

## 17 Grundlagen systemischer Therapie

**Einführung in die systemische Perspektive.** Der Schwerpunkt der systemischen Therapie liegt in einer Veränderung interaktiver und „narrativer“ Strukturen. In den klassischen Naturwissenschaften hat durch die Berücksichtigung von Wechselwirkungen und Rückkopplung – und damit auch von Zirkularität, Komplexität und Prozessualität – ein Paradigmenwechsel stattgefunden.

Eine Konsequenz davon sind die Konzepte der Evolution und Ko-Evolution dynamischer Systeme: Dynamische Systeme werden nicht von isolierten Außeneinflüssen verändert, sondern verändern sich gemäß ihren systeminhärenten Möglichkeiten zusammen mit anderen interagierenden Systemen. Relevant für die Therapie wird auch die Erklärung der Stabilität von Prozessen. So ist z. B. nicht nur zu klären, wie sich Gesundheit oder Krankheit verändern, sondern auch, wodurch diese aufrechterhalten werden.

Das Verständnis dynamisch-systemischer Phänomene wird durch die Struktur unserer Sprache erschwert, da diese eine Verdinglichung unserer Lebenswelt mit sich bringt und sich eher zur Beschreibung von linearen Kausalbeziehungen eignet als zu der von komplexen, prozessualen Systembeziehungen (z. B. Raub-und-Beutetier-Zyklus). Auch darüber hinaus lässt sich eine mangelnde „Systemkompetenz“ des Menschen feststellen.

**Grundkonzepte interdisziplinärer Systemforschung.** Die Herausbildung und Veränderung von Strukturen hängt mit Selbstorganisationsprozessen zusammen, die nicht genau plan- und berechenbar sind. Wie das Beispiel der Bénard-Instabilität zeigt, muss bei dynamischen Systemen eine Ordnung nicht von außen eingeführt werden, sondern die zirkuläre Kausalität zwischen Mikro- und Makroebene bringt die jeweiligen Strukturen hervor (Emergenz). Die Veränderung des Systems hängt nicht linear mit der Veränderung der Umgebungsbedingungen zusammen; vielmehr kann es zu Struktursprüngen (Phasenübergängen) kommen. Auch kann das System lediglich dazu veranlasst werden, ihm inhärente Ordnungsmöglichkeiten (Attraktoren) auszubilden; welche davon es aussucht, ist jedoch nicht vorhersagbar.

Für die systemische Therapie bedeutsam ist Foersters Unterscheidung zwischen trivialen und nichttrivialen Maschinen: Der Mensch als nichttriviale Maschine ist z. B. im Zuge familiärer Interaktion an Selbsttrivialisierungen beteiligt, die über Rückkoppelung Stabilität erzeugen, Freiheitsgrade reduzieren und damit die kommunikativen Handlungen z. T. vorhersehbar machen. Die Synergetik, die sich mit dem Zusammenwirken von Teilen in komplexen Systemen befasst, wird zunehmend auch in der klinischen Psychologie v. a. als brauchbares Analyseinstrument angewandt.

**Systemtheorie und Systemtherapie.** Auch viele menschliche Verhaltensweisen lassen sich als selbstorganisierte Muster verstehen (z. B. der Klatschrhythmus). Es besteht eine große Übereinstimmung zwischen systemischen und humanistischen Kernprinzipien, wie etwa aus Metzgers „sechs Kennzeichen der ‚Arbeit am Lebendigen‘“ zu ersehen ist.

Im Fokus der systemischen Therapie steht die Erzeugung und Stabilisierung von Realität durch Kommunikation. Dementsprechend untersucht sie psychische Krankheiten oder Störungen auf ihre Funktion in sozialen Interaktionsprozessen hin, v. a. im Kontext des Familiensystems. Entgegen der Überbetonung von Interaktionsstrukturen in der Analyse berücksichtigt die „Personzentrierte Systemtheorie“, dass soziale Prozesse immer auch durch individuelle Verstehens- und Deutungsprozesse mit bestimmt sind.

Die Perspektive auf das System „Familie“ ist zwar als Ansatzpunkt in der systemischen Therapie zentral, es können aber auch andere Systemperspektiven sowie unterschiedliche Bezugssysteme für eine Person bzw. Subsysteme relevant sein. Da in der systemischen Therapie das ganze System als „krank“ angesehen wird, wird dasjenige Mitglied mit den meisten Symptomen

lediglich als „identifizierter Patient“ betrachtet. Die Relativität der Symptome (die einerseits als „Krankheit“, andererseits als „Fähigkeit“ eines Systems zur Anpassung an die gegebenen Bedingungen erscheinen) zeigt sich auch daran, dass bei einer individuell forcierten Reduktion der Symptomatik des identifizierten Patienten Symptome bei einem anderen Familienmitglied auftauchen können. Diese Erfahrung war historisch gesehen sogar grundlegend für die Einbeziehung der ganzen Familie in den Therapieprozess.

Das System „Familie“ ist allerdings nicht identisch mit einer juristisch umschriebenen Menge von Personen oder mit den faktisch anwesenden Mitgliedern in der Therapie. Vielmehr geht es um die Personen und deren Beziehungen, die in den Vorstellungen der Beteiligten eine Rolle spielen, wenn sie ihre „Familie“ denken. Das kann z. B. einen verstorbenen Großvater oder ein nie geborenes Kind einschließen. Daher müssen auch in einer Systemtherapie nicht unbedingt alle Personen physisch anwesend sein, die an dem jeweiligen Problem beteiligt sind.

**Geschichte systemtherapeutischer Ansätze.** Da der Begriff „systemisch“ verschiedene Facetten hat, können „systemische Aspekte“ auch in vielen früheren Therapieformen aufgezeigt werden (v. a. Psychoanalyse, Individualpsychologie, Vegetotherapie, Transaktionsanalyse, Logotherapie und Psychodrama). Im Zusammenhang mit der Schizophrenieforschung wurden schon früh pathogene Familienmuster als Erklärung für die Krankheit herangezogen, noch bevor die Double-Bind-Theorie einen Schritt weiter ging und Schizophrenie als Kommunikationsstörung darstellte.

Die ersten explizit familientherapeutischen Ansätze entstanden in den 50er Jahren und waren sowohl in den USA als auch in Europa zunächst psychoanalytisch geprägt. Besondere Bedeutung hatte das MRI in Palo Alto, durch das die kommunikationsorientierten Konzepte Satirs auch in Europa bekannt wurden. In den USA wurde auch die strukturelle und die strategische Familientherapie entwickelt. In Europa war besonders die Mailänder Gruppe mit ihren radikalen strategischen Vorgehensweisen für die Familientherapie einflussreich. Heute finden sich eher solche Sichtweisen, die individuelle Aspekte und die Bedeutsamkeit einer sinnhaften Struktur der Lebenswelt mit einbeziehen.

## 18 Kommunikation und Paradoxien

**Kommunikation.** Bei der Pragmatik menschlicher Kommunikation von Watzlawick, Beavin und Jackson geht es um den Verwendungszweck und die Wirkung von Zeichen (wie Sprache) im Hinblick auf die Kommunikation. Auch über Kommunikation selbst kann kommuniziert werden (Metakommunikation). Die Autoren haben fünf Axiome der Kommunikation formuliert, die viele Analysen und weitere Werke inspiriert haben. Betont wird dabei, dass Äußerungen von Menschen nicht nur auf etwas „in der Welt“ verweisen (Semantik) und dabei eine bestimmte Struktur aufweisen (Syntaktik), sondern vor allem in beziehungsrelevanter Weise verwendet werden (Pragmatik). Aus der Vermengung von Inhalts- und Beziehungsaspekten ergeben sich viele Kommunikationsstörungen, deren therapeutische Bearbeitung wichtig ist.

**Macht in systemischen Ansätzen.** Ein Problem systemischer Ansätze ist der Umgang mit Macht. Die zunächst bereichernde Ansicht, dass alle Beteiligten einen Einfluss auf das Gesamtgeschehen in der Familie haben, führte zur Vernachlässigung oder gar Verleugnung ungleicher Machtverhältnisse. Ebenso führte die Erkenntnis selbstorganisierter Systeme zum Missverständnis der „Beliebigkeit“ von Interventionen.

Eine systemische Erklärung und Beschreibung von Machtverhältnissen berücksichtigt unterschiedliche Ebenen und Wertigkeiten der Macht. Sie ermöglicht auch, durch eine andere Interpunktion von Kommunikationsakten den „Täter“- und den „Opfer“-Anteil anders zu gewichten. Dies erhöht die subjektive Veränderbarkeit eines Verhaltens. Damit soll jedoch z. B. körperliche Gewalt nicht mit einer anderen Form von Macht verrechnet oder entschuldigt werden. Die vielfältigen Aspekte von „Macht“ stellen auch heute noch ein Problem für die systemische Therapie dar.

**Pragmatische Paradoxien.** Pragmatische Paradoxien begegnen uns im Alltag oft in Form von paradoxen Aufforderungen (z. B.: „Sei spontan!“). Ein zentrales Moment bilden sie in Double-Bind-Situationen, bei denen die Kommunikationspartner in einer existentiellen Beziehung zueinander stehen. Da der Adressat der paradoxen Mitteilung weder durch Metakommunikation noch durch Rückzug der Situation entgehen kann, bleibt als einzige Reaktion ein paradoxes oder „verrücktes“ Verhalten. Die Double-Bind-Theorie wurde v. a. in den 50er und 60er Jahren zur Erklärung der Schizophrenie herangezogen. Zu pragmatischen Paradoxien kann es auch in der Kommunikation mit sich selbst kommen. Dabei entsteht das Problem oft erst durch den Versuch seiner Lösung (z. B. bei gewollten, aber erfolglosen Einschlafversuchen).

Die therapeutische Doppelbindung ist eine paradoxe Intervention, die nicht an der bisherigen „Lösung“ (erster Ordnung) ansetzt, sondern z. B. durch „Symptomverschreibung“ eine Lösung zweiter Ordnung ermöglichen soll: Wenn der Patient die Aufforderung, das pathologische Verhalten zu verstärken, befolgt, zeigt dies, dass er das als unkontrollierbar empfundene Symptom z. T. unter bewusster Kontrolle hat. Wenn er sie nicht befolgt, kann er dies nur durch nichtsymptomatisches Verhalten tun. Für den Erfolg paradoxer Interventionen sind eine genaue Problemanalyse und die Kreativität des Therapeuten mit entscheidend (siehe Beispiel 18.1 a/b).

## 19 Die Zweierbeziehung als Kollusion

**Systemische Paartherapie.** Die Zweierbeziehung als kleinstes System menschlicher Interaktion steht im Kollusionskonzept von Willi im Mittelpunkt. Dabei geht es um das unbewusste Zusammenspiel in Partnerwahl und -konflikt. Grundlegend für Willis Ansatz ist ferner das Abgrenzungsprinzip. Je nachdem, welche Form der Abgrenzung zwei Partner voneinander und gegenüber anderen Personen haben, lassen sich v. a. zwei pathologische Formen der Paarbeziehung ausmachen: Paare mit rigiden Innengrenzen, aber diffusen Außengrenzen und Paare mit diffusen Innen-, aber rigiden Außengrenzen. Ein gesundes Paar hingegen zeichnet sich durch klare und durchlässige Innen- und Außengrenzen aus, die also eine klare Zusammengehörigkeit, aber zugleich auch eine Unterscheidbarkeit der beiden Personen ermöglichen.

Weiterhin grundlegend ist die Unterscheidung zwischen regressiven („kindlichen“) und progressiven („erwachsenen“) Verhaltenstendenzen. So wie ein einzelner nichtneurotischer Mensch idealerweise beide Tendenzen in seinem Verhaltensrepertoire auslebt, zeichnet sich eine gesunde Beziehung dadurch aus, dass die Partner beide Tendenzen flexibel untereinander wechseln können. Dagegen sind neurotische Partner auf eine der beiden Positionen fixiert. Nach Willi finden sich häufig solche Partner zusammen, bei denen das gleiche Bedürfnis ein besonderes Lebensthema ist, das vom einen in regressiver und vom anderen in progressiver Weise realisiert wird. Die neurotische Abwehr des regressiven Partners besteht im Vermeiden der geforderten progressiven Verhaltensweisen, die des progressiven Partners in Überkompensation aus Angst vor den eigenen regressiven Tendenzen.

Ein weiteres wichtiges Konzept hebt hervor, dass sich in einer komplexen Paardynamik auf Dauer üblicherweise eine Gleichwertigkeitsbalance einpendelt. Demnach gibt es auch keinen ewigen „Sieger“ bzw. „Verlierer“. Macht kann einerseits durch dominantes Verhalten, aber auch durch subtile Mittel ausgeübt werden.

**Kollusion und Kollusionstypen.** In Anlehnung an das psychoanalytische Phasenmodell unterscheidet Willi vier Grundthemen einer Paarbeziehung: das narzisstische, das orale, das anal-sadistische und das phallisch-öidipale Thema. Die entsprechenden neurotischen Grundkonflikte spielen schon für die Partnerwahl eine Rolle. Eine gestörte Beziehung ist nach Willi durch ein uneingestandenes Zusammenspiel (Kollusion) im gleichartigen Grundkonflikt, das jeweilige Grundthema des Paares und die komplementäre Fixierung der Partner auf die regressive bzw. progressive Position gekennzeichnet. Verdrängte Wünsche werden auf den Partner delegiert – was zunächst ein glücklicher Selbstheilungsversuch zu sein scheint. Die positive Rückkopplung der konträren Tendenzen der Partner führt jedoch zu immer extremeren Positionen, die zunehmend als Fesselung erfahren werden und schließlich zu einem Auflehnen gegen diese extreme Rigidität führen – dieser Umschlagprozess bedingt dann einen Paarkonflikt.

Entsprechend dem Grundthema bzw. -konflikt unterscheidet Willi vier Kollusionstypen. So kennzeichnet z. B. die orale Kollusion eine klischeehafte Mutter-Kind-Beziehung, bei der die Fixierung und Übersteigerung der Rollen zu einem Konflikt durch Anspruchshaltung und Überforderung führt (siehe Beispiel 19.1 a). Dagegen ist die phallische Kollusion von den stereotypischen Geschlechtsrollen geprägt: Der „männliche“ Part sucht nach Bestätigung seiner Potenz, die ihm der „weibliche“ Part gibt. Die Abhängigkeit von der Zustimmung des anderen führt aber schließlich zu Versagen, was die Verachtung des weiblichen Parts nach sich zieht und dies wiederum weiteres Versagen (siehe Beispiel 19.1 b).

**Praxis der Paartherapie nach Willi.** Das Ziel der Paartherapie ist ein flexibleres Gleichgewicht zwischen den Partnern in Hinsicht auf die Verhaltenstendenzen und die Grundthemen. Als Erkenntnisprozesse gefördert werden sollen v. a. die Selbsterkenntnis bezüglich nichtintegrierter Persönlichkeitsanteile, das Verständnis für den Partner und die Einsicht in das gemeinsame Grundthema.

## 20 Familientherapie

**Von der Familientherapie zur systemischen Therapie.** Da es bei der Familientherapie inzwischen weniger um die physische Anwesenheit und Behandlung der ganzen Familie als um familiäre Interaktionsstrukturen bzw. die daraus resultierenden „Narrationen“ geht, wird zunehmend der Begriff „systemische Therapie“ verwendet. Heute finden sich meist Mischformen der klassischen Richtungen.

Zu den richtungsübergreifenden Konzepten und Techniken gehören: Joining (Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses), Familienanamnese und Genogramm, Systemgrenzen, Reframing (Umdefinition maligner, destruktiver oder symptomatischer Wirklichkeitsbeschreibungen), systemisches Fragen, Familienskulptur und Familienaufstellung sowie andere symbolische Hilfsmittel.

**Psychoanalytisch orientierte Familientherapie.** Hintergrund der psychoanalytisch orientierten Familientherapie ist die Theorie der Objektbeziehungen: Die Interaktion zwischen Personen wird als Manifestation der frühen Eltern-Kind-Beziehung betrachtet. Dabei können auch mehrere Generationen berücksichtigt werden (vgl. etwa Beispiel 20.2).

Ausgehend von der Objektbeziehungstheorie konstatierte Richter, dass ein Partner oft als kompensatorisches Ersatzobjekt benötigt wird. Er unterschied zunächst fünf typische Rollenvorschriften zur kompensatorischen Konfliktentlastung, später drei Arten familiärer Charakterneurosen.

In der dynamischen Familientherapie nach Stierlin werden klare, also weder zu durchlässige noch zu starre Grenzen zwischen den Mitgliedern einer Familie als Voraussetzung für deren Funktionalität („bezogene Individuation“) betrachtet. Deshalb soll in der Therapie eine geeignete Kommunikation gefördert werden. Die beiden Formen der Ablösung im Jugendalter (Bindung oder Ausstoßung) hängen oft mit nicht geleisteter Trauerarbeit zusammen. Daraus ergibt sich für die Therapie die Aufgabe, sie nachholen zu lassen. Zu den weiteren Kernkonzepten zählen die Delegation, das Vermächtnis bzw. Verdienst und der Status der Gegenseitigkeit. Als vier allgemeine Aspekte therapeutischer Intervention nennt Stierlin: Allparteilichkeit, Aktivität, Betonung des Positiven und Mobilisierung der Ressourcen.

**Strukturelle Familientherapie.** Die strukturelle Familientherapie nach Minuchin beruht auf einer normativen Vorstellung von der Familienstruktur. Dazu gehören klare Grenzen zwischen den Subsystemen, z. B. zwischen dem ehelichen, dem elterlichen und dem geschwisterlichen Subsystem. Zur Darstellung der Familienstruktur wird ein „Lageplan“ erstellt. Pathogene Strukturen (z. B. diffuse oder rigide Grenzen zwischen Subsystemen, Isolation oder Verstrickung eines Familienmitglieds) sollen vom Therapeuten enthüllt werden. Eine besondere Bedeutung hat dabei die „Triangulation“ (Dreiecksbildung), die meist mehrere Generationen betrifft (siehe Beispiel 20.3).

In der strukturellen Familientherapie nimmt der Therapeut eine Führungsrolle ein, indem er die pathogene Familienstruktur aufdeckt und die Umstände für eine Veränderung der dysfunktionalen Transaktionsmuster schafft. Die drei Hauptstrategien dabei sind die „Herausforderung“ des Symptoms, der Familienstruktur und der Familienrealität; als Techniken dienen z. B. Reframing oder paradoxe Intervention.

**Erfahrungszentrierte Familientherapie.** Erfahrungszentrierte Ansätze betonen – wie die humanistische Psychotherapie – Erfahrung, Begegnung und Wachstum. Dem stehen oft delegierte Aufgaben oder Überlebensmythen einer Familie entgegen. Nach Satir hängt das Selbstwertgefühl eng mit den Kommunikationsstrukturen in der Familie zusammen (siehe Beispiel 20.4). Sie unterscheidet vier Kommunikationsmuster, die einer Minderung des Selbstwertgefühls

vorbeugen sollen und auch durch bestimmte Körperhaltungen, Gestik und Mimik ausgedrückt werden: Beschwichtigen, Anklagen, Rationalisieren und Ablenken. So wird z. B. durch Rationalisieren versucht, sich mittels einer unbewegten Körperhaltung und einer erklärenden Redeweise angesichts einer Bedrohung als „überlegen“ zu beweisen.

Grundlegend für die therapeutische Intervention sind neben einer humanistischen Haltung die Spontaneität, Kreativität und Individualität des einzelnen Therapeuten. Zahlreiche praktische Anweisungen gab Kempler für die Gestalt-Familientherapie.

**Strategische Familientherapie.** In den Anfängen der strategischen Familientherapie war die Individualität eines Familienmitglieds weitgehend irrelevant. Der Fokus lag vielmehr auf der Erfassung des „Familienspiels“ und der „Verstörung“ jener Kommunikationsstrukturen, welche die Symptome stabilisieren. Als typische Interventionstechniken sollen paradoxe Interventionen und invariante Verschreibungen das bisherige Spiel unterbrechen und verändern. Dabei ist eine genaue Einsicht des Therapeuten in das Spiel keine notwendige Voraussetzung für den Erfolg. Die (oft mehrgenerational entstandenen) Spielregeln erhalten ein gewisses Gleichgewicht, in dem es keine „Gewinner“ oder „Verlierer“ gibt.

Ausgehend von den Konzepten des MRI – besonders der Double-Bind-Theorie und der Idee der therapeutischen Doppelbindungen – entwickelte das Mailänder Team um Selvini Palazzoli ein spezielles Setting: Zwei Therapeuten arbeiten im Raum mit der Familie (v. a. mit „zirkulären Fragen“), die beiden anderen beobachten das Geschehen hinter dem Einwegspiegel und können ggf. „von außen“ intervenieren. Zur großen Endintervention – ein „Gegenparadoxon“, das meist aus einer Symptomverschreibung besteht – berät sich das Team zunächst draußen, um dann diese Intervention zu verkünden. Durch dieses Setting soll verhindert werden, dass die Therapeuten in das machtvolle Familienspiel mit einbezogen werden. Darüber hinaus werden Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität als drei zentrale Konzepte der strategischen Intervention gesehen. (Siehe Beispiel 20.5.)

**Narrative Familientherapie.** Die narrative Familientherapie entwickelte sich unter dem Einfluss postmoderner Theorien. Daher berücksichtigt sie stärker die konstruktiven Aspekte, unter denen Sinndeutungen, verwoben zu Geschichten (Narrationen), Realität erzeugen. In der Therapie geht es darum, durch Veränderung der Geschichten, mit denen das Individuum seine Situation sowie sein Verhältnis zur Welt, zu anderen und zu sich selbst beschreibt, neue Perspektiven zu eröffnen.

Im „lösungsorientierten“ Ansatz wird der Fokus auf jene Ausnahmen gerichtet, die auf bisher nicht (genügend) beachtete Lösungswege hindeuten, statt das bestehende Problem auf seine Ursachen hin zu untersuchen. Die Vereinbarung von Therapiezielen soll die Beobachtungsfähigkeit und Aufmerksamkeit schon für kleine Veränderungen schärfen. Therapie als Arbeit mit „problemdeterminierten Systemen“ soll es erlauben, im dialogischen Austausch neue Bedeutungen zu entwickeln, die auf die Auflösung des Problems hinwirken. Die Aufgabe des Therapeuten besteht v. a. darin, einen dafür geeigneten Kontext bereitzustellen (siehe Beispiel 20.6).

In ähnlicher Form sollen auch durch das reflektierende Team nach Anderson neue Verstehens- und damit Handlungsmöglichkeiten für ein Problem entwickelt werden (siehe Beispiel 20.7). Die hierfür meist von einem ganzen Therapeutenteam geäußerten vielfältigen Narrationen sollen mit positiven Konnotationen verbunden sein, in Konjunktivform geäußert werden und nicht auf Kosten anderer Personen gehen. Sie sind besonders dann wirksam, wenn sie an vorhandenen Tendenzen anknüpfen und aktuelles Handeln mit einbeziehen.