

Erschienen in/ published in /publicado en:  
**Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (Hrsg.)(1998),**  
*Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer  
und therapeutischer Prozesse.*  
Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 52-76.

## **EMOTIONEN IN DER SYSTEMISCHEN THERAPIE - EINE HERAUSFORDERUNG AN DIE KLINISCHE THEORIE? <sup>1</sup>**

KURT LUDEWIG

### **Vorbemerkung**

Neuere Veröffentlichungen im Bereich der systemischen Therapie erwecken den Eindruck, dass nach der sog. konstruktivistischen Wende der 1980er Jahre eine neue Wende vor der Tür stünde, nämlich die *affektive Wende*. Es handelt sich um Schriften, die vor allem aus dem Umkreis von Autoren wie Rosmarie Welter-Enderlin und Bruno Hildenbrand aus Zürich, Tom Levold aus Köln und Michael Buchholz aus Tiefenbrunn bei Göttingen stammen. Sie bemängeln, dass die systemische Therapie zu sehr auf sprachlich-konstruktivistische Ideen fixiert sei, dabei emotionale und biographische Momente vernachlässige. Diese Autoren beziehen sich u. a. auf die Arbeit von psychoanalytisch motivierten Säuglingsforschern. Die Ergebnisse dieser eindrucksvollen Forschung sollen nun für das Verständnis und die Durchführung therapeutischer Prozesse nutzbar gemacht werden. Dabei wird u. a. folgendes behauptet:

- Die bisherige Konzeptualisierung des Problemsystems enthalte nur die halbe Wahrheit, nämlich die der Problemerkählung, nicht jedoch die des Problemerlebens (Levold 1997a).
- Therapiesysteme seien als Begegnung aufzufassen, in denen über das Denken und Reden hinaus die Affekte eine zentrale Rolle spielen (Welter-Enderlin 1996).
- Familien seien Systeme besonderer Art, die mit herkömmlicher, kommunikations orientierter Systemtheorie nicht zu erfassen sind, da diese ungeeignet sei, um biographische und mehrgenerationale Aspekte zu beachten (Welter-Enderlin u. Hildenbrand 1996, Buchholz 1993).

Nun steht an zu prüfen, ob diese Einwände so schwerwiegend sind, dass systemische Therapeuten zu einem grundsätzlichen Umdenken aufgefordert sind, oder ob es ausreichend ist, den Fokus der bisherigen klinischen Theorie zu erweitern. Wie dem auch sei, die Auseinandersetzung mit diesen

---

1

Überarbeitete Fassung des Vortrags gleichen Namens beim Internationalen Kongress "Affektive Kommunikation" des Ausbildungsinstituts für systemische Therapie und Beratung Meilen bei Zürich vom 19.-22. März 1997 in Zürich.

Einwänden fordert heraus, und sie verspricht, die Entwicklung der systemischen Therapie, die in den 1990er Jahren nach einem begeisternden Jahrzehnt der Pionierleistungen - den 1980er Jahren - wenig Aufregendes hervorgebracht hat, mit neuen Impulsen voranzutreiben. Anklänge dieser Art waren an der überaus positiven Resonanz auf dem Züricher Kongress zur affektiven Kommunikation im Frühjahr 1997 zu vernehmen.

Hier geht es mir darum, die Bedeutung und Vorteile der affektiven Kommunikation für die systemische Therapie zu erkunden und gegebenenfalls darauf bezogene Erweiterungen der klinischen Theorie vorzuschlagen. Schon an dieser Stelle möchte ich aber die These vorausschicken, dass die bisherige klinische Theorie - wie ich sie selbst verstehe und vertrete (vgl. Ludewig 1992) - breit genug angelegt ist, um die bereits enthaltene Emotionsperspektive widerspruchslös und problemlos zu erweitern (vgl. auch Schiepek 1991, Teil IV). Bevor ich aber den Nachweis für diese These antrete, befasse ich mich kurz mit dem derzeitigen Stand der systemischen Therapie und dann cursorisch mit den Ergebnissen der psychologischen Emotionsforschung.

## **Systemische Therapie heute**

Die systemische Therapie gibt es als eigenständigen und grundständigen Ansatz der Psychotherapie mit eigener klinischer Theorie und uneingeschränktem Anwendungsbereich erst seit knapp mehr als 15 Jahren (vgl. Ludewig 1996). Meiner Einschätzung nach liegt seine kontinental-europäische Geburtsstätte in Zürich. Sie kam im Herbst 1981 zur Welt, als Paul Dell im letzten Kongress für Familientherapie der damaligen Reihe in Zürich alle konzeptionellen Fundamente der Familientherapie erschütterte und den Übergang zur konstruktivistischen Perspektive einleitete. Einige Familientherapeuten waren aber schon vor dieser Wende auf Abstand zu den Familientherapien der 1960er und 1970er Jahre gegangen, denn sie waren entweder mit den auf Selbsterfahrung und Wachstum, auf Emotionalität und Körpersprache, auf Deutung und "Gespür" aufbauenden Konzepten oder mit der andererseits auf Macht und Machbarkeit eingestellten Vorgehensweisen jener Zeit gründlich unzufrieden.

***Man erinnere sich:*** Man drehte beim Beobachten von Videoaufzeichnungen von Therapien den Ton ab, um, von sprachlichen Einflüssen ungehindert, die Familienstrukturen und die Interaktionsmuster zu erfassen und zu verstehen. Das aus der somatischen Medizin übernommene Modell - erst Diagnose, dann Therapie wirkte hier unvermindert weiter.

Die 1970er Jahre waren von einer Rückwendung zur Innerlichkeit und einer starken Abneigung gegen alles Rationale beherrscht. Von dieser Welle erfasst, übten sich viele Familientherapeuten im Deuten von Gesten, Mimiken, Körperhaltungen und dergleichen mehr, nebenher in einer Art des Beobachtens, die auf das emotionale Erfassen von subjektiven und intersubjektiven Mustern abhob. Gemäß ihrem Selbstverständnis als emotional geschulte Experten sahen sich diese Therapeuten in der Lage, die "wahren" Gefühle und Interaktionsmuster ihrer Klienten zu erkennen und sie zu nutzen, um auf sie Einfluss auszuüben.

Nebenher koexistierten ältere, aus den 1960er Jahren stammende alternative Positionen der Familientherapie - z. B. die Schulen um Haley, Minuchin sowie das MRI um Watzlawick -, die mit ihren strukturellen und strategischen Vorgaben ebenfalls Anhänger gefunden hatten. Als konsequenteste Schule dieser Art entstand gegen Ende der 70er Jahre der Mailänder Ansatz von

Mara Selvini Palazzoli und Kollegen (1978). Dieser Ansatz, der als systemische Familientherapie bekannt wurde, gebärdete sich im Prinzip rational und strategisch und maß allem Emotionalen derartig ungünstige Bedeutung zu, dass es galt, die Therapiekonzepte dagegen abzuschotten. Die Familien wurden quasi als Gegner der Therapeuten angesehen, so dass die therapeutischen Methoden über ihr eigentliches Ziel hinaus - das pathologische Spiel der Familie zu unterlaufen - auf den Schutz der Therapeuten angelegt wurden. Bei aller ethischer Hinterfragbarkeit seiner Praxis bot der damalige Mailänder Ansatz dennoch eine attraktive konzeptionelle Verbindung von Pragmatik und Effektivität einerseits mit erkenntnis- und systemtheoretischen Auffassungen andererseits. Wohl nicht zuletzt wegen dieser Verbindung stieß er rasch auf große Akzeptanz bei vielen Praktikern. Der Mailänder Ansatz ließ zwar in wissenschaftstheoretischer und ethischer Hinsicht zu wünschen übrig, er bestellte jedoch einen fruchtbaren Boden, auf dem die sog. konstruktivistische Wende wenige Jahre später aufkeimen sollte.

Die konstruktivistische Wende begann in den Jahren 1980-82. Autoren wie Paul Dell, Bradford Keeney und Steve de Shazer gelang es, die Pfeiler, auf denen die Familientherapie gebaut hatte, unwiederbringlich zu erschüttern und durch neue zu ersetzen. Man nahm neuerdings Bezug auf systemtheoretisch orientierte Naturwissenschaftler wie Humberto Maturana, Francisco Varela, Heinz von Foerster und auf Erkenntnistheoretiker wie Ernst von Glasersfeld. Aus den Ruinen althergebrachter Familientherapien ging dann nach und nach das systemische Therapiekonzept hervor. Es sollte aber ein ganzes Jahrzehnt dauern, bis eine neue, kohärente klinische Theorie entstanden war (vgl. Ludewig 1992). Die 1980er Jahre können daher als die Säuglingsjahre der neueren systemischen Therapie betrachtet werden.

Ihre Kleinkindzeit machte die systemische Therapie in den 1990er Jahren durch. Man war damit beschäftigt, das konzeptionelle Gerüst zu konsolidieren und dort, wo es nötig erschien, zu erweitern (vgl. von Schlippe u. Schweitzer 1996). Getreu den Prinzipien systemischen Denkens, war dieses Gerüst aber instabil gedacht und nicht für alle Zeiten gebaut. Schon früh, also gegen Ende der 1980er Jahre, entstanden bereits Differenzierungen unq. Akzentverschiebungen. Die Gruppen, die dem Mailänder Ansatz und dessen Weiterentwicklungen durch Luigi Boscolo und Gianfranco Cecchin verpflichtet blieben, pflegten weiterhin einen eher interventiven Ansatz (vgl. z.B. Boscolo et al. 1988).

Konzeptionelle Aufweichungen davon führten hingegen zu speziellen, auf Kooperation angelegte Vorgehensweisen wie das reflektierende Team von Tom Andersen (1990). Andere Gruppierungen orientierten sich zunehmend an den Lehren des sogenannten sozialen Konstruktivismus und gingen dazu über, Sprachliches zu betonen und die Realität als durch Sprachesozial konstruiert und vermittelt zu betrachten (vgl. Goolishian und Anderson 1988). Im Extremfall dieser Richtung wurde Therapie als Prozess sozialer Poietik verstanden (vgl. z. B. Deissler et al. 1995). Andere legten wiederum den Schwerpunkt auf die Pragmatik und Effektivität von Therapien und schlossen sich dem kurztherapeutischen, lösungsorientierten Ansatz von Steve de Shazer (z. B. 1995) an. Im sog. narrativen Ansatz, wie er durch Michael White (z. B. 1995) vedreten wird, fokussierte man auf die dominanten Geschichten (Narrative) im Leben der Klienten und benutzte diese als Ansatzpunkt für das Neuverfassen von Biographien. Kurzum, es zeigte sich, dass das System der systemischen Therapeuten genügend abgegrenzt war, um eine Binnendifferenzierung zu tolerieren, ohne auseinanderzufallen. Der auf Konstruktivismus, System- und Kommunikationstheorie beruhende Diskurs schien geeignet, Unterschiedlichkeit zu akzeptieren und integrieren zu können.

**Man erinnere sich:** Beim Betrachten von Videoaufzeichnungen wandte man sich nun absichtlich vom Bildschirm ab, um, vom emotionalen Mitschwingen unbeeinflusst, das Gesagte und die verwendeten Wörter und Sprechweisen möglichst genau zu erfassen. Um die Klienten zu verstehen, musste man lernen, ihre Sprache zu sprechen. Das dialektische Pendel der Wissensgeschichte hatte nun in Richtung auf Rationalität und Sprache ausgeschlagen.

Nun steht offenbar an, der systemischen Therapie ihre Gefühle wieder verfügbar zu machen, sie also daran zu erinnern, dass Kommunikation außer vielleicht in der Mathematik niemals als reiner inhaltlich-sprachlicher Austausch stattfindet. Luc Ciompi (1997) sieht im Verhältnis von Kognition und Emotion eines von Figur und Hintergrund, wobei Kognitionen erst auf dem Hintergrund dazu geeigneter Emotionen entstehen können; hierbei wäre sogar die Beschäftigung mit mathematischen Aufgaben erst vor dem Hintergrund dazu motivierender Emotionen möglich.

## Szenarien

Um meine Ausführungen mit etwas Praxisbezug zu unterlegen, schicke ich die Beschreibung von vier Sequenzen aus therapeutischen Situationen voraus. Diese Beispiele dienen mir als Einstieg in das Thema und sollten hier zugleich als Richtschnur dienen, um meinen Ausführungen folgen zu können.

**Szene 1.** Auf einer akuppsychiatrischen Station liegt eine junge Patientin auf dem Bett fixiert. Kurz zuvor hat man sie noch rechtzeitig aufgefunden, als sie versucht hatte, sich in suizidaler Absicht zu strangulieren. Die junge angehende Psychiaterin, die sie behandelt, sucht sie auf und tauscht mit ihr ein paar Sätze. Als sie den Raum wieder verlassen will, folgt sie einem Impuls und streichelt der Patientin über die Haare. Sie sagt: "Wir werden es schon schaffen!" Die Patientin, die wegen regelmäßig auftretender psychotischer Symptome und schwerer Suizidalität desöfteren in der Psychiatrie war, wird von da an nach und nach offener und zuverlässiger. Der behandelnden Ärztin eröffnet sie, dass sie als junges Mädchen über Jahre von einem nahen Verwandten sexuell misshandelt wurde~ Darüber hatte sie bisher mit niemandem gesprochen.

**Szene 2.** Im Rahmen ihrer akuppsychiatrischen Behandlung besteht eine junge Frau, die schon mehrmals in Behandlung war und sich selbst für unheilbar krank hielt, darauf, von einer Stationsärztin behandelt zu werden, die sie aus einem nur flüchtigen Kontakt kennt. In der Einzeltherapie nimmt die Thematisierung eines sexuellen Missbrauchs, der an der Patientin in ihrer Kindheit verübt wurde, eine zentrale Rolle ein. Während einer dieser Sitzungen, in der es nicht recht zu einem guten Gespräch kommen will, steht die Patientin plötzlich auf und will wortlos den Raum verlassen. Die Therapeutin stellt sich vor die Tür und sagt, dass sie nicht bereit sei, die Patientin gehen zu lassen, ohne zu wissen, was das bedeutet. Sie würde erwarten, dass die Patientin genauso transparent und zuverlässig mit ihr umgehe, wie sie es mit ihr versuche. Die Patientin setzt sich wieder hin, wirkt betroffen und weicher, das Gespräch kann auf sinnvolle Weise fortgeführt werden.

**Szene 3.** Im Verlauf eines Erstgesprächs unter Live-Supervision äußert die ca. 30jährige Klientin das Anliegen, sich auf den demnächst zu erwartenden Selbstmord des Vaters vorbereiten zu wollen. Ihr Vater sei Alkoholiker, und sie sei bei ihrer Mutter aufgewachsen. In den letzten Jahren habe es kaum Kontakt zum Vater gegeben, denn dieser sei ohnehin sehr schwierig. Sie äußert den Wunsch,

weniger Schuldgefühle zu haben. Der Therapeut beginnt alsdann, Lösungsmöglichkeiten für den Umgang mit Schuldgefühlen zu erkunden., Der Supervisor unterbricht das Gespräch und bittet den Therapeuten, bei der Klientin zunächst abzuklären, was sie denn mit "Schuldgefühlen" meine. Der Therapeut, der feinfühlig mit der Klientin "mitgegangen" war, nimmt sich wieder zurück und beschränkt sich von da an darauf, wieder Fragen zu stellen. Die Klientin nützt diese Änderung, um sich fortan selbst zu explorieren und langsam darauf zuzusteuern, dass sie emotionale Wünsche an ihren Vater habe und nicht abschätzen könne, wie realistisch es sei, diese anzusprechen oder verwirklichen zu wollen.

**Szene 4.** Eine 21jährige Klientin erklärt im Verlauf der fünften Sitzung einer Einzeltherapie, dass sie sich einen guten Umgang mit ihren Eltern wünsche. Seit ihrem dramatischen Auszug vor zwei Jahren besuche sie ihre Familie regelmäßig; sie fühle sich aber dabei unglücklich, da sie aus Angst, ihre Eltern zu überfordern, alle wichtigen Themen vermeide. Die junge Therapeutin lässt viel empathisches Verständnis für die Klientin und ihr Anliegen erkennen; beide stammen aus Pastorenhaushalten und meinen zu wissen, was dort möglich ist. Das Team hinter der Scheibe reagiert skeptisch. Es unterstellt der Therapeutin ein zu zaghaftes Vorgehen. Die Teamreflexion fokussiert auf die angebliche Vermeidungshaltung bei Klientin und Therapeutin. Die Klientin ist verstört, denn sie strebe zwar eine bessere Beziehung mit den Eltern an, nicht jedoch deren grundsätzliche Veränderung. Auf weiteres Befragen erklärt die Klientin, dass sie in erster Linie eine Möglichkeit der Begleitung und Reflexion gesucht habe und vorerst keine "Problembewältigung". Sie erwartet Sympathie und Zuspruch und primär keine Lösungen.

Was ist an diesen vier Szenen gemeinsam? Zum einen handelt es sich bei allen vier Sequenzen um solche, bei denen systemisch ausgerichtete Therapeutinnen und Therapeuten tätig waren. Zum anderen wird in allen vier Sequenzen eine komplexe emotionale Dynamik deutlich, die sich aber unterschiedlich auswirkt. In den ersten beiden Szenen erschien es vorteilhaft, dass die Therapeutin ihren emotionalen Impulsen folgte. In den beiden anderen Szenen wurden jeweils der Therapeut und das Team gerade wegen ihrer emotionalen Anteilnahme davon abgehalten, sich ungeteilt auf ihren therapeutischen Auftrag einzustellen.

Das komplexe Zusammenspiel von rationalen Überlegungen, Kognitionen und emotionalen Regungen liegt an der Basis eines jeden menschlichen Miteinanders (vgl. z. B. Ciompi 1982, 1997). Rationales und Emotionales beinhalten schlechthin untrennbare Aspekte menschlicher Selbstorganisation in psychischer und sozialer Hinsicht, also natürlich auch von Therapie. Deshalb erscheint es mir sinnvoll, zu prüfen, auf welche Weise eine mitlaufende Interaffektivität zwischen den Beteiligten das Gelingen von Therapien fördert bzw. hindert und ob dies absichtlich gelernt und angewandt werden kann und sollte.

## **Was heißt Gefühle, Emotionen, Affekte? Ein Exkurs**

Gregory Bateson paraphrasiert, weiß jeder Schuljunge, was diese Worte bedeuten. Denn jeder erlebt und erfährt andauernd Emotionen. Folgt man Daniel Stern und Mitstreitern der Säuglingsforschung, gilt dies sogar für Neugeborene. Die Erfahrung lehrt aber, dass uns die Alltagssprache manchmal einen Bärendienst erweist. Bedeutet es nämlich dasselbe, wenn etwa ein Säugling, ein Dreijähriger, ein Jugendlicher, ein Erwachsener oder ein professioneller Schauspieler bei seiner Arbeit lächelt?

Biologisch gesehen, aktivieren sie alle die gleichen Muskelgruppen auf ähnliche, phylogenetisch vorgegebene Weise. Aber, was ist mit der Bedeutung, die der Lächelnde und dessen Beobachter dieser Handlung jeweils zumessen? Und was heißt es, wenn ein nicht europäisierter Chinese lächelt? Oder wenn ein Indianer nicht lächelt? Ich meine, dass es sich angesichts dieser unklaren Lage lohnt, zuerst einige Blicke auf die akademische Psychologie und ihre Emotionsforschung zu werfen.

**Definitionen.** Ohne über eine einheitliche Definition der *Emotion* zu verfügen, einigt man sich darüber, Emotionen als komplexes Phänomen mit neurophysiologischen, motorisch-expressiven und Erlebniskomponenten zu betrachten. Man unterscheidet elementare oder primäre Emotionen von den *Affekten*, die als Mischzustände aus elementaren Emotionen aufgefasst werden. Der *Gefühlsbegriff* hebt wiederum den subjektiven Zustand, die Erlebnisdimension der Emotionen hervor (vgl. Kruse 1991). Elementare Emotionen gelten als im Wesentlichen biologisch präformierte, prototypische Reaktionsmuster, die weitgehend kulturunabhängig sind. Nach Izard (zit. n. Kruse 1991) kann man zehn elementare Emotionen unterscheiden: Interesse, Freude, Überraschung, Kummer, Zorn, Ekel, Verachtung, Furcht, Scham und Schuld. Eifersucht, Neid und Depressivität seien hingegen Affekte bzw. Stimmungen, da sie sich aus verschiedenen Grundemotionen zusammensetzen.

**Emotion und Kognition.** Das Verhältnis von Kognition und Emotion war und ist zentraler Gegenstand psychologischer Emotionsforschung. Während einige Forscher davon ausgehen, dass eine kognitive Bewertung vorausgehen muss, damit ein emotionaler Zustand ausgelöst wird, betrachten andere, z. B. Piaget, beide Prozesse als voneinander unabhängig (vgl. Kruse 1991, S.32 ff.). Kognition und Emotion verhalten sich zueinander wie zwei Seiten einer Medaille, zumal jede Emotion kognitive Fähigkeiten voraussetzt und umgekehrt jede Kognition der motivierenden Kraft der Emotionen bedarf. So ist zum Beispiel die Moral eine kognitive Struktur, die aber z. B. bei der Auslösung des Schamgefühls durchaus mitwirken kann.

**Emotion und Motivation.** Das Verhältnis von Emotion und Motivation ist komplex. Einige Forscher sehen in den Emotionen die Kraft, die den Motiven Handlungswirksamkeit verleiht. Buck (zit. n. Kruse 1991) betrachtet Emotion und Motivation als Elemente eines einzelnen Prozesses, in dem die Emotion als Ausdruck zugrundeliegender motivationaler Potentiale auftritt. Da Kognitionen *per se* weder angenehm noch unangenehm sind, erhalten sie erst in Verbindung mit emotionalen Bewertungen motivationale Qualität. Anders als die Kognitionen, steuern die Emotionen auf diffusere, aber nicht minder effektive Weise das Denken und Handeln. Emotionale Urteile sind undifferenzierter als rationale, sie haben aber dafür eine unmittelbare belohnende oder bestrafende und damit handlungswirksame Funktion

**Emotion und Handlung.** Die gegen Ende des 19. Jahrhunderts gegen jeden *common sense* geäußerte und oft zitierte Behauptung von William James, dass wir traurig sind, weil wir weinen und uns fürchten, weil wir zittern, diente als Ausgangspunkt für eine Unzahl von Forschungsarbeiten. Die zentrale These hierbei lautet, dass Emotionen die Wahrnehmung bzw. Erfüllung körperlicher Veränderungen, die der Organismus als Reaktion auf bestimmte Ereignisse vornimmt, *sind*. Diese These, dass *wir fühlen, weil wir handeln*, gilt mittlerweile als hinlänglich bewiesen (vgl. Laird u. Bresler 1990). Unzählige Experimente haben gezeigt, dass zuerst eine Wahrnehmung stattfindet - zu der es keines Bewusstseins bedarf -, darauf folgt eine organismische Veränderung, die erst dann als Emotion auftritt. Nicht der Außenreiz löst eine Emotion aus, sondern die körperliche Veränderung, die als biologische Reaktion auf den Reiz entsteht.

**Emotion und Wirkung.** Edward Tronick (1989) berichtet, dass Säuglinge, die frustrierende Erfahrungen mit ihren "falsch interagierenden" Bezugspersonen als korrigierbar erleben, leichter in der sind, normales Verhalten bei ihren Bezugspersonen anzufordern. Sie haben ein wirksames Konzept ihrer selbst entwickelt, nebenher auch ein Konzept ihrer Eltern als zuverlässig und vertrauenswürdig. Säuglinge hingegen, die das Interaktionsverhalten ihrer Eltern als wenig korrigierbar erleben, neigen eher dazu, sich zurückzuziehen und unglücklich zu wirken. Es spricht vieles dafür, dass Emotionen und soziale Wirksamkeit untrennbar aufeinander bezogene Prozesse sind. Die ersten Erfahrungen von Subjektivität sind zugleich Erfahrungen von emotionalem Austausch, also von Soziabilität. Emotionale Ausdrucksweisen, die nicht sozial wirksam werden, etwa weil die Bezugspersonen desinteressiert, depressiv abgekehrt oder eine "Dekodierungsschwäche" zeigen, erschöpfen sich in vegetativen Reaktionen und werden entweder aufgegeben oder als unwirksame Elemente in die affektiven Schemata integriert.

**Emotion und Gedächtnis.** Daniel Stern (1992) sieht im Aufbau von Gedächtnisepisoden den Grundstein für das Erleben eines kontinuierlichen Selbst. Schon Säuglinge können solche Episoden synthetisieren, d.h. ihre Einzelerfahrungen zu durchschnittlichen Prototypen zusammenfassen. Dabei ist eine Episode ein kohärenter Block gelebter Erfahrungen, die aus Empfindungen, Wahrnehmungen, Handlungen, Gedanken, Affekten und Zielen bestehen und in einem zeitlichen, räumlichen und kausalen Verhältnis zueinander stehen. Wiederholt auftretende Episoden verdichten sich allmählich zu generalisierten Episoden oder Erwartungen. Spezifische Episoden werden hingegen meistens "vergessen", außer sie enttäuschen bedeutungsvolle Erwartungen und lösen negative Emotionalität aus. In letzterem Fall können sie die Entstehung spezifischer, psychopathologisch relevanter Reaktions- und Handlungsweisen verantworten. Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass jene Aspekte gelebter Episoden, die ganz oder teilweise verdrängt bzw. nur unter Abspaltung der Begleitaffekte erinnert werden, aktiv bleiben und nach Aktualisierung drängen. Hierzu gibt es, wie Rosi Schwarz 1997 beim Zürcher Kongress berichtete, erste nervenphysiologische Belege aus der Trauma- und Stressforschung (vgl. z. B. Reddemann und Sachsse 1997, van der Kolk 1998).

**Emotion und Auslöser.** Nach Zajonc (1984, zit. n. Kruse 1991) kann beinahe jeder Reiz Auslöser jeder Emotion werden. Identische Reize können bei unterschiedlichen Personen oder sogar bei der gleichen Person, entgegengesetzte emotionale Reaktionen hervorrufen, etwa wenn sich die Randbedingungen oder der motivationale Zustand des Individuums ändern. Emotionen wie Schreck oder Ekel zum Beispiel können direkt durch Wahrnehmung aktiviert werden, ohne kognitive Zwischenschaltung. Emotionsauslöser reflektieren die Erfahrungen eines Individuums mit einem Objektbereich und deren subjektive Verarbeitung. Emotionale Auslöser werden gelernt und zu Bewertungsmustern integriert, zugleich werden aber auch angeborene Reaktionsschemata verlernt oder modifiziert. Bei der Entwicklung von emotionalen Mustern ist von einer differenzierten Lerngeschichte auszugehen.

**Emotion und Ausdruck.** Säuglinge können emotionale Zustände, wie sie vor allem der Gesichtsausdruck, aber auch die Stimme, die Körperbewegungen und -haltungen signalisieren, relativ früh differenzieren und danach reagieren. Die Fähigkeit aber, den Ausdruck zu interpretieren, d. h., die gezeigte Emotion etwa mit einem Namen zu versehen, tritt wesentlich später auf. Einfache Gefühle wie Lachen und Schmerz werden schon mit 3-5 Jahren benannt, komplexe Emotionen wie Überraschung und Verachtung werden erst in der Präpubertät identifiziert. Da Neugeborene über alle

Muskelbewegungen verfügen, die dem emotionalen Gesichtsausdruck zugrunde liegen und einige elementare Emotionen bereits mit drei Monaten eindeutig ausdrücken können, folgert Ekman (zit. n. Kruse 1991), dass die Fähigkeit, emotionale Zustände zu zeigen und somit in aktive Interaktion mit den Bezugspersonen zu treten, angeboren sein muss. Das Erfassen von Emotionen beim anderen geschieht zwar nach vorgegebenen Mustern, es trifft jedoch nicht immer zu, und es kann zudem getäuscht werden.

**Emotion und Stress.** Stress entsteht als Alarmreaktion auf eine unvorhergesehene Veränderung bzw. Störung des Normalzustands und geht dann in eine Adaptationsreaktion über, die sowohl physiologische als auch kognitive Veränderungen beinhalten kann (vgl. Kruse 1991). Jeder Organismus ist nicht nur fähig, Stress zu ertragen und auszugleichen, sondern er benötigt ein gewisses Ausmaß an Stress, um funktionieren zu können. Ein mittleres Niveau an Stress wirkt sich auf die kindliche Entwicklung günstig aus, während zu wenig Stress (Deprivation) und zu viel Stress (Trauma) schädlich sein können. Schädlicher Stress unterscheidet sich von normalem durch Dauer, Häufigkeit und Intensität der Stressoren, zudem aufgrund der selbstprotektiven Fähigkeiten des Individuums zur Stressbewältigung (coping). Sowohl kumulativ, langfristig wirkende als auch kurzzeitig aber intensiv wirkende traumatische Einflüsse können, falls sie nicht zu bewältigen sind, zur Desorganisation der kognitiven und emotionalen Systeme und so zu bleibenden Veränderungen der organischen und psychischen Funktionen führen. Stress folgt aus einer Diskrepanz zwischen den Erwartungen und den Handlungs- oder Erlebnismöglichkeiten eines Individuums, also aus einer Überforderung seiner Reaktionsmöglichkeiten.

**Anlage und Umwelt.** Paul Harris (1993) geht davon aus, dass es eine Anzahl von Grundemotionen gibt, die unabhängig von der Kultur in gleicher Weise ausgedrückt, ausgelöst und verstanden werden. Andererseits unterscheiden sich Kulturen, Familien und Individuen erheblich hinsichtlich der Emotionen, die sie zeigen oder unterdrücken und der Strategien, die sie anwenden, um dieses Ziel zu erreichen. Niemand mehr betrachtet den Säugling als eine *tabula rasa*, die von der Umwelt beliebig ausgestattet wird. Das Kind ist von vornherein auf seine mitmenschliche Umgebung ausgerichtet und verfügt über viele Möglichkeiten, um seine Bezugspersonen für sich zu interessieren. Säuglinge interagieren manchmal aus keinem anderen Anlass als aus Spaß an der Interaktion und am Erlebnis des Koordiniertseins mit seinen Bezugspersonen. Im Verlauf von Interaktionen beeinflusst sich das Ausdrucksverhalten von Kind und Bezugsperson gegenseitig.

**Temperament.** Temperament bezeichnet einen Verhaltensstil, der biologisch determiniert ist und dem Wie des individuellen Verhaltens zugrunde liegt. Nach Bates (1989) wird der Begriff Temperament im Wesentlichen als Erklärung für Verhaltensdispositionen im Bereich der Emotionen, der Aufmerksamkeit und der Aktivität herangezogen. Thomas und Chess (1989) folgern aus ihrer mehrjährigen New York Longitudinal Study, dass die Temperamentausstattung eines Kindes nur einen biologischen Ausgangspunkt darstellt, keineswegs aber einfache Voraussagen über die weitere Entwicklung zu treffen erlaubt. Die Eltern-Kind-Beziehung unterliegt vielen Einflüssen, sie gestaltet sich aber um so einfacher, wenn die Grundmerkmale zwischen ihnen zusammenpassen (*goodness of fit*).

**Interaffektivität und affektive Abstimmung.** Nach Daniel Stern (1992, vgl. auch Dornes 1993) kommt es beim Säugling und seinen Bezugspersonen zu Entsprechungen zwischen dem eigenen erlebten Gefühlszustand und dem Gefühlszustand, den er an der anderen Person beobachtet. Diese

gemeinsam erlebten affektiven Stimmungen und Zustände treten früher auf als solche, die sich auf Objekte außerhalb der Dyade beziehen. Die Interaffektivität stelle erste Formenbezogener Intersubjektivität dar. Dieser Prozess baue auf frühen Interaktionen mit dem Säugling auf, in denen die Bezugsperson das Verhalten des Säuglings mehr oder weniger exakt nachahmt. Etwa ab dem 9. Lebensmonat würde jedoch eine neue Dimension in der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson auftreten. Dabei handelt es sich nicht um eine reine Verhaltensangleichung, eine Nachahmung oder ein kognitiv vermitteltes empathisches Einfühlen, sondern um eine Form der Abstimmung zwischen Bezugsperson und Kind, die neue Aspekte einschließt. Die Bezugsperson geht dabei auf die wahrgenommenen, zugrundeliegenden Gefühlsqualitäten im Verhalten des Kindes ein, indem sie eine andere Verhaltensmodalität als die des Kindes verwendet. Das Kind schreit zum Beispiel schrill, die Mutter reagiert mit Bewegungen, die im gleichen Rhythmus wie das Schreien des Kindes ausgeführt werden.

Diese Form der Abstimmung, die u.a. der Regulierung innerer Spannungen sowie des Ausmaßes an tolerierbarer Stimulierung steuern soll, nennt Stern *Affekt Abstimmung*. Die Bezugsperson kann unbewusst und automatisch auf die Äußerung des Kindes reagieren und so eine Gemeinsamkeit gelebter Gefühle herstellen, oder sie kann selektiv auf das Kind reagieren und so Einfluss auf sein Befinden und, in der Folge, auf sein Verhalten nehmen. Im Sinne der Maturanaschen Unterscheidung zwischen 'einfachen und komplexen Verhaltenskoordinationen bzw. In-Sprache-Sein oder „Linguieren“ (s. unten) mutet die Affekt Abstimmung als regelrechte vorsprachliche Kommunikation an, zumal sie über eine bloße Interaktion oder eine einfache Verhaltenskoordination hinausgeht. Die Fähigkeit zu dieser primären, vorsprachlichen Form der Kommunikation bzw. der intersubjektiven Bezogenheit dürfte im weiteren Leben des Kindes und bis zu seinem Tode andauern und so die Basis stellen, auf der die emotionale Kontextualisierung jedweder Kommunikation aufbaut und ihr Bedeutung gibt.

## **Zusammenfassende Betrachtung**

Ich fasse die mir wesentlich erscheinenden Aspekte der referierten Emotionsforschung zusammen:

1. Emotionen sind komplexe Phänomene mit neurophysiologischen, motorisch-expressiven und Erlebniskomponenten.
2. Emotion, Kognition und Motivation stellen operational voneinander unabhängige, jedoch miteinander interagierende Prozesse dar.
3. Emotionale Urteile sind undifferenzierter als rationale; die daraus resultierenden Motive sind weniger steuerbar aber nicht minder effektiv.
4. Emotionen werden nicht von Außenreizen ausgelöst, sondern von den körperlichen Veränderungen, die als Folge von Ereignissen auftreten.
5. Wiederholte Gedächtnisepisoden bilden Erwartungen und die Grundlage für das Selbstgefühl. Diese Episoden sind immer emotional getönt.
6. Die Auslösung von Emotionen erfolgt nach individuellen Schemata, die das Ergebnis einer komplexen Lerngeschichte darstellen.
7. Das Ausdrücken und Erfassen von Emotionen wird biologisch vermittelt; das Erfassen gezeigter Emotionen ist hingegen nicht immer präzise.
8. Schädlicher Stress folgt aus der Unfähigkeit eines Individuums, Dauer, Intensität oder

Häufigkeit eines Stressors zu bewältigen. Die Begriffe Stress und "Verstörung" weisen äquivalente Merkmale auf.

9. Säuglinge machen aktiven Gebrauch von ihren angeborenen elementaren Emotionen, um die Bezugspersonen für sich zu interessieren und mit ihnen zu interagieren.
10. Die angeborene und biologisch determinierte Temperamentsausstattung eines Kindes markiert die Ausgangslage; sie kann sich im Entwicklungsverlauf wesentlich ändern.
11. Säuglinge streben nach affektiver Intersubjektivität mit den Bezugspersonen; dies wird in der Sozialisation auch genutzt, um Einfluss auf sie zu nehmen.
12. Interaffektivität und Affektabstimmung sind Vorläufer für die Entfaltung der sprachlichen Kommunikation. Vermutlich sind sie die Voraussetzung dafür, dass Sprachlichkeit überhaupt entstehen kann.

Die Ergebnisse der Emotionsforschung bieten eine solide Grundlage, um den Diskurs über Emotionen, Affekte und Gefühle wissenschaftlich zu untermauern. Diese Ergebnisse können dazu dienen, um bei Therapeuten und Ausbildungskandidaten eine bestmögliche Sensibilisierung für die affektiven Momente einer therapeutischen Kommunikation herbeizuführen und so die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung zu erleichtern. Kognitionen, Motivationen und Emotionen treten nicht nur bei Säuglingen in ihren vorsprachlichen Interaktionen gemeinsam auf, sondern auch nach Beginn der sprachlichen Entwicklung und ein ganzes Leben lang.

## **Relevanz für die systemische Therapie**

Die bisher referierten Forschungsergebnisse sollen nun mit Blick auf vier Fragen diskutiert werden. Sie betreffen den metatheoretischen Überbau, die Theorie der Praxis, den Gegenstand klinischer Theorie und die Weiterbildung in systemischer Therapie. Dabei prüfe ich, ob und inwiefern eine Erweiterung der klinischen Theorie notwendig ist, um diese Ergebnisse ausdrücklicher als bisher zu integrieren.

### **1. Frage**

Sind die metatheoretischen Voraussetzungen, die bei der Formulierung der klinischen Theorie im systemischen Ansatz genutzt haben, mit den Ergebnissen der Emotionsforschung kompatibel? Dabei denke ich vor allem an Maturanas Konzept des Konversierens und an Luhmanns Verständnis von Kommunikation.

**Konversieren.** Nach Humberto Maturana (z. B. 1990, 1994) können Menschen erst im Konversieren, also in ihrer spezifischen Form des Miteinanders, zu Menschen werden und Menschen bleiben. Konversieren kommt aus dem Lateinischen *conversari*, das bedeutet: sich aufhalten, mit jemandem verkehren. Hier meint Konversieren die unentrinnbare Verflechtung von Linguieren ("*linguaging*") und Emotionieren ("*emotioning*"), also jener beiden Prozesse, die aller menschlichen Individualität und Sozialität zugrunde liegen. *Linguieren* bezeichnet jene spezifische Lebensweise des Menschen, die darin besteht, dass er Verhaltenskoordinationen höherer Ordnung, also solche, die auf andere Verhaltenskoordinationen Bezug nehmen, erbringen kann. Eine Geste oder eine sprachliche Äußerung können dazu dienen, interaktorielles Verhalten zu koordinieren oder gar zu ersetzen. Das Pendant dazu, das *Emotionieren*, bezeichnet die andauernden Veränderungen der körperlichen Dispositionen eines Individuums zum Handeln in bestimmten Handlungsbereichen, also der

Emotionen, wie sie als Begleitung, Veranlassung, Folge oder gar ordnender Faktor von sozialen Interaktionen auftreten. Das menschliche Miteinander kann hiernach nur unter Einbeziehung des Konversierens umfassend erklärt werden. Das hierzu gehörende Konsensualisieren meint die aufeinander bezogene Abstimmung der Sensualitäten der Beteiligten, also jene im anderen Kontext entstandenen Konzepte der "Interaffektivität" und "affektiven Abstimmung“.

**Kommunikation.** Nach Niklas Luhmann (1984) ist Kommunikation ein Prozessieren von Selektionen. Kommunikation wird vollzogen, wenn jemand eine Information und ein dazu passendes Mitteilungsverhalten auswählt, während ein anderer das Verhalten des Ersteren beobachtet und dabei zwischen Information und Mitteilung unterscheidet. Durch diese Unterscheidung (bzw. Beobachtung) versteht der Adressat, dass das beobachtete Verhalten kein bloßes Verhalten, sondern als Mitteilung aufzufassen ist. Verstehen erschließt Sinn, qualifiziert die beteiligten Handlungen als kommunikativ und schließt eine Kommunikation ab. Verstehen meint hier keine besondere intellektuelle Leistung, sondern eine Zustandsveränderung im Adressaten, die auf den Informationswert der Mitteilung zurückgeführt wird, Mitteilungen können absichtlich oder nicht absichtlich, sprachlich oder nichtsprachlich abgefasst sein. Vermutlich wird ein Großteil der Selektionen, die Kommunikation vorantreiben, ohnehin unbewusst getroffen. Daher erscheint es angemessen, diesen Kommunikationsbegriff auch für die Beschreibung der affektiven Abstimmung mit Säuglingen anzuwenden.

**Fazit 1.** Die metatheoretischen Voraussetzungen systemischen Denkens stehen ganz und gar im Einklang mit den referierten, empirisch gewonnenen Ergebnissen der Emotionsforschung. Die anfangs erwähnte Kritik an der systemischen Therapie, dass sie einseitig und ausschließlich auf kognitive und sprachbetonte Metatheorien zurückgreift, kann nur aus einer einseitigen Fokussierung auf die Vorgehensweisen bestimmter Praktiker oder aus einem Missverstehen dieser Theorien herrühren. Diese Kritik, so wertvoll sie für die Praxis ist, kann also in ihrer Allgemeinheit zurückgewiesen werden.

## **2. Frage**

Wie steht es mit der Verträglichkeit der systemischen Praxis mit der Emotionsforschung? Zur Beantwortung dieser Frage bemühe ich Erkenntnisse aus der empirischen Psychotherapieforschung, vor allem mit Blick auf den Stellenwert der therapeutischen Beziehung.

**Therapeutische Beziehung.** Grawe et al. (1994) sowie Orlinsky, Grawe u. Parks (1994) folgern aus ihren umfangreichen Metaanalysen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung (*therapeutic bond*) eine der zentralen Indikatoren für eine gute und erfolgreiche Therapie ist. Der Therapieerfolg hänge empirisch mit folgenden Aspekten der therapeutischen Interaktion zusammen:

1. eine affirmative Haltung des Therapeuten, die sich in Akzeptanz, Wärme und Wertschätzung des Klienten niederschlägt,
2. Maßnahmen zur Förderung der therapeutischen Beziehung,
3. Kooperationsbereitschaft des / der Klienten,
4. Engagement des Therapeuten,
5. Zuschreibung von Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit an den Therapeuten,
6. Fokussierung auf die Affekte des Klienten,
7. Wahrnehmung von Empathie beim Therapeuten durch den Klienten und,

## 8. Entstehung einer gegenseitig affirmativen Haltung zwischen Therapeut und Klient.

Über die absichtliche Veränderbarkeit von therapeutischen Beziehungen liegen nur wenige Untersuchungen vor. Luborsky (1995) berichtet, dass psychoanalytische Therapeuten in der Lage waren, negativ beurteilte therapeutische Allianzen zu verbessern, wenn sie das Übertragungsgeschehen, das der Bildung einer positiven Klient-Therapeut-Beziehung im Wege stand, zum Gegenstand ihrer Deutungen machten. Darüber hinaus berichtet Luborsky, dass die Qualität der therapeutischen Allianz als Prädiktor für den Therapieerfolg vor allem in den Anfangsphasen der Therapie wichtig sei. Es gelte aber auch, dass manche Therapien von Phasen einer negativen Emotionalität durchaus profitieren können, allerdings auf der Basis einer einmal entstandenen positiven therapeutischen Beziehung.

Die systemische Therapie betrachtet es als eines ihrer zentralen Anliegen, dass der Therapeut zur Herstellung eines für die Veränderung des / der Klienten günstigen sozialen Milieus bzw. eines hilfreichen therapeutischen Systems beiträgt (vgl. Ludewig 1992). Um dies zu erreichen, bedient sich der Therapeut u.a. zweier methodischer Vorgaben. Zum einen sucht er mit seinen Fragen nach Merkmalen im Leben seiner Klienten, die ihm ermöglichen, deren bisherige Lebensweise zu würdigen und deren Ressourcen anzuerkennen. Zum anderen bemüht er sich, das Anliegen der Klienten unverfälscht zu erfassen, einen daraufhin eingestellten Arbeitsauftrag auszuhandeln und sein therapeutische Vorgehen danach zu richten bzw. darauf einzuschränken (Genaueres bei Ludewig 1999). Diese beiden methodischen Vorgaben sollen helfen, um ein emotional annehmendes und zugleich zielgerichtetes, vertrauenerweckendes Klima zu schaffen. Dies bietet dem Klienten eine gesicherte um von dort aus gegen die stabilisierte Wiederholungsstruktur des/der Probleme zu verstoßen und das Risiko einzugehen, Neues zu probieren.

**Fazit 2.** Die Psychotherapieforschung zeigt, dass emotional klare, sichere und belastbare therapeutische Beziehungen sich insgesamt besser bewähren. Das Menschenbild systemischen Denkens beruht auf dem Verständnis, dass Menschen - biologisch gesehen - autonom sind, und es schließt daher gezieltes, heteronom herbeigeführtes Verändern aus. Daher ist für die systemische Therapie die Herstellung eines therapeutischen Systems, das für die Veränderung der Klienten im Rahmen ihrer Ziele und Möglichkeiten passend ist, von zentraler Bedeutung. Hierzu dient eine methodische Vorgabe, die im Hinblick auf das Therapieziel nützlich, im Hinblick auf die Wahl der Interventionen ästhetisch und im Hinblick auf die Haltung zum Klienten respektvoll ist (vgl. Ludewig 1988).

### 3. Frage

Müssen Ergänzungen bezüglich des Gegenstands .der .klinischen Theorie, d. h.der Anlasse, die zur Therapie führen, vorgenommen werden, um die Emotionsperspektive einzubeziehen?

Diese Frage thematisiert die Probleme, die Anlass geben, um eine Therapie zu beginnen, implizit auch das Warum deren Entstehung. Hinsichtlich des Warum kann ein konsequent gedachtes systemisches Konzept keine allgemeingültige Auskunft geben. Es kann aber die Bedingungen für eine operationale Beschreibung angeben, wie menschliche Probleme im Allgemeinen auftreten und funktionieren. Der Versuch hingegen, das Warum von Problemen zu erklären, verführt allzu leicht zu einem Rückfall in Denkkategorien, die physikalischen, aber nicht sozialen Phänomenen angemessen sind: Zwangsläufigkeit, Kausalität, Linearität u.ä.m. Betrachtet man andererseits soziale

Phänomene strukturgerecht als temporalisierte, selbstreferentielle Phänomene, kann es keine andere Zwangsläufigkeit oder Kausalität geben als jene, die Menschen kognitiv oder kommunikativ als Invarianten hervorbringen, um ihrem Leben Sinn zu verleihen. Diese Begriffe folgen somit der veränderlichen Logik des Beobachtens und des Sinnstiftens und beinhalten keine konstanten, invariablen Größen.

Interessant hierzu erscheint mir die Folgerung, die Daniel Stern (1992) aus seiner Arbeit mit Säuglingen für die psychoanalytische Therapie zieht. Eine Hauptaufgabe des Therapeuten würde darin liegen, einen narrativen Ausgangspunkt zu finden, d.h. eine Schlüsselmetapher, deren Brauchbarkeit als Arbeitshypothese wichtiger ist als ihr etwaiger Wahrheitsgehalt. Biographien seien sowohl kumulativ als auch diskontinuierlich entstandene Narrative, in die neben den normalen Erwartungen auch traumatisch belastende Episoden eingehen. Das therapeutische Anliegen besteht nicht in jedem Fall darin, nach einer "Urfassung" der Biographie in den früheren Lebensjahren zu suchen, zumal eine solche in vielen Fällen nicht einmal existiert. Aktuelle Narrative seien vielmehr das variable Ergebnis vieler einzelner und kumulierter Episoden.

Aus einem anderen Blickwinkel schließt Kruse (1991), dass Emotionen das primäre Arbeitsmaterial im therapeutischen Prozess seien, denn sie bestimmen die Symptomstruktur, die Therapeut-Klient-Beziehung, und ihre Veränderung entscheidet über Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung. Das gemeinsame Ziel aller Psychotherapien bestehe darin, Einfluss auf problematische oder dysfunktionale Gefühle zu nehmen, um so die Emotionalität wieder zugänglich zu machen und ihre orientierende Funktion im Leben zu reinstallieren. Auf welche Weise dies angestrebt wird, sei das, was Psychotherapien voneinander unterscheidet.

***Lebensprobleme/Problemsysteme.*** Tom Levold (1997a) kritisiert das Konzept des problem-determinierten Systems nach Goolishian als zu einseitig sprachlich. Diese m.E. berechtigte Kritik an ersten Fassungen dieses Konzepts legt es nahe, eine klarstellende Erweiterung meiner eigenen Ausarbeitung desselben – hier: Problemsystem - vorzunehmen, nicht nur um weitere Missverständnisse zu vermeiden, sondern auch um den Besonderheiten der systemischen Einzeltherapie Rechnung zu tragen.

Im Einklang mit der Emotionspsychologie und in Anlehnung an Maturanas Konzept des Emotionierens sehe ich die emotionale Verletzung oder Betroffenheit eines, mehrerer oder aller Beteiligten, die ein sozial relevantes, d.h. nicht nur intrapsychisches Problem hervorbringen als unerlässliche Bedingung für das Entstehen einer Problemmunikation. Sozial relevante Probleme, die zur Therapie führen, setzen das Vorliegen dieser beiden Gesichtspunkte - individuelles Erleben und Kommunikation - als zwar unterscheidbar, jedoch voneinander untrennbar voraus. Um dieser Zweiseitigkeit theoretisch gerecht zu werden, erscheint es mir sinnvoll, ihr die Differenz von Lebensproblem und Problemsystem zugrunde zu legen und sie als Leitdifferenz für die klinische Theorie zu verwenden. *Lebensprobleme* definiere ich als subjektiv erlebte, leidvolle Phänomene, die vom Betroffenen als veränderungsbedürftig bewertet werden. Den Lebensproblemen unterstelle ich eine zugrundeliegende Dynamik, die aus der Enttäuschung bedeutungsvoller Erwartungen und Ansprüche hervorgeht (vgl. z. B. Luhmann 1984). Das Konzept des *Problemsystems* behalte ich für die Beschreibung von bereits zur Kommunikation gewordenen Lebensproblemen bei (Näheres bei Ludewig 1992).

Diese Unterscheidung folgt logisch dem von mir so benannten "*systemischen Prinzip*", welches ich an die Basis systemischen Denkens lege. Danach geht diese Denkweise von der Grunddifferenz *Ich/Du* und deren Aufgehen in das soziale System *Wir* aus und so von der untrennbaren Koppelung biologisch-individueller und sozial-kommunikativer Aspekte, die als konstitutiv für das Verständnis des Menschen betrachtet werden (vgl. Ludewig 1992, 1996). Die Unterscheidung von Lebensproblem und Problemsystem dürfte somit nicht nur hilfreich sein, um ein kohärent systemisches Denken einzuhalten, sondern auch, um die in unserem Feld so häufige Vermengung organischer, psychischer und sozialer Systeme zu vermeiden.

Tom Levolds Einwand, dass die Theorie von Problemsystemen nur die halbe Wahrheit enthalte, da sie nur die Problemerkählung (Kommunikation), aber nicht das Problemerkleben enthalte, halte ich für zugleich hilfreich und irreführend. Der Einwand ist hilfreich, weil er an intrapsychische und unaussprechbare Probleme erinnert, wofür die bisherige systemische klinische Theorie keine Konzeptualisierung anbot; er ist zugleich ungünstig, weil er eine Vermengung von Systemen unterschiedlicher Typik - psychische und soziale Systeme - mit all den Schwierigkeiten einer unsauberen "logischen Buchhaltung" (vgl. Ludewig 1986) in Kauf nimmt. Demgegenüber ermöglicht die Unterscheidung von Lebensproblem und Problemsystem, individuelle und soziale Momente zu vereinbaren, ohne sie zu vermengen.

Das subjektive Erleben von Leid ist aus systemischer Perspektive bisher kaum konzeptualisiert worden. Es liegt auch noch keine umfassende und brauchbare Ausarbeitung des psychischen Systems vor. Die Folge davon war eine bedauerliche Vernachlässigung jener Probleme, die nicht mitgeteilt werden können oder dürfen und, nicht zuletzt deshalb, enorm belasten. Man denke an die Misshandlung von Schwächeren und an Phänomene von Scham und Schuld in juristisch relevanten Bereichen. Man muss zwar aus Gründen der konzeptionellen Einschränkung weiterhin hinnehmen, dass Probleme, die nicht zum Thema einer Problemkommunikation werden, für die klinische Praxis zunächst inexistent bleiben und erst relevant werden, wenn darüber kommuniziert wird. Darüber hinaus aber zu behaupten, dass nicht kommunizierte Lebensprobleme persönlich und gesellschaftlich irrelevant wären, wäre schlicht zynisch, und das will wohl niemand.

Durch Konzeptualisierung des Lebensproblems handelt man sich allerdings ein weiteres Dilemma ein. Denn Problemsysteme können aus der Beobachtung erschlossen werden, während Lebensprobleme nur durch Intuition, Empathie, Interaffektivität oder Introspektion zu erkennen sind. Die Erweiterung der klinischen Theorie auf intrapsychische Verhältnisse erweist sich schon aus erkenntnistheoretischen Gründen als äußerst riskant. Deren ernsthafteste und nicht bloß metaphorische Erkenntnis und Erklärung muss ohnehin an der Undurchschaubarkeit des Menschen scheitern. Ein Weg aus diesem Dilemma könnte darin liegen, auf eine Explizierung von Lebensproblemen zu verzichten und sich mit deren Benennung zu begnügen. Sich alternativ auf die Interaffektivität zwischen Therapeut und Klient zu verlassen, um Lebensprobleme aufzudecken und zu erklären, wäre noch riskanter. Der Mystik und der Hellseherei würden Tür und Tor geöffnet. Ein angemessener Umgang mit Lebensproblemen, deren Entstehungs- und Auflösungsbedingungen, sehe ich als nur im Rahmen einer Kommunikation möglich, welche die Innerlichkeit der Beteiligten thematisiert und nach passender Sinngebung sucht. Der theoretische Vorteil, der mit der Differenzierung von Lebensproblemen einhergeht, mündet in eier Praxis in den ethischen Appell, Wege aufzumachen, um die Menschen, die isoliert oder zum Schweigen verurteilt leben, zur Aufnahme einer hilfreichen Kommunikation zu verhelfen.

**Fazit 3.** Emotionale Verletzungen stellen eine unerlässliche Bedingung dar, um das Entstehen von Lebensproblemen und Problemsystemen zu verstehen. Kognitive und rationale Vorgänge sind an sich weder angenehm noch unangenehm, können also keine emotionale Logik begründen, die zur Emergenz menschlicher Probleme und deren charakteristische Wiederholungsstrukturen führen können. Erst individuelles Leiden kann Anlass zu den komplexen Vermeidungsreaktionen sein, die das Individuum und seine Angehörigen an der Fortführung offener und konstruktiver Kommunikationen behindert. Die Unterscheidung von Lebensproblem und Problemsystem erlaubt individuelle und soziale Momente als miteinander verflochtene und aufeinander rekursiv wirkende, jedoch operational unabhängige Faktoren zu betrachten. Deren Verhältnis kann - Luhmann (1990) folgend - als eines der strukturellen Koppelungen verstanden werden.

#### **4. Frage**

Wie relevant ist die affektive Kommunikation für die Aus- und Weiterbildung in systemischer Therapie?

Die hauptsächliche Relevanz einer Auseinandersetzung mit Emotionen in der Therapie sehe ich in einer Sensibilisierung der Therapeuten für die in ihrer Arbeit unweigerlich mitlaufende Affektivität. Diese Sensibilität kann gefördert werden, indem darauf geachtet wird, dass das Anliegen der Klienten genauestens angehört und klare Aufträge erarbeitet werden. Denn erst der Auftrag definiert den Bereich, in dem der Therapeut ermächtigt ist, einzugreifen. Interesse, Transparenz, Wertschätzung und Bezogenheit stellen günstige Mittel dar, um eine therapeutische Beziehung herzustellen, die akzeptierend und respektvoll, also vertrauensfördernd ist. Neben diesen allgemeinen Empfehlungen stellt sich die Frage nach operationalisierten Merkmalen, die nützlich sein könnten, um eine helfende Beziehung zu gestalten. Meine "10+ 1 Leitsätze für die Orientierung des Therapeuten" sind zu diesem Zweck konzipiert worden (Ludewig 1987, 1992). Sie sollen dem Therapeuten helfen, einen Handlungsrahmen abzustecken, innerhalb dessen eine nützliche, "passende" und respektvolle Kommunikation stattfinden kann und der so die Basis für eine günstige affektive Kommunikation schafft.

**Fazit 4.** Die Sensibilisierung des Therapeuten für die mitlaufende Affektivität im Verlauf einer therapeutischen Interaktion ist sicher erstrebenswert. Die gezielte, unter Umständen sogar manipulatorische Anwendung von Affekten in Therapien und ein Antrainieren affektiver Einflussmaßnahmen stehen jedoch im Widerspruch zu den ethischen Voraussetzungen der systemischen Therapie. Außerdem würde ein solches Ansinnen, auf Dauer gesehen, an der Autonomie aufgeklärter Klienten ohnehin scheitern.

#### **Zum Schluss**

Systemische Therapie versucht, Menschen, die sich aufgrund eigener oder fremder Lebensprobleme in Problemsysteme festgefahren haben, zu helfen, sich auf ihre Ressourcen zu besinnen und so die verlorengegangenen Freiheitsgrade zurückzugewinnen. Eine emotional tragfähige, vertrauenserweckende therapeutische Beziehung ist eine unerlässliche Bedingung dafür, dass die Klienten das Risiko eingehen, wieder zu einem Dialog mit offenem Ausgang zu finden und so die sie festhaltenden Vermeidungen aufzugeben. Eine direkte Übertragung der Erkenntnisse aus der Entwicklungs- und Emotionspsychologie auf das Verständnis der Klienten und / oder auf die Gestaltung von Therapien erweist sich dennoch als problematisch. Denn Therapie ist eine Pragmatik,

die auf Menschen in ihrem wie auch immer verlaufenen Gewordensein trifft und sich bemüht, deren leidvoll erlebte und beklagte Lebensprobleme und Problemsysteme zu lindern oder zu beseitigen. Die wie auch immer gedeuteten Bedingungen dieses Gewordenseins mögen von akademischem Interesse sein, sie stellen aber für die Konzeptualisierung und Gestaltung von Therapien kein notwendiges Wissen, sondern unter Umständen sogar ein Hindernis dar.

Die Vermengung vom Grundlagenwissen über die menschliche Entwicklung mit dem pragmatischen Anliegen von Therapien beinhaltet nicht nur eine Verletzung der sog. logischen Buchhaltung (vgl. Maturana u. Varela 1987, Ludewig 1986), sondern sie birgt die Gefahr eines verheerenden Rückfalls in längst überholte Konzepte, wie sie etwa dem Reden von "*happy vs. unhappy families*", pathogenen Eltern und dysfunktionalen Familien zugrunde liegen. Es bleibt zu hoffen, dass die in den 1980er Jahren geleistete Befreiung von solchen Wertungen und Entwertungen, die ein Relikt aus phänomenwidrigen Anleihen bei den Naturwissenschaften waren, nicht dem Eifer von Erneuerern, die die berechnete Rückemotionalisierung der systemischen Therapie anstreben, unwillkürlich geopfert wird.

Die Ausbilder in systemischer Therapie würden gut daran tun, wenn sie die Sensibilität der werdenden Therapeuten für die affektive Kommunikation in Therapien mehr als bisher förderten. Wünschenswert wäre aber auch, dass die so ausgebildeten Therapeuten ebenfalls lernen, jener eigentümlichen "Versuchung der Gewissheit" (vgl. Maturana u. Varela 1987), die aus der unmittelbaren Wirksamkeit von Emotionen resultieren kann, zu widerstehen. Eine behutsame Skepsis gegen den Eindeutigkeitszog von Emotionen würde vermeiden helfen, dass Empathie *anstelle* von Effektivität angestrebt, dass die eigenen und die Gefühle der Klienten gezielt benutzt, dass Biographien allzu spontan interpretiert und dass die absolutistische Perspektive eines "Standard-Therapeuten" eingenommen wird.

Rufen wir uns die weiter oben berichteten Sequenzen von therapeutischen Situationen in Erinnerung und bedenken wir, dass das emotionale Mitschwingen in Therapien um so hilfreicher ist, je spontaner und kongruenter es geschieht. Absichtlich eingesetzte Emotionen erhöhen hingegen unvermeidbar die Komplexität und können sich als hinderlich erweisen. "Kopf und Bauch" arbeiten optimal zusammen, wenn beiden genügend Raum gelassen wird, damit sie ihre individuellen Ausprägungen selbstorganisatorisch in Übereinstimmung bringen können. Jeder von uns kennt sicherlich Therapeuten und Helfer, die unsympathisch, unempathisch, erfolgssüchtig und/ oder technizistisch wirken und dennoch erfolgreich sind. Auch diese Therapeuten müssen irgendwie zu einer "Affektabstimmung" fähig sein, sonst wäre ihr Erfolg nicht zu erklären. Die affektive Kommunikation ist ein vielschichtiger, komplexer Prozess mit weitgehend unbewussten Anteilen, deren gesamte Tragweite zwar erahnt, rational aber vermutlich nie ganz zu begreifen sein wird. Denn jede Annäherung an deren Entschlüsselung durch Komplexitätsreduktion wirkt auf das Phänomen zurück und erzeugt neue Komplexität. Diese Rekursivität menschlicher Phänomene kennzeichnet eben den Gegenstand psychosozialer Humanwissenschaften und versetzt uns bei aller Wissbegierde immer wieder von neuem auf eine nächste Stufe der nie endenden Escher'schen Treppe. Und das finde ich durchaus beruhigend!

## Literaturangaben

- Andersen, T. (Hrsg) (1990): Das Reflektierende Team. Dortmund (modernes lernen).
- Bates, J.E. (1989): Concepts and Measures of Temperament. In: G.A. Kohnstamm et al. (eds.), S. 3-26.
- Boscolo, L., G. Cecchin, L. Hoffman u. P. Penn (1988): Familientherapie - Systemtherapie. Dortmund (modernes lernen).
- Buchholz, M. (1993): Dreiecksgeschichten. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Ciampi, L. (1982): Affektlogik. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ciampi, L. (1997 i.Dr.): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen: (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Deissler, K., T. Keller u. R. Schug: Kooperative Gesprächsmoderation. *Z. systemische Therapie* 13: 12-30.
- de Shazer, S. (1989): Der Dreh - Überraschende Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt (Fischer).
- Goolishian, H., H. Anderson (1988): Menschliche Systeme. In: L. Reiter, E.J. Brunner u. S. Reiter-Theil (Hrsg): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin (Springer), S. 189-216.
- Grawe, K., R. Donati u. F. Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel. Göttingen (Hogrefe).
- Harris, P.L. (1994): The Child's understanding of emotion. *J Clin Psychol Psychiat* 15: 3-28.
- Kohnstamm, G.A., J.E. Bates u. M.K. Rothbart (eds.) (1989): Temperament in Childhood. Chichester (Wiley).
- Kolk, B.A. van der (1998): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Praxis Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie* 47: 19-35.
- Kruse, O. (1991): Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung. Stuttgart (Enke).
- Laird, J.D., C. Bresler (1990): William James and the mechanisms of emotional experience. *Personality & Social Psychology Bulletin* 16: 636-651.
- Levold, T. (1997): Problemsystem und Problembesitz, Teil I. *System Familie* 10: 21-31.
- Luborsky, L. (1995): Über das "Zusammenspiel", das für eine hilfreiche Beziehung und ein gutes Therapieergebnis notwendig ist. (Vortrag bei den 45. Lindauer Psychotherapie-Wochen 1995).
- Ludewig, K. (1986): Von Familien, Therapeuten und Beschreibungen. Vorschläge zur Einhaltung der ‚logischen Buchhaltung‘. *Familiendynamik* 11: 16-28.
- Ludewig, K. (1987): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludewig, K. (1988): Nutzen, Schönheit, Respekt. Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludewig, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ludewig, K. (1996): Systemische Therapie in Deutschland. Ein Überblick. *Familiendynamik* 21: 95-115.
- Ludewig, K. (1999): Therapieziele in der systemischen Therapie. In: Ambühl, H., B. Strauß (Hrsg.): Therapieziele in der Psychotherapie. Göttingen (Hogrefe).
- Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Frankfurt (Suhrkamp).
- Luhmann, N. (1990): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt (Suhrkamp).
- Maturana, H.R. (1990): Die Ontologie des Konversierens. In: K.W. Kratky u. F. Wallner (Hrsg): Prinzipien der Selbstorganisation. Darmstadt (Wiss. Buchgesellschaft). S. 140-155.
- Maturana, H.R. (1994): Was ist Erkennen? München (Piper).
- Maturana, H.R. u. F.J. Varela (1987): Der Baum der Erkenntnis. München (Scherz).
- Orlinsky, D.E., K. Grawe u. B.K. Parks (1994): Process and Outcome in Psychotherapy - noch einmal. In: A.E. Bergin u. S.L. Garfield (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York (Wiley), S. 270-376.
- Reddemann, L., U. Sachsse (1997): Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 115-147.
- Schiepek, G. (1991): Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig (Vieweg).
- Schlippe, A. von u. J. Schweitzer (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen (Vandenhoeck u. Ruprecht).
- Selvini Palazzoli M., L. Boscolo, G. Cecchin u. G. Prata (1978): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart

(Klett-Cotta).

Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart (Klett-Cotta).

Thomas, A. u. S. Chess (1989): Temperament and Personality. In: G.A. Kohnstamm et al. (eds.), S. 249-261.

Tronick, E.Z. (1989): Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist* 44: 112-119.

Welter-Enderlin, R. (1996): Deine Liebe ist nicht meine Liebe. Freiburg (Herder).

Welter-Enderlin R. u. B. Hildenbrand (1996): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart (Klett-Cotta).

White, M. (1995): Re-Authoring Lives: Interviews and Essays. Dulwich (Dulwich Centre).