

Erschienen in:

Schneider, K. (Hrsg.),
Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen.
Paderborn: Junfermann 1983: 78-95

**DIE THERAPEUTISCHE INTERVENTION-
EINE SIGNIFIKANTE VERSTÖRUNG DER FAMILIENKOHÄRENZ IM
THERAPEUTISCHEN SYSTEM**

KURT LUDEWIG¹

Vorwort

Frau *Welter-Enderlin* (1980, S. 11) warnt in ihrer Einleitung des Kongresssammelbandes zum Zürcher Symposium "Familientherapie" 1979 vor der Gefahr, die Anwendung der systemisch-ökologischen Denkweise auf dem Gebiet der (Psycho)-Therapie zum Dogma zu erheben, bevor sie überhaupt aus ihrer vorwissenschaftlichen Phase herausgetreten sei. Wenige Zeilen später gibt sie ihrer Hoffnung Ausdruck, dass in einigen Jahrzehnten eine einheitliche Feldtheorie vorliegen möge, welche uns der Frage nach den menschlichen Bedingungen näher gebracht habe.

Bereits in diesen beiden Bemerkungen offenbart sich die unsere Lage kennzeichnende Problematik, wenn wir uns als Therapeuten² um eine ganzheitliche Sichtweise menschlichen Verhaltens bemühen: auf der einen Seite befinden wir uns auf der Suche nach einem Paradigma, das ein prozessorientiertes, holistisches Verständnis des komplizierten Gefüges sozialen Seins ermöglicht, auf der anderen Seite hegen wir aber dennoch die Hoffnung, eines Tages doch noch einen aufgeklärten Zustand zu erreichen, in dem das Beobachtete - das menschliche Verhalten - für den Beobachter eine erfassbare Konstanz gewonnen hat. Anders ausgedrückt: Wir bauen uns einen Weg, dessen Befolgung das Ziel sein soll, und erwarten dennoch, eines Tages ans Ende des Weges zu gelangen. Wir streben nach Ganzheit und hoffen zugleich auf Gerichtetheit.

Theoretischer Hintergrund

Die systemtheoretische Reflexion therapeutischen Tuns wurzelt in der Frustration der Therapeuten mit den Unzulänglichkeiten herkömmlicher, individuumzentrierter Therapie-

¹ Meinen Mitstreitern in der Auseinandersetzung mit Familientherapie Dres. med. *Rosemarie Schwarz* und *Jürgen Franke* sowie meinem Diskussionspartner Dr. phil. *Wolf Hübner* danke ich an dieser Stelle herzlichst für die gedankliche und praktische Anregung bei der Erstellung dieses Manuskripts.

² Die im Text verwendete männliche Form - der Therapeut - beabsichtigt allein eine sprachliche Vereinfachung und keine geschlechtliche Bestimmung.

modelle. Hierbei geht es darum, die Theorie und Praxis der Therapie unter Einbeziehung umfassenderer Systeme anstelle des Systems Individuum zu reflektieren. Die "Lupe" des Therapeuten wird vom Patienten so weit abgehoben, dass der sinnvoll zusammenhängende Lebenskontext des Patienten - seine Ehe, Familie, Gruppe, Wohneinheit - fokussiert werden kann. Es geht zugleich darum, die optimale "Lupenentfernung" zu finden, welche die Handlungsmöglichkeiten des Therapeuten nicht überfordert. Das heißt, die Entscheidung dafür, psychosoziale Auffälligkeit systemisch zu betrachten, erfordert eine Selektionsleistung seitens des Therapeuten, nämlich aus der Fülle aller identifizierbaren Systeme, in denen sich die Auffälligkeit manifestiert, das System zu definieren, in dem ein Minimum an therapeutischer Aktivität ein Optimum an "Gesundheit" bedeuten kann.

Allgemein wird unter *sozialem System* eine sinnhaft identifizierte Ganzheit verstanden, die die Weltkomplexität selektiv reduziert, indem eine Innen/Außen-Differenz stabilisiert wird (Luhmann 1971, S.11 ff.). Luhmann definiert die Grenzen des Systems als die Grenzen dessen, was in Sinnzusammenhängen relevant ist. Der Sinnbegriff beinhaltet hierbei "eine bestimmte Strategie des selektiven Verhaltens unter der Bedingung hoher Komplexität"; er ermöglicht also, eine "Einheit in der Fülle des Möglichen zu schaffen" (S. 12). Soziale Systeme können demnach als sinnvoll abgrenzbare, geordnete Organisationen betrachtet werden (eine umfassende Diskussion dieser Ausführungen sich bei Habermas, Luhmann 1971).

Zwischenmenschliche Systeme sind ein aus Individuen bestehendes, organisiertes Ganzes, in dem sich die einzelnen Mitglieder zueinander komplementär, d.h. zueinander "passend" verhalten (Dell 1982). Dieses Verständnis eines Ganzen schließt definitorisch Kausalität und Finalität des Verhaltens aus, d.h. kein Element ist Verursachung oder Zweck für das Verhalten eines anderen. Die Elemente verhalten sich zueinander in der durch die Art ihres Zusammenpassens gegebenen Weise, welche durch ihre jeweiligen Strukturen determiniert ist. Es ist weder so, dass das Element A das Verhalten von B verursacht (lineare Kausalität), noch dass A und B sich gegenseitig bedingen (mutuelle Kausalität), noch dass A und B zugleich von irgendeiner Eigenschaft des Systems bedingt werden (zirkuläre Kausalität). Das heißt: die beste Erklärung für die Funktionsweise eines Systems ist das System selbst - "*The system is what it is. Period*" (Das System ist was es ist. Punkt; Dell 1982, S. 30).

Das Verstehen von menschlichen Organisationen im eben erwähnten Sinne wird im Rahmen von Theorien über therapeutische Prozesse als *systemische Sichtweise* bezeichnet (Guntern 1980a, in diesem Band, Selvini et al. 1978, Wertheim 1980). Die systemische Therapie versteht sich als die Anwendung dieser Sichtweise auf das Problem der Pathologie und Therapie psychosozialer Auffälligkeit, wobei Individuen und Menschengruppen - z.B. Familien - als organisierte Ganzheiten, als Systeme betrachtet werden, deren beste Erklärung in der Darstellung ihres Soseins besteht.

Ein wesentliches Problem beim Paradigmenwechsel von einer analytisch-dualistischen zu einer synthetisch-holistischen Sichtweise ist der Umgang mit ursächlichen Erklärungen. Viele der bisherigen familientherapeutischen Erklärungsansätze haben sich in der letzten Konsequenz als linear-kausal erwiesen. In jüngster Zeit stellte z.B. Dell (1982) das Homöostasekonzept, eines bisher zentralen Konzepts in Theorie und Praxis der Familientherapie, wegen seiner dualistischen Natur in Frage. Denn die Homöostase eines Systems wurde bislang mehr oder weniger subtil für das Funktionieren des Systems verantwortlich gemacht, etwa indem Sinne, dass Familienmitglieder sich in bestimmten Weisen verhalten, *wegen* der Homöostase oder *um*

die Homöostase zu erhalten. Als wäre Homöostase eine von anderen Aspekten des Systems trennbare Einheit, die das System in Gang hielte.

Um den Rekurs auf dualistische Erklärungen zu entgehen, führt *Dell* (1982) den Begriff *Kohärenz* ein, der das System ohne den Rückgriff auf Kausalität oder Finalität zu beschreiben erlaubt. Kohärenz *ist* die kongruente, zusammenpassende Funktionsinterdependenz aller Aspekte eines Systems. Sie bezeichnet die Organisationsweise des Systems. Kohärenz ist insofern ein prinzipiell systemischer Begriff, weil er die Darstellung von Veränderung und Stabilität umgreifend, ganzheitlich ermöglicht, im Gegensatz etwa zum Homöostasebegriff (s.o.) oder zum Dualismuspostulat zweier Systemkräfte: Homöostase und Transformation (*Selvini et al.* 1978), Morphostase und Morphogenese (*Wertheim* 1980), Homöostase und Telekinese (*Guntern* 1980b), usw. Denn wenn alles Verhalten der Kohärenz des Systems entspringt und zugleich darauf zurückwirkt, so ist jedes Verhalten eine irreversible Veränderung des Systems: *a system cannot behave without altering itself* (Ein System kann sich nicht verhalten, ohne sich zu verändern; *Dell* 1982, S. 32). Und da ein menschliches System in seiner *lebendigen* Kohärenz sich zu verhalten nicht aufhören kann, so ist *das* System in unaufhörlicher Evolution begriffen.

Aus dieser evolutiven Sicht ist die Feststellung konstanter bzw. variierender Zustände eines Systems eine vom *Beobachter* infolge seiner Beurteilungskriterien und seiner Beobachtungsebene dem System zugeführte Unterscheidung. Homöostatischer Stillstand bzw. Transformationen des Systems sind keine Eigenschaften desselben, sondern eine Beurteilungsleistung des Beobachters.

Diskontinuierliche Fluktuationen, d.h. eigentliche Strukturveränderungen geschehen nur in interaktionellen Systemen und stets nur innerhalb des Systems. Nach *Dell* (1982, S. 35f.) haben menschliche Interaktionssysteme, also zwischenmenschliche Systeme eine Kohärenz höherer Ordnung als Individuen, - eine Kohärenz, welche dem Muster des Zusammenpassens ("*fit*") der individuellen Strukturen entspricht. Insofern beinhaltet die Struktur der einzelnen Mitglieder die Grenzen, aber auch die potentielle Veränderbarkeit des Systems, zumal jedes neue Verhalten eines Mitglieds eine Anpassungsleistung der anderen erforderlich macht, d.h. die Veränderung der kohärenten Organisation des Systems auslöst. Dass in Systemen höherer Ordnung, z.B. in Familien, Veränderungen nur innerhalb des Systems entstehen können, resultiert daraus, dass alles Verhalten eines Systems wiederum seiner spezifischen Kohärenz entspringt. Außenreize sind für das System nur dann relevant, wenn sie das Verhalten eines Mitglieds *im* System auslösen.

Für die Belange der Therapie folgt aus dieser Sicht, dass es allenfalls möglich ist, die Kohärenz eines Systems von innen heraus zu *verstören*. Konsequenz für den Therapeuten ist, dass er, um den therapeutischen Prozess günstig zu beeinflussen, allein *sein* Verhalten optimieren und die Rahmenbedingungen der Therapie bestimmen kann, jedoch die Familie nicht gezielt zu verändern vermag (vgl. *Prigogines* Ausführungen zur Veränderbarkeit von Systemen, in: *Elkaïm et al.* 1982). Die Situation des systemischen Therapeuten ist also widersprüchlich: Angesichts einer realen Familie ist er angehalten, Interaktionsmuster zu verändern, aber gerade dies kann er nicht ursächlich *bewirken*. Der vorliegende Beitrag ist als ein Versuch zu verstehen, einen Ausweg aus diesem Dilemma zu finden.

Dysfunktionalität vs. Auffälligkeit

Das sozialwissenschaftliche Krankheitsmodell, dem die Ursprünge familientherapeutischer Theorie verbunden sind, hat das medizinischnaturwissenschaftliche Krankheitsmodell überwunden (vgl. *Keupp* 1972). Seelische Störungen werden nicht mehr als Ausdruck eines dem Individuum anhafteten Fehlens an Gesundheit verstanden, nicht als Abweichung von einem inneren Parameter, sondern je nach Orientierung als Ergebnis einer Lerngeschichte, eines Etikettierungsprozesses, einer iatrogenen Festlegung, einer bestimmten Störung des familiären Gleichgewichts, usw. Das heißt, abnormes Verhalten wird als soziale Normabweichung gesehen, welches vom normalen Verhalten nicht prinzipiell zu unterscheiden ist.

In der familientherapeutischen Literatur spricht man in den letzten zehn Jahren häufiger statt von abnormen, von *dysfunktionalem* Verhalten. Diese Umbenennung scheint beim ersten Hinsehen einen theoretischen Gewinn zu beinhalten, da der Begriff Dysfunktionalität handlungs- bzw. prozessorientiert ist. De facto aber beinhaltet Dysfunktionalität eine dualistische Epistemologie, die zwischen funktional und dysfunktional, richtig und falsch, passend und unpassend unterscheidet. Dysfunktionalität setzt implizit voraus, dass es "richtige" Funktionsweisen gibt bzw. ein "inneres" Parameter familiärer Systeme, an deren Abweichungen Dysfunktionalität manifest wird.

In diesem Sinne kristallisiert sich der Versuch bei den meisten Autoren, Dysfunktionalität zu beschreiben, an einem bestimmten Aspekt des betreffenden Systems: *Minuchin* (in *Guntern* 1981) beschreibt dysfunktionale Familien als solche, die angesichts einer Entwicklungskrise keine neue Organisationsform hervorgebracht haben. Diese Familien seien in bezug auf das, wie sie jetzt sein *sollten*, dysfunktional. Kommunikationstheoretisch ausgerichtete Autoren, wie z.B. *Sluzki* und *Veron* (1980), sehen in *Batesons* "Doppelbindung" die pathogene Situation überhaupt. *Selvini* et al. (1978) betrachten dysfunktionales Verhalten als den sich selbst verstärkenden Versuch der Familienmitglieder, einseitige Kontrolle über die Definition ihrer Beziehungen zu erlangen. Dieser Versuch entstamme dem epistemologischen Irrtum der Beteiligten, dass es möglich sei, lineare Kontrolle über andere zu haben. *Dell* (1982) vertritt einen vergleichbaren Standpunkt. *Haley* (1977) interpretiert Dysfunktionalität als ein Korrelat gestörter Hierarchien in der familiären Struktur, die durch erstarrte, redundante Handlungssequenzen aufrechterhalten werde.

Die Frage aber nach Ursachen abnormen Verhaltens, die ätiologische Frage also, erweist sich aus systemischer Sicht als eine epistemologische Verwirrung, da Ätiologie Kausalität beinhaltet (vgl. *Dells* Ausführungen zur Ätiologie der Schizophrenie, 1981c). Geht man aber davon aus, dass die spezifische Kohärenz einer Familie, d.h. ihr organisatorisches Sosein, der Kopplungsweise ihrer Mitglieder im Rahmen ihrer existentiellen Bedingungen entspricht, so ergibt sich, dass das angeblich dysfunktionale Verhalten einer Familie grundsätzlich *funktional* ist, weil es ein Aspekt ihrer spezifischen Gruppenstruktur konstituiert. Sogenannte Symptome sind also kohärente Aspekte der Familienstruktur, sie sind passendes Verhalten in einer gegebenen Situation.

Die Verhaltensweisen, die als symptomatisch bezeichnet werden, d.h. vom Normalen unterschieden werden, bekommen erst ihre "symptomatische" Qualität eben als Ergebnis einer Bewertung. Symptome sind Symptome, weil sie als solche bewertet bzw. bezeichnet werden. Redundantes Verhalten oder Rigidität sind z.B. Aspekte jeder Organisation und keine diagnostischen Größen. Dass der Grad an "Verstrickung" (*Minuchin* et al. 1981) sogenannte

psychosomatische Familien von Gesunden unterscheidet, vermag nicht zu überzeugen. Dafür gibt es zu viele engmaschig organisierte Familien, die nie psychiatrisch auffallen. Die strukturelle Unterscheidung zwischen "normalen" und "auffälligen" Familien unterliegt vermutlich derselben Verallgemeinerungstendenz, welche in den Anfängen psychoanalytischer Theoriebildung beim Schließen von klinischer Kasuistik auf die Normalpsychologie beobachtbar wurde. Dieser Problematik geht die Arbeit eines eigenen Forschungsprojektes nach, in dem die organisatorische Struktur auffälliger und unauffälliger Familien verglichen wird (Ludewig, Pflieger, 1982).

Tatsache ist aber, dass Individuen und Familien therapeutische Institutionen aufsuchen; sie definieren sich selbst oder werden von anderen als dysfunktional definiert. Diese Menschen haben sich implizit an einem äußeren Normalitätsmaßstab gemessen und sind zu einer mehr oder weniger sicheren Bewertung gekommen. Nicht selten wenden sich Familien an Therapeuten mit der Frage, ob ihr Sosein *noch* normal sei. Es sind dann die gesellschaftlich legitimierten Instanzen, die Dysfunktionalität attestieren. Damit entsteht ein Konsens zwischen der Familie und dem Therapeuten, der die spezifische Kohärenz dieser Familie als *unzulässig*, als grenzüberschreitend definiert. Und dies ganz und gar davon unabhängig, ob beide Systeme *das* Problem bzw. *die* Abweichung inhaltlich gleich oder unterschiedlich einschätzen.

Im Sinne dieser Überlegungen ist u. a. mit Keeney und Sprenkle (1982) festzuhalten, dass die Pathologie einer Familie die Diskrepanz zwischen der familiären Ordnung und der makrosozialen *Organisation* bezeichnet.

Weil Familien und Gesellschaft untrennbare Gebilde sind, muss die spezifische Kohärenz einer Gesellschaft so geartet sein, dass sie sogenannte Dysfunktionalität strukturell in sich enthält. Insofern sind diese Familien innerhalb der makrosozialen Kohärenz alles andere als dysfunktional; sie sind nämlich im gesellschaftlichen System strukturell passend, also funktional. Diese Schlussfolgerung wird u.a. durch die Tatsache bestätigt, dass strukturell vergleichbare Gesellschaften einen ebenso vergleichbaren Anteil an ungewöhnlichen, angeblich nicht passenden Subsystemen enthalten.

Die resignative und kultur-pessimistische Auslegung dieser Feststellung würde die Auffassung nahelegen, dass Veränderung innerhalb einer Gesellschaft ausgeschlossen und Therapie somit sinnlos wäre. Denn ihr "Erfolg" bestünde aus dieser Sicht nur darin, die Patienten von der "pathologischen" in die "normale" Zone des gesellschaftlichen Feldes umzuverlagern. Die Folge wäre jedoch, dass gleichzeitig andere an ihre Stelle nachrücken würden, ohne dass eine "wirkliche" Veränderung stattgefunden hätte: es wäre für den Therapeuten die unaufhörliche Arbeit des Sisypchos.

Im Rahmen systemischen Denkens zeigt sich jedoch ein gangbarer Ausweg aus diesem Dilemma. In der Annahme, dass menschliche Systeme im permanenten Wandel begriffen sind, kann postuliert werden, dass jede Interaktion zwischen Systemen eine Veränderung dieser Systeme beinhaltet. Insofern ist der Beginn einer Therapie, also die Entstehung des *therapeutischen Systems* (s. weiter unten) zwar einerseits die Übereinkunft zwischen Familie und Therapeuten, dass die Familie "auffällig" sei, andererseits aber zugleich eine strukturelle Transformation der beteiligten Systeme. Denn die Entstehung eines neuen Systems beinhaltet das Ersetzen der bisherigen Kohärenz der beteiligten Systeme durch eine neuartige Kohärenz.

Die ethisch abzuleitende Forderung aus dieser Sichtweise, die ihrer Natur nach kultur-optimistisch, da evolutionistisch, ist, ist die Entwicklung therapeutischer Methoden, die den Trägern der Bezeichnung "abnormal" behilflich sind, sich *innerhalb* ihrer *und* der strukturellen Möglichkeiten der übergeordneten sozialen Systeme zu transformieren. Diese therapeutische Einstellung setzt jedoch die Infragestellung absoluter Maßstäbe angeblicher Gesundheit - Reife, Wachstum, Anpassung, gute Kommunikation, Beziehungsfähigkeit, usw. - voraus.

Im Hinblick auf den kommunikativen Aspekt des diagnostischen Prozesses soll im folgenden statt vom symptomatischen bzw. dysfunktionalen Verhalten, von *Auffälligkeit* gesprochen werden. Der Begriff *Auffälligkeit* unterstreicht die Tatsache, dass das betreffende Verhalten nicht an sich abnorm *ist*, sondern jemandem *aufgefallen* sein muss. *Auffälligkeit* kann nun im familientherapeutischen Kontext operational definiert werden als das Verhalten einer Familie, die eine therapeutische Institution aufsucht (vgl. *Dell* 1981c).

Familientherapie: Der Prozess des therapeutischen Systems

Das *therapeutische System* besteht aus den Beteiligten an der Therapie, also aus Familienmitgliedern, Therapeuten, Supervisoren, evtl. Beobachtern. Systemische *Familientherapie* ist zu definieren als der Prozess einer befristeten Gemeinsamkeit zweier Systeme unterschiedlicher Struktur, bestehend aus den Systemen Patient-Familie und dem Therapeuten. Sie ist der Koppelungsprozess dieser beiden Strukturen, also die Entstehung einer befristeten gemeinsamen Kohärenz. Familientherapie ist der *Prozess des therapeutischen Systems* selbst (*Ludewig* 1982).

Familientherapie ist ein evolvierender, *kreativer* Prozess, der zu einer neuen Kohärenz führt. Therapie kann als die *Co-Evolution* zweier Systeme verstanden werden. Der therapeutische Prozess konstituiert sich durch seine Befristung und durch die sinnvoll abgrenzbare Struktur der beteiligten Systeme: eine therapiesuchende Familie und ein systemisch orientierter Therapeut. Alles andere, d.h. die spezifischen Interaktionen im neuen therapeutischen System, resultiert aus diesen Strukturen.

Zwei Grenzzustände des therapeutischen Systems sind denkbar: Die Strukturen der beteiligten Systeme passen nicht zueinander und schließen sich aus, oder die entstandene gemeinsame Kohärenz ist derart eng, dass die Beendigung der Therapie als Verhaltensmöglichkeit des therapeutischen Systems nicht vorgesehen ist. Die Therapie findet nicht statt oder sie verewigt sich.

Ob nun die strukturelle Erneuerung im therapeutischen System "heilsam" ist, hängt davon ab, ob Anwesenheit und Aktivität des Therapeuten im Zusammenhang mit der Familie eine solche Kohärenz ergeben, d.h. "passend" genug sind, dass die familiäre Organisation eine *signifikante Verstörung* erfährt. Wobei die spezifische Art der Bewältigung dieser Verstörung seitens der Familie ihrer strukturell bedingten Dynamik entspringt und insofern vom Therapeuten nicht dirigierbar ist (vgl. *Dell* 1982, *Selvini* 1979).

Das *Verstörungskonzept* impliziert, dass Verstörung nur innerhalb der Kohärenz eines Systems geschehen kann. Wenn die Verstörung innerhalb des therapeutischen Systems stattfindet, hat die "alte" Familienstruktur in der Gemeinschaft mit dem Therapeuten eine neue Organisationsgestalt angenommen.

Unsere Erfahrung legt nahe, dass die Effektivität des therapeutischen Systems das Korrelat des vorübergehenden Fusionsgrades beider beteiligten Systeme darstellt. In einer unserer letzten Therapien war dies z.B. in der Erstsitzung beobachtbar: Auf die Frage des männlichen Therapeuten, wie denn das Kind zu einem bestimmten Problem stünde, antwortete die weibliche Therapeutin in aller Selbstverständlichkeit, als spreche sie für ihr eigenes Kind. Die Therapeutin war sich, wie es sich später herausstellte, ihrer Fusion mit der Familie gar nicht bewusst. Für den weiteren Verlauf der Therapie erwies sich diese "Identifikation" der Therapeutin als besonders günstig.

Die Grenzauflösung zwischen Familienmitgliedern und Therapeuten ermöglicht es, ein erlebtes Verstehen der familiären Organisation zu erlangen, und zwar im Erleben der gemeinsamen Kohärenz. Und gerade dieses erlebte Verstehen dürfte die Signifikanz der therapeutischen Aktivität ermöglichen. Ergäbe sich aber *nur* eine Fusion beider Systeme im therapeutischen System, würde dies dessen Verewigung bedeuten. Deshalb ist eine Vorgehensweise notwendig, welche die Herauslösung des Therapeuten aus dem gemeinsamen System ermöglicht, damit er seine erlebten Erkenntnisse auf einer anderen Ebene zu reflektieren vermag. Diese Möglichkeit hat er, indem er wieder Teil eines anderen Systems, nämlich des Therapeutenteams wird, bzw. indem er sich in die *Supervisionsposition* bringt (Ludewig 1982). Hiermit ist gemeint, dass der Therapeut sich wieder als Teil des Systems identifiziert bzw. identifiziert wird, von dem aus er die Therapie angefangen hat, wobei das Therapeutenteam mittlerweile freilich evolviert und dieser Überwechsel nur figurativ als eine Widerkehr ins "alte" System zu verstehen ist. Die Definition des Therapeuten kann nun erweitert werden zu der eines "Grenzgängers" zwischen Systemen. Die Mailänder Gruppe (Selvini et al. 1978) und die Römer Gruppe (Andolfi 1982) sehen eine wesentliche Hilfsmaßnahme für die therapeutische Arbeit darin, das therapeutische System in mindestens drei Subsystemen zu unterteilen: Familie, Therapeut, Supervisionsgruppe.

Der therapeutische Prozess: Die signifikante Verstörung

Das nun vorzustellende Therapiemodell beinhaltet das vorläufige Ergebnis einer intensiven mehrjährigen praktischen und theoretischen Auseinandersetzung mit Familientherapie, also *meine* Vorstellung von Therapie. Die Entscheidung dafür, den therapeutischen Prozess im systemtheoretischen Bezugsrahmen zu interpretieren, legt nicht die Übernahme eines bestimmten Repertoires therapeutischer Aktivitäten oder gar Strategien fest, denn es gibt nicht *die* richtige Systemtherapie. Die Frage danach, welches Verhalten denn "therapeutisch" sei, ist also nicht als Frage nach Techniken zu verstehen. Im systemischen Verständnis vom menschlichen Verhalten erweist sich diese Frage als irrelevant, denn eine Technik ist eine standardisierte Handlungsweise, die unter konstanten Bedingungen generell anwendbar ist; menschliche Systeme sind aber in unaufhörlicher Evolution begriffen. In diesem Sinne ist es nicht möglich, bestimmte Verhaltensweisen a priori als therapeutisch zu bewerten (vgl. Ludewig et al. 1982).

Dass Verhalten nicht gezielt durch bestimmte therapeutische Aktivitäten veränderbar ist, bedeutet nun nicht, dass der Therapeut nicht seine eigene Verhaltensstruktur optimieren könnte. Denn je breiter sein Verhaltensrepertoire ist, desto eher kann seine Struktur zu unterschiedlichen Familien passend sein. Anders ausgedrückt: je mehr Sprachen einer beherrscht, in desto mehr Kulturen wird er sinnvoll kommunizieren können. Eine flexible Einstellung und ein vielfältiges Verhaltensrepertoire können sinnvolle Elemente einer "Therapeutenstruktur" sein. In diesem Sinne erscheint die Forderung mancher Therapierichtungen wenig sinnvoll, das Verhalten des Therapeuten möglichst konstant zu halten (z.B. grundsätzlich empathisch oder "abstinent"); die

Folge könnte sein, dass der Patient sich ebenfalls um ein konstantes Verhalten bemüht. Diese Situation wird dann allzu leicht als "Widerstand" des Patienten missdeutet; sie ist auch häufig das Problem unerfahrener Therapeuten, die sich verständlicherweise streng an konzeptuelle Handlungsanweisungen halten.

Eine *signifikante Verstörung der* familiären Kohärenz wird in Anlehnung an *Selvini* (1981) und *Dell* (1981b) als eine Intervention definiert, die innerhalb der Familienkohärenz "neu" ist und zugleich eine bleibende Veränderung provoziert hat. Eine Intervention kann sich nur innerhalb der Familienkohärenz als signifikant verstörend erweisen. Der Therapeut kann allenfalls aposteriori feststellen, dass sich etwas im Zuge seines Verhaltens verändert hat, und dies im Sinne eines korrelativen und keineswegs kausalen Zusammenhangs. Technisches, strategisches, planvolles, direktives Handeln ist als solches irrelevant. Der Therapeut, der dennoch zu intervenieren angehalten ist, kann sich dabei nur an seinem erlebten Verstehen vom therapeutischen Kontext orientieren. Selbst die programmatische Vorstellung, Verstörung durch "neues" Verhalten zu erzeugen, erweist sich als Wunschdenken. Gezielt eingesetzte "Paradoxien" (*Papp* in diesem Band, *Fisher et al.* 1982), die weniger aufgrund ihres logisch-paradoxen Charakters als vielmehr wegen ihrer kontextuellen Unerwartetheit wirken (*Dell* 1981a), erweisen sich als nutzlos, wenn sie technologisch, d.h. kontextunabhängig verwendet werden.

Aus dem Gesagten ergibt sich die "Forderung", Therapie möglichst absichtslos, "ziellos" zu betreiben (vgl. *Hübner* 1982), und zwar im Vertrauen auf die "Weisheit" des therapeutischen Systems. Denn sind Therapeuten und Familie ein kohärentes System geworden, so braucht der Therapeut keine weiteren Entscheidungen über sein eigenes Verhalten zu treffen, denn die nützlichen Interventionen wachsen *im* therapeutischen Kontext von selbst. Diese Betrachtung, die in etwa der Kunst des Bogenschießens im Zen-Buddhismus vergleichbar ist (Bogen, Pfeil, Ziel und Schütze verschlingen sich ineinander; der Pfeil "löst" sich von selbst und trifft; *Herrigel* 1978¹⁷), ist wiederum nicht in technisches Handeln zu übersetzen. Ein eindrucksvolles Beispiel hierfür stellen die Interventionen *Milton Ericksons* dar (vgl. *Haley* 1978), welche ihm in einem offenbar gemeinsamen subhypnoiden Zustand mit seinen Patienten zufielen.

Die für den Therapeuten beeinflussbaren Aspekte des therapeutischen Prozesses sind: einerseits sein Bemühen zu erkennen, was ihn daran hindert, "ziellos" zu sein; andererseits sein Bemühen, die therapeutischen Bedingungen aufgrund der *erfahrungsmäßigen* Vorselektion des in der Therapie allgemein Nützlichen, das signifikant verstörend sein könnte, zu optimieren. In diesem Sinne erscheinen unserer Erfahrung nachfolgende Vorschläge bzw. Warnungen angebracht:

- *Verallgemeinernde* Vorstellungen über eine Familie erschweren dem Therapeuten das Wahrnehmen dieser Familie. Beschreibungen wie schizophrene Transaktion, defizitäre Entwicklung, frühkindliche Traumatisierung, symbiotische Beziehung, verstrickte Familie usw., d.h. "Diagnosen", strukturieren den Therapeuten vor und können ihn bis zum "Widerstand" lähmen. Ebenso wenig nützlich ist der Versuch, beschriebene Techniken nach Kochbuchart kontextunabhängig einzusetzen.
- Die *positive Konnotation* des Verhaltens und der Organisation einer Familie, d.h. alles geäußerte Verhalten für gut zu befinden (vgl. *Selvini et al.* 1978, 1981), fördert meistens die Entstehung des therapeutischen Systems. Außerdem schult sie den Therapeuten darin, ganzheitlich zu erfassen, und sie hindert ihn, zu moralisieren oder Partei für einzelne Mitglieder zu ergreifen.
- Der Familie ihre *Problemdefinition* überlassen. Bei vielen Familien zeigt sich, dass es ihnen im Verlauf der Therapie nicht gelingt, zu irgendeiner annähernd nachvollziehbaren

Problemdefinition zu gelangen. In diesen Fällen erscheint es günstiger, das Problem aufzufassen als die Schwierigkeit der Familie, ihr Problem zu definieren, statt in die Verlegenheit zu kommen, es als Therapeut einseitig zu definieren. Die Familie würde im letzten Fall zum "Zuschauer" des Ringens des Therapeuten mit seiner eigenen Problemdefinition.

- Die "*Sprache*" der Familie sprechen. Für eine "emotionale" Familie kann das Sprechen über Vertrauen, Versöhnung, Affekthemmung, intergenerationale Vermächtnisse usw. angemessen sein; für eine "intellektuelle" Familie kann eine logisch-mathematische Sprache günstiger sein. Denn schließlich geht es nicht um Inhalte sondern um Interaktionen, aber Interaktionen geschehen thematisch gebunden. Wir behandelten z.B. kürzlich die Ablösungsproblematik eines Einzelkindes einer "logischen" Familie unter Verwendung grapho-mathematischer Abbildungen.
- Die Therapie zum frühest möglichen Zeitpunkt *beenden*, z.B. beim Beobachten erster signifikanter Veränderungen im therapeutischen System. Ansonsten übernimmt man die ethische Mitverantwortung für die Erhaltung des therapeutischen Systems, d.h. für das Funktionieren der Familie *mit* Therapeut (vgl. *Ludewig* 1982). Ein Beispiel: In der neu entstandenen Familie eines Trägers sämtlicher Merkmale einer "defizitären" Entwicklung, der mehrmals langjährige Haftstrafen verbüßt hatte, war sein Sohn aus erster Ehe in der Schule wegen Aggressionen aufgefallen. Die Therapie wurde nach vier Sitzungen beendet, nachdem die Stiefmutter von einer Besserung in der Schule berichtet hatte. Die Weiterführung der Therapie hätte alsdann nur unter dem Einsatz einer wohl langen "Nacherziehung" geleistet werden können.

Intervention: Therapeutenverhalten und Rahmenbedingungen

Definition. Als *Intervention* wird jede vom Therapeuten vorgenommene Maßnahme verstanden, die eine signifikante Verstörung im therapeutischen System in Aussicht stellt. Die Möglichkeiten des Therapeuten zu intervenieren bestehen darin,

- a) sein Verhalten zu optimieren und
- b) günstige Rahmenbedingungen herzustellen.

Im folgenden werden Verhaltensweisen erörtert, die dem systemischen Ansatz kongruent sind und sich empirisch bewährt haben. Die Klassifikation der Interventionen erscheint zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht und für die Praxis leicht irreführend. Sie könnte den Anschein universell anwendbarer Techniken erwecken (vgl. die Anweisungen zum Gebrauch von Paradoxien n. *Fisher et al.* 1982).

a) Therapeutenverhalten

- *Umdeutung* (reframing). Dieses Verhalten beinhaltet die Verstörung der kausalen Erklärungsmodi der Familienmitglieder über ihr Verhalten. Beispiel: In einer Familie wurde erklärt, dass das Jüngste von drei Kindern, ein 15jähriger Jugendlicher, *wegen* eines in früher Kindheit erlebten Trennungstraumas noch nachts über einnässe. Die Familie verhielt sich gegenüber der Enuresis in Übereinstimmung mit dieser Erklärung; das Einnässen war Bestandteil des Familienlebens. Bereits in der ersten Sitzung wurde der Familie eine alternative Erklärung angeboten: Weil viele Ereignisse in der Familie in einer Dreierreihe stattgefunden hatten (drei Kinder, drei Therapien, alle drei Tage, Monate, Jahre passiert etwas usw.), sei dies eine wichtige Familientradition. Deshalb würde nun der dritte Sohn, der in drei Monaten eine Lehre beginnen sollte, drei Monate brauchen, um sich in

seiner neuen Lebenssituation als Heranwachsender einzuleben. Er würde in drei Monaten aufhören einzunässen und zwar so, dass er im dritten Monat nur noch dreimal einnässen würde. Monate später rief uns die Mutter an und bestätigte, dass es "nach Plan" verlaufen sei. In diesem Fall konnte die anstehende Verselbständigung problemlos fortschreiten, indem diese im Sinne der Familientradition umbenannt worden war. Wir haben diese Intervention die "magische Zahl Drei" genannt. Die Magie bestand aber lediglich darin, eine systemkongruente Umbenennung der Kausalität zu finden, welche einem damals sehr von *Erickson* eingenommenen Kotherapeuten nach stundenlangen, mühevollen Versuchen, die familiäre Situation zu verstehen, "zufiel".

- Bei der *Verschreibung* handelt es sich um die Verstörung tradierter Verhaltenssequenzen. Die Familie wird aufgefordert, etwas Neues zu tun, z.B. "Symptome" zu intensivieren, Rituale zu verfolgen usw. (vgl. z.B. das Ritual: "gerade und ungerade Tage" n. *Selvini et al.* 1979). Die Befolgung dieser Verschreibungen stellt die Familie vor das Problem, nicht vorgesehenes Verhalten in ihr manifestes Verhaltensmuster zu integrieren.
- *Zirkuläre Befragung*. Dieses von *Selvini et al.* (1981) beschriebene Vorgehen geschieht während der Sitzung. Der Therapeut fordert einzelne Familienmitglieder auf, Kommentare über die Beziehung der anderen zueinander abzugeben. Dieses Verfahren, das ursprünglich als Explorationsmethode konzipiert war, wirkt sich in Familien sehr verstörend aus; die Familie befindet sich in einem verwirrenden metakommunikativen Prozess, in dem das komplizierte Gefüge innerfamiliärer Definitionen sichtbar wird. Die Urheber dieses Verfahrens erwägen es sogar, das therapeutische Vorgehen darauf zu beschränken und auf weitere Interventionen zu verzichten.
- *Andere Verstörungen*. Der Therapeut hat die Möglichkeit, eine Reihe von Positionsveränderungen innerhalb des therapeutischen Systems vorzunehmen. Diese sind den kontextuellen Erwartungen in einer Therapie dissonant, also verstörend. Eine Möglichkeit stellen die *Selbstverschreibungen* dar: in einer stagnierend wirkenden Sitzung war nur das Elternpaar, aber nicht die "psychotische" Tochter anwesend. Das Gespräch drehte sich wie im Karussell, ohne dass das Ehepaar sich gegenseitig ansah oder ansprach. Wir beendeten die Sitzung mit dem Kommentar, dass wir die seltsame Eingebung bekommen hätten, uns beim nächsten Mal gegenüberzusetzen zu wollen. Das hätte zur Folge gehabt, dass das Ehepaar sich auch gegenüber gesessen hätte. Zur nächsten Sitzung erschien dann wieder die Tochter, die im Zusammenhang mit ihrer Hospitalisierung zweimal gefehlt hatte. Sie hatte sich eigens für diese Sitzung gegen ärztlichen Rat entlassen lassen: so saßen sich zwar die Eltern nicht gegenüber, aber die Tochter war wieder anwesend.
- Eine andere Möglichkeit des unerwarteten Verhaltens ist die *Selbstentwertung* des Therapeuten, z.B. nach einer besonders "machtvoll" geführten Therapie. Bei einer Familie mit Magersuchtsproblematik steigerte sich die Komplexität der verschriebenen Rituale bis ins Groteske. Vater und Mutter sollten schließlich an verschiedenen Tagen jeweils allein für das unbegrenzte Essen und auch für das anschließende Erbrechen der 19jährigen Tochter zuständig sein. Die Familie erfüllte "fast" alle gestellten Aufgaben und wäre vermutlich weiter gegangen. Nur nichts half! Wir gaben uns bei der nächsten Sitzung für restlos geschlagen (was wir auch waren) und schlugen vor, die Tochter zum Sieger zu ernennen. Die Therapie, in der bereits nach fünf Sitzungen kein Ende abzusehen war, war

damit beendet. Die Familie war zumindest davon befreit, dem Erhalt der Therapie zuliebe aufreibende Auffälligkeiten beizubehalten (vgl. *Selvini, Prata* 1980).

- Der *Therapeutenwechsel* kann günstig verstörend sein. Bei einer Familie, die wegen des selektiven Mutismus und der Enuresis nocturna des jüngsten Sohnes in Therapie gekommen war, zeigten sich nach der fünften Sitzung verschiedentlich neue Ansätze. Die Symptomatik hatte auch merklich nachgelassen. Das Ehepaar schien sich aber auf eine lange "Eheberatung" bei uns einzurichten. Diese fünfte Sitzung, die von einer Studentengruppe hinter der Einwegscheibe verfolgt wurde, fand am letzten Semestertag statt. Im Zusammenhang mit dieser gesamten Situation entstand die Idee, die Familie mit einer gemeinsamen Aktion zu verabschieden, bevor sie den Glauben an ihre eigenen Fähigkeiten verloren hätte. Hierfür ließen sich die Studenten eine Reihe eigener Lösungsvorschläge für das "Eheproblem" einfallen, die sie am Ende der Sitzung den Eltern abwechselnd vortrugen. Spätestens nach dem 12. Vorschlag gab das Ehepaar zu verstehen, dass nur sie wirklich in der Lage wären, eine Lösung für ihre Probleme zu finden, dennoch aber dankbar für die Vorschläge seien. So wurde die Therapie gemeinschaftlich zur Zufriedenheit aller beendet (vgl. *Papp* in diesem Band).
- Die *Widerspiegelung* des familiären Verhaltens kann sinnvoll verstörend sein. Eine Familie berichtete über viele, kleine Probleme. Sie konnte sich nicht entscheiden, ob sie eine Therapie benötigte. Beide Therapeuten führten ihr am Ende der Sitzung den Streit vor, den sie, der Familie nicht unähnlich, während der Beratungspauseum die Problemdefinition miteinander gehabt hatten. Die Familie entschloss sich alsdann für eine eigene Lösung ihrer Problematik.

b) Rahmenbedingungen

Der Therapeut kann die äußeren Bedingungen des Therapieverlaufs im gewissen Umfang selbst bestimmen. Er hat Einfluss auf das Setting, die zeitlichen Bedingungen und die Gestaltung der Räumlichkeiten (vgl. *Haleys* Erwägungen zum institutionellen Rahmen, 1980).

Der Therapeut kann das *Setting* je nach Stand des therapeutischen Systems variieren. Er kann die Familienmitglieder in unterschiedlicher Zusammensetzung einladen. Bei einer 18jährigen Jugendlichen z.B., die beim ersten Besuch bei ihrem geschiedenen Vater epilepsieverdächtige Anfälle gezeigt hatte, bahnte sich die "Entkrampfung" ihrer Ablösungsproblematik an, als ihre Großmutter und Großtante zusammen mit der Mutter mit zur letzten Sitzung eingeladen wurden. Der Realisierung dieser Sitzung gingen ein reges Telefonieren mit allen Beteiligten und drei ausgedehnte Vertagungen der verabredeten Termine voraus; der Großmutter waren zwei Rohrbrüche in ihrer Wohnung und ein angeblicher "Herzinfarkt" widerfahren. Wir haben auch günstige Erfahrungen mit der Einbeziehung außerfamiliärer Bezugspersonen wie Familienfürsorger, Lehrer, Heimbetreuer, aber auch mit Einzelgesprächen mit Familienmitgliedern gemacht.

Hinsichtlich des Settings hat sich auch als günstig erwiesen, verschiedene Ebenen im therapeutischen Team herzustellen. Durch die Einbeziehung von Kotherapeuten und im Nebenraum beteiligten Kollegen entstehen verschiedene Ebenen der *Supervision*, also verschiedene Positionen mit unterschiedlicher "Übersicht" (vgl. *Selvini et al.* 1978, *Andolfi* 1982, *Ludewig* 1982).

Bezüglich der *Sitzungsfrequenz* hat sich in den meisten Fällen die Einhaltung von längeren Abständen zwischen den Sitzungen - einige Wochen bis Monate - als nützlich erwiesen. Längere Abstände sind ebenfalls eine Hilfsmaßnahme für den Therapeuten, seine Identifikation als "Grenzgänger" aufrechtzuerhalten. Zu häufige Sitzungen können zu einer bleibenden Auflösung der Systemgrenzen beitragen. In diesem Sinne haben wir auch günstige Erfahrungen mit der Einschaltung von Beratungspausen während der Sitzung und vor der Sitzungsbeendigung gemacht (vgl. Standardvorgehen bei *Selvini et al.* 1978).

Die *Befristung* der Therapie ist ein konstituierendes Merkmal derselben. Wir haben in den letzten drei Jahren keine Therapie mehr geführt, die länger als neun Sitzungen gedauert hätte. Spätestens ab der zehnten Sitzung hätten wir uns in unseren Einschätzungen bewusst oder implizit auf ein anderes Therapiemodell umverlagert. Deshalb erschien es uns bei diesen, relativ seltenen Fällen sinnvoller, die Familie an eine andere Institution zu überweisen, in der eine langdauernde Behandlung kohärent ist. Es sei hier jedoch angemerkt, dass die Entscheidung der Familie, die Therapie abzubrechen, nicht mindergeschätzt zu werden braucht, zumal der Abbruch oftmals eine "Selbstheilung" beinhaltet.

Die in vielen Institutionen unausweichliche *Wartezeit* kann in vielen Fällen therapeutisch günstig sein. Viele Familien entwickeln eigene Lösungsmöglichkeiten, die eine Therapie überflüssig machen. Wir erleben nicht selten, dass Familien zu uns gekommen sind, um sich nachträglich ihre Fähigkeiten bestätigen zu lassen.

Die Gestaltung des Therapieraums - Einwegscheibe, Videoanlage usw. - ist vor allem hinsichtlich der Supervision relevant. Wir stellen jedoch fest, dass mit zunehmender Erfahrung des Therapeuten die Notwendigkeit eines "besonderen" Raumes nachlässt. Nur bei sehr komplizierten Familien kommt der Wunsch nach äußerer Absicherung in einem "technischen" Raum wieder auf.

Ausblick

Das für die Praxis der Familientherapie abgeleitete theoretische Modell befindet sich in reger Weiterentwicklung. Die bisherigen Erkenntnisse und Ergebnisse können aber aus empirischem Wissenschaftsverständnis als weitgehend spekulativ aufgefasst werden. Die Frage der Effektivität dieses Modells im Vergleich mit anderen erweist sich als schwierig, denn die verfügbaren Mittel zur Effektivitätskontrolle basieren auf dem linearen Kausalitätsmodell im Sinne prä-post-Untersuchung. Selbst die neuere Prozessforschung intendiert die Herstellung linearer Bezüge. Insofern ist der forschungsorientierte Ausblick in die Zukunft systemischer Therapie zunächst ein Problem der weiteren Ausarbeitung der theoretischen Grundlagen, aus denen eine theoriekonforme Methodik abgeleitet werden kann. Diese Arbeit befindet sich vorerst im Pionierstadium (vgl. z.B. *Cromwell et al.* 1976, *Ludewig, Pflieger* 1982). Aus der klinischen Perspektive bietet sich die katamnestiche Nachbefragung als Möglichkeit, die Nützlichkeit des therapeutischen Tuns einzuschätzen. Aber auch für die sinnvolle Erhebung von Katamnesen ist die Aufstellung von theoriegeleiteten Veränderungs- und Effektivitätskriterien eine Voraussetzung, welche zur Zeit kaum erfüllt ist (vgl. *Ludewig et al.* 1982).

Jeder systemische Familientherapeut, der "auffällige" Familien in rascher, unerwarteter Wandlung erlebt hat, ist von der Effizienz seines Tuns überzeugt. Der Effektivitätsnachweis durch Evidenz entspricht aber genau der naturwissenschaftlichen Beschreibung der

"Vorwissenschaftlichkeit". In diesem Bereich ist noch vieles zu leisten, will man den "Paradigmenwechsel" auch forschungsmethodisch absichern.

LITERATURHINWEISE

- Andolfi, M. (1982), *Familientherapie*. Lambertus, Freiburg.
- Cromwell, R.E., Olson, D.L., Fournier, D.G. (1976), Tools and Techniques for Diagnosis and Evaluation in Marital and Family Therapy. *Family Process* 15: 1-49.
- Dell, P.F. (1981a), Some Irreverent Thoughts on Paradox. *Family Process* 20: 37-42.
- Dell, P.F. (1981b), More Thoughts on Paradox: Rejoinder by Dell. *Family Process* 20: 47-51.
- Dell, P.F. (1981c), Untersuchung der Familientherorien zur Schizophrenie: Eine Übung in epistemologischer Konfusion. *Familiendynamik* 6: 310-332.
- Dell, P.F. (1982), Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence. *Family Process* 21: 21-41.
- Duss-von Werdt, J., Welter-Enderlin, R., (Hrsg.)(1980), *Der Familienmensch*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Elkäim, M., I. Prigogine, F. Guattari, I. Stengers, J.L. Denenbourg (1982), Openness: A Round-Table Discussion, *Family Process* 21: 57-70.
- Fisher, L., Anderson, A., Jones, J.E. (1982), Formen paradoxer Intervention und Indikation/Gegenindikation für ihren Einsatz in der klinischen Praxis. *Familiendynamik* 7: 96-112.
- Guntern, G. (1980a), Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. *Familiendynamik* 5: 2-41.
- Guntern, G. (1980b), Das syngenetische Programm und seine Rolle in der Verhaltenssteuerung. In: Duss von Werdt, J., R. Welter-Enderlin (Hrsg.), 1980b, S. 97-115.
- Guntern, G., (Hrsg.)(1981), *Die Transformation von Humansystemen*. ISO-Stiftung, Brig.
- Habermas, J., N. Luhmann (1971), *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - was leistet die Systemforschung?* Suhrkamp, Frankfurt.
- Haley, J. (1977), *Direktive Familientherapie*. Pfeiffer, München.
- Haley, J. (1978), *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. Pfeiffer, München.
- Haley, J.(1980), Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte, *Kontext* 2: 76-95.
- Herrigel, E. (1951²³), *Zen in der Kunst des Bogenschießens*. O. W. Barth, München
- Hübner, W. (1982), Was heißt: Verändern durch Verstehen? Unveröff. Vortrag beim 2. Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin.
- Keeney, B. P., Sprenkle, D.h. (1982), Ecosystemic Epistemology: Critical Implications for the Aesthetics and Pragmatics of Family Therapy. *Family Process* 21: 1-19.
- Keupp, H. (1972), *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. Urban & Schwarzenberg, München.
- Ludewig, K. (1982), Gesichtspunkte für die Beendigung einer Familientherapie aus systemischer Sicht, Vortrag beim 2. Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 1982 (in: Junkers, G, F. Petermann, B. Rönnecke, S. Schmidtchen (Hrsg.), Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern. Tübingen/Köln: DGVT/GwG, S. 85-89.)
- Ludewig, K., Pflieger (1982), K., Entwicklung eines Verfahrens zur Abbildung von Familienstrukturen: Das Familienbrett, Univ. Hamburg: Manuskript (vgl. Ludewig, K., K. Pflieger, U. Wilken, G. Jacobskötter (1983), Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: Das Familienbrett. *Familiendynamik* 8: 235-251.).
- Ludewig, K., Schwarz, R., Kowerek, H., Franke, 1., Systemische Therapie mit Familien mit einem "psychotischen" Jugendlichen, Manuskript anlässlich der DAF-Tagung, Marburg 1982 (vgl. Ludewig, K., R. Schwarz, H. Kowerek (1984), Systemische Therapie mit Familien mit einem "psychotischen" Jugendlichen. In: *Familiendynamik* 9: 108-125).
- Luhmann, N. (1971), Moderne Systemtheorien als Form gesellschaftlicher Analyse, in: Habermas, Luhmann, S. 7-24.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1981), *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Klett-Cotta, Stuttgart.

- Papp, P. (1980), The Greek Chorus and other Techniques of Paradoxical Therapy, *Family Process* 19: 45-57; dtsh.: in diesem Buch.
- Selvini Palazzoli, M., Deissler, K. (1979), Ein Interview mit Mara Selvini-Palazzoli. *Kontext* 1.: 72-102.
- Selvini Palazzoli, M. (1981), Comments on "Some Irreverent Thoughts on Paradox" by P. F. Dell. *Family Process* 20: 44-45.
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978), Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1979), Gerade und ungerade Tage. *Familiendynamik* 4: 138-147.
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1981), Hypothesisieren - Zirkularität - Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6: 123-139.
- Selvini Palazzoli, M, Prata, G. (1980), Die Macht der Ohnmacht, in: Duss-v. Werdt, Welter-Enderlin (Hrsg.), S. 157-169.
- Sluzki, C. E., Veron, E. (1980), Die Doppelbindung als allgemeine pathogene Situation, in: Watzlawick, P., Weakland, J.H., (Hrsg.), *Interaktion*, Huber, Bern, S. 315-331.
- Welter-Enderlin, R. (1980), Ein Marschhalt, in: Duss-v. Werdt, J., R. Welter-Enderlin (Hrsg.), S. 7-15.
- Wertheim, E.S. (1980), Implikationen der Systemtheorie für die therapeutische Induktion von Morphogenese in Familiensystemen und die Ausbildung von Therapeuten, in: Duss v. Werdt, J., R. Welter-Enderlin, (Hrsg.), S. 116-137.