

Entsprechend ihrer Entwicklung aus dem Paradigma der Psychoanalyse heraus steht die konzeptionelle Bewusstmachung der den Symptomen zugrunde liegenden Konflikte im Vordergrund – wobei natürlich auf zentrale „klassische“ Aspekte der Arbeit und der therapeutischen Beziehung wie Übertragung und Gegenübertragung, Widerstandsanalyse (im engeren Sinn) aufgrund des Settings verzichtet wird.

Die zentralen Gesichtspunkte für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in diesem Ansatz hat Stierlin (1982) wie folgt herausgearbeitet: **Allparteilichkeit** als Bemühen darum, sich aktiv in die Position eines jeden Familienmitgliedes einzufühlen; **Aktivität** als Notwendigkeit für den Therapeuten, häufig einzugreifen, da sonst leicht der maligne Clinch, die Abwehrstrategien oder die Pathologie des Systems verstärkt wird; **Betonung des Positiven**, d. h., es soll die Funktionalität der Symptome und deren Beitrag für die Familie in den Vordergrund gestellt werden und nicht so sehr pathologisch-dysfunktionale Aspekte; **Mobilisierung der Ressourcen der Familie** als Tendenz der Intervention, mit der Betonung des Positiven auch die vorhandene Ressourcen wie Einsatzbereitschaft und -freudigkeit, Opferbereitschaft usw. zu entdecken und zu fördern.

## Die strukturelle Perspektive

### **a. Grundkonzeption**

Die Bezeichnung „strukturelle Familientherapie“ wurde von Salvador Minuchin geprägt, dessen Arbeit in den 1960ern – erst in New York, später in Philadelphia – sehr einflussreich war. Der Begriff „Struktur“ bezieht sich hier insbesondere auf die Gliederung der Familie in Subsysteme (einzelne Personen, Kinder/Eltern usw.), auf das Ausmaß an Starrheit bzw. Flexibilität dieser Subsysteme, auf die Transaktionen zwischen ihnen sowie auf Aspekte der Abgrenzung und der Durchlässigkeit solcher Subsysteme. Es wird bei der Arbeit mit Familien Wert auf klare Grenzen zwischen den Subsystemen gelegt, denn sie haben die Funktion, die Differenzierung des Systems (in Subsysteme) zu bewahren, wodurch das Familiensystem seine Funktionen erfüllt (z. B. die einzelnen Mitglieder zu schützen, sich Veränderungen anzupassen, Kontinuität zu gewährleisten usw.). Klarheit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Grenzen weder unangemessen starr noch diffus sein sollen. Im ersten Fall wären die Subsysteme voneinander losgelöst bzw. isoliert, im zweiten Fall spricht Minuchin von „Verstrickung“. Positiv formuliert kann ein Subsystem bei klaren

Grenzen seine Funktionen ohne eine unzulässige Einmischung von außen vollziehen und gleichzeitig Kontakt nach außen haben.

Aus struktureller Perspektive werden drei charakteristische Subsysteme hervorgehoben, deren Abgrenzung und Funktionsfähigkeit im Gesamtzusammenhang betrachtet werden: das eheliche, das elterliche und das geschwisterliche Subsystem.

Das **eheliche Subsystem** hat lebenswichtige Funktionen für die Familie – allein schon deshalb, weil es i. d. R. die Familie überhaupt erst gründet. Die Interaktionsmuster zwischen den Partnern sollten weitgehend komplementär sein, „so dass jeder Ehegatte ‚nachgeben‘ kann, ohne das Gefühl, sich ‚aufgegeben‘ zu haben“ (Minuchin, 1977, S. 76). Die Abgrenzung gegenüber den anderen Familienmitgliedern muss für dieses System besonders klar sein, da „Mann und Frau ein Refugium vor den vielfältigen Anforderungen des Lebens“ brauchen. „In der therapeutischen Situation schreibt dieses Bedürfnis zwingend vor, dass der Therapeut die Grenzen rund um das eheliche Subsystem schützt“ (ebenda, S. 77). Dies gilt auch dann, wenn Kinder vorhanden sind, die Personen des ehelichen also auch ein elterliches Subsystem bilden.

Das **elterliche Subsystem** kann ggf. auch einen Großelternanteil oder ein Kind enthalten, das zu elterlichen Funktionen delegiert wurde. Eltern haben Normen und Werte zu vermitteln, d. h., sie tragen die Verantwortung für die Sozialisation; und sie übernehmen für einen großen Zeitraum einen bedeutenden Teil der materiellen Absicherung. Beide Subsysteme müssen in angemessener Weise zeitlichen und physischen Raum erhalten. Problematisch wird es, wenn das elterliche oder das eheliche System zugunsten des anderen vernachlässigt wird.

Kinder haben das Recht und die Verpflichtung, zu wachsen und Autonomie zu entwickeln, d. h., auch die Grenzen des **geschwisterlichen Subsystems** müssen gewahrt und geschützt werden.

Die Zusammenhänge zwischen den Subsystemen – oft über mehrere Generationen hinweg – lassen sich in einem spezifischen Notationssystem graphisch anschaulich darstellen. Man spricht dann von einem **Familiengenogramm** (Gerson, McGoldrick & Petry, 2008). Dies wird heute vielfach im systemisch familientherapeutischen Ansatz eingesetzt, besonders auch in der systemischen Einzeltherapie, weil sich hier gut mit diesen symbolisierten Beziehungsmustern arbeiten lässt.

Ein wichtiges strukturelles Konzept ist die sog. **Triangulation** (Dreiecksbildung): Hierunter versteht man die „Erweiterung einer konflikthaften Zweierbeziehung um eine dritte Person (z. B. ein Kind), die den Konflikt verdeckt oder entschärft. So kann ein Konflikt etwa dadurch verdeckt werden, dass ein Kind z. B. ein Problem oder ein psychosomatisches Symptom verstärkt und beibehält, weil sich dann z. B. die Eltern gemeinsam diesem Problem widmen können bzw. müssen. Fast immer (allein schon wegen der üblichen Familiengröße) sind an solchen Triangulationen oder »starrten Triaden« mehrere Generationen beteiligt. Die Einbeziehung der Großeltern ist deshalb besonders wichtig, weil sich in Familien mit Triangulationen gestörte Beziehungen oft auch in der nächsthöheren Generation wieder finden lassen. So tritt die Koalition zwischen einem Kind und einem Elternteil beispielsweise häufig zusammen mit der Koalition eines Elternteils zu einem Großelternanteil auf.

### **b. Folgen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

Alle in dieser Skizze hervorgehobenen Konzepte machen deutlich, dass die Intervention des Therapeuten vor dem Hintergrund der normativen Vorstellung Minuchins darüber geschieht, wie die Struktur einer gut funktionierenden Familie beschaffen sein sollte und wie nicht: „Die Ursache der Schwierigkeiten sind die dysfunktionalen Transaktionen der Familie, die im Verlauf der Therapie verändert werden müssen“ (Minuchin & Fishman, 1983, S. 50). Aus diesem Grunde geht der Therapeut auch recht direktiv vor, er muss „von Anfang an die Führung übernehmen“ (ebenda). Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung auf Basis eines solchen normativ-konzeptionell festgelegten Bildes einer „gesunden“ Familie gibt dem Therapeuten zwar Sicherheiten, schärft auch seinen Blick für bestimmte ungünstige Konstellationen (die ggf. sogar prototypisch sein können), schränkt aber gleichzeitig seine Kreativität und das Spektrum an Betrachtungs- und Vorgehensweisen ein. Dem Patienten und seiner Familie wird quasi automatisch dieses normative Bild und eine vorstrukturierte Idee davon vermittelt, was wichtig ist und was nicht. Gerade das für die heutige systemische Therapie so wichtige „Spiel der Ideen“ (s. u.) findet im streng strukturellen Ansatz kaum statt. Das in diesem Ansatz entwickelte Notationssystem vermag aber in Form eines Genogramms den Austausch über Wirklichkeitsbeschreibungen anzuregen und ist daher eine wichtige „Technik“ auch moderner Vorgehensweisen.

## Die entwicklungs- oder erfahrungszentrierte Perspektive

### **a. Grundkonzeption**

Personen, die sich diesem Ansatz zuordnen lassen, sind u. a. Virginia Satir, Peggy Papp und Walter Kempler. Existenzialistische, phänomenologische und humanistische Themen wie Autonomie, Wachstum, Begegnung, Ganzheit, Einzigartigkeit spielen hier eine große Rolle – von der Grundkonzeption her lässt er sich also in die Familie der humanistischen Psychotherapie einordnen. Die Übergänge zu verschiedenen Richtungen, die auf dieser Basis Einzeltherapie durchführen – besonders Gestalttherapie, Personenzentrierte Therapie und Psychodrama – sind oft fließend. Allerdings werden in der Familientherapie stärker der Kontext der Symptome und die systemische Vernetzung von Kommunikationen (im weitesten Sinne) berücksichtigt.

Im Zentrum dieser Ansätze stehen nicht die Struktur der Familie, die Strategie des therapeutischen Vorgehens oder psychodynamische Theorievorstellungen, sondern die Erfahrung im doppelten Sinne des Wortes: Erstens geht es um die gegenseitige Erfahrung der Familienmitglieder hinsichtlich ihrer emotionalen Äußerungen in ihren Aktionen, Reaktionen und Interaktionen im Hier und Jetzt. Zweitens geht es um die bisherige Erfahrung (individuell wie familiär) als kontextueller Hintergrund für das jetzige Geschehen und die weiteren Erfahrungsmöglichkeiten – dies schließt also den Entwicklungsbegriff mit ein. Erfahrungszentrierte Familientherapie hat trotz der systemischen Perspektive durchaus auch die Änderung (besser: das Wachstum) der **einzelnen** Personen im Auge. Dem humanistischen Menschenbild entsprechend wird eine Person unter natürlichen, nicht behindernden Bedingungen als grundsätzlich gesund angesehen: als kreativ, produktiv und liebenswert.

Wie dies schon eine psychodynamische Sichtweise betont, hebt auch der erfahrungszentrierte Ansatz hervor, dass das Paar, das sich zur Gründung einer Familie zusammenschließt, bereits von seinen Ursprungsfamilien bestimmte Aufgaben (bzw. Lebenspläne, Skripts) delegiert bekam, die es zu erfüllen gilt.

Dabei geraten Personen in ihrer Entwicklung oft in einen Loyalitätskonflikt: Loyalität gegenüber der (Ursprungs-)Familie vs. Loyalität gegenüber sich selbst. Dies kann zu einer engen Umklammerung anderer führen – doch in der Bewegungslosigkeit, in der Angst, den anderen und dessen Liebe/Zuwendung zu verlieren, wird gerade diese Liebe erstickt. Liebe, Zuwendung, gute Kommunikation usw. sind eben nicht wie Perlen, die man festhalten und sichern müsste oder könnte, sondern wie Pflanzen, die ständiger Erneuerung im Wachstum bedürfen, um nicht einzugehen.

Für Virginia Satir hat der **Selbstwert** in Verbindung mit Wachstum eine besondere Bedeutung für die Kommunikationsstrukturen in der Familie. Kommunikation ist dabei der „Maßstab, mit dem zwei Menschen gegenseitig den Grad ihres Selbstwertes messen, und sie ist auch das Werkzeug, mit dem dieser Grad für beide geändert werden kann“ (Satir, 1975, S. 49). Ein geringer Selbstwert führt zu dysfunktionaler Kommunikation, weil dann auf bestimmte starre Reaktionsmuster (s. u.) zurückgegriffen werden muss, um den Selbstwert zu schützen. Entsprechend beschreibt sie vier „universelle Reaktionsmuster“ bzw. Kommunikationsformen, die Menschen verwenden, um einer Minderung ihres Selbstwertes vorzubeugen: **Beschwichtigen, Anklagen, Rationalisieren und Ablenken.**

Diese Kommunikationsmuster sind nach Satir oft in gestörten Familien vorzufinden und als Abwehr eines zu schwachen Selbstwertes gegen (vermeintliche) Bedrohung zu verstehen. Die Muster betreffen vor allem die Beziehung der Personen untereinander. Sie gehen über den reinen Inhalt der gesagten Worte hinaus und umfassen u. a. auch Mimik und Gestik, wobei z. B. Wortinhalt und nonverbale Kommunikation oft durchaus Unterschiedliches ausdrücken. Diesen Mustern *gestörter* Kommunikation – zur Verbergung der (vermeintlichen) Schwäche des Selbstwertes – stellt Satir eine *kongruente* Kommunikationsform gegenüber: Der Mensch, der sich in Kontakt zu sich selbst befindet, sendet auf allen Ebenen übereinstimmende Botschaften.

### **b. Folgen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in diesem Ansatz nimmt besondere Rücksicht auf die Bedrohung des Selbstwertes der Patienten und die daraus resultierenden o. a. leidvollen Reaktionsmuster im missglückten Schutz. Die Interaktion beruht auf Wertschätzung, klaren Regeln, Realitätsbezogenheit, Zuverlässigkeit und Zuversichtlichkeit. In diesem Rahmen können die mit dem Selbstwert zusammenhängenden Wünsche, Erwartungen, Erfahrungen und Bewertungen angesprochen werden und dabei auftretende Diskrepanzen bei sich selbst und den anderen wahrgenommen und bewusst gemacht werden. Eine typische Form der Intervention ist z. B. die Skulptur, in welche die Beziehungen quasi als Standbild – besonders die o. a. Reaktionsmuster – symbolisch und leiblich dargestellt und so erfahren werden.

Kempler (1975) hat für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung so etwas wie „Leitlinien“ publiziert, die u. a. beinhalten: „Das Unmittelbare in den Vordergrund stellen“, „Sprich lieber zu jedem Einzelnen als zu mehreren auf einmal“, „Verankere das Gespräch



lieber an der praktischen Wirklichkeit als an Ideen“, „Bringe Einzelheiten und nochmals Einzelheiten! Bitte um Feedback und nochmals um Feedback!“, „Erlaube nicht, dass Interventionen zum Gesprächsgegenstand gemacht werden“, „Wünsche müssen aufrichtig, detailliert, persönlich sein – und vorzugsweise klein und erfüllbar“, „Finde Bedürfnisse heraus – und beginne damit beim Therapeuten“.

Hierzu gehört allerdings auch die Leitlinie: „Alle Bemerkungen über eine Person, die zu einer dritten gesagt werden, sind als unerwünschter Klatsch zu betrachten. ‚Sagen Sie es ihm (ihr, ihnen)‘ ist das Stichwort.“ Daran wird der Gegensatz zwischen der entwicklungsorientierten Perspektive und der folgenden – der strategischen – besonders deutlich, denn hier würde man genau das Gegenteil formulieren.

## Die strategische Perspektive

### a. Grundkonzeption

Unter dieser Perspektive wurden Probleme auf der Ebene der einzelnen Personen weitgehend unberücksichtigt gelassen, d.h. bewusst alle psychischen Phänomene wie individuelle Konflikte, Bedürfnisse, Schicksale, Motivationen, körperliche Dispositionen usw. vernachlässigt – unabhängig davon, dass und wie diese Manifestationen und Repräsentanten der Familienstrukturen sind. Stattdessen steht hier die Dynamik der gesamten Familie als kommunikatives System im Zentrum der Betrachtung und Interventionen.

Die zugrunde liegende Überlegung des strategischen Ansatzes ist dabei folgende: Wenn die Probleme, mit denen die Familie in die Therapie kommt, wesentlich als Erscheinungsbild der familiären Interaktionsstrukturen verstanden werden können (oder zumindest durch diese Strukturen aufrechterhalten werden), müsste eine Veränderung bzw. Zerstörung dieser Strukturen eine Veränderung der Probleme und Symptome zur Folge haben. Dabei müsste man sich noch nicht einmal die Mühe machen, genau analytisch zu erfassen, welche Struktur es war, die man zerstörte.

Am radikalsten wurde dies in Europa vom berühmten „Mailänder Team“ um Mara Selvini Palazzoli vertreten (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1977). Dieses Team hatte ein spezielles Setting entwickelt: Zwei Therapeuten arbeiten mit der Familie, zwei weitere beobachten den Prozess durch einen Einwegspiegel. Zwischen den beiden Teambesitzern besteht reger Kontakt, da über ein Telefon zwischen beiden Räumen kommuniziert werden kann. Ein Effekt dieses Vorgehens besteht aus Sicht dieses Teams darin, dass die Familie solche Therapeuten, die ganz offensichtlich von außen „beherrscht“ werden, nicht in ihr Spiel einbeziehen kann: Der Versuch, diese Therapeuten selbst zu beherrschen, ist offenbar zwecklos.

Gegen Ende der Sitzung wird eine Pause gemacht, in der sich das gesamte Team in einem Nebenraum miteinander bespricht. Dann verkündet das Team z. B. geschlossen eine Definition der Situation oder eine Aufgabe. Ein wichtiger Aspekt ist dabei das **Gegenparadoxon**, das **pragmatische Paradoxien** außer Kraft setzen soll: Mit letzterem ist ein unlösbarer Widerspruch zwischen den unterschiedlichen Bedeutungen einer Handlung verstanden. So ist z. B. die Aufforderung an den Partner, sich „mehr spontan“ zu verhalten, nicht erfüllbar. Denn benimmt er sich nun so, ist das nicht „spontan“, denn es wurde ja angeordnet. Andernfalls aber verhält er sich auch nicht spontan. D. h., allein durch die

Aufforderung ist nun alle Spontaneität verhindert. Beim „Gegenparadoxon“ geht es daher darum, die Logik des paradoxen Spiels außer Kraft zu setzen. Der erste wesentliche Schritt besteht darin, die Selbstdefinition der Familie bezüglich der Symptomatik umzuformulieren. Dies geschieht über positive Konnotation bzw. Symptomverschreibung: Sowohl das symptomatische Verhalten des Klienten als auch das Verhalten der anderen Familienmitglieder, die dies (im systemischen Sinn) unterstützen, wird positiv für die dynamische Stabilität des Familien-Systems definiert und dessen Beibehaltung daher (gestützt auf diese Interpretation) empfohlen. Sofern nun die Familie dieser Empfehlung nicht folgt, ändert sich offensichtlich das symptomatische Verhalten. Falls sie aber folgt, übernimmt sie indirekt auch die Interpretation – was z. B. bedeutet, dass man das aktiv hervorbringt, von dem man sich bisher nur als Opfer bedroht sah. Doch was man aktiv hervorbringt, kann man auch ändern.

Unter den hier entwickelten Techniken ist besonders das Konzept des zirkulären Fragens bekannt geworden und spielt auch in der heutigen systemischen Therapie durchweg eine zentrale Rolle. Dabei wird eine Person über ihr Erleben und ihre Vermutungen bezüglich der Beziehung zwischen zwei anderen befragt. So könnte man den Sohn angesichts der Tränen der Mutter fragen: „Was glaubst du, wie es deinem Vater geht, wenn er deine Mutter so weinen sieht?“ Es können auch nicht anwesende Personen und hypothetische Situationen angesprochen werden. Allgemein geht es auch darum, zur Sprache zu bringen, wie jedes Familienmitglied auf die symptomatischen Verhaltensweisen reagiert, indem man z. B. fragt: „Wenn X a tut, wie reagiert dann Y? Und wie reagiert Z?“

### **b) Folgen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

Schon das Mailänder Setting ist die Inszenierung einer Beziehung, wo die Therapeuten von „außen“ faktisch „kommunikative Bomben“ in Form paradoxer Schlussinterventionen in das Familiensystem werfen. Als Konsequenz sind auch die Metaphern, die hier für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung verwendet werden – wie „Manöver“, „Gegenangriffe“, „Strategie“ etc. – solche des „Kalten Kriegs“, wie auch die beiden Männer des Teams, Boscolo und Cecchin, später selbst kritisierten (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1988). Inzwischen haben die beiden eine Arbeitsweise entwickelt (s. Boscolo & Bertrando, 1994), in der narrative Strukturen, Metaphernanalyse und vor allem dialogische Aspekte eine viel größere Bedeutung haben (vgl. weiter unten). Auch die Frauen – Selvini Palazzoli und Maira Prata – bereuen inzwischen den „familiären Reduktionismus“ und den Irrtum, den Hypothesen über das Beziehungssystem die ausschließliche Aufmerksamkeit zugewendet zu haben. Sie beziehen nun stärker Individuum-zentrierte Aspekte mit ein und nähern sich der ursprünglich verschmähten psychoanalytischen Sichtweise wieder an (Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., 1981).

Trotz der folgerichtigen und notwendigen Abkehr von einer so radikalen strategischen Sichtweise und der damit verbundenen therapeutischen Machtbeziehung sind die Konzepte des strategischen Ansatzes für die Entwicklung der im Folgenden vorgestellten modernen systemischen Therapie von großer Bedeutung, auch wenn dabei das Verständnis von Therapie, die Vorgehensweise und auch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung sehr stark verändert wurden. Konzepte der Mailänder lassen sich nämlich durchaus modifiziert in deutlich anderen kontextuellen Gestaltungsräumen verwenden. Das gilt

neben Techniken wie den zirkulären Fragen auch für die drei von den Mailändern benannten zentralen Konzepte ihrer Arbeit, nämlich: **Neutralität**, womit gemeint ist, dass die Familienmitglieder am Ende einer Sitzung nicht den Eindruck haben sollten, dass der Therapeut mit einem von ihnen ein Bündnis eingegangen sei; **Hypothetisieren** zielt darauf ab, dass die von den Therapeuten gesammelte komplexe Information in Bezug auf das Symptom in systemische Hypothesen gebracht wird, wobei diese Hypothesen der Ausgangspunkt für die Informationserhebung und die Intervention sind; **Zirkularität** meint die über die o.a. Technik zirkulären Fragens hinausgehende Intention, besonders die Unterschiede im Verhalten hervorzuheben (statt Gefühle oder Interpretationen).

## Facetten moderner Systemischer Therapie und deren Stellenwert für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Obwohl heute wohl kein Therapeut mehr nach den bisher skizzierten vier „klassischen“ Grundkonzeptionen systemischen Arbeitens in „Reinform“ vorgeht oder sich (nur) einer dieser Richtungen zuordnen würde, sind die beschriebenen Ansätze alles andere als nur „historisch“: Vielmehr sind letztlich alle genannten Perspektiven und Vorgehensweisen in die heutige Systemische Therapie eingeflossen, haben dabei allerdings andere Akzentuierungen, Umdeutungen und auch Erweiterungen erfahren. Diese integrative Zusammenführung ist für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung allerdings insofern nicht unproblematisch, als eben doch erhebliche Unterschiede, gerade auch hinsichtlich der zugrundeliegenden Haltung, deutlich wurden. Und es liegt auf der Hand, dass sich zwar vergleichsweise leicht Vorgehensweisen zusammenführen lassen und dann gewissermaßen auch mit ihren Unterschieden ein eben noch größeres Spektrum abbilden – aber wie steht es mit der therapeutischen Beziehung? Die unterschiedlichen Perspektiven beruhen ja letztlich auch auf Unterschieden im Menschenbild. Und da lassen sich Gegensätze nicht einfach „integrieren“. Insofern finden sich unter dem Dach der Systemischen Therapie durchaus Therapeuten mit heterogenen Menschenbildern und entsprechend mit unterschiedlichen Vorstellungen von der Gestaltung der therapeutischen Beziehung wieder. Gleichwohl kann global festgestellt werden, dass sich die therapeutische Beziehung im systemischen Ansatz in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten deutlich von normativen Bildern hinsichtlich einer „gut funktionierenden Familie“ (wie im strukturellen Ansatz) oder gar von externer Machtausübung und Manipulation (wie z. B. den paradoxen Interventionen des strategischen Ansatzes) verabschiedet hat. Im Zentrum steht heute die kooperative Gestaltung des ablaufenden therapeutischen Prozesses. Jedenfalls gilt dies für die Hauptströmungen (Einschränkungen hierzu werden unten erwähnt.), die in heutigen Lehrbüchern beschrieben werden (v. Schlippe & Schweitzer, 2013). Diese Veränderung lässt sich besonders gut beim Ansatz des **Reflektierenden Teams** zeigen, das auf aus einer Modifikation des Mailänder Settings entwickelt wurde:

### Das Reflektierende Team

Dieser Ansatz geht auf den Norweger Tom Andersen (1990) zurück und hat zunächst dahingehend Ähnlichkeiten mit dem Mailänder Modell, als es zwischen zwei Gruppen trennt, nämlich: (1.) Die Familie (bzw. Paar, Arbeitsteam oder andere Konstellationen von Menschen, in deren alltäglichem Miteinander Probleme auftreten) zusammen mit

einem oder zwei Therapeuten, deren Hauptaufgabe es ist, möglichst viel Information über die Sichtweisen und Problemdefinitionen der Familie explizit zu machen. (2.) Im selben Raum anwesend, aber deutlich abgerückt davon, befindet sich ein weiteres Team von 2 bis 4 Therapeuten, die den Prozess aufmerksam verfolgen, aber nicht eingreifen. Allerdings wendet sich die Familie mit ihren Therapeuten nach ca. 15 min – und dann nochmals nach rund weiteren 20 bzw. 45 min. – diesem Team zu, das nun über das Wahrgenommene miteinander „reflektiert“ (s. u.), während die anderen nur zuhören und nicht eingreifen. Ein bedeutsamer Unterschied – gerade unter dem Aspekt der therapeutischen Beziehung – zum Mailänder Ansatz besteht schon auf der Ebene des Settings darin, dass stets alle Therapeuten mit der Familie in demselben Raum anwesend sind. Dies macht schon symbolisch deutlich, dass sich die Therapeuten (oder ein Teil-Team) nicht als „außerhalb“ stehend sehen, um von dort dann zu intervenieren, sondern alle gemeinsam in kooperativer Weise nach neuen Verstehens-, Sicht- und Handlungsmöglichkeiten suchen.

Aufgabe dieser „Reflexionen“ ist es nämlich, möglichst viele neue Deutungen, Lösungsentwürfe, Ideen, Perspektiven etc. zu entwickeln. Diese sollen wertschätzende, positive Konnotationen sein – wobei „positiv“ nicht bedeutet, alles gutzuheißen. Vielmehr können die Äußerungen durchaus auch Konfrontationen derart enthalten, dass daraus ein Bemühen um Begegnung und Verständnis erfahrbar wird (besser wäre daher vielleicht, von „nicht abwertenden, nicht beurteilenden“ Konnotationen zu sprechen). Ferner sollen die Äußerungen im Konjunktiv vorgebracht werden, und sie sollen insgesamt „neutral“ sein – d. h., Erklärungen, Beschreibungen etc. sollen nicht „auf Kosten“ einer oder weniger Person(en) vorgenommen werden.

Die Interviewer und das reflektierende (besser: kontextualisierende) Team schaffen dabei eine Umgebung mit sehr hoch angereicherter Semantik. Die Deutungen, Erwartungen, Vermutungen der Klienten „kommen nun auf den Tisch“ – was allein schon weit mehr semantische Komplexität ermöglicht, als es aufgrund bisher stillschweigender Vermutungen möglich war. Dieses Spektrum an Narrationen der Familienmitglieder wird zudem um die Perspektiven aus dem reflektierenden Team bereichert. Die Wirkung dieser Narrationen wird dadurch erhöht, dass die „alten“ Sichtweisen wegen der Indirektheit der Interventionen nicht verteidigt werden müssen: Es geht ja nur um Antworten auf Fragen des therapeutischen Interviewers bzw. um ein Zuhören beim „Expertengespräch“. Mögliche Widerstände werden auch dadurch verringert, dass in dieser Arbeit die vielen Deutungs-Hypothesen mit aktuellem Bezug in positiver Konnotation (s. o.) formuliert werden sollen.

Die folgenden Aspekte, durch die sich die Arbeit mit dem Reflektierenden Team kennzeichnet (vgl. Kriz, Schlippe & Westermann, 1996), gelten weitgehend auch für andere heutige Ansätze, die durch „postmoderne“ narrative Sicht- und Vorgehensweisen (s. u.) beeinflusst sind:

- Vielfalt der Konnotationen/Semantiken: Es gibt nicht eine Wahrheit, sondern viele Standpunkte – die damit möglichen Perspektiven bereichern den „Betrachtungsgegenstand“.
- Positive Konnotationen: Jedes Handeln macht „Sinn“. Und zumindest dort, wo bewusst gehandelt wird, ist dieser Sinn fast immer intentional positiv gemeint – auch wenn diese Positivität auch in der gemeinsam entwickelten, oft hilflosen Verstrickung der

Beteiligten so verborgen sein kann, dass es dem Beobachter – auch dem Selbstbeobachter – Mühe bereitet, sie unter der Fülle von scheinbar „Bösem“ oder „Krankem“ zu entdecken. Positive Konnotation meint dabei nicht Vernebelung, Verleugnung, Beschwichtigung „negativer“ Aspekte – vielmehr schafft ggf. erst die klare Konfrontation damit ein Gefühl für die Achtung des letztendlich positiven und sinnvollen Bedeutungswesens hinter diesen Erscheinungen.

- Deutungsalternativen dürfen nicht auf Kosten des (Gesamt-)Selbstwertes irgendeiner Person gehen, wenn sie hilfreich sein sollen.
- Deutungsalternativen und Lösungen, die bereits vorhandene Tendenzen aufgreifen und verstärken, sind wahrscheinlich erfolgreicher als „Lebensweisheiten“ der Therapeuten.
- Explizites Reden über die jeweiligen Gedanken, Vermutungen und Deutungen schafft gegenüber den starren impliziten Erwartungsstrukturen stets neue Wirklichkeiten.
- Es ist besonders sinnvoll, aktuelles Handeln (hier und jetzt im Raum) neu zu konnotieren (denn dies ist jetzt erfahrbar).

Es sollte aus dieser Aufzählung deutlich geworden sein, dass die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei diesem Ansatz ganz wesentlich in Sinne einer Einladung zu verstehen ist, auf Augenhöhe und in kooperativer Weise neue Möglichkeiten der Weltbeschreibung zu erkunden. Denn gerade den modernen Formen der Systemischen Therapie liegt die Einsicht zugrunde, dass es zu einem hohen Prozentsatz unsere Beschreibungen sind, welche Möglichkeitsräume für angemessenes Verstehen und Handeln eher verengen oder aber erweitern können. Mit dem, was wir „Symptome“ nennen, sind üblicherweise verengte Sicht- und Verstehensweisen verbunden. Dies gilt sogar dann, wenn die eigentliche „Primärsymptomatik“ zweifellos rein somatischen Ursprung hat – wie beispielsweise schweres kindliches Asthma (Kriz, 1994; Schlippe & Theiling, 2005): Es können nämlich beispielsweise beim Asthma psychische und soziale Sekundärsymptome auftreten, etwa in Form von Angst oder von Familienmustern, die faktisch dazu führen, dass sich alles nur noch auf das asthmatische Kind konzentriert und die anderen Kinder oder die Paarbeziehung weitgehend vernachlässigt werden. Dies erzeugt nicht nur weitere maligne Entwicklungsbedingungen, sondern kann sich sogar über die Moderation von Stress auf den Verlauf der Primärsymptomatik auswirken. Selbst hier – d. h. bei eindeutig somatogenen Störungen – kann sich somit eine Erweiterung der Sichtweisen und Handlungsoptionen positiv auf die Sekundär- und Primärsymptomatik auswirken.

Die mit diesem Erweitern der Verstehens- und Handlungsräume verbundene therapeutische Haltung hat Wolfgang Loth treffend „Beisteuern“ genannt (Loth, 1998, siehe auch Tsirigotis, 2011): „Beisteuern ist nicht das Gleiche wie steuern. Es ist aber auch nicht das Gleiche wie einfach dabeizusitzen. Beisteuern meint die Kompetenz, sich erkennbar, verantwortlich und entschlossen daran zu beteiligen, Perspektiven zu weiten und neue Möglichkeiten zu erschließen, ohne dies einseitig und allein entscheidend tun zu können“ (Loth, 1998, S. 41). Sowohl die Patienten als auch die Therapeuten steuern also in dieser kooperativen Beziehung ihren Teil zum Gelingen bei: Die Patienten bringen ihre Erfahrungen, Kenntnisse und Sichtweisen ein über die bisherigen Leidenszustände, deren Entstehung, Veränderung und Stagnation, deren biographische Eingewobenheit und alltagspraktische Bedeutung. Wobei vieles von dem keineswegs deklarativ-bewusstseinsfähig

zur Verfügung steht, sondern sich erst im Rahmen dieser therapeutischen Beziehung entfaltet und aktualisiert. Die Therapeuten bringen ihre Kompetenzen hinsichtlich der Moderation von Veränderungsprozessen ein – d. h. offerieren nicht klassisches psychopathologisches Wissen selbst – sondern bemühen sich ggf. auf der Grundlage solchen Wissens um die situationspezifische Beisteuerung in der Erweiterung von Möglichkeitsräumen. Im Zentrum steht die Art, wie über die „Welt“ gesprochen wird und mit welchen Geschichten (Narrationen) man seine Erfahrungen anderen (und sich selbst) mitteilt.

## Allgemeine Aspekte der narrativen Perspektive Systemischer Therapie

Wir haben das reflektierende Team deshalb vergleichsweise ausführlich diskutiert, weil trotz der Ähnlichkeit im Setting zum strategischen Ansatz der Mailänder Modells und teilweise der Verwendung gleicher „Techniken“ (u. a. zirkuläres Fragen) die therapeutische Haltung deutlich anders ist. Diese kooperative, nicht manipulative, „besteuernde“ Haltung im Bemühen um gemeinsame Wirklichkeitsbeschreibungen, die wieder mehr Optionen zulassen, ist für das ganze Spektrum heutiger sog. narrativer Vorgehensweisen der Systemischen Therapie typisch.

Diese Entwicklung wurde auch durch die Diskurse einer postmodernen und narrativen Philosophie gefördert. In der systemischen Therapie wurden die Interdependenz zwischen „individuellen“ und „familiären“ Wirklichkeiten – und deren Einbettung in die (historische) Geschichte und (narrativen) Geschichten einer Kultur – wiederentdeckt. Als eine Folge davon wurde das von vielen als „Relikt einer antiquierten epistemologischen Sichtweise“ diskreditierte Individuum konsequenterweise wieder stärker in die Betrachtungen und Interventionen einbezogen. Sinndeutungen, verwoben zu Geschichten, entfalten aber nicht nur für die zu behandelnden Systeme die jeweilige Realität, sondern auch die Therapeuten sind in die Geschichten und ihre Veränderungen mit eingewoben, statt diese nur, strategisch oder strukturell, „von außen“ zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang wird von der „Kybernetik 2. Ordnung“ gesprochen: Beobachter (bzw. Intervenierende) und das Beobachtete (bzw. das System, in das interveniert wird) sind nicht mehr streng trennbar. Dieses Verständnis therapeutischer Prozesse leitete eine Entwicklung von distanzierenden Interventionen hin zu gemeinsamen Konversationen ein. Ins Zentrum rückten zunehmend therapeutische Gespräche aller Beteiligten über eben solche Sinndeutungen in Form von Problemen, Lösungsmöglichkeiten, Erklärungen usw.

Wie bereits betont, wurde für Therapeuten dabei immer weniger wichtig, eine Kompetenz zur inhaltlichen Analyse eines Problems oder eines Interaktionsmusters zu haben, als vielmehr eine Kompetenz für den Prozess der Veränderung – eine Veränderung, die wegführt von solchen Geschichten, die eher einengen, kaum Handlungsalternativen ermöglichen und immer wieder „zum selben“ führen. Gefördert werden stattdessen solche Geschichten und Narrationen, die neue Perspektiven, Ideen, Sicht- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Dies wird ergänzend vielleicht noch ein wenig deutlicher, wenn wir kurz die Positionen von Harold A Goolishians und seiner Mitarbeiterin Harlene Anderson sowie von Steve de Shazer berachten:

### **Problemdeterminierte Systeme**

Die narrative Diskussion innerhalb der Familientherapie wurde stark von Veröffentlichungen und der Arbeitsweise von Goolishian & Anderson (1997) beeinflusst. Nach Goolishian ist es die brauchbarste Art, die menschliche Gemeinschaft wahrzunehmen, wenn man die Menschen als solche Systeme begreift, die vor allem Bedeutung erzeugen. Sie tun dies durch sprachlichen und kommunikativen Austausch. Insbesondere lässt sich oft beobachten, dass Menschen zusammenkommen, um über ein bestimmtes Problem zu reden. Diese Menschen hätten ohne dieses Problem keinen oder wenig Kontakt miteinander. Erst das Problem macht somit diese Menschen (besser: ihre spezifischen Kommunikationen und Verhaltensweisen in Bezug auf das Problem) zu Mitwirkenden an einem System – eben an einem Problem-System.

Aus diesem Grunde sei es am sinnvollsten, auch in der Therapie mit der Vorstellung von „**problemdeterminierten Systemen**“ zu arbeiten. Aus klassisch-soziologischer Sicht sind soziale Systeme durch bestimmte Rollen gekennzeichnet – etwa eine „Schule“ durch Schüler, Lehrer, Aufsichtsbeamte etc. In problemdeterminierten Systemen sind die Akteure hingegen durch ein gemeinsam definiertes Problem miteinander verbunden. Entsprechend betonen Goolishian & Anderson, 1997, S. 283), dass der Therapieprozess auf der Konstruktion eines Kontextes beruhe, der wiederum durch einen dialogischen Raum gebildet werde. In einem solchen kommunikativen Raum sind die Mitglieder eines problemdeterminierten Systems damit beschäftigt, Bedeutungen und Verstehen hinsichtlich dessen zu entwickeln, was sie „Problem“ nennen.

Therapie bietet, so gesehen, vor allem die Gelegenheit, gemeinsam eine neue Konversation, eine neue Sprache und neue Realitäten zu erkunden. Diese Realitäten sind mit der jeweils individuellen Art verträglich, wie wir unseren Erfahrungen Bedeutung zuschreiben. Die Systeme, mit denen wir arbeiten, existieren nur in der Sprache, und deshalb existieren auch Probleme nur in der Sprache. Das Ziel der Therapie liegt nicht darin, Lösungen für Probleme zu finden, sondern an einem Prozess teilzunehmen, in dessen Verlauf eine Sprache entwickelt wird, in der das Problem nicht mehr existiert.

Für die praktische Arbeit heben Goolishian & Anderson (1997, S. 272) hervor, dass es als Therapeut wichtig sei, ein guter *Zuhörer* zu sein. Zu rasches Verstehen berge nämlich die Gefahr in sich, dass Missverständnisse und Vorurteile entstünden. Verstehen sei ein Vorgang, der sich mit dem Fortgang des Gespräches ändere. Die Kompetenz des Therapeuten besteht demnach darin, einen Kontext zu bieten, in dem alle Beteiligten Gelegenheit zu einem dialogischen Austausch haben.

Die Position des Therapeuten soll dabei durch Gegenseitigkeit, Bescheidenheit und Respekt gekennzeichnet sein. „Durch Respekt und Neugier gegenüber Menschen und ihren Ideen, gegenüber uns selbst und unseren Klienten, durch Offenheit und Flexibilität gegenüber der Entwicklung neuen Sinns und Verstehens in dieser therapeutischen Haltung wird weder das Erleben von Sinn noch die Integrität irgendeines der Beteiligten angefochten“ (S. 270).

### Lösungsorientierte Kurztherapie

Die von Steve de Shazer (1997) am Brief Family Therapy Center in Milwaukee, USA, entwickelte „**Lösungsorientierte Kurztherapie**“ zentriert die Arbeit stark auf die vorhandenen Ressourcen des Systems. So werden z. B. nicht lange die Probleme in ihrer Geschichte, interaktionellen Verstrickung und Bedeutung betrachtet, sondern die situativen Ausnahmen in den Blickpunkt gerückt. Es geht dabei um jene Umstände, unter denen diese Probleme einmal *nicht* auftreten. Dadurch wird die Aufmerksamkeit auf Lösungswege gerichtet, die offenbar bereits vorhanden sind, aber bisher zu wenig beachtet wurden.

Typisch für diese Vorgehensweise ist auch die Vereinbarung von Therapiezielen. Dies lässt sich leicht mit der sog. *Wunderfrage* verbinden: „Wenn Sie morgen früh durch ein Wunder dieses (vorher definierte) Ziel erreicht hätten bzw. das Problem über Nacht verschwunden wäre, woran genau würden Sie dies merken? Was würden Sie als Erstes machen? Wie würden Ihre Familienangehörigen, Ihr Chef ... reagieren?“ Diese Fragen schärfen die Wahrnehmung für die kleinen Veränderungen in Richtung auf das Ziel bzw. die möglicherweise schon erreichten Schritte – besonders auch in der Folgezeit. Unterstützt wird dies durch Hausaufgaben, die sowohl die Beobachtungsfähigkeit als auch die Aufmerksamkeit für kleine Verhaltensänderungen schärfen sollen.

Diese Vorgehensweise eignet sich besonders auch für systemische Einzeltherapie, da die Familie als System hier ggf. nur eine untergeordnete oder sogar keine Rolle spielt. Wesentlich ist, ob ggf. andere Teilnehmer an der Sitzung bereit sind, den Prozess der Neudefinition von Realität zu unterstützen.

### Das Problem „angemessener“ Verstörung in der Systemischen Therapie

Die hier angeschnittenen Konzepte und Vorgehensweisen „Reflektierendes Team“, „Problemdeterminierte Systeme“ und „Lösungsorientierte Kurztherapie“ umfassen natürlich nicht das Spektrum der modernen Systemischen Therapie. Sie sind aber als paradigmatisch für die Hauptströmungen in diesem Spektrum zu sehen und können hinsichtlich des Themas „therapeutische Beziehung“ als zentrale Bezugsgrößen dienen. Es muss allerdings auch erwähnt werden, dass entsprechend der Geschichte des systemischen Ansatzes und der Persönlichkeit einzelner Vertreter auch ausgesprochen manipulative Vorgehensweisen zu finden sind. So werden beispielsweise von manchen Anwendern der Techniken des NLP (Neurolinguistisches Programmieren), das eigentlich auf humanistisch-hypnosystemische Vorgehensweisen von Bateson, Perls, Satir und Erickson zurückgeht (Bandler & Grinder, 2010; Walker, 1996; Weerth, 1994), ausgesprochen manipulativ eingesetzt. Ähnliches muss über die sog. Aufstellungen von Bert Hellinger (2001) und vor allem auch „nach Bert Hellinger“ gesagt werden, das eigentlich auf Konzepte von Morenos Psychodrama sowie der Skulpturarbeit von Papp (1996) und Satir zurückgeht, aber oft in manipulativer, autoritärer Weise missbraucht wird – und damit auch seriöse Aufstellungsarbeit, wie z. B. von Varga von Kibéd und Sparrer (2014) in Misskredit bringt. Es ist klar, dass die therapeutische Beziehung bei solch guruhafter, manipulativer „Verwendung“ der Systemischen Therapie deutlich anders ist, als im Spektrum des narrativen Ansatzes. Bei unseren Aussagen zur therapeutischen Beziehung sind diese Randerscheinungen also nicht mitgemeint.



Bringt man das Grundverständnis von Veränderungsmöglichkeiten und damit das konkrete Handeln von Therapeuten im narrativen Spektrum des Systemischen Therapie auf den Punkt, dann ergibt sich zunächst ein Widerspruch zwischen zwei Tendenzen, die auch für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bedeutsam sind: Zum einen geht es darum, die zu starren, zu rigiden, nicht mehr adaptiven, zu wenig komplexen Wirklichkeitsbeschreibungen vergleichsweise radikal zu verändern, weil diese das leidvolle Geschehen aufrechterhalten – zumindest indem sie den Möglichkeitsraum an alternativen Verstehens- und Handlungsweisen verstellen und beengen. Zum anderen aber wird die Wichtigkeit einer kooperativen, vertrauensvollen, wertschätzenden therapeutischen Beziehung betont, die auch ein sorgfältiges, individuelles Verständnis davon braucht, um was es dem Hilfesuchenden geht, und die Bereitschaft, das Hilfsangebot genau darauf zu beziehen (vgl. auch Loth & Schlippe, 2004).

In den systemtherapeutischen Diskursen, die sich mit diesem Problem beschäftigen, wird von „angemessener Verstörung“ gesprochen und damit der Widerspruch durch eine neue Rahmung weitgehend aufgelöst. „Verstörung“ – eine deutsche Übertragung des Begriffs der „Perturbation“, der in der Theorie der Autopoiese eine Rolle spielt (Ludewig, 1992) – zielt ja darauf ab, die bisherigen malignen Muster im „Weltverständnis“, welche die Symptome und Beschränkungen von Lösungsmöglichkeiten aufrechterhalten, zu destabilisieren und dadurch eine Adaptation an die Erfordernisse („Entwicklungsaufgaben“ – s. Kriz, 2013) des konkreten Lebens im Hier und Jetzt zu ermöglichen. Es handelt sich um das „Stirb und werde!“, das nicht nur in der humanistischen Psychotherapie, sondern in vielen Kulturen wesentliche Umbrüche im Leben der Menschen kennzeichnet und vielfach mit Ritualen hervorgehoben wird: Taufe, Einschulung, Schulentlassung, Promotion, Hochzeit etc. Diese Übergänge in neue Lebensabschnitte und neue Herausforderungen erfordern es, dass altvertraute Regeln, Gewohnheiten und Strukturen aufgegeben und durch neue ersetzt werden. Das ist keineswegs immer leicht und meist mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden. Umso wichtiger ist es daher, solchen Phasen des Umbruchs eine stabile Rahmung zu geben – in der Psychotherapie ist dies eine sichere und tragfähige therapeutische Beziehung. Dies wiederum impliziert, dass die notwendige Verstörung eben „angemessen“ und nicht so groß ausfällt, dass statt einer Öffnung und spielerischer Erprobung neuer Denk-, Verstehens- und Handlungsräume mit angstvoller Verengung, Verteidigung und krampfhaftem Festhalten am bisher Vertrauten reagiert wird. Hierfür gibt es keine allgemeinen Regeln, sondern es bedarf der sehr sorgfältigen Beobachtung und Beachtung des jeweils Möglichen und Erträglichen.

Dass sich dies nicht immer leicht realisieren lässt, zeigte sich z. B. in der Arbeit mit dem o. a. „Reflektierenden Team“, das wir in den 1990er Jahren an meinem Lehrstuhl in Osnabrück in der supervisorischen Arbeit einiger Erziehungs- und Lebensberatungsstellen einsetzten (Kriz et al., 1996). Der allergrößte Teil der Ratsuchenden, meist Paare und Familien, empfand das oben skizzierte Vorgehen des „Reflektierenden Teams“ als recht hilfreich. Aber es gab auch solche Familien (ca. 20%), die davon offensichtlich nicht profitierten. Dies wurde eigentlich immer schon nach der 1. Sequenz der 1. Sitzung deutlich: Sinngemäß wurde auf die Frage danach, ob brauchbare Ideen vom „Reflektierenden Team“ gehört wurden, geantwortet: „Ich muss da erstmal Folgendes richtigstellen ...“. D. h., es ging um die Verteidigung einer bestimmten Sichtweise gegenüber „offensichtlich

falschen Deutungen“ des „Reflektierenden Teams“. Kein Wunder, dass man mit einer solchen Einstellung auch nicht von der Vielfalt möglicher anderer Sichtweisen profitieren konnte. Wir haben uns das so erklärt, dass diese Personen durch das „Reflektierende Team“ nicht angemessen, sondern unangemessen verstört wurden. Sie fühlten sich in ihrer Wahrheit und Sicht so bedroht, dass sie statt einer Öffnung ihrer Verstehensräume eher eine verteidigende und abwehrende Schließung und Festigung vornahmen. Allerdings haben wir – innerhalb des Ansatzes eines „Reflektierenden Teams“ – auch keinen Weg gefunden, auf diese Weise angemessener zu verstören. Es schien leichter, andere systemische und nichtsystemische Vorgehensweisen für die weitere Beratungsarbeit mit diesen Personen zu wählen.

Dies macht nochmals deutlich, dass aufgrund unterschiedlicher Lebenserfahrungen von Menschen das, was eine „angemessene“ Verstörung ist, sehr unterschiedlich sein kann und eine recht große Variationsbreite aufweist.

## Literatur

- Andersen, T. (Hrsg.). (1990). *Das reflektierende Team*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Bandler, R. & Grinder, J. (2010). *Metasprache und Psychotherapie: Die Struktur der Magie I*. Paderborn: Junfermann.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1994). *Systemische Einzeltherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1988). *Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. L. (Hrsg.). (1975). *Familientherapie – Theorie und Praxis (2 Bde.)*. Reinbek: Rowohlt.
- De Shazer, S. (1997). *Therapie als System. Entwurf einer Theorie*. In: L. Reiter, E. J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive (2. Aufl.; S. 217–229)*. Heidelberg: Springer.
- Gerson, R., McGoldrick, M. & Petry, S. (2008). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- Goolishian, H.A. & Anderson, H. (1997). *Menschliche Systeme*. In: L. Reiter et al. (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive (2. Aufl.; S. 253-287)*. Heidelberg: Springer.
- Hellinger, B. (2001). *Ordnungen der Liebe*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hoffman, L. (1982). *Grundlagen der Familientherapie*. Hamburg: Isko Press.
- Kempler, W. (1975). *Grundzüge der Gestalt-Familien-Therapie*. Stuttgart: Klett.
- Kriz, J. (1994). *Psychisch-kommunikative Prozesse als Umgebungsbedingungen für Asthma bronchiale. Eine systemische Sichtweise der Interaktion sozialer, psychischer und körperlicher Prozeßdynamik*. In: J.Könning, R.Szczepanski & A.v.Schlippe (Hrsg.), *Betreuung asthmakranker Kinder im sozialen Kontext (S. 179-198)*. Stuttgart: Enke,
- Kriz, J. (2013). *Die Personzentrierte Systemtheorie in der Beratung*. In: Gahleitner, S. et al (Hrsg.), *Personzentriert beraten: alles roger? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen (S. 99-30)*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kriz, J. (2015). *Wie lehrt man „angemessene Verstörung“? Überzeugungen, Erfahrungen, Ideen, Schwierigkeiten*. In: D. Rohr, A. Hummelsheim & M. Höcker (Hrsg), *Beratung lehren*. Weinheim: Beltz.
- Kriz, J., Schlippe, A.v. & Westermann, B. (1996). *Kontexte für Veränderung schaffen. Die Arbeit mit dem „Reflecting Team“*. In: A. v. Schlippe & J. Kriz (Hrsg.), *Kontexte für Veränderung schaffen. Systemische Perspektiven in der Praxis (S. 81-95)*. Forsch.ber. Nr 111, FB Psychologie, Uni Osnabrück.

- Loth, W. (1998), Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln klinischer Kontrakte. Dortmund: modernes lernen.
- Loth, W. & Schlippe, A.v. (2004). Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. PiD (Psychotherapie im Dialog) 5, 341-347.
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Minuchin, S. (1977). Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1983). Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- Papp, P. (1996). The Process of Change, Guilford Family Therapy. New York: Guilford.
- Richter, H.-E. (1963). Eltern, Kind und Neurose. Reinbek: Rowohlt.
- Richter, H.-E. (1972). Patient Familie. Reinbek: Rowohlt.
- Satir, V. (1975). Selbstwert und Kommunikation. München: Pfeiffer.
- Schlippe, A.v. & Schweitzer, J. (2013). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A.v. & Theiling, S. (2005). Niemand ist allein krank: Osnabrücker Lesebuch zu chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1981). Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität. Familiendynamik, 4, 123–139.
- Stierlin, H. (1982). Dynamische Familientherapie. In: R. Bastine et al. (Hrsg.). Grundbegriffe der Psychotherapie (S. 98-103). Weinheim: edition psychologie.
- Tsirigotis, C. (2011). Geschichten vom „Beistuern zum Erfahren von Sinn“ – den Umständen zum Trotz. systema, 25, 140-151.
- Varga von Kibéd, M. & Sparrer, I. (2014). Ganz im Gegenteil – Tetralemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen für Querdenker und solche, die es werden wollen. Heidelberg: Carl Auer.
- Walker, W. (1996). Abenteuer Kommunikation. Bateson, Perls, Satir, Erickson und die Anfänge des Neurolinguistischen Programmierens (NLP). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weerth, R. (1994). Neurolinguistisches Programmieren (NLP) & Imagination: Grundannahmen, Methoden, Möglichkeiten und Grenzen. Paderborn: Junfermann

## Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. em. Dr. Jürgen KRIZ | Universität Osnabrück | Institut für Psychologie  
Psychotherapie und Klinische Psychologie  
Seminarstrasse 20 Poststelle | D - 49074 Osnabrück  
juergen.kriz@uni-osnabrueck.de | www.jkriz.de