



## Die Heidelberger Konzeption an der psychosomatischen Klinik am Hardberg

### Einleitung

#### Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive

In den siebziger Jahren fand die Familientherapie bei Klinikern großen Anklang. Alle führenden Schulen - darunter Psychoanalyse, Verhaltens-, Gestalt- und klientenzentrierte Therapie - nahmen die Arbeit mit Familien in ihr Repertoire auf, wobei den Kern der „neu“ formierten Familientherapie der strategische, der strukturelle und der systemische Ansatz familientherapeutischer Arbeit bildeten. Zwischen ihnen bestehen mehrere konzeptuelle und methodologische Gemeinsamkeiten. „Pragmatisch an Effizienz orientiert, fassen sie Familien auf als offene soziale Systeme, die sich strukturell durch Interventionen gezielt verändern lassen. Die Familie bildet ein Netz von Verhaltensregeln, mit denen sie ihr inneres Gleichgewicht - die „Homöostase“ - wahrt. [...]. Symptomatisches Verhalten hat also eine wichtige Funktion für den Bestand der Familie und ist insofern nicht Ausdruck einer „individuellen Pathologie“. Von außen betrachtet, kann es sich jedoch als korrekturbedürftige Dysfunktionalität des Systems darstellen“ (Ludewig, 1992, S. 51).

Systemtherapeutische Techniken ergeben sich nun aus der Frage, wie in sozialen Systemen Menschen gemeinsam ihre Wirklichkeit erzeugen und welche Möglichkeiten es gibt, diese Prämissen zu hinterfragen. Da Familie jedoch nur eine Form ist, in der sich Menschen sozial organisieren, trat die Frage, mit welchem sozialen System man gerade arbeitete zunehmend in den Hintergrund. „Zunehmend weniger wird daher von „Familientherapie“ gesprochen, zunehmend mehr von „systemischer Therapie“ (Schlippe, 1998, S. 17).

In neueren Ansätzen systemischer Therapie wird ein Verständnis menschlicher Systeme als sprachlicher Systeme favorisiert. Konstruktivistische wie sozialkonstruktivistische Ansätze verwerfen die Annahme einer objektiv bestehenden und objektiv erfassbaren familiären Realität. Sie betonen dagegen die Bedeutung der aktiven Konstruktion sozialer Wirklichkeiten durch die Beteiligten (Nordmann, 1996).

Folgt man Nordmann und Kötter (1996), so hat die Einführung konstruktivistischer (Maturana, 1987) und sozialkonstruktivistischer Ansätze (Luhmann, 1984) in den letzten Jahren zu einem erheblichen Wandel der systemisch orientierten Therapieformen geführt. Eine klare Einschätzung des Stellenwertes dieses theoretischen und praktischen Wandels sei derzeit jedoch noch nicht möglich. „So liegen bisher kaum kontrollierte empirische Untersuchungen zur Effizienz derartiger Ansätze vor“ (Nordmann, 1996, S. 316).

## 1. Die mehrgenerationale Perspektive der Familientherapie und deren Bedeutung für das Heidelberger Modell systemischer Therapie

Ivan Boszormeny-Nagy (1981) legte mit der Mehrgenerationenperspektive von „Vermächtnis“ und „Verdienst“ die Grundlage für die Entwicklung des frühen Heidelberger Modells an der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Heidelberg (Schlippe, 1998). „Auch das Heidelberger Modell der Arbeitsgruppe um Helm Stierlin, so Schlippe (1998, S. 22), entstand anfangs in der Tradition psychoanalytischen Denkens. Im Laufe seiner Weiterentwicklung wurden jedoch zunehmend Anregungen des Mailänder Modells (Selvini-Palazzoli, 1977) später auch lösungsorientierter (de Shazer, 1986) und narrativer Ansätze (Goolishian, 1988) integriert, so daß es heute in Theorie und Methodik als explizit systemisches Konzept anzusehen ist, das vor allem im Umgang mit „harten“ Krankheiten und „rigiden“ Systemen sowie in der engen Theorie-Technik-Verbindung seine besondere Stärke hat (siehe Simon, 1988; Weber u. Stierlin, 1989; Rücker-Embsen-Jonasch u. Ebbecke-Nohlen, 1992; Stierlin 1994, Retzer, 1994; Schweitzer u. Schumacher, 1995).“

### 1.1. Die Bedeutung der Herkunftsfamilie

Das Mehrgenerationenkonzept, das Boszormenyi-Nagy formulierte und das zum Konzept von „Delegation“ und „bezogener Individuation“ von Stierlin (1975) weiterentwickelt wurde, führte die Perspektive in die systemische Therapie ein, über das aktuelle Geschehen hinaus danach zu suchen, wie Verhalten, Erleben oder auch Symptome Sinn ergeben, wenn man Vermächtnisse aus früheren Generationen

berücksichtigt und die Frage stellt, inwieweit diese erfüllt wurden beziehungsweise erfüllbar waren (Schlippe, 1998).

„In der Mehrgenerationenperspektive wird davon ausgegangen, daß in der Kernfamilie beobachtbare Störungen und Konflikte oft schon in den Herkunftsfamilien der Eltern angelegt und vorgeformt sind (Reich, 1996, S. 230).“ Bowen (1988) nimmt sogar an, so Reich (1996, S. 236), daß zum Beispiel Kinder „[...] immer wieder in Dreiecksbeziehungen über die Generationen involviert werden, wenn die Konflikte auf der Eltern-Großeltern- oder der Paarebene nicht gelöst werden können, etwa wenn Muster von Beschuldigungen und Selbstbeschuldigungen über die Generationen weitergegeben werden (vgl. Kerr u. Bowen 1988, McGoldrick u. Gerson 1985).“

Das Aufdecken und Durcharbeiten von lang bestehenden Familienkonflikten und familiären Interaktionsmustern - auch über mehrere Generationen hinweg - soll daher zu einer schrittweisen Veränderung der Familienbeziehungen führen. „Durch die Erfassung der vertikalen, historischen Perspektive über mindestens drei Generationen werden die gegenwärtigen Strukturen und Konflikte in ihrer Entwicklung erfaßt. Die sich unbewußt wiederholenden Muster werden deutlich, wenn die Probleme der Gegenwart zu den Entwicklungen der Vergangenheit, in Beziehung gesetzt und so familiäre Entwicklungen sichtbar gemacht werden (Reich,1996, 253).“

## 1.2. Drei zentrale Begriffe der mehrgenerationalen Familientherapie:

Loyalität, Delegation und Individuation

### 1.2.1. Loyalität

Ein zentraler Begriff in der mehrgenerationalen Konzeption der Familientherapie ist der von Boszormeny-Nagy (1981) beschriebene Begriff der „Loyalität.“ „In ihrem Ursprung geht Loyalität auf verschiedene Quellen zurück. Familienloyalität beruht ihrem Wesen nach auf der biologischen, erblichen Verwandtschaft der Familienmitglieder“ (Boszormeny-Nagy, 1981, S. 72).

Loyalitätsbindungen gleichen unsichtbaren, aber starken Fasern, welche die komplizierten Teilchen des Beziehungsverhaltens in Familien wie auch in der Gesellschaft zusammenhalten. „Um also die Funktionen einer Gruppe zu verstehen, muß man vor allem wissen, wer mit wem durch Loyalität verbunden ist und was Loyalität für die so verbundenen bedeutet“ (Boszormeny-Nagy, 1981, S. 69).

Ein familiäres Verpflichtungssystem (bestehend aus Loyalitäten) kann als gesund bezeichnet werden, „[...] wenn die Möglichkeit besteht, Verpflichtungen auf Kinder auszudehnen und sie in Einklang zu bringen mit der emotionalen Individuation der Familienmitglieder“ (Boszormeny-Nagy, 1981, S. 78). Die Verinnerlichung von Erwartungen und Geboten verleiht dem loyalen Einzelnen psychisch strukturierende Kräfte, die für ihn ebenso zwingend sein können wie äußerer Druck für die Gruppe. „Das loyale Mitglied wird daher bestrebt sein, seine eigenen Interessen denen der Gruppe anzupassen. Es macht nicht nur die Zielsetzungen der Gruppe zu seinen eigenen und teilt deren Standpunkt, sondern es billigt auch ihre moralischen Verhaltensgrundsätze oder berücksichtigt sie zumindest gewissenhaft“ (Boszormeny-Nagy, 1981, S. 72).

Mit der Definition von Loyalität als interindividueller psychischer Determinante, vertritt Boszormeny-Nagy die neoanalytische Auffassung von Sullivan (1980), Fromm (1977) und Horney (1951), menschliche Motivation auch als interpersonal bedingt zu verstehen. „Loyalität, ein Schlüsselbegriff des vorliegenden Bandes, ist von uns als Motivationsdeterminante beschrieben worden, die eher multipersonale, dialektische als individuelle Wurzeln hat. [...]. Mit unserer Meinung, das Verstehen von Loyalitätsbindungen liefere den Schlüssel zu wichtigen verdeckten Systemdeterminanten der menschlichen Motivation, weichen wir natürlich von der herkömmlichen Meinung ab, daß die Tiefen-Motivationen auf die Psychologie des Individuums beschränkte Triebfedern seien“ (Boszormeny-Nagy, 1981, S. 84).

### 1.2.2. Delegation

Der von Stierlin (1974, 1978) entwickelte Begriff der Delegation beschreibt, wie die einzelnen Familienmitglieder durch „Aufträge“ in eine generationsübergreifende

Entwicklung einbezogen werden. „In der Familiengeschichte unerledigte Aufgaben können an die nächstfolgende Generation delegiert werden, die diese Aufträge dann entweder in enger Bindung an die Ursprungsfamilie oder in der Situation von „Ausgestoßenen“ erfüllt (Reich, 1996, S. 237).“

Bereits vor oder bei der Zeugung können Phantasien der Eltern über „ihr Kind“ wirksam werden, wobei diese Zuschreibungen, Identifizierungen und Projektionen mehr oder weniger rigide sein können (Reich, 1996). „Delegationen können „entgleisen“, wenn die Fähigkeiten eines Kindes überfordert oder verzerrt wahrgenommen werden, wenn Aufträge nicht relativiert werden können und wenn widersprüchliche oder gar unvereinbare Aufträge bestehen; wenn z.B. zerstrittene Eltern vom Kind verlangen, daß es an ihrer Seite steht, sie unterstützt, oder wenn sie entgegengesetzte Vorstellungen über seine berufliche Entwicklung haben (Reich, 1996, S. 237).“

Delegation muß jedoch nicht immer pathologisch sein, „[...] sondern ist auch Ausdruck eines legitimen Beziehungsprozesses, der dem Leben Richtung und Sinn zu geben vermag“ (Kritz, 1989, S. 277)

#### 1.2.2.1. Parentifizierung als besondere Form von Delegationen

Eine besondere Form der Delegation ist die „Parentifizierung“ (Boszormenyi-Nagy, 1973), eine Rollenumkehr, in der Kinder, Eltern- oder Partnerfunktionen für ihre Eltern übernehmen, wobei dieser Prozeß bis zu einem gewissen Grad normal und sinnstiftend ist (Reich, 1996). „Ebenso muß jedes Kind von seinen Eltern hin und wieder bis zu einem gewissen Grade parentifiziert werden. Wäre das nicht der Fall, würde das Kind nicht lernen, sich für sein künftiges Leben mit verantwortlichen Rollen zu identifizieren“ (Boszormenyi-Nagy, 1973, S. 209).

Boszormenyi-Nagy u. Spark (1973) beschreiben jedoch folgende Arten überfordernder Parentifizierungen:

- Sorgerollen, in denen z.B. Kindern die Funktion zukommt, die Ehe ihrer Eltern zusammenzuhalten,

- Opferrollen, in denen Menschen ihre eigene Entwicklung, für andere aufgeben,
- neutrale Rollen, z.B. die des „gesunden Geschwisters“, in der das eigene Leiden abgewehrt oder bewußt verborgen wird.

Unverarbeitete Trauer kann zum Beispiel zu dem Wunsch führen, von Partner oder Kindern weiterhin elterlich versorgt zu werden. „Dies kann erheblich zur Entstehung „symbiotischer“, „fusionierter“ oder „undifferenzierter“ Familienbeziehungen beitragen, durch die die Wiederholung traumatischer Verluste verhindert werden soll“ (Reich, 1996, S. 239). Auch beobachtet man typischerweise, daß ein Elternteil nicht Abschied von den eigenen Eltern nimmt, sondern an diese gebunden bleibt, und dies nun durch die Bindung an eine Person - oft auch das Kind - kompensieren möchte (Kritz, 1989).

Inwieweit Delegationen, auch in Form von Parentifizierungen, für das Gelingen oder Scheitern einer „bezogenen Individuation“ von Bedeutung sind, soll im Folgenden dargestellt werden.

### 1.2.3. Individuation

„Individuation meint die Ausbildung einer individuellen Identität und psychischer Grenzen, die wiederum im Familiensystem die Differenzierung und Entwicklung von Strukturen, und damit erhöhte Funktionalität, ermöglichen. Bezogene Individuation kennzeichnet ein allgemeines Prinzip, dem zufolge ein höheres Niveau an Individuation auch ein höheres Niveau an Bezogenheit auf andere sowohl verlangt als auch ermöglicht. Es geht dabei also um Ko-Individuation, d.h. um die systemisch-wechselseitige Bedingtheit der Individuation der Familienmitglieder“ (Kritz, 1989, S. 275).

Bei Reich (1996, S. 236) lesen wir: „Bezogene Individuation ist eine von Stierlin (1978, 1989, Stierlin et al. 1985) formulierte Perspektive der Betrachtung familiendynamischer Prozesse, die die Fähigkeit zur Selbstdifferenzierung und Selbstabgrenzung umschreiben soll. [...]. Unter dem Mehrgenerationenaspekt wurde dieses Konzept vor allem durch die Arbeiten von Bowen und seiner Gruppe (Bowen

1978; Guerin u. Pendagast 1976; Kerr u. Bowen 1988; McGoldrick u. Gerson 1985, in Cierpka) weiterentwickelt.“

### 1.3. Harte versus weiche Beziehungsrealität

Stierlin (1997) unterscheidet in dem, für die Heidelberger Konzeption der systemischen Therapie, zentralen Begriff der Individuation, eine sogenannte harte von einer weichen Beziehungsrealität. „Als hart können wir ganz allgemein jene Wirklichkeit bezeichnen, über die sich relativ problemlos ein Konsens herstellen läßt. Anders bei der weichen Realität. Hier ist die Sache, oder genauer: die Bedeutungszuweisung, oft unklar, der Konsens schwierig oder gar nicht herzustellen, [...]. Dies gilt insbesondere für Deutungen und Wahrnehmungen, die sich auf menschliche Absichten und Motivationen beziehen und beispielsweise festlegen, ob ein bestimmtes Verhalten Ausdruck oder Konsequenz von Schwäche, Krankheit, Verwirrung, Verrücktheit oder Bosheit ist (Stierlin, 1997, S. 20).“

Solch weiche Realität läßt sich auch intersubjektive Realität oder, in Anlehnung an Gregory Bateson (1942), Beziehungsrealität nennen. „Denn einerseits erweist sie sich von unseren wesentlichen Beziehungen, insbesondere unseren Familien- und Partnerbeziehungen geprägt, andererseits prägt sie diese Beziehungen in hohem Maße“ (Stierlin, 1997, S. 21).

#### 1.3.1. Individuation als Dialog

Stierlin (1997) geht in Anlehnung an die narrativen Konzeptionen (siehe Kapitel 5.) der systemischen Therapie davon aus, daß die Beziehungsrealität durch den Dialog definiert wird. „Diese Aufgabe, immer wieder einen Konsens über die Beziehungswirklichkeit auszuhandeln, verlangt den fortlaufenden Dialog. Darin müssen die Partner sowohl ihre eigene Position [...] möglichst klar definieren als auch die Position des anderen möglichst genau erfassen und zur Basis eines Austausches machen. Solch ein Dialog ermöglicht und drückt aus, was ich „bezogene Individuation“ nannte. Sie läßt sich als eine allen Familienmitgliedern abverlangte Versöhnungsleistung verstehen, [...] (Stierlin, 1997, S. 21).“ Andererseits bedingt der sich gleichsam von selbst fortzeugende Frage- und Antwortprozeß, daß

sich starre Persönlichkeitscharakteristika zu wechselseitig bedingten Verhaltensweisen verflüssigen, wodurch die Abhängigkeit aller von allen verdeutlicht wird (Stierlin, 1997).

Dieser Austausch- und Validierungsprozeß kann nun, so zeigt die familientherapeutische Erfahrung, unter unterschiedlichen Vorzeichen scheitern. „Das ist einmal der Fall, wenn sich die Beziehungspartner in einem offenen oder verdeckten Kampf um die Definition ihrer Beziehungsrealität verstricken, den keiner mehr gewinnen kann. [...] Im anderen Fall unterwerfen sich ein oder mehrere Partner gleichsam bedingungslos der Realität des oder der anderen, ohne daß es einen Spielraum für Verhandlungen gäbe. [...]. Dabei ist anzumerken, daß uns in der Praxis viele Mischformen und Übergänge begegnen“ (Stierlin, 1997, S. 22).

Eine zu harte elterliche Realität zeigt sich v.a. in Gestalt bestimmter Delegationen und Vermächnisse, die sich oft über mehrere Generationen zurückverfolgen lassen. Diese verlangen Anpassung an die vorgegebene, und das heißt hier: elterliche Realität, und zugleich eine strikte Bewahrung des Familienzusammenhaltes, der Familienloyalität. „Delegationen schaffen eine besondere Art von Familiengebundenheit bzw. -verbundenheit, angesichts derer jeder - wirkliche oder phantasierte - Akt der Abgrenzung, der Selbstbehauptung, kurz der „Individuation gegen“ als Verrat erlebt werden kann, der massive Ausbruchsschuld auslöst. Verrat wäre es aber auch eine neue Wahrnehmung oder eine Metaperspektive zur Wirkung kommen zu lassen, die [...] einen neuen Kontext, neue Bewertungen, neue Alternativen eröffnen würde, es also ermöglichte, daß sich die Punktualität des Selbstbewußtseins in immer neuer Weise mit dem Bewußtsein der Abhängigkeit versöhnte (Stierlin, 1997, S. 37).“

### 1.3.2. „Individuation mit“ und „Individuation gegen“

„Eine „Individuation mit“ zeigt sich uns daher als Ausdruck und Folge zahlloser, gleichsam reibungslos, kooperativ und größtenteils unbewußt ablaufender Austauschprozesse, zwischen heranwachsendem Kind und elterlicher bzw. familiärer Umwelt. [...] Von einer „Individuation gegen“ spreche ich dann, wenn sie sich in

einer schroffen Abgrenzung von der elterlichen Umwelt vollzieht (Stierlin, 1997, S. 31, 32).“

„Wissende Individuation“ (auch „bezogene Individuation“ oder „Individuation mit“, Vgl. Stierlin 1978, 1997) bedeutet also, daß sich die ursprünglich harte Realität der stärkeren elterlichen Persönlichkeit differenziert, wandelt und „erweicht“. Bezogene Individuation erscheint somit nur innerhalb einer familienweiten Koevolution und Koindividuation möglich. Darin differenziert, wandelt und erweicht sich auch die gemeinsame familiäre Beziehungsrealität - und bleibt doch hart genug, um immer wieder Konsens, Austausch und fortschreitenden Dialog zu ermöglichen (Stierlin, 1997).

Der Familientherapeut hat daher die Aufgabe, eine Balance zwischen einer individuellen, das Individuum berücksichtigenden, und einer systemgeleiteten, die relevanten Bezugspersonen einbeziehenden, Perspektive herzustellen. „Der Familientherapeut, verkörpert eine Metaposition, die es ihm erlaubt, in verschiedenster Weise neue Perspektiven einzuführen. Diese Perspektiven erlauben den Familienmitgliedern, sich selbst, den Beziehungspartner und die gemeinsame Beziehungsrealität anders als bisher wahrzunehmen und diese anders als bisher zu gestalten (Stierlin, 1997, S. 37).“

Alle Mitglieder bekommen somit einen Anschauungsunterricht in der Relativität und gegenseitigen Bedingtheit ihrer Wahrnehmungen oder anders ausgedrückt, in der intersubjektiven Basis ihrer Beziehungsrealität (Stierlin, 1997).

## 2. Systemische Familientherapie : Problemverhalten als Stabilisatoren des Familiensystems

Die Entwicklung des systemischen Ansatzes ist eng mit der Entwicklung des Mailänder Modells durch die Psychoanalytikerin Mara Selvini-Palazzoli und ihre Mitarbeiter Boscolo, Cecchin und Prata verknüpft. Das Mailänder Modell (Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin und Giuliana Prata, 1977) hatte für die Entwicklung der systemischen Therapie und Beratung eine enorme

Bedeutung. Perspektiven wie Zirkularität und Neutralität, so wie Methoden wie das zirkuläre Fragen, sind heute aus der systemischen Therapie nicht mehr wegzudenken (Schlippe, 1998).

## 2.1. Zirkuläres Fragen

„Ende der 70er Jahre wurde von der Mailänder Schule die Technik des zirkulären Fragens entwickelt. Diese Technik hat in der Folgezeit in der systemisch orientierten Familientherapie einen zentralen Stellenwert bekommen (Nordmann, 1996, S. 308).“ Bei der scheinbar harmlosen Methode des zirkulären Fragens handelt es sich um eine Form der Intervention, die nicht unterschätzt werden sollte. „Entsprechend dem kommunikationstheoretischen Axiom, daß man „nicht nicht kommunizieren“ kann (Watzlawick et al. 1969), ist es unmöglich, Fragen zu stellen, ohne damit zugleich bei den befragten Personen eigene Ideen anzustoßen. Schmidt (1985) beschreibt dementsprechend die systemische Therapie auch als eine Form der Hypnotherapie: Durch die Fragen werden implizite Botschaften übermittelt, derer man sich als Therapeut bewußt sein sollte“ (Schlippe, 1998, S. 138).

Die grundlegende Überlegung dieser Methode ist, daß in einem sozialen System alles gezeigte Verhalten immer (auch) als kommunikatives Angebot verstanden werden kann.

„Konsequenterweise steht daher auch bei Fragen bezüglich der Symptome im Zentrum, wie jedes Familienmitglied diese versteht, welche Erwartungen und Beobachtungen damit verbunden sind und wie darauf reagiert wird“ (Schlippe, 1989, S. 138).

Der Kunstgriff des zirkulären Fragens besteht nun darin, im gemeinsamen Interview jedes Familienmitglied zu bitten, sich darüber zu äußern, wie es das Verhältnis zwischen zwei anderen Familienmitgliedern erlebt. Hierdurch werden Reaktionen hervorgerufen, die die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander sichtbar machen (Nordmann, 1996).

Symptome werden hierbei nicht mehr als „Dinge“ betrachtet, sondern als Prozesse, die durch Handlungen und Kommunikationen der verschiedenen Personen entwickelt werden. „Auf diese Weise wird Krankheit entdinglicht, „verflüssigt“ (Simon u. Weber,

1988) und es wird möglich, die Verhaltensweisen, die sie bilden, in Beziehungskontexte zu stellen“ (Schlippe, 1998, S. 142).

Ziel ist es hierbei insbesondere die wechselseitige Bedingtheit von Verhalten zu veranschaulichen. Im systemischen Verständnis von problemrelevanten Verhalten hat dieses immer auch eine stabilisierende Funktion für das Gleichgewicht einer Familie. Es dient dazu den Zusammenhalt der Familie zu garantieren und einen drohenden Zerfall ihrer Mitglieder abzuwenden.

Selvini-Palazzoli et al. (1981, S.133) geben für das zirkuläre Fragen einige methodische Hinweise, die einen weiteren Einblick in die Vorgehensweise des zirkulären Fragens geben:

- Fragen sollen spezifisches Verhalten unter spezifischen Umständen betonen
- Fragen sollen statt auf Eigenschaften auf die Verhaltensunterschiede in den verschiedenen Situationen abzielen
- Fragen sollen zur Einstufung eines spezifischen Verhaltens in Abhängigkeit von den verschiedenen Personen aufrufen
- Fragen sollen auf Veränderungen in den Beziehungen vor und nach einem Ereignis eingehen
- Fragen sollen Unterschiede in bezug auf hypothetische Situationen feststellen

## 2.2. Die Co-Konstruktion von Realität durch Familie und Therapeut

Die objektivierende, hierarchisch übergeordnete Position des „Experten“, die noch für das ursprüngliche Konzept der zirkulären Befragung kennzeichnend war, wurde jedoch im Laufe der Entwicklung allmählich zugunsten eines kooperativen, dialogischen Prozesses zwischen Interviewer und Familie aufgegeben. „Das Gespräch zielt nun nicht mehr auf die objektive Erfassung familiärer Strukturen und Prozesse, sondern auf die „Co-Konstruktion“ von Realitäten durch Familienmitglieder und Therapeut gemeinsam. Es wird also ein Dialog der Mitglieder des „problemorganisierenden Systems“ (Anderson u. Goolishan 1990, siehe Kap. 5.) zu

dem auch der Therapeut zählt, über ihre unterschiedlichen, aber gleichberechtigten Perspektiven angestrebt“ (Nordmann, 1996, S. 307).

Vor allem Luigi Boscolo und Gianfranco Ceccin entwickelten sich zunehmend in Richtung auf ein Konzept der Kooperation und der Gestaltung konstruktiver Dialoge. „Es geht zunehmend mehr darum, festgefahrene, starre Mono- oder auch Dialoge in Systemen durch sprachlich bewegliche Angebote zu öffnen, gemeinsam mit dem System daran zu arbeiten, eine Vielfalt von Perspektiven zuzulassen - und nicht die eine durch die eine andere zu ersetzen (Schlippe, 1998, S. 34).“

### 3. Ein kleiner Exkurs in die Systemtheorie: Von einer kybernetischen Beschreibung zur Autopoiesis lebender Systeme

#### 3.1. Kybernetik

Die Idee des rückgekoppelten Regelkreises wurde von Familientherapietheoretikern wie der frühen Mailänder Schule auf breiter Front adaptiert (z.B. Jackson & Weakland, 1961; Haley, 1972; Greenberg, 1977). Die Familie reduzierte sich entsprechend zu einem homöostatischen Mechanismus, der stets darauf bedacht ist, nach Störungen das Gleichgewicht bzw. den Status Quo wiederzuerlangen. „Der Begriff der Kybernetik (gr.: kybernetes = Steuermann) geht auf den Mathematiker Wiener (1948) zurück. [...]. Der wesentliche Bestandteil eines kybernetischen Systems ist der Regelkreis. Seine stabilisierende Dynamik schafft die Grundlage für das selbstorganisierende, autonome Verhalten von Systemen. Dadurch, daß die Systeme mit sich selbst und der Umwelt rückgekoppelt werden, können sie interne und externe Störungen ausgleichen, bzw. sich verändernden Umweltbedingungen anpassen“ (Schiepek, 1989, S. 99).

Nach Hoffman (1991) weist das kybernetische Modell dem Therapeuten die Aufgabe zu, das verborgene und vor allem den Betroffenen selbst nicht bewußte Regelsystem der familiären Kommunikation zu analysieren. „Es ist unvermeidlich, daß der Familie dabei Unwissenheit und dem Therapeuten Allwissenheit unterstellt wird. Der Therapeut wird zu einer Art Meisterdeuter, der per definitionem das Feld beherrscht.

Dies impliziert eine hierarchische, stark asymmetrische Beziehung zwischen Interviewer und Befragten“ (Nordmann, 1996, S. 314).

Heinz von Foerster (1981) grenzt sich durch seine Unterscheidung von einer Kybernetik

1. und 2. Ordnung von der Theorie homöostatischer Systeme ab. „Aus der Perspektive einer Kybernetik 2. Ordnung verliert ein Therapeut seine neutrale Rolle bei der Beobachtung eines Therapieprozesses.“ (Schiepek, 1989, S. 103), er übt als Beobachtender Einfluß auf das System aus welches er zu beschreiben versucht, ist somit Bestandteil des Systems.

Konstruktivistisches denken (welches in engem Bezug zur Kybernetik 2. Ordnung steht) fordert dazu auf, den als „wissenschaftlich“ bezeichneten Versuch aufzugeben, Probleme und deren Bedingungen aus einer objektivierenden Distanz erfassen zu wollen. „Jede Begegnung eines Wissenschaftlers mit der Umwelt ist seine individuelle Begegnung. Er hat deshalb stets den relativierenden Prozeß seines eigenen Denkens und Handelns mitzudenken“ (Schiepek, 1989, S. 103).

### 3.2. Konstruktivismus: Die Bedeutung der Selbstorganisation (Autopoiesis) lebender Systeme für Beratung und Therapie

Bis heute wird unsere äußere Welt meist so aufgefaßt, als ob sie, unabhängig von einem Beobachter, angefüllt mit Objekten, „da draußen“ existieren würde (Schiepek, 1989). Seit den Anfängen der abendländischen Erkenntnistheorie wird jedoch auch eine abweichende Meinung vertreten: „Wirklichkeit wird nur durch Erleben zugänglich, folglich kann das erlebende Subjekt nie ermessen, inwieweit das Erlebte durch die Eigenart seiner Erlebnistätigkeit verändert, verfälscht oder erzeugt wird“ (Schiepek, 1989, S. 90).

Die Forschergruppe um die chilenischen Neurophysiologen Humberto Maturana und Francisco Varela konnte Ende der 60er Jahre in Experimenten zur Farbwahrnehmung zeigen, daß zwischen den Aktivitäten der retinalen Ganglienzellen des Auges und Außenwelt ereignissen keine Zusammenhänge bestehen. Maturana fand jedoch, daß die Aktivität der Ganglienzellen mit dem Farben benennenden Verhalten des Organismus zusammenhing. Die entscheidende Schlußfolgerung daraus war, daß das

Nervensystem die Vielfalt der Unterscheidungen in unserer bunten Welt selbst konstruiert (Schiepek, 1989; vgl. auch Maturana, 1982; Schwarz, 1987; Roth, 1986, 1987; von Foerster, 1981, 1986). „Die Logik der Beschreibung und folglich des Verhaltens im allgemeinen ist daher notwendigerweise die Logik des beschreibenden Systems“ (Maturana, 1982, S. 75).

Der Kernbegriff der Theorie von Maturana und Varela (1982) ist Autopoiese (aus dem Griechischen, wörtlich „Selbsterzeugung“). „Bei allen Lebewesen sind deren Komponenten zu einer autopoietischen, also sich selbst erzeugenden Organisation verknüpft. Sie produzieren und reproduzieren beständig sowohl ihre einzelnen Elemente als auch die Organisation der Beziehungen zwischen diesen Elementen in einem selbstrückbezüglichen (rekursiven) Prozeß - vereinfacht: Sie reproduzieren die Elemente, aus denen sie bestehen, mit Hilfe der Elemente, aus denen sie bestehen“ (Schlippe, 1998, S. 68).

Zentral ist in der Theorie daher auch der Begriff der Autonomie. Lebende Systeme erzeugen, regulieren und erhalten sich selbst, sind also von außen nicht determinierbar. „Das verlangt von Ärzten, Pädagogen, Managern oder Beratern, diese Strukturen kennenzulernen, wertzuschätzen und Veränderungsanregungen auf diese hin abzustimmen. Alle fachlichen Interventionen, die dies nicht tun, werden entweder nicht befolgt oder sie zerstören die Arbeitsbeziehung [...]“ (Schlippe, 1998, S. 68)

Besonders Heinz von Foerster, so Schiepek (1989), hat in seinen Arbeiten zum Konstruktivismus die Relativität und Individualität des Erkennens betont. Eines seiner provozierenden Postulate lautet: „Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung (1981, S. 40). Es gibt keine „einzige“, „wahre“ Beschreibung eines Gegenstandes, keine „objektive“ Erkenntnis, und das ist auch sehr sinnvoll. Um sich orientieren und handeln zu können, muß jedes erkennende System Umweltkomplexität in die ihm gemäße Komplexität transformieren“ (Schiepek, 1989, S. 91). Wirklichkeitsbeschreibungen im therapeutischen Prozeß sind daher soziale Konstruktionen, die innerhalb sozialer Systeme entstehen, und es gibt, solange

Therapie geschieht, keine Möglichkeit, aus diesem Prozeß der Erzeugung konsensueller Problemwirklichkeiten herauszutreten (Schiepek, 1986).

Therapie, Supervision, aber auch Forschung wird unter dieser Prämisse zum Beobachtungsprozeß sich selbstbeobachtender (und fremdbeobachtender) Systeme. Die Art der Beschreibung eines Systems und die hierfür notwendige konsensuelle Abstimmung seiner Mitglieder wird zum entscheidenden Merkmal sozialer Systeme (Schiepek, 1989).

Die Übernahme von Maturanas Überlegungen in die Theorie systemischer Therapie ist, so Schlippe und Schweitzer (1998), vielfach kritisiert worden (Kriz 1988, 1990; Köck 1990; Hoffman 1990, Jones 1993); allerdings war die - oft eher metaphorische als präzise - Rezeption der Theorie seit den frühen 80er Jahren hilfreich, den Übergang von einem eher kämpferischen zu einem mehr kooperativen Vorgehen innerhalb der systemischen Konzeptionen zu vollziehen

#### 4. Die lösungsorientierte Kurztherapie von Steve de Shazer

Die lösungsorientierte Kurztherapie wurde etwa ab Mitte der siebziger Jahre am Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee, USA, von Steve de Shazer, seiner Frau Insoo Kim Berg, Eve Lipchik und anderen Teammitgliedern entwickelt. De Shazer versteht seinen therapeutischen Zugang zur Lösung menschlicher Probleme jedoch nicht als besonders kurze Form von Therapie. „Da die Klienten unabhängig von den Plänen oder der Ausrichtung der Therapeuten auch in anderen Therapieformen möglicherweise nur 6 - 10 Sitzungen lang in Therapie bleiben (Garfiels, 1978; Gurman, 1981; Koss, 1979, in Shazer 86), erscheint es uns wichtig, Kurztherapie nicht nur über die Anzahl der Sitzungen zu definieren. Deshalb unterscheiden wir zwischen:

1. einer durch zeitliche Begrenzung definierten Kurztherapie und
2. Kurztherapie als spezifischer Form der Lösung menschlicher Probleme“ (de Shazer, 1986, S. 183).

#### 4.1. Erweiterung des zu beobachtenden Systems

In Abgrenzung von der Familientherapie, soll es in der lösungsorientierten Kurztherapie nicht mehr um den Versuch gehen, den Klienten in seinem Familiensystem „objektiv“ zu beschreiben. „Soweit ich es sehe, versuchen Familientherapeuten die Situation des Klienten objektiv zu beschreiben, ignorieren oder unterschätzen aber dabei den Einfluß des Beobachters auf das Beobachtete. [...]. Im Gegensatz dazu stehe ich auf einem interaktionellen Standpunkt, der mich selbst in meine Konstruktion über das, was vor sich geht, einbezieht“ (de Shazer, 1997, S. 299).

Menschen orientieren ihr Verhalten in einer bestimmten Situation, an ihrer Beziehung zu anderen Personen, sowie in Relation zum Kontext, in dem diese Situation steht. Der Standpunkt von De Shazer (1997) ist, daß die Therapiesituation diesen Rahmen festlegt und daß jede Verhaltensanalyse innerhalb dieses Rahmens, auf diese Situation und nicht automatisch auf die ganze Familie bezogen sein sollte. Innerhalb der Familientherapie ist die typische Form der Systemtheorie eine Version, die eine Grenze um „die Familie“ als das zu beobachtende System zieht. „Das in unserem Ansatz in Betracht kommende System ist nicht auf die Familienmitglieder und deren Beziehungen zueinander beschränkt“ (de Shazer, 1997, S. 294).

#### 4.2. Vom reden über Probleme zum reden über Lösungen

In der Erforschung von Familie als System „[...] wird angenommen, daß das „beobachtete System“ eine Vergangenheit und eine Zukunft hat“ (de Shazer, 1997, S. 295). „Bestimmt sind die Vorschläge der Familientherapeuten und ihre Beschreibungen nicht falsch. Aber die aus meiner Sicht eher komplizierten Beschreibungen und die aus diesen resultierenden Vorschläge führen dazu, daß sie den einfachsten Zugang zur Lösung menschlicher Probleme verfehlen“ (de Shazer, 1997, S. 300).

In einer Kurztherapie ist nicht die Vergangenheit eines „beobachteten Systems“ zentral, sondern dessen Zukunft (de Shazer, 1997). Themen sind Muster und Ordnungen, die in den Beschwerden, den Problemen, vor allem aber deren Lösungen

enthalten sind. „Daraus folgt auch, daß nur diejenigen in die Therapie einzubeziehen sind, die an den entscheidenden Mustern etwas anders machen wollen, da Veränderung in einem Teil des Systems per definitionem alle anderen Teile beeinflußt“ (de Shazer, 1997, S. 296).

Das in Betracht kommende System ist in der lösungsorientierten Kurztherapie daher stärker am relevanten Kontext orientiert und umfaßt neben Klient und Problematik, auch den Therapeuten und andere an der Problemkonstruktion beteiligte Personen, unabhängig davon ob diese nun an- oder abwesend sind, zur Familie gehören oder nicht. Weiterhin steht die Analyse des Problems nicht mehr im Vordergrund der Therapie. „Wir haben dagegen festgestellt, daß es häufig mehr bringt, darüber zu sprechen, woran die Klienten ihrer Meinung nach erkennen werden, daß ein Problem gelöst ist, und was dann anders sein wird, wenn dieses Problem der Vergangenheit angehört. [...] Es ist unser Ziel, daß sich der größte Teil des Gesprächs während der Sitzung auf beschwerdefreie Situationen bezieht“ (de Shazer, 1986, S. 196).

Das Ziel der Forschergruppe um de Shazer ist es daher nicht so sehr, das Verhalten zu stoppen, welches das Problem verstärkt, sondern vielmehr den Lösungsprozeß in Gang zu setzen (siehe auch Watzlawick, Weakland und Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick und Bodin, 1974). „Unter Lösungen verstehen wir Veränderungen auf der Verhaltens- oder Wahrnehmungsebene, die Therapeut und Klient gemeinsam ersinnen und die zur Veränderung der Schwierigkeit bzw. der bisherigen Art, mit Schwierigkeiten umzugehen, führen sollen“ (de Shazer, 1986, S. 187).

In der Exploration von Ausnahmen beispielsweise soll herausgefunden werden, welche kognitiven, behaviouralen und emotionalen Muster ablaufen, wenn die Symptome nicht auftreten und was die Klienten tun, damit es zu diesen Ausnahmen kommt. Das Entwickeln von konkreten Zielen soll dabei helfen, die Erwartungen zu stärken, daß wirklich etwas verändert werden kann. „Die Beschreibung von potentiellen Lösungen wird benutzt, um zu definieren, wohin die Entwicklung gehen soll und wie sie befriedigender verlaufen kann“ (de Shazer, 1986, S. 192).

Es können weiterhin verschiedene therapeutische Hausaufgaben vorgeschlagen werden, die so geplant sind, daß sie vom Beschwerdemuster zur Lösung führen (de Shazer, 1986). Eine standardisierte Hausaufgabe am BFTC lautet zum Beispiel: „Wir möchten gerne, daß Sie von heute an bis zur nächsten Sitzung - so gut, daß Sie es beim nächsten Mal beschreiben können - beobachten, was sich in ihrem Leben ereignet, von dem Sie möchten, daß es weiter so bleibt“ (de Shazer, 1986, S. 199).

„Alles in allem sind wir der Meinung, so de Shazer (1986, S. 204), daß die Klienten bereits wissen, was sie tun können, um die Probleme zu lösen, derentwegen sie uns aufsuchen. [...]. Unsere Aufgabe in der Kurztherapie ist es, ihnen dabei zu helfen, das Wissen, das sie bereits haben, auf neue Weise für sich nutzbar zu machen.“

#### 4.3. Grundprinzipien der lösungsorientierten Kurztherapie

In dem Artikel „Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen“ stellt Steve de Shazer (1986, S. 184 - 187) zusammenfassend die Grundprinzipien des bisher beschriebenen Kurztherapiemodells wie folgt dar:

1. Die meisten Probleme entstehen im Zusammenhang menschlicher Interaktion [...].  
Lösungen bestehen darin, die Interaktionen im Kontext der jeweiligen situativen Rahmenbedingungen zu verändern.[...].
2. Aufgabe der Kurztherapie ist es, den Klienten zu helfen, etwas anders zu machen, [...] auch wenn das neue Verhalten irrational, völlig irrelevant, offensichtlich bizarr oder sogar lächerlich erscheint. [...].
3. Anstelle davon auszugehen, der Klient übe Widerstand aus, erscheint uns ein solches Verhalten vielmehr als die Art und Weise, in der die Klienten uns mitteilen, wie wir ihnen helfen können. [...].
4. Neue und positive Bedeutungen können zumindest immer für einen Aspekt des vorgebrachten Problems erarbeitet werden. [...]
5. Nötig ist nur eine kleine Veränderung. [...]. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Kurztherapie und anderen Ansätzen besteht darin, daß in der Kurztherapie davon ausgegangen wird, daß, ganz gleich, wie schlimm und komplex eine Situation sich darstellt, eine kleine Veränderung im Verhalten einer Person zu tiefgreifenden und weitreichenden Veränderungen führen kann. [...]

6. Eine Veränderung in einem Teil des Systems führt zu Veränderungen im ganzen System. Daher ist es nicht unbedingt entscheidend, wie viele Personen an der Rekonstruktion eines Problems und der Konstruktion einer Lösung beteiligt sind.

[...]

7. Alles was Therapeut und Klient wirklich wissen müssen ist im Grunde, woran für beide erkenntlich sein wird, daß das Problem gelöst ist. [...].

In einer abschließenden Beurteilung des kurzzeittherapeutischen Vorgehens betont de Shazer (1986) noch einmal seine Auffassung, daß eine Analyse von Problemmustern nicht zur Aktivierung von Lösungspotentialen führt. „Besteht wirklich so wenig Zusammenhang wie unsere Ergebnisse es nahelegen zwischen der spezifischen Beschwerde und dem jeweiligen neuen Verhalten und den neuen Bedeutungen, die zu einer Lösung führen ? So widersinnig dies auf den ersten Blick erscheinen mag, unsere Arbeit weist stark in diese Richtung“ (de Shazer, 1986, S. 204).

Inwiefern ein lösungsorientiertes Vorgehen in die Heidelberger Konzeption systemischer Therapie integriert werden kann, wird im Rahmen der Beschreibung des Heidelberger Modells noch diskutiert werden.

## 5. Narrative Konzeptionen systemischer Therapie

Die Diskussion in den letzten Jahren ging auch noch in eine andere Richtung. Es wurde die Frage gestellt inwieweit die Systemtheorie überhaupt nötig und angemessen sei, um menschliche, vor allem soziale Systeme zu verstehen und zu modellieren. Diese Ansätze begannen eher auf die Art und Weise der Erzählungen (Narrationen) zu achten statt auf Systemkonflikte, Grenzen und Koalitionen. „Nicht nur die Sprache allein, sondern die Bedeutungsmuster, die durch diese Sprache vermittelt werden - und diese sind in sozialen Systemen eben Geschichten (Narrationen) - bauen Realitäten in Systemen auf “ (Schlippe, 1998, S. 39).

Die „narrative Theorie“ (vgl. Bruner 1990) geht davon aus, daß subjektive Erfahrungen vom Individuum in Form von Geschichten organisiert werden. Da eine

einzelne Geschichte nicht alle Erfahrungen des Subjekts integrieren kann, gibt es immer Erfahrungen, die nicht in ein solches „Narrativ“ passen. „Fragen im Interview sollten deshalb so gestellt werden, daß sie die Klienten zur Entwicklung alternativer Narrative einladen (Zimmerman u. Dickerson 1994). Indem der Interviewer den Klienten dazu anhält, noch nicht integrierten Erfahrungen auf diese Weise Bedeutung zu verleihen, wird eine Veränderung (bzw. ein „Umerzählen“ von Geschichten) möglich, bei der der Klient selbst aktiv das Problem verändert“ (Nordmann, 1996, S. 316).

Die Perspektive, Wirklichkeit in sozialen Systemen über Geschichten wahrzunehmen, führt dann zu der neuen interessanten Frage, welche Geschichten eigentlich das Leben oder auch eine Familie regieren. Von welcher Art sind die Geschichten, die jemand sich und seiner Umgebung über sich selbst erzählt ? Auf welche Ereignisse greift er dabei zurück, auf welche nicht ? Die Rolle des Therapeuten ist dabei, mit „grenzenloser Neugier“ und aus einer Position des „Nichtwissens“ (Anderson u. Goolishian, 1992) die Bedeutungen des Klienten kennenzulernen (für die dieser Experte ist), sie zu verstehen und so für eigene und gemeinsame Erzähltraditionen zu sensibilisieren.

Es kann mit White (1989) zum Beispiel gefragt werden: „Welchen Geschichten erlaubst du dein Leben zu regieren ? Willst du daß diese Geschichten dein Leben regieren ?“ [...]. „Wann hast du dich zum letzten Mal erfolgreich geweigert, der Geschichte zu glauben, daß du immer der Verlierer bist ? Wie hast du das gemacht, diese Geschichte zurückzuweisen ? Was war die Einladung und wie hast du dazu nein gesagt ? Und wer von all den Menschen, die dich als Kind gekannt haben, würde am wenigsten erstaunt sein zu hören, daß du das geschafft hast ?“ (Schlippe, 1998, S. 41).

Die entscheidende Frage kann also heißen: „Wie kann eine Geschichte anders erzählt werden ? Sie kann nicht ungeschehen gemacht werden, jedoch gibt es die Möglichkeit zu entscheiden, auf welche Bestandteile der Geschichte wir zurückgreifen, um uns unsere Identität zu bestätigen“ (Schlippe, 1998, S. 42).

## 5.1. Das narrative Modell systemischer Therapie von Anderson und Goolishian

### 5.1.1. Menschliche Systeme als Netzwerk interagierender Ideen

Familientherapeutische Konzepte wie dysfunktionale Familienstrukturen, inadäquate Generationsgrenzen, Funktionalität des Symptoms und inadäquate organisatorische Hierarchien sind Ausdruck einer mechanistischen Sichtweise sozialer Systeme (Goolishian, 1997). „Vielleicht haben wir uns in der Familientherapie, so Goolishian und Anderson (1997, S. 261) einfach von einem diagnostischen Vorgehen, das die Pathologie ins Individuum legte, dahinbewegt, die Pathologie in der Familie und schließlich im umfassenderen sozialen System anzusiedeln.“

Goolishian und Anderson (1997) schlagen vor, diese mechanistische Sichtweise von Systemen durch eine Auffassung zu ersetzen, nach der menschliche Systeme als ein fließendes Netzwerk interagierender Ideen verstanden werden. „Dieser Übergang von einer Systemsicht von „Dingen“ zu einer Systemsicht von sich „verändernden Ideen“ zwingt uns dazu, viele vertraute Begriffe wie Stabilität, Ordnung und Kontrolle aufzugeben“ (Goolishian, 1997, S. 284).

„Außer uns selbst, so Goolishian (1997, S. 262), stellen auch andere Autoren wie Auerswald (1985, 1986, 1987), Bogdan (1984), Cecchin (1986), Dell (1982), Dell u. Goolishian (1981), Hoffman (1985), Keeney (1979, 1983) und Watzlawick et al. (1974) die Einschränkungen der Familientherapie in Frage.“ Für die Vertreter dieser Richtung der Familientherapie, „[...] existieren menschliche Systeme ausschließlich im Bereich von intersubjektiver sprachlicher Realität und Bedeutung“ (Goolishian, 1997, S. 262).

### 5.1.2. Menschen sind Systeme die Bedeutungen erzeugen

Durch den Dialog kommt es allmählich zu einer wechselseitigen Bestätigung von Sprache und Bedeutungen. „Es ist dieser allmähliche Vorgang wechselseitiger Bestätigung, der die offensichtlichen Ordnungen, Muster und Vorhersagemöglichkeiten erzeugt, die wir wahrnehmen, als existierten sie unabhängig von unseren Beschreibungen. Durch kommunikatives Handeln erzeugen wir gemeinsam die Beschreibungen, die uns als Modell für unser Verstehen dienen“ (Goolishian, 1997, S. 256). Bei diesem Ansatz werden Organisation und Struktur als

sich entwickelnde Resultate von Dialogen und kommunikativem Austausch und damit als lokal determiniert gesehen. „Dieser Standpunkt sucht nicht nach normativen und allgemeingültigen Parametern zur Beschreibung menschlicher Systeme“ (Goolishian, 1997, S. 259).

Das zentrale Postulat lautet vielmehr, daß die Realität eine soziale Konstruktion darstellt. „Die Sprache ist der Stoff, aus dem soziale Strukturen und Rollen gemacht werden. [...]. Wir leben und handeln in einer Welt, die wir durch unsere beschreibende Sprache im sozialen Umgang mit anderen definieren“ (Goolishian, 1997, S. 262).

### 5.1.3. Problemdeterminiertes System: Das Sprechen über Probleme erzeugt Systeme

Die Arbeitsgruppe um Bateson (Watzlawick, Haley, Jackson, Weakland, Wynne) am Mental Research Institute in Palo Alto (Kalifornien), stellte den Sinn einer objektiven Realität für die Psychotherapie, und die üblichen Wege der Sinnggebung in dieser Welt schon in den fünfziger und sechziger Jahren in Frage. Bateson (1969) forderte dazu auf, daran zu denken, daß es für uns vertrauter und bequemer ist, aus unseren Beobachtungen stets dasjenige auszuwählen, was unsere schon bestehenden Überzeugungen stützt. „Wir haben über längere Zeit beobachten können, daß psychologische Probleme - so scheint es - auftauchen, ihre Erscheinungsformen ändern und wieder verschwinden, wenn sich unsere Begriffe und Beschreibungen dafür verändern“ (Goolishian, 1997, S. 258).

Das zu behandelnde System schließt demnach all jene Personen ein, die in einem sprachlichen Kontext zu dem Problem stehen. Es sind die Menschen die in einem Problemkontext stehen, die Menschen, die über ein Problem sprechen, welche das soziale System enthalten, das die Einheit der Therapie darstellt. „Um es anders auszudrücken: Systeme machen keine Probleme, sondern das Sprechen über Probleme macht Systeme. Wir nennen ein so definiertes System ein problemdeterminiertes System“ (Goolishian, 1997, S. 266)

Indem über das Problem geredet wird, „erzeugen“ Therapeuten und Klienten das Problem, an dem sie in der Therapie arbeiten wollen. „Ein Problem ist eine

sprachliche Behauptung, die jemand aufstellt“ (Goolishian, 1997, S, 276). Vom Erstkontakt an, solange die therapeutische Beziehung andauert, sind Therapeut und Klient damit beschäftigt, gemeinsam Beschreibungen und Geschichten zu erzeugen. „Weder kontrolliert der Therapeut dabei das Interview durch Einflußnahme, noch lenkt er das Gespräch in eine bestimmte Richtung - auch nicht, indem er ein bestimmtes Ergebnis unterstellt -, noch ist der Therapeut für die Richtung der Veränderung verantwortlich“ (Goolishan, 1997, S. 271).

#### 5.1.4. Koevolution von Sinn und Verstehen: Therapie als gemeinsames Erzeugen von Geschichten

Im Konzept des problemdeterminierten Systems bedeutet „Diagnostik“ daher nicht mehr als ein fortgesetztes Gespräch mit all denen, die an einer gemeinsamen Sorge und Beunruhigung beteiligt sind. „Die intensive Arbeit an Problemen muß deshalb so geartet sein, daß jedes Mitglied des Problemsystems (einschließlich des Therapeuten) an der Veränderung von Sinn teilhaben kann. [...]. Dies kann nur durch eine - manchmal langsame - Koevolution von Sinn und Verstehen gelingen“ (Goolishian, 1997, S. 278). Die Haltung des Therapeuten ist daher „[...] eine Haltung der Mehrparteilichkeit, des Parteiloseins für alle Seiten, in der man mit allen Sichtweisen zugleich arbeitet“ (Goolishan, 1997, S. 271)

Der Therapieprozeß besteht somit in der Schaffung eines Kontextes durch einen dialogischen Raum. In einem solchen kommunikativen Raum sind die Mitglieder eines problemdeterminierten Systems damit beschäftigt, das Ungesagte zu erforschen. Sie bemühen sich, neue Bedeutungen und neues Verstehen zu entwickeln. „Therapie ist wenig mehr als die Gelegenheit, gemeinsam mit jenen, mit denen wir verbunden sind, eine neue Konversation, eine neue Sprache und neue Realitäten zu erkunden, die mit unserer individuellen Art, wie wir unseren Erfahrungen Bedeutung zuschreiben, verträglich sind“ (Goolishian, 1997, S. 283).

Durch das therapeutische Gespräch werden starre Bedeutungen (der Sinn, den Menschen Dingen geben) erweitert, verlagert und verändert. „Behandlung besteht darin, daß ein Problemsystem aufgelöst wird, nicht darin, daß eine Lösung gefunden

wird. [...]. Die sich verändernde Sprache der Definition des Problems führt zur Auflösung des Problemsystems. Es ist der Prozeß, simultan ein „mehrfaches“ Gespräch fortzusetzen, so daß mit der Zeit neue Ideen entstehen, sich berühren und zueinander in Beziehung treten (Goolishian, 1997, S. 282).

## 6. Der narrative Ansatz systemischer Therapie von Kurt Ludewig

### 6.1. Von der Relativität klinischer „Wahrheiten“

„Das Ergebnis klinischer Reflexion kann kein „wahres“ Verständnis der Natur psychosozialer Probleme und ihrer Lösungen sein. Es kann jedoch den Bezugsrahmen, an dem der Kliniker seine Praxis orientiert, vielfältiger („multi-verseller“) gestalten“ (Ludewig, 1997, S. 308).

Ludewig (1997) geht davon aus, daß anhand generalisierter Erwartungsklassen wie „Neurose“, „Psychopathie“, „Psychose“, „Psychosomatose“ usw. der Kliniker in der Lage ist, komplexe und eigentümliche kommunikative Zusammenhänge auf wenige Sammeltypen zu reduzieren und sein Handeln danach zu richten. „Gleichgültig ob die „Störungen“ in den Organismus, in die Psyche (anhand welcher Konstrukte auch immer), in die Familie oder in andere „natürliche“ Systeme hineingedacht werden, gemeinsam ist allen diesen Bestimmungen, daß sie kognitive Vereinfachungen eines „klinischen“ Beobachters darstellen [...]“ (Ludewig, 1997, S. 324).

„Zugespitzt formuliert heißt dies, daß „festgefahrene“ Patienten, die im Hervorbringen ihrer individuellen und sozialen Welt Probleme erzeugt haben, auf „festgefahrene“ Kliniker treffen, die ihre eigene innere und soziale Kohärenz unter Bezugnahme auf Invarianzen für den allgemeinen Fall hervorbringen“ (Ludewig, 1997, S. 324).

Das Bezogensein allen Erkennens und Wissens auf den Beobachter, so Ludewig (1997) weiter, ordnet mithin alle Begründungen, einschließlich der wissenschaftlichen, einer sozialen Zustimmung unter. „Der Bezug auf das angebliche Sosein der Welt als Letztbegründung enthüllt sich immer als Bezug auf einen sozialen Bereich. Dies tritt besonders deutlich im Bereich des Sozialen hervor, zumal dort Argument und Gegenstand demselben Beschreibungsbereich angehören und dieser keine sinnvolle Versachlichung zuläßt“ (Ludewig, 1997, S. 308).

Die Konsequenz die sich aus einer solchen Position ergibt ist, daß wir dazu gezwungen sind, weiter an unseren Beobachtungen zu zweifeln und uns mehr für die vielfältigen Bedeutungen zu interessieren, die menschliche Beobachtungen und Erfahrungen für die Betroffenen haben, wenn wir mit ihnen in ein Gespräch über Bedeutungen und Beschreibungen eintreten (Goolishian, 1997)

## 6.2. Eine biologisch-motivationelle und sozialkonstruktivistische Auffassung von Problemen

Eine biologisch-motivationelle Auffassung von Problemen sieht Ludewig (1997, S. 323) in der Konzeption von Maturana und Varela (1987): „Diese Autoren legen den Beginn eines Problems in eine leidvoll erlebte Negation der eigenen Weltsicht durch jemand anderen, der meint, objektiver zu sehen und so der Wahrheit näher zu stehen. Der Ursprung von Problemen liegt danach in der Nichtakzeptanz des anderen als einen hinsichtlich des Hervorbringens von „Welten“ Gleichberechtigten.“

Ein kommunikationstheoretischer Erklärungsversuch hingegen wird von Luhmann (1984) vertreten: „Probleme sind stabilisierte Konflikte und so das Thema eigenständiger sozialer Systeme, die - um einen Konflikt entstanden - sich kommunikativ (d.h. autopoietisch) erhalten“ (Ludewig, 1997, S. 311).

Die polarisierende Frage also, ob die Veränderung von sozialen Systemen nur als Folge der Strukturveränderung der Beteiligten möglich erscheint (vgl. Maturana 1985) oder hingegen im Zuge des Nachlassens der sie bindenden Kommunikationen zustande kommt (vgl. Luhmann, 1984), wird von Ludewig (1997) damit beantwortet, „[...] daß in der unauflösbaren Verknüpfung zwischen Mitglied, Kommunikation und sozialem System die Veränderung des einen unausweichlich auch die simultane Veränderung des anderen impliziert. Die isolierte Betrachtung von Mitgliedern und Kommunikationen ohne Bezug auf das jeweils andere erweist sich daher als wenig sinnvoll“ (Ludewig, 1997, S. 317).

Der Therapeut sollte im Dialog daher „[...] so viel Neues, Unerwartetes, Öffnendes, Verstörendes - produktiv Zufälliges - einführen, wie unerlässlich erscheint, um das Problemsystem zu destabilisieren, also eine heilsame Verstörung auszulösen. Dabei muß er vor allem Respekt wahren, denn nur so entsteht ein Klima des Vertrauens, das zu dem Wagnis ermutigt, Neues zu erproben und das auf Gewißheit basierende Problemsystem aufzugeben“ (Ludewig, 1992, S. 125).

Ludewig (1992, S. 176) resümiert über das von ihm vorgestellte narrative Modell systemischer Therapie abschließend: „Modelle wie die hier entwickelten können nur hilfreich sein, wenn sie als Anregungen verstanden werden, ohne eine objektive Realität liefern zu müssen. Sie sollen vor allem öffnend wirken und die verfügbaren Möglichkeiten erweitern - sollen dazu beitragen, die Neugier und Kreativität des Kliniklers anzuregen und die Last einengender „Gewißheiten“ abzulegen.“

## 7. Die Heidelberger Konzeption systemischer Therapie an der psychosomatischen Fachklinik am Hardberg

Ein wesentlicher Pfeiler des Konzeptgerüsts, so Gunther Schmidt (1996), Leiter der Klinik am Hardberg, ist das systemische (familientherapeutisch orientierte) Modell der sogenannten „Heidelberger Schule“ psychosomatischer Therapie, welches unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin an der Universität Heidelberg und am Heidelberger Institut für systemische Forschung, Therapie und Beratung entwickelt worden ist. Diese Konzeption hat sich aus einer Integration mehrgenerationaler Konzepte, dem Mailänder Modell, sowie narrativen Elementen systemischer Therapie entwickelt. Weitere wichtige Einflüsse sind die sogenannten lösungs- und kompetenzorientierten Kurzzeitpsychotherapiemodelle, insbesondere die Psychotherapie und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson und damit verwandte Ansätze (Schmidt, 1996).

### 7.1. Die Lösungs- und Ressourcenorientierte Hypnotherapie Milton H. Ericksons

Wie Jeff Zeig (1985) in seinem Buch „Experiencing Erickson“ ausführte, war das Feld der klinischen Psychologie auch in den USA bis in die jüngste Zeit hinein ein Derivat

alter europäischer Denktraditionen. Diese Denktraditionen führten im Bereich der Psychotherapie dazu, daß die Beschäftigung mit Persönlichkeitstheorien und Denkmodellen zur „Erklärung“ abweichenden Erlebens und Verhaltens höher bewertet wurde - und bis heute immer noch höher bewertet wird - als die Entwicklung therapeutischer Modelle, die eine effektive Veränderung problematischer Verhaltens- und Erlebensmuster in den Vordergrund rücken.

Milton H. Erickson vertrat wesentlich früher als andere seiner Kollegen einen Lösungs- und Ressourcenorientierten Standpunkt. „Er war ein konsequenter Pragmatiker, der dem „Wie?“ der Veränderung problematischen Verhaltens einen ungleich höheren Stellenwert zumaß als der Frage nach dem „Warum?“ seiner Ursachen“ (Walker, 1996, S. 219).

Die Entwicklung der lösungsorientierten Therapieansätze und insbesondere der Kurzzeitpsychotherapeutische Ansatz von Steve de Shazer, baut direkt oder indirekt auf dem Werk von Milton H. Erickson auf (Schmidt, 1994). „Grundsätzlich zielte Erickson darauf ab, die Menschen zu inneren mentalen Suchprozessen einzuladen. Dabei ging er von einem grundsätzlich positiven Menschenbild aus. Er nahm an, daß die Potentiale und Kompetenzen, die ein Mensch braucht, um sein Problem zu lösen, in den kognitiven, psychophysiologischen, emotionalen und verhaltensrelevanten Prozessen bereits als Erfahrungsschatz gespeichert sind. [...]. Wenn eine Person diesen Erfahrungsschatz dennoch nicht zu ihrem Besten zu nutzen vermag, so liegt das nach Erickson daran, daß die gewohnten vorherrschenden Denk- und Erlebnismuster eines Menschen keinen Zugang zu den vorhandenen Potentialen ermöglichen“ (Schmidt, 1994, S. 379).

Erickson setzte mit dieser Auffassung, der zumeist rein pathologieorientierten psychoanalytischen Vorstellung vom Unterbewußtsein eine Sichtweise entgegen, die auch positive Aspekte unbewußt ablaufender Prozesse integriert. „Das Unterbewußtsein - wenn man überhaupt in dieser verdinglichten Form über unbewußte Prozesse sprechen mag - war für Erickson [...] ein riesiges Lagerhaus, das auch all die Lernerfahrungen, Erinnerungen und Ressourcen enthielt, die es dem

Menschen ermöglicht hatten, zu überleben und seine Integrität - auf welchem Niveau auch immer - zu bewahren“ (Walker, 1996, S. 227).

## 7.2. Fokussierung auf lösungsförderliche Potentiale

Die traditionell noch immer defizitorientierten Konzepte der Familientherapie, so Schmidt

(1992 b), wurden in den letzten zehn Jahren immer mehr ergänzt durch die Perspektive, sich auf die Ressourcen der Klienten und deren Familien zu konzentrieren. Die systemischen Familientherapiekonzepte knüpfen dabei an einen wichtigen Teil ihrer Wurzeln an, die seit Beginn ihrer Entwicklung maßgeblich waren, nämlich an die Psychotherapiemodelle von Milton H. Erickson. Es wird angenommen, „daß Klienten nicht deshalb psychische oder psychosomatische Probleme haben, weil sie aufgrund früherer Traumata Persönlichkeitsdefizite aufweisen, sondern weil sie in ihren gewohnten, ritualisierten und redundant wiederholten Alltagsmustern (Denkgewohnheiten, Verhaltensweisen, emotionale Reaktionen) sich auf ein sehr eingegengtes Bild von sich und ihren Möglichkeiten eingestimmt haben, und sich dieses Bild immer wieder auch selbst so suggerieren, daß es in ihrer Wahrnehmung vorherrscht“ (Schmidt, 1992 b, S. 33).

Ziel der Therapie soll es daher sein, zusammen mit den KlientInnen den Kontakt zu Erfahrungsmustern herzustellen, die auch in der Vergangenheit schon hilfreich waren. „Zugleich müssen wir darauf achten, welche Fokussierungen in Gegenwart und Zukunft den Kontakt mit den lösungsförderlichen Potentialen ermöglichen“ (Schmidt, 1994, S. 387).

## 7.3. Lösungsimaginationen ohne Tranceinduktion

Es stellt sich die Frage inwieweit die Fokussierung von Aufmerksamkeit auf lösungsförderliche Potentiale eine Tranceerfahrung notwendig macht. Trance-Zustände und sogenannte Trance-Phänomene sind als miteinander verwobene

Elemente sinnlicher Erfahrungen auf unterschiedlichsten Ebenen willkürlichen und unwillkürlichen Denkens, Fühlens und Verhaltens zu verstehen (Schmidt, 1994). Symptome sind dadurch gekennzeichnet, daß die Symptomträger bestimmte Verhaltensweisen und Erlebnisse als fremdgesteuert, als nicht von ihrem Ich gestaltbar erleben, also im Sinne von „Es passiert“, und nicht von „Ich mache“. „Für den Bereich des Symptomerlebens kann demnach noch mehr Unwillkürlichkeit (wie sie durch eine Trance-Induktion herbeigeführt wird) nicht hilfreich sein. Für die Änderung eines Symptommusters ist eine Veränderung des Erfahrungsmusters in Richtung auf eine mehr willkürliche, selbstverantwortlich erlebte Gestaltung daher weit hilfreicher“ (Schmidt, 1996, S. 387).

Dieses Hauptziel, Fokussierung von Aufmerksamkeit auf die gewünschten Potentiale der KlientInnen, ist auch das Ziel jeglicher Form von Tranceerfahrungen. „Hypnose, in welcher Form auch immer, kann als Prozeß beschrieben werden, in dem jemand dazu eingeladen wird, seine bewußte, vor allem aber seine unwillkürlich-unbewußte Aufmerksamkeit zu fokussieren auf imaginative und andere psycho-physiologische Prozesse, welche dem gewünschten Zielerleben entsprechen“ (Schmidt, 1994, S. 382). Hypnose ist jedoch nur eine systematische Form der Nutzung von Kommunikation, die unterstützen soll, daß Aufmerksamkeit ziieldienlich fokussiert wird auf relevante Lösungskompetenzen.

Durch klinische Erfahrungen ließ sich belegen (Weakland, 1974; Haley, 1977; Watzlawick, 1980; de Shazer, 1989 a) daß hilfreiche therapeutische Effekte, die in Trance erreicht werden konnten, genauso möglich waren, wenn man keine formalen Tranceinduktionen dafür anbot (Schmidt, 1992 b). „Als klinisch besonders hilfreich für diese Arbeit erweist es sich, symptomatische mit symptomfreien Situationen zu vergleichen und die Unterschiede zwischen diesen (auf der internalen wie interaktionellen Ebene) herauszuarbeiten. Dabei werden die Muster besonders deutlich, welche die Lösungspotentiale enthalten. Eine Lösungsimagination ohne offizielle Trancerituale unterstützt dabei die wache Orientierung der Klienten an der Konsensusrealität und wirkt so hilfreich für eine Herausführung aus der „Problemtrance“ (Schmidt, 1992 b, S. 36).

Wichtig ist dabei, die Lösungsdetails auch im Alltag in die Aufmerksamkeit der Klienten zu rücken, z.B. durch Beobachtungsaufgaben auf der kognitiven, physiologischen und der Verhaltensebene. (Schmidt, 1992 b). Da jedoch weniger auf die einzelnen Techniken, sondern mehr auf die Implikationen der Ressourcenorientierung für die Haltung des Therapeuten eingegangen werden soll, sei für ausführlichere Darstellungen der Interventionen u.a. verwiesen auf de Shazer (1989 a, 1989 b, 1992 b), O'Hanlon (1988, 1990, 1994, ) und Schmidt (1985, 1986, 1992 a).

#### 7.4. Balance zwischen einer Lösungsorientierung und einer systemischen Analyse der Problemmuster

Obwohl Ericksons Vorgehen implizit ebenfalls systemischer Natur war, lehnte er die systemische Theorie ab. „Er war der Meinung, daß sie den therapeutischen Prozeß unnötig kompliziere. Sein Interesse war nicht die theoretische Erklärung für die Aufrechterhaltung des pathologischen Status quo. Ihn beschäftigte die Frage, wie man durch das eigene Verhalten effektiv Wandel und Veränderung induzieren konnte“ (Walker, 1996, S. 242).

„Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, so Schmidt (1998, S. 9), daß eine einseitige Konzentration auf die Reaktivierung hilfreicher Kompetenzmuster bei den Klienten alleine nicht ausreichen. Werden die starken familiären Bindungsmuster nicht berücksichtigt, geraten die Klienten in erhebliche Schuld- und Loyalitätskonflikte [...], da die Problemmuster wichtige Stabilisatoren der Systeme waren. Dies bedeutet meist gemeinsam mit dem Klienten eine konstruktive Balance dafür zu finden, das eigene Wohlergehen zu fördern und auf gesunde Weise den verschiedenen Loyalitäten gerecht zu werden.“

Würde man sich daher nur auf die Entwicklung von Lösungskompetenzen konzentrieren, aber nicht würdigen und für die Zielgestaltung beachten, welche Probleme die KlientInnen unbewußt befürchten, wenn sie ihre Kompetenzen nutzen, würde gerade eine schnelle Entfaltung der Ressourcen in ihren gewohnten Beziehungen sie wieder in intensive Konflikte bringen (Schmidt, 1996).

## 7.5. Der Klient als Experte einer stimmigen Problemlösung

Die Hypothese, daß Klientinnen über die notwendigen Kompetenzen für eine gesunde Problemlösung verfügen, hat wesentliche Implikationen für die Bestimmung der Ziele und der zieldienlichen Schritte in der Therapie. „Die KlientInnen selbst setzen auf diese Weise die Prioritäten dafür, was „gesunde“ und „stimmige“ Lösungen für sie sind (siehe: Narrative Konzepte, Kap. 5). Sie werden also konsequent als kompetente ExpertInnen und Co-TherapeutInnen ihrer eigenen stimmigen Problemlösungen angesprochen und behandelt“ (Schmidt, 1996 a, S. 10).

Für die Definition der jeweils stimmigen Ziele wird außerdem, wenn irgend möglich, die Familie (oder die sonstigen relevanten BeziehungspartnerInnen) direkt in die Therapie einbezogen. „Die Familie wird verstanden als wertvolles Bezugsfeld. Sie kann wichtige Hilfe dabei geben, die von den KlientInnen in der Therapie entfalteten Lösungskompetenzen im Heimatkontext stabil zu integrieren. Während der ganzen Zeit des Klinikaufenthaltes, insbesondere aber in der letzten Phase vor der Entlassung, wird entsprechend dieser Perspektive sorgfältig mit den KlientInnen durchgearbeitet und u.a. auch durch systematische Imagination vorbereitet, wie die entwickelten Lösungskompetenzen im Heimatkontext kongruent und stabil umgesetzt werden können“ (Schmidt, 1996 a, S. 12); (siehe: Bezogene Individuation, Kap. 1.3.2.).

## 7.6. Die Frage nach Auswirkungen anstelle der Suche nach Ursachen

Ein Symptom, welches auch immer es sei, wirkt sich beziehungsgestaltend aus. Anstelle der Frage nach Ursachen liegt das Zentrum systemischer Arbeit daher auf der Frage nach Auswirkungen von Phänomenen auf relevante Beziehungen, besonders auf solche in Gegenwart und Zukunft. Dabei sind nicht die Absichten des Symptomträgers entscheidend, sondern die Auswirkungen, die das Symptom in Beziehungen auslöst. „Aus systemischer Sicht können Symptome und andere als Krankheit definierte Phänomene als beziehungsregulierende Faktoren verstanden werden. Die Partner treten nicht mehr nur direkt miteinander in Beziehung, das

Symptom steht quasi als Beziehungsmittglied zwischen ihnen. Das Symptom wirkt dann (ohne eine zuvor geplante Absicht der Beteiligten auszudrücken !) wie ein Beziehungspartner, häufig auch wie ein Koalitionspartner (z.B. für den Symptomträger) oder ein Gegner (für die Angehörigen) in einem Beziehungskonflikt“ (Schmidt, 1988, S. 178).

Ein Beispiel hierfür liefert das systemische Verständnis von Suchtverhalten. „Wenn es dem Klienten z.B. zu nahe wird oder er Wünsche leben will, welche den offiziellen Regeln des Systems nicht entsprechen, kann er (und Klienten berichten dies immer wieder in den Interviews) auf das Suchtmittel zurückgreifen und mit ihm die tabuisierten Bereiche verwirklichen, dabei gut geschützt vom Krankheitskonzept, welches ja die Verantwortung dafür nicht ihm zuschreibt. Die Suchtsymptomatik wird damit zum neuen, aber sehr wichtigen symbolischen „Familienmitglied“ (Schmidt, 1992 b, S. 45).

Aus systemischer Sicht ist es deshalb Aufgabe des Therapeuten, Etikettierungen des Patienten als defizitär, gestört oder gar krank abzulösen, durch eine präzise Betrachtung der Auswirkungen seines Verhaltens und des Verhaltens seiner Partner im System. Ziel sollte es sein Sinnhaftigkeit und regulative Effekte von Symptomen in den Beziehungen des Klienten erkennbar zu machen (Schmidt, 1988).

### 7.7. Lösungsorientiertes zirkuläres Fragen

Als besonders effektiv haben sich im Umgang mit symptomatischen Prozessen lösungsorientierte zirkuläre Fragen (siehe Kap. 2.1.) erwiesen, das heißt solche, die sich auf die interaktionellen Auswirkungen der Lösungsentwicklungen beziehen. Das bewußte Denken wird hierbei eingeladen, die Auswirkungen eines symptomfreien Verhaltens anzuschauen. „Je detaillierter die verschiedenen Erlebniselemente der Lösungssituation beschrieben werden können, desto mehr werden sie schon im Hier und Jetzt erlebbar. Dadurch wird die selbst-induzierte Problem- „Trance“ meist schon wirksam relativiert“ (Schmidt, 1992 a, S. 34). Um diesen Ressourcenbereich noch zu stärken, wird der Klient dazu eingeladen zu imaginieren, wie er sich seine „Wunschintuition“, oder die optimale „Teamarbeit“ zwischen seinen kognitiven und

intuitiven Kompetenzen vorstellt. „Eine konsequente Befragung dieser Art wirkt fast immer wie eine intensive imaginative Reise in die Lösungssituation, also als indirekte Induktion einer Lösungsstrance“ (Schmidt, 1992 b, S. 37).

„Die Klienten berichten dann häufig über ihre Dilemmasituationen, in denen sie sich hin- und hergerissen erleben zwischen Wünschen nach Eigenständigkeit, aber auch der Angst davor, diese nicht zu erreichen, vor allem aber der Angst, verheerende Auswirkungen für andere auszulösen, wenn sie gut für sich sorgen würden“ (Schmidt, 1992 a, S. 41). Klärt man solche Zusammenhänge, kann schnell Anerkennung für die große Loyalität (siehe Kap. 1.2.1) der Klienten entwickelt, und die Symptomatik als anerkannter Lösungsversuch in einen positiveren Bezugsrahmen gesetzt werden. In der Zusammenarbeit müssen also differenzierte Zielvisionen erarbeitet werden, die eine konstruktive Balance zwischen Selbstständigkeitsbestrebungen des Klienten und Strebungen nach loyaler Verwobenheit (auch Abhängigkeitswünschen) berücksichtigen (Schmidt, 1992 a).

## 7.8. Rekontextualisierung

Eines der wesentlichen Ziele systemischen Arbeitens ist es, den spezifischen Kontextbezug und den lebendigen Fluß interaktioneller Entwicklung zu veranschaulichen. Systemisch gesehen bekommt jedes Phänomen seine Bedeutung und Wirkung durch seinen Kontextbezug. „Im systemischen Verständnis werden sogenannte Charaktereigenschaften nicht als feste Strukturen und Aussagen über ein Individuum verstanden, sondern als Resultat eines hochkomplexen Interaktionsprozesses und als dabei entwickeltes soziales Realitätskonstrukt (siehe: Narrative Konzeptionen, Kap. 5). Dies gilt zum Beispiel auch für das Konstrukt „Psychose“.[...]. Psychotische Prozesse müssen deshalb wieder in ihren Situationszusammenhang gestellt werden [...]. Herausgearbeitet werden soll hierbei, wie Situationen gestaltet werden, die mit dem Resultat „Psychose“, aber auch, wie Situationen gestaltet werden, die mit „gesünderem“ Ergebnis einhergehen“ (Schmidt, 1992 a, S. 48).

## 7.9. Der Umgang mit Symptomen im Heidelberger Modell systemischer Therapie am Beispiel psychotischer Prozesse

In den aktuellen Konzepten systemischer Therapie, insbesondere im „Heidelberger Modell“ (Stierlin et al. 1986, Retzer, 1991; Simon, 1990; Schmidt 1985) werden die Interaktionsprozesse in Systemen mit Psychosephänomenen verstanden als Ausdruck von spezifischen Fähigkeiten. „Kurz gesagt gehen wir nicht davon aus, daß die Familien unfähig sind, klar zu kommunizieren, sondern daß sich Familiensysteme mit psychotischen Klienten dadurch auszeichnen, daß sie die Fähigkeit haben, ausgezeichnet unklar zu kommunizieren“ (Schmidt, 1992 a, S. 18). Das psychotische Geschehen kann dabei als Antwort auf Situationen verstanden werden, in denen der Klient vielen, zum Teil völlig widersprüchlichen Anforderungen gleichzeitig gerecht werden will (Schmidt, 1992 a).

In seinem verwirrenden Beziehungsverhalten vermeidet der Klient klare Beziehungsdefinitionen. Er versucht so, den als gefährlich eingeschätzten Entscheidungssituationen zu entgehen. „Denn wo niemand eindeutig erkennen kann, wer man ist und wo man steht, da kann man auch nicht verantwortlich gemacht werden oder ein bedrohtes Gleichgewicht zerstören, oder durch eindeutige Positionen jemanden verletzen“ (Schmidt, 1992 a, S. 25).

Die vermeintlichen Unfähigkeiten in der Kommunikation zeigen sich so als intuitive Schutzmaßnahmen (individuell und für den Erhalt der Beziehungen). „So schrecklich die Sichtweise für die Familien ist, daß ein Familienmitglied krank im Sinne einer „endogenen Psychose“ sein könnte, es ermöglicht oft auch eine Deeskalation der Konflikte“ (Schmidt, 1992 a, S. 26). Die Krankheit wird quasi zum Familienmitglied, welche die Verantwortung für Konflikte übertragen bekommt, die sonst direkt zwischen den Beteiligten ausgetragen würden.

## 7.10. Symptome als Lösungsversuche

Im psychotischen Verhalten sind in verdichteter und indirekter Form meist auch wichtige Informationen über wesentliche Bedürfnisse der Klienten enthalten, die bisher nicht berücksichtigt waren. „Bekämpft man nun einseitig die Psychose, ist die

Gefahr groß, daß der Klient unbewußt den Eindruck bekommt, man bekämpft auch diese Bedürfnisse von ihm, die ihm dann wieder als tabu erscheinen. [...]. Diese Reaktion macht möglich, die Psychose positiver umzudeuten und mit dem Klienten in Ruhe durchzuspielen, was beachtet werden müßte, damit die wichtigen „Leibwächter“ - Aufgaben der Psychose mindestens genau so wirksam von einem angenehmeren Muster ersetzt werden könnten“ (Schmidt, 1992 a, S. 62).

Dabei, und im Umgang mit symptomatischen Prozessen im allgemeinen, wird besonders der Umgang mit sich selbst, mit den eigenen widersprüchlichen Strebungen und Ambivalenzen relevant. „Auf vorbewußter Ebene lassen sich zum Beispiel häufig eine stark pflichtbewußte und streng leistungsorientierte „Seele“ und eine „Seele voller regressiver Sehnsucht“ finden, die im Klienten in ständigem, massiven Clinch miteinander liegen. Dabei fungiert das Symptom als Hilfskraft und „Leibwächter“ der regressiven Seite. Es wird immer dann eingesetzt, wenn die regressive Seite zu stark unter Druck gerät und sich in ihrer Existenz bedroht fühlt“ (Schmidt, 1996, S. 66).

Symptome stellen jedoch nicht nur eine individuell selbstzerstörerische Fehlverhaltensweise dar, sondern vor allem einen verzweifelten Lösungsversuch, um Loyalitäten (siehe Kap. 1.2.1.) in wichtigen Beziehungen gerecht zu werden und zum Bestand von wichtigen Beziehungen beizutragen, welche als gefährdet erlebt werden. „Symptome sollten dementsprechend differenziert als Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele behandelt werden. [...]. Die dahinterliegenden Ziele und Bedürfnisse werden dabei als aner kennenswerte und kluge Strebungen ebenso gewürdigt, wie der verzweifelte Versuch, durch das symptomatische Verhalten eine Lösung zu erreichen“ (Schmidt, 1992 b, S. 51).

Die Schritte die dem Klienten selbst helfen würden, für sich eine wohltuende und gesunde Entwicklung voranzutreiben, müssen deshalb genau darauf geprüft werden, ob ihr Rhythmus, ihre Intensität etc. gut abgestimmt sind mit der Entwicklung der relevanten Beziehungspartner.

## 7.11. Das Modell der „inneren Familienkonferenz“

„Die interaktionelle Dynamik findet nun ihr synchrones Abbild in ihr entsprechenden intrapsychischen Prozessen. Internal spielen sich häufig massive Kämpfe der diversen Bedürfnis- „Seelen“ (z.B. Loyalität gegen Autonomie-Strebungen) ab“ (Schmidt, 1992 b, S. 46). Der typische Lösungsversuch für dieses Dilemma ist nun, die „Anteile“, Strebungen und regressiven Wünsche von sich, die mit den internalen wie externalen Systemregeln nicht kompatibel erscheinen, abzuspalten. „Dadurch werden die dissoziierten Wünsche immer stärker. Das „offizielle Ich“ identifiziert sich einseitig mit den systemkonformen Persönlichkeitsanteilen. [...]. Die internale Dynamik zwischen den diversen „Anteilen“ der Person spiegelt dabei [...] die Beziehungen der Systemmitglieder untereinander wieder“ (Schmidt, 1992 b, S. 46). Als effektivstes therapeutisches Metaziel erweist sich hierbei regelmäßig, die Dissoziation zwischen den verfeindeten Anteilen (internal) und den im Clinch liegenden Parteien des Systems (external) aufzuheben, und einen kooperativen Umgang miteinander (friedliche Koexistenz) anzuregen (Schmidt, 1992). Dafür ist unabdingbar, daß alle relevanten Seiten des internalen wie externalen Systems gleichrangig und mit Wertschätzung behandelt werden (vom problemstabilisierenden „Entweder Oder“ zum kooperativen „Sowohl als Auch“).

Eine hilfreiche Methode besteht darin, die widersprüchlichen Strebungen des Klienten als innere „Teilpersönlichkeiten“ zu imaginieren. Systemisch gesehen besteht das Hauptproblem des Klienten nicht darin, so unterschiedliche Strebungen zu haben, sondern in dem gnadenlosen symmetrischen Kampf der unterschiedlichen Seiten gegeneinander.

„Der Persönlichkeitsseite des Klienten, welche die dissoziierten, tabuisierten Anteile repräsentiert (also speziell die Bedürfnisse nach Autonomie, Abgrenzung, aber gleichzeitig auch dem Erleben von regressiver Geborgenheit), erscheint dann zum Beispiel ein Suchtmittel als heimlicher, rettender Koalitionspartner gegen die bisher als übermächtig erlebte, unterdrückende Seite des offiziellen Ichs (und auch im Kampf gegen die übermächtig erlebten Beziehungspartner). Der offiziellen Ich-Seite wieder bestätigt dies um so mehr, daß die „andere Seite“ schlecht und böse ist, und noch intensiver bekämpft werden muß. Es wird also gerade der Glaube gestärkt, daß

man noch mehr kontrollieren und die andere Seite unterdrücken müsse“ (Schmidt, 1992 b, S. 48; für Gemeinsamkeiten zu anderen Suchtarten siehe z.B. Schmidt, 1987, 1988, 1989, 1992 a, b).

Um den Klienten zu einem konstruktiven Umgang der verschiedenen „Seiten“ einladen zu können, wurde von Schmidt das Modell der „inneren Familienkonferenz“ entwickelt. „Angeregt durch Virginia Satirs (1988) Idee der „parts party“ habe ich ein Modell entwickelt, um mit der „inneren Familie“ des Klienten eine konstruktive Konferenz zu führen“ (Schmidt, 1992 a, S. 59). Die diversen widersprüchlichen Anteile werden hierbei symbolisiert als kontroverse Fraktionen eines „inneren Parlaments“ oder einer „inneren Familie“. Dann werden die Klienten eingeladen, verschiedene Stile des Umgangs der Anteile miteinander zu vergleichen. Es zeigt sich meist schnell, daß die Symptomatik auftritt, wenn die Anteile immer schneller und härter miteinander kämpfen und dabei jeweils versuchen, einseitig die Macht zu bekommen, das heißt, als einzig gültige Sicht vom Klienten behandelt zu werden. „Gelingt eine Konferenz mit mehr Koexistenzdynamik der Anteile, erweist sich dies als hilfreich. Fast immer kämpfen die Anteile miteinander, wenn das „Ich“ des Klienten sich einseitig mit einem von ihnen verbündet oder wechselnde Koalitionen eingeht oder wenn ihr „Ich“ sich ganz überfluten läßt von einzelnen Persönlichkeitsanteilen“ (Schmidt, 1992 a, S. 61).

In der metaphorischen Beleuchtung der Dynamik wird dem Klienten vorgeschlagen, eine Konferenz zu imaginieren, die geleitet wird von einem klar strukturierenden Konferenzleiter (dem Klienten selber), der fair dafür sorgt, daß jede Fraktion gehört wird (vorher erleben die Klienten Anteile z.B. als von hinten an ihnen zerrend, sie würgend etc., Schmidt, 1992 a).

„Wichtig bei der Nutzung der Lösungsfähigkeiten der Klienten ist schließlich, das richtige Tempo („lieber langsamer“) und das stimmige Maß an „regressiven Inseln“ herauszufinden“ (Schmidt, 1996, S. 71).

## 8. Schlußbemerkung

Eine Integration familientherapeutischer und systemischer Modelle, wie im Heidelberger Modell systemischer Therapie vollzogen, stellt eine Möglichkeit dar, ältere Theoriegebäude durch neuere Ansätze zu ergänzen. Das hier vorgestellte Konzept zeigt auf, daß derartige Integrationsbestrebungen auch dem Klienten zu gute kommen. Im radikalen Konstruktivismus E. von Glasersfeld (1991) - der sich als empirisch-pragmatische Erkenntnistheorie ohne Vorannahmen versteht - gilt jedoch: „Man muß fühlen, was gut ist. Die Entscheidung liegt immer im eigenen Gefühl. Keine Theorie der Welt kann Sie davor bewahren oder Ihnen diese Entscheidung abnehmen“ (Ludewig, 1992, S. 84).

## Literatur

- Alexander J.F., Holtzworth-Munroe A., Jameson P. (1994). Process and Outcome of Marital and Family Therapy. Research Review and Evaluation. In: Bergin A.E., Garfield S. (1994)
- Alvir J.M.J, Schooler N.R., Borenstein M.T., Woerner M.G. & Kane J.M. (1988). The reliability of a shortened version of the SCL - 90 - R. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, S.242 - 246
- Aponte H., Van Deusen J. (1981). Structural Family Therapy. In: Gurman A., Kniskern D. (1981). S. 310 - 360
- Auerswald E.H. (1985). Thinking about thinking in family therapy. *Family Process*, 24, S.1-12
- Auerswald E.H. (1986). Family Therapy as a movement: epistemological barriers to ontological freedom. *JSST*, 5, S. 14 - 19
- Auerswald E.H. (1987). Epistemological confusion in family therapy and research. *Family Process*, 26, S. 317 - 330
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland W. (1969). Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Bateson (1996). *Schizophrenie und Familie*. Suhrkamp, Frankfurt
- Bateson G. (1942, 1973) Social planning and the concept of deuterio-learning. Wiederabdruck In: *Steps to an ecology of mind*. Granada Publishing, Frogmore, St. Albans, S. 133
- Becker W.C., Krug R.S. (1964). A circumplex model for social behaviour in children. *Child development* 35, S. 371 - 396
- Bergin A.E., Garfield S.L. (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, New York
- Bogdan J. (1984). Family organization as an ecology of ideas: An alternative to the reification of family systems. *Family Process*, 23, S. 375 - 388
- Bortz J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. (1988). *Familientherapie - Systemtherapie. Das Mailänder Modell*. Dortmund, Modernes Lernen

- Boszormenyi-Nagy, I. (1981). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G. (1973) Invisible loyalties. Harper & Row, New York
- Böse R., Schiepek G. (1989) Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg
- Bruner J. (1990). Acts of meaning. Harvard University Press, Cambridge
- Cecchin G., Lane G., Ray W. A. (1992). Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. Familiendynamik, 17, S. 3 - 18
- Conte H.R., Plutchik R. (1981). A circumplex model for interpersonal personal traits. Journal of Personality and sozial Psychology, 40, S. 701 - 711
- Cummings, N.A. (1986). The dismantling of our Health System. Strategies for the survival of psychological practice. American Psychologist, 41, S. 430
- Derogatis L.R. (1977). SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck
- De Shazer S., Kim Berg S., Lipchik E., Munally E., Molnar A., Gingerich W., Weiner-Davis M. (1986). Kurztherapie - zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. In: Familiendynamik, 11 (3), S. 192 - 205
- De Shazer, S. (1997) Therapie als System. Entwurf einer Theorie. In: Reiter L., Brunner J. E., Reiter-Theil S., (1997) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2. vollständig überarbeitete Auflage
- De Shazer (1989 a). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Auer, Heidelberg
- De Shazer, S. (1992 a). Muster familientherapeutischer Kurzzeittherapie. Junfermann, Paderborn
- De Shazer, S. (1989 b). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Dell P., Goolishian H. (1981). Order through fluctuation: An evolutionary epistemology for human systems. Aust J. Family Therapy, 2, S. 175 - 184
- Dell P. (1982) Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. Family process, 21, S.21 - 41 (dt. 1986: Über Homöostase hinaus. Dell P. (Hrsg.) Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie, Verlag modernes lernen, Dortmund)
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD - 10. Huber, Bern, Göttingen, Toronto

- Edwards D.W., Yarvis R.M., Mueller D.P., Zingale H.C. & Wagman W.J. (1978). Test-taking and the stability of adjustment scales. Can we assess patient deterioration? *Evaluation Quarterly*, 2, S. 275 - 291
- Foerster, H. (1981). On cybernetics of cybernetics and social theory. In: Roth G., Schwegler H. (Hrsg.): *Self-organizing systems*. Campus, Frankfurt, S. 102 - 105
- Franke G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual*. Beltz Test GmbH, Göttingen
- Fromm, E. (1977). *Anatomie der menschlichen Destruktivität*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Garfield S., Bergin A. (1978). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, New York
- Goolishian H. A., Anderson H. (1997). *Menschliche Systeme*. In: Reiter L., Brunner E. J., Reiter-Theil S. (1997) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Grawe K., Braun U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 23 (4), S. 242 - 267
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K., Baltensberger C. (1998). *Figurationsanalyse*. Psychomedia AG, CH - 6300 Zug
- Greenberg, G. S. (1977). The Family Interactional Perspective: A Study and Examination of the Work of Don D. Jackson. *Family Process*, 16, S. 385 - 412
- Gurman A., Kniskern D. (1978). Research on Marital and Family Therapy: Progress, Perspective and Prospect. In: Garfield S., Bergin A. (1978). S. 565 - 624
- Gurman A., Kniskern D. (1981). *Handbook of Family Therapy*. New York, Brunner & Mazel
- Gurman A., Kniskern D., Pinsof W. (1986). Research on the Process and Outcome of Marital and Family Therapy. In: Bergin S., Garfield A. (Hrsg.), S. 565 - 624
- Hahlweg K., Markmann H.J. (1988). Effectiveness of Behavioral Marital Therapy: Empirical Status of Behavioral Techniques in Preventing and Alleviating Marital Distress. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (3), S. 440 - 447
- Haley, J. (1972). Family experiments: A new type of experimentation. *Family Process*, 1, S.265 - 293
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*.

Pfeiffer, München

- Hazlerigg M., Cooper M., Borduin C. (1987). Evaluating the Effectiveness of Family Therapies: An Integrative Review and Analysis. In: *Psychological Bulletin* 101 (3), S. 428 - 442
- Heekerens, H. P. (1990). Familientherapie bei Problemen von Kindern und Jugendlichen: Eine Sekundärevaluation der Effektivitätsstudien. In: *System Familie*, 3 (1), S. 1 - 10
- Heekerens, H. P. (1988). Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand. In: *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17 (2), S. 93 - 105
- Hoffmann (1985) Beyond power and control: Toward a „second-order“ family systems therapy: *Family System*, 3, S. 381 - 396
- Horney, K. (1951). *Neue Wege in die Psychoanalyse*. Beck Verlag, München
- Horowitz L.M., Strauß B., Kordy H. (1994). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version - Manual*. Beltz Test GmbH, Weinheim
- Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S. & Orlinsky D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164
- Jackson D.D., Weakland J.H. (1961). Conjoint Family Therapy: Some Considerations on Theory, Techniques and Results. *Psychiatry*, 24, S. 30 -34
- Jäger B., Liedtke R., Künsebeck W.W., Lempa W., Kersting A., Seide L. (1996). Psychotherapy with Bulimia nervosa: Evaluation and Long-term Follow-up of two Conflict-oriented Treatment Conditions. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (accepted for publication)
- Keeney B. (1983) Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18, S. 117 - 128
- Keeney B. (1983) *Aesthetics of change*. Guilford, New York
- Kerr M.E., Bowen M. (1988). *Family evaluation. An approach based on Bowen Theory*. Norton, New York, London
- Kiesler D.J. (1986). The 1982 interpersonal circle: An analysis of DSM III personality disorders. In: Millon T, Klerman G.L. (1986). *Contemporary directions in psychopathology toward the DSM-IV*. Guilford, New York taxonomy for complementary
- Kiesler D.J., van Denburg T.F., Sikes-Nova V.E., Larus J.P., Goldston C.S. (1990). Interpersonal behavior profiles of eight cases of DSM-III personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 46, S. 440 - 453

- Kriz, J. (1989) Grundkonzepte der Psychotherapie. Psychologie Verlags Union, München, S.268 - 299 (2. durchgesehene Auflage)
- Kriz, J. (1991). Probleme systemisch-empirischer Forschung. In: System Familie, 4, S. 236 - 242
- Kriz, J. (1996). Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch, P. et al. (Hersg.), S. 15 - 190
- Kriz J., Schlippe A., Westermann B. (1996). Kontexte für Veränderung schaffen. Die Arbeit mit dem reflektierenden Team. In: Schlippe A., Kriz J. (1996). Kontexte für Veränderung. Systemische Perspektiven in Theorie und Praxis. Universität Osnabrück: Forschungsbericht aus dem Fachbereich Psychologie
- Leary T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. Ronald press, New York
- Ludwig, K. (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Therapie und Praxis, Klett-Cotta, Stuttgart
- Ludwig, K. (1997) Problem als „Bindeglied“ klinischer Systeme. In: Reiter L., Brunner E.J., Reiter-Theil S. (1997) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt
- Maasing A., Reich G., Sperling E. (1992). Die Mehrgenerationenfamilientherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Mc Goldrick M., Gerson R. (1985). Genograms in family assessments. Norton, New York, London (dt. 1990; Genogramme in der Familienberatung, Huber, Bern)
- Mc Namee S, Gergen K. (Hrsg.) (1992). Therapy as social construction. Sage, Newbury Park
- Maturana H., Varela F. (1987). Der Baum der Erkenntnis. Scherz Verlag, München
- Meyer A.E., Richter K., Grawe J., v.d. Schulenburg J., Schulte B. (1991).  
Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn:  
Bundesministerium für Gesundheit
- Nash de Witt, K. (1980). Die Wirksamkeit von Familientherapie. Familiendynamik, 5, S. 73 - 103
- Nordmann E., Kötter S. (1996). Systemisches Interviewen. In: Cierpka, M. (1996). Handbuch der Familiendiagnostik. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- O' Hanlon W. H., Weiner-Davis M. (1988). In Search of Solution. Norton, New York

- O' Hanlon W.H. (1990). Eckpfeiler. Grundlegende Prinzipien der Psychotherapie und Hypnose Milton H. Ericksons. ISKO Press, Hamburg
- O' Hanlon W.H., Hexum A.L. (1994). Milton H.Ericksons gesammelte Fälle. Klett-Cotta, Stuttgart
- Reich G., Massing A., Cierpka M.(1996). Die Mehrgenerationenperspektive und das Genogramm. In: M. Cierpka (Hrsg). Handbuch der Familiendiagnostik Springer Verlag, Berlin, 1996, (S. 223-258).
- Retzer, A. (Hrsg.) (1991). Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Psychoedukative versus systemische Ansätze. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
- Retzer A. (1994). Familie und Psychose. Fischer, Stuttgart
- Retzer A., Simon F., Weber G., Stierlin H., Schmidt G. (1989). Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. In: Familiendynamik, 14 (3), S. 214 - 235
- Rücker-Embden-Jonasch I., Ebbecke-Nohlen A. (1992). Balanceakte. Carl Auer, Heidelberg
- Russel C., Olson D., Sprenkle D., Atilano R. (1983). From Family Symptom to Family System: Review of Family Therapy Research. In: The American Journal of Family Therapy, 11 (3), S. 3 - 14
- Santa-Barbara J., Woodward C., Levin S., Goodman J., Streiner D., Epstein N. (1979). The McMaster Family Therapy Outcome Study: An overview of methods and results. In: International Journal of Family Therapy, 1, S. 304 - 323.
- Satir V., Baldwin M. (1988). Familientherapie in Aktion. Junfermann Verlag, Paderbron
- Schlippe A, Schweitzer J. (1998). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vanddenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 5. Auflage
- Schmidt, G. (1985). Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. Familiendynamik, 10, S. 242 - 264
- Schmidt, G. (1986). Familientherapie bei Patienten mit Eßstörungen, insbesondere bei Anorexia Nervosa. In: Brakhoff, J. (1986). Eßstörungen. Lambertus, Freiburg
- Schmidt, G. (1992 a). Systemische und Hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit psychotisch definierten Klienten. In: Peter B., Schmidt G. (Hrsg.) (1992). Erickson in Europa. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg)

- Schmidt, G. (1988). Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: Körkel, J. (1988). Der Rückfall des Suchtkranken, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Schmidt, G. (1994) Nachwort zu den gesammelten Fällen Milton H. Ericksons. In: O'Hanlon W.H., Hexum L.A. (1994). Milton H. Ericksons gesammelte Fälle. Klett-Cotta, Stuttgart
- Schmidt, G. (1995). Hypnotherapie. In: Familiendynamik, 4, S. 395 - 399.
- Schmidt, G. (1987). Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten.  
In: Brakhoff, J. (1987). Kinder von Suchtkranken. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Schmidt, G. (1989). Bulimie aus der Perspektive der systemischen Familientherapie. In: Kämmerer A., Klingensporn B. (1989). Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung. Kohlhammer, Stuttgart
- Schmidt, G. (1992 b). Sucht- „Krankheit“ und/oder Such(t)-Kompetenzen - Lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für eine gleichrangig-partnerschaftliche Umgestaltung von „Sucht“ in Beziehungs- und Lebensressourcen. In: Richelshagen, K. (1992 b). Süchte und Systeme. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Schmidt G. (1996). Vom sogenannten „Rückfall“ zur Nutzung von Ehrenrunden als wertvoller Informationsquelle. In: Richelshagen, K. (1996). Sucht Lösungen. Systemische Unterstellungen zur ambulanten Therapie. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Schmidt, G. (1996). Kurzkonzept für die Abteilung „Systemisch-hypnotherapeutische Psychosomatik/Psychotherapie“ Heidelberg, 2. Auflage
- Schweitzer J., Schumacher B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur Dekonstruktion von Chronizität. Carl Auer, Heidelberg
- Schweitzer J., Armbruster J., Menzler-Fröhlich K.H., Rein G., Bürgy R. (1995). Der ambulante Umgang mit Pathologie und Chronizität in einem Sozialpsychiatrischem Dienst mit betreutem Wohnangebot. In: Schweitzer J., Schumacher B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur Dekonstruktion von Chronizität. Carl Auer Verlag, Heidelberg
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin C., Prata G. (1981) Hypothesisieren - Zirkularität - Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik, 6, S. 123 - 139

- Selvini Palazzoli, M. (1980) Hypothesizing - circularity - neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process* 19: 3 - 12
- Shadish W.R., Montgomery L.M., Wilson P., Wilson M.R., Bright I., Okwumabua T. (1993).  
Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), S. 883 - 893
- Simon F.B. (1988). *Unterschiede, die Unterschiede machen*. Springer, Heidelberg, Berlin, New York
- Simon, F.B. (1990). *Meine Psychose, mein Fahrrad und Ich*. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
- Stierlin H., Wynne L., Wirsching M. (1985). *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie*. Springer, Heidelberg, Berlin, New York
- Stierlin H., Simon F., Weber G., Schmidt G. (1986): Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. In: *Familiendynamik*, 11, (4), S. 267 - 282
- Stierlin, H. (1978) *Delegation und Familie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2. Aufl.
- Stierlin, H. (1997) Der Begriff „Individuation“ in systemischer Sicht. In: L. Reiter, E. J. Brunner, S. Reiter-Theil (1997) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (1997), Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 20 - 39
- Stierlin H., Weber G. (1989). *In Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht*. Rowohlt, Reinbeck
- Stierlin H. (1994). *Ich und die anderen*. Clett-Cotta, Stuttgart
- Stierlin H. (1974). *Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Sullivan H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York
- Sullivan H.S. (1980). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1969). *Menschliche Kommunikation*. Huber, Stuttgart
- Walker W. (1996). *Abenteuer Kommunikation. Bateson, Perls, Satir, Erickson und die Anfänge des Neurolinguistischen Programmierens*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Watzlawick P. (1982). Hermetic pragmaesthetics or unkept thoughts about an issue of family process. *Family Process*, 21, S. 401 - 404
- Watzlawick, P.; Weakland, J. (1980). *Interaktion*. Huber, Bern

- Weakland, J.; Fisch, R.; Watzlawick, P.; Bodin, A. (1974). Brief Therapy. Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13, S. 141 - 168
- Weber G., Stierlin H. (1989). In *Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht*. Rowohlt, Reinbeck
- White, M. (1989). Der Vorgang der Befragung: eine literarisch wertvolle Therapie ? *Familiendynamik*, 14 (2), S. 114 - 128
- Wiener, N. (1948). *Kybernetik*. Rowohlt, Reinbek, 1968
- Wiggins J.S. (1979). A psychological taxonomy of trait descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, S. 409 - 420
- Woodward C.A., Santa-Barbara J., Streiner D.L., Goodman J., Levin S., Epstein N. (1981). Client, Treatment, and Therapist Variables Related to Outcome in Brief, Systems-Oriented Family Therapy. In: *Family Process*, 20, S. 189 - 197
- Zeig J. (1985). *Experiencing Erickson. An Introduction to the Man and His work*. Brunner/Mazel Publishers, New York
- Zimmerman J.L., Dickerson V.C. (1994). Using a narrativ metaphor. Implications for theory and clinical practice. *Family Process*, 33, S. 233 - 245