

Erschienen 2003 in: Schemmel, H., J. Schaller (Hrsg.):
*Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen
Arbeit.* Tübingen (DGVT-Verlag), S. 311-324.

Eine aktualisierte Fassung erscheint 2011 als 2. Auflage obigen Bandes.

Arbeit mit Ressourcen auf der systemischen Ebene - der Ansatz der Systemischen Therapie

Kurt Ludewig, Münster

1 DAS PROBLEM - DIE FRAGEN

Die Fragen, die dem vorliegenden Aufsatz unterliegen, können wie folgt zusammengefasst werden:

- Muss der Anlass zur Psychotherapie wie ein Naturereignis aufgefasst und determinierende Kausalität unterstellt werden? Muss also von objektivem Krankheitsgeschehen ausgegangen und nach dem - medizinisch tradierten - Motto disponiert werden: Erst Diagnose, dann Therapie?
- Muss der Hilfesuchende als „Kranker“ betrachtet werden, der definitionsgemäß nicht in der Lage ist, sein Problem zu verstehen, geschweige denn zu ändern? Ist er eine Art „Rohmaterial“, das unvollständig und/oder geschädigt ist und deshalb gewissenhaft und ausdauernd neu modelliert bzw. „bearbeitet“ werden muss? Oder ist er ein kundiger Kunde, der über Ressourcen verfügt und weiß, was er will und kann?
- Muss der Psychotherapeut als Experte und Lebenslehrer auftreten, der über die eigentlichen Gefühle, das richtige Denken und das passende Verhalten seines Klienten besser als dieser selbst weiß? Oder hat er es als Helfer mit einem eigentlichen Experten, dem Klienten, zu tun, der besser über sich und sein Leben als jeder andere weiß?
- Muss sich Psychotherapie überhaupt als verändernde Instanz verstehen, oder ist sie vielmehr eine Förderungsmaßnahme, die es dem Hilfesuchenden erleichtert, von sich aus und kraft der eigenen Möglichkeiten, sprich: *Ressourcen*, zu verändern?

Schaut man sich in den gängigen Lehrbüchern der verschiedenen Psychotherapie-Schulen um, findet man in den einleitenden Kapiteln in aller Regel die bekennende Beteuerung vor, dass Psychotherapie an den sog. Ressourcen der PatientInnen anzusetzen habe. Auch Klaus Grawe (1998, S. 34ff.) zählt neuerdings die Ressourcenaktivierung zu den wesentlichen allgemeinen Wirkprinzipien der Psychotherapie. Sie induziere beim Patienten positive Erwartungen, die wiederum ein integraler Bestand eines positiven Rückkoppelungsprozesses im psychischen System des Patienten aber auch in der therapeutischen Beziehung zum Therapeuten seien; das gehöre mittlerweile zu den empirisch bestätigten Aspekte eines günstigen Therapieverlaufs. Blättert man aber in den erwähnten Lehrbüchern weiter, findet

man hinsichtlich der Wertigkeit, der Erkundung und des Einsatzes von sog. Ressourcen meistens Ungenaueres. Was man hingegen überall findet, sind zum einen mehr oder minder ausgefeilte, zuweilen auch empirisch untermauerte theoretische Modelle zur Entstehung, Verbreitung und Eigenart von psychischen Störungen, seelischen Krankheiten oder anderen psychopathologischen Abweichungen; zum anderen findet man je nach Verfahren mehr oder minder ausgefeilte, zuweilen auch empirisch unterstützte Technologien darüber, wie auf kausale Weise auf solche krankhaften Zustände eingewirkt werden kann. Ob man an der besonderen intrapsychischen Individualität des Patienten oder an allgemeinen Bedingungen menschlicher Eigenart ansetzt, alle auf der Basis der analytischen Denkmethode erarbeiteten Verfahren entsprechen sich darin, dass es sich bei Psychotherapie um die Beseitigung bzw. Linderung von objektivierbaren krankhaften Zuständen mittels kausal wirkender Interventionen handelt.

Erst die ersten eigentlichen psychologischen Psychotherapie, zum Beispiel die Verhaltenstherapie der sechziger Jahre, wichen vom sog. medizinischen Modell ab und verstanden Veränderung nicht etwa als Beseitigung bzw. Aufklärung einer Krankheit, ob als inneren Konflikt, fehlerhaftes Verhalten oder Denken, defekter Gestalt oder familialer Dysfunktion aufgefasst, sondern als Ersetzen unerwünschten Verhaltens durch Aufbau oder Aktivierung geeigneter Alternativen (vgl. Keupp 1972). Bedauernswerterweise fiel dieses Verständnis in wichtigen Aspekten einer berufspolitisch motivierten Anpassung an gesellschaftliche Normen, die durch Gesetze oder Praktiken der Krankenkassen vermittelt worden waren, zum Opfer. An einem solchen Verständnis, das psychische Abweichung als Folge eines missglückten Versuchs, die Herausforderungen des Lebens zu meistern, versteht und Psychotherapie als - nennen wir es an dieser Stelle: Korrektur durch Aktivierung von Alternativen - auffasst, setzt die Systemische Therapie an, allerdings auf dem Hintergrund eines anderen Verständnisses des Menschen.

In der vorgesehenen Kürze meines Abschnitts versuche ich, die anfangs aufgestellten Fragen aus systemischer Perspektive zu beantworten. Dabei beschränke ich mich auf Psychotherapie und lasse die anderen Maßnahmen, die zur Linderung/Beseitigung von Leiden eingesetzt werden, etwa Anleitung, Beratung und Begleitung, außer Acht. Im Hinblick auf die eingangs aufgestellten Fragen lässt sich bereits an dieser Stelle vorwegnehmend antworten: nein! Psychotherapie muss sich weder naturwissenschaftlich gebärden und als kausal verändernde Instanz verstehen, noch muss sie den Hilfesuchenden als von Experten zu bearbeitendes Material betrachten. Zu einer hierzu alternativen Einschätzung gelangt man auf der Basis der Vorgaben systemischer Therapie.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

Als wohl jüngste Entwicklung der Psychotherapie begann sich die Systemische Therapie Anfang der achtziger Jahre aus der auf die fünfziger Jahre zurückgehenden Tradition der Familientherapien herauszulösen und sich zu einem eigenständigen Therapieansatz mit eigener klinischer Theorie zu entfalten. Als neuen theoretischen Hintergrund dienten insbesondere neuere epistemologische und systemwissenschaftliche Denkpositionen, wie sie im modernen Konstruktivismus und den neueren Systemtheorien vertreten werden. Während die unmittelbaren Vorgängerinnen, die Familientherapien, sich im wesentlichen praxeologisch begründet hatten, trat die Systemische Therapie mit dem erklärten Vorsatz an, die theoretischen Vorteile der neu integrierten Konzepte zur Neuformulierung einer kohärenten klinischen Theorie zu nutzen. Diese Konzepte waren in den verschiedensten wissenschaftlichen Gebieten entstanden und hatten das gemeinsame Anliegen, mit Komplexität adäquat, sprich: nicht-reduktionistisch, umzugehen; dabei hatten sie ihren Ausgangspunkt an der Auseinandersetzung mit den bis dahin wenig beachteten Phänomenen

der Selbstorganisation genommen¹. Gerade weil diese Konzepte auf einen komplexitätserhaltenden Umgang mit Komplexität ausgerichtet waren, übten sie eine unmittelbare Faszination auf Familientherapeuten; sie erschienen geeignet, um der Komplexität psychotherapeutischer Praxis, an der biologische, psychische und soziale Phänomene beteiligt sind, eine phänomenadäquate Grundlage zu bieten.

Systemisches Denken. Die theoretischen Voraussetzungen der Systemischen Therapie lassen sich unter das Kürzel *systemisches Denken* subsumieren. Dies bezeichnet eine allgemeine Denkmethode, die Grundfragen menschlicher und natürlicher Existenz unter Rückgriff auf aktuelle systemwissenschaftliche Erkenntnisse zu beantworten sucht, mithin eine Denkkultur mit universellem Anspruch. Der Mensch wird dabei als zugleich biologisches und soziales Wesen betrachtet. Für die Psychotherapie erbrachte diese Wendung in der Hauptsache zwei wesentliche Erneuerungen. Zum einen wurde der *kommunizierende Beobachter* (oder wie man immer diese Denkfigur nennen mag) aus erkenntnistheoretischen Gründen an zentrale Stelle gesetzt, zum anderen wurden jene Phänomene (Probleme), die zum Beginn einer Therapie führen, ebenfalls kommunikationstheoretisch aufgefasst (vgl. Ludewig 1992). Die Betonung des Beobachters entstand vor dem Hintergrund neuerer neurobiologischer Erkenntnisse und hatte eine Neubewertung kognitiver Prozesse und eine Abkehr von einfachen Objektivismen und einfachen Kausalitätsannahmen zur Folge. Kognition bzw. Erkennen wurden an den Beobachter gebunden und dieser wiederum an Kommunikation. Dies eröffnete neue Wege zu einer veränderten Herangehensweise an psychische und soziale Phänomene. Die Probleme, die zur Psychotherapie führen, konnten in Begriffe gefasst werden, die im sozialen Phänomenbereich verankert sind. Die metaphorische Einbindung der Psychotherapie in den Bereich des Stofflichen und Organischen war überwunden. Die Prozesse einer Psychotherapie, eben eines kommunikativen Geschehens, konnten phänomengerecht gefasst werden.

Systemische Therapie kann allgemein definiert werden als *Umsetzung systemischen Denkens* in die Praxis der Hilfestellung bei leidvollen Lebensproblemen. Sie versteht sich als eigenständiges (Psycho)Therapieverfahren mit prinzipiell uneingeschränktem Anwendungsbereich, und zwar hinsichtlich sowohl der zu lösenden Probleme als auch der möglichen Settings (systemische Psychotherapie, Paartherapie, Familientherapie, Gruppentherapie). Als kommunikatives, sinnstiftendes Geschehen aufgefasst, tritt Systemische Therapie nicht etwa an, um mehr oder minder verdinglichte Strukturen, etwa Psyche, Paar, Familie oder Gruppe, zu reparieren. Sie versteht sich vielmehr als Dialog unter Experten, die ihren jeweiligen Sachverstand einbringen: der Hilfesuchende seine Expertise für das eigene Leben, der Therapeut seine Befähigung, therapeutische Dialoge durchzuführen. Ziel der Therapie ist es, kommunikativ dazu beizutragen, dass *soziale Randbedingungen* entstehen können, die für die Veränderung der Hilfesuchenden nach Maßgabe ihrer Wünsche und Möglichkeiten günstig sind.

3 UMSETZUNG IN DIE PRAXIS

Die Umsetzung systemischer Gedanken in die Praxis geschieht im Rahmen sozialer, kommunikativer Interaktionen, sprich: therapeutischer Beziehungen. Die Qualität dieser Beziehung ist nach allen bisherigen Erkenntnissen maßgeblich für den Erfolg einer jeden Psychotherapie. Bei der Gestaltung dieser Beziehung achtet der Therapeut im wesentlichen

¹ Es handelte sich insbesondere um Konzepte aus der Biologie (Autopoiese-Theorie und die daraus abgeleitete Kognitionstheorie), der Chemie (Theorie dissipativer Strukturen) und der Physik ("Neue Physik", Kybernetik 1. u. 2. Ordnung). Später kam die Auseinandersetzung mit Synergetik und Chaostheorie (Physik), mit der Theorie nicht-linearer Systeme (Mathematik) und der sozialen Systemtheorie (Soziologie) hinzu.

auf zwei Aspekte: Zunächst klärt und vereinbart er mit seinen Klienten, was geleistet werden soll (Anliegenerarbeitung und Vereinbarung eines Auftrags), dann bemüht er sich um die Mitgestaltung eines, darauf bezogenen, hilfreichen Prozesses (Intervention). Der kommunikative Prozess einer Psychotherapie mit einem oder mehreren Klienten entfaltet sich auf Grundlage zweier Klärungen, die wesentliche Bedingungen für eine gute therapeutische Beziehung darstellen. Zum einen findet eine klare Rollendefinition der Beteiligten zueinander als jeweils professionelle Helfer und Hilfesuchende, zum anderen wird das Anliegen des/der Hilfesuchenden als maßgeblich bestimmend für die Vereinbarung des gemeinsamen Themas erachtet. Beides beinhaltet die Grundelemente einer als professionelle Hilfestellung verstandenen Interaktion. Bei der Gestaltung dieses Prozesses kann folgende Sequenz richtungsgebend und anleitend sein: *vom Problem zum Anliegen und zur Vereinbarung eines Auftrags.*

Das Therapeutendilemma. Psychotherapeuten sind im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit mit einem paradox anmutenden Auftrag konfrontiert: *“Handele wirksam, ohne je im voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslösen wird!”* Diese Situation, die für alle Formen der Intervention in psychische und soziale Systeme gilt, nenne ich das *Therapeutendilemma*. Systemische Therapie nimmt sich dieses Dilemmas an und macht es zum Ausgangspunkt aller Überlegungen. Das Dilemma erwächst aus dem systemischen Verständnis, dass psychische und soziale Systeme selbstreferentiell operieren, also undurchschaubar und nicht-instruierbar sind. Auf exaktes Diagnostizieren, kausales Intervenieren und Vorhersagen muss demnach verzichtet werden. Anstelle einer unerreichbaren „objektiven“ Indikationsstellung (Problem- und Zieldefinition) bescheidet man sich mit der subjektiven Problemdefinition des Hilfesuchenden, anstelle von kausalen Interventionen mit „passenden“ Interventionen und anstelle von bestimmenden Kommunikationsstrategien mit dem Bemühen, zur Entfaltung eines hilfreichen therapeutischen Dialogs beizutragen. Mit anderen Worten: Systemische Konzepte zielen nicht auf die kausale Veränderung des Erlebens oder Verhaltens von Klienten, sondern vielmehr auf die Mitgestaltung eines kommunikativen Rahmens, der geeignet ist, die Veränderung der Klienten gemäß ihrer Wünsche und Möglichkeiten zu erleichtern.

Klinische Theorie. Gegenstand einer jeden Theorie der Praxis sind solche Sachverhalte, die Anlass für die Inangangsetzung eben jener Praxis geben. In der Psychotherapie handelt es sich um jene menschlichen Zustände, die Anlass für das Aufsuchen und die Durchführung einer Psychotherapie geben. Der systemische Diskurs nimmt von Krankheits- und Störungskonzepten Abstand und betrachtet den Gegenstand klinischer Theorie als einen Prozess, der sich als Sequenz einander ablösender sozialer Systeme oder Kommunikationen mit wechselnden, unterscheidbaren Themen darstellt. Nicht körperliches Leid, leidvolle Erlebnisse oder missglückte Beziehungen führen von sich aus zum Beginn einer Psychotherapie, sondern eine Kommunikation, die das thematisiert. Am Anfang dieser Sequenz steht ein *“Problem”*, d.h. ein Verhalten, eine Seinsweise oder eine Interaktion, die von dem Betroffenen selbst oder anderen als *veränderungsbedürftig* bewertet wird. Bei Problemen, die Leiden oder alarmierte Sorge bei einem Individuum auslösen, sprechen wir von einem *Lebensproblem*. Gelangt ein Lebensproblem zur Kommunikation und in der Folge zu einem sich selbstreproduzierenden Kommunikationsprozess sprechen wir von einem *Problemsystem*. Die Menschen, die das Problemsystem tragen, können alsdann im Rahmen einer anderen Kommunikation den Wunsch entwickeln, professionelle Hilfe aufzusuchen; ein neues soziales System, ein *hilfesuchendes System*, ist entstanden. Bei der Begegnung mit einem Professionellen im Rahmen eines *unspezifischen Hilfssystems* geht es dann um die Zuweisung der Hilfesuchenden zu geeigneten Helfern (Clearing, Platzierung). Das nächste und meistens letzte System dieser Reihe ist ein *spezifisches Hilfssystem*, welches je nach Art des Problems und der dazu passenden Hilfestellung Anleitung, Beratung, Begleitung oder Therapie sein kann (vgl. Ludewig 2001). Hier werden konkrete Hilfen zur Bewältigung des Problems ausgelotet und eingesetzt.

Menschliche Probleme resultieren aus dem missglückten Versuch, eine alarmierende oder Leid auslösende Störung (Perturbation, Verstörung, Irritation) zu entschärfen. Die Störung wirkt sich als systemüberfordernd aus; das System kann sich weder entziehen noch adäquat reagieren, sondern bestenfalls die leidvolle Situation hinnehmen oder vermeiden. Es entsteht ein „Problem“, das je nach Wirkungsgrad ein subjektives Lebensproblem bleibt oder ein kommunikatives Problemsystem wird. Im Umkreis des Problems entstehen in der Folge Erwartungen, die sich durch eine immer redundanter werdende Wiederholungsstruktur in Form von individuell oder gemeinsam getragenen Vermeidungsstrategien manifestieren. Dieser Wiederholungsstruktur unterstelle ich eine spezifische *emotionale Logik*. Dem Versuch, etwas zu ändern, steht die Ungewissheit gegenüber, dadurch noch Schlimmeres auszulösen. Man handelt nach der Devise, lieber einen Spatz in der Hand als eine Taube auf dem Dach; lieber das Problem fortführen und das bekannte Leid auf sich nehmen, als Veränderungen mit ungewissem Ausgang zu wagen. Andererseits ist jeder Versuch, diesen problemreproduzierenden Prozess aus dessen Struktur heraus zu verändern, insofern erschwert, als das Problem eben das ist, was diesen Prozess unterhält - das Thema interner und/oder interpersoneller Gespräche - und kein akzidentelles Merkmal. Die Veränderung dieses Prozesses bedarf daher einer Perspektivenerweiterung, sprich: einer Metakommunikation bzw. einer Lösung zweiter Ordnung, die wieder Freiheitsgrade einführt (vgl. Watzlawick et al. 1974). Das darin enthaltene Risiko aber, das alles noch schlimmer wird, ist um so gravierender, je bedeutsamer die Beziehung zwischen den Beteiligten ist. Bei Paaren und Familien zum Beispiel, deren Mitglieder existentiell miteinander verbunden sind, kann ein riskantes Manöver unvorhersehbare, unter Umständen schmerzliche Folgen haben. Die Offenbarung eines Geheimnisses zum Beispiel kann zum Abbruch der Beziehung führen.

Diagnostik. Wie jeder andere erkennende Prozess leistet Diagnostik - unausweichlich - eine Reduktion von Komplexität. Fraglich ist dennoch, wie viel und welche Komplexität notwendig bzw. überflüssig ist. Auf eine auf die Erkundung des Problems eingestellte Diagnostik wird in der Systemischen Therapie verzichtet; ebenso auf die Verwendung konventioneller Diagnosen. Letztere stellen, kommunikationstheoretisch gewendet, symbolische Generalisierungen dar, die insofern irreführend und gefährlich sein können, als sie semantische Kürzel mit einer hohen Unabhängigkeit gegen die Art und Weise ihres Zustandekommens sind. Solche Kürzel neigen dazu, sich zu verselbständigen und das Symbolisierte zu Realitäten werden zu lassen (vgl. Luhmann 1984). Statt der traditionellen, auf konstante Entitäten ausgerichteten Diagnostik (Persönlichkeitseigenschaften, Krankheitszuständen usw.) befasst sich Systemische Therapie mit Sinngebungen - hier: Probleme als Bewusstsein oder Kommunikation -, die, um fortzubestehen, der konstanten aktiven Reproduktion bedürfen. Probleme kommen nur in der Zeitdimension, nicht in der stofflichen Welt vor. Daher unterliegen sie trotz faktischer Wiederholungsstruktur keinem zwangsläufigen Ablauf und keiner zwingenden Kausalität, außer jener, die Menschen erzeugen und reproduzieren, um ihren ungewissen Kognitionen Konstanz zu verleihen. Insofern sind menschliche Probleme im Prinzip jederzeit auflösbar. Bei der Therapie von Problemsystemen besteht daher keine Notwendigkeit, das Problem zu fokussieren oder es klassifikatorisch einzuordnen. Vom Fokus auf das Problem wäre allenfalls der Nachteil zu erwarten, dass ein zu intensiv in die Problemkommunikation einbezogener Helfer die Flexibilität verliert, um unbeeinflusst auf Alternativen zu achten.

Dennoch kann es zuweilen pragmatisch sinnvoll sein, das jeweilige Problem als in einen biografischen oder sozialen Kontext eingebettet zu betrachten. Hierzu ist eine entsprechende Datenerhebung notwendig, zu deren Durchführung sich eine Haltung als nützlich erwiesen hat, die in der Heilpädagogik Förderdiagnostik heißt. Gemeint ist eine gezielte Erkundung jener „Ressourcen“, die es versprechen, Ansatzpunkte für hilfreiche therapeutische Maßnahme zu bieten. In diesem Sinne schlug ich vor einiger Zeit das Konzept einer „Überlebensdiagnostik“ vor. Dies meint ein gezieltes Bemühen des Helfers, auf die Bedingungen zu achten, die es dem Hilfesuchenden ermöglicht haben, sein bisheriges Leben

mindestens insoweit zu meistern, als er noch lebt. Auf soziale Systeme, die Therapie aufsuchen, übertragen, heißt es, dass die Menschen, die als Mitglied eines sozialen Systems wirken, neben den hierzu notwendigen Kommunikationen eine Fülle anderer Interaktionen und Kommunikationen erzeugen, die ihr "Überleben" unabhängig vom Problemsystem sichern. Daran setzen dann die therapeutischen Interventionen an. Die explizite Wiedereinführung eines solchen diagnostischen Interesses unter der erwähnten Haltung erlaubt es, das in Fachkreisen geschichtlich entstandene Störungs- und Handlungswissen, sofern es sinnvoll und brauchbar erscheint, zu würdigen und, gegebenenfalls, zu integrieren. "Überlebensdiagnostik" zielt auf die Erkundung und Nutzung von Ressourcen und bahnt die Aktivierung eigener Mittel der Klienten, um das Problem zu bewältigen. Die Anerkennung, dass biographische und andere geschichtliche Aspekte, ob in biologischer, psychischer oder sozialer Hinsicht, auf das betreffende System Einfluss haben bedeutet aber nicht, dass frühere Zustände den gegenwärtigen Zustand auf einfache Weise determinieren. Denn gerade Systeme, die, wie das biologische, autopoietisch funktionieren, oder wie das psychische und das soziale System, Sinn verarbeiten, sind kraft ihrer Eigendynamik und Autonomie jederzeit in der Lage, selbstorganisierende Wandlungen innerhalb ihrer strukturellen Möglichkeiten zu durchlaufen.

Therapeutischer Prozess. Das Interesse an den Bedingungen, die das Überleben ermöglicht haben, setzt vorrangig an zwei für die Therapie relevanten Aspekten an: Zum einen lenken Fragen, die auf die bisherigen Überlebenstrategien anknüpfen, die Aufmerksamkeit der Klientinnen auf ihre Ressourcen und öffnen so die eng geschlossene Dynamik, die das Problem aufrechterhält. Zum anderen bietet eine am Überleben interessierte Exploration vielfältige Möglichkeiten an, um von Beginn der Therapie an feststehende Setzungen, hinderliche Überzeugungen und den Glauben an Zwangsläufigkeiten mittels geeigneter Fragen aufzuweichen. Nebenher verdeutlicht diese Einstellung dem Klienten Interesse an seiner Person und trägt so zum Entstehen eines günstigen Arbeitsklimas bei. Auch eine Problemerkundung kann hier ihren Platz haben. Hierbei können Daten erhoben werden, die den Fokus erweitern und die biologische Verfasstheit, eventuelle genetische Faktoren sowie die sozialen und sonstigen Umweltbedingungen des jeweiligen Klienten einbeziehen.

Therapierelevante Probleme werden als leidvolles Verfangensein in der Wiederholungsstruktur vermeidender Denkweisen und Handlungen aufgefasst. Dementsprechend obliegt es dem Therapeuten, mittels einer empathischen Haltung und geeigneter Aktivitäten zur Gestaltung eines „passenden“ therapeutischen Prozesses beizutragen. Das schafft ein tragfähiges soziales Milieu, in dem sich der Klient genügend sicher fühlen kann, um Wagnisse einzugehen. Der Therapeut muss gegenüber seinem Klienten gewissermaßen einen „kunstvollen“ Balanceakt zwischen dessen Würdigung (Bestätigung, Anerkennung) und dessen Förderung und Anregung vollbringen. Meistens würdigt der Therapeut zunächst die Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten, sorgt damit für Beruhigung und Sicherheit, um erst dann zu einer behutsamen Förderung und Anregung von Alternativen zum Problem überzugehen. In diesem Sinne erweist sich als das Ziel einer Systemischen Therapie, den Klienten zu einem „Wechsel der Präferenzen“ anzuregen, das heißt, sich auf Alternativen und andere Fähigkeiten zu besinnen und so von der monotonen, erhaltenden Wiederholungsstruktur des Problems zu lösen. Dies kann am ehesten durch Besinnung auf bereits Vorhandenes (Ressourcen) erreicht werden. Zur Herstellung des dazu passenden sozialen Milieus (therapeutische Beziehung) erweist sich eine Haltung als hilfreich, die nützlich im Hinblick auf das Therapieziel, ästhetisch im Hinblick auf die Wahl der Interventionen und ethisch-respektvoll gegenüber dem Hilfesuchenden sein sollte (vgl. Ludewig, 1992).

4 FALLBEISPIEL

Der Kontext der Therapie. Thorsten, ein 14-jähriger Schüler, der seit längerer Zeit weder die Schule

besucht noch das Haus verlässt, wird auf einer Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen. Gemäß des üblichen multidimensionalen Behandlungsangebots dieser Klinik wird er einzeltherapeutisch und familientherapeutisch betreut; dazu bekommt er neben der vielfältigen Betreuung auf der Station im Sinne einer Milieuthherapie Kunsttherapie, und er besucht die Klinikschule. Diese therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen werden regelmäßig im Rahmen von Fallbesprechungen unter Einbeziehung aller MitarbeiterInnen koordiniert. Hierbei hat es sich in den letzten Jahren eingebürgert, das Problem, das zur stationären Aufnahme führte, sowohl individuell als auch interaktionell verankert zu betrachten. Man legt Wert darauf, die Ressourcen des Patienten und seiner Familie zu erkunden und wertzuschätzen und das Behandlungsziel dem entsprechend zu definieren.

Das Problem. Anamnestisch erfährt man von der Mutter, dass sie kurz nach Beginn der Schwangerschaft mit Thorsten von dessen leiblichen Vater, einem kurzzeitig in Deutschland ansässigen Südeuropäer, verlassen wurde. Gegen die eventuelle Entscheidung, abzutreiben, beschließt die Mutter, den Jungen auf die Welt zu bringen und gegebenenfalls allein zu erziehen. Ihre Eltern bieten Hilfe an und der Junge wächst weitgehend unter der Obhut seiner Großmutter auf. Die einerseits dankbare Mutter hält sich in Erziehungsfragen zurück, sie gerät andererseits zunehmend mehr in die Position einer älteren Schwester. Von den Großeltern besonders umsorgt, geradezu verwöhnt, wagt es die Mutter kaum, dem Jungen Grenzen zu setzen. Sie scheut den Konflikt, wie sie beschämt eingesteht, weil sie fürchtet, die Liebe ihres Sohnes dadurch zu verspielen, darüber hinaus mit ihrer Mutter in Dissens zu geraten. In der Folge - so wird berichtet - entwickelt sich der Junge allmählich zu einem, der es bestens versteht, mit Erwachsenen umzugehen und Vergünstigungen herauszulocken. Gleichaltrigen gegenüber schafft er es aber nicht, akzeptiert zu werden. Er werde gehänselt, geschlagen, ausgenutzt. Ohne sich direkt wehren zu können, zieht er sich immer mehr zurück, bis er eine regelrechte, überwältigende Angst entwickelt, unter Gleichaltrigen zu gehen. Er verweigert den Schulbesuch, verstrickt sich in Phantasiegeschichten zur Begründung seiner Vermeidungshaltung und beginnt, sich in seinem Zimmer einzuschließen, ohne das Haus zu verlassen.

Die Anliegen. Bei einem ersten Familiengespräch kurz nach der Aufnahme sind neben dem Jungen seine 40-jährige Mutter, die einzeltherapeutisch zuständige Psychologin, die Bezugsbetreuerin des Jungen von der Station und der therapeutische Leiter der Station als Koordinator und Familientherapeut beteiligt. Nach einer kurzen orientierenden Phase des Kennenlernens werden Mutter und Sohn mittels einer sog. Zukunftsfrage nach Steve de Shazer befragt, was ihr Anliegen an die stationäre Therapie sei, etwa: „Angenommen, die stationäre Behandlung wäre bereits abgeschlossen und ist erfolgreich gewesen, woran merken Sie/merkst du das?“ Die Mutter äußert, dass Thorsten den Schulbesuch wiederaufgenommen und Freunde gefunden hat, er hat Interessen und erzählt keine „Geschichten“ mehr; alles in allem, er hat wieder Selbstbewusstsein. Thorsten sagt seinerseits, dass er wieder zur Schule gehe, mit anderen klar kommen, Freunde und Interessen habe. Bei beiden sei die Motivation hoch, die Problem zu bewältigen.

Systemische Aspekte des Problems. Nach ihrer Meinung zu sich selbst als Mutter gefragt, bestätigt diese, dass sie liebevoll, aber keine Autoritätsperson sei. Sie könne sich nicht durchsetzen und fühle sich ihrem Sohn gegenüber hilflos, denn sie wisse nicht, ihm zu helfen. Die Mutter macht zunächst einen hilflosen, „opferhaften“ Eindruck (vgl. das Konzept der „Parentalen Hilflosigkeit“ als psychotraumatisches Phänomen, Pleyer 2002). Sie beklagt sich, wirkt unzufrieden, überfordert. Ihre Klagen werden zunächst angehört; der Junge wirkt dabei gelassen und eher desinteressiert.

Ressourcenerkundung. Nach und nach wird aber das Gespräch zum Thema übergeführt, was der Mutter in ihrem Leben bislang gelungen ist. Im darüber Erzählen lässt ihre gedrückte Stimmung nach, sie richtet sich auf und ihre Haltung demonstriert Selbstbewusstsein. Sie berichtet nämlich, dass sie, obwohl sie keinen Beruf erlernen konnte, seit früher Jugend voll gearbeitet und ihren und den Lebensunterhalt ihres Sohnes allein bestritten habe. Dafür habe sie an den Wochenenden zusätzlich zu ihrer harten Arbeit in einer Fabrik abends oft gekellnert. In ihrer Arbeitsstelle sei sie bei ihren Kollegen und Vorgesetzten beliebt. Als gewähltes Mitglied im Betriebsrat könne sie die Interessen der Belegschaft wirkungsvoll vertreten. Nur zu Hause - sie wohne aus finanziellen, eher aber aus Gründen der Beaufsichtigung ihres Kindes durch ihre Mutter, direkt neben ihren Eltern - gelinge es ihr nicht, sich gegen ihre Mutter und ihren Sohn durchzusetzen. Im Wechsel auf dieses Thema verdüstert sich ihr Gesichtsausdruck zusehends.

Kontexterweiterung. Bei einem zweiten sog. Familiengespräch mit gleicher Besetzung wie das erste berichtet die Mutter, nach dem ersten Gespräch sehr verwirrt gewesen zu sein. Es sei ihr vorgekommen, als müsste sie ein „Egoismus-Training für Mütter“ absolvieren. Jetzt nutzt sie das Gespräch, um über ihre Beziehung zu der eigenen Mutter zu klagen. Ihre Mutter habe zwar viel für sie und Thorsten getan, viele Opfer auf sich genommen, das gebe ihr aber nicht das Recht, sie wie eine Jugendliche zu behandeln. Sie wird erneut auf ihre Fähigkeiten als jemand angesprochen, die in Situationen ohne moralischen Stress (Dankbarkeit, Gewissenbisse) ganz und gar in der Lage sei, sich abzugrenzen und durchzusetzen. Sie richtet sich wieder auf, so dass ihr Unterstützung angeboten werden kann, um Möglichkeiten der Abgrenzung gegenüber der eigenen Mutter zu suchen. Wir beschließen gemeinsam, die Großeltern Thorstens zum nächsten Familiengespräch mit einzuladen.

Erweiterung des Problemsystems. Das dritte Familiengespräch findet nun mit Beteiligung der um Großvater und Großmutter erweiterten Familie statt. Die Großeltern sind Mitte sechzig, die Großmutter hat ihre frühere Arbeitstelle aufgegeben, um auf Thorsten zu achten, der Großvater ist in diesen Tagen in Rente gegangen. Wir eröffnen das Gespräch damit, dass wir von unserem Erstaunen über das Verhalten des Jungen auf der Station berichten: er verstehe sich mit den Mitpatientinnen, zeigt starke Interessen und Ausdauer (modelliert sein Fahrrad um), vermeidet es nicht, mit in die Stadt zu gehen, wirkt selbstbewusst und entschieden. Am Wochenende hingegen würden sich zu Hause die gleichen Probleme wie vor der Aufnahme einstellen. Die Großeltern bestätigen, dass Thorsten kaum aus dem Haus gehe und sie permanent unter Druck setze, etwa indem er sie um Geld bettle. Weder die Großeltern noch die Mutter sind in der Lage, sich abzugrenzen und „nein“ zu sagen. Beide Parteien sind sich im klaren, vom Jungen gegeneinander ausgespielt zu werden. Dennoch wagt es keine der beiden, ihn zu ärgern und so eventuell bei der jeweils anderen Partei ins Unrecht zu fallen. Die Großeltern wirken überfordert und müde, scheuen aber jede einseitige Veränderung. Ein einvernehmliches Vorgehen würde voraussetzen, dass beide Parteien, Großeltern und Mutter, offen miteinander reden und aufhören können, sich gegenseitig zu schonen. Dem steht jedoch im Wege, dass die Mutter die Unterstützung ihrer Eltern nicht verspielen und die Großmutter ihre Tochter nicht zusätzlich belasten möchte. Als Rande dieses unausgesprochenen Arrangements wirkt der Umgang zwischen Mutter und Tochter, als wäre die 40-jährige Tochter noch ein Mädchen und die Mutter eine kraftvolle junge Frau.

Umdeutung und Aktivierung ungenutzter Ressourcen. Gegen Ende dieser vorerst letzten Sitzung mit der Familie verbinden wir diese unterschiedlichen Aspekte zu einer Abschlussintervention auf der Basis einer lösungs- und ressourcenorientierten Umdeutung. Der Großeltern wird würdigend anerkannt, dass sie, ohne Mühen zu scheuen, dem Jungen ein umhegtes Aufwachsen ermöglicht haben; die Mutter wird darin gewürdigt, dass sie, um ihrem Jungen nicht zu schaden, dessen Erziehung weitgehend in den Händen ihrer Mutter gelassen hat. Thorsten und seine Mutter hätten Grund, sehr dankbar zu sein (Großmutter und Mutter bekommen Tränen in die Augen). Die Großeltern haben es Thorsten auf diese Weise ermöglicht, mit eigenen Interessen selbstbewusst und mit Erwachsenen wirkungsvoll umzugehen. Durch die vielfältigen Beziehungsangebote innerhalb der Familie habe er sich stark innerfamiliär gebunden und dazu passende Verhaltensmuster entwickelt, die aber im Umgang mit Gleichaltrigen wenig nutzen. Andererseits wisse er um seine Bedeutung innerhalb der Drei-Generationen-Familie als desjenigen, der einen wichtigen emotionalen Beitrag bei allen Beteiligten leistet. In dieser Situation sei er nicht in der Lage zu entscheiden und noch weniger zu verantworten, wie es Großeltern und Mutter erginge, würde er auf Abstand von der Familie gehen und sich einem altersgerechten Leben als Jugendliche zuwenden.

Empfehlung. Mit Mutter und Großeltern wird vereinbart, den Aufenthalt Thorstens in der Klinik zu nutzen, um unter diesem äußeren Schutz alternative Erfahrungen im Umgang untereinander und mit dem Jungen zu machen. Die Großeltern sind bereit, sich weitgehend aus Erziehungsfragen zurückzuziehen und die Erziehungskompetenz ganz und gar der Mutter zu übertragen. Die Mutter fühlt sich imstande, die Mutterrolle zu übernehmen, und zwar mit allem, was dazu gehört (Kochen, Abwaschen, Taschengeldverwalten usw.). Thorsten wirkt überrascht, jedoch nicht unzufrieden. Er verspricht, sich in der Rolle eines 15-Jährigen auszuprobieren, und zwar zuerst weiterhin in der Klinik, dann zunehmend zu Hause und schließlich in der Außenwelt.

Nachtrag. Nach einigen Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Sohn am Wochenende direkt nach diesem Familiengespräch zeigen sich erste Hinweise auf eine beginnende Umverteilung der Rollen in der Familie. Diese Veränderungen sind jedoch noch sehr labil, sie müssen gegen den Sog

eines 15jährigen Arrangements durchgesetzt werden. Vor allem Mutter und Sohn bedürfen noch einer stützenden Begleitung, um nicht den Bedingungen des bisherigen Alltags zu verfallen.

Beurteilung. Um die von der Familie angestrebten Veränderungen in die Wege leiten zu können, reichte es im wesentlichen aus, die vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten - die sog. Ressourcen - der Beteiligten zu aktivieren. Hierzu erschien es notwendig, einige problemerhaltenden Erwartungen über Umdeutungen in einen anderen, passenderen Kontext zu setzen, der insofern für die Familie annehmbar war, als dies in würdiger Anerkennung des bisher Geleisteten erbracht wurde.

5 CHANCEN UND RISIKEN

Chancen. Die Systemische Therapie ist eine eindeutig auf die Nutzung von Ressourcen eingestellte Psychotherapie. Diese Ausrichtung folgt unmittelbar aus der Nutzung erkenntnis- und systemtheoretischer Überlegungen des sog. systemischen Denkens. Menschen werden betrachtet als zu jeder Zeit imstande, Lebensprobleme und Problemsysteme zu erzeugen und dauerhaft zu reproduzieren, selbst dann, wenn sie leidvoll sind, zugleich aber auch als fähig, auf solche Problem zu verzichten. Dies legt es nahe, die therapeutische Hilfestellung auf die Herstellung von Bedingungen auszurichten, die es erleichtern, sich auf vorhandene Alternativen und andere Ressourcen zu besinnen und die Beteiligung an der problemreproduzierenden Dynamik aufzugeben. Die Suche nach solchen Bedingungen ist zentraler Bestandteil einer systemischen Therapie. Sie kann an jene angeborenen, biografischen, relationalen und gesellschaftlichen Aspekte anknüpfen, die den einzelnen Hilfesuchenden charakterisieren, oder aber auch an die interaktionellen und kommunikativen Aspekte, die für das jeweilige Problem relevant sind. Der Blick auf Fähigkeiten, günstige Alternativ-erfahrungen, Ausnahmen zum Problem, also auf die Ressourcen des Hilfesuchenden, vermeidet den Fokus auf das Problem und so auch die damit verbundenen, unerwünschten Folgen.

Risiken. Ein auf Ressourcen eingestellter Psychotherapie-Ansatz wie die Systemische Therapie läuft, wenn sie einseitig und allzu programmatisch betrieben wird, Gefahr, differentielle Erwägungen über Eigenschaften und Zustände, die das Problem begünstigen oder gar auslösen, zu übersehen oder missachten. Dabei kann es sich um jene „Störungen“ handeln, die nach neueren Erkenntnissen der medizinischen Grundlagen- und klinischen Forschung als Bedingung oder Begleiterscheinung somatischer Entwicklungen und Zustände aufzufassen sind. Das sind zum Beispiel hirnpfysiologische Begleiterscheinungen bei posttraumatischen Belastungsstörungen, genetische Faktoren beim kindlichen Einnässen, mikrobiologische Umstände beim Ulcus sowie die organische Eigendynamik als Folge der Unterernährung bei Magersüchtigen, die biochemischen Besonderheiten beim kindlichen Hyperkinetischen Syndrom sowie bei depressiven und psychotischen Zuständen. Diese und weitere Erkenntnisse der kommenden Jahre werden die Psychotherapie veranlassen, ihren Gegenstand um einiges genauer zu definieren. Die Psychotherapie wird ihre Aktivitäten präziser auf das einzustellen haben, was sie tatsächlich leisten kann, nämlich Menschen zu helfen, mit dem besser zu leben, was sie in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht sind und können, das heißt, die mitgegebene Ausstattung und die erworbenen Erfahrungen und Fähigkeiten zu nutzen, um Probleme durch Passenderes zu ersetzen und deren Wiederaufleben zu vermeiden.

6 EMPFEHLUNG

Übung zur Selbsterfahrung. Man stelle sich ein wichtiges anhaltendes Problem aus dem eigenen Leben vor. Auf einem Blatt notiere man zuerst alles, was einem zur möglichst präzisen Beschreibung des Problems, dessen Folgen und Umstände einfällt (wann und wie es auftritt? woher kommt es? wer ist sonst daran beteiligt? wer müsste was ändern? was muss passieren, damit das Problem aufhört? was muss ich lernen, bevor ich etwas ändern kann? welche Einsichten benötige ich, um mich vom Problem zu befreien? usf.).

Auf der Rückseite des Blattes notiere man alles, was einem einfällt, wenn man sich in etwa folgende Fragen stellt:

- Wer ist nicht am Problem beteiligt? wer kann helfen? wann und wie ist mir zuletzt gelungen, mich so zu verhalten, dass der relevante Andere entspannen und nicht wie sonst reagieren konnte?
- hätte sich dieses Problem aufgelöst, woran würde ich es merken? was tue, empfinde ich anders? wem geht es dabei auch besser als jetzt? wer könnte darunter leiden und gibt es für diesen Menschen passende Alternativen?
- wann habe ich zuletzt ein ähnliches Problem gemeistert und wie? wer hat damals wie geholfen?
- auf welche Fähigkeiten, Vorerfahrungen, Ausnahmen kann ich mich besinnen, die mit dem Problem unverträglich sind?
usw.

Die Ergebnisse dieser introspektiven Erkundung sprechen in aller Regel für sich!

LITERATURHINWEISE

- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen (Hogrefe).
- Keupp, H. (1972): *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. München, Berlin, Wien (Urban & Schwarzenberg).
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ludewig, K. (2002): Systemische Therapie mit Paaren und Familien. In: Wirsching, M., P. Scheib (Hrsg.): *Paar- und Familientherapie*. Berlin (Springer), Kap 5, S. 59 -78.
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Pleyer, K.-H. (2003), „Parentale Hilflosigkeit“, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. *Familiendynamik* 28: 467-491.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974) *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Handelns*. Bern (Huber).

Verfasser:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Kurt Ludewig
Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Münster
Schmeddingstrasse 50 ♦ D - 48149 Münster