

Hans Lieb

So hab ich das noch nie gesehen

Systemische Therapie
für Verhaltenstherapeuten

Zweite Auflage, 2014

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/ Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Dr. Burkhard Peter (München)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Satz: Verlagsservice Hegele, Heiligkreuzsteinach

Printed in Germany

Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, www.fgb.de

Zweite Auflage, 2014

ISBN 978-3-89670-701-7

© 2009, 2014 Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14
69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21-64 38 0
Fax 0 62 21-64 38 22
info@carl-auer.de

Einleitung

1. Zwei Gründe, dieses Buch nicht zu schreiben, und zwei Gründe, es doch zu tun

Es gibt zwei Gründe, kein Buch über die Begegnung von Systemtherapie (ST) und Verhaltenstherapie (VT) zu schreiben. Der erste: Es gibt bereits zahlreiche gute Bücher zu Systemtheorie und Systemtherapie. Der zweite Grund: Innerhalb der Verhaltenstherapie gibt es schon gute und veröffentlichte Ansätze, wie man innerhalb dieser Schule auf Systeme blicken, diese therapeutisch verändern oder Angehörige in Einzeltherapien einbeziehen kann (Hahlweg et al. 1982; Heekerens 2002; Sulz u. Heekerens 2002; Hand 2008; Bodenmann 2004).

Es gibt zwei Gründe, dieses Buch trotzdem zu schreiben: Der erste ist, dass darin ein für verhaltenstherapeutisch sozialisierte und denkende Kolleginnen und Kollegen zugeschnittener Einstieg in die Welt der Systemtheorie formuliert werden soll. Systemisches Denken und Handeln machen sich heute in allen Wissenschafts-, Dienstleistungs- und Wirtschaftsbereichen breit. Der andere Grund: Die erwähnten VT-System-Ansätze arbeiten auf der Basis der verhaltenstherapeutischen Epistemologie. Sie enthalten nicht, was von der *Systemtheorie* an spezifisch Neuem hinzukommt mit für Verhaltenstherapeuten manchmal herausfordernden Innovationen.

Wer ein Buch schreibt, muss auswählen und weglassen. Leitlinie für die hier getroffene Auswahl waren die praktischen und theoretischen Erfahrungen des Autors in der Begegnung beider Schulen auf drei Ebenen: Die erste fand im Kopf des Autors selbst statt und war Schauplatz einiger epistemologischer Krisen. Die zweite, weniger krisenbelastete war die Anwendung beider Schulen in der Arbeit mit Patienten. Die dritte Ebene ist diejenige der lehrtherapeutischen und supervisorischen Zusammenarbeit mit Kollegen. Dieses Buch stellt einen Versuch dar, aus Sicht des Autors die »Quintessenz« dessen zu formulieren, was vom Systemischen für Verhaltenstherapeuten fruchtbar und neu ist. Schulenbegegnungen sind fruchtbarer, wenn

Unterschiede einerseits klar formuliert und andererseits stehen gelassen und keinem Integrationszwang unterworfen werden. Als Therapeut ist man erfolgreicher, wenn man dann seinen eigenen Standpunkt findet und von diesem aus andere anerkennt.

Alles, was in diesem Buch vorgestellt wird, ist vom Autor ausgewählt und von diesem zu verantworten: das Geschriebene und das Weggelassene.

2. Kennzeichen von Therapieschulen ist ihr Denken, nicht ihr Handeln

»Aber das machen wir doch auch!« ist eine Äußerung, die man oft hört, wenn sich Schulen begegnen. Das Problem in diesem Satz ist das »Aber«, weil es eine klare logische Buchführung in Therapieschulenbegegnungen verhindert und es so erschwert, voneinander zu lernen. Kennzeichen von Schulen sind nicht die Handlungen, die ihre Therapeuten ausführen, sondern die Art und Weise, wie sie ihre Handlungen beschreiben und erklären. Die Durchführung eines Rollenspieles oder die Formulierung einer Umdeutung in einer Therapie ist zunächst weder verhaltenstherapeutisch noch systemtherapeutisch. Sie ist einfach das, was sie ist. Allerdings beschreiben und begründen Verhaltenstherapeuten und Systemtherapeuten ihr Tun, auch wenn es das gleiche ist, sehr verschieden. Aus ihren Erklärungen leiten die Schulen Interventionen ab, oder sie begründen damit, was sie getan oder unterlassen haben. Will man einen Kollegen schulenspezifisch zuordnen, sollte man ihn deshalb nicht fragen: »Was tust du ...?«, sondern: »Was denkst du über das, was du tust?« Wenn man dann genau hinhört, mit welchen Worten und Erklärungsfiguren geantwortet wird, erkennt man, in welcher Schule er zu Hause ist.

Therapieschulen sind keine Handlungswerkzeugkästen (auch wenn man sie so darstellen kann), sondern Denkwerkzeugkästen. Das schließt nicht aus, dass neues Verhalten durch die damit gemachten neuen Erfahrungen zu neuem Denken führt.

Da es weder »die« Verhaltenstherapie noch »die« Systemtherapie gibt, muss hier eingangs beschrieben werden, welche VT und welche ST der Autor in diesem Buch meint.

3. Die hier (nicht) gemeinte Verhaltenstherapie

Wie in diesem Buch die Verhaltenstherapie charakterisiert und darin vom systemtheoretischen Ansatz unterschieden wird, drückt die Sichtweise des Autors aus. Auch wenn versucht wird, sie zu begründen oder zu belegen, könnte man bei der Charakterisierung der VT auch andere Schwerpunkte setzen und dann zu anderen Unterschieden und Gemeinsamkeiten beider Schulen kommen.

Die Verhaltenstherapie lässt sich heute im klinischen und ambulanten Sektor nicht mehr als Ansammlung von Methoden oder Techniken wie z. B. der systematischen Desensibilisierung, dem Selbstsicherheitstraining oder der Angstexposition beschreiben, sondern als Denk- und Handlungsansatz bei der Beschreibung von Problemen und der Entwicklung von Lösungen. Historisch kann man grob eine erste Phase umreißen, deren Wurzeln bis an den Anfang des 20. Jahrhunderts zurückreichen. Die damalige wissenschaftliche Psychologie, die zur Verhaltenstherapie führte, war durch die Abkehr von einer geisteswissenschaftlichen Orientierung und der Hinwendung zu einer naturwissenschaftlichen gekennzeichnet. Zu den Merkmalen der Letzteren gehörte erstens eine strenge Operationalisierung aller verwendeten Begriffe dahin gehend, dass angegeben wird, wie das, was sie bezeichnen, beobachtet werden kann. Das zweite Merkmal war eine Erklärung psychischer Vorgänge nicht durch geistige oder intrapsychische Mechanismen, also durch sich selbst, sondern durch Gesetzmäßigkeiten, die zwischen Verhalten und Umgebungsfaktoren bestehen. Das mündete in die Lerngesetze des klassischen Lernens (Verhalten als Folge von Auslösefaktoren), des instrumentellen Lernens (Verhaltenssteuerung durch positive oder negative Konsequenzen) und des Modelllernens (Verhaltensaneignung durch Nachahmung). Die Ziele dieser Phase waren eine exaktere Sprache und eine Erklärung menschlichen Verhaltens durch Gesetzmäßigkeiten, die empirisch überprüft werden können.

3.1 Die kognitive Wende der Verhaltenstherapie

Die sogenannte kognitive Wende der VT in den 1970er Jahren hatte zum einen ethische und zum anderen Gründe der therapeutischen Nützlichkeit. In Amerika hatten Fremdkontrollversuche bei der Steuerung von Verhalten zu eklatanten Verletzungen der Menschenrechte geführt, vor allem bei der manipulativen Anwendung von

Instrumentarien der Verhaltensmodifikation bei Gefängnisinsassen. Außerdem stießen Therapeuten mit Fremdkontrollversuchen an Grenzen, zu deren Überwindung sie wieder Modelle und Begriffe einführen mussten, die intrapsychische Variablen betrafen. Es gehört zu den Irrtümern bei der Beschreibung der Wurzeln der Verhaltenstherapie, wenn angenommen wird, die Verhaltenstherapeuten der 70er Jahre hätten psychische Vorgänge »entdeckt« und ihre Vorgänger hätten sie »übersehen«. Als hätte es Skinner nicht bemerkt, dass Menschen denken. Er hatte es gewusst und den bewussten Versuch unternommen, ohne Rekurs auf intrapsychische Vorgänge menschliches Verhalten zu beschreiben, zu erklären und zu verändern. Nun aber waren diese Sprache und diese Erklärungsmodelle in der Arbeit mit Patienten an Grenzen gestoßen. Amerikanische Kollegen, allen voran Fred Kanfer, überschritten diese Grenzen, indem sie das »Selbst« als Erklärung in die Psychologie einführten und damit wieder eine intrapsychische Instanz postulierten, die mit Umweltvariablen interagiert und auf die effektive Therapeuten Bezug nehmen müssten. Fortan waren Motive, innere Konflikte, persönliche Zielsetzungen, Selbstbelohnung und Selbstbestrafung konzeptuell möglich. Diese Entwicklung der Verhaltenstherapie ist vielerorts beschrieben worden (z. B. in Reinecker 1987; Lieb 1995).

In diesem Buch wird nicht auf die aktuelle »dritte Welle« der *Verhaltenstherapie* eingegangen (vgl. Hayes et al. 2004; Heidenreich u. Michalak 2004; Sonntag 2005). Zum einen ist es zu früh, einzuschätzen, wo es sich dabei um eine nachhaltige Erweiterung des VT-Ansatzes, wo nur um eine Mode und wo um alten Wein in neuen Schläuchen handelt. Aus Sicht des Autors stellen etliche dieser neuen Ansätze zudem Denk- und Handlungsmodelle dar, die inkompatibel mit dem klassischen Theoriegebäude der Verhaltenstherapie sind. Das betrifft z. B. die buddhistischen Komponenten des Achtsamkeitsansatzes mit ihrem Verzicht auf Veränderungsintentionen und ihrer wertfreien Wahrnehmung von Phänomenen. Das heißt nicht, dass diese Haltungen und Anleitungen keinen guten Platz in den Therapieräumen tätiger Verhaltenstherapeuten finden könnten. Das tun sie schon, und sie entfalten dort gute Wirkung. Das allein macht sie aber nicht zu Komponenten der Verhaltenstherapie als Verfahren.

3.2 Merkmale der Verhaltenstherapie: Freier Wille und Störungsorientierung

Etwas vereinfacht kann man die in diesem Buch gemeinte Verhaltenstherapie so charakterisieren: Sie unterstellt Menschen Selbstkontrolle und dadurch die Fähigkeit, sich Ziele zu setzen und sich selbst zu verändern. Der »freie Wille« hat deshalb in der VT einen hohen anthropologischen Stellenwert. Mit diesem freien Willen des freien Subjekts entwickeln Therapeuten z. B. »Störungsmodelle«, die ihm, dem Subjekt, ein neues Bild von sich selbst und seinen Problemen vermitteln. Diese Modelle enthalten nicht nur eine Erklärung dafür, wie es zu einer Störung gekommen ist, sondern zeigen auch Möglichkeiten auf, wie man zu Lösungen kommt.

Auf diesem Weg hat sich die Verhaltenstherapie etwa seit Beginn der 90er Jahre durch das weiterentwickelt, was man heute »Störungsorientierung« nennt. Wertfrei betrachtet, bedeutet sie, dass der Verhaltenstherapeut als Experte über Wissensbestände verfügt, die er dem Patienten zur Verfügung stellt. Er weiß, welcher Klasse von Störungen das, was der Patient ihm schildert, zuzuschreiben ist. Er kennt die diagnostischen Verfahren, die Zuschreibung methodisch zu unterlegen. Er hat ein Wissen darüber, wie es dazu gekommen ist. Er weiß, was zu tun und zu lassen ist, um die Störung zu »beheben«. Und er sollte wissen, wie er einen Patienten dazu motivieren kann, an der Behebung mitzuarbeiten. Ob dann noch individuelle Fallanalysen im Sinne von Verhaltens- und Bedingungsanalysen notwendig sind oder ob man darauf verzichten kann, gehörte zur großen Debatte in der VT in den 90er Jahren (vgl. Fiedler 1997). Man kann diese Hinwendung der Verhaltenstherapie zur Störungsorientierung bedauern oder begrüßen. Leugnen kann man sie nicht. Die reine Störungsorientierung ohne individuelle Fallanalysen kommt an ihre Grenzen, wenn es Probleme und Störungen bei Einzelnen deshalb gibt, weil sie eine Funktion in dem System haben, in dem sie auftreten. Wie dann verhaltenstherapeutische Systemanalysen aussehen und welche Erfolge sie mit sich bringen können, hat Hand beschrieben (Hand 2008; vgl. auch Lieb 2009c).

Dieser kurzen Skizzierung der Verhaltenstherapie könnte auch widersprochen werden. Es gibt sicherlich andere Möglichkeiten, sie zu beschreiben. Man sollte aber, wenn man Verhaltenstherapie mit anderen Schulen wie der Systemtherapie vergleicht, sagen, von welcher VT man dabei ausgeht.

Sieht man sich das hier skizzierte Menschenbild der modernen Verhaltenstherapie an und vergleicht es mit dem im nächsten Abschnitt beschriebenen der Systemtherapie, fallen zuerst mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede auf. Im Weiteren soll dann aber gezeigt werden, dass es trotz dieser Ähnlichkeiten Unterschiede gibt, die bis in Mikrosituationen der Therapie hereinreichen.

4. Die hier gemeinte Systemtherapie

Der Begriff »systemisch« ist unscharf. Die hier gemeinte Systemtherapie ruht im Wesentlichen auf zwei Fundamenten: auf der Systemtheorie und dem Konstruktivismus (eine komprimierte Zusammenfassung bietet Simon 2008). Begrifflicher Vorläufer der Systemtherapie war die »Familientherapie« – noch heute werden beide Begriffe manchmal synonym verwendet. Die sich in den 50er Jahren entwickelnde Familientherapie war in gewisser Weise ein Kind gescheiterter Therapien mit einer Klientel, die nach damaligen psychoanalytischen Kriterien »wenig introspektiv« war, deren Probleme ursächlich mit schwierigen sozialen Umständen verbunden waren und die sich lange dauernde psychoanalytische Therapien nicht leisten konnten. Diese etwas vereinfachte Darstellung der Nöte damaliger Therapeuten führte zu Bemühungen, neue Konzepte zu finden. Dazu gehörte die Sichtweise, das Problemverhalten Einzelner nicht mehr durch individualpsychologische Konzepte zu erklären, sondern durch sozialpsychologische bzw. systemische. Dieser Ansatz hat sich vor allem in der Arbeit mit Unterschichtpatienten in den USA entwickelt. In der Psychotherapietheorie entwickelten sich Konzepte, die das zu Erklärende (Symptom, Verhalten) als Produkt der Interaktion von Systemelementen (das hieß damals von Familienmitgliedern) ansahen. Eine Konsequenz waren Interventionsformen, deren Adresse nicht mehr die Einzelperson, sondern das System war.

Wie jede Wissenschaft brachte auch dieser Ansatz hervor, was Kuhn (1967) einen »Paradigmenwechsel« nennt, d. h. eine Epoche von neuen kennzeichnenden Fallbeispielen und Metaphern. Die Kernmetaphern dieser neuen Phase waren das Mobile und das Heizungssystem: Alle Elemente sind miteinander vernetzt, können aus dem Gleichgewicht geraten und versuchen, es zu halten oder wiederherzustellen. Diese Epoche brachte ein großes Arsenal neuer

diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten hervor: von der paradoxen Intervention, mit der Systeme aus ihrem Gleichgewicht gebracht werden sollen, bis zu positiven Umdeutungen, die ein System verstören sollen (zur Geschichte des Systemansatzes siehe von Schlippe u. Schweitzer 1996).

4.1 Die kognitive Wende der Systemtherapie

Dann kam, was kommen musste und nach der Pionierphase eines neuen Ansatzes immer kommt: Auch diese Phase der strukturellen, strategischen oder systemisch-kybernetischen Familientherapie geriet an ihre Grenzen. Das war in etwa zeitgleich damit, dass die Fremdkontroll-Verhaltenstherapie an ihre Grenzen gestoßen war: Was damals für die Verhaltenstherapie die »kognitive« Wende war, war für die Systemtherapie die Wende von der »Kybernetik erster Ordnung« zur »Kybernetik zweiter Ordnung«. In beiden »Wenden« richtete sich der Blick vom in der Welt Beobachtbaren auf das, was in den Köpfen der Menschen beim Beobachten geschieht – also auf die Kognitionen. Hier kam zur Entwicklung der Systemtheorie der *Konstruktivismus* hinzu. Damit änderte sich in der ST wie in der kognitiven VT der Ausgangspunkt der therapeutischen Theoriebildung: Im Zentrum stand nicht mehr das, was beobachtet wird, sondern der Beobachter selbst. Das galt für beide Richtungen, was Theorien über Patienten betrifft: Man beschreibt nun, wie der Patient oder das System, in dem er lebt, die Welt beobachtet und wie diese im Kopf »konstruiert« wird. Darin unterscheiden sich der systemisch-konstruktivistische Ansatz und der kognitiv-verhaltenstherapeutische noch nicht. Radikaler als die VT hat die konstruktivistische ST diese Theorie dann aber auf sich selbst angewendet, die eigenen Beobachtungen beobachtet und daraus ganz neue Schlüsse gezogen. Während die Verhaltenstherapie ihrer naturwissenschaftlichen Herkunft treu blieb und damit auch dem Anspruch, Verhalten und Denken von Patienten weiterhin objektiv zu beschreiben und mit objektiven Gesetzmäßigkeiten zu erklären, gibt der Konstruktivismus diesen Anspruch auf. Der Therapeut selbst wird Gegenstand seiner Theorie. Das ist ein radikaler Perspektivenwechsel mit großen Auswirkungen auf die Therapietheorie und auf die therapeutischen Interventionen. Denn nun sind für die ST alle Diagnosen, alle Patientenbeobachtungen und Patientenbewertungen Produkte von Beobachtern.

Damit hat sich der erkenntnistheoretische Ausgangspunkt verschoben: Waren die Systemiker der Kybernetik 1. Ordnung wie ihre verhaltenstherapeutischen Kollegen noch vom *Beobachteten* ausgegangen, ist der Ausgangspunkt nun der *Beobachtungsakt*. Lässt man sich auf die Radikalität dieser rückbezüglichen konstruktivistischen Wende ein, entwickeln sich daraus alle weiteren Unterschiede zwischen ST und VT wie von selbst. Zu ihnen gehört der Unterschied zwischen Monokausalität und zirkulärer Kausalität, zwischen Vorhersagbarkeit und Nichtvorhersagbarkeit sowie der zwischen »instruktiver Intervention« und »Perturbation von Selbstorganisation«.

Man kann rückblickend sagen, dass der Unterschied zwischen der Kybernetik 1. und der Kybernetik 2. Ordnung innerhalb der ST im Kern der ist, der die heutige Verhaltenstherapie von der Systemtheorie unterscheidet. Aus Sicht der Systemtheorie ist das Leben selbst eine Form des *Erkennens*. Zum Zwecke des Überlebens erzeugt dabei jedes System sein Bild von seiner Umwelt allein durch sein Reagieren auf die Umwelt, d. h. durch seine Unterscheidungsakte. »So hebt diese Theorie die Unterscheidung in *Theorien über Dinge* und *Theorien über das Erkennen* auf« (von Schlippe u. Schweizer 1996, S. 52; Hervorh. im Orig.). Deshalb werden Systemtherapeuten nach ihrer »kognitiven Wende« zuerst fragen, wie sich der Patient und seine Angehörigen das Problem vorstellen, benennen und erklären, während Verhaltenstherapeuten fragen, worin das Problem besteht, mit welchen Faktoren es objektiv erklärt werden kann und ob die Konstruktionen des Patienten diese Faktoren korrekt berücksichtigen. Die Verhaltenstherapie bietet dazu Theorien über Beobachtetes und über Kriterien »richtiger« Beobachtung an. Systemtheorie und Konstruktivismus bieten Theorien über das Beobachten und über die Beziehung des Beobachters zu seiner Umwelt an.

5. Ist Störungsorientierung ein Unterscheidungsmerkmal von Verhaltenstherapie und Systemtherapie?

Aus guten Gründen hätte man die letzten 20 Jahre hindurch behaupten können, Verhaltenstherapeuten seien störungsorientiert, Systemiker nicht. Richtig daran ist, dass Verhaltenstherapeuten einen enormen Fundus an Wissen über und Änderungsstrategien für spe-

zifische Störungsbilder entwickelt haben (vgl. Herpertz et al. 2008; auch die für den Praktiker wertvolle Reihe »Klinische Fortschritte« des Hogrefe-Verlages). Und richtig ist, dass die VT heute viele Interventionen aus der Zuordnung von Problemen und bekannten Störungsbildern ableitet. Richtig ist auch, dass Systemtherapeuten auf Grund ihrer theoretischen Grundausrichtung die Verwendung störungsspezifischer Diagnosen abgelehnt haben (vgl. eine zusammenfassende Begründung für diese Ablehnung in Schweitzer u. von Schlippe 2007, S. 15–42). Eine gründlichere Betrachtung ergibt allerdings, dass Störungsorientierung kein Unterscheidungsmerkmal der beiden Schulen ist. Zum einen gehören störungsspezifische Behandlungsansätze historisch zu den Ursprüngen der Systemtherapie selbst. Die damals völlig neuen Ansätze zur Erklärung und Behandlung der Schizophrenie mit dem später wieder verworfenen Konzept der »Double-bind-Kommunikation« waren Meilensteine in der Entwicklung der Familientherapietheorie (Bateson et al. 1956). Einige Familientherapeuten hatten psychosomatische Erkrankungen durch ganz spezifische familiäre Kommunikationsstrukturen erklärt und behandelt (Minuchin et al. 1981; Selvini Palazzoli 1982). Die *Heidelberger Schule* um Helm Stierlin hat Psychosen sowie bipolare und schizoaffektive Störungen systemtheoretisch beschrieben, erklärt und erfolgreich behandelt (Stierlin 1984; Simon et al. 1989; Schweitzer u. Schumacher 1995). Systemische Therapeuten haben Konzepte für depressive Frauen (Jones u. Ason 2002) und für Suchtgefährdete (Szapocznik a. Williams 2000) mit zum Teil manualisiertem Vorgehen entwickelt. Der italienische Systemtherapeut Nardone publizierte störungsbezogene, gut evaluierte systemische Behandlungen bei Zwängen, Phobien und Essstörungen (Nardone 1997, 2003). Zurzeit reformuliert sich innerhalb der Systemtherapie auch eine störungsspezifisch-systemische Sichtweise (vgl. Schweitzer u. von Schlippe 2007).

Last, but not least lässt sich aus den systemtheoretisch-konstruktivistischen Grundlagen nicht ableiten, dass Therapeuten sich nicht auf bestimmte Störungsgebiete zentrieren sollten, um gemäß ihrem Theoriegebäude dann auf diesem Gebiet herauszufinden, wie Patienten und Experten diese »Störung« erklären, welche kognitiven und sozialen Interaktionsmuster eines Systems dieses Phänomen hervorbringen und wie es das verhindern kann.

1. Zwei Fallbeispiele¹

Fallbeispiel 1: Ehepaar W.

Herr W. ist 44 Jahre alt, Rechtsanwalt, verheiratet und lebt in ländlichem Milieu mit seiner Frau und drei Kindern zusammen. Er nimmt Kontakt zum Therapeuten auf, weil er an depressiven Verstimmungen, Erschöpfungszuständen und einer fehlenden Lebensfreude leide. Beruflich komme er mit seiner Kanzlei ganz gut zurecht. Sein familiärer Hintergrund: Frau W., 39 Jahre alt, halbtags als Arzthelferin tätig, hat aus einer ersten Beziehung den heute 15-jährigen Sohn Markus, der bei ihnen lebt. Mit Herrn W. hat sie zwei weitere Kinder: die elfjährige Renate und den 13-jährigen Jonas. Sie wäre nicht auf die Idee gekommen, für sich oder das Paar therapeutische Hilfe zu suchen, obwohl es auch ihr nicht gut gehe: Sie sei oft traurig, habe Angst um den Fortbestand ihrer Familie. Auch sie habe das Gefühl, ihr sei die Lebensfreude abhandengekommen, wofür sie ihn verantwortlich mache.

Aus systemischer Sicht ist zum Paar und zur Familie zu erfahren: Markus hat regelmäßigen Kontakt zu seinem leiblichen Vater. Dieser und Herr W. respektieren sich in ihren jeweiligen Rollen. In der »Familie« (ihr Begriff) bzw. in der »Stieffamilie« (sein nur vorsichtig verwendeter Begriff) gebe es viele Konflikte. Sie will diese offen austragen, er ziehe sich dann lieber zurück. Wenn dann doch gestritten wird, argumentiere er lang und mit vielen Erklärungen; das mache sie wütend. Sie macht ihm heftige Vorwürfe, er behandle sie und die Kinder nicht angemessen. Sie sei besorgt um die Beziehung von Herrn W. zu ihrem Sohn Markus. Zwischen diesen beiden »krisele« es aus ihrer Sicht viel zu oft. Wenn es beim Paar einmal eine gute Zeit gebe, brächen diese Konflikte wie aus heiterem Himmel über sie herein.

Weitere Betrachtungen des Systems ergeben zusätzliche Aspekte, auf deren systemische Bedeutung im Verlauf des Buches eingegangen wird:

¹ Soweit nicht explizit auf eine andere Quelle verwiesen wird, stammen alle zum Zweck der Anonymisierung personal verfremdeten Fallbeispiele aus der Praxis des Autors.

- In der Familie gibt es verschiedene Rollen: Mann/Frau; Vater und Stiefvater; Mutter; leibliche Kinder; Stiefkind. Im Zentrum der Familie steht die Frau. Herr und Frau W. haben beide das Gefühl, in diesen diversen Rollen ein »nicht gelebtes Leben« zu führen.
- Dafür gibt Herr W. sich zu 40 % die Schuld und ihr zu 60 %. Sie gibt ihm dafür zu 90 % und sich selbst zu 10 % Schuld.
- Zur historischen Perspektive dieser Familie: Frau W. fühlt sich verletzt wegen einer Jahre zurückliegenden Außenbeziehung ihres Mannes. Sie selbst ist ein adoptiertes Kind, das seine leiblichen Eltern nicht kennt. Herr W. hat versucht, seinen außerehelichen Fehltritt wiedergutzumachen – nach seinem Gefühl ohne Erfolg. Er selbst hat erst als Jugendlicher erfahren, dass sein Erziehungsvater nicht sein leiblicher Vater ist. Diesen habe er nie kennengelernt. In der Familie gibt es manchmal folgende »Polarisation«: der Vater auf Seiten seiner leiblichen Kinder und die Mutter auf Seiten ihres Sohnes aus ihrer ersten Beziehung.
- Herr und Frau W. sind sich nicht mehr gewiss, ob der andere innerlich noch zur Partnerschaft steht oder weiter stehen wird. Beide sind sich ähnlich darin, dass sie glauben, ihre jeweilige Autonomie vor dem anderen verteidigen zu müssen. Das Haus der Familie gehört beiden gleichermaßen (Grundbucheintragung). Er besitzt die Macht des leidenden Rückzuges und der langen Argumentation mit »sachlichen« Bewertungen von Frau W. (was diese erzürnt). Sie besitzt die Macht der Anklage und des emotional vorwürflichen Rückzuges. Beide leiden an dieser Situation und sind gewillt, sich helfen zu lassen.

Ein Paar: Verhaltenstherapeutische und systemische Annäherungen

Welches könnten die ersten Fragen eines Verhaltenstherapeuten zum »Fall W.« sein und welches die ersten Fragen eines Systemikers?

Die ersten Fragen eines Verhaltenstherapeuten

Herr W. hatte wegen seiner Depressionen an eine Einzeltherapie gedacht. Einzeltherapeutisch könnte ein Verhaltenstherapeut fragen:

- Welche Gefühle genau hat er, wenn er erschöpft ist? Welche Gedanken hat er, wenn er depressiv ist? Welche, wenn er zornig ist?
- Wie lässt er andere das wissen – wie kommuniziert er darüber?
- Welche »dysfunktionalen Kognitionen oder Annahmen« liegen seinen Gefühlen zu Grunde?
- Hat er Defizite im kommunikativen Bereich: Kann er Wünsche und Erwartungen äußern, kann er welche von anderen hören und akzeptieren?

Käme Frau W. zur Therapie, könnte man sie fragen:

- Wie genau fühlt sie sich in ihrer Traurigkeit, ihrer Angst, ihrer Not?
- Was denkt sie jeweils in diesen Zuständen? Wie kommuniziert sie sie?
- Welche Art von Verstärker fehlen ihr seitens ihres Mannes? (Das könnte man natürlich auch ihn fragen.)
- Welche »dysfunktionalen Kognitionen« stehen hinter ihren Gefühlen?
- Hat sie Defizite in der Kommunikation: Kann sie Wünsche und Erwartungen äußern, kann sie die anderer hören und akzeptieren?

Zur Paarebene:

- Welches sind die zentralen Konfliktthemen im Paar (Erziehung, Sexualität, Haushaltsführung etc.)?
- Welches sind jeweils positive und welches negative Verstärker, die man sich im Paar gibt, erhält oder vermisst?
- Wie wird im Paar darüber kommuniziert: Werden entsprechende Wünsche und Erwartungen geäußert/gehört? Kommt man dann zu Kompromissen? Gibt es »Paardefizite« in der Kommunikation oder im Problemlösestil?

Die ersten Fragen eines Systemikers

Diese Fragen seines verhaltenstherapeutischen Kollegen könnte natürlich auch ein Systemiker stellen. Seine Systemtheorie lässt ihn aber eher auf das Paar als System blicken, womit er einen anderen Themenschwerpunkt hat (auch wenn es systemspezifische Fragen an Einzelpersonen gibt, seien hier die zur Paarebene formuliert):

- Welche »Welten« treffen mit Herrn W. und Frau W. aufeinander: Welche Partnerschafts- und Familienkonzepte bringt jeder mit? Mit welcher Dynamik treffen diese aufeinander?
- In welchem »inneren Kino« sitzt jeder, wenn er seine Sicht der Familie beschreibt, und wie kommen die anderen Systemmitglieder darin vor?
- Was repräsentieren Herr und Frau W. in dieser Weltenbegegnung jeweils: welche Ressourcen, welche Werte, welche Ängste, welche Lösungswege für Paar- oder Familienprobleme? Welches ist ihr Bild von einem idealen Platz in einer Familie, und welches ist sein Bild?
- Wie vertritt jeder seine Position, und welche Dynamik oder welches Interaktionsmuster ergibt sich daraus?
- Welche Lösungen für sich daraus wiederum ergebende Probleme hat das Paar bisher gewählt, was hat geholfen, was nicht (gegebenenfalls inklusive eventueller Vorthérapien)?
- Was also wäre hier etwas Neues?

Fallbeispiel 2: Ein Team im Stress

Im Team einer onkologischen Privatklinik mit medizinisch-psychotherapeutischem Gesamtkonzept herrscht seit sieben Jahren schlechte Stimmung. Dafür werden zwei Gründe angegeben. Zum einen hohe Belastungen des Teams: viele Patienten, schwierige Patienteninteraktionen, ein hoher konzeptueller Anspruch, viel Schreibarbeiten. Der andere Grund liegt im Team selbst: keine gute Kollegialität. Ein Kollege mache formal mit, ziehe sich aber aus allen Teambelangen demonstrativ zurück; es gebe viele Krankheitsabwesenheiten von Kollegen, die andere ausgleichen müssten, und zwischen einzelnen Kollegen bestünden seit Jahren unbewältigte Konflikte. Alle sind sich einig: »Wir sind kein richtiges Team!« Es werden viel Klagen über die Klinikleitung geäußert: fehlende Leitungspräsenz – mangelnde Wertschätzung. Man unterstellt sich gegenseitig Verletzungen, fehlende Solidarität, innere Kündigungen und Resignation. Es lassen sich Ängste und Schuldgefühle eruieren bei denen, die wegen Krankheit ausfielen, und Ärger bei denen, die sie ersetzen mussten. Beides belastete. Frauen äußern sich eher leise, Männer eher laut.

Ein Team: Verhaltenstherapeutische und systemische Annäherungen

Die ersten Fragen eines verhaltenstherapeutischen Supervisors

Die ersten Fragen dürften folgende Bereiche betreffen:

- die offiziellen und inoffiziellen Konfliktthemen
- die Organisation der Arbeitsabläufe mit vorhandenen oder fehlenden Kooperationen
- die Möglichkeit persönlicher Fehden
- vorhandene oder fehlende Kommunikations- und Problemlösestile
- Ziele der Teilnehmer für die Supervision.

Die ersten Fragen eines systemischen Supervisors

Die ersten Fragen dürften folgende sein:

- Wer oder was gehört zum Team (Verhaltensmuster, Denkweisen, Regeln)?
- Wer oder was gehört nicht zum Team, sondern zur Umwelt des Teams (Klinikleitung, andere Teams, Patienten, Teammitglieder als Personen)?
- Was gehört zur Klinikumwelt (Kostenträger, Medien, Gesellschaft usw.)?
- Was kennzeichnet die Selbstorganisation des Teams?
- Welche expliziten oder impliziten Regeln hat das Team z. B. zur Bewältigung von besonderen Belastungen?
- Welches Selbstbild hat es hierzu?
- Wie definiert das Team ein Team?
- Welche Rollen gibt es rund um das Thema Belastungsbewältigung (»Vielschaffer« – »Krankmacher« – »Gewerkschaftler« ...), wer hat sie in der Vergangenheit besetzt, und wer besetzt sie heute?
- Wenn es Symptome gibt (Krankheiten, Verletzungen, miese Stimmung): Wer gibt wem die Schuld dafür, und wer denkt von wem, dass er daran etwas verändern kann?
- Wer trifft welche teamrelevanten Entscheidungen, oder von wem werden solche erwartet?
- Wer entscheidet über Belegung oder Überbelegung, und wer entscheidet, wie man dann mit der Entscheidung dieser Instanz umgeht?

Wozu dienen Fragen?

Fragen wie die angeführten suchen ganz bestimmte Arten von Informationen und ignorieren dabei notwendig andere. Man kann nie alles fragen. Es geht nicht um eine bloße Ansammlung von Daten und Informationen. Ein Zuviel an Daten und Informationen kann verwirren und lähmen. Gute Fragen führen zu Informationen, die zu guten Erklärungen und Handlungen führen. Die Erstellung einer ICD-Diagnose und die Erfragung von Verhaltensdefiziten bei Patienten führen auf individueller Ebene z. B. zu medikamentöser Behandlung, zur Besprechung von Themen in der Einzeltherapie oder zu einem Skilltraining in der Gruppe. Das kann erfolgreich oder erfolglos sein. Systemische Fragen zu einem Paar und zur Rolle des Therapiesystems führen zu Interventionen im Paar oder dazu, sich als Expertensystem gezielt anders zu verhalten als andere Experten, die sich schon mit dem Fall befasst haben. Man könnte z. B. etwas für gesund erklären, was das Paar und die vorherigen Experten bisher für krank erklärten, oder für »krank«, was bisher als gesund galt. Fragen, Erklärungen und Interventionen bilden eine Einheit. Im Folgenden sollen Verhaltenstherapie und Systemtherapie an verschiedenen Stellen ihrer Therapiekonzeptionen einander gegenübergestellt werden. Das ist von der Frage, welche dieser beiden Schulen für wen in welchem Kontext mehr oder weniger effektiv ist, vollkommen unabhängig. Die empirisch evaluative Frage ist eine andere als die nach Therapieschulenidentitäten.