

# Systemische Therapie

Veröffentlicht im „Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis“, Hüthig Verlag 1999  
(<http://www.huethig-jehle-rehm.de/search.html?words=MHP&content=all>)

## Inhaltsübersicht

1.	Geschichte und Entwicklung	01-12
1.1	Wurzeln der Systemischen Therapie	02-08
1.2.	Von der Kybernetik erster zur Kybernetik zweiter Ordnung	09-12
2.	Grundkonzepte der Systemischen Therapie	13-29
2.1	Theoretischer Rahmen	13-23
2.1.1	Autonomie und Eigendynamik der behandelten Systeme	15-18
2.1.2	Die soziale Konstitution individueller Wirklichkeitskonstrukte	19-21
2.1.3	Die Umweltvernetzung lebender Systeme	22-23
2.2	Grundhaltungen der systemischen Therapie	24-26
2.3	Neuere Entwicklungen	27-29
3.	Techniken und Methoden der systemischen Therapie	30-52
3.1	Systemische Fragetechniken	33-40
3.1.1	Zirkuläres Fragen	34-36
3.1.2	Fragen nach Unterschieden	37-39
3.1.3	Hypothetisches Fragen/Zukunftsfragen	40
3.2.	Positive Konnotation und Reframing	41-44
3.3	Rituale	45-46
3.4	Teamtechniken	47-49
3.5	Genogramme und Skulpturen	50-52
4.	Die Wirksamkeit Systemischer Therapie	53-55
5.	Die Zukunft der Systemischen Therapie in Deutschland	56-59
6.	Literatur	

## Schlagwortverzeichnis

Autonomie	16
Familienaufstellung	52
Familientherapie	02
- mehrgenerationaler Ansatz	03
- strategischer Ansatz	08
- struktureller Ansatz	04
Fragetechnik	33,34,35,36,37,38,39,40
Genogramm	50
Indikation	55
Konnotation, positive	42
Kybernetik 1. Ordnung	06
Kybernetik 2. Ordnung	10
Muster	06
Narrativer Ansatz	28
Reframing	43
Ressourcen	25
Richtlinienverfahren, Anerkennung als	57
Rituale	45, 46
Säuglingsforschung	29
Skulpturen	51
Systeme	
- Eigenzeit	17
- problemdeterminierte	27
- regelgeleitete	06
- Selbstorganisation	09
- selbstreferentielle	10
System-Umwelt	22
Team	
- reflecting Team	48
- Teamsplitting	47
Überweisungskontext	23
Veränderung	54
Wirklichkeitskonstruktionen	19
Wirksamkeitsstudien	53

# 1. Geschichte und Entwicklung

01

„Systemische Therapie“ ist in den deutschsprachigen Ländern erst seit den achtziger Jahren zu einem festen Begriff geworden, obwohl sich die Entwicklung zu einer relativ einheitlichen Psychotherapierichtung bereits sehr viel länger, nämlich unter dem Sammelbegriff „Familientherapie“, vollzogen hatte. Ausschlaggebend für die Herausbildung einer eigenständigen Psychotherapierichtung, wie wir sie heute vorfinden, war dabei die vor allem die Rezeption der sogenannten „Kybernetik 2. Ordnung“ (s.u.) und der damit verbundenen Konsequenzen für die klinische Theorie, die therapeutische Haltung und die methodische Orientierung für die Protagonisten dieser Entwicklung. Diese Entwicklung soll im Folgenden kurz beschrieben werden.

## 1.1 Wurzeln der Systemischen Therapie

02

Die Untersuchung der Bedeutung familiärer Bindungen von Patienten für ihre Symptomatik – insbesondere im Rahmen der Schizophrenieforschung (man denke an die Entdeckung der „schizophrenen Mütter“) und der „Child-Guidance“-Bewegung – fand seit Ende der 40er Jahre, aber vor allem in den 50er und 60er Jahren ihren praktischen Niederschlag in der Einbeziehung von Familienmitgliedern in psychotherapeutische Behandlungen durch die Pioniere der Familientherapie. Diese waren in gewisser Weise professionelle Außenseiter, da ihre Bemühungen zentrale Ecksteine klassischer, analytisch geprägter Psychotherapie, etwa die Intimität der Übertragungsbeziehung zwischen Analytiker und Patienten sowie die Vermeidung von realen Kontakten zu Familienmitgliedern und anderen relevanten Bezugspersonen des Patienten, in Frage stellten. Viele dieser Gründerfiguren, u.a. Nathan Ackerman und Murray Bowen, verfügten über einen psychoanalytischen Hintergrund, andere wie Carl Whitaker zeichneten sich durch einen sehr idiosynkratischen, aber originellen und kreativen therapeutischen Stil aus. Einflußreich in dieser frühen Zeit waren u.a. auch Theodore Lidz, John Rosen, Lyman Wynne und Don Jackson. Im Laufe der Zeit bildeten sich unterschiedliche Richtungen heraus, von denen einige auch maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Familientherapie hierzulande nahmen.

03

Zu nennen wäre etwa der mehrgenerationale Ansatz von Ivan Boszormenyi-Nagy, der besonderes Augenmerk auf den generationsübergreifenden Ausgleich von Schuld und Verdienstkonten und die Loyalitätsdynamik in Familien legte. Dieser Ansatz beeinflusste das frühe Heidelberger Modell, das durch Helm Stierlin in Deutschland populär gemacht wurde, sowie die Arbeit der Göttinger Gruppe um Eckhard Sperling.

04

Der sog. strukturelle Ansatz fokussiert auf die Erhaltung und Stärkung von „angemessenen“ System- und Subsystemgrenzen in der Familie und ist in erster Linie mit dem Namen von Salvador Minuchin verbunden, der mit anderen diese Konzepte in der Arbeit mit z.T. desorganisierten und desintegrierten Slumfamilien entwickelte. Dieser Ansatz zeichnete sich durch starke Therapeutenzentrierung und eine klare Aufgabenorientierung aus.

05

Besondere Bedeutung hatte die Arbeit des Mental Research Institut (MRI) in Palo Alto, das 1959 u.a. von Don Jackson und Virginia Satir gegründet wurde, und an dem auch Gregory Bateson, Jay Haley, Paul Watzlawick und John Weakland tätig waren. Viele ihre Arbeiten wurden auch ins Deutsche übersetzt. Vor allem die kybernetischen Arbeiten von Gregory Bateson stellen eines der erkenntnistheoretischen Fundamente der systemischen Therapie dar.

06

Die wichtigsten Elemente dieser sogenannten „Kybernetik erster Ordnung“ lassen sich folgendermaßen kennzeichnen: eine Radikalisierung der Interaktionsperspektive vermochte den Ballast individuumsbezogener Theorien abzuschütteln, trennte sich aber damit gleichzeitig von motivationalen und entwicklungsbezogenen Fragestellungen. Im Zentrum stand ein Konzept regelgeleiteter Systeme (Homöostase-Modell), in dem die Funktionalität von Verhalten für die Erhaltung des Beziehungsgleichgewichtes betont wurde. Die Bedeutung der Systemerhaltung hatte hierbei Vorrang vor der Frage nach der Veränderung von Systemen. Insofern führte das Regelkonzept durchaus zu einem normativen Verständnis von Familie (und „richtigen“ Familienstrukturen bzw. -hierarchien). Die Interaktionsperspektive verschaffte aber auch dem Gedanken der zirkulären statt einer linearen Kausalität von Verhalten Spielraum, was zu einem neuen Verständnis von Verhaltensmustern führte. Die Entstehung von Mustern wurde vor dem Hintergrund der wechselnden Interpunktionen der beteiligten Personen betrachtet, damit war eine Abkehr von der Vergangenheit verbunden, der keine ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Muster mehr zugeschrieben wurde. Psychotherapie wurde entsprechend als Methode angesehen, destruktive oder dysfunktionale Familienregeln zu ändern. Dabei war das Familiensetting obligatorisch.

07

Auf dem Hintergrund eines kybernetischen Optimismus blühten die Vorstellungen der Beherrschbarkeit und Steuerbarkeit von Beziehungen durch instruktive therapeutische Interventionen. Therapeutische Praxis wurde als Input in den familiären Regelkreis (z.B. vermittelt Aufgaben, Verschreibungen usw.) konzipiert, der einen weitgehend voraussagbaren output nach sich ziehen sollte.

08

Auf besonders kreative Weise wurden die Arbeiten der Gruppe um Bateson und Haley im strategischen Ansatz des Mailänder Teams um Mara Selvini Palazzoli aufgenommen, eine Gruppe von ehemaligen Psychoanalytikern, die die Systemische Therapie um eine Vielzahl wirkungsvoller und origineller Techniken bereicherten, u.a. entwickelten sie als erste systematisch paradoxe Verschreibungen und die zirkuläre Fragetechnik. Für die Entwicklung der Systemischen Therapie in Deutschland waren sie neben Helm Stierlin, der Mitte der 70er Jahre aus den USA zurückgekehrt war, von besonderer Bedeutung.

## 1.2. Von der Kybernetik erster zur Kybernetik zweiter Ordnung

09

In der ersten Hälfte der 80er Jahre kam es im Feld der systemischen Familientherapie zu einem epistemologischen Paradigmawechsel im Zuge der Aufnahme neuer Theorien lebender Systeme, die eine Fokussierung auf Selbststeuerung, Reproduktion und Selbstorganisation von Organismen (Autopoiese) mit sich brachte. Dies führte zur Aufgabe des kybernetischen Kontrollparadigmas und zur Anerkennung der strukturellen Autonomie von Lebewesen, die nun nicht mehr als von außen, sondern nur durch ihre eigene Struktur(geschichte) determiniert erschienen.

10

Jedwede Erfahrung und Erkenntnis wurden aus dieser Perspektive als subjektive bzw. subjektabhängige Konstruktion verstehbar. Dies gilt folgerichtig auch für alle Beobachtungen (Selbst- und Fremdbeobachtungen) sowie die „Beschreibungen“, die von Beobachtern angefertigt werden. Als Konsequenz wird der Beobachter und seine Interaktion mit dem beobachteten menschlichen System in die Theorie einbezogen, was zu Konzepten wie Rekursivität und Selbstreferentialität von sozialen Systemen – als Systemen von Beobachtern – führt. Kybernetik 2. Ordnung ist sozusagen der Schritt zur Beobachtung der Beobachtung.

11

Mit der Anerkennung der prinzipiellen Autonomie ist auch der Verzicht auf normative Vorstellungen eines funktionierenden Familienlebens verknüpft. Die Integration sozialer Systeme vollzieht sich nicht mehr über bloße Funktionalität von Verhalten, sondern über die inter-subjektive Herstellung von Sinn, die sich in den Konstruktionen der Beteiligten manifestiert. Ganz wesentlich für diese Theoriewende war die Rezeption der Arbeiten von Humberto Maturana und Heinz von Foerster, im soziologischen Bereich auch von Niklas Luhmann, der allerdings einen anderen Autopoiesebegriff vertritt.

12

Dieser Paradigmawechsel stellt die Basis für die Ausdifferenzierung einer eigenständigen Systemischen Therapie mit einem spezifischen Menschenbild, einem systemischen Krankheitskonzept, einer spezifischen klinischen Theorie sowie einer speziellen Methodik dar, die nunmehr auch eine klare Differenzierung von anderen familientherapeutischen Ansätzen erlaubt. Vor diesem Hintergrund ist Familientherapie nunmehr eher als ein Setting zu betrachten.

## 2. Grundkonzepte der Systemischen Therapie

### 2.1 Theoretischer Rahmen

13

Trotz des hohen Stellenwertes der kybernetischen Epistemologie 2. Ordnung bezieht sich Systemische Therapie in ihrer theoretischen Grundlegung weniger auf ein geschlossenes wissenschaftliches Programm als auf systemische Denkansätze verschiedener wissenschaft-

licher Disziplinen (z.B. Kybernetik, Synergetik, Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Soziologie, Chaostheorie). Ihnen gemeinsam ist die Konzeption eines prozessorientierten, nicht-reduktionistischen Umgangs mit der Komplexität bio-psycho-sozialer Systeme. Systemisches Denken im therapeutischen Handlungsfeld zeichnet sich vor diesem Hintergrund vor allem durch „Multiperspektivität“ in der Arbeit mit Klienten und ihrem Problem- bzw. Krankheitsverständnis aus.

14

In Anlehnung an Schiepek (1999) können folgende Grundpositionen beschrieben werden, die von unmittelbarer Relevanz für systemisch orientierte therapeutische Praxis sind:

#### 2.1.1 AUTONOMIE UND EIGENDYNAMIK DER BEHANDELTEN SYSTEME

15

Lebende Systeme unterscheiden sich von unbelebten Systemen durch eine rekursive, sich selbst erzeugende und reproduzierende Organisation. Sie sind operationell geschlossen, d.h. sie verarbeiten relevante Umweltinformationen nur insoweit, als sie an das jeweilige System ankoppelbar sind. Linear-kausale, instruktive Interaktion im Sinne einer Festlegung von Systemzuständen von außen ist damit letztlich nicht möglich, als Möglichkeit der Beeinflussung bleibt die „Verstörung“ des Systems durch Eigenveränderung des intervenierenden Systems.

16

Für die systemische Therapie bedeutet dies vor allem, sich auf die spezifische Autonomie und „Eigenwilligkeit“ von Klientensystemen einzustellen. In Übereinstimmung damit öffnet sich nun auch das Setting: Systemische Therapie bezieht sich nicht mehr nur auf die Familie, sondern ebenso auf Einzelne oder Gruppen. Damit verknüpft sich ein Menschenbild, in dem Menschen als selbstverantwortlich Handelnde wahrgenommen werden. Im therapeutischen Kontext gestalten Therapeut und Klient den Prozeß gleichermaßen. Anliegen und Erwartungen beider (evtl. unter Einbeziehung Dritter – etwa überweisende Instanzen) werden offen thematisiert und ausgehandelt. Damit liegt ein besonderer Akzent auf der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten und seiner Orientierung an den Anliegen der Klienten. Erst die kooperative Gestaltung eines gemeinsamen therapeutischen Rahmens ermöglicht, daß Interventionen, die das Angebot neuer Sichtweisen und Handlungsperspektiven enthalten, Bedeutung für die Wirklichkeitskonstruktionen von Klienten bekommen.

17

Die mit der Selbstorganisation verbundene Eigendynamik lebender Systeme ist – wie u.a. die Chaostheorie zeigt – nur schwer vorhersagbar. Dies verweist auf eine spezifische „Eigenzeit“ jedes Systems, auf deren Tempo, Prozeßfähigkeiten und sensible Phasen sich systemische Therapeuten einstellen muß. In Phasen der Destabilisierung langjähriger, häufig chronifizierter Muster genügen oft minimale Interventionen, um Anstöße zu Verhaltensänderungen zu bewirken. Viele der nachfolgend beschriebenen systemischen Techniken zielen auf die effektive Unterbrechung solcher Muster.

18

Mit dem Aspekt der Eigenzeit ist auch verbunden, daß systemische Therapie auf starre zeitliche Vorgaben für die Dauer einer Therapie verzichtet. Die Dauer der Therapie und die

Frequenz der Sitzungen ergibt sich ebenfalls aus dem Aushandlungsprozess zwischen Therapeut und Klient, auch wenn systemische Therapie mit ihrer aktiv gestaltenden und lösungsorientierten Perspektive im Vergleich zu anderen Therapieformen sicher auf eine weitaus geringere Sitzungszahl orientiert ist.

### 2.1.2 DIE SOZIALE KONSTITUTION INDIVIDUELLER WIRKLICHKEITSKONSTRUKTE

19

Die der systemischen Therapie zugrundeliegenden erkenntnistheoretischen und neurobiologischen Konzepte betonen, daß die neuronalen Prozesse (Wahrnehmung, Gedächtnis, Handlungssteuerung usw.) nicht die Abbildung einer Realität sui generis ermöglichen, sondern zu strukturabhängigen subjektiven Konstruktionen führen, die eine Orientierung in der Umwelt ermöglichen und Bedeutung schaffen. In diesem Prozess der Bedeutungsgenerierung sind affektive und kognitive Phänomene untrennbar aufeinander bezogen. Individuelle Sichtweisen und Konzepte beeinflussen daher in hohem Maße das, was ein Klient als Problem oder Krankheit erlebt. Zugleich sind diese individuellen Wirklichkeitskonstruktionen insofern sozial erzeugt – und ohne diese sprachlich-soziale Dimension undenkbar –, als Menschen durch Handlungen und Kommunikationen sozial geteilte – oder abweichende – Wirklichkeitskonstruktionen z.B über das, was als Krankheit oder Traumatisierung gelten soll, hervorbringen. In diese sozialen Diskurse sind Therapeut und Klient gleichermaßen einbezogen. An die Stelle des früheren Interesses für Verhaltenssequenzen rückt also die Beschäftigung mit der Sprache als basalem Feld für die Konstruktion und Dekonstruktion von Sinn sowie als Rahmen für Problementwicklung und Problemlösungen.

20

Systemische Therapie läßt sich in diesem Zusammenhang als öffnender Dialog beschreiben, der zu einer veränderten Beschreibung individueller und/oder sozialer Wirklichkeitskonstrukte führen kann, die neue Wahrnehmungs- Erlebens- und Handlungsmöglichkeiten eröffnet.

21

Therapeutische Veränderungen können daher sowohl über die Veränderungen von Sichtweisen (Konstrukten) erreicht werden, welche Verhaltensänderungen nach sich ziehen, als auch über Anregung von Verhaltensänderungen, die wiederum zu einer Veränderung vorher bestehender Konstrukte führen können.

### 2.1.3 DIE UMWELTVERNETZUNG LEBENDER SYSTEME

22

Systeme und ihre jeweiligen Umwelten stehen in einem gegenseitigen Bedingungsverhältnis, dem systemische Therapie Rechnung trägt. Zum einen bedeutet dies, sich auf die sozialen und gesellschaftlichen Kontexte und die konkreten Lebensbedingungen einzustellen, in denen sich ein Klient befindet.

23

Desweiteren sind damit die Rahmenbedingungen des therapeutischen Kontaktes angesprochen. Besondere Bedeutung kommt daher der Klärung des Überweisungskontextes und des

Zeitpunkt der Therapieanfrage (warum gerade jetzt?) zu, aber auch dem institutionellen Kontext des therapeutischen Systems. So stellen z.B. freie Praxen, öffentliche Beratungsstellen, Klinikambulanzen o.ä. mit ihren jeweils eigenen Strukturaspekten jeweils spezifische Umwelten mit spezifischen Anforderungen für die therapeutische Begegnung dar. Auch hier ist die Frage der „Passung“ von Klient und therapeutischem Hilfeangebot zu reflektieren.

## 2.2 Grundhaltungen der systemischen Therapie

24

Systemische Therapie verzichtet gemäß den genannten Grundpositionen auf normative und objektivierende Zielsetzungen, Diagnostiken oder Interventionen. Die Grundhaltung läßt sich als dialogisch, wertschätzend und unvoreingenommen gegenüber bisherigen Lebensstrategien und Lösungsversuchen der Klienten beschreiben.

25

Es gilt, in dieser Haltung einen therapeutischen Rahmen zu gestalten, in dem Klienten ihre Ressourcen aktivieren können, um mit ihren eigenen Mitteln zu neuen Möglichkeiten und Zielen gelangen zu können. Damit werden neben den verbalen gerade auch die nonverbalen affektiven Abstimmungsprozesse zwischen Therapeuten und Klienten zu einem zentralen Aspekt therapeutischer Professionalität. Nur wenn affektive Rahmung gelingt (wie die Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung eindrucksvoll als Voraussetzung jeglicher Beziehungsgestaltung belegen) können systemische Techniken wie die weiter unten beschriebenen für das Klientensystem bedeutsam werden.

26

Das Selbstverständnis systemischer Therapeuten als professionell Handelnde zielt vor diesem Hintergrund auf die aktive Strukturierung des therapeutischen Gesprächs. Sie sind Experten für die Gestaltung und Reflexion des therapeutischen Prozesses. Ihr theoretisches Wissen und ihr Verständnis der Probleme der Klienten haben den Status von Hypothesen, deren Tauglichkeit für die Lösung der Klientenprobleme einer kontinuierlichen Überprüfung im gemeinsamen Dialog bedarf.

## 2.3 Neuere Entwicklungen

27

Ende der 80er Jahre gewann das Konzept „problem determinierter Systeme“ von Harold Goolishian und Harlene Anderson (in Reiter et al. 1997) an Einfluß in der systemischen Therapie, welches die bereits erwähnte Sprachbezogenheit radikalisiert. Menschliche Systeme sind demnach in erster Linie sprach- und bedeutungserzeugende Systeme. Was sich in diesen Systemen abspielt, ist also die Kommunikation über sprachlich hervorgebrachte Bedeutungen, nichts anderes. Diese sind als Beiträge autonomer Lebewesen prinzipiell gleichwertig. Es gibt dabei keine abnorme oder pathologische Kommunikation, nur das Gespräch. Probleme sind keine von der zwischenmenschlichen Kommunikation unabhängig existierenden Sachverhalte; sie werden im Gespräch erzeugt und durch Beendigung von Kommunikation aufgelöst. Ohne ausgesprochene Sorge oder Klage gibt es also auch keine Probleme.

me. Problemwahrnehmungen und -beschreibungen von Klienten und Therapeuten sind in hohem Maße eingebettet in übergreifende soziale Diskurse (Medienöffentlichkeit, Helfersysteme etc.), die als bedeutsame Parameter für therapeutische Prozesse betrachtet werden müssen. Daraus ergibt sich für die Praxis, daß Therapeuten keinen Expertenstatus mehr beanspruchen können, sie sind allenfalls noch „Experten“ für die Aufrechterhaltung des therapeutischen Gesprächs.

28

In den 90er Jahren spielen sogenannte narrative Ansätze vermehrt eine Rolle, die davon ausgehen, daß für die Konstruktion von Problemen oder Lösungen sind nicht nur die subjektiven Erfahrungen von Bedeutung sind, sondern vor allem auch die Art und Weise, wie Erfahrungen sprachlich in Geschichten gefaßt werden. Kriterien für „gute“ Geschichten oder Narrative im Sinne ihrer Nützlichkeit für die Bewältigung von Entwicklungsübergängen und schwierigen Lebenssituationen sind z.B. Kohärenz, Geschlossenheit und Anschlußfähigkeit der Erzählungen. Therapie wird unter diesem Aspekt zunehmend zum Ort der Entwicklung neuer, passender Geschichten über die Vergangenheit der Klienten.

29

Als neueste Entwicklungslinie läßt sich die Aufnahme von Erkenntnissen der Affekt- und Säuglingsforschung in die Konzepte Systemischer Therapie festhalten, wenngleich sich dieser Bereich noch im Anfangsstadium befindet. Damit halten – nach der Abkehr von intrapsychischen Modellen in den 50er und 60er Jahren – auch wieder motivationstheoretische und affektdynamische Fragestellungen Einkehr in die systemische Theoriebildung, wobei aber festzuhalten ist, daß die Säuglings- und Affektforschung in den vergangenen zwei Jahrzehnten selbst in erheblichem Umfang explizit wie implizit auf systemische Konzepte zurückgegriffen hat.

### **3. Techniken und Methoden der systemischen Therapie**

30

Systemische Techniken lassen sich als Instrumente therapeutischen Handelns verstehen, die die Umsetzung der oben beschriebenen Konzepte und Haltungen erleichtern. Voraussetzung dafür, daß sie als Teil des Handlungswissen von Therapeuten überhaupt wirksam werden können, ist das Gelingen der Begegnungsdimension therapeutischen Handelns. Erst ein in der Abstimmung zwischen Therapeut und Klient entwickeltes Sicherheitsgefühl eröffnet Raum für Neugier und Interesse auf seiten der Klienten und erst dann können spezifische Fragetechniken oder Aufgaben ihr veränderungsrelevantes Potential entfalten.

31

Das Methodenrepertoire der systemischen Therapie ist dabei nicht auf ein bestimmtes Setting beschränkt (auch wenn beispielweise die zirkuläre Fragetechnik dies zunächst vermuten ließe), sondern findet Anwendung in der Arbeit sowohl mit Einzelnen, Paaren, Familien oder Gruppen und anderen Mehrpersonensystemen. Diese Varianten können sich im Therapieprozess u.U. auch ergänzen oder abwechseln. Ebenso sind unterschiedliche Settings auf therapeutischer Seite denkbar. Familientherapie und auch Paartherapie finden häufig im Team oder in Kotherapie statt.

32

Im folgenden wird nun ein kurzer Einblick in Techniken der systemischen Therapie gegeben, der besondere Aufmerksamkeit auf den Aspekt der Erzeugung von Interesse und Neugier im Klientensystem legt. Darüberhinaus hat die systemische Therapie aufgrund ihrer Offenheit die Entwicklung vieler weiterer Techniken ermöglicht, die hier nicht vorgestellt werden können.

### 3.1 Systemische Fragetechniken

33

Fragen haben im therapeutischen Prozess einerseits informationsschöpfenden Wert für Klienten wie Therapeuten, andererseits vermitteln sie – und dies wird gerade in der systemischen Therapie intensiv genutzt – den Klienten implizite Botschaften und lassen auf indirekte Weise neue Perspektiven in das therapeutische System einfließen.

#### 3.1.1 ZIRKULÄRES FRAGEN

34

Symptome, Problemzuschreibungen, Verhaltensmerkmale haben immer auch eine Funktion im Beziehungssystem eines Klienten, sind eingebettet in interaktive Muster. Eine spezifische Krankheit, z.B. eine Depression, ist keine abgrenzbare Eigenheit, sondern Ausdruck eines sich in der Interaktion mit anderen rekursiv bildenden und aufrechterhaltenen Prozesses. Zirkuläre Fragen zielen auf die Sichtbarmachung dieses Prozesses und ermöglichen, daß die kommunikativ hervorgebrachte Bedeutung von als krank definiertem Verhalten und die damit zusammenhängenden Beziehungsmuster thematisiert werden (etwa durch Fragen wie: „Wer in der Familie merkt zuerst, wenn Sie sich zurückziehen?“, „Wer reagiert darauf auf welche Weise?“, „Was müssen Sie tun, damit Ihre Frau denkt, Sie sind wieder depressiv?“, „Wie denken Sie, erklärt sich Ihr Vater/Ihr Sohn Ihr Problem?“).

35

Durch die Einführung unterschiedlicher Beobachterperspektiven und indirektes Fragen werden die Befragten dazu eingeladen, sich in ihre Kommunikationspartner hineinzudenken und zu -fühlen, und die Tendenz zu Anklagen und Beschuldigungen verringert. Gleichzeitig wird auch die Loyalität gegenüber anwesenden oder abwesenden Beziehungspersonen respektiert, die bei direkten Fragen häufig zu Schweigen oder ausweichendem Verhalten führt.

36

Zirkuläres Fragen realisiert damit ein Grundprinzip systemischen Denkens: über das Einbeziehen einer Außenperspektive wird deutlich, daß die „Wirklichkeit“ eines Konflikts oder Symptoms eine gemeinsam erzeugte ist und daß es unterschiedliche Sichtweisen über die Bedeutung eines Problems und deren Lösung gibt.

### 3.1.2 FRAGEN NACH UNTERSCHIEDEN

37

Eine Variante zirkulären Fragens ist das Fragen nach Unterschieden. Es lädt dazu ein, das Problemerleben differenzierter wahrzunehmen und von Problembeschreibungen zu Lösungsbeschreibungen zu kommen („Wer hält Sie für mehr, wer für weniger depressiv?“, „Wie erklären Sie sich das?“, „Woran merken Sie, daß Sie nicht depressiv sind?“, „Was machen Sie dann anders?“, „Wer würde sich am meisten wundern, wen es Ihnen wieder besser ginge?“ usw.).

38

Eine weitere Möglichkeit, Unterschiedsfragen zu stellen, sind Skalierungsfragen oder Prozentfragen, mit denen Ambivalenzen im Individuum oder im Beziehungssystem differenziert werden können („Wenn Sie Ihr Wohlbefinden auf einer Skala von 1 bis 10 einordnen, wo stehen Sie da?“, „Wie war das letzte Woche?“, „Welchen Wert erwarten Sie für die Zukunft?“, „Wieviel Prozent, glauben Sie, ist von der Psychose Ihres Sohnes biologisch bedingt, wieviel das Ergebnis von Verhalten?“). Unterschiedsfragen sind auch Fragen nach Übereinstimmungen oder Subsystemvergleichen („Was denkt Ihr Sohn, wer zur Zeit am stärksten mit Mutter einig ist, daß ...?“).

39

Fragen nach Unterschieden vermitteln generell die positive Haltung, daß Unterschiede – gerade auch bei angstbesetzten Themen – nicht eliminiert werden müssen, sondern für Veränderungsprozesse nutzbar gemacht werden können.

### 3.1.3 HYPOTHETISCHES FRAGEN/ZUKUNFTSFRAGEN

40

Systemisches Fragen zielt nicht nur auf eine veränderte Beschreibung des aktuellen Kontextes und der Vergangenheit, sondern vor allem auch darauf, neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten in die Zukunft hinein zu eröffnen, sozusagen den Möglichkeitssinn zu entwickeln. Dazu dienen z.B. Fragen nach Ausnahmen und Ressourcen („Was ist anders, wenn das Symptom nicht oder nur schwach auftritt?“, „Woran würden Sie merken, wenn das Problem plötzlich nicht mehr vorhanden wäre, Ihnen das aber keiner gesagt hätte?“), Fragen nach der Beeinflussbarkeit des Problems in die Zukunft hinein („Was müßten Sie tun, wenn Sie Ihr Problem behalten wollten?“) oder direkte Zukunftsfragen („Was ist in 2, 5, oder 10 Jahren, wenn alles so bleibt, wie es ist?“) u.a.m.

## 3.2. Positive Konnotation und Reframing

41

Beide Techniken zielen auf die Auflösung bzw. Lockerung festgelegter Denk- und Argumentationsmuster und damit verbundener impliziter Wertungen, indem sie als negativ oder defizitär beschriebene Befindlichkeiten, Eigenschaften, Verhaltensmuster umdeuten.

42

Positive Konnotation bietet vor allem eine alternative und kontextbezogene Bewertung statisch erlebter Eigenschaften an. So kann ein Symptom in seinen positiven Funktionen für den Klienten (als Orientierungsleistung oder Sicherheitsmechanismus) gewürdigt werden, die u.U. einer zu schnellen Veränderung entgegenstehen können.

43

Beim Reframing geht es mehr um die Umdeutung ganzer Handlungs- und Verhaltensstrategien (z.B. Streit als Möglichkeit in der Beziehung, Nähe herzustellen, ohne das Gefühl für sich selbst zu verlieren, Nicht-Veränderung als Ausdruck von Loyalität zur Herkunftsfamilie usw.).

44

Beide Techniken dürfen nicht als bloß oberflächliches „Schönreden“ verstanden werden. Sie basieren auf der Anerkennung des Leidens der Klienten und erfordern eine genaue Einschätzung ihrer Ressourcen und Defizite (sonst könnten sich die Klienten nicht ernst genommen fühlen), wollen aber die Verstärkung einer Opferhaltung vermeiden. Entscheidend ist die im Kontakt zum Klienten angemessene, für diesen anschlussfähige und daher jeweils ganz individuelle Verstärkung bisheriger Sichtweisen.

### **3.3 Rituale**

45

Rituale können für die Markierung von Veränderungen oder die Verabschiedung alter Muster, Problemaspekte o.ä. genutzt und verschrieben werden. Als Symbolisierungen und Verdichtungen von Handlungsabläufen haben sie eine orientierende und strukturierende Kraft, die neue Sinnbildungen unterstützen kann. Wichtig ist auch hier ihre Anschlussfähigkeit an das Erleben und Handeln der Klienten und deren bisherigen Umgang mit ritualisierten Verhaltensformen.

46

So können schwierige Lebensphasen durch die ritualisierte Würdigung oder evtl. Vernichtung eines diese Zeit symbolisierenden Gegenstandes markiert werden. Einem im Streit verclinchten Paar kann die ritualisierte, zeitlich und räumlich eingegrenzte Form eines Streits verordnet werden. Eine Form, mit einem Ritual auf eine Symptomatik Bezug zu nehmen, wäre dessen ritualisierte Verschreibung, z.B., sich mit einer festgelegten Struktur Zeit für seine Depression zu nehmen. Solche Rituale schaffen eine zuspitzende Verdeutlichung des status quo, der gewürdigt, aber auch eingegrenzt wird, und ermöglichen erste, distanzierende Schritte.

### **3.4 Teamtechniken**

47

Soweit in der systemischen Therapie im Team gearbeitet wird, kann dieses Setting auch im therapeutischen Prozess nutzbar gemacht werden. Im sogenannten Teamsplitting repräsen-

tieren verschiedene Mitglieder des Teams in ihren Kommentaren unterschiedliche bis kontroverse Positionen in einer familiären Konfliktszenarie oder einem individuellen Ambivalenzkonflikt, der dadurch personifizierbar erlebt wird. Das Klientensystem hat die Möglichkeit, sich unmittelbar mit Veränderungspotentialen einerseits und dem Sinn aber auch Preisen von Nicht-Veränderung andererseits auseinanderzusetzen.

48

Im „reflecting team“ wird unterschieden zwischen dem Interviewsystem IS (Therapeut und Klient) und dem reflektierenden System, das zunächst schweigend zuhört, um nach einer vereinbarten Zeit dem IS seine Botschaften anzubieten. Die Mitglieder des reflecting team sprechen vor dem IS miteinander über ihre jeweiligen Gedanken zum Therapieschehen und sich daraus ergebende Fragen, die einen angemessenen Unterschied zu dem bisher Besprochenen darstellen sollten („Ich frage mich, ob Mutter nicht manchmal unterschätzt wird ...“). Anschließend sprechen Klient(en) und Therapeut über die Einfälle des Teams.

49

Erreicht wird dadurch ein möglichst gleichberechtigter Austausch von Ideen und Fragen zwischen Therapeuten und Klienten, der vor allem den Möglichkeitssinn anregt, ohne Klienten in eine bestimmte Veränderungsrichtung zu drängen.

### 3.5 Genogramme und Skulpturen

50

Im Genogramm werden Familiendaten und Familienstruktur – in der Regel über drei Generationen – überschaubar dargestellt. Neben dieser informativen Funktion für die Hypothesenbildung des Therapeuten ist die Erarbeitung des Genogramms mit dem/den Klienten eine Chance, den historisch gewachsenen Familienkontext neu zu sehen und zu gewichten. Entscheidend ist, den Fokus dabei weniger auf die „Weil-Perspektive“ auszurichten, sondern mehr auf die „um zu-Motive“ (Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996). Im Vergleich möglicher Handlungsentwürfe mit den tatsächlich realisierten an relevanten zeitlichen Entwicklungspunkten des Familiensystems können handlungsleitende Problemlösungsmuster und historisch gewachsene Sinnstrukturen sichtbar werden, - sowohl in ihrem blockierenden wie in ihrem kreativen Gehalt. Damit rücken zukunftsorientierte Chancen für erweiterte Handlungsentwürfe in den Blick der Klienten.

51

Ein anderer Zugang zur (Re-)Konstruktion von Beziehungskonstellationen stellt die Technik der Beziehungsskulptur dar, bei der unter Mitwirkung mehrerer Personen eine Familie oder ein anderes Beziehungssystem, so wie es von einem Protagonisten zum jetzigen oder einem früheren Zeitpunkt gesehen wird oder wurde, im Raum aufgestellt wird. Diese Technik gibt bildhaft Aufschluß über Nähe-Distanz-Regulation oder Subsystembildungen wie Machtverhältnisse im System aus der Sicht des Protagonisten, die in der Regel so nicht verbal artikuliert werden könnten.

52

Die Methode der sog. Familienaufstellungen nach Bert Hellinger wird zwar auch von ihren Anhängern gelegentlich als systemisch bezeichnet, widerspricht aber in ihrer normativen

und objektivistischen Annahme einer „Grundordnung“ menschlicher Beziehungen zentral dem hier vorgestellten systemischen Denken.

#### **4. Die Effizienz Systemischer Therapie**

53

Wie Schiepek in seiner umfassenden Materialsammlung zur wissenschaftlichen Fundierung und praktischen Effizienz der Systemischen Therapie belegt, leistet die Systemische Therapie einen effektiven Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung. Insbesondere läßt sich eine im Vergleich mit anderen Therapieformen z.T. erhebliche Verkürzung von Therapiedauer erreichen, sowohl bzgl. der Behandlungstunden als auch der Laufzeitdauer. Bzgl. der vorliegenden Wirksamkeitsstudien faßt Schiepek zusammen: „Die bisher vorliegende Anzahl kontrollierter Studien spricht für eine gut belegte Wirksamkeit der Systemischen Therapie. In fast allen Studien hat sich das untersuchte, der Gesamtkonzeption der Systemischen Therapie zurechenbare therapeutische Verfahren einer als wirksam einzuschätzenden Alternativbehandlung ebenbürtig oder überlegen erwiesen. Im Vergleich mit unbehandelten oder nicht spezifisch behandelten Kontrollen kann von einer klaren Überlegenheit gesprochen werden“ (Schiepek 1999, S. 402f). Insofern läßt sich von einem sowohl effektiven als auch kostengünstigen Verfahren sprechen. Gleichwohl sind weitere empirische Studien angesichts des geringen Alters dieses Verfahrens erforderlich.

54

Die Stabilität von Veränderungen scheint vor allem dadurch erreicht zu werden, daß nicht einzelne Symptomänderungen, sondern die Umgestaltung von Wahrnehmungs-, Handlungs- und Denkmustern angestrebt und realisiert werden und daß die relevanten (musterstabilisierenden) Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen werden (ebd., S. 316 f).

55

Darüberhinaus verfügt die Systemische Therapie über ein ausgesprochen breites Indikationsspektrum. Die Effizienz dieses Verfahrens ist besonders gut belegt bzgl. der Behandlung von Psychosen, Affektiven Störungen, Eßstörungen, Suchterkrankungen, Partnerschafts- und Sexualstörungen, Störungen des Kindes- und Jugendalters sowie bei familialen Entwicklungs- und Beziehungsproblemen.

#### **5. Die Zukunft der Systemischen Therapie in Deutschland**

56

Nach den so experimentellen wie kreativen Gründerjahren und der epistemologischen Dominanz der 80er Jahre hat sich die Systemische Therapie als eigenständiges Psychotherapieverfahren in den 90er Jahren konsolidiert. Im Bereich der Beratungsstellen ist eine systemische Weiterbildung bereits die mit Abstand meistnachgefragte Qualifikation bei Stellenausschreibungen.

Trotz ihrer großen Ausstrahlung auch in andere Verfahren hinein, hat es die Systemische Therapie als vergleichsweise junges Verfahren nicht leicht, auch im offiziell anerkannten – und finanzierten – psychotherapeutischen Versorgungssystem Fuß zu fassen. Der Abstand vom mainstream der Kassenpsychotherapie hat der inhaltlichen Entwicklung bislang nicht geschadet, sondern sie eher ermöglicht und gefördert. In der ambulanten wie stationären Praxis wurde und wird Systemische Therapie überwiegend von Therapeutinnen und Therapeuten ausgeübt, die auch über eine weitere psychotherapeutische Weiterbildung verfügen, mit der sie auch in der Lage waren, ihre Therapien mit den Kassen abzurechnen. Dennoch stellt sich im Zuge der gesetzlichen Regelung des Psychotherapeutenberufes und der Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren auch die Frage nach der Anerkennung der Systemischen Therapie als wissenschaftlich begründetes Verfahren und als Richtlinienverfahren für die Kassenfinanzierung in einem neuen Licht.

Aus diesem Grund haben sich die Verbände, in den systemische Therapeuten zusammengeschlossen sind (Systemische Gesellschaft SG, Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten DFS und Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie DAF), zur Arbeitsgemeinschaft Systemische Therapie AGST zusammengeschlossen und gemeinsam einen Antrag zur Anerkennung der Systemischen Therapie als wissenschaftlich begründetes Verfahren eingebracht, der z.Zt. vom Wissenschaftlichen Beirat geprüft wird. Zuvor wurde die Systemische Therapie bereits als viertes Verfahren neben Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie vom Bund Deutscher Psychologen BDP anerkannt.

Auch wenn die Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Grundlagen Systemischer Therapie und ihrer Wirksamkeit nicht mehr lange aufrechterhalten werden können, wird der Prozeß der Anerkennung angesichts der knappen finanziellen Ressourcen für den psychotherapeutischen Sektor des Gesundheitswesens und der z.T. massiven Widerstände der Richtlinienpsychotherapeuten gegen eine Anerkennung weiterer Verfahren allerdings längere Zeit in Anspruch nehmen.

## 6. Literatur

Nachfolgend sind einige allgemeine Arbeiten zur Systemischen Therapie angeführt, die die angesprochenen Aspekte vertiefen. Weiterführende Hinweise zur Theorie und Praxis können ihnen entnommen werden:

Böse, R./Schiepek,G.: Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch. Heidelberg 1989

Brandl-Nebbehay, A. et al.: Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends, Wien 1998.

Hoffman, L.: Grundlagen der Familientherapie, Hamburg 1995.

- Ludewig, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis, Stuttgart 1992.
- Reiter, L. et al.: Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, Berlin Heidelberg New York 1997(2)
- Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie, Göttingen 1999.
- Simon, F.B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik, Frankfurt am Main 1993
- Simon, F.B. et al.: Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular, Stuttgart 1999
- von Schlippe, A./Schweitzer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen Zürich 1996(2).
- Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B.: Systemische Therapie als Begegnung, Stuttgart 1996.