

SYSTEMISCHE THERAPIE MIT FAMILIEN. PROBLEME, LÖSUNGEN, REFLEXIONEN, PRAXIS

KURT LUDEWIG, MÜNSTER

What is, is; and what ain't, ain't!

Übersicht. Dieser Beitrag zur Systemischen Therapie mit Familien geht davon aus, daß es gegenwärtig keinen klar identifizierbaren Ansatz der systemischen Familientherapie gibt. Die Arbeit mit Familien ist in das allgemeinere Programm der systemischen Therapie übergegangen. Die Systemische Therapie beruht aber als Weiterentwicklung aus den Familientherapie heraus auf Konzepten, die ohnehin aus der Arbeit mit Mehr-Personen-Systemen entstanden sind. Deshalb würde eine gesonderte Beschreibung der Systemischen Therapie mit Familien eine künstliche Differenzierung von anderen Settings beinhalten. Anstelle einer solchen Differenzierung wird es hier vorgezogen, sich mit der Systemischen Therapie als solcher auseinanderzusetzen, sprich: mit den speziellen Problemen, die bei der Umsetzung systemischen Denkens in die therapeutische Praxis zu bewältigen waren und sind. Diese betreffen vor allem Fragen der klinischen Theorie, u.a. eine Bestimmung des „Gegenstands“, einige Leitdifferenzen für Theorie und Praxis, den Störungs- und Lösungsbegriff, die Unterscheidung von Expertentum und Nicht-Wissen, die systemische Diagnostik, die therapeutische Beziehung sowie die Techniken und die Probleme einer systemischen Evaluation. Dieser Auseinandersetzung sind eine kurze Rekonstruktion der Geschichte der systemischen Therapie einschließlich der in diesem Feld mittlerweile entstandenen Differenzierungen sowie einleitende Ausführungen zu den metatheoretischen Annahmen des systemischen Ansatzes vorangestellt. Der Beitrag endet mit Reflexionen über die Therapie mit Familien und einem Fallbeispiel aus dieser Praxis.

EINLEITUNG

Der Leserschaft dieser ältesten Zeitschrift der systemischen Therapieszene im deutschsprachigen Raum, der *Familiendynamik*, einen einführenden Text zur systemischen Familientherapie anzubieten, erscheint mir unangebracht. Da aber dieser Beitrag als eine Art Positionspapier zur systemischen Familientherapie geeignet sein soll, den Vergleich mit anderen Familientherapien zu ermöglichen, muß er auch für Nicht-Eingeweihte nachvollziehbar sein. Zuvor aber eine Klarstellung: Dieser Beitrag geht davon aus, daß es anders als vor 20 Jahren gegenwärtig keine spezielle

Methode der Familientherapie auf systemischer Basis gibt. Es gibt vielmehr einen allgemeinen systemtherapeutischen Ansatz, der u.a. in der Arbeit mit Familien Anwendung findet. Dieser Ansatz - die Systemische Therapie - definiert sich als theoriegeleitete Praxis, die keine Anforderungen an das Setting stellt, sondern in unterschiedlichen Settings Anwendung findet. Anders als die ursprüngliche Familientherapie, die in der Familie die „Störung“ verortet und dementsprechend die Familie als Setting wählt, fokussiert die Systemische Therapie auf die psychischen und/oder sozialen System, die das zu behandelnde Problem erzeugen und aufrechterhalten. Eine gesonderte Darstellung der systemischen Therapie mit Familien im Unterschied zu anderen Anwendungsformen wäre deshalb nur unter künstlichen Bedingungen der Differenzierung zu erbringen. Darauf wird hier verzichtet. Mein Beitrag befaßt sich vielmehr mit einigen mir wesentlich erscheinenden theoretischen und praktischen Aspekten, die bei der konzeptionellen und pragmatischen Entwicklung der Systemischen Therapie eine Rolle gespielt haben oder noch spielen. Dies erscheint mir legitim, zumal die Systemische Therapie, anders als die individuumsbezogenen Ansätze, von vornherein auf Konzepten beruht hat, die aus der Arbeit mit Mehr-Personen-Systemen entstanden sind. Erst zum Schluß dieses Aufsatzes kommt ich gezielter auf die Therapie mit Familien zurück und beschreibe mit Hilfe eines Fallbeispiels den Verlauf einer Sitzung mit einer Familie.

Auf der Suche nach Material, um diesen Beitrag zu strukturieren, stieß ich auf einen meiner ersten Aufsätze zu diesem Thema (vgl. Ludewig 1984). Zu meinem Erstaunen, mußte ich feststellen, daß das heutige Verständnis der Systemischen Therapie schon damals weitgehend ausgearbeitet vorlag (vgl. auch Simon 1985). Ob es um die unerschöpfliche Frage ging, was denn „systemisch“ heißen soll, oder darum, wie sich dies in Therapie umsetzen läßt, oder wie Veränderung ausgelöst würde („Verstörungskonzept“, vgl. Ludewig 1983) und welche die wesentlichen Aufgaben eines systemischen Therapeuten seien, waren damals zum großen Teil beantwortete Fragen. Die Gestaltung einer therapeutischen Intervention wurde als die Kunst betrachtet, für das Schloß der Familie einen passenden Schlüssel zu finden. Als „Grenzgänger“ zwischen den Systemen sollte sich der Therapeut auf seine Patienten einlassen können, zugleich aber die nötige super-visorische Distanz einhalten. Dabei sollte er zusammen mit seinen Klienten zur Entstehung einer neuen mit der Problemstruktur inkompatiblen „Beziehungswirklichkeit“ beitragen. Mit Blick auf seinen Auftrag sollte er schließlich abwägen, wieviel und welche Einmischung in das Leben der Familien angemessen und vertretbar ist: nicht zu viel, nicht zu wenig.

Befaßt man sich zum Beispiel mit dem 10 Jahre später erarbeiteten „Positionspapier“ der Systemischen Gesellschaft¹, wird man außer einigen Verfeinerungen und Differenzierungen kaum etwas Wesentliches finden, was über den Inhalt dieses Berichts aus der „Gründerzeit“ hinausgeht. Man möchte jenem französischen Gelehrten beipflichten, der behauptete, daß bereits die alten Griechen alles gesagt hätten.

¹ Vgl. Broschüre der Systemischen Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.. Im Internet: www.systemische-gesellschaft.de. Zu erhalten über die Geschäftsstelle an der Elsenstrasse 1, 12435 Berlin.

RÜCKBLICK

Die Entstehung der Familientherapie läßt sich auf die 50er Jahre im angelsächsischen Raum zurückverfolgen. Frühere Versuche, wie sie aus der Arbeit Alfred Adlers in Wien der 20er und 30er Jahre berichtet werden (vgl. Ackerknecht 1983), blieben vereinzelt und ohne Folgen. In den 60er Jahren war die Familientherapie in den USA bereits über die ersten pragmatischen Versuchen hinausgewachsen und zu einer erkennbaren „Bewegung“ geworden (vgl. Hoffman 1981, Stierlin 1994). In Deutschland holte man in den 60er Jahren durch Erweiterung der psychoanalytischen Denktradition um soziale und mehrgenerationale Aspekte vereinzelt nach (vgl. z.B. Richter 1963, Sperling 1965). Erst spätere Ansätze psychoanalytischer Familientherapie näherten sich einer systemischen Perspektive und beziehen sprach-, system- und beziehungstheoretische Sichtweisen mit ein (vgl. u.a. Bauriedel 1994, Buchholz 1996). Erst in den 70er Jahren kann man im deutschsprachigen Raum von einer nennenswerten Hinwendung der Praktiker zur Familientherapie sprechen (vgl. z.B. Richter et al. 1976). Erste größere Kongresse finden statt, und es entstehen erste Dachorganisationen. Diese Entwicklung kulminiert m.E. im Zürcher Kongreß des Jahres 1979 (vgl. Duss-von Werdt & Welter-Enderlin 1980). In dessen Mittelpunkt stand der m.W. erste genuin (west)europäische psychotherapeutische Ansatz nach dem 2. Weltkrieg: der sog. Mailänder Ansatz (vgl. Selvini Palazzoli et al. 1978). Der Einfluß des als „systemische Familientherapie“ bezeichneten Mailänder Ansatzes hatte neben dem in den Familientherapien vorherrschenden Interesse an System- und Kommunikationstheorie nun das Interesse an erkenntnistheoretischer Reflexion geweckt (vgl. z.B. Jones 1995). So wenig Zeit, wie dieser Ansatz aber bedurft hatte, um breite Akzeptanz zu finden, so schnell fand er sich mit einer Alternative konfrontiert, die noch attraktiver wirkte: die neuartige Systemische Therapie (vgl. z.B. Reiter et al. 1988).

Die Initialzündung zum Übergang von der Familientherapie zu einer umfassenderen Systemischen Therapie mit eigener Meta- und klinischer Theorie gab Paul Dell mit seinem Vortrag im Zürcher Kongreß des Jahres 1981 (vgl. Welter-Enderlin & Duss-von Werdt 1982). Unter Berufung auf die biologische Erkenntnistheorie und das Autopoiese-Konzept Humberto Maturanas (vgl. z.B. 1982, 1994; u. Varela 1987) löste Dell eine theoretische Diskussion aus, die nachhaltigen Einfluß auf den weiteren Entwicklungsverlauf der Systemischen Therapie haben sollte (vgl. u.a. Ludewig 1983, Hoffman 1991). Zu den genannten Einflüssen gesellten sich die sog. Kybernetik 2. Ordnung nach Heinz von Foerster (1987) und der sog. radikale Konstruktivismus nach Ernst von Glasersfeld (1985). Die klinische Theorie - Theorie der Praxis - wurde vorrangig von Harry Goolishian (vgl. Goolishian u. Anderson 1988, Anderson u. Goolishian 1990) und Steve de Shazer (z.B. 1982, 1985, 1988) erarbeitet. Durch Einbeziehung dieser Einflüsse war eine regelrechte Systemtherapie 2. Ordnung entstanden (vgl. Hoffman 1990), die anders als ihre auf einseitige Intervention ausgerichtete Vorgängerin, die systemische Familientherapie, den Therapeuten als Beteiligten in das therapeutische Geschehen einbezog und dessen Kommunikation mit den Klienten reflexiv auffaßte. Dementsprechend gehören zu den zentralen Bestandteilen dieses Ansatzes: Kooperation, Ressourcen- und Lösungsorientiertheit (vgl. de Shazer 1985, 1988), Transparenz (vgl. Andersen 1990), Unerschrockenheit

gegenüber Problemen und Neugier für Hilfreiches (vgl. Cecchin 1987, et al. 1993) sowie ein variabler Umgang mit Narrativen wie Schuld- und anderen Kausalitätsfragen (vgl. z.B. White u. Epston 1990) Für eine ausführliche Übersicht vgl. z.B. Brandl-Nebehay et al.(1998).

DIFFERENZIERUNGEN

Wie alle psychotherapeutischen Verfahren, die sich etabliert haben, weist auch die Systemische Therapie Binnendifferenzierungen auf. Dies scheint zum einen eine „natürliche“ Folge systemischen Denkens und des damit verbundenen Verzichts auf absolute Wahrheiten widerzuspiegeln, zumal eine normative „Linientreue“ weder gefordert noch erwartet werden kann; es scheint sich zum anderen um jene ebenso „natürliche“ Folge zu handeln, die aus der konstitutiven Unbestimmbarkeit von Gegenstand und Methode der psychotherapeutischen Profession resultiert (vgl. Buchholz 1999). Die Geschichte der Psychotherapie zeigt, daß jeder neue Versuch, die Psychotherapie möglichst umfassend und endgültig zu definieren, über kurz oder lang zu eine Differenzierung des Feldes führt. Die Sehnsucht von Klaus Grawe und Mitstreitern (vgl. Grawe et al. 1994), einiges Tages eine „nicht-konfessionelle“, einheitliche Allgemeine Psychotherapie zu erbringen, dürfte nicht nur aus berufspolitischen, sondern auch aus Gründen, die der Struktur psychischer und sozialer Systeme innewohnen, eine Illusion bleiben. Eine Vereinheitlichung der Psychotherapie würde nur um den Preis erreicht werden, daß ihr Gegenstand, das - prinzipiell variable - Erleben und Verhalten des Menschen, die in - prinzipiell variablen - räumlichen und zeitlichen Kontexten auftritt, „trivialisert“ würde. Psychotherapie als Profession muß in sich mehr vereinbaren als nur den Wissenschaftsaspekt (vgl. Buchholz 1999, Reiter & Steiner 1996).

In der Systemischen Therapie erstrecken sich die auseinander driftenden Strömungen von eher direktiven und interventiven (z.B. Boscolo et al., 1988; Weber et al., 1987) bis hin zu eher kooperativen und nicht-interventiven Einstellungen (z.B. Andersen, 1990, Anderson & Goolishian 1992), von sprachbetonten, „sozialkonstruktionistisch“ orientierten (z.B. Anderson 1997; Deissler 1997) bis hin zu kurzzeittherapeutischen, lösungsorientierten Ansätzen, die den Schwerpunkt auf Pragmatik und Effektivität legen (z.B. de Shazer, 1988). Nebenher haben sich narrative Ansätze entwickelt, die an anthropologische Theorien anknüpfen (z.B. White 1995) oder an neuere Erkenntnisse bindungstheoretischer Forschung (z.B. Welter-Enderlin & Hildenbrand 1998). Schließlich sind in letzter Zeit Ansätze mit integrativem Anspruch bekannt geworden, die sich integrativ (z.B. Levold 1997, Reiter 1990) oder intersystemisch verstehen (vgl. Schiepek 1999). In der Theorie lehnen sich viele Autoren der 90er Jahre an wissenschaftliche Konzepte an, die aus anderen als den Humanwissenschaften herrühren, so zum Beispiel an die physikalische Synergetik Hakens (z.B. Schiepek 1999), an die logische Theorie Spencer-Browns (z.B. Simon 1988) oder an die „Sprachspiele“ Wittgensteins (z.B. Miller & de Shazer 2000). Die Wiederankopplung der Systemischen Therapie an den sozialen Phänomenbereich betreibt man in Anlehnung an Luhmann (vgl. z.B. Ludewig 1992) oder an sprach- und sozialpsychologische Forscher wie u.a. Gergen (z.B. 1999) und Shotter (z.B. 1993) (vgl. z.B. Deissler 1997). Die Chronistin und *grand dame* der Familientherapie, Lynn

Hoffman (2000), weiß zu berichten, daß sie nach Ablegen interventionistischer, konstruktivistischer und konstruktionistischer Wendungen nunmehr bei einer alles umfassenden gemeinschaftsorientierten Perspektive der Therapie gelandet sei, aus der heraus sie sich ganz *postmodern* von sublingualen Kommunikationen und untergründig fließenden Gefühlen beeindrucken läßt. Günter Schiepek (1993) warf vor einiger Zeit den systemischen Therapien vor, ihren wissenschaftlichen Diskurs zu sehr den marktwirtschaftlichen Gegebenheiten anzupassen und dabei Ideentourismus zu betreiben: „ohne Moden kein Geschäft“ (S. 225). Gegenüber diesem Trend der Zeit plädierte er für einen langsameren Schritt und empfahl hierzu, vermehrt empirische Forschung zu betreiben.

Bei allem Unterschied im Detail zeigen diese systemischen Ansätze dennoch genügend Gemeinsamkeit, um von einer erkennbaren Denkbewegung zu sprechen. Auf dem weitgehend geteilten Hintergrund konstruktivistischer (einschließlich „sozialkonstruktionistischer“ und anderer nicht-realistischer) Positionen beruft man sich theoretisch in der Hauptsache auf das interdisziplinäre Programm der Systemwissenschaften, vor allem auf die Theorien der Selbstorganisation sowie auf die System- und Kommunikationstheorien.

SYSTEMISCHE THERAPIE

Die Familientherapeutinnen und -therapeuten bilden mittlerweile in vielen Ländern ein angesehenes soziales System, welches selbstverständlich zum *Establishment* gehört und wie jedes andere soziale System konservativ - selbstbewahrend - ausgerichtet ist. Diese Therapeutinnen und -therapeuten berufen sich in der Regel auf modernisierte Versionen der traditionellen Modelle der Familientherapie, wie sie von den „Pionieren“ vorgelegt wurden (vgl. Hofman 1981). Neben diesen Familientherapeuten gibt es eine zunehmend große Zahl derjenigen, die sich immer mehr von der Tradition der Familientherapie entfernt haben und in der Praxis kaum noch mit vollständigen Familien arbeiten. Diese finden ihre berufliche Identität in Variationen einer *systemischen Haltung*, und sie verstehen Systemische Therapie als Umsetzung dieser Haltung in die psychotherapeutische Praxis. Sie lasten weder direkt noch indirekt den Familien an, psychische Erkrankung zu verursachen, und sie arbeiten genau so gern und fundiert mit einzelnen Menschen wie mit den unterschiedlichsten sozialen Systemen, *unter anderem* auch mit Paaren und Familien. Für diese Arbeitsweise hat sich mittlerweile die Bezeichnung *Systemische Therapie* eingebürgert. Das Kürzel „*systemisch*“ symbolisiert hier eine Bemühung oder Suchrichtung, die der Komplexität menschlichen Lebens und Zusammenlebens gerecht zu sein versucht.

In der modernen Systemischen Therapie geht es wie bei jeder anderen Schule der Psychotherapie um die praktische Anwendung eines Grundverständnisses vom Menschen und dessen Umwelten, also um die praktische Umsetzung eines „Menschenbildes“. Dabei handelt es sich nicht mehr um die Fokussierung auf ein bestimmtes menschliches soziales System, etwa Paar oder Familie, sondern um die verallgemeinerte Anwendung des Denkmodells auf alle im therapeutischen Kontext relevanten Systeme, ob biologische, psychische oder soziale, bzw. auf deren Interrelationen. Von einer systemischen Familientherapie im gegenwärtigen Sinne zu

sprechen, heißt also, von einer speziellen Anwendungsform der Systemischen Therapie zu sprechen.

Theoretischer Rahmen

Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, daß es für alle praktische Zwecke *Realitäten* gibt², anders ausgedrückt: *what is, is, and what ain't, ain't*, und das soll gelten, egal ob es sich um sogenannte harte oder Beziehungsrealitäten, um Gegenstände, Formeln oder Diskurse handelt. Damit soll endlich der Unfug eingeschränkt werden, der mit einer oftmals zu lockeren Übernahme konstruktivistischer Positionen begann und nicht nur manche systemischen Therapeuten zu der Übertreibung verführte, daß man seine Realitäten willkürlich gestalten könne, sondern auch andere veranlaßte, ganze Bände dagegen zu verfassen (z.B. Nüse 1995). Systemische Therapie bekennt sich zwar zu einer konstruktivistischen Position des Erkennens, sie driftet jedoch nicht in das Niemandsland einer Phantasiewelt ab, wo Willkür und Beliebigkeit herrschen. Beliebigkeit beinhaltet ohnehin nicht viel mehr als eine Form des Beobachtens (Unterscheidens), die sich dem Nachvollzug durch andere entzieht und schon deshalb nicht als Begründung für irgendeine Praxis dienen kann; als solche darf sie getrost den Gurus und anderen Hellsehern überlassen werden.

Im Hinblick auf die Belange der Psychotherapie erscheint also die Frage, ob es von Beobachtern unabhängige Realitäten gibt oder nicht, weit weniger interessant als jene, wie man zu Realitäten überhaupt gelangt und welche Folgen sie für uns haben. Die erste dieser Fragen - sie verweist unvermeidlich reflexiv auf die Beobachter und deren Diskurse zurück - gehört eigentlich in den Bereich der Erkenntnis- und Wissenstheorie und wird hier nicht weiter beachtet. Es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß die Beschäftigung mit dieser Frage, spätestens seit den Schriften Gregory Batesons (1980, 1982) ungemein wichtige Veränderungen zur Folge hatte. Der Betrachtungsfokus wurde von ontologischen „Gegebenheiten“ (Ätiologien, Krankheiten, Störungen, Diagnosen usw.) auf das interessantere Thema verschoben, nämlich die Möglichkeiten und Grenzen von Veränderung theoretisch und praktisch auszuloten. Dieser Wandel erwies sich theoretisch als enormen Gewinn an Multiperspektivität und für die Praxis als Stärkung der Handlungsflexibilität. Die zweite Frage betrifft indes die Folgen, die bereits entstandene Realitäten für uns Menschen haben; diese Frage ist allerdings von größter Relevanz für den psychotherapeutischen Diskurs und für die Praxis.

Was heißt „systemisch“?

Die Antwort auf die Frage, was „systemisch“ im Rahmen der Psychotherapie heißt, fällt nach wie vor alles andere als eindeutig aus. Das Spektrum der Antworten erstreckt sich von einer diffusen Bezugnahme auf undifferenzierte Ganzheits- und Systemkonzepte bis hin zu elaborierten wissenschaftlichen Programmen, die je nach Standpunkt, erkenntnis-, system-, chaostheoretische o.ä. Positionen bevorzugen.

² Dieser Satz lehnt sich locker an jenen so irritierend rezipierten Satz an, mit dem Niklas Luhmann das erste Kapitel seines Monumentalwerkes über soziale Systeme beginnt: „Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, daß es Systeme gibt“ (1984: 30).

Schaut man sich um in den Annoncen auf dem Psychomarkt oder in den Broschüren von relevanten Institutionen, trifft man zur Zeit auf einen regelrechten Boom „systemischer“ Angebote der unterschiedlichsten Art. Das hat manchen Kritiker des systemischen Ansatzes irregeführt und zu unpassenden Stellungnahmen verleitet. Um einer solchen Verwirrung von vornherein vorzubeugen, expliziere ich hier meinen Standpunkt wie folgt: *Systemisch* kennzeichnet eine spezifische Art des Umgangs mit Komplexität; *systemisches Denken* bezeichnet eine allgemeine Denkweise, die mit der Komplexität menschlicher Existenz komplexitätsgerecht umzugehen versucht. Systemisches Denken bezeichnet mithin auf der Basis eigener Voraussetzungen und Ableitungen eine Denkkultur oder Denkhaltung mit universellem Anspruch. Der Mensch wird dabei als untrennbar biologisches und soziales Wesen betrachtet; dessen Beschränkung auf nur eine dieser Komponenten wird als unnötiger Reduktionismus (Biologismus, Soziologismus) abgelehnt.

Biologische Grundlagen. Biologisch gesehen, führt systemisches Denken auf der Basis neurobiologischer Modelle jede Existenzbehauptung und jede Weltbeschreibung auf Prozesse des *Beobachtens* (Unterscheidens) zurück. Systemisches Denken kommt somit ohne metaphysische Annahmen über das *An-sich* von Realitäten aus, sondern es bescheidet sich vielmehr auf die Realitäten, die Menschen (Beobachter) im Verlauf ihres Lebens im unentrinnbaren kommunikativen Miteinander mit anderen Menschen hervorbringen, das sind: Erfahrungen, Beobachtungen, Beschreibungen, Erklärungen. *“Alles Gesagte wird von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt”*, heißt es bei Humberto Maturana (1982:139). "Beobachter" meint hier ein Lebewesen, der Unterschiede erzeugt und diese kommunikativ in Beschreibungen umsetzt. Die Unterscheidungen des Beobachters bilden die einzig mögliche Realität, zu der er Zugang hat. Deshalb haben die Unterscheidungen von Beobachtern für alle praktischen Zwecke den Charakter des Realen: *“Realität ist ein Bereich, der durch Operationen des Beobachters bestimmt wird”* (Maturana, 1982:264). Dementsprechend wird das traditionelle Wahrheitskriterium der Objektivität als Übereinstimmung von Erkenntnis und Objekt zugunsten von Nutzenerwägungen des Erkennens aufgegeben.

Soziale Grundlagen. Soziologisch gesehen, wertet systemisches Denken neben der biologischen Ausstattung des Menschen dessen Sprachlichkeit als konstitutiv und führt deshalb jede Existenzaussage auf Kommunikation zurück. Die sonst hinderliche Gegenüberstellung von Individuum und Kollektiv wird aufgegeben und durch das Postulat abgelöst, daß Menschen auf unauflösbare Weise zugleich biologisch-individuelle und sozial-kommunikative Wesen sind (*zoon politikon*). Die oben erwähnte Behauptung, daß alles Gesagte - also alles Bezeichnete und so Existierende - von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt wird, beinhaltet, daß Menschen als sprachliche (genauer: "linguierende", vgl. Ludewig 1992) Wesen nur in menschlicher Gemeinschaft denkbar sind. Beobachten als Unterscheiden in-Sprache erweist sich als *sozialer Prozeß*, der die Existenz einer Gemeinschaft bzw. einer Kultur erfordert, in der die überdauernden Bedingungen für erfolgreiches Konsensualisieren - Bedeutungen, Normen, Sitten usw. - gepflegt und tradiert werden.

Systemisches Prinzip. Systemisches Denken befaßt sich mit Systemen und deren Umwelten. Mit Blick auf den Menschen befaßt es sich mit dessen charakteristischen

intersystemischen Komplexität (bio-psycho-soziale Identität). Unter Verwendung eines differenztheoretischen Schemas im Sinne Luhmanns (z.B. 1984) läßt sich menschliche Existenz am wechselseitigen Konstituierungsverhältnis von Individuum und Gemeinschaft festmachen, also am rekursiven Verhältnis von *<Ich/Du ↔ Wir>*. "Wir" meint hier die Einheit der Differenz, die Menschen zwischen sich und anderen erzeugen, um sich selbst und den anderen als „Ich“ und „Du“ hervorbringen zu können. "Ich" als Bündelungspunkt für all das, was das Subjekt von anderen unterscheidet, resultiert aus dem unterscheidenden Vergleich mit einem anderen „Ich“ (Du), dem prinzipielle Gleichartigkeit (Ichhaftigkeit) zugeschrieben wird. Ich und Du bringen sich durch Operationen des Beobachtens im Verlauf sozialer Begegnungen (Kommunikation) gegenseitig hervor und sind sich daher wechselseitig Bedingung für die Existenz (Unterscheidung, Beobachtung) des jeweils anderen. Das "Wir", ein *soziales System*, ist sowohl Bedingung als auch Ergebnis dieser wechselseitigen Unterscheidungen. Somit beinhaltet "Wir" als Gemeinschaft die Bedingung der Möglichkeit für Individualität und so für die menschliche Seins- und Lebensweise schlechthin. Darin, daß der Mensch erst mindestens zu zweit Mensch werden und bleiben kann, erweist sich das *Systemische* am systemischen Denken; das nenne ich das *systemische Prinzip*.

Heinz von Foerster (1987) hat diesen Doppelbezug menschlicher Erkenntnis auf die Differenz zweier komplementärer Postulate gebracht: *Selbständigkeit* und *Einbezogenheit*. Beobachter sind danach als lebende Organismen autonom und unausweichlich *selbst*-ständig, zugleich aber als beobachtende Organismen immer Teil ihrer Beobachtungswelt, also einbezogen. Ähnlich argumentiert Maturana (1990), der den Beobachter als zugleich biologisches und linguierendes System konzipiert.

KLINISCHE THEORIE

Systemisches Denken legt es nahe, Gegenstand und Methode der Psychotherapie konzeptgemäß neu zu bestimmen und unter Beachtung einer sauberen „logischen Buchhaltung“ (vgl. Maturana & Varela 1987; Ludewig 1986) in den Bereich der Kommunikation anzusiedeln. Dort liegt nichts Substantielles vor, was mit dem Organismus, geschweige denn mit Mechanismen, vergleichbar wäre. Es liegt daher keine Notwendigkeit vor, klassifizierende, auf den Umgang mit der dinghaften Welt eingestellte Maßnahmen und Zuordnungen vorzunehmen. Im Übergang vom Stofflichen zum Kommunikativen erwies sich m.E. das eigentlich Revolutionäre am Projekt Systemische Therapie: Zum einen wurde der *kommunizierende Beobachter* (oder wie man auch immer diese Denkfigur nennen mag) aus erkenntnistheoretischen Gründen an zentrale Stelle gesetzt, zum anderen wurden jene Phänomene, die zum Beginn einer Therapie führen, ebenfalls kommunikationstheoretisch aufgefaßt (vgl. z.B. Ludewig 1992). Das An-sich der Welt verlor seine bestimmende Bedeutung; an deren Stelle wurde die Verantwortung der erkennenden Kommunizierenden (bzw. kommunizierenden Erkennenden) betont. Die traditionelle, einseitige Einbindung der Psychotherapie in den Bereich des Stofflichen und Organischen konnte durch eine Sichtweise ersetzt werden, welche die biologischen Bedingungen einschließlich der kognitiven und emotionalen Prozesse als Voraussetzung für Psychotherapie - als Umwelt im Sinne Luhmanns (1997) - anerkennt, Psychotherapie selbst aber als

Kommunikation auffaßt und in den sozialen Phänomenbereich verortet. Vor diesem programmatischen Hintergrund behandle ich im Folgenden einige der Fragen und Probleme, mit denen die konzeptionelle Erarbeitung einer systemischen klinischen Theorie konfrontiert war und diskutiere einige der derzeit vorgeschlagenen Antworten.

Die Ausgangslage: Das Therapeutendilemma

Psychotherapeuten sind im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit mit einem paradoxen 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*. Psychotherapeuten wissen zwar im allgemeinen, daß sie nicht in der Lage sind, menschliche Prozesse exakt zu diagnostizieren und gezielt zu bestimmen bzw. vorherzusagen, dennoch wird immer wieder versucht, Psychotherapie mit Hilfe von methodischen Vorgaben, die auf den physikalischen Umgang mit Billardkugeln ausgerichtet sind, zu erforschen und zu verstehen; obiges Dilemma wird als „Störvariable“ ignoriert. Systemische Therapie nimmt sich hingegen dieses Dilemmas an und macht es zum Ausgangspunkt aller Überlegungen. Das Dilemma erwächst aus der Undurchschaubarkeit, Nicht-Instruierbarkeit und Selbstreferentialität psychischer und sozialer Systeme. Die Folge heißt, auf exaktes Diagnostizieren, kausales Intervenieren und Vorhersagen zu verzichten. Anstelle einer „objektiven“ Indikationsstellung muß die subjektive Problemdefinition des Hilfesuchenden akzeptiert werden; anstelle von kausalen Interventionen kommen „passende“ Interventionen zum Einsatz; anstelle von gezielten Kommunikationsstrategien muß darauf vertraut werden, daß therapeutische Dialoge förderlich und heilsam sein können. Mit anderen Worten: Systemische Konzepte zielen nicht auf die kausale Veränderung des Erlebens oder Verhaltens von Klienten, sondern vielmehr auf die Mitgestaltung einer Kommunikation, die geeignet ist, die Veränderung der Klienten gemäß ihren Wünschen und Möglichkeiten zu erleichtern.

Der Gegenstand: ein systemischer Prozeß

Gegenstand einer jeden Theorie der Praxis sind solche Sachverhalte, die Anlaß für die Ingangsetzung 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 selbsterhaltenden Kommunikationsprozeß sprechen wir von einem *Problemsystem*. Die Menschen, die das Problemsystem tragen, können alsdann im Rahmen einer anderen

Kommunikation feststellen, daß sie aus eigener Kraft nicht imstande sind, das Problemsystem aufzulösen und deshalb professionelle Hilfe benötigen. Durch diese neue Kommunikation mit dem Thema, passende Hilfe zu finden, entsteht ein neues soziales System, ein *hilfesuchendes System*. Bei der Begegnung mit einem Professionellen geht es dann um die Zuweisung der Hilfesuchenden zu geeigneten Helfern (Clearing, Plazierung); es bildet sich ein *unspezifisches Hilfssystem*. 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 1999c). Hier werden konkrete Hilfen zur Bewältigung des Problems ausgelotet und eingesetzt.

Von Störungen und Lösungen.

Die neueste Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO, die ICD-10, war von der Absicht geleitet, „atheoretisch“ den umstrittenen Krankheitsbegriff der Psychiatrie durch das Störungskonzept zu ersetzen. Das mag innerhalb der psychiatrischen Tradition ein revolutionärer Schritt sein, im systemischen Kontext verdient jedoch diese Umstellung eine nähere Betrachtung. Denn, was bedeutet nun "Störung"? Nach dem Wörterbuch: Ablenkung, Unterbrechung, Hemmung bzw. eine irgendwie hervorgerufene Beeinträchtigung. Das sind allesamt Begriffe, die eine Abweichung von einer sonst normalen Funktionsweise implizieren. Um also eine Störung zu erkennen, muß ein Wissen über den sonst ungestörten Ablauf vorliegen. Dies dürfte ein geringes Problem sein, wenn es sich um Mechanismen handelt, denn selbst bei komplexen Maschinen ist deren Aufbau und Arbeitsweise prinzipiell bekannt. Bei nicht-trivialen Maschinen im Sinne von Foersters (1985) ist dies schon komplizierter. Solche Systeme können sich im Lauf der Zeit im Aufbau und Ablauf auf eine Weise verändern, die weit vom ursprünglichen Konstruktionsprinzip liegt. Die biologischen Systeme gehören zu diesen "Maschinen", und sie setzen sich zudem aus verschiedenen, komplex und rekursiv miteinander interagierenden Elementen und Subsystemen zusammen. Weder eine präzise Kenntnisse über deren prinzipiellen Aufbau noch eine präzise Beobachtung ihrer Arbeitsweise versetzen in die Lage, zu einer gegebenen Zeit den aktuellen Zustand des Systems exakt zu erfassen. „Störungswissen“ kann hier auf nicht mehr als auf statistischen Plausibilitäten aufbauen. Daher kann bei diesen Systemen weder die klare Feststellung einer etwaigen Störung noch die einfache Durchführung einer Reparatur erwartet werden.

Was heißt andererseits "Lösung" bzw. "Lösungswissen"? Es liegt wohl auf der Hand, daß Lösungen nur im Zusammenhang mit Problemen auftreten können. Eng gesehen, landen wir hier schnell bei den formalen Wissenschaften. In der Mathematik sind es Gleichungen, in der Logik Syllogismen, die es zu lösen gilt. Probleme dieser Art haben aufgrund ihrer Formulierung meistens eine einzig richtige Lösung; sie tragen, sozusagen, ihre Lösung in sich. Im Bereich menschlichen Erlebens und menschlicher Interaktionen dürfte es nichts Entsprechendes geben. Die Rede von Problem und Lösung im Bezug auf psychische und soziale Systeme verdanken wir dem angelsächsischen Sprachgebrauch. Dort hat man "problems", und man strebt nach "solutions". Im Deutschen hat sich diese Redensart - wohl oder übel - ebenfalls etabliert. Man spricht zum Beispiel in der Systemischen Therapie von Problemen, Lebensproblemen, Problemsystemen, dementsprechend auch von Lösungen.

Persönlich bin ich mit dieser Diktion nicht besonders glücklich. Sie suggeriert, daß Menschen Probleme "haben", die man auch "lösen" könne - wie man eine Psychose oder ein Fahrrad haben kann (vgl. Simon (1990). Unter Verwendung einer zum sozialen Phänomenbereich passenderen Diktion, müßte es heißen, daß Menschen imstande sind, Probleme zu *machen*, sie also intrapsychisch und/oder kommunikativ zu erzeugen und zu reproduzieren. Diese Art von Problemen, die aktiv erzeugt und reproduziert werden, kann definitionsgemäß nicht lösbar, geschweige denn, heilbar sein. Solche Probleme können bestenfalls beendet werden. Lebensprobleme können an Aktualität verlieren und vergessen werden; Problemsysteme lösen sich auf, wenn sie nicht weiter reproduziert werden (vgl. Ludewig 1992). Anders verhält es sich mit dem Konzept der *Lösungsorientiertheit* (vgl. de Shazer 1985). Damit ist eine Haltung angesprochen, die sich nicht im Stellen spezifischer Fragen erschöpft, sondern auf optimistische und zukunftsorientierte Weise von einem unmäßigen Wühlen in den Problemkonstruktionen der Klienten ablenkt und statt dessen auf Ressourcen und andere hilfreiche Aspekte aufmerksam macht.

Probleme: Entstehung und Verwindung

Hat man die in Analogie zur dinglichen Welt formulierte Position verlassen, daß Probleme auf Defizite, Mängel oder sonstige Unzulänglichkeiten zurückgehen, öffnen sich Möglichkeiten, sowohl die Probleme, die Menschen erzeugen und reproduzieren, als auch die Prozesse, die deren *Verwindung*³ zur Folge haben, als Kommunikationen aufzufassen. Bei allem Verständnis für die Faszination, die systemtheoretische Modelle aus den formalen und Naturwissenschaften wie Synergetik, Chaostheorie, Theorie nicht-linearer Dynamik und Selbstorganisationstheorie auf systemische Forscher ausüben (vgl. Schiepek & Strunk 1994, Tschacher 1990, Tschacher et al. 1992), setzt die Übertragung dieser Modelle auf psychische und soziale Systeme den Einsatz von Analogien bezüglich Kontrollparameter, Attraktoren usw. voraus, die weder theoretisch noch empirisch überzeugend und phänomengerecht anmuten (vgl. Strunk 1998). Anders verhält es sich zum Beispiel bei Jürgen Kriz (1997), der das Verhältnis von Ordnung und Chaos als Denkmatrix verwendet, um soziale Phänomene ohne Verletzung deren Struktur zu untersuchen. Meines Erachtens bietet die Theorie sozialer Systeme von Niklas Luhmann (1984) einen ausgesprochen geeigneten Zugang zur Erklärung menschlicher Probleme, ohne auf phänomenferne Analogien zu greifen.

Luhmann (z.B. 1984, 1997) zufolge verarbeiten Systeme nur Eigenzustände; Veränderungen werden also nicht kausal von außen bewirkt. Systeme ordnen sich intern, sind operational geschlossen. Das sichert die Differenz System/Umwelt als Komplexitätsgefälle, wobei das System seine gegenüber der Umwelt geringere Komplexität durch höhere interne Ordnung ausgleicht. Soziale Systeme bilden sich autonom und auf der Basis eigener elementarer Operationen der Sinnstiftung und -wahrung. Soziale Systeme beruhen auf Ereignissen (Kommunikation) und finden

³ „Verwinden“ meint im postmodernen Verständnis, daß altes Wissen anders als in der auf Fortschritt ausgerichteten Moderne nicht durch neues Wissen gänzlich abgelöst oder überwunden, sondern in der Regel ergänzt bzw. ersetzt wird. Dabei tritt das aktuell Verwundene in den Hintergrund oder es wird inaktiv, jedoch nicht ausgelöscht (vgl. Vattimo 1990).

daher nur in der Zeitdimension statt. Die Grenzen eines sinnhaften Systems erweisen sich als Sinn Grenzen. Das Grundproblem sozialer Systeme liegt darin, daß beide Parteien einer sozialen Interaktion doppelte Kontingenz erfahren: Jeder von ihnen kann so oder anders handeln und verstehen, und beide wissen es. Jedes Anschließen an das Handeln des Anderen muß angesichts dieser nie gänzlich unüberwindbaren Ungewißheit Risiken in Kauf nehmen. Risiken werden durch das riskante Angebot zur Kommunikation überwunden, und dabei gibt es keine Alternative zum Vertrauen. Wer aus Mißtrauen jedes Risiko meiden möchte, kann nicht überleben.

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 Erwartungsstrukturen, 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 Erwartung, lieber ein Spatz in der Hand als eine Taube auf dem Dach; lieber das Problem fortzuführen und das bekannte Leid auf sich nehmen, als Veränderungen mit ungewissem Ausgang zu wagen. Andererseits ist jeder Versuch, diesen problemerhaltenden Prozeß aus dessen Struktur heraus zu verändern, insofern erschwert, als das Problem eben das ist, was diesen Prozeß unterhält - das Thema interner und/oder interaktiver 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.

Eine auf dieses Verständnis eingestellte Therapie legt es nahe, daß der Therapeut durch geeignete empathische Aktivitäten zur Entstehung eines tragfähigen sozialen Milieus beiträgt, in dem sich der Klient genügend sicher fühlt, um Wagnisse einzugehen. Der Therapeut muß gegenüber seinem Klienten einen „kunstvollen“ Balanceakt zwischen dessen Bestätigung/Würdigung und dessen Förderung/Anregung vollbringen. Der Therapeut würdigt 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 betrachte ich als das Ziel einer Systemischen Therapie, zum „Wechsel der Präferenzen“ bzw. zur „Aufkündigung“ der Mitgliedschaft im Problemsystem anzuregen (vgl. Ludwig 1988a). Dies kann am ehesten durch Besinnung auf Vorhandenes erreicht werden.

Zur Differenz von Lebensproblem und Problemsystem

Problemsysteme. Wie zu Anfang dieses Beitrags festgehalten wurde, lag bis in die Mitte der achtziger Jahre ein Großteil der theoretischen Bausteine vor, aus denen die heutige Systemische Therapie besteht. Die Familie als Grundeinheit psychopathologischen und therapeutischen Denkens hatte abgedankt. Man interagiert als Therapeut nicht mehr mit Menschen oder Systemen, sondern vielmehr als Mitglied eines sozialen Systems, z.B. eines Therapiesystems, mit anderen Mitgliedern desselben Systems⁴. Und doch fehlte etwas Entscheidendes, nämlich eine theoriegerechte konzeptionelle Bestimmung der Anlässe, die Psychotherapien in Gang setzen. Einem der bedeutsamsten "Pioniere" der Systemischen Therapie, Harry Goolishian, war es vergönnt, eine revolutionäre Erneuerung einzuführen: das *problem-determinierte System* (vgl. Anderson et al. 1986, Goolishian & Anderson 1988). Dabei tat er nicht viel mehr als, sozusagen, den Spieß umzudrehen: Nicht soziale Strukturen (Systeme) haben Probleme, sondern es sind Probleme, die soziale Strukturen bilden. Dieses systemisch kohärente Konzept - im Deutschen: *Problemsystem* - half entscheidend bei der Überführung der Systemischen Therapie aus dem Bereich des Stofflichen (Störung, Psychopathologie) in den sozialen Bereich der Kommunikation. In meiner eigenen Verarbeitung dieses Konzepts durch Einbeziehung emotionstheoretischer Aspekte nach Maturana und kommunikationstheoretischer Aspekte nach Luhmann entstand allmählich eine Konzeptualisierung der zur Therapie führenden Probleme, die zum einen genuin systemisch ist, zum anderen diese Phänomene in die Sphäre des Sozialen ansiedelt (vgl. Ludewig 1988a, 1992).

Durch Verwendung des Konzepts Problemsystem entfallen normative Annahmen, so auch Pathologisierungen. Die Themen, die als Problem auftreten, sind prinzipiell beliebig und können jeden Sachverhalt menschlichen Miteinanders betreffen. Für die klinische Theorie sind jedoch nur solche Sachverhalte relevant, die eine spezifische Verhaltens- oder Seinsweise bzw. das Verhalten oder die Seinsweise eines Menschen insgesamt negativ wertend thematisieren, bei dem/den Betroffenen Leiden auslösen und zum Nachsuchen um professionelle Hilfe führen. Der Stabilisierung einer Wiederholungsstruktur ist kennzeichnendes Merkmal eines Problemsystems. Das engt den Spielraum für eventuell ablenkende Kommunikationen immer mehr ein. Jeder wünscht sich das Ende herbei, keiner macht den ersten Schritt. Alle erwarten, daß der jeweils andere als erster einlenkt. Der im Endeffekt hingenommene *status quo* birgt bei allem Leid zumindest die konservative Gewißheit, daß alles beim Alten bleibt. Die Grundbedingungen sozialer Beziehungen - Liebe und Vertrauen - sind nicht erfüllt. Der Dialog, der Risikobereitschaft voraussetzt, ist blockiert. Daher neigen solche Systeme zu einer besonderen Stabilität. Die Kommunikation wird immer ritueller und "trivialer" (monotoner, vorhersagbarer), und das "mehr desselben" spitzt die Lage unerträglich zu. Das kreative Potential von Zufällen und Mißverständnissen kommt nicht zum Zuge; Risikobereitschaft und Vertrauen - zentrale Bedingungen von Kommunikation

⁴ Das „Mitglieds-Konzept“ entstand als Versuch, die Luhmann'sche Theorie sozialer Systeme auf die Besonderheiten der klinischen Theorie anzupassen, ohne den sozialen Phänomenbereich zu verlassen. Ein „Mitglied“ ist ein vom Menschen unterscheidbarer Operator, der Kommunikation trägt und so als Element eines sozialen Systems identifizierbar ist. Mitglieder entstehen und vergehen mit den Kommunikationen, die sie tragen (vgl. Ludewig 1988a, 1992).

schlechthin - bleiben auf der Strecke. Die Aufmerksamkeit fixiert sich aufgrund der involvierten Emotionalität auf das Problem; mögliche Alternativen geraten aus dem Blickfeld. Dennoch verbleiben den Beteiligten zu jeder Zeit - und sei es latent - vom Problem unabhängige Möglichkeiten des Miteinanders. Sonst wäre jede Hilfestellung, also auch eine Systemische Therapie, aussichtslos.

Lebensprobleme. Das Konzept Problemsystem brachte der Systemischen Therapie immense Vorteile; es fand - obwohl häufig nicht korrekt verstanden - breite Akzeptanz im systemtherapeutischen Feld. Erst in letzter Zeit entzündete sich Kritik vor allem daran, daß die ursprüngliche Formulierung Goolishians zu einseitig sprachbezogen war (vgl. Levold 1997). Tom Levold schlug vor, neben dem kommunikativen Aspekt des Problemsystems das intrasubjektive Erleben von Problemen in den Diskurs Systemischer Therapie stärker als bisher zu beachten, das heißt, Problemerkzählung und Problemempfindung zu unterscheiden. Zur Kennzeichnung des subjektiv erlebten Problems verwende ich das Konzept *Lebensproblem* (vgl. Ludewig 1988a, 1992, 1998). In neuerer Auslegung knüpft dieses Konzept an Erkenntnisse der jüngeren Emotionsforschung an und trägt dem Rechnung, daß emotionale Dispositionen eine unerhört wichtige Wirkung auf alle Prozesse menschlichen Lebens haben, so auch auf jene kognitiver und kommunikativer Sinnstiftung (vgl. z.B. Ciompi 1997, Panksepp 1998). Die emotionale Verletzung oder Kränkung eines, mehrerer oder aller Beteiligten an einem Problemsystem - deren jeweilige Lebensprobleme - stellt eine unerläßliche Bedingung für die Emergenz einer Problemmunikation dar. Die Differenz von Lebensproblem und Problemsystem liegt demnach im Kern klinischer Reflexion und bildet eine zentrale Leitdifferenz klinischer Theorie. Diese Differenz erlaubt individuelle und soziale Momente als miteinander verflochtene und aufeinander rekursiv wirkende, jedoch operational unabhängige Elemente zu betrachten. Deren Verhältnis kann - Luhmann (1997) folgend - als eines der strukturellen Koppelung verstanden werden. *Lebensprobleme* definiere ich als subjektiv erlebte Probleme, das heißt, als vom Betroffenen erlittene und daher als veränderungsbedürftig bewertete Phänomene. Lebensproblemen liegt ebenso wie dem Problemsystem eine emotionale Dynamik zugrunde, die sich aus Enttäuschungen, Kränkungen, Mißhandlungen usw. speist und in aller Regel zu Vermeidungsstrategien führt.

Durch Einbeziehung des Lebensproblems handelt man sich allerdings ein weiteres konzeptionelles und praktisches Dilemma ein. Denn Problemsysteme sind durch Beobachtung rekonstruierbar, während Lebensprobleme nur durch Intuition, Empathie, Introspektion oder Interaffektivität (sog. Übertragung/Gegenübertragung) zu erschließen sind. Die Erweiterung der systemischen klinischen Theorie auf intrapsychische Verhältnisse erweist sich daher als riskant, deren Ignorierung hingegen als noch problematischer, da unnötig einschränkend. Ein angemessener Umgang mit Lebensproblemen, deren Entstehungs- und Auflösungsbedingungen, erfordert eine Kommunikation, welche die Innerlichkeit der Beteiligten thematisiert und nach passender Sinnggebung sucht. Daher mündet die Differenzierung von Lebensproblemen in der Praxis in den ethischen Appell, Wege zu suchen, um die Menschen, die isoliert oder zum Schweigen verurteilt leben, zur Aufnahme einer hilfreichen Kommunikation zu verhelfen.

Therapeutische Beziehung: Kognition, Emotion, Interaktion

Grawe et al. (1994) sowie Orlinsky, Grawe u. Parks (1994) folgern aus ihren umfangreichen Metaanalysen, daß die Qualität der therapeutischen Beziehung (*therapeutic bond*) ein wichtiger Indikator für eine gute und erfolgreiche Therapie ist. Diese Qualität erweist sich daran, daß der kompetent erlebte Therapeut eine emotional klare, sichere und belastbare therapeutische Beziehung mitgestaltet. Dies verwirklicht Systemische Denken in besonderem Ausmaß. Sie zielt nicht in erster Linie auf die kausale Veränderung des Klienten, sondern darauf, günstige Randbedingungen für die selbstorganisierte Veränderung des/der Klienten, also eine hilfreiche therapeutische Beziehung mitzugestalten. 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, dem Klienten bei der Formulierung seines Anliegen zu helfen und mit ihm einen daraufhin eingestellten Arbeitsauftrag zu vereinbaren. Diese beiden methodischen Vorgaben sollen helfen, ein Klima zu schaffen, das von empathischer Annahme und zugleich vertrauenerweckender Zielgerichtetheit geprägt ist. Neben dem natürlichen Interesse an kognitiv Verwertbarem, ist der systemische Therapeut vor allem bemüht, ein kooperationsstiftendes, emotional günstiges Klima mitzugestalten. Gerade letzteres trägt beim Klienten dazu bei, sich soweit gesichert zu fühlen und so zu erlauben, gegen die stabilisierte Wiederholungsstruktur des/der Probleme zu verstoßen und die für Veränderung notwendigen Risiken einzugehen. Bei der Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses erscheint es sinnvoll, drei orientierende Kriterien zu berücksichtigen: Nutzen im Hinblick auf das Ziel, Schönheit im Hinblick auf die Wahl der Interventionen und Respekt im Hinblick auf den Umgang mit den Klientinnen und Klienten (vgl. Ludewig 1988b).

Expertentum und Nicht-Wissen

Seit einigen Jahren ruft im systemischen Feld die Gegenüberstellung von Expertentum und Nicht-Wissen Spannungen hervor. Die einen behaupten, daß systemische Praxis von einer Position des Nicht-Wissens auszugehen habe, zumal jedes Expertentum eine ethisch nicht vertretbare Asymmetrie zum Klienten schafft und einem übermäßigen Interventionismus Vorschub leistet. Die anderen entgegnen, daß Wissen und Erfahrung nicht beliebig ablegbar sind. Therapeuten sollten der absurden Forderung, nicht zu wissen, widerstehen und ihr professionell erworbenes Wissen aktiv im Dienst effizienter Therapie stellen. In der systemischen Therapie werden diese Extreme vertreten von Verfechtern hermeneutischer und narrativer Ansätze auf der einen Seite und der pragmatischen Ansätze auf der anderen. Harry Goolishian (vgl. Anderson u. Goolishian 1992), der nach eigenen Aussagen - ganz nordamerikanisch - immer „*on the edge*“ (in vorderster Linie) sein wollte und weder sich noch anderen Ruhe gab, forderte noch zu Lebzeiten, daß der Helfer sich als Dialogpartner seiner Klienten betrachten sollte, zumal dessen Fachkompetenz allenfalls darin liege, „Manager“ oder „Architekt“ eines förderlichen Gesprächs zu sein. Am anderen Extrem dieser Dimension wird etwa von Haley, Minuchin und den Mailändern eine aktive, strukturierende Teilnahme des Helfers gefordert. Systemisch gesehen wäre man besser beraten, dieses hinderliche Entweder-Oder durch ein Sowohl-als-auch zu

ersetzen. Denn Expertentum muß nicht viel mehr bezeichnen als ein Profil von Fähigkeiten, das von jedem professionellen Spezialisten berechtigterweise gefordert werden kann, eben ein vertretbares Maß an professioneller Kompetenz. Das Gegenteil wäre wohl freundliche, amateurhafte Ignoranz?

Vom Problem zum Anliegen und Auftrag

Die Frage nach den Anlässen - Problemen -, die zur Aufnahme einer Therapie führen, birgt im systemischen Denken insofern Gefahren, als sie leicht zu einem Rückfall in Denkkategorien physikalischer und organischer Sachverhalte verleiten: Zwangsläufigkeit, Kausalität, Linearität u.ä.m.. Betrachtet man andererseits psychische und soziale Phänomene 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 Sinnstiftens und beinhalten keine konstanten, invariablen Größen. In der problemorientierten Arbeitsweise früherer Familientherapie wie z.B. Jay Hales (1977) war die Erkundung des präsentierten Problems unerlässlicher Bestandteil zu Anfang einer Therapie. Im Zusammenhang mit der lösungsorientierten Arbeitsweise späterer Therapeuten wie Steve de Shazer (1988) verbreitete sich eine starke Skepsis gegenüber dem sog. „*problem-talk*“. Steve de Shazer schloß an Haley u.a. an und stellte die Hypothese auf, daß die Lösung eines Problems nicht notwendigerweise mit der Struktur des Problems korrespondiert. Dies gepaart mit den ebenfalls in den achtziger Jahren aufkommenden Konzepten des problem- und lösungsdeterminierten Systems nach Harry Goolishian führte die Systemische Therapie - zumindest in der Theorie - zu einer radikalen Abkehr vom Problem und dessen Erkundung. Man interessierte sich nun für das *Anliegen*, das heißt, für die Vorwegnahme des Zustands nach Überwindung des Problems. Die Familien - so habe ich es tatsächlich vor einigen Jahren erlebt - hatten sich noch nicht einmal die Mäntel ausgezogen, da war man als Therapeut dabei, sie zu fragen, woran sie nach der Sitzung merken würden, daß diese erfolgreich war. Man begeisterte sich daran, Lösungen anzuregen statt Probleme zu erfragen. Mitte der neunziger Jahre hatten sich die Verhältnisse wieder beruhigt, und man erwischte sich zuweilen dabei, das Problem interessiert zu erkunden.

Die Zeiten technizistischer Reinheit sind wohl vergangen und man interessiert sich neuerdings für alles, was dem eigentlichen Ziel Systemischer Therapie entspricht, nämlich auf nützliche, ästhetische und respektvolle Weise Randbedingungen für den therapeutischen Prozeß mitzugestalten (vgl. Ludewig 1988b). Damit soll es den Klienten (Kunden, Kundigen) erleichtert werden, die problembedingte Erstarrung aufzugeben und Alternatives zu probieren. Das Vorgehen wurde flexibler; je nach Lage der Dinge wird zuerst das Problem erkundet oder die Anliegen mitformuliert oder direkt von vornherein interveniert. Als richtungsgebende, jedoch nicht vorschreibende Orientierung dient die Sequenz: *vom Problem zum Anliegen und zur Vereinbarung eines Auftrags*. Die Unterscheidung vom Anliegen und Auftrag betrachte ich nach wie vor als Leitdifferenz für die Praxis. Sie hilft, zwischen dem, was die Klienten wünschen und dem, was sie gemeinsam mit dem Therapeuten vereinbaren, zu unterscheiden. Deren Verwechslung ist hingegen häufig Thema für Supervisionen. Anders als das frei formulierbare Anliegen beinhaltet der implizit oder explizit vereinbarte *Auftrag* eine

gemeinsam ausgehandelte, operable Bestimmung dessen, worum es in der Therapie gehen soll. Der Auftrag als Thema des gemeinsamen therapeutischen Systems bildet die (Sinn)Grenze des Bereiches, in dem wir ermächtigt werden, uns einzumischen, sprich: zu intervenieren. Er liegt dem therapeutischen Kontrakt zugrunde (vgl. auch Loth 1998). Dennoch gewährleistet eine noch so vorsichtig und präzise getroffene Vereinbarung nicht, daß sie immer eingehalten wird, vor allem wenn narrative Elemente einbezogen werden und das Interesse für das *Ungesagte* geweckt wird. Da hilft nur noch Multiperspektivität, Behutsamkeit und aufrichtige Selbstreflexion.

Systemische Diagnostik - eine Überlebensdiagnostik?

In einer ersten Annäherung an eine systemische Diagnostik, die weder einem neu gekleideten Objektivismus noch einem berufspolitischen Opportunismus verfällt, sich aber zugleich mit keiner noch so elegant wirkenden Unverbindlichkeit herausredet, wähle ich eine Haltung, die sich mit dem Begriff "Überlebensdiagnostik" fassen läßt. *Überlebensdiagnostik* zielt auf die Erkundung und Nutzung aller jener Ressourcen, die dem Klienten ermöglicht haben, sein bisheriges Leben mindestens insoweit zu meistern, als er noch lebt. Das gilt auch für soziale Systeme. Bei Paaren und Familien wird erkundet, was sie alles neben dem Problem an Interaktionen erlebt haben und derzeit erleben. Gerade solche Ressourcen sollen im Rahmen der Therapie aktiviert werden. Der gegenwärtige Zustand eines jeden Systems, ob in biologischer, psychischer oder sozialer Hinsicht, folgt im Sinne der operationalen Schließung von Systemen auf vergangene Zustände des gleichen Systems. Dies bedeutet aber nicht, daß frühere Zustände den gegenwärtigen Zustand auf einfache Weise determinieren. Denn gerade lebende und sinnverarbeitende Systeme können sich kraft ihrer Eigendynamik und Autonomie jederzeit in die Lage versetzen, selbstorganisierende Wandlungen innerhalb ihrer strukturellen Möglichkeiten zu durchlaufen. Das Interesse an den Bedingungen, die das Überleben ermöglicht haben, knüpft vorrangig an zwei für die Therapie relevante Aspekte an: Die Aufmerksamkeit der Klienten wird zum einen auf deren Ressourcen gelenkt, so daß sich die eng geschlossene Dynamik, die das Problem aufrechterhält, öffnen kann. Zum anderen bietet eine am Überleben interessierte Exploration vielfältige Möglichkeiten an, um von Anbeginn der Therapie feststehende Setzungen, hinderliche Überzeugungen und den Glauben an Zwangläufigkeiten mittels geeigneter Fragen aufzuweichen. Auch eine Problemerkundung kann hier ihren Platz haben. Nebenher verdeutlicht diese Einstellung dem Klienten Interesse an seiner Person und trägt so zum Entstehen eines günstigen Arbeitsklimas bei.

Aufgaben des Therapeuten: Würdigen und Anregen

Der systemisch ausgerichtete Helfer trägt, ohne kausal wirken zu können, günstigenfalls zur Entstehung eines sozialen Milieus, etwa eines Therapiesystems, bei, das geeignet ist, damit die "Kunden" sich gemäß ihren Möglichkeiten und Wünschen verändern können. So gesehen, hat der systemische Therapeut im wesentlichen zwei allgemeine Aufgaben zu erfüllen:

- Dem/den Klienten zu helfen, ein zukunftsbezogenes, realisierbares Anliegen an die Therapie zu formulieren, damit dies als Grundlage für die Vereinbarung eines Auftrags dienen kann.

- Durch geeignete konversationale Maßnahmen, einen auftragsbezogenen, "kunstvollen Balanceakt" zu vollbringen zwischen der Würdigung (Bestätigung, Anerkennung) des Bestehenden und einer angemessenen Anregung (Intervention) zur Veränderung.

Das erstere, die Würdigung, fördert Vertrauen und Kooperation und so auch bei den Kunden die Bereitschaft, die ritualisierte Wiederholungsstruktur der leidvollen Problemmunikation zu verlassen und das Wagnis einzugehen, Neues zu probieren. Dies betrachte ich als unerläßliche Bedingung für das Gelingen der Therapie. Der zweite Aspekt, das Anregen (früher: verstören), zielt darauf, die angestrebten Veränderungen durch das Angebot öffnender Alternativen zu fördern. Beide Aufgaben schaffen gemeinsam günstige Randbedingungen für einen hilfreichen "Wechsel der Präferenzen" beim Kunden: Leidvolles durch Angenehmeres zu ersetzen. Das dient der Auflösung der Problemmunikation und dem Verwinden des Problems. Als Orientierung für die Praxis in Form einfacher Merksätze hat es sich als günstig erwiesen, 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen zu beachten, die an anderer Stelle veröffentlicht wurden (vgl. Ludewig 1987, 1992).

Technisches Vorgehen

Systemische Therapie beansprucht es nicht, eine neue Technologie für die therapeutische Arbeit vorzulegen. Als Umsetzung einer Denkweise in die Praxis kann sich der systemische Therapeut problemlos der verschiedenen Techniken bedienen, die von anderen Schulen in den letzten hundert Jahren entwickelt wurden, sofern sie zum Fall „passend“ sind und im Einklang mit seinem Denken stehen. Abgesehen davon hat die Systemische Therapie spezielle Techniken erarbeitet, die ihren spezifischen Zielsetzungen entsprechen. Es handelt sich im wesentlichen um Techniken, die den Konversationsprozeß der Therapie gestalten helfen: Zirkuläres Fragen (einschließlich aller Fragen, die Form und Bestand des Systems betreffen), Konstruktives Fragen (einschließlich aller Fragen, die sich auf Zukunft und Lösung beziehen), Reflektieren (einschließlich des Reflecting Teams in allen Variationen), Kommentieren (einschließlich mancher Abschlußinterventionen) und Empfehlen (einschließlich der Hausaufgaben und anderer Maßnahmen für das Intervall zwischen den Sitzungen). Darüber hinaus verwendet man Techniken, für die die Anthropologie Pate gestanden hat und zum Ziel haben, einseitige Schuldzuweisungen zu vermeiden (vgl. das Externalisierungskonzept nach Michael White 1995). Außerdem sind an die Linguistik angelehnte Techniken entstanden wie das Dekonstruieren und der Umgang mit Metaphern. Genauer hierzu erfährt man in den gängigen Lehr- und Grundlagenbüchern (z.B. Ludewig 1992, von Schlippe und Schweitzer 1995, Schiepek 1999). Eine kurze und prägnante Aufzählung von Handlungsweisen findet man bei Schweitzer (2000).

Evaluation: Störungs- oder auftragsbezogen?

Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung haben gezeigt, daß Psychotherapie, unabhängig von den jeweiligen Methoden, im allgemeinen als hilfreich gelten kann, wobei „unspezifische“ Faktoren wie die Patient-Therapeut-Beziehung eine große Rolle

spielen (vgl. z.B. Smith, Glass und Miller 1980, Seligman 1995, Hubble et al. 1999). Im Hinblick auf den empirischen Nachweis ihre Effektivität, blieb die Familientherapie nach Meinung ihrer Verfechter weit hinter den eigenen Ansprüchen zurück. Dennoch gibt es genügende empirische Hinweise für die Wirksamkeit der Familientherapie insbesondere bei Problemen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten, die ganze Familie betreffen oder eigentliche Beziehungsprobleme sind, als gesichert erscheinen lassen (vgl. u.a. Bommert et al. 1990, Shadish et al. 1995, Schiepek 1999).

Das Projekt wiederum, systemische Therapien „systemisch“, also in Übereinstimmung mit den Prämissen systemischen Denkens zu bewerten, erweist sich als schwieriges Unterfangen. Man kann auf vorhandene Modelle und methodische Instrumentarien nicht ohne weiteres zurückgreifen und Passenderes liegt noch nicht in überzeugendem Umfang vor (vgl. Kriz 1991, Schiepek 1999). Einen ersten Schritt in Richtung auf eine adäquate Evaluation systemischer Therapien gab Jay Haley (1977). Er verstand „Symptome“ als kommunikative Handlungen, die nur im jeweiligen System Bedeutung haben, also keine isolierbare Informationseinheiten konstituieren, die man verrechnen oder vergleichen könnte. Aus heutiger Perspektive könnte man sagen, daß das Problem, das zur Therapie führt, entweder intern (Lebensproblem) oder kommunikativ (Problemsystem) unterhalten wird und dabei sowohl einer eigenen Logik folgt als auch dem prinzipiellen Wandel von Gedanken und Kommunikationen unterworfen ist. Gerade deshalb läßt sich die Veränderung oder Nicht-Veränderung eines Problems im Verlauf oder nach einer Therapie nur bedingt als „Erfolgskriterium“ verwenden. Nicht einmal gleichlautende Problemdefinitionen zu Anfang und am Ende einer Therapie müssen dasselbe bedeuten. Der Interpretation von Vergleichen, etwa zwischen Zeitpunkten (vor/nach) oder Kollektiven (Warte- oder Kontrollgruppen), sind enge Grenzen gesetzt.

Im systemischen Verständnis strebt Therapie nicht von sich aus die Beseitigung einer Störung oder die Heilung einer Krankheit, sondern die Erfüllung eines mit den Klienten vereinbarten „Auftrags“ an. Nimmt man dies ernst, ist Therapie dann nützlich, wenn der Auftrag erfüllt wird, und das ist immer ein singuläres Ereignis. Eine Evaluation, die das Problem, die Psychotherapie und sich selbst als Kommunikation versteht, mißt den Kommunizierenden zentrale Bedeutung zu. Systemische Therapie mit Familien oder anderen sozialen Systemen wird in der Regel mit dem vereinbarten Ziel durchgeführt, ein bestimmtes Leiden zu lindern oder zu beseitigen, im eigentlichen Sinne, um eine Leid auslösende und aufrechterhaltende Kommunikation zu beenden bzw. ein Problemsystem aufzulösen. In der Einzeltherapie kann es sich sowohl um die Linderung psychischer Lebensprobleme als auch um die Einflußnahme auf Nicht-Anwesende handeln. Auf jeden Fall ist aber der Anlaß zu einer Therapie immer partikulär und systembezogen. Deshalb können im eigentlichen Sinne nur diejenigen über den Erfolg einer Hilfsmaßnahme urteilen, die das Problem erzeugen und überwinden wollen, die „Therapiekunden“. Nur diese haben Zugang zu den relevanten Emotionen, die es zu beurteilen erlauben, ob das Leiden noch anhält. In diesem Sinne bildet *Kundenzufriedenheit* - bei aller Berücksichtigung der Kritik an deren Erfassbarkeit und Verfälschbarkeit - im Prinzip das zentrale Kriterium für eine Therapieevaluation, die den „Kunden“ ernst nimmt. Zur Debatte steht nicht, ob Kundenzufriedenheit ein wichtiges Kriterium ist, sondern allenfalls die Frage, wie man dieses Kriterium auf überzeugende und vergleichbare Weise erfassen und verarbeiten kann. Der Druck

aber, den die *scientific community* ausübt, im *mainstream* zu bleiben und konservative Forschung zu betreiben, ist stark; er erschwert es sehr, bei einem systemisch vertretbaren Vorgehen zu bleiben. Vielleicht liegt es daran, daß überzeugende, über jeden Zweifel erhabene Ergebnisse noch auf sich warten lassen.

SYSTEMISCHE THERAPIE MIT FAMILIEN

Systemische Therapie mit Familien bezeichnet neben der Arbeit mit Individuen, Paaren, Gruppen oder anderen sozialen Systemen eine der möglichen Anwendungsformen Systemischer Therapie. Der Übergang von der Familientherapie zur systemischen Perspektive (vgl. Reiter et al. 1997) resultierte aus einer sich zu Anfang der achtziger Jahre rasch verbreitenden Skepsis gegenüber wissenschaftstheoretischen, ethischen und methodischen Aspekten der Familientherapien. In wissenschaftstheoretischer Hinsicht betraf sie die mehr oder weniger *ad hoc* zusammengebastelten Konzepte, anhand derer die Pioniere der Familientherapie ihre Praxis im nachhinein begründeten. In ethischer Sicht verbreitete sich Skepsis gegenüber dem pathologischen Verständnis der Familientherapien, die zwar den einzelnen Menschen entlasteten, dafür aber ganze Familien pathologisierten. In methodischer Hinsicht betraf die aufkommende Skepsis manches technische Vorgehen der Familientherapeuten wie normative Umstrukturierungen, paradoxe Interventionen und psychoedukative Belehrungen.

Bei manchen Vertretern Systemischer Therapie führte diese Skepsis zu einem weitreichenden Umdenken, und zwar sowohl hinsichtlich der Konzeptualisierung als auch der Praxis. Die Familie wurde nicht weiter beschuldigt, psychische Beeinträchtigung zu erzeugen, sondern sie wurde als Netz intensiver menschlicher Beziehungen bis hin zu existentiellen Abhängigkeiten betrachtet, die deshalb geeignet ist, wie auch immer entstandene Probleme zu konsolidieren und dauerhaft zu reproduzieren. Verletzungen, Erniedrigungen, Kränkungen usw. wirken im familiären Milieu intensiver als in weniger eng verflochtenen sozialen Systemen und sind daher fähiger, den Kreislauf von Wiederholung und Vermeidung in Gang zu halten, der für Problemsysteme charakteristisch ist. Andererseits läßt sich im Hinblick auf Therapie feststellen, daß Familien, ebenso wie sie Probleme stabilisieren und reproduzieren können, verfügen sie in der Regel auch über die notwendigen Ressourcen, um die Probleme erfolgreich durch Alternativen zu ersetzen. Darin liegt m.E. der Vorteil von Therapien mit Familien gegenüber anderen Settings (vgl. Ludewig 1986).

Spezifische methodische Aspekte, die nur bei Therapien mit Familien Einsatz finden, gibt es meines Wissens nicht. Alle methodischen Elemente, die hier Anwendung finden, gehören zum allgemeinen Repertoire der Systemischen Therapie. Die Wahl der Familie als Setting folgt weniger konzeptionellen oder technischen Überlegungen als der sich anbietenden Perspektive, bei den auf „natürliche“ Weise in Familien eingebetteten Klienten - insbesondere Kindern und Jugendlichen - eben diese „natürlichen“ sozialen Kontexte zu nutzen. In jenen Einrichtungen, die auf Minderjährige spezialisiert sind, geschieht dies mittlerweile oftmals von selbst. In Erziehungsberatungsstellen, schulpсихologischen Diensten, Jugendämtern und Kinder- und Jugendpsychiatrien melden sich wohl aufgrund der Berichtserstattung in

den Medien häufig ganze Familien an. Hier hat sich die Erwartungshaltung etabliert, daß alle Familienmitglieder, zumindest aber die Eltern an der Therapie ihrer Kinder beteiligt werden sollen. Darin liegt ein enormes Potential an nutzbaren Ressourcen. Die Zeiten wiederum, in denen man *glaubte*, daß Kinder psychisch erkranken, um etwa via negative Rückkoppelungsschleifen auf ihre geplagten Eltern bzw. auf die Homöostase der Familie stabilisierenden Einfluß zu nehmen, dürften vergangen sein. Das heißt aber bei weitem nicht, daß eine solche Deutung prinzipiell unnützlich oder gar „verboten“ wäre. Sofern eine solche Deutung auf der Unterstellung von Liebe und Opferbereitschaft beruht, kann sie tatsächlich der Familie helfen, ohne Gesichtsverlust die bisherige Perspektive zu erweitern und bei sich andere, zumeist brachliegende Alternativen zu entdecken und zu aktivieren (vgl. z.B. Ludewig 1999a).

EIN BEISPIEL

Obwohl meine Alltagspraxis seit Jahrzehnten zu einem großen Teil aus dem therapeutischen Umgang mit Familien besteht, tue ich mich schwer, Beispiele meiner Arbeit schriftlich darzulegen. Das liegt mitunter daran, daß mich die meisten Beispiele, die mir aus der Literatur bekannt sind, entweder langweilen oder nicht überzeugen. Sie langweilen mich, weil m.E. Praxis nur aus der Lebendigkeit und Aktualität des Geschehens nachvollzogen werden kann. Praxis ist sinnliche, emotionale, kognitive, interaktionelle Erfahrung, zudem ein je aktueller Prozeß vielfältiger Erlebnisqualität einschließlich wechselnder emotionaler Abstimmung und ästhetischer Kreativität. Solche Erfahrungen sind aber nur um den Preis der Verflachung beschreibbar. Andererseits leben Schriftsteller davon, daß sie durch ihre Erzählungen Erfahrungen auslösen. Daher sollte Praxis lieber von Schriftstellern als von Therapeuten, geschweige denn von Wissenschaftlern beschrieben werden. Unter solchen Umständen würde man den bekanntermaßen schriftstellerisch stilisierten Therapieberichten weniger mißtrauen und deren Lektüre frei von mißlichen Ahnungen genießen. Dennoch sei es mir hier zum Schluß gestattet, von der letzten Familientherapiesitzung zu berichten, die ich in meiner klinischen Arbeit vor dem Verfassen dieser Zeilen als Therapeut erlebte.

Es handelt sich um das erste Gespräch mit einer Familie, die aus jungen Eltern und zwei Töchtern von jeweils 15 und 14 Jahren besteht. Die 14-jährige - ich nenne sie hier Regine - hat die letzten zwei Jahre ihres Lebens abwechselnd in kinder- und jugendpsychiatrischen und in pädiatrischen Kliniken verbracht. Sie ist derzeit unsere stationäre Patientin. Sie verweigert seit zwei Jahren eine angemessene Ernährung, und ihr Gewicht pendelt am Rande des Existenzminimums. Im Gespräch über diese Vorerfahrungen mit dem medizinischen System erfuhren wir, daß ein Kinderarzt, der wegen unruhigen Verhaltens des damals 8-jährigen Mädchens aufgesucht wurde, eine besondere Allergie attestierte. Als Behandlung wurde eine phosphat- und zuckerarme Diät angeordnet, zudem eine Bachblüten-Therapie. Dies änderte das bisherige Familienleben radikal. Die besorgte Mutter, selbst im medizinischen System als Krankenschwester sozialisiert, führte über Jahre die vorgeschriebene Diät mit besonderer Akribie. Der Vater, seines Zeichens Handwerker, reagierte auf diese Maßnahmen mit genau so starker wie ohnmächtiger Empörung. Die eheliche Beziehung begann, unter dieser Uneinigkeit zu leiden; man machte sich gegenseitig

den Vorwurf, einerseits das Kind nicht genügend zu lieben und dessen Erkrankung nicht ernsthaft wahrzunehmen, andererseits durch blinden Gehorsam dem Kind zu schaden. Erst als wir Gelegenheit hatten, das Sorgenvolle an beiden Positionen zu verdeutlichen und zudem die unterschwellige Angst davor, die Verschreibung eines Experten auf eigene Verantwortung zu ignorieren, ließen beide Eltern von ihrer bisherigen argwöhnischen Haltung ab und waren bereit, mit uns zu kooperieren. Sie berichteten, daß sie kurz vor der Scheidung gestanden hätten.

Regine hatte am Tag zuvor in einem Einzelgespräch berichtet, daß sie als 6-Jährige von einem Erwachsenen sexuell belästigt worden sei und deshalb ihren Vater, der im gleichen Alter wie der damalige Täter ist, ablehnen müsse. Darüber hinaus berichtete sie, daß sie ihre Eltern des öfteren beim Geschlechtsverkehr gehört und dabei den Eindruck gewonnen habe, daß der Vater die Mutter genau so zwingt, wie sie es damals erlebt hatte. Etwas anderes könne sie sich nicht vorstellen, zumal ihre Mutter ihr immer nur Schlechtes von ihrem Vater erzählt habe. Erst vor wenigen Wochen habe sie endlich ihre Mutter gefragt, ob ihr Mann sie tatsächlich vergewaltigt. Obwohl die Mutter dies verneint habe, konnte Regine das nicht glauben. Sie habe versucht, der Mutter jeden geschlechtlichen Kontakt mit ihrem Mann zu verbieten. Darauf sei aber die Mutter nicht eingegangen.

Anhand dieser Bestandstücke aus den Erzählungen über das Familienleben bot es sich an, zu fragen, ob Regine die Not und Einsamkeit ihrer Mutter wahrgenommen und daher versucht hätte, ihr Beistand zu leisten. Dies wurde bejaht. Als nächstes fragte ich, ob es für diese Parteinahme notwendig gewesen sei, den Vater abzulehnen. Sie bejahte ebenfalls. Auf die Frage nun, anhand welcher Mittel sie es geschafft hätte, in die Situation ihrer Familie einzugreifen, platzte die ältere Schwester in das Gespräch hinein und äußerte, daß Regine dies mit Hilfe der Abmagerung geschafft hätte. Sie hätte sich damit in den Mittelpunkt der Familie gestellt und die Aufmerksamkeit beider Eltern auf sich gelenkt. Seitdem gäbe es weniger Streitigkeiten zwischen den Eheleuten.

Zum Schluß dieser bewegenden und bewegten Sitzung beschränkten wir uns auf eine angemessene Würdigung dessen, was alle in der Familie bereits erlitten hatten, um mit den Folgen unbedachter Einflüsse zurechtzukommen. Den Eltern, die ohnehin von der in der Sitzung erarbeiteten Deutung beeindruckt waren, empfahlen wir, ihren Kontakt zueinander zu intensivieren. Alle vier verließen fröhlich den Therapieraum, und sie verbrachten einige Zeit beim ausgelassen und anregend wirkenden gemeinsamen Gespräch vor der Kliniktür.

Bei der Durchführung dieser Sitzung ließen wir uns von folgenden Beobachtungen, Feststellungen und Gedanken leiten:

- Anlaß zur stationären Aufnahme war der äußerst bedenkliche Zustand einer 14-Jährigen, die einen großen Teil ihrer pubertären Entwicklung hospitalisiert verbracht hat.
- Es besteht eine sehr intensive und fast ausschließliche Bindung zwischen der Patientin und ihrer Mutter; der Vater wird ausgeschlossen, die Schwester bleibt peripher.

- Die eheliche Beziehung der Eltern hat seit sieben Jahren einen zunehmenden Zerfall erlitten; seit Beginn der anorektischen Symptomatik bei Regine sind sich beide wieder näher gekommen.
- Regine hat sich auf die Seite ihrer Mutter geschlagen und fühle sich wohl deshalb aufgefordert, den Vater abzulehnen; eine negative Erfahrung aus ihrer Kindheit diene ihr als Erklärung für diese Haltung.
- Die Schwester sieht die Abmagerung Regines als funktional und wirksam, zumal sie zur Verbesserung der ehelichen Situation der Eltern geführt hat.
- Die Eltern unterhalten eine sexuelle Beziehung; sie sind sich also nicht ganz entfremdet. Dies wird von ihnen ausdrücklich bestätigt.

Die cursorisch beschriebene Sitzung stellt ein ausgesprochen traditionelles Stück familientherapeutischer Arbeit dar. Ich wählte sie bewußt als Fallbeispiel, um einer bestimmten Tendenz, die in letzter Zeit unter manchen systemischen Autoren gepflegt wird, entgegenzutreten. Diese geben sich gern *postmodern* und treten wohl unwillkürlich in Widerspruch zum Geist der Toleranz und Pluralität der sog Postmoderne auf (vgl. z.B. Vattimo 1990, Welsch 1988). Denn sie halten den eigenen Ansatz für maßgeblich und betrachten die früheren, aus denen heraus sie sich weiterentwickelt haben, als veraltet und überwunden. In diesem Sinne zog ich es vor, als Fallvignette eine Therapiesitzung zu wählen, in der eine Intervention aus dem altbekannten Inventar der Familientherapie angeboten wird. Sie hat den Sinn, den Beteiligten einen Ausweg aus ihrer Lage zu ebnet, der bar von Schuld und ohne Gesichtsverlust eingeschlagen werden kann: Das Kind opfert sich, um auf subtile Weise den Eltern zu helfen, ihre Beziehung zu stärken. Alles darüber hinaus Gehende, nämlich die Aktivierung von Ressourcen und die Suche nach Alternativen, wurde der Familie überlassen. Für die Unterbrechung des biologischen Kreislaufes von Mangelernährung und Magersucht setzen wir einen entsprechenden Verhaltensplan ein (vgl. Ludewig 1999a).

AUSBLICK

Die Systemische Therapie ist mittlerweile, wie wir es in Deutschland im Verlauf der berufspolitischen Diskussion um die Anerkennung dieses Ansatzes festgestellt haben, eine nicht wegzudenkende, international etablierte therapeutische Methode (vgl. Ludewig et al. 2000). Daran wird auf Dauer kein deutscher Wissenschaftlicher Beirat etwas ändern können. Unabhängig aber von diesen marktwirtschaftlich und berufspolitisch motivierten Auseinandersetzungen ist die Systemische Therapie gefordert, ihre mittlerweile allgemein anerkannte Praxis eindeutiger als bisher wissenschaftlich nachzuweisen. Hierfür ist aber notwendig, die konzeptionellen und pragmatischen Positionen, auf denen diese jüngste Form der Psychotherapie beruht, nicht zu verspielen. Die Systemische Therapie tut gut, der opportunistischen Versuchung zu widerstehen und um der Anerkennung willen keine verfremdenden Anpassungsleistungen zu erbringen. Zen wesentlichen Elementen dieses Ansatzes gehört: Kontextbezogenheit anstelle von ausschließlicher Individualisierung, Reflexivität anstelle von Kausalität, Neugier, Unerschrockenheit und dialogischer Offenheit anstelle von bestimmender Gewißheit, Kreativität anstelle von vorgegebener Ordnung, soziale Empfindsamkeit und Lösungsorientiertheit anstelle von

pathologisierender Resignation, Ko-inspiration und Ko-operation anstelle von einseitiger Behandlung, Kundenorientierung anstelle von patronisierender Fürsorge. Systemische Therapie hat sich vom Konzept der Zwangsläufigkeit befreit, wie es nahtlos von den Naturwissenschaften in die Psychotherapie übernommen worden war. An dessen Stelle tritt ein Bekenntnis zum Instabilen, Zufälligen und Unerwarteten, damit einhergehend die Hoffnung auf Wandel und Besserung. Dies alles erscheint mir zu kostbar, um zur Disposition gestellt zu werden. Andererseits sollte die Systemische Therapie nicht der Hybris anfallen und den Stein des Weisen für sich allein beanspruchen. Diesen Ansatz gibt es als Weiterentwicklung aus den Familientherapien heraus seit gut zwanzig Jahren. Er dürfte mittlerweile die Reife und innere Konsistenz erreicht haben, die ihn für eine wechselseitig fruchtbare und anerkennende Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen öffnen.

Summary

This article about systemic therapy with families starts from the point that there exists presently no clearly identifiable approach to a systemic family therapy. The work with families has been integrated into the more general programme of Systemic Therapy, and this general approach as a further development out of the family therapies is anyhow based on concepts that arose out of the work with social systems. Thus, a special description of a systemic therapy with families would require an artificial differentiation of this setting from other ones. Instead of such a differentiation a discussion takes place pointing at those special problems that arose and still arise when systemic thinking is adapted into practice. These are concerned especially with the domain of clinical theory and regard such questions like the determination of the „subject“ (of clinical theory), the guiding differences in theory and praxis, the concepts of mental disorder, problem and solution, the difference between expertise and not-knowing, systemic diagnostics, the therapeutic bond as well as the techniques and the problems of systemic evaluation. This discussion is preceded by a short reconstruction of the history of Systemic Therapy including its differentiations and by some introductory comments upon the metatheoretical assumptions of this approach. The article ends with reflexions about therapy with families and with an example of this practice.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerknecht, L.K. (1983): Individualpsychologische Familientherapie. Rückblick und gegenwärtige Praxis. In: Schneider, K. (Hrsg.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann).
- Andersen, T. (1990): *Das Reflektierende Team*. Dortmund (modernes lernen).
- Anderson, H. (1997): *Das therapeutische Gespräch*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Anderson, H., H.A. Goolishian, G. Pulliam, L. Winderman (1986): The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In: Efron, D.E. (ed): *Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies*. New York (Brunner/Mazel).
- Anderson, H., H.A. Goolishian (1990): Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik* 15: 212-243.
- Anderson, H., H.A. Goolishian (1992): Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Z. systemische Therapie* 10: 176-189.
- Bateson, G. (1980): *Ökologie des Geistes*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Bateson, G. (1982): *Geist und Natur*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Bauriedl, Th. (1994): *Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen*. Stuttgart (Verlag Internationale Psychoanalyse).
- Bommert, H., T. Henning, S. Wälte (1990): *Indikation zur Familientherapie*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Boscolo, L., G. Cecchin, L. Hoffman, P. Penn (1988). *Familientherapie - Systemtherapie*. Dortmund (modernes lernen).
- Brandl-Nebehay, A., B. Rauscher-Gföhler, J. Kleibel-Arbeithuber (Hrsg.)(1998): *Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends*. Wien (Facultas).
- Buchholz, M.B. (1996): *Metaphern der „Kur“*. Studien zum therapeutischen Prozeß. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Buchholz, M.B. (1999): *Psychotherapie als Profession*. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Cecchin G (1987): Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process* 26: 405-413; DEUTSCH (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13: 190-203.
- Cecchin, G., G. Lane, W.A. Ray (1993). *Respektlosigkeit. Eine Überlebensstrategie für Therapeuten*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Ciampi, L. (1997): *Die emotionalen Grundlagen des Denkens*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Deissler KG (1997): *Sich selbst erfinden? Von systemischen Interventionen zu selbstreflexiven therapeutischen Gesprächen*. Münster (Waxmann).
- Dell, P.F. (1982): Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process* 21: 21-41. DEUTSCH in Dell, P.F. (1986): *Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie*. Dortmund (modernes lernen).
- de Shazer, S. (1982): *Patterns of Brief Family Therapy*. New York (Guilford).
- de Shazer, S. (1985): *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York (Norton); DEUTSCH (1989): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- de Shazer, S. (1988): *Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York (Norton); DEUTSCH (1989) Der Dreh. Überraschende Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg (Auer).
- Duss-von Werdt, J., R. Welter-Enderlin, R. (Hrsg.)(1980): *Der Familienmensch. Systemisches Denken und Handeln in der Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Foerster, H. v. (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig (Vieweg).
- Gergen, K.J. (1999): *An Invitation to Social Construction*. London (Sage).
- Glaserfeld, E. v. (1987): *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).

- Goolishian, H.A. , H. Anderson (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: Reiter, L. et al. (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer).
- Grawe, K., R. Donati, F. Bernauer (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe).
- Haley, J. (1977): *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München (Pfeiffer).
- Hoffman, L. (1981): *Foundations of Family Therapy*. New York (Basic Books); DEUTSCH (1987): *Grundlagen der Familientherapie*. Hamburg (Isko-Press).
- Hoffman, L. (1990): Constructing Realities: An art of lenses. *Family Process* 29: 1-12; DEUTSCH (1991): Das Konstruieren von Realitäten: eine Kunst der Optik. *Familiendynamik* 16: 207-225.
- Hoffman, L. (2000): Eine gemeinschaftsorientierte Perspektive der Therapie. *Z. systemische Therapie* 18: 152-160.
- Hubble, M.A., B.L. Duncan, S.D. Miller (eds.)(1999): *The Heart and Soul of Change*. Washington, D.C. (Amer. Psychol. Ass.).
- Jones, E. (1995): *Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien*. Dortmund (modernes lernen).
- Kriz, J. (1991): Probleme systemisch-empirischer Forschung. *System Familie* 4: 236-242.
- Kriz, J. (1997): *Chaos, Angst und Ordnung*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Levold, T. (1997): Problemsystem und Problembesitz: die Diskurse der sexuellen Gewalt und die institutionelle Praxis des Kinderschutzes. Teil I. *System Familie* 10: 21-31.
- Loth, W. (1998): *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte*. Dortmund (modernes lernen).
- Ludwig, K. (1983): Die therapeutische Intervention - Eine signifikante Verstörung der Familienkohärenz im therapeutischen System. In: Schneider, K. (Hrsg.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann).
- Ludwig, K. (1984): Systemische Familientherapie. *Hamburger Ärzteblatt* 38 (2): 65-68.
- Ludwig, K. (1986): Von Familien, Therapeuten und Beschreibungen. Vorschläge zur Einhaltung der "logischen Buchhaltung". *Familiendynamik* 11: 16-28.
- Ludwig, K. (1987): 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludwig, K. (1988a): Problem - 'Bindeglied' klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter, L. et al. (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer).
- Ludwig, K. (1988b): Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludwig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ludwig, K. (1996): Systemische Therapie in Deutschland. Ein Überblick. *Familiendynamik* 21: 95-115.
- Ludwig, K. (1998): Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie? In: Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (Hrsg.): *Gefühle und Systeme - Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg (Auer).
- Ludwig, K. (1999a): Der Kampf der Giganten: Magersucht vs. Plan. Anregungen für die stationäre Arbeit mit magersüchtigen Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann, M., W. Burr (Hrsg.): *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund (Borgmann).
- Ludwig, K. (1999b): "Überlebensdiagnostik" - eine systemische Option. In: *Kontext* 30 (2): 121-135.
- Ludwig, K. (1999c): Psychosoziale Versorgung zwischen Expertentum und Nicht-Wissen. In: Karlinger, H. (Hrsg.): *Soziale Empfindsamkeit*. Linz (Magistrat Linz).

- Ludewig, K. (im Druck): „Junge Menschen lügen nicht, Erwachsenen dagegen sehr“. Über den Umgang mit Selbstverständlichkeiten und Besonderheiten in der Therapie mit Jugendlichen. In: Rotthaus, W. (Hrsg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg (Auer-Systeme).
- Ludewig, K., A. v. Schlippe, A. Michelmann, M.-L. Conen, G. Wnuk-Gette (2000): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats „Psychotherapie“ über die Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie. *Familiendynamik* 25: 257-263.
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Luhmann, N. (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Maturana, H.R. (Hrsg.) (1982): *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H.R. (1990) Ontologie des Konversierens. In: Kratky, K.W., F. Wallner (Hrsg.): *Prinzipien der Selbstorganisation*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; ORIGINAL (1990): Ontología del conversar. *Sistemas Familiares* 6: 43-53).
- Maturana, H.R. (1994). *Was ist Erkennen?* München (Piper).
- Maturana, H.R. & F.J. Varela (1987): *Der Baum der Erkenntnis*. Bern, München, Wien (Scherz); ORIGINAL (1984): *El árbol del conocimiento*. Santiago (Editorial universitaria).
- Miller, G., S. de Shazer (2000): Mit Gefühlen arbeiten. Die Sprache der Gefühle in der lösungsorientierten Kurztherapie. *Familiendynamik* 25: 206-228.
- Nüse, R. (1995): *Über die Erfindung/en des Radikalen Konstruktivismus. Kritische Gegenargumente aus psychologischer Sicht*. Weinheim (Deutscher Studienverlag).
- Orlinsky, D.E., K. Grawe, B.K. Parks (1994): Process and Outcome in Psychotherapy - noch einmal. In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (eds.): *Handbook of Psychotherapy an Behavior Change*. New York (Wiley).
- Panksepp, J. (1998): *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, Oxford (Oxford Univ. Press).
- Reiter, L. (1990): Die depressive Konstellation. Eine integrative therapeutische Metapher. *System Familie* 3: 130-147.
- Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.)(1988): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer), 2. Aufl. 1997.
- Reiter, L., E. Steiner (1996): Psychotherapie und Wissenschaft, Beobachtungen einer Profession. In: Pritz, A. (Hrsg.): *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien (Springer).
- Richter, H.E. (1963): *Eltern, Kind und Neurose*. Stuttgart (Kett).
- Richter, H.E., H. Strotzka, J. Willi (Hrsg.)(1976): *Familie und seelische Krankheit*. Reinbek (Rowohlt).
- Schiepek, G. (1993): Die Gretchenfrage: Wie hältst Du´s mit der Wissenschaft? *Z. systemische Therapie* 11: 224-230.
- Schiepek, G. (1999): *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie - Praxis - Forschung*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schiepek, G., G. Strunk (1994): *Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater*. Heidelberg (Asanger).
- Schlippe, A. von, J. Schweitzer (1995): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schweitzer, J. (2000): Systemische Therapie. In: Senf, W. & M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart (Thieme).
- Seligman, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Report Study. *American Psychologist* 50: 965-974.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart (Kett-Cotta).

- Shadish, W.R., K. Ragsdale, R.R. Glaser, L.M. Montgomery (1995): The efficacy and effectiveness of marital and family therapy. *J. Marital & Family Therapy* 21: 345-360;
- DEUTSCH (1997): Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik* 22: 5-33.
- Shotter, J. (1993). *Conversational Realities. Constructing Life through Language*. London (Sage).
- Simon, F.B. (1985): Die Grundlagen der systemischen Familientherapie. *Der Nervenarzt* 56: 455-464.
- Simon, F.B. (1988): *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Berlin (Springer).
- Simon, F.B. (1990): *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*. Heidelberg (Auer).
- Smith, M.L., G.V. Glass, T.I. Miller (1980): *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore (Johns Hopkins Univ Press).
- Sperling, E. (1965): Die "Magersucht-Familie" und ihre Behandlung. In: Meyer, J.E., H. Feldmann: *Anorexia Nervosa*. Stuttgart.
- Stierlin, H. (1994): *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Strunk, G. (1998): Die Selbstorganisationshypothese der Psychotherapie. Kritische Forderungen nach mehr theoretischer Auseinandersetzung. *Systeme* 12(2): 3-21.
- Tschacher, W. (1990): *Interaktion in selbstorganisierten Systemen*. Heidelberg (Asanger).
- Tschacher, W., G. Schiepek, E.J. Brunner (eds.) (1992). *Self-Organization and Clinical Psychology*. Berlin (Springer).
- Vattimo, G. (1990): *Das Ende der Moderne*. Stuttgart (Reclam).
- Watzlawick, P., J.H. Weakland, R. Fisch (1974): *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Handelns*. Bern (Huber).
- Weber, G., F.B. Simon, H. Stierlin, G. Schmidt (1987): Die Therapie der Familien mit manisch-depressivem Verhalten. *Familiendynamik* 12: 139-161.
- Welsch, W. (1988): *Unsere postmoderne Moderne*. Weinheim (VCH, Acta humaniora).
- Welter-Enderlin, R., J. Duss-von Werdt (Hrsg.)(1982): *Menschliche Systeme. Ein Rahmen für das Denken, die Forschung und das Handeln. Zusammenhänge 3*. Zürich (Institut für Ehe und Familie).
- Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (Hrsg.)(1998): *Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- White, M., D. Epston (1989): *Literate Means to Therapeutic Ends*. Adelaide (Dulwich Centre Publ.); DEUTSCH (1990). *Die Zähmung des Monsters*. Heidelberg (Auer).
- White, M. (1995): *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide (Dulwich Centre Publ.).

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Dr.phil. Kurt Ludewig

<bis 2004> Ltd. Psychologe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Schmeddingstrasse 50, D-48149 Münster

und

Institut für systemische Studien e.V. Hamburg

Neumünstersche Straße 14, D-20241 Hamburg.

Info: <http://www.kurtludewig.de>; Email: mail@ludewigs.eu