

Vortrag beim 2. Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
der DGVT und GwG vom 14.-19.02.1982 an der FU Berlin

Erschienen in:

**Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie  
in verschiedenen Lebensaltern**

*Junkers, G., F. Petermann, B. Rönnecke, S. Schmidtchen* (Hrsg.)  
München DGVT / GwG 1982 (ISBN 3-922686-57-5), Seiten 85-89.

**GESICHTSPUNKTE FÜR DIE BEENDIGUNG EINER  
FAMILIENTHERAPIE AUS SYSTEMISCHER SICHT**

KURT LUDEWIG, HAMBURG

Das Anliegen, Familientherapie aus systemischer Sicht zu beschreiben, ist deshalb ein schwieriges, weil es bedeutet, einen *zirkulären Prozess* mit den Mitteln der linearen, kausalen Sprache zu beschreiben. Trotz intensiver Mühe wird es mir sicher nicht gelungen, ursächliche Verknüpfungen gänzlich zu vermeiden; zum Beispiel zu sagen, dass etwas *durch* etwas geschieht, statt zu sagen, dass dieses Geschehen schlechthin das ist, um das es geht. So gesehen, entspricht das Ziel dieses Aufsatzes dem Anspruch, einen Kreis mit einem Lineal zu zeichnen. Angesichts dieser prinzipiellen Schwierigkeit werde ich aus meiner Perspektive als systemischer Therapeut den Kunstgriff probieren, einen Teilaspekt aus der Gesamtheit des therapeutischen Prozesses zu umschreiben, nämlich das Problem der Dauer und Beendigung einer Familientherapie.

Familientherapie definiere ich in Anlehnung an *Minuchin* (1977), *Haley* (1977), *Selvini et al.* (1978, 1981), *Andolfi* (1979), *Wertheim* (1980) und *Dell* (unveröff. Manuskript gelesen beim Zürcher Symposium der Familientherapeuten 1981) als "den Prozess einer befristeten Gemeinsamkeit zweier Systeme mit unterschiedlicher Definition: Familie und Familientherapeut, d.h. als den *Prozess des therapeutischen Systems an sich*".

Diese Definition beinhaltet, dass der Beginn einer Therapie *an sich* eine strukturelle Erneuerung ist. Indem die Familie und der Therapeut Teil eines neuen Systems werden, entsteht zwangsläufig ein neuer Prozess und so auch eine neue Beziehungsstruktur. Das Zusammenkommen der Familie mit den Therapeuten entspricht dem Anpassen zweier Strukturen zueinander. *Dell* (s.o.) beschreibt diesen Prozess als ein "*to fit in with each other*". Dieses Geschehen kann sehr verschiedene Gestalten annehmen.

Die Familie, die eine Therapie aufsucht, befindet sich meistens in einem Prozess, der als Zuspitzung bzw. Erstarrung ihrer Beziehungsstruktur zu verstehen ist. In einer bildhaften Analogie entspricht

dieser Prozess dem eines Karussells, das, aus der Kontrolle geraten, sich immer schneller dreht, aus dem jeder zwar heraus will, sich aber zugleich immer starrer festhält. Diese Erstarrung ist als das Beharren auf dem bisherigen Gleichgewicht zu verstehen, wenn der Familie die Anpassung an innere und äußere Veränderungen nicht gelungen ist. So z.B. die Anpassung an die veränderten Bedingungen im Zuge der Pubertät eines Kindes, des Weggangs eines Mitglieds oder einer plötzlichen finanziellen Einschränkung. Die Erhaltung des Gleichgewichts kann mit Verhaltensweisen einhergehen, die als sinnvolle, kreative Lösungen für scheinbar unlösbare Konflikte anzusehen sind. Dieses im Familienkontext sinnvolle Verhalten kann aber auch als störend oder "krankhaft" bewertet werden, wenn es aus dem Toleranzrahmen familiärer oder sozialer Normen herausfällt. So kann sich die Familie um Therapie bemühen, wenn ihre eigene Toleranz für Konflikte überschritten ist, oder wenn die Toleranz ihr übergeordneter Instanzen nachgelassen hat.

Tritt nun der *Therapeut* in Erscheinung und passen seine Struktur und die der Familie zusammen, so stabilisiert sich das Familiensystem als Teil des umfassenderen therapeutischen Systems. Die Familie ist nun mit der Anwesenheit und dem Tun des Therapeuten beschäftigt, also andersartig als bisher beschäftigt, und dies trägt meistens dazu bei, dass die Brisanz der familiären Situation nachlässt: Das Karussell dreht sich langsamer! Die stabilisierende Funktion des Therapeuten und die sich einstellende Entschärfung der familiären Situation sind dann Aspekte eines Veränderungsprozesses, in dem unter günstigen Umständen störendes Verhalten sinnlos und durch anderes Verhalten abgelöst wird. Die stabilisierte Familie kann dann neue Lösungen ausprobieren, d.h. sie strukturiert sich neu.

Passen jedoch beide Strukturen nicht zueinander, dürfte kein günstiges therapeutisches System entstehen. Es ist also mit Widerstand seitens der Familien und/oder des Therapeuten zu rechnen. Es kommt zum Therapieabbruch, zu Verzögerungen oder Ähnlichem. Im problematischeren Fall kommt es sogar zum unaufhörlichen Versuch, doch irgendwie zueinander zu finden. Und das kann Grundlage für eine "verewigte Therapie" sein.

## **Beendigung**

Im Hinblick auf die *Beendigung* der Therapie als eine Intervention des Therapeuten, etwa im Unterschied zum Wegbleiben der Familie, erscheinen mir zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: nämlich die *Einschätzung* des therapeutischen Prozesses durch den Therapeuten und die *Einbeziehung* der übergeordneten Bedingungen, in denen die Therapie stattfindet.

Um den Prozess im therapeutischen System einzuschätzen, muss der Therapeut, der Teil des Systems ist, sich zwangsläufig in eine übergeordnete Perspektive bringen, d.h., er muss in ein übergeordnetes System überwechseln. Erst als Teil eines Systems auf einer Metaebene ist er frei von der Notwendigkeit, auf die Ansprache der Familienmitglieder zu reagieren und so imstande, über das therapeutische System zu reflektieren und eventuell zu metakommunizieren. Eine günstige Möglichkeit hierzu bietet sich im Überwechseln des Therapeuten vom therapeutischen System zum *Supervisionssystem*, d.h. zum System, das aus den Supervisoren und den Therapeuten besteht. Erst hierbei kann der Therapeut sich und die Familie im gemeinsamen Kontext einschätzen und sinnvolle Hypothesen über den weiteren Verlauf aufstellen, nicht zuletzt im Hinblick auf die bevorstehende Beendigung.

Mit einer Supervisionsgruppe ist die Herstellung eines Settings gemeint, in dem möglichst *online*, das heißt, während der Sitzung, über den therapeutischen Prozess metakommuniziert werden kann, so z.B. mit Kollegen, die aus einer anderen Position als der Therapeut, z.B. hinter der Einwegscheibe, am Prozess beteiligt sind. In diesem Sinne heißt hier Super-Vision wörtlich "Überblick". Denn die Supervision hat aufgrund ihrer Perspektive eine strukturell superiore Position gegenüber dem Therapeuten und der Familie. Es ist deshalb nicht einmal zwingend notwendig, dass die Supervisionsgruppe aus Experten oder erfahreneren Kollegen besteht; allein ihre superiore Position reicht für ihre Aufgabe aus, nämlich strukturellen Überblick zu haben. Es ist darüber hinaus nicht einmal unbedingt notwendig, dass es diese Gruppe faktisch gibt. Bei vorhandener Erfahrung und Flexibilität des Therapeuten reicht es zuweilen, wenn er mit dem erdachten Muster einer Supervisionsgruppe metakommuniziert. Nur ohne die Veränderung der Ebene auf eine reale oder fiktive Metaebene kann der Therapeut den therapeutischen Prozess nicht sinnvoll einschätzen.

Und dies ist der *Vorteil* des Therapeuten gegenüber der Familie, die ihm sonst immer überlegen ist, nämlich dass er über das gemeinsame therapeutische System metakommunizieren kann. Dieser Vorteil gibt ihm die Möglichkeit, Hypothesen zu entwickeln und zu intervenieren, und zwar so lange, bis er zur entscheidenden Intervention gelangen kann, nämlich zur Beendigung der Therapie.

In diesem Sinne halte ich den frühest möglichen Zeitpunkt für die Beendigung der Therapie für den sinnvollsten. Die Therapie kann beendet werden, wenn sich im *therapeutischen System* erste Anzeichen für eine entscheidende Strukturveränderung zeigen. Und zwar deshalb im therapeutischen System, weil der Therapeut den Prozess nur in diesem System beurteilen kann. Außerdem, weil jede dort beobachtete Veränderung die Widerspiegelung einer Veränderung in der Familie oder ein halbwegs sicheres Zeichen dafür ist. Die Entscheidung, was eine wichtige Veränderung ist, kann allein im Sinne einer Hypothese über den aktuellen Prozess in der Therapie getroffen werden. So gesehen kann das Verschwinden eines Symptoms unter Umständen weniger relevant sein als beispielsweise die Veränderung der Sitzordnung der Familie oder irgendeine andere Veränderung in der Kommunikation zwischen Familie und Therapeut.

Eine Therapie zum frühest möglichen Termin zu beenden, sehe ich als Konsequenz folgender Erwägung an: Das therapeutische System neigt wie jedes andere System dazu, sich selbst zu erhalten. Deshalb beinhaltet das weitere Bestehen dieses Systems nach einer wichtigen Veränderung die *Gefahr seiner eigenen Konsolidierung*. Von da an kann es sich nur noch zunehmend auf seine eigene Erhaltung hin beschränken. In diesem Fall könnte der Therapeut als ein "Symptomsubstitut" für die Aufrechterhaltung des Systemgleichgewichts angesehen werden. In diesem Sinne beinhaltet die Beendigung einer Therapie immer ein Abwägen zwischen der Veränderung und der Erhaltung des therapeutischen Systems.

Die Familientherapie, die sich als "Veränderung einer Struktur im Sinne einer befristeten Erweiterung" definiert, beinhaltet, dass die Funktion des Therapeuten in etwa dem eines chemischen Katalysators nahekommt (vgl. *Wertheim* 1980). *Schönfelder* (1979) nennt in diesem Zusammenhang den Therapeuten aus Hamburger Hafensperspektive einen "Lotsen", der nur bei kritischen Situationen zugegen ist, um alsdann wieder von Bord zu gehen. Mit anderen Worten: Der Therapeut wirkt durch seine Anwesenheit und durch die günstige strukturelle Beschaffenheit seiner Position im

Sinne eines "Grenzgängers", der zwischen dem therapeutischen und dem Supervisionssystem wandert.

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen haben wir die Erfahrung gemacht, dass bei manchen Situationen eine sehr kurze Therapie, oft nur eine einzige Sitzung, eine günstige Therapiedauer war, und zwar bei manchen Familien mit chronischer Schulverweigerung, akuter Anorexie, langjähriger Enuresis, chronischen Kopfschmerzen usw. In der Praxis haben wir andererseits die Einstellung entwickelt, die Therapien, in denen sich nach 6-8 Sitzungen keine wichtigen Veränderungen abzeichnen, abzubrechen: Die Familien sind dann wieder frei, einen geeigneteren Therapeuten oder eine andere Institution aufzusuchen, in der sie bessere Bedingungen vorfinden können.

Zum Abschluss möchte ich noch fragen, welche Bedeutung es für die Familie haben könnte, wenn sie zum Beispiel ein langjähriges Symptom kurzfristig aufgibt? Muss sie nicht dafür mit einem "Gesichtsverlust" gegenüber all denjenigen bezahlen, die es schon immer "besser" gewusst haben? Auch sei noch hier die komplizierte Frage angerissen, was es wohl für einen Therapeuten für Konsequenzen hätte, nur kurze Therapien zu machen, vor allem aus der Perspektive seines Arbeitgebers, seiner Kollegen und seiner Praxisfinanzierung?

Diese Fragen, die bereits *Haley* (1980) ironisierend in einem Aufsatz aufgegriffen hat mit dem Titel: "Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte", sind nach wie vor unbeantwortet. Vielleicht sogar unbeantwortbar, denn die Aufstellung von dauerhaft gültigen Kriterien für eine Therapiedauer ist ein vom Kontext abgehobenes, lineares Anliegen und deshalb im systemtheoretischen Sinne nicht beantwortbar. Eine systemische Einstellung zur Therapie beinhaltet prinzipiell die Einbeziehung aller beteiligten Kontexte und diese sind äußerst variabel.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Familientherapie bedeutet aus systemischer Sicht, dass eine festgefahrene Familienstruktur aus dem Zusammenwirken im Rahmen einer neuen Struktur, nämlich der des *therapeutischen Systems*, unter günstigen Umständen zu einer Änderung gelangt. In diesem Zusammenhang erscheinen die Begriffe "Be-handlung" und "Technik" irreführend, denn sie beinhalten eine kausale Auswirkung des Therapeuten auf die Familie. Vielmehr geht es um einen gemeinsamen kreativen Prozess im kurzfristigen Verlauf eines neuen Systems. So gesehen sind sog. Techniken wie z.B. Verschreibungen, Paradoxien, Bestehen auf der Beteiligung der gesamten Familie und dergleichen allenfalls Möglichkeiten für den Therapeuten, sich zu definieren und sinnvoll zu kommunizieren, sie dürften aber keine Bedeutung für den Therapieerfolg haben.

Die Familientherapie ist aus systemischer Sicht weder eine gänzlich neue Behandlungsart noch eine neue Technik. Sie ist schlicht eine befristete, auf Veränderung hin gerichtete Gemeinsamkeit zweier Systeme (Gruppen) mit unterschiedlicher Definition: Familie und Therapeut. Beide Gruppen durchleben einen gemeinsamen kreativen Prozess mit dem Ziel, sich so bald wie möglich wieder zu trennen.

## Literatur

- Andolfi, M. (1979), *Family Therapy*. New York: Plenum Press.
- Haley, J. (1977): *Direktive Familientherapie*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1975), Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte. *Kontext*, 2, 1980,76-95 (Orig.: *J. Marriage & Family Counselling*, 1: 3-13, 1975).
- Minuchin, S. (1977), *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Schönfelder, Th. (1979), Familientherapeutische Aspekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Actapaedopsychiatrica*, 44: 169-177.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin. & G. Prata (1978), *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin. & G. Prata (1981), Hypothesieren - Zirkularität - Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6: 123-139 (Orig.: *Family Process*, 19: 3-18, 1980).
- Wertheim, E.S. (1980), Implikationen der Systemtheorie für die therapeutische Induktion von Morphogenese in Familiensystemen und die Ausbildung von Therapeuten. In: Duss von Werdt, J. & R. Welter-Enderlin. (Hrsg.): *Der Familienmensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

### *Verfasser:*

Dipl.-Psych. Dr. Kurt Ludewig  
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52; 2000 Hamburg 20