

MENSCHENSKIND



**KANN MAN SYSTEMISCHE THERAPIEKONTEXTE
KONSTRUIEREN ?**

Klaus G. Deissler

Arbeitsblätter zur Systemischen Therapie zweiter Ordnung

copyright
infam Marburg 1999
4. Auflage
Erstveröffentlichung 1988
ISBN 3-925213-04-X

INHALTSVERZEICHNIS

Vorbemerkung	3
I. Die Definition, der undefinierbaren - die Beschreibung der unbeschreiblichen	5
Was ist Systemische Therapie 2ter Ordnung?	5
Gespräch über Kapitel I	7
II. Die Normalisierung des Besonderen oder die Vervollkommnung des Gewöhnlichen?	13
Wie sieht das „Muster“ der „normalen“ oder „klassischen“ Therapie aus?	13
Gespräch über Kapitel II	14
III. Wo ist der Anfang des Kreises, wenn man ihn nicht zerstören will?	18
Wie kann man die Systemische Therapie beginnen?	18
Gespräch über Kapitel III	23
IV. ... denn alles, was lebt, ist heilig ...	27
Wie läuft eine Sitzung der klassischen Systemischen Therapie ab?	27
Gespräch über Kapitel IV	31
V. Hinterm Horizont geht's weiter ...	38
Wie kann man zur Konstruktion positiver Alternativen beitragen?	38
Gespräch über Kapitel V	41
VI. Paganini, Stilkopien oder wie man einen Magier entzaubern kann?	43
Maßgeschneiderte Interventionen, Standard- bzw. Schlüsselinterventionen und / oder sprachliche Anregungen durch therapeutische Konversation?	43
Gespräch über Kapitel VI	55
VII. Willst Du ein „Schreiber“ sein, dann schreibe und schreibe und schreibe ...	58
Protokollmaske für die klassische systemische Therapie-Sitzung	58
VIII. Dasselbe, nur anders - ein kleiner Unterschied?	63
Der Ablauf der reflexiven systemtherapeutischen Sitzung	63
Gespräch über Kapitel VIII	67
IX: Willst du ein „Reflektor“ sein, dann reflektiere und reflektiere und reflektiere ...	72
Protokollmaske für die reflexive systemische Therapie-Sitzung	72
Gespräch über Kapitel IX	77
X. Bist du Teil des Problems oder Teil der Lösung, beides oder weder noch?	80
Checkliste zur Definition eines Problem- / Lösungssystems	80
Gespräch über Kapitel X	81
XI. Jeder denkt an sich, keiner denkt an mich - nur ich?	85
Eine rekursive Modell autonomer Prozesse	85
Gespräch über Kapitel XI	88
XII: Wie unterscheidet sich die Beschreibung des Laufes des Wassers von der Beschreibung des Verlaufs einer Therapie?	91
Therapieverlaufsbeschreibung (tvb) Checkliste	91
XIII: Wer andern eine Grube grabt, fällt selbst hinein?	92
Rekursive Kontextanalyse	92

Gespräch über Kapitel XIII	95
XIV: Messeneuheiten und / oder Erfindungskunst?	97
Autoreflexionen im Rückspiegel an der Außenseite	97
Gespräch über Kapitel XIV	98
XV. Eine polyphone Konstruktion der Wirklichkeit?	103
Literaturhinweise	103
Anhang: Von einem der auszog, das Lernen zu lernen.	107
Unkommentiertes Beispiel: Ausgangsinformationen und ein Therapieprotokoll	107

Geschrieben im Andenken an meine Mutter

* Menschenkind, wie kann man? *

Menschenkind,
warum glaubst Du bloß,
grade Dein Schmerz,
Dein Leid wär'n riesengroß?

Wünsch Dir nichts,
dummes Menschenkind,
Wünsche sind nur schön,
solang sie unerfüllbar sind.

Man hat uns nicht gefragt,
als wir noch kein Gesicht,
ob wir leben wollten
oder lieber nicht.

Jetzt gehe ich allein
durch eine große Stadt,
und ich frag mich,
ob sie mich lieb hat?

Ich schaue in die Stuben
durch Tür und Fenster gleich
und ich warte, und ich warte
auf etwas.

Wenn ich mir 'was wünschen dürfte,
käm ich in Verlegenheit,
was ich mir denn wünschen sollte,
eine schlimme oder gute Zeit?

Wenn ich mir was wünschen dürfte,
möcht' ich **etwas** glücklich sein,
denn sobald ich gar zu glücklich wär,
hätt' ich Heimweh nach dem Traurigsein.

Friedrich Hollaender

Vorbemerkung

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Checklisten, Masken oder Konstruktionshinweisen die sich zu **Ü b u n g s z w e c k e n** im Laufe der Arbeit in der

- * **Familietherapeutischen Arbeitsgemeinschaft Marburg (fam) e.V.**
(seit 1976), dem
- * **Institut für Familientherapie Marburg** (seit 1980) und im
- * **Institut für Systemische Therapiestudien** (seit 1985)

als hilfreich erwiesen haben.

Sie wurden in der praktischen therapeutischen Arbeit mit Klienten und zu Lehr- und Übungszwecken in Weiterbildungsgruppen in Systemischer Therapie angewandt.

Als Teilnehmer der Weiterbildungskurse in Systemischer Therapie sollten Sie eines in Erinnerung behalten: Sobald Sie versuchen, die hier vorgeschlagenen Vorgehensweisen in Ihrem Arbeitszusammenhang anzuwenden, werden Sie Ihren eigenen Arbeitskontext und ökologischen Lebenszusammenhang genau mit seinen „Eigenheiten“ studieren können, denn es wird sich zeigen, daß sich die Organisationsweise Ihres Arbeits- / Lebenszusammenhanges auf das auswirkt, was Sie tun und umgekehrt. Deshalb ist ein einfaches Übertragen der vorgeschlagenen Vorgehensweisen nicht möglich. Reflexion, Vorbereitung, gutes timing sowie einiges an eigener „Anpassungsarbeit“ wird nötig sein. Damit Ihnen diese „Übertragung“ besser gelingt, wurde insbesondere die Checkliste „Rekursive Kontextanalyse“ erstellt. Weitere Hilfestellungen können wir Ihnen während der Kurse geben.

Die folgenden Darstellungen, sind aus meiner täglichen systemtherapeutischen Praxis erwachsen und haben sich verwoben mit Ideen, die ich in der aktiven Auseinandersetzung mit der aktuellen Literatur zur Systemischen Therapie entwickelt habe. Noch wertvoller waren für mich darüber hinaus u.a. meine Diskussionen mit KollegInnen bei der Durchführung von Therapien und Weiterbildungskursen. Besonders nennen möchte ich hierbei Beate HÖLLMÖLLER und Ulrike KOBER, Diplom-Psychologinnen am Institut für Familientherapie Marburg sowie Luigi BOSCOLO und Gianfranco CECCHIN vom Mailänder Institut für Familientherapie und schließlich Roswitha SCHUG vom schulpyschologischen Dienst in Darmstadt. Für ihre Liebe, Unterstützung, Kreativität und Geduld bei der Auseinandersetzung mit meiner Arbeit und der Entwicklung meiner Ideen „auf meiner Wolke“ danke ich meiner Frau, Marie-Claire MOLENES und meiner Tochter Natalie.

Die Konzeptualisierungen, die ich in den folgenden Abschnitten darstelle, haben mich die letzten Jahre intensiv beschäftigt und begeistert. Die Begeisterung bezieht sich u.a. auf die Ideen und Gedankenbruchstücke, die die **Systemische Therapie 2ter Ordnung** möglich machte. Stück für Stück wurde eine Überwindung des Denkens in den Kategorien der Kybernetik 1. Ordnung möglich: **Die Überwindung der Betrachtung von menschlichen Systemen unabhängig vom Beobachter.**

Die hier zusammengetragenen Ideen haben zumindest mir ermöglicht, ein besseres Verständnis zwischenmenschlicher Dramen zu entwickeln. Jenseits davon sind meines Erachtens jedoch die Möglichkeiten des Entwurfs neuer Wirklichkeitskonstruktionen für die Zukunft erst durch die Entwicklung zur Systemischen Therapie 2ter Ordnung soweit geöffnet worden, daß ein therapeutisches Arbeiten in wechselseitiger Wertschätzung zwischen Klienten und Thera-

peuten möglich wurde. Ich hoffe dementsprechend, daß meine Sehnsucht, Begeisterung und Euphorie für diese Ideen zu einem Placebo¹ im ursprünglichen, nicht-dinghaften Sinne werden: Nicht das Ding (die Droge usw.) ist entscheidend, sondern die wechselseitige Begeisterungsfähigkeit für den Entwurf und die Konstruktion von Wirklichkeiten von sogenannten Klienten einerseits und sogenannten Therapeuten andererseits im Rahmen sogenannter therapeutischer Kontexte. So wünsche ich mir auch, daß meine hier dargestellten Ideen verstanden werden. Lassen Sie es mich mit einer Metapher sagen:

Wenn Du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht die Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Werkzeuge vorzubereiten, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten endlosen Meer.

Antoine de Saint Exupéry

Dementsprechend hoffe ich, daß sich KollegInnen, die selbst noch das Gefühl haben, sich dem Entwicklungsstand der systemtherapeutischen Praxis der Kybernetik erster Ordnung zu rechnen zu müssen, sich durch die Darstellung der Systemischen Therapie 2ter Ordnung weder erschreckt noch entwertet fühlen. Ich würde mich im Gegenteil freuen, wenn meine Darstellung zum Dialog mit Ihnen beitragen könnte, bei dem ein paar Funken dieser „Sehnsucht“ überspringen könnten.

Betrachten Sie also die folgenden Überlegungen, Darstellungen, Listen usw. nicht als bindende Vorschriften, sondern als Vorschläge, Werk- oder Spielzeuge, die sich für viele Kollegen bei der Konstruktion bzw. Erfindung therapeutischer Wirklichkeiten als hilfreich erwiesen haben und die dazu da sind, von Ihnen ergänzt, verändert - und wenn es sein muß, verworfen zu werden.

Damit die abgehandelten z.T. theoretischen Konzepte, „Masken“ usw. für Sie etwas besser nachvollziehbar sind und plastischer werden, haben wir an jeden Teil der Darstellung ein Gesprächsprotokoll angefügt, in dem 2 graduierte Praktikanten, Elwira Blazewicz (M.A.) und Raimund Röttger (Dipl.-Päd.)² Ihre Fragen an den Verfasser (kd) richten.

Klaus G. Deissler

Marburg im Sommer 1988

¹ Placebo, lat. = ich werde gefallen.

² Elwira Blazewicz und Raimund Röttger befinden sich im Ausbildungsgang "Integrierte Familientherapie" am Psychotherapeutischen Institut Burg Bergerhausen, Duisburg.

I. Die Definition, der Undefinierbaren - die Beschreibung der Unbeschreiblichen

Was ist Systemische Therapie 2ter Ordnung?

Beim Versuch, die **undefinierbare Therapie zu definieren**, könnte man es sich leicht machen und einfach auf den Artikel von Lynn HOFFMAN verweisen, in dem sie von **Systemischer Familientherapie zweiter Ordnung** spricht, auf die Arbeiten von Heinz von FÖRSTER und seine **Kybernetik der Kybernetik**, der **Kybernetik zweiter Ordnung** also und Gregory BATESONS Verständnis von **systemischer Weisheit** usw. (s. Literaturliste S. 103 ff.).

Wichtig erscheinen mir u.a. folgende Überlegungen:

1. Eine Definition Systemischer Therapie erscheint einerseits notwendig, da man mit einer genauen Definition anderen Kollegen oder Interessenten klarmachen könnte, was man tut.

Dazu ein paar **Definitionsbeispiele**:

Systemische Therapie ist das, was systemische Therapeuten machen;

was die Mailänder erfunden haben;

die Therapieform, die sich systemische Sichtweisen, Denk- und Sprachmodelle zunutze macht;

die Therapieform, die mit therapeutischem Team Einwegscheibe, 2-Kammersystem, Video-Anlage ... arbeitet;

ein irreführender Begriff: Es handelt sich eigentlich nicht um Therapie, sondern um systemische Konsultation, innerhalb derer die Autonomie der Klienten respektiert und lediglich Anregungen für Selbstheilungsprozesse gegeben werden.

Systemische Therapie 2ter Ordnung ist Systemische Konsultation;

die Therapieform, die der Beobachtung der Beobachtung zentralen Stellenwert zumißt;

die Therapieform, die sich auf BATESON, von FÖRSTER, MATURANA, von GLASERSFELD und damit auf konstruktivistische Ideen beruft;

die Kunst durch einen Meister-Konversationalisten das Gespräch in Gang zu halten und Lösungen zu erzeugen;

Kunst der ziellosen Konversation;

das, was in diesem Skript beschrieben wird.

2. Wie diese Beispiele zeigen, sind alle Definitionen „irgendwie“ unvollständig, wenig zufriedenstellend und angreifbar. Daraus könnte man die Folgerung ableiten, daß **Systemische Therapie nicht zu definieren sei**. Und tatsächlich spricht für eine solche Haltung, daß mit einer solchen „Nicht-Definition“ keine endgültigen Antworten gegeben, die Entwicklung offengehalten wird und dem Fragesteller selbst eine Definitionsversion abverlangt wird. Der Nachteil dieser Haltung könnte darin bestehen, daß - **analog zur Erfindung des unsichtbaren Gottes**, die die ganzen kirchlichen Verwaltungsapparate nach sich zog - die **Erfindung der undefinierbaren Therapie** zu der Errichtung von „therapeutischen Kirchen“ mit ihren „weltlichen Schwierigkeiten“ z.B. der Verwaltung kirchlicher Organisationen mit ihren Begleiterscheinungen führt.

Was folgt aus dem Gesagten?

Meines Erachtens insbesondere eines: Systemische Denk-, Sicht- und Sprechweisen befinden sich nicht mehr auf dem sicheren Boden unserer klassischen Vorstellungen von physikalischen Gesetzmäßigkeiten und Rückführung auf wenige fundamentale Prämissen. Mir scheint, wir müssen „schwimmen“ lernen in einem Beziehungsnetz von wechselseitig sich bestätigenden Prämissen, die wir als Autoren selbst lernen müssen zu verantworten. Das heißt, daß es keine absolute und verlässliche Konstruktion der Wirklichkeit mehr gibt, sondern nur noch die **Sicherheit der Unsicherheit von der wir selbst ein Teil sind ...**

Genau so wenig, wie wir die Zukunft voraussagen können, sind wir in der Lage endgültige Antworten zu geben. Oder - um es in einem derzeit gängigen bon mot zu sagen: Wir können nur **Fragen eröffnen, die weitere Fragen eröffnen ...** So läßt sich z.B. im Kontext der Systemischen Therapie zweiter Ordnung folgendes fragen:

- Wenn wir als psychosoziale Fachleute anerkennen, daß wir selbst die Autoren der Diagnosen sind, die wir stellen, inwieweit tragen wir dann selbst zur Erfüllung dieser Diagnosen bei?
- Sind Diagnosen - außer zu verwaltungstechnischen Zwecken, z.B. für Krankenkassen usw. - überhaupt noch für therapeutisches Arbeiten sinnvoll?
- Wenn wir anerkennen, keinen „höheren Expertenstatus“ über die Probleme unserer Klienten zu haben als diese selbst, können wir uns dann noch anmaßen, Therapie aus der Position des Experten zu betreiben?
- Wäre es dann nicht sinnvoller von Konsultation zu sprechen?
- Worin besteht die Aufgabe der Konsultanten?
- Besteht unsere vordringlichste Aufgabe nicht gerade darin, Einblick in unsere Arbeit zu geben und für Transparenz zu sorgen?

- Ist es überhaupt sinnvoll, „objektive Einteilungen“ wie Individuum, Paare, Familien, Organisationen usw. vorzunehmen und die unterschiedlichen Therapie- und Beratungsformen auf diese Einteilung aufzubauen?
- Können wir dann überhaupt noch sinnvollerweise über Familientherapie, dem Hauptgebiet unserer Tätigkeit - ob systemisch oder nicht - sprechen?

Gespräch über Kapitel I

Mir fällt zunächst auf, daß dieser Teil so kraftvoll geschrieben ist, geradezu **wichtig**. Außerdem ist mir aufgefallen, daß Du zweimal Deine Beziehung zur Kirche aufgreifst.

Was meinst Du denn mit „wichtig“?

Ich habe den Eindruck, daß Dich die Frage der Definition systemischer Therapie so stark beschäftigt hat, daß Deine Antwort eben sehr wichtig wird oder man könnte auch sagen: **leidenschaftlich**.

Woran machst Du das denn fest?

Ich mache das z.B. an Deinem Vergleich zwischen Therapie und Kirche fest. Viele Leute werden sich daran stören und auch ich finde es provozierend.

Ich finde es nicht provozierend, ich bin katholisch.

Ich als Atheist finde das provozierend.

Ist es das, was Du als „wichtig“ bezeichnest?

Ja, da steckt für mich eine Wucht drin.

Ich habe das nicht so empfunden, hatte aber den Eindruck, daß wenn ich ein solches Papier schreibe, ich mich auch mit der Frage auseinandersetzen muß, was Systemische Therapie eigentlich ist. In einigen Weiterbildungsgruppen wurde ich auch danach gefragt, was Systemische Therapie eigentlich ist. Ich könnte sogar sagen, daß ich mit diesen Fragen bestürmt wurde. Hier habe ich versucht, einige Antworten zu geben, die ich diesen Fragenden irgendwann einmal gegeben habe. Ich habe mich beim Schreiben tatsächlich in einem Dilemma befunden. Hätte ich versucht, ganz präzise zu sein, dann wäre ich leicht angreifbar gewesen und die Definition wäre irgendwann auch veraltet gewesen. Die andere Möglichkeit war, ganz offen zu bleiben, also verschwommen und daher wenig angreifbar.

Es kommt darauf an, für wen angreifbar. Für rigide Wissenschaftler bist Du ja sehr angreifbar, wenn Du verschwommen argumentierst. Sie könnten Dir **Un-genauigkeit** und **Unwissenschaftlichkeit** vorwerfen. Sie könnten sagen: Das ist nicht nachprüfbar.

Ich wollte damit sagen, daß sich beim Versuch, eine Definition Systemischer Therapie zu liefern, eine **Schere** auftut: Man kann versuchen, **extrem genau** zu sein, ganz prägnant. Man

kann aber auch sagen: Systemische Therapie ist nicht definierbar. Diesen Vergleich zwischen **Therapie** und **Kirche** habe ich gezogen, weil mir eine Geschichte eingefallen ist, die mir ein Kollege einmal erzählt hat: Die Geschichte von der Erfindung des unsichtbaren Gottes. Für mich hat mein Beispiel nichts mit religiösen Inhalten zu tun. Ich wollte damit zum Ausdruck bringen, daß es etwas gibt, was man nicht sinnlich begreifen kann. Die Analogie zu Gott und Kirche liegt für mich darin, daß man versucht eine Therapieform zu definieren, die nicht definierbar ist. Für mich ist diese Passage nicht bedeutungsschwanger religiös. Vielleicht könnte man mir das allerdings vorwerfen. Mir ging es um die Analogie, mir ging es darum, daß man etwas erfindet, was nicht sichtbar ist, nicht wahrnehmbar ist. Und mir ging es darum, daß man mit einer solchen Erfindung einen ganzen Verwaltungsapparat aufbauen kann.

Es ist doch eher wie der elektrische Strom. Du kannst ihn nicht sehen, aber er existiert und funktioniert. Für mich sind die von Dir angeführten Definitionen präzise genug, da man nie in einer Definition all das umfassen kann, worum es wirklich geht. Es ist eine reduktionistische Methode. Und Du hast diesen Reduktionismus mit Deinen Beispielen auf den Punkt gebracht, am meisten mit der Definition, daß Systemische Therapie eine Therapieform ist, die sich systemische Denk- und Sprachmodelle zunutze macht. Systemische Konsultation ist hingegen Systemische Therapie zweiter Ordnung. Damit ist für mich die Sache ganz klar.

Ich bin damit nicht so zufrieden. Mir fallen des Kaisers neue Kleider ein. Mir geht noch viel durcheinander im Kopf und das war vielleicht auch das, was mich so provoziert hat. Bei der Erfindung des unsichtbaren Gottes werden Wirkungen oder Fakten, die man sehen und feststellen kann, auf etwas zurückgeführt. Du kannst nicht sagen: Der unsichtbare Gott wird dies und jenes machen. Du kannst nur sagen: Das ist von ihm gemacht worden, wenn Du etwas nicht weißt.

In diesem Zusammenhang fällt mir ein, daß die systemische Denkweise ja sehr von BATESON beeinflusst ist. Dieser war der buddhistischen Denkweise zugeneigt, oder taoistischen Ideen, daß Gott in allen ist. Implizit ist bei dieser Denkweise ein Respekt vor der Natur, vor den Mitmenschen und vor sich selbst. Es schwingt also eine ökologische Denkweise mit, man kann nicht mehr genau definieren, was das ist, es geht in den mystischen Bereich über. Würde ich nun bei diesen Definitionen mystisches Denken mit hinein nehmen, dann würde ich mich sicher als Wissenschaftler - das bin ich im klassischen Sinne ja gar nicht - ins Abseits stellen.

Für wen definierst Du das eigentlich? Wenn ich diesen Text lese, kann ich mir meine Gedanken dazu machen, kann ich ihn verstehen und zum großen Teil akzeptieren, aber stell Dir vor, Du würdest das einem Klienten erklären ...

Ich habe das nicht für Klienten geschrieben, sondern für TeilnehmerInnen von Weiterbildungsgruppen. Diese können anhand dieses Textes Fragen aufwerfen.

Ich möchte noch eine biblische Forderung hinzufügen: Du sollst Dir **kein Bildnis machen**. Ich denke, daß dieser Satz für Therapeuten, die sich der Therapie zweiter Ordnung zugehörig fühlen, gilt. So lehnen sie es ab, Diagnosen zu stellen, es wird nicht gesagt: Das ist eine psychotische Familie oder eine manisch depressive Familie oder eine anorektische Familie oder das ist eine normale Familie. Diese Therapeuten machen sich kein Bildnis von den Familien und können gerade dadurch ihre Neugierde erhalten. So können sie im Gespräch, im Fluß mit den Familien bleiben. Etwas definieren heißt ja, etwas umreißen, begrenzen. Wird etwas festgelegt, bekommt es einen Dingcharakter, wird zum Objekt. Dann kann man damit herum

hantieren und irgendwann verliert man sein Interesse daran. Genauso geht es mit den Familien, die man sieht. Und gerade deshalb finde ich es positiv, jemanden nicht zu definieren.

Zwar ist die Therapie zweiter Ordnung sehr technisch, sie hat Werkzeuge, ist eine Kunst. Sie geht aber sehr respektvoll mit den Klienten um, finde ich.

Systemische Therapie ist ein Zwischending zwischen Spielzeug und Werkzeug. Leider ist mir dazu kein gutes deutsches Wort eingefallen, nur ein englisches: Spielzeug heißt auf englisch toy, Werkzeug tool. Daraus kann man **toyls** machen, **Spielwerkzeuge**, mithilfe derer man spielerisch Wirklichkeiten konstruieren und anbieten kann für die Menschen, die Probleme haben und denen diese Konstruktionen vielleicht etwas helfen. So bleibt das **Spielerisch-Schöpferische** erhalten, es wird nicht zum bloß-reproduzierenden Handwerk.

„Spielwerkzeug“ ist ein gutes Wort, es macht etwas klar.

Ich finde Deine Aussage: „Wenn wir als psychosoziale Fachleute anerkennen, daß wir selbst die **Autoren der Diagnosen** sind, die wir stellen, inwieweit tragen wir dann selbst zur Erfüllung dieser Diagnosen bei?“ sehr wichtig. Sie unterstreicht die Verantwortung, die man als Therapeut hat. Wenn man einmal jemanden abstempelt als Drogensüchtigen oder so was, dann gibt man ihm ein Brandmal, das derjenige immer mit sich trägt und das sich selbst bestätigt.

Ich finde es wichtig, daß man eine Diagnose als TherapeutIn vermeidet. Auf der anderen Seite begegnet es einem häufig, daß die Klienten selbst mit einer **Diagnose**, also besser: einer **Selbstdefinition** kommen. Sie sagen: „Ja, ich bin so einer, ich bin verrückt“. Der Definitionsprozeß ist dann schon in der Familie gelaufen. Wenn man in einem solchen Fall sagt, ich weiß es aber besser, das gibt es ja gar nicht, dann kommt man in eine Kampfsituation mit der Familie, in eine Auseinandersetzung herein, die zu nichts führt. Man muß immer die **Selbstdefinition der Familie respektieren und auch das, was andere Fachleute über die Klienten sagen**.

Ja, nehmen wir ein Beispiel: Es kommt jemand zu Dir mit der Definition, er sei depressiv. Er hat also schon sein Brandmal. Wie gehst Du mit dieser Situation um?

Im Sinne der Selbstbestätigung, d.h. ich akzeptiere zunächst seine Selbstdefinition und bestätige sie. Ich muß das ja als Ausgangspunkt akzeptieren, wenn er sich selbst so definiert.

Arbeitest Du daran, daß er diese Selbstdefinition irgendwann infrage stellt? Ist das Dein Ziel?

Konstruieren wir ein Beispiel. Ein Klient kommt zu mir mit der Selbstdefinition: depressiv. Er will nicht mehr in seinen Beruf zurück und sieht zur Zeit keine andere Möglichkeit seinen Beruf zu fliehen als durch Kranksein. Dann kann ich ihm sagen: „Wäre es nicht möglich, daß Sie einen anderen Beruf wählen, ohne daß Sie krank sein müssen“. Daraufhin antwortet er beispielsweise: „Nein, das ist nicht möglich, weil ich sonst keine Rente erhalte, also brauche ich die Krankheit“. Das heißt, man muß einen Weg finden, auf dem der Klient zu einem **ja, und** oder **ja, aber** gelangt. „Ja“ heißt, man gibt dem Klienten zu verstehen, daß es eine Zeitlang in Ordnung ist, weil er nicht anders weiterleben kann als durch die Krankheit seinen Beruf zu fliehen. Auf der anderen Seite fordert man ihn auf nach einem Weg zu suchen, über den er die Krankheit nicht mehr braucht.

Also eher ein „ja, und“ statt ein „ja, aber“.

Es kommt darauf an, wie man das sieht. „Ja, aber“ ist vielleicht eher eine Einschränkung, während „ja und“ eher eine Erweiterung ist. Das „ja“, das die Bestätigung der Krankheit ist, kann dann irgendwann weggelassen werden.

Wenn ein Klient zu Dir kommt, der von sich das Bild hat, er sei unnormal, dann ist das doch auch darüber entstanden, daß er sich als Kunden und Dich als Fachmann sieht. Das Bild des Fachmanns ist doch auch gesellschaftlich vermittelt: Wenn Du zum Psychologen gehst, dann mußt Du verrückt sein, dann kann irgendwas nicht stimmen. Also haben die Klienten eine Erwartungshaltung, die Du doch enttäuschst? Die Erwartungshaltung, daß Du irgendetwas finden mußt, was unnormal ist. Stell' Dir vor, Du gehst zu einem Arzt und sagst ihm, ich fühle mich sehr schlecht. Wenn er dann antwortet: „Sie sind kerngesund“, dann würde ich nicht mehr zu ihm hingehen, ihm nicht über den Weg trauen.

Du hast recht, aber ich habe diese Frage ja schon beantwortet. Das gehört zur Bestätigung dazu, ich bestätige dem Klienten, daß es ihm schlecht geht, frage aber, was wir tun können, damit es ihm besser geht. Man muß dann offen sein für die konstruktiven Bereiche, die sich an das Schlechtgehen anschließen können. Sagt man, „Sie sind nicht krank oder ich weiß es besser“, dann kommen die Klienten nicht wieder, weil sie dann kein Vertrauen haben. Hätte ich zu dem Mann, der sich für depressiv hält und so seinen Beruf fliehen möchte gesagt, „Sie sind doch ganz normal, Sie setzen diese Wahnideen lediglich ein, um eine Rente zu bekommen“, dann würde er nicht wiederkommen. So kann man sich den Weg zu einer Therapie verbauen. Gehen diese Klienten dann zu einem Psychiater, bekommen sie ihre Medikamente, ist damit ihre „Laufbahn“ schon etwas mehr festgeschrieben. Die Forderung, keine Diagnose zu stellen, bezieht sich also auf die Möglichkeit, sich die Offenheit für eine zukünftige positive Entwicklung zu erhalten. Im Alltagsleben geschehen häufig solche Verurteilungen: Z.B. einmal Faschist, immer Faschist. Wenn man so an jemanden herantritt, dann gibt man ihm keine Chance mehr. Das kann man übrigens auch darin sehen, daß psychiatrische Diagnosen auch als Schimpfwörter benutzt werden. Wenn man jemanden abstempeln will, mit ihm nichts mehr zu tun haben will, dann sagt man z.B.: Du bist nicht ganz dicht.

Ja, das dient vielem. Man kann z.B. den Ausdruck „depressiv“ als eine Beschimpfung verwenden, als eine Selbstdefinition oder als eine Entschuldigung.

Ja, das ist noch ein anderer Aspekt. Es gibt ja die Bewegung, die **„psychisch Kranken mit den körperlich Kranken gleichzustellen“**. Dieser Bewegung gegenüber habe ich sehr ambivalente Gefühle. Einerseits resultiert diese Gleichstellung auch aus einem Bedürfnis nach Entschuldigung und Schutz dieser Menschen. Man gibt ihnen damit die Möglichkeit, nicht so verantwortlich sein zu müssen, wie man dies einem „Gesunden“ zutraut. Auf der anderen Seite verdinglicht man durch eine solche Gleichstellung die sogenannte „psychische Krankheit“ und versperrt den Menschen den Weg aus ihrer „psychischen Krankheit“ heraus. Was passiert denn, wenn sich dieser Mensch plötzlich entscheidet, gesund zu sein? Dann paßt das ganze Weltbild der Außenstehenden nicht mehr zu ihm. Diese Gefahr sehe ich in einer solchen Gleichstellung.

Ja, aber das ist sicher zweischneidig. Die Menschen bekommen ja dadurch auch Schutz. Nehmen wir z.B. eine Frau, die nicht aufstehen kann. Bietet man ihr nun alles mögliche an und sie steht dennoch nicht auf, so bekommt sie auch noch Schuldgefühle. Seelische Krankheit bedeutet für sie dann einen Schutz zu haben, sie wird nicht verurteilt. Es kommt also auch einer Entlastung gleich.

Ja, man muß eben verstehen, welche Funktion die Selbstdefinition für die Menschen hat.

Ja, aber dadurch wird die Sache auch komplizierter als wenn man nur einfach sagt: Ja, der ist **psychisch krank**, vergessen wir das. Das ist ja auch **eine Art Wegweiser, wie man zu denken hat**. Wenn mir jemand sagt: „Ich bin psychisch krank“, dann weiß ich doch sofort, wie ich über ihn zu denken habe, und ich weiß, daß ich ihm gegenüber anders aufzutreten habe, wie wenn ich einem "normalen" Gesprächspartner gegenüber sitze. Ich muß mein Gegenüber dann als „psychisch Kranken“ anerkennen und ihm bestimmte Sachen, die er macht, nachsehen. Das birgt auch eine große Gefahr. Denn Homosexualität wurde ja auch eine ganze Zeit als Krankheit begriffen. Das hat zu einer Diskriminierung geführt. Warum sollte eine solche Klassifikation als Krankheit bei Schizophrenen beispielsweise nicht genauso zu einer Diskriminierung führen? Die Etikettierung führt zu bestimmten Denkbahnen. Man denkt dann, aha, der ist „schizophren“, hat also bestimmte Muster an Gefühlen, Denkweisen, Chaos ... Dabei gehen dann schnell die systemischen Gesamtzusammenhänge verloren - die Lebensumstände und die ökologischen Zusammenhänge. Das ist eine große Gefahr.

Was willst Du mit der Frage - „Ist es überhaupt sinnvoll, ‚objektive Einteilungen‘ wie Individuum, Paare, Familien, Organisationen usw. vorzunehmen und die unterschiedlichen Therapie- und Beratungsformen auf diese Einteilung aufzubauen?“ - sagen? Meinst Du, daß man den Begriff Familientherapie gebrauchen sollte, egal, welche Technik angewendet wird?

Nein, das ist das, was ich im Teil über **Problemsysteme, linguistische Systeme** beschreibe. Klassischerweise sagt man ja: Individualtherapie, Ehe-, Paartherapie, Familientherapie, oder, wenn es noch eine Ebene höher geht: Organisationsberatung. Dabei hat man so ein Bild, daß es objektiv vorgegebene soziale Einheiten gibt. Wir sprechen hingegen eher vom Problemsystem. Nehmen wir an, Du befindest Dich auf einem Marktplatz mit fremden Leuten und plötzlich kommt die Feuerwehr und spritzt alle voll. Dann bist Du Teil des bespritzten Systems. Vielleicht sprichst Du dann mit deinem Nachbarn und bittest ihn um einen Regenschirm oder fragst ihn, ob er in der Nähe wohnt und Du Dich bei ihm umkleiden kannst. So gehörst Du zum Problemsystem. Das ist etwas anderes als wenn man von vornherein das System durch Verwandtschaftsgrade festsetzt und davon ausgeht, daß es das System objektiv gibt.

Mir ist aufgefallen, daß wir hier eigentlich von ganz neuen Systemen sprechen müssen. Ich habe immer wieder festgestellt, daß die Klienten von den Räumlichkeiten und den Personen beeinflusst werden, wenn sie ins Marburger Institut kommen. Das muß man dann als ein neues System bezeichnen. Schließlich müssen die Klienten mit dem neu entstandenen System klarkommen und zu den eigenen Problemformulierungen finden.

Diese Diskussion gehört eigentlich zu den späteren Kapiteln. Ich möchte hier dennoch kurz etwas dazu sagen. ANDERSON und GOOLISHIAN gebrauchen den Begriff des **problemorganisierenden und problemauflösenden Systems**. Ich selbst habe bereits als ich die Arbeiten der beiden noch nicht kannte, von Problemsystem und Lösungssystem gesprochen. In diesem Sinne besteht für manche Klienten das Problem zunächst darin, wie sie das Problem organisieren (klären) können. Erst in einem zweiten Schritt geht es dann um die Frage der Auflösung des Problems. Und schließlich hat jede Therapie das Ziel, daß sich das therapeutische System wieder auflöst - unendliche Therapien sind eher unerwünscht.

Für mich hat übrigens die Überschrift „Die Beschreibung der Unbeschreiblichen“ schon etwas Provokatives. Du fängst mit einem Paradoxon an.

* Menschskind, wie kann man? *

Ja, Du sagst, etwas sei undefinierbar und gibst dann eine genaue Definition. Hat das für Dich selbst provokativen Charakter, was Du formuliert hast? Provoziert es Dich selbst noch? Ist es für Dich selbst so selbstverständlich was Du schreibst?

Ich soll mich provoziert fühlen, das zu schreiben, was ich geschrieben habe? Ist es nicht eher so, daß Du Dich provoziert fühlst? Sollte es so sein, weiß ich natürlich nicht genau, was Dich da provoziert.

Nein, ich meine, wühlt das in Dir, was Du da geschrieben hast? Oder ist das für Dich alles gesetzt?

Wenn ich das schreibe, dann heißt das, daß es mich beschäftigt. Ich schreibe das in einem bestimmten Kontext, das heißt, ich habe das geschrieben für Leute, die hier eine Weiterbildung machen. Beim Schreiben setze ich mich geistig mit meinen Erfahrungen auseinander und stelle mir vor, was die Weiterbildungsteilnehmer wohl wissen wollen, welche Fragen sie am Anfang des Kurses stellen und wie sich das so im Laufe des Kurses weiterentwickelt. Das beschäftigt mich innerlich, es ist mein innerer Dialog, und ich setze mich innerlich damit auseinander. Indem ich mich schreibend damit auseinandersetze, lege ich das dann auch mehr zu den Akten für mich, das heißt, nach dem Schreiben beschäftigt es mich dann weniger - das ist doch klar, oder? Also ich könnte es auch noch für andere Zielgruppen umschreiben - auf diese Weise beschäftigt mich das natürlich. Aber es provoziert mich nicht in dem Sinne, wie Du es vielleicht meinst, sondern ich finde es einfach interessant, darüber nachzudenken, zu schreiben und das eine oder andere dabei neu zu erkennen oder zu sehen. Das macht mir Spaß; ich setze mich geistig mit anderen Gesprächspartnern auseinander, die genauso an der Sache interessiert sind, wie ich.

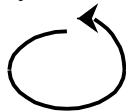
Ja, Du schreibst ja nicht so trocken. Du wühlst auf. Ich habe das Gefühl, ich bin in eine hohe See `reingegangen, es wühlt mich auf. Es gibt mir keine Zufriedenheit über eine Informationsgewinnung, sondern es bewegt mich.

Das finde ich phantastisch, denn dann erfüllt das Papier seinen Zweck. Schließlich soll es ja nicht einschläfernd wirken. So weit das möglich ist, mit einem geschriebenen Text, der aus lauter Buchstaben besteht, Anregungen zu geben, Dinge von einer ungewöhnlichen Seite aus zu betrachten, so weit wollte ich das tun. Das ist mein Ziel. Wichtig wäre natürlich, die Anregungen so zu geben, daß die **Neugierde erhalten** bleibt und der **Erfindungsgeist geweckt** wird. Die Leser sollten auf den Geschmack kommen und Spaß daran entwickeln, Wirklichkeiten zu erfinden, mit denen man gut leben kann.

II. Die Normalisierung des Besonderen oder die Vervollkommnung des Gewöhnlichen?

Wie sieht das „Muster“ der „normalen“ oder „klassischen“ Therapie aus?

Die meisten Therapeuten, die sich systemisch orientieren wollen, haben bereits ein Therapieausbildung hinter sich. Meist sind dies Ausbildungen in Individualtherapien, die implizieren: KlientIn und TherapeutIn treffen sich zu Sitzungen, die nur von Ihnen beiden aktiv gestaltet werden. Meist geht in die Betrachtung auf Seiten der KlientInnen nur die individuellen Verhaltensmerkmale usw. ein; der soziale Kontext wird mehr oder weniger ausgeblendet. Auch auf Seiten der TherapeutInnen werden meist nur dessen Fertigkeiten, Persönlichkeitsmerkmale und / oder die Therapietechniken betrachtet. Will man in diesem Zusammenhang von einem **System, nämlich dem therapeutischen** sprechen, so bildet sich dies durch die Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn heraus. Da beide in einem wechselseitigen Beeinflussungsprozeß stehen, kann man auch von einer **rekursiven Einheit** bzw. einem **rekursiven Kontext** sprechen: Um diese rekursive Kontextualisierung, die von einem Beobachter vorgenommen wird, zu symbolisieren, kann man folgendes Symbol verwenden:

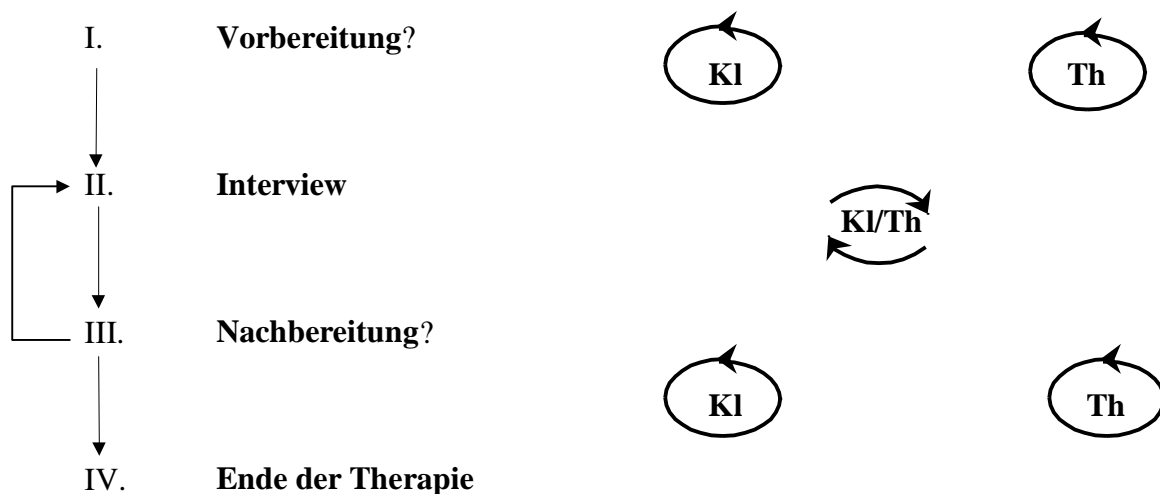


(weitere Erläuterungen s. S. 28)

Zur Veranschaulichung der **rekursiven Kontextualisierung durch einen Beobachter** mag das folgende, vereinfachende Modell dienen:

KI = KlientIn
Th = TherapeutIn

MODELL I



Wie aus dem Modell zu ersehen ist, gibt es nur **3 Arten rekursiver Schleifen**, nämlich a.) die **sich wiederholenden Sitzungen** (s. linke Seite der Darstellung) b.) die darin enthaltenen **Interaktionen zwischen TherapeutIn und KlientIn** (rechte Seite, Mitte) und c.) die darin enthaltenen **rekursiven Subeinheiten KI und Th**. Wie bekannt ist, gibt es innerhalb des Mo-

dells der Einzeltherapie sogenannte Kurzzeittherapien und Langzeittherapien. Die Anzahl der Sitzungen variieren demgemäß zwischen 1 bis über tausend Sitzungen, das heißt die Rekursion, die sich aus der Wiederholung der Sitzung ergibt, wird oft bestätigt. Wir wollen hier nicht weiter ins Detail gehen; diese Veranschaulichung soll nur die Unterschiede zur Systemischen Therapie erklären helfen:

Was fehlt im Vergleich zu den Standardbedingungen der Systemischen Therapie:

- a. das 2-Kammersystem, das durch eine Einwegscheibe miteinander verbunden ist
- b. die kooperierenden Teammitglieder hinter der Einwegscheibe und damit verbunden
- c. die Möglichkeit der direkten wechselseitigen Einflußnahme zwischen Beobachtern (Teammitgliedern) und Therapeuten und / oder Klienten während des Therapieprozesses.

Gespräch über Kapitel II

Was bedeutet das Fragezeichen hinter **Vorbereitung** und **Nachbereitung**?
Heißt das, daß man Vorbereitung und Nachbereitung weglassen kann?

Nein, das bedeutet, daß es Therapieformen gibt, bei denen man sich weder vor noch nachbereitet. Das kann Vorteile wie Nachteile haben. Bereitet man sich nicht vor, dann ist man unbeeidlich, ist offen für neue Entwicklungen, legt sich nicht so fest. Es kann aber auch Nachteile haben. Da ist z.B. das Zeitproblem: Nimmt man eine Privatpraxis, so könnte man also in der Zeit noch Geld verdienen, in der man sich sonst vor- oder nachbereiten würde, indem man andere Therapien durchführt. Das kann also auch ein „Vorteil“ sein, wenn man sich nicht vorbereitet.

Wäre es denn optimal, wenn man sich vor- und nachbereiten kann?

Keine Ahnung, ich weiß nicht, ob es optimal ist. Ich wollte hier eben nur zum Ausdruck bringen, daß es viele individualtherapeutische Verfahren gibt, in denen weder Vor- noch Nachbereitung vorgesehen sind.

Ich denke, daß man sich doch immer vorbereitet, denn man denkt ja an die Klienten. Das ist doch auch eine Art Vorbereitung oder Nachbereitung.

Ja, ich habe hier aber eine explizite Vorbereitung und Nachbereitung gemeint.

Bedeutet rekursive Einheit verschiedene Systeme, das Klientensystem und das therapeutische System?

Das **therapeutische System** ist im Grunde genommen eine **zusammengesetzte rekursive Einheit** aus Therapeuten und Klienten. Die können sich aufeinander beziehen und schließen sich zusammen zum therapeutischen System. In der Zeit des Zusammenschlusses können sich andere nur unter Schwierigkeiten in dieses System einmischen oder sich an dieses System anschließen. Therapeut und Klient kann man - getrennt - jeweils als eine rekursive Subeinheit auffassen. Diese rekursive Subeinheit wird dann in den Individualtherapien meist in weitere Subeinheiten aufgeteilt: Verhalten / Gefühle, bewußt / unbewußt usw. Dies sind Hilfskon-

strukturen der Individualtherapien, denn der Begriff Individuum besagt ja eigentlich, daß diese Einheit nicht mehr zerlegbar sei.

Wenn man sich also zusammenschließt zum Therapiegespräch oder zum Schachspiel, dann kann man die Schließung begrenzen und sagen, ich schließe mich jetzt jemandem anderen an und bilde zusammen mit ihm eine Einheit.

Die rekursive Einheit entsteht durch den **Austausch von Information**?

Austausch von Information ist in diesem Zusammenhang ein eher problematischer Begriff. Wenn wir uns hier zu zweit unterhalten und eine dritte Person ist im Raume, so gehört diese natürlich dazu. Die spezielle Schließung erfolgt momentan, aber nur zwischen den beiden, die sich unterhalten. Man könnte sagen, es ist eine **kommunikative Schließung**. Nimmt ein Dritter daran teil und sagt: „Ich habe auch noch eine Frage“, dann können wir sagen, „warte einen Moment, wir sind gerade dabei, eine andere Frage zu klären“. In diesem Fall schließen wir den Fragenden zeitweise aus. Nach einiger Zeit schließt er sich der Kommunikation an, wir erweitern die rekursive Einheit.

Eine rekursive Einheit kann also aus vielen Personen bestehen?

Ja. Ich möchte aber auch noch erklären, was **operationale Schließung**³ bedeutet. Das heißt, wir operieren miteinander, indem wir miteinander sprechen oder indem wir gemeinsam etwas tun, z.B. eine Videorecorder reparieren. Auch dann kann man von einer handlungsbezogenen operationalen Schließung sprechen. Außerdem muß man wissen, daß diese Schließung von einem Beobachter konstruiert ist. Es könnte durchaus sein, daß ein anderer Beobachter unsere Schließung über das Gespräch nicht als Schließung hervorhebt, sondern hervorhebt, daß ich öfters mal einem dritten Kommunikationspartner zulächle.

Ich komme mit Deiner Definition von **rekursiver Einheit** nicht so ganz klar. Ich dachte immer, daß auch die analoge Kommunikation dazugehört. Ist also ein dritter Gesprächspartner im Raum, der während des Gesprächs lediglich die Augenbrauen hochzieht, dann gehört er doch zur rekursiven Einheit dazu?

Ja. Ich habe aber gerade vorhin eine Subeinheit definiert. Wir können sagen, die drei Gesprächspartner bilden eine rekursive Einheit. Ich fokussiere dann eine Subeinheit, du vielleicht eine andere. Das ist wichtig. Es ist aber nicht **die** rekursive Einheit. Es kommt einfach darauf an, wie man die Subeinheit konstruiert. Möglicherweise kann ich ja einige Zeit das Gespräch ausblenden und nur darauf achten, was an Gesten und Mimik läuft.

Rekursive Einheit ist doch aber beobachtbar, oder? Wenn ich z.B. im Kopf habe, daß ich nur das sagen darf, was mir meine Frau eingebläut hat, was ist dann? Also stell Dir vor, ich sitze hier und bin gedanklich von jemandem stark beeinflusst, der sich aber nicht in dieser Situation befindet. Würdest Du denjenigen dann zur rekursiven Einheit zählen oder nicht? Gehören zur rekursiven Einheit nur die Personen, die in irgend einer Weise direkt miteinander kommunizieren?

Wenn ich das so konstruiere, daß Deine Frau nicht dazugehört, dann definiere ich das so und mache das durch die Mitteilung für andere nachvollziehbar. Wenn Du aber sagst: „Ich denke gerade daran, meine Frau hat mir das so und so gesagt, und ich möchte das jetzt einbringen“, dann könnte man sagen, daß Deine Frau hypothetisch dazugehört. Das ist eine Frage der Grenzziehung durch den Beschreibenden. Häufig wird der Systemischen Therapie ja Willkür

³ Vgl. Fußnote S. 29.

vorgeworfen, weil manche Familientherapeuten die verstorbenen Großeltern, die noch eine gewisse Bedeutung haben, mit einbeziehen oder lebende Großeltern einladen, ob gleich diese nicht zum Problemsystem dazugehören. Andere Therapeuten nehmen wiederum nur das Problemsystem, zu dem die Großeltern z.B. nicht dazugehören.

Im Grunde genommen sind diese Konstruktionen für mich zweitrangig. In dem Maße zweitrangig, in dem die Konstruktion einer rekursiven Einheit hilfreich ist für die Lösung des Problems. Wenn der eine Therapeut Mehrgenerationentherapie betreibt und damit gut zurechtkommt, ich aber das Problemsystem mit einbeziehe und damit gut zurechtkomme, warum sollte man dann danach fragen, was besser oder schlechter ist? Vielleicht gibt es Unterschiede, die im ethischen Sinne besser oder schlechter sind. Aber ein objektiv besseres Vorgehen gibt es nicht. Es gibt nur Konstruktionen, die im therapeutischen Sinne ökonomisch und / oder hilfreicher sind. Um es auf den Punkt zu bringen: Ich könnte z.B. wie Frau Z. sagen, „ich fühle einen Geist hier im Raum“. Um das für andere nachvollziehbar zu machen, muß man sagen, woran man den Geist erkennt. Wenn dieser Geist abwesende Eltern sind, dann kann man sagen, „ich spreche über die abwesenden Eltern, indem ich sie als Geist bezeichne und sie als Geist akzeptiere“. Dann kann man sagen, laß uns über diese Geister reden. Dann ist es nachvollziehbar. Frau Z. sagte ja z.B. ein solcher Geist sei ihr ehemaliger Liebhaber; auf diese Weise konnten wir diese **erweiterte, hypothetische rekursive Subeinheit** mit in unser Gespräch einbeziehen, Frau Z. konnte mit diesem Geist in unserer Gegenwart reden, wir konnten ihm fragen stellen usw.

Man könnte also sagen, daß diejenigen zum rekursiven System gehören, die sich mit im Raum befinden. Ich denke dabei an Watzlawick: „Man kann nicht nicht kommunizieren“.

Ja, das stimmt, man könnte das so sagen. Ich ziehe aber BATESONs frühe Formulierung „**Alles Verhalten ist Kommunikation**“⁴ vor. Allerdings können auch nicht anwesende Menschen einbezogen werden. Der Raum kann also unendlich erweitert werden. Irgendwann muß man sich allerdings fragen, was für therapeutische Zwecke noch sinnvoll ist. Man könnte ja auch das ganze Weltall mit einbeziehen.

Die rekursive Einheit ist ein **theoretisches Konstrukt**, das immer neu definiert wird.

„Theoretisches Konstrukt“ klingt etwas losgelöst von demjenigen, der es konstruiert. Ich würde vorschlagen zu sagen: Es ist eine Konstruktion, die ich in diesem Kontext vorschlage. Damit kann man Unterscheidungen treffen.

Was wäre dann **rekursiver Kontext**?

Ich habe vor einigen Jahren einen Aufsatz geschrieben, in dem ich den **Begriff rekursive Kontextualisierung**⁵ vorschlage. Das soll gerade ausdrücken, daß ich als Beobachter oder als Konstrukteur einen Kontext herstelle, indem ich ihn beobachte oder beschreibe. Wenn ich sage, daß ich jetzt mit dem dritten Gesprächspartner sprechen möchte und Dich ausschließen will, dann stelle ich diesen Kontext her. Es stellt sich dann die Frage, ob Du damit übereinstimmst. Ich habe versucht, den Begriff „Kontext“ breiter zu definieren. Zum Kontext gehören danach **Personen**, die **Zeit** (Gegenwart, Zukunft, Vergangenheit) die **Räumlichkeiten**, in denen sich die Kommunikation abspielt. Wenn ich also unser Gespräch betrachte, so schränke ich es ein auf uns drei und sage, „es findet hier im Marburger Institut statt und zwar jetzt, also

⁴ RUESCH, J. & BATESON, G. (1951): Communication - The Social Matrix of Psychiatry. Norton, New York.

⁵ DEISSLER, K.G.: Rekursive Kontextualisierung natürlicher Prozesse.

In: DEISSLER, K.G (1985): Beiträge zur Systemischen Therapie. *infam*, Marburg.

um 10.36 Uhr“. Dazu gehört dann auch noch das **Bindemittel** des Kontextes, nämlich das, was wir miteinander tun, wie wir **kooperieren**, die **Operationseinheit**, nämlich daß wir meine Ausführungen besprechen. Wenn ich all das beschreibe, dann habe ich unser System einigermaßen erfaßt. Das ist genau der Vorschlag, das als „rekursiven Kontext“ zu definieren. Gleichzeitig sage ich damit, daß der „Kontextualisierer“ diese Einheit kreiert.

Wie steht denn dann die **rekursive Einheit** zum **rekursiven Kontext**? Ich möchte ein Beispiel bringen: Du hast beschrieben, daß unser Kontext Marburg ist, es ist so und so viel Uhr und wir sitzen zu dritt hier und besprechen Deinen Text. Wenn ihr beiden jetzt miteinander redet und ich höre zu, seid ihr dann die rekursive Einheit und ich gehöre zum rekursiven Kontext oder?

Nein, Du bist mit in die rekursive Einheit eingeschlossen. Ich gebrauche hier rekursive Einheit und rekursiver Kontext synonym. Ich will damit sagen, daß ein Beobachter / Sprecher eine kontextuelle Einheit herstellt. Vielleicht ist aber noch ein weiterer Punkt wichtig: Wir drei können uns darauf einigen, was der Kontext ist. Also ich sage für mich ist das der Kontext und Du sagst, für mich sieht der Kontext anders aus. Dann können wir uns darüber einigen, welchen **Kontext wir gemeinsam konstruieren**. Wir stellen also einen Konsens her über das, was wir gemeinsam konstruieren wollen. Das machen die meisten Menschen ohne darüber nachzudenken - sie **ko-konstruieren einen Kontext**.

Ich habe das anfänglich anders verstanden: Rekursiven Kontext als Oberbegriff und rekursive Einheit als einen untergeordneten Begriff.

Ich setze beide Begriffe gleich. Du aber schlägst eine andere Definition vor, indem Du sagst, daß „rekursiver Kontext“ der Oberbegriff ist und es noch „rekursive Subeinheiten“ gibt. Also z.B. wir beide oder ihr beide oder jede Person einzeln oder das Unbewußte und das Bewußte jeder einzelnen Person ...

III. Wo ist der Anfang des Kreises, wenn man ihn nicht zerstören will?

Wie kann man die Systemische Therapie beginnen?

Bevor man die Beratung, Konsultation oder Therapie beginnt, wird man meist ein paar Ausgangsinformationen erheben: Namen, das Problem usw. werden meist von den Klienten selber deklariert. Darüber hinaus kann man als GesprächspartnerIn seiner KlientInnen weitere Informationen erfragen, die der Vorbereitung der 1. Sitzung dienen können: Man kann bereits zu diesem frühen Zeitpunkt Zusammenhänge konstruieren, die das Gespräch mit den Klienten erleichtern können - man erhält sozusagen einen roten Faden für das Erstinterview.

Allerdings sollte man sich darüber im Klaren sein, daß man beim Entwurf möglicher Zusammenhänge auch Gefahr laufen kann, festgefügte Bilder zu konstruieren, die für den weiteren Verlauf der Gespräche nicht mehr hilfreich, sondern hindernd sind, weil sie mögliche Optionen versperren, die bei der Konstruktion von Alternativen offen wären. Um es mit den Worten von Gianfranco CECCHIN zu sagen, man läuft Gefahr, „sich in seine eigenen Hypothesen zu verlieben, sie zu heiraten und sie, nachdem man Besitz von ihnen ergriffen hat, nicht mehr loszulassen“. Diese Haltung ist aus systemischer Sicht antitherapeutisch, weil es darum geht, in der therapeutischen Konversation Optionen zu eröffnen bzw. gemeinsam Konstruktionen zu entwickeln, die ohne die deklarierten Probleme auskommen.

Um diesen Sachverhalt zu verdeutlichen kann man folgende vereinfachende Gegenüberstellung vornehmen:

Festschreibende Hypothesen sind antitherapeutisch, weil sie seitens des Therapeuten Optionen, um die es den Klienten geht, versperren. Deshalb sollte der wirklichkeitskonstruierende Charakter von sogenannten Hypothesen offengelegt werden. Therapeutisch sind in diesem Sinne dann **optioneneröffnende oder vielfalterschließende Konstruktionen**, die man den Klienten anbieten kann. Aus diesem Grund kann es auch sinnvoll sein, auf Konstruktionen vor der Durchführung einer Sitzung zu verzichten. Gerade dies kann helfen, den Klienten unvoreingenommen gegenüberzutreten, um mit Ihnen gemeinsam Lösungen zu konstruieren.

Noch ein Hinweis:

Man wird kaum eine Unvoreingenommenheit in dem Sinne erreichen, wie es beispielsweise in der taoistischen Philosophie oder in zen-buddhistischen Übungen gefordert ist. Deshalb kann es besser sein, sich zu seinen „Hypothesen“ zu bekennen, ihren wirklichkeitskonstruierenden Charakter offenzulegen und dann das Interview im Bewußtsein der eigenen **hypothesegeleiteten Blindheit** zu führen, um daraus **Erkenntnis zu konstruieren**.

Darüber hinaus wird es für die Systemische Therapie zunehmend wichtig, folgen des zu beachten:

Klassischerweise ging man davon aus, daß „Systeme“ - wie in der ursprünglichen Sichtweise „Individuen“ - Symptome erzeugen können. Dies ist eine einfache Fokuserweiterung vom Individuum auf die Familie. Dies war und ist heute noch die Implikation, die **fundamentale Prämisse**, auf die die **Familientherapie** sich gründet: Das System Familie macht, erzeugt, verursacht, determiniert ... ein Symptom (Prämisse I.).

Inzwischen gibt es eine These, die man als komplementäre These betrachten kann: Das **Problem erzeugt ein System**⁶, das sich um dieses Problem herum organisiert. Nach dieser Auffassung gibt es keine objektiv-vorhandenen sozialen Systeme, sondern es werden Systeme mit Hilfe sprachlich-beschreibender Mittel erzeugt. Man spricht hier von **linguistischen Systemen**, die sich dadurch auszeichnen, daß sie sich sprachlich regulieren. Eine Möglichkeit der Konstruktion eines solchen Systems besteht darin, sich um ein Problem herum zu organisieren - das **problemdeterminierte System** oder kurz das **Problemsystem**. Dieses Modell der sprachlichen Konstruktion von Problemen wurde insbesondere von ANDERSON, H. et al. (1986) sowie GOOLISHIAN, H. & ANDERSON, H. (1987) vorgeschlagen (vgl. die Literaturliste).

Wie man aus den Fragen des Fragenkatalogs ersehen kann, kann man dementsprechend die Ausgangsfragen umformulieren: „Wer gehört zur Familie?“, wird zur Frage „Mit wem sprechen Sie über das Problem?“ Diese Information erlaubt einem als späterer Gesprächspartner leichter mit den Klienten über das Problem zu sprechen und gemeinsam ein Lösungssystem zu konstruieren.

Im folgenden finden Sie **2 Versionen der Ausgangsinformationen**:

- a. die **kurze Version**, die für die Alltagspraxis gedacht ist und die sich konsequent die Prämissen der Konstruktion von (sprachlich erzeugten) Problemsystemen zunutze macht (Prämisse II);
- b. die **längere Version**, die für die Konstruktion von familialen Zusammenhängen, Mehrgenerationenperspektiven oder der Konstruktion **klassischer Familientherapiekontexte** gedacht ist: Sie entspricht also mehr dem klassischen Vorgehen (Prämisse I).

Am besten probieren Sie beide aus, um zu erkennen, wie Ihre Anwendungen zu unterschiedlichen Konstruktionen des Problems führen: Sie werden feststellen, daß sie Unterschiede konstruieren. Selbst die Familie und ihre Probleme sind dann Konstruktionen!

⁶ HOFFMAN, L. (1985): Foreword II.

In: CAMPBELL, D. & DRAPER, R. (eds.): Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach. Grune & Stratton, London.

Ausgangsinformationen / Konstruktion eines Problemsystems (kurze Version)

datum *

über/hin/gewiesen von

hausarzt

kasse *

I. Anrufer

name

geb(alt)

beruf

tel

*

adresse

anlaß des anrufs - aktuelles problem - was ist das wichtigste, das wir über das problem wissen sollten?

*

II. Wer weiß von dem Problem? Mit wem sprechen Sie über das Problem? Wer greift in das Problem ein? (aufzählen)

name

geb(alt)

beruf

wohnort

tel

*

III. Mit wem wurden Sie am liebsten über die Lösung ihres Problems sprechen, wer wäre am nützlichsten?

name

geb(alt)

beruf

wohnort

tel

*

IV. Partner, Kinder und Verwandte (problembezogene Kommunikationspartner)

name

geb(alt)

beruf

wohnort

tel

*

V. Bisherige psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung

*

VI. Sonstiges

*

VII. Abschluß der Therapie am

*

VIII. Zahl der Sitzungen

IX. Bewertung: ++ +- --

X. Nacherhebung am

XI. Bewertung: ++ +- --

Ausgangsinformationen / Konstruktion eines (pathologischen) Familiensystems (lange Version)

datum

überwiesen von

kasse

I. Anrufer

name geb(al) beruf tel

adresse

anlaß des anrufs - aktuelles problem

II. Wer weiß von dem Problem (aufzählen)

name geb(al) beruf wohnort tel

III. Mit wem sprechen Sie über das Problem (aufzählen)

name geb(al) beruf wohnort tel

IV. Personen, die mit dem Problem vertraut sind und in das Problem eingreifen

name geb(al) beruf wohnort tel

V. Partner

name geb(al) beruf wohnort tel

adresse

beginn der partnerschaft ehe trennung scheidung kontakt

(ehemaliger) Partner geb(al) ehe trennung Scheidung kontakt

kinder aus dieser Partnerschaft (alt)

VI. Kinder

name geb(al) beruf wohnort kontakt

VII. Weitere Lebens- oder Wohnpartner

name geb(al) beruf wohnort kontakt

VIII. Haustiere

Folgende Punkte nur eintragen, soweit sie zu den unter VI. - VIII. genannten gehören

IX. Eltern des Anrufers

name geb(al) beruf wohnort kontakt

X. Eltern des Partners

name geb(al) beruf wohnort kontakt

XI. Großeltern des Anrufers (soweit erforderlich)

name geb(al) beruf wohnort kontakt

XII. Großeltern des Partners (soweit erforderlich)

name geb(al) beruf wohnort kontakt

XIII. Geschwister des Anrufers

name geb(al) beruf wohnort kontakt

XIV. Geschwister des Partners

name geb(al) beruf wohnort kontakt

XV. Bisherige psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung

XVI. Sonstiges

XVI. Abschluß der Therapie am

XVII. Zahl der Sitzungen

XVIII. Bewertung: ++ +- --

XIX. Nacherhebung am

XX. Bewertung: ++ +- --

Gespräch über Kapitel III

Was bedeutet **Bewertung** in den Ausgangsinformationen?

Die Bewertung wird soweit möglich durch einen neutralen Beobachter vorgenommen. Ich habe hier drei mögliche Bewertungen vorgegeben. Möglich wäre es, noch eine weitere Kategorie einzuführen: Die Bewertung durch die Klienten. Die erste Bewertung, also Punkt IX, erfolgt direkt nach Abschluß der Therapie und die zweite Bewertung, Punkt XI, nach der Nacherhebung. Die Nacherhebung wird beispielsweise drei Monate oder auch erst ein Jahr nach Beendigung der Therapie durchgeführt.

In welcher Form wird die Nacherhebung durchgeführt? Rufst Du die Familien an oder ...?

Da gibt es verschiedene Möglichkeiten: Man kann anrufen, die Klienten können zur Nachbesprechung noch einmal herkommen, man kann den Termin für die Nachbesprechung auch bei der letzten Therapiesitzung gleich vereinbaren. Man sollte aber darauf achten, diese Nachbesprechung nicht als Bestandteil der „Therapie“ zu deklarieren, da die Klienten sonst annehmen könnten, der Therapeut wolle sie weiterhin als „therapiebedürftig“ ansehen usw.

Was verstehst Du unter einem **neutralen Beobachter**, der ja die Bewertung vornehmen soll?

Nach Möglichkeit soll dies nicht der Therapeut sein, sondern beispielsweise ein Mitglied aus dem Team. Es ist sinnvoll anzugeben, wer die Bewertung vorgenommen hat. Kann man hier denn wirklich von einem "neutralen" Beobachter reden?

Der Begriff der **Neutralität**⁷ ist etwas problematisch. Einen „echten“ neutralen Beobachter gibt es nicht, der distanziert genug wäre - selbst dann nicht, wenn man sich jemanden von der Uni holt, der gerade ein Forschungsprojekt macht und darüber den Versuchsleitereffekt zu vermeiden sucht. Diesen zu vermeiden, ist natürlich unmöglich. Das ist also problematisch. Du hast also Recht, eine „Neutralität“ in diesem Sinne gibt es nicht. Vielleicht sollte man eher sagen: Die Bewertung soll von einem Beobachter gemacht werden, der nicht so stark in das Interview involviert war wie der Interviewer selbst.

Oder von mehreren Beobachtern. Dadurch könnte doch auch die individuelle Subjektivität aufgehoben werden?

Kann denn nicht die Betroffenheit gerade umgekehrt sein? Du sitzt als Therapeut zwar in der Situation, Du hast aber sehr viel Erfahrungen und Du weißt sehr viel über Dich selbst. Wenn nun jemand hinter der Scheibe sitzt, der weniger Therapieerfahrungen hat als Du, kann ja im Grunde stärker involviert sein als Du. Ihn dann als „neutralen“ Beobachter heranzuziehen, finde ich schon sehr problematisch.

⁷ Zum Begriff der Neutralität folgende Diskussionen:

CECCHIN, G. (1987): Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity.

In: Family Process 1987, 4:

DEISSLER, K.G. (1986): Rekursive Informationsschöpfung. *infam*, Marburg.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1981): Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität.

In: Familiendynamik 1981, 2: 123-139.

Ja, oder wenn er nicht nur weniger Erfahrungen hat, sondern vom Thema besonders angesprochen ist.

Das mag sein, deshalb sollte man vielleicht den Begriff des „neutralen Beobachters“ ganz fallenlassen und die Klienten selbst urteilen lassen.

Was bedeutet „soweit erforderlich“? Ich beziehe mich hier auf die Erhebung der Daten zu den Großeltern der Klienten in der **langen Version des Eingangfragebogens**.

Nach den Großeltern sollte nur dann gefragt werden, wenn sie mit in das Problem verstrickt sind, wenn sie also bereits unter den Fragen: Wer weiß von dem Problem, mit wem sprechen sie über das Problem oder wer ist mit dem Problem vertraut auftauchen. Hier gibt es einen Unterschied zum klassischen Modell, bei dem man nach **Verwandtschaftsgraden** vorgegangen ist, die Verwandten mit herangezogen hat. Wir fragen statt nach Verwandtschaftsgraden nach denjenigen, die über das Problem sprechen. Das ist ein anderes Modell.

Das ist also das **linguistische System**, nach dem gefragt wird?

Ja, genau.

Ich verstehe diese Fragen: wer weiß von dem Problem ... als eine Steigerung des **Grades der Involviertheit**.

Das kann sein, muß aber nicht sein. Selbstverständlich können hier auch immer wieder dieselben Personen angegeben werden. Es handelt sich hier eher um unterschiedliche Formulierungen. So sagen manche Leute, „der weiß davon“ und meinen damit, daß sie mit demjenigen darüber sprechen. Auf der anderen Seite kann es ja auch Menschen geben, mit denen die Klienten nicht über ihr Problem sprechen, die aber dennoch davon wissen und vielleicht auch in das Problem eingreifen. Es geht also darum, über die unterschiedlichen Formulierungen all die Menschen zu erfassen, die über das Problem - allgemein gesagt kommunizieren.

Es gibt ja auch die Möglichkeit, daß ein Klient denkt, jemand wüßte über das Problem Bescheid, obwohl er mit ihm nicht darüber spricht.

Das ist ein guter Hinweis. Es gibt dieses Phänomen, das man in der Psychotherapie auch als „Gedankenlesen“ bezeichnet. Das ist hier aber nicht gemeint und von diesen Fragen zu unterscheiden.

Was ist denn nun das linguistische System. Wird es durch die Frage: Mit wem sprechen Sie darüber oder durch die Frage, wer mit dem Problem vertraut ist, erfaßt?

Zum **linguistischen System** gehören die Leute, die darüber sprechen. Allgemeiner formuliert kann man sagen: Diese Personen gehören zum Kommunikationssystem da zu. Diejenigen, die über das Problem kommunizieren, konstituieren das Problemsystem. Es gibt auch Beteiligte, die nichts dazu sagen, aber durch Handeln eingreifen, also z.B. die Miene verziehen oder... Die Sprache spielt hier je doch eine große Rolle.

Was ist eigentlich mit Leuten, die von dem Problem nicht wissen dürfen?

Diese Leute sind dadurch als zum Problem zugehörig definiert, daß man sagt, mit denen spricht man nicht über das Problem - aus bestimmten Gründen. Dann könnte eine Lösung

darin zu suchen sein, daß man den betroffenen Personen einen Weg zeigt, daß sie darüber sprechen können, daß es enttabuisiert wird.

Gestern bin ich bei der Anwendung der kurzen Version des Fragebogens zu den „Ausgangsinformationen“ auf ein Problem gestoßen. Die Klientin wollte nicht sagen, wie alt diejenigen sind oder wo diejenigen wohnen, mit denen sie über das Problem spricht. Ist es nicht möglicherweise so, daß man die Klienten um Informationen bittet, die vielleicht gar nicht so wertvoll sind. Wozu muß ich denn wissen, wo die Freundin wohnt, mit der sich die Klientin über das Problem unterhalten hat, vorausgesetzt, diese Information wird nicht irgendwann mal für das Problemsystem aktuell?

Das ist richtig. Ich habe am Anfang der Arbeitsblätter geschrieben, daß es sich hier um Vorschläge handelt. Es geht nicht um ein Gesetz, also um Fragen, die unbedingt beantwortet werden müssen. Um bei Deinem Beispiel zu bleiben: Mich interessiert nicht, wo die Freundin genau wohnt. Wenn die Klientin das aber bekanntgibt, dann kann man das gleich eintragen und braucht nicht noch `mal danach zu fragen. Du brauchst es nicht zu fragen. Angenommen, Du erhebst die Ausgangsinformationen am Telefon. Die meisten Leute sind bereit, ihren eigenen Namen und ihre Adresse anzugeben und auch zu sagen, um welches Problem es geht. Welche Informationen darüber hinaus erhoben werden, ist therapiespezifisch. Ein Therapeut könnte wissen wollen, wann sich der Klient besonders gut und wann besonders schlecht fühlt, ein anderer möchte die Geschichte des Problems erfahren etc. Ein systemischer Therapeut, der mit dem Begriff „Problemsystem“ arbeitet, fragt eben danach, mit wem die Klienten über das Problem sprechen. Häufig bemerkt man dann, daß man an einer Hürde ist. Man kann dann z.B. fragen: Sind Sie bereit mir noch zusätzlich einige Auskünfte über die Personen zu geben, mit denen Sie über das Problem sprechen? Über eine solche Frage eröffnet man meist die Bereitschaft der Klienten, hier weitere Auskünfte zu erteilen. Wird auf bestimmte Fragen nicht geantwortet, kann man auch sagen: Wenn sie nicht antworten wollen, dann ist das in Ordnung. Möglicherweise erhält man über diese Fragen für den therapeutischen Kontext völlig irrelevante Antworten. Für die Therapeuten ist es aber dennoch wichtig, zunächst einmal über den Kontext des Problems Bescheid zu wissen. Das kann für die Gespräche sehr hilfreich sein oder für die Vorbereitung.

Es hat mich irritiert, daß hier manche Informationen, z.B. die nach der Kassenzugehörigkeit der Klienten, notwendig sind und daß andere Fragen möglich sind, aber nicht unbedingt gestellt werden müssen.

Du kannst auch selbst die Kassenzugehörigkeit auslassen, weil sie wahrscheinlich für Deine Praxis nicht notwendig ist. Der Fragebogen gibt nur eine Orientierungshilfe. Es muß keine einzige Frage unbedingt gestellt werden. Das ist anders als wenn Du einen Antrag beim TÜV stellst. Für mich ist es nützlich - gleichsam als Gedächtnisstütze -, wenn ich einige Informationen über das Problemsystem habe, bevor es zum ersten Gespräch kommt. Für mich ist es eben auch nützlich, daß ich die Kassenzugehörigkeit der Symptomträger kenne, um abrechnen zu können. Aber der Fragebogen darf nicht als Zwangskorsett mißverstanden werden, sonst hat er seinen Sinn verfehlt.

Ein paar Literatur-Hinweise zu den Ausgangsinformationen und zur Konstruktion von Problem- und / oder Familiensystemen:

ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H.A. & WINDERMAN, L. (1986): Problem Determined Systems: Towards Transformation in Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 1-13.

DEISSLER, K.G. (1987): Systemische Konsultation - wie können systemische Therapeuten einen neuen Handlungsbereich konstruieren? Vortrag gehalten auf der Konferenz „Von der Systemischen Therapie zur Systemischen Konsultation?“, März 1987, Marburg, unveröffentlichtes Manuskript.

DI BLASIO, P., FISCHER, J.-M. & PRATA, J. (1986): The Telephone Chart: A Cornerstone of the First Interview with the Family. In: LIPCHIK, E. (ed): Special Issue on Interviewing. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 31-44.

GOOLISHIAN, H.A. & ANDERSON, H. (1987): Linguistic Systems and Therapy: An Evolving Idea. In: *Psychotherapy*, 24: 529-538.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CHECCHIN, G. & PRATA, J. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett, Stuttgart.

IV. ... denn alles, was lebt, ist heilig ...

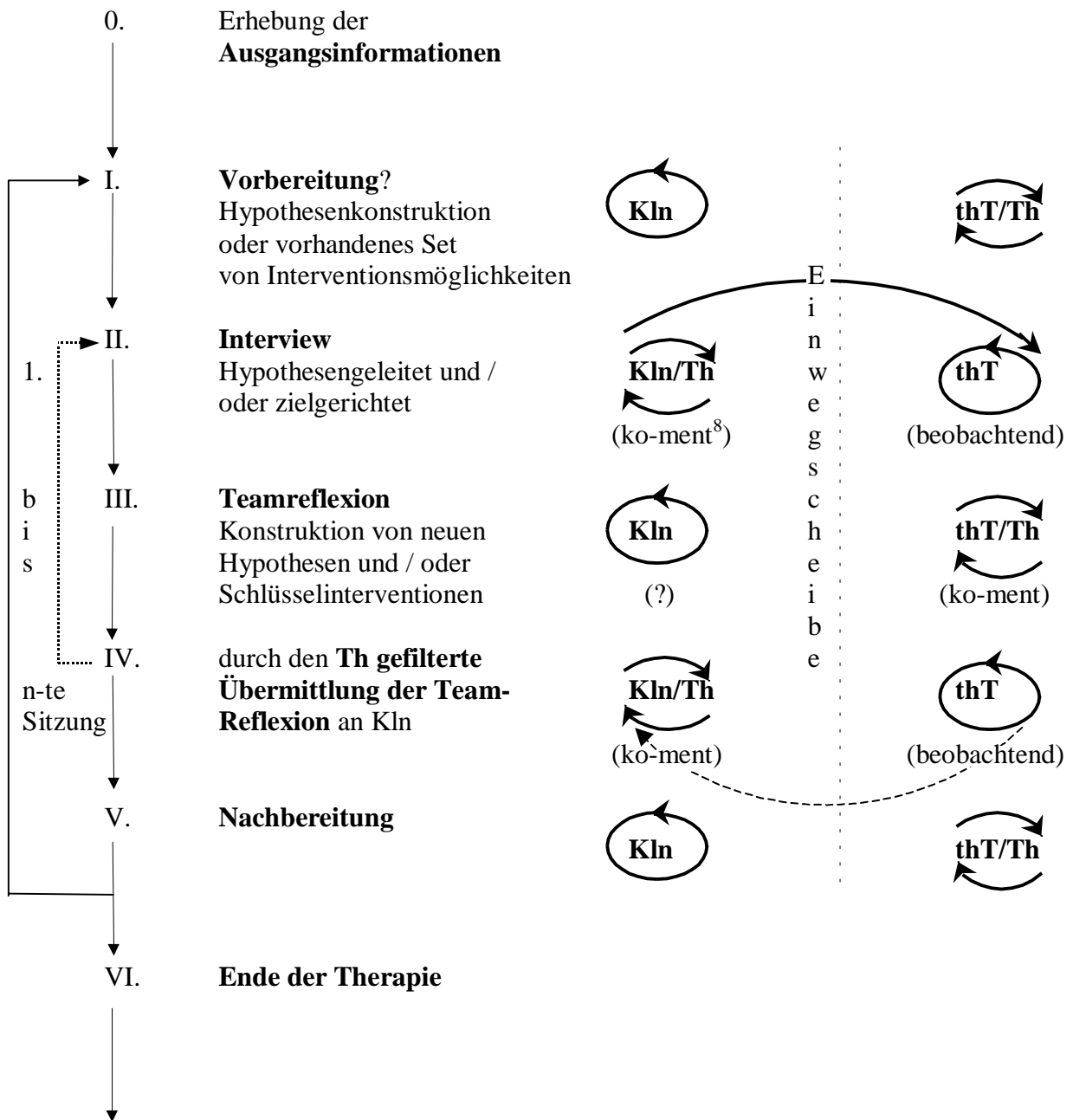
Wie läuft eine Sitzung der klassischen Systemischen Therapie ab?

Wie Sie sicher bereits wissen, findet die klassische Systemische Therapie im sogenannten 2-Kammersystem statt; die beiden Kammern sind durch eine Einwegscheibe getrennt. Während der Therapeut das Interview in der einen „Kammer“ führt, hören und sehen seine Kollegen hinter der Einwegscheibe das Gespräch in der anderen Kammer mit. Eine solche Sitzung gliedert sich in 5 Schritte. Ins besondere die Mailänder Schule hat dieses Vorgehen propagiert und ist dadurch bekannt geworden. Diese Vorgehensweise ist inzwischen weltweit anerkannt und gehört zum Basisrepertoire systemisch orientierter Therapeuten.

Zur Verdeutlichung möchte ich Ihnen folgende graphische Darstellung vorschlagen:


MODELL II

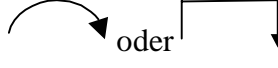
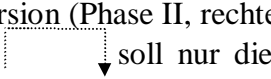
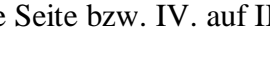
Kln = KlientInnen; **thT** = therapeutisches Team; **Th** = TherapeutIn



⁸ Im Anschluß an BATESONs Kriterien geistiger Prozesse (s. BATESON, G. (1979) Mind and Nature - a necessary Unity, Dutton, New York): Ko-Ment = Ko-Mentieren: Gleichzeitig mit anderen an einem geistigen Prozeß teilnehmen bzw. ihn herstellen.

Zeichenerklärung

Das Zeichen  bedeutet soviel wie: **Rekursivität** oder eine „**Schließung**“⁹ **zur Rekursivität ist möglich**“ (z.B. können sich 2 Menschen zu einem Spiel (ent)schließen oder (zusammen)schließen. Diese „Schließung“ (zum Spiel) ist beendet, sobald das Spiel beendet ist.

Das Zeichen  oder  soll soviel bedeuten wie: Vollständige Halbschleife der Rekursion (Phase II, rechte Seite; bzw. V. auf I. linke Seite). Die unterbrochene Linie oder  soll nur die unvollständige Halbschleife der Rekursion andeuten (Phase IV. rechte Seite bzw. IV. auf II. linke Seite).

Diskussion

Dieses Vorgehen hat 4 wesentliche Merkmale, die im systemischen Sinne charakteristisch sind:

1. Die Therapeutin arbeitet als **Doppelooperatorin**¹⁰, sie arbeitet in 2 voneinander getrennten Operationsbereichen:

Wie aus der Darstellung deutlich wird, wechselt die Therapeutin des öfteren ihren Operationsbereich: Einmal ist sie Teil des therapeutischen Teams (I.), dann führt sie das Interview durch und wird Teil des therapeutischen Systems (Kln/Th) (II.), danach trifft sie sich wieder zur Teamreflexion mit ihren Kolleginnen (thT/Th) (III.), teilt das Ergebnis dieser Reflexion dem Klientensystem mit und bespricht dies eventuell mit den Klienten (Kln/Th) (IV.) und setzt sich schließlich mit ihren Kolleginnen zusammen und bereitet die Sitzung nach (thT/Th) (V.). Es zeigt sich also, daß die Th als Bestandteil zweier rekursiver Einheiten betrachtet werden kann:



2. Das therapeutische Team hat **Geheimnisse** vor den Klienten - es enthält aus **therapeutischen Gründen** den Klienten bestimmte Informationen vor: Zwar kann das therapeutische Team das therapeutische Interview mitverfolgen (hören und sehen), das Klientensystem kann die Beratung des therapeutischen Teams jedoch nicht mitverfolgen. Dies ist bedingt durch die Einwegscheibe, die tatsächlich nur von einer Seite durchlässig gemacht wird; sie hat sozusagen einen osmotischen Effekt: Letztlich teilt die Therapeutin den Klienten nur das mit, was

⁹ Ich gebrauche den Begriff **Schließung** in **Anschluß** an Heinz von FÖRSTER, um zweierlei zu verdeutlichen:
a. Menschen, die sich „**schließen**“, tun dies aktiv, und sie können diese Aktivität jederzeit beginnen und beenden.
b. Zur Vermeidung der Assoziation der „thermodynamischen Geschlossenheit“.

¹⁰ Die Bezeichnung „Doppelagentin“ ist verführerisch, sie hat aber den Nachteil mit zu vielen politischen Bedeutungen versehen zu werden.

entweder das therapeutische Team für nützlich und / oder die Therapeutin allein für angemessen erachtet.

3. Die Punkte II. bis IV. könnten sich dabei theoretisch beliebig oft während einer Sitzung wiederholen (**innere Rekursionschleife**). Dem sind jedoch v.a. durch den zeitliche Rahmen Grenzen gesetzt, so daß man gewöhnlich von maximal 3 Unterbrechungen der Sitzungen (Schritte III. und IV.) ausgehen kann. Wie man konstruieren kann, handelt es sich bei dieser „Wiederholung“ um eine **Sonderform der Rekursion** bzw. der **Schließung eines linguistischen Systems**:

- a. Der Erkenntniskonstruktionsprozeß auf Seiten des therapeutischen Teams wird beeinflusst durch das Interview, da das therapeutische Team das Interview mithören und sehen kann und die Therapeutin sich zur Beratung dem Team anschließt. Dies kann man als eine **vollständige Halbschleife der Rekursion** auffassen.
- b. Das Klientensystem jedoch kann die Beratung des therapeutischen Systems mit dem Therapeuten nicht mithören; lediglich die Therapeutin teilt als „Botschafterin“ das Ergebnis der Beratung mit - ob Kommentar, Aufgabe, Intervention. Das heißt das Klientensystem erhält eine „gefilterte“ Botschaft.
Dies kann man als unvollständige Halbschleife der Rekursion betrachten.

Durch diesen zweiten Halbkreis **schließt sich also der Kreis zur Rekursion nur unvollständig**.

Gerade diese unvollständige Form der Rekursion hat viele Fachleute, die bis dahin dieses Verfahren nicht kannten, fasziniert, obwohl es bei den Erfindern dieser Vorgehensweise nicht so intendiert war, daß die Kollegen insbesondere an der unvollständigen Rekursion Interesse finden sollten. M.a.W. viele Kollegen sahen und sehen sich gerne als Informationskontrolleure: Sie bestimmen die Anteile der Information, die den Kln übermittelt wird und diejenigen, die den Klienten vorenthalten wird. Sie definieren sich damit ex- oder implizit als Experten, die entscheiden, was den Klienten mitgeteilt wird und was nicht. Begründet wird dies häufig mit der sogenannten therapeutischen Verantwortung. Unterstellen wir einmal, daß viele Fachleute nicht wußten, was genau sie an diesem Verfahren so fasziniert hat. Dann wäre zu vermuten, daß Kollegen, die dieses Verfahren noch nicht kennen und gerade als „Informationskontrolleure“ arbeiten möchten, dieses Verfahren besonders schätzen würden. Durch die Erkenntnis dieser Zusammenhänge und die Entwicklung neuer Verfahren könnte andererseits der „Kontroll-Reiz“ verloren gehen.

4. Die **äußere Rekursionsschleife** zeigt, daß sich die Sitzungen ebenfalls beliebig oft wiederholen könnten. In der Praxis sind mehr als 4 bis 7 Sitzungen aber eher selten. Interessant bei der äußeren Rekursion ist die Tatsache, daß jede Sitzung auf einem neuen Niveau der „Erkenntnis / Entwicklung“ seitens des therapeutischen Teams und / oder der KlientInnen beginnen kann - vorausgesetzt durch die Schließung zur inneren Rekursion während der Sitzung und / oder durch die Nachwirkungen der Intervention bis zur Schließung zur äußeren Rekursion werden strukturelle Änderungen innerhalb des Problemsystems erzielt.

Insgesamt kommen nach diesem Modell also **7 verschiedene rekursive Schleifen vor**:

Die **äußere Rekursion**, die sich durch Schließung zur nächsten Sitzung ergibt. Diese Schließung enthält die **innere Rekursion**, die sich aus den Unterbrechungen der Sitzungen ergibt.

Diese wiederum sind unterteilt in **thT/Th** und **Kln/Th**, die man also auch als rekursive Subeinheiten definieren kann.



Schließlich lassen sich **Kln**, **thT** und **Th** ebenfalls als weitere rekursive Subeinheiten konstruieren.



Auch aus anderen als den bereits erwähnten Gründen war und ist diese Vorgehensweise für systemisch arbeitende Teams attraktiv: Sie ist zum Beispiel intellektuell anspruchsvoll und erlaubt dem therapeutischen Team aufgrund von Fachwissen, Erfahrung und Kreativität zu spekulieren, wie die Zusammenhänge in den Klientensystemen aussehen mögen.

Darüber hinaus können auch interessante Interventionen konstruiert werden, die man auf den hypothetischen Konstruktionen aufbauen kann. Entsprechende Wirkungen kann man versuchen vorherzusagen.

Wer heute systemisch arbeiten will, sollte also diese Arbeitsweise kennen, sie solange üben bis er sie vollständig in sein Repertoire aufgenommen hat. Auch wenn sie / er später nur selten darauf zurückgreifen sollte, ist diese Arbeitsweise wertvoll beim Verständnis systemischer Therapieprozesse und ihrer Wirkungen.

Um eine Metapher zu gebrauchen, das 5-Schrittmodell entspricht der Übung der Variationen einer Kadenz in der Musik oder der Übung einer Porträtzeichnung eines Malers; beide wollen sich in den basalen Techniken ihrer Kunst üben. Später können sie sich abstrakteren Darstellungsformen zuwenden. Wenn man sich also mit der systemischen Arbeit vertraut machen will, ist es zu Übungszwecken gut, dieses Vorgehen solange zu üben / lernen / praktizieren, bis es quasi automatisch abläuft. Danach kann man es „vergessen“ - wie man östliche Techniken des Geistestrainings vergißt und sich vielleicht später sublimeren Formen der Meditation zuwendet. Später können dann weitere Formen des systemischen Vorgehens gelernt werden.

Gespräch über Kapitel IV

Du sprichst von **Halbschleifen** und von **Ganzschleifen**. Ich denke, daß ich das verstehe. Aber welche Beziehung spielt sich zwischen den beiden Kammern ab? Ich habe zwar den Eindruck, daß die Klienten vergessen, daß das Team hinter der Einwegscheibe sitzt. Ich kann es aber nicht glauben, weil die Klienten ja genau wissen, was da abläuft.

Wir machen die Klienten auf den Kontext aufmerksam: auf den Spiegel, auf die Kamera, auf die hinter dem Spiegel sitzenden Kollegen, die sie auch kennenlernen können. Während des Gesprächs vergessen die Klienten den Kontext. Nun ist es im klassischen Modell so, daß der Therapeut sagt, wir unterbrechen das Gespräch für die Zwischenbesprechung. Er geht dann raus und schließt sich dem therapeutischen Team an. Die Klienten sind nun mit sich alleine und wissen, daß sich der Therapeut in diesem Moment wieder mit dem therapeutischen Team bespricht. Das Team hinter der Scheibe kann den Klienten in dem Moment also wieder bewußt werden. Allerdings erfahren die Klienten nicht direkt, was im Nebenraum besprochen wird. Sie stellen lediglich Vermutungen an, was besprochen werden könnte. Diese Vermutungen könnten natürlich erfragt werden, also der Therapeut könnte zurückkommen und die Klienten fragen, was sie meinen, was während der Zwischenbesprechung gesagt worden sein

könnte. Das macht man aber meist nicht, sondern er teilt ihnen ein irgendwie gefiltertes Ergebnis der Teambesprechung mit. Das ist also eine **unvollständige Halbschleife**, eine **gefilterte therapeutische Botschaft**. Es ist auch gar nicht möglich, den Klienten all das mitzuteilen, was in der Zwischenbesprechung gesagt wurde, da der Therapeut ja keine „Aufnahmemaschine“ ist. Außerdem kann der Therapeut die Art und Weise wie die einzelnen Teammitglieder gesprochen haben einer Familie z.B. nicht vermitteln, auch nicht, wie die Teammitglieder aussehen etc. Der Therapeut muß in diesem Modell also filtern und zwar so, wie er es eben in diesem Moment gerade denkt. Die Halbschleife ist damit gegeben, aber unvollständig, gebrochen.

Das ist das klassische Modell? Die Information ohne Filter, die entweder im Team-Raum oder direkt im Therapiezimmer vor z.B. einer Familie stattfindet ist für Dich also ...?

Ja. Das soll nicht den Eindruck erwecken, daß die **ungefilterte Information** objektiv oder richtig sei. Die Klienten nehmen sich ja ohnehin das aus dem Gesagten heraus, was sie hören wollen. Andere Aussagen hören sie nicht. Jeder macht das so. Genauso, wie der Therapeut filtert, so filtern auch die Klienten. Nur: Sie haben die Möglichkeit sich aus dem, was gesagt wird, das auszuwählen, was für sie wichtig und konstruktiv ist, das, was zur Lösung beiträgt - vorausgesetzt sie bekommen alles mit.

Existieren denn die Halbschleifen dann noch?

Ja. Unter einer Halbschleife verstehe ich folgendes: die einen reden und die anderen hören zu. Werden die Rollen dann getauscht, also die Klienten hören zu und das Team redet, ist das dann der andere Teil der ganzen Schleife (also die 2. Halbschleife). Die Halbschleife existiert durch diese Rollenzuschreibung. In einer gewissen Zeit sagen manche Leute nichts, andere reden. Das ist künstlich hergestellt.

Angenommen, Du sprichst mit den Klienten und ich sitze dabei. Dann ist das doch nur für mich eine Halbschleife, weil ich nicht rede. Für Dich und die Klienten ist das dann aber eine ganze Schleife, oder?

Es hängt davon ab, wo man den Fokus setzt. Mit der Halbschleife meine ich immer eine **Beziehungshalbschleife** - man bezieht sich durch eine bestimmte Aktivität auf andere Personen, man stellt Beziehungen her. Also wenn ich jetzt rede und Ihr hört zu, dann ist das eine Halbschleife. Antwortet Ihr, dann geht es wieder zurück. Das ist ein Modell, das versuchen möchte, einen Unterschied herauszuarbeiten zwischen dem klassischen Modell und unserem neuen Modell. Man sollte diese Konstruktion der Halbschleife nicht zu hoch hängen, sie ist eher eine Hilfskonstruktion, eine Formulierung, die das Geschehen verdeutlichen soll - v.a. wenn man mit Einwegscheibe arbeitet. Auch der Sprecherwechsel kann so mit Hilfe eines Symbols verdeutlicht werden.

Du sprichst auch von **Informationskontrolleuren**. Da geht es doch wieder um eine gefilterte Botschaft?

Ja. Es gibt bei Therapeuten die Haltung, daß es nicht verantwortbar sei, den Klienten alles zu sagen. Aber auch bei dem neuen Verfahren, sagt weder der Therapeut noch das Team alles, was ihnen gerade durch den Kopf geht. Jeder hat seinen **eigenen Filter**. Außerdem ist das, was man sagt auch kontextabhängig. So fluche ich vielleicht eher draußen über Dich und sage nicht, wenn ich fühle, daß ich mich über Dich ärgere gleich „Arschloch“ zu Dir. In der therapeutischen Situation sagt der Therapeut auch nicht immer spontan, was ihm gerade einfällt,

sondern versucht seine Einfälle in eine therapeutische Form zu bringen. Dabei müssen gewisse Kriterien erfüllt werden: Das Gesagte soll den Klienten nicht schaden - das ist beispielsweise ein Kriterium. In der klassischen Therapie kann der Therapeut in der **Zwischenbesprechung** seinen **Gefühlen** freien Lauf lassen, auch Gefühlen, die er den Klienten niemals mitteilen würde. Es gibt natürlich auch therapeutische Geheimnisse, also vielleicht vermutet der Therapeut Dinge, die er nicht mitteilen möchte. Das heißt also, er kontrolliert, was er den Klienten sagen möchte und was nicht. Genau das nenne ich Informationskontrolle.

Du hast ja nun gerade auch noch einen anderen Punkt angesprochen: den der eigenen Entlastung.

Ja, das ist noch ein anderer Punkt. Es gibt unter Therapeuten die Auffassung, bestimmte Äußerungen seien therapeutischer als andere. Ich würde andersherum sagen: Wenn man weiß, daß die Klienten zuhören, dann gibt man sich mehr Mühe, genau das zu sagen, von dem man annimmt, daß es den Klienten **nicht schadet, sondern hilft**. Über dieses Verfahren gewinnt man mehr Übung, Dinge zu sagen, die hilfreich sind. Nun zur Entlastungsfunktion: Im klassischen Modell kann man sich auch mal „auskotzen“. Ich gehe davon aus, daß das eher Leute brauchen, die nicht so geübt sind, die nicht so viel Erfahrung haben und durch ein Therapiegespräch so mitgenommen werden, daß sie sich mal auskotzen müssen. Vielleicht ist das klassische Modell gut zum Üben.

Was heißt eigentlich **Hilfe** ?

Es ist wichtig, daß man darauf Rücksicht nimmt, was die Klienten unter Hilfe verstehen. Eventuell kann man dann sagen, „Ich als Therapeut verstehe unter Hilfe etwas anderes als Sie“. Dann könnte man sich wieder darauf einigen, was man gemeinsam als Hilfe ansehen kann.

Heißt das: Gib nicht dem Klienten was er will?

Das kann sein, sollte aber nicht zum Prinzip erhoben werden. Nimm einmal folgendes Beispiel: Eine Familie kommt und ein Mitglied der Familie sagt: „Ich habe Angst“. Wenn Du nun als Therapeut sagst: „Sie denken, Sie hätten Angst, ich weiß aber, Sie haben eine Familienkrise“, dann hat dieses Familienmitglied zu recht das Gefühl, nicht zu bekommen was es will. Die Konsequenz wird sein, daß diese Familie wegbleibt. Eine Annäherung ist also wichtig.

Diese Familie könnte aber auch sagen: Wir bekommen immer nur das, was wir wollen, wir bekommen also nur die **Bestätigung** dessen, was wir hier reingeben - was sollen wir also hier?

Und deshalb darf es nicht so sein, und wird es auch niemals so sein, daß die Ansichten über das, was Hilfe ist, zwischen Klienten und Therapeut immer Konsens ist. Hier wird es immer eine kleine oder größere Differenz geben. Hier geht es wieder um die **optimale Differenz**.

Ja, um Selbstbestätigung und Selbsterneuerung.

Es ist auch die Frage, ob das, was man macht, tatsächlich Hilfe ist. Ich ziehe es aber vor, erst mal als Ausgangspunkt von der Definition der Klienten auszugehen. Allerdings darf man dabei nicht stehenbleiben.

Sprichst Du über die Gefühle, die Du gegenüber den Klienten empfindest eher mit Deinem Supervisor als mit Deinem therapeutischen Team?

Wenn man mit einem Einwegspiegel arbeitet, gebraucht man den Begriff der Supervision im klassischen Sinne vorsichtiger - auch wenn diese sicher manchmal noch notwendig ist. Ich selbst mache in einigen Fällen - bei Teams und / oder Institutionen das, was man klassischerweise unter Supervision versteht. Ich glaube, die klassische Form der Supervision ist gut und kann Anregungen geben in Fällen, in denen Teams in ihrer Routine festgefahren sind, wenn sie sich mit einer neuen Art von Klienten auseinandersetzen müssen oder wenn sie z.B. schlicht neue Verfahrensformen der Systemischen Therapie erlernen möchten. Was wir hier in Marburg machen ist ja - wenn man so will - eine Form der **Live-Supervision**. Da muß man auch unterscheiden, für wen die Supervision da ist, für die Klienten oder für die Therapeuten.

Ich dachte an die Therapeuten ...

Supervision durch einen älteren, erfahreneren Kollegen ist eher hilfreich für die Therapeuten, Live-Supervision - sagen wir lieber - die Reflexion der Therapeuten in Gegenwart der Klienten - ist eher hilfreich für die Klienten, da sie auf diese Weise möglichst viele verschiedene Sichtweisen hören können, die für sie Optionen eröffnen können. Also diese Unterscheidung muß man treffen. Für mich persönlich ist der Begriff der Supervision auch nicht mehr so wichtig. Ich denke, daß man eine Supervision im klassischen Sinne, die den Therapeuten hilft, mit zunehmender Erfahrung immer weniger braucht. Außerdem merkt man im Gespräch mit dem therapeutischen Team - der Teamreflexion in Gegenwart der Klienten - seine **blinden Flecken**, erhält Anregungen und kann deshalb mit den blinden Flecken besser umgehen lernen. Auch bei unserer Arbeitsweise können wir ja zwei Teile einfügen - z.B. im Fünf-Schritt-Modell bei denen die Klienten nicht anwesend sind: die Vorbesprechung und die Nachbesprechung.

Ich sträube mich gegen Deine Ansicht, daß Supervision nicht so unbedingt nötig sein soll für den Therapeuten. So habe ich Dich gerade verstanden.

Das ist nicht so ganz richtig. Der Begriff „Supervision“ ist in dem Modell mit dem **reflecting team** nicht mehr passend. Das klassische Modell der Individualtherapie sagt, es gibt einerseits den Therapeuten, der bestimmte Voraussetzungen in das Therapiegespräch mitbringt und andererseits den Klienten. Die bei den beziehen sich auf eine bestimmte Weise aufeinander. Was „falsch“ läuft, liegt an den „Defekten“ der beteiligten Personen. In der systemischen Denkweise geht man über diese Sichtweise hinaus und kommt zu einer neuen Qualität, nämlich zur **Kommunikation selbst**; das heißt, die Personen konstituieren die Kommunikation und die Kommunikation konstituiert die Personen. Wenn nun die Kommunikation auch die Personen konstituiert, dann kann man nicht mehr von den persönlichen Defekten der Einzelnen ausgehen, sondern man muß den Kommunikationsprozeß betrachten. Außerdem ist der Therapeut in der systemischen Therapie in den Kommunikations- bzw. **Reflexionsprozeß** einbezogen. Natürlich kann man über die „Fehler“ des Therapeuten in diesem Zusammenhang sprechen. Die Reflexion selbst findet aber auf einem ganz anderen Niveau statt. Es kann hier sogar so sein, daß der **blinde Fleck nützlich** ist, weil die anderen die Gelegenheit bekommen, eine andere Sichtweise zu vertreten. Diese größere Vielfalt der Sichtweisen kann den Klienten auch helfen, ihre **Optionen neu zu konstruieren**.

Das ist mir klar. Aber ich habe selbst schon festgestellt, daß ich **zu unterschiedlichen Klienten unterschiedliche Beziehungen** habe.

Ja, aber ich empfinde das weder als einen besonderen Nachteil oder einen besonderen Vorteil. Diese Beziehungen gestalten sich eben so, wie sie sich gestalten - und genau dies nimmt man als Ausgangspunkt, nicht meine „Defekte“ oder die der Klienten. Du kannst sagen, „das beängstigt mich“ oder Du kannst sagen, daß Dich das einengt. Wenn Du nun sagst, „Das, was

die Klienten da machen, genau das ist ein persönliches Problem für mich“, dann könntest Du zu dem Schluß kommen, daß Du eine Beratung oder Supervision im klassischen Sinne brauchst oder sogar eine persönliche Therapie. Das steht Dir frei. Letztlich kann die klassische Supervision und ein gewisses Maß an Selbsterfahrung genau so wertvoll sein, wie die Teamreflexion - beides läßt sich aber nicht miteinander vergleichen, da ihnen verschiedene Modelle zugrunde liegen.

Gehört eine Supervision des Therapeuten also zu Deinem therapeutischen System oder nicht?

Sie gehört eindeutig dazu im Sinne einer **Teamreflexion** oder im Sinne der **Live-Supervision**. Im Sinne der klassischen Selbsterfahrung insoweit, als ich bereit bin, Kollegen, die eine Selbsterfahrung wünschen, diese auch zu geben, nicht aber wenn sie sich bei mir gleichzeitig in Ausbildung befinden. In diesem Fall würde ich sie an einen Kollegen verweisen. Dies hat folgenden Grund: Wenn ich mit den Weiterbildungsgruppenteilnehmern eine Selbsterfahrungssitzung mache, entwickelt sich oft zwischen mir und den Selbsterfahrungsteilnehmern eine Beziehung wie zwischen Therapeuten und Klienten. Das heißt, die wechselseitige Beziehungsdefinition zwischen Weiterbildungsleiter und Weiterbildungsteilnehmer vermengt sich zusätzlich mit der wechselseitigen Beziehungsdefinition zwischen Therapeut und Klient. Diese Vermischung kann zu Schwierigkeiten führen, die ich vermeiden möchte; ich bevorzuge also eine eindeutige Beziehung zu den Weiterbildungsteilnehmern. Ich möchte nicht das Gefühl haben, daß sie mich als Weiterbildungsleiter, Therapeut und möglicherweise durch noch mehr Zuschreibungen in den Himmel heben. Ich bin gerne mit Leuten zusammen, die mich in meiner Autonomie respektieren und die ich in gleicher Weise in ihrer Autonomie respektieren kann. Wenn mich jemand als mehr sehen möchte, als ich bereit bin zu sein, offeriere ich ein anderes Beziehungsangebot - notfalls entziehe ich mich dem Beziehungsangebot, das mir nicht gefällt. Das geschieht jedoch nicht schroff oder respektlos - im Gegenteil: Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die meisten Menschen - so auch Kollegen - für Klarheit in den Beziehungen dankbar sind.

Solltest Du aber Probleme feststellen, die Dich in unserer Zusammenarbeit z.B. als Teammitglied behindern, können wir versuchen, dies zwischen uns zu klären. Ich würde Dir aber keine therapeutische Beziehung anbieten, in der Du Klient bist und ich Therapeut. Du könntest natürlich eine zusätzliche Beratung machen, die Deinen persönlichen Problemen gewidmet sind - aber bei einem Kollegen, nicht bei mir. Das Gespräch mit Deinen Kollegen bzw. die Teamreflexionen bei unseren therapeutischen Gesprächen, sollten jedoch normalerweise so gut sein, daß Du eine solche spezielle Beratung nicht brauchst.

Auf der anderen Seite kann es auch den Klienten nützlich sein, wenn Du sagst, welche persönlichen Gefühle Du in welcher Situation empfindest. Dabei solltest Du Dir darüber im Klaren sein, daß **Gefühlsäußerungen** immer **Beziehungsangebote** im jeweils spezifischen Kontext sind. Du kannst z.B. sagen: „Ich fühle mich jetzt sehr hilflos, das, was Sie sagen, trifft mich sehr“. Solange es den Klienten nicht schadet, könntest Du das auch äußern. Es kann den Klienten ja so gar nützlich sein, solange es im Kontext der Teamreflexion stattfindet. Wenn Du Dein Gefühl aber als Dein eigenes Problem ansiehst, dann kommen wir auf eine andere Ebene. Aber weder Du allein bist als Therapeutin mit Deinen Problemen im Mittelpunkt des Geschehens, noch allein die Klienten, es sind beide bzw. die Interaktion zwischen beiden.

Ich denke, daß der Supervisionsgedanke daher rührt, daß man denkt, der Therapeut wüßte immer, was für den anderen gut ist - z.B. Haley.

Wie stellst Du Dir eine ideale Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team vor und wie wird hier eigentlich mit Kritik umgegangen?

Diese systemische Therapieform, die wir hier betreiben, ist ja recht offen und nicht rigide. Ich denke, man kann niemanden zu irgendetwas zwingen, was er nicht sehen oder denken will, kann niemandem Gedanken einflößen, lediglich Vorschläge machen bzw. Anregungen geben. Angenommen, Du würdest ein Interview machen, dann kann ich Dir ja nicht vorschreiben, was Du zu tun hast, ich kann Dir einen Vorschlag machen und Du machst mit dem Vorschlag das, was Du damit machen kannst oder willst. **Instruktive Interaktion**¹¹, wie MATURANA das nennt, ist also nicht möglich. Ich kann Dich nicht instruieren, sonst müßte ich Dich ja als Marionette behandeln oder als Computer programmieren. Natürlich wird berücksichtigt, welche Erfahrung Du hast. Wenn Du sagst, Du machst eine Therapie zum ersten Mal, dann können wir uns auf einen Ausgangspunkt einigen, wir können gemeinsam an den Gesprächen arbeiten, wir können darüber sprechen, was für die Klienten mit ihren jeweiligen Problemen akzeptabel ist. Gewisse **therapeutische Fertigkeiten** können in sogenannten „Trockenübungen“ also in Rollenspielen erworben werden. Ich würde aber nie so vorgehen, daß ich Dir nach einem Interview sagen würde, „das und das war falsch und stell doch besser die und die Frage, das ist die richtige Frage“. So geht es nicht. Wir versuchen Hierarchien dadurch zu vermeiden, daß wir uns zwar ein gemeinsames Bild erarbeiten, daß aber derjenige, der das Interview macht, dieses auch frei gestalten kann. Ich bin nicht der Allwissende, und ich denke auch, daß es keine objektive, richtige Sichtweise gibt. Haley hingegen arbeitet anders. Er macht selbst keine Therapien mehr, sondern sitzt nur noch hinter der Scheibe und sagt vielleicht, wie es richtig ist. Wir hingegen haben da andere Vorstellungen. Nach der klassischen Sichtweise gibt es einen **privilegierten Zugang zur objektiven Wirklichkeit** (MATURANA), danach hätte ich einen privilegierteren Zugang zur „objektiven Wirklichkeit“ als Ihr. Danach müßt Ihr mich fragen, was z.B. die „richtigen“ Fragen sind, und ich könnte antworten, weil ich weiß wie „das und das“ ist. In der neueren Sichtweise werden Erfahrungsunterschiede zwar nicht geleugnet, es ist möglich, daß ich durch meinen Erfahrungshintergrund bedingt, **passendere Modelle**¹² für bestimmte Problemfälle entwickle, aber so sehr Experte bin ich dann auch wieder nicht. Vielleicht sollten wir **lernen darin Experten zu werden, wie man kein Experte ist**, indem wir das, was wir notwendigerweise auf einem bestimmten Niveau lernen mußten, vergessen und uns i.S. BATESONS vom Lernen höherer Ordnung inspirieren lassen. Das heißt, daß wir nicht vom Zustand des wissenden Experten auszugehen, sondern uns von Neugierde und ko-kreativem Erfindungsgeist tragen zu lassen. Ich denke, daß z.B. auch ein Kind Dinge sehen kann, die ein Erwachsener überhaupt nicht mehr sehen kann - und sei es nur aufgrund der Körpergröße. Die Multiversa sind zusammengesetzt aus verschiedenen Sichtweisen. Gerade eine weniger expertenhafte, unwahrscheinlichere Sichtweise kann hilfreicher sein, als die Meinung eines Experten mit „privilegiertem Zugang zur objektiven Wirklichkeit“. Deshalb kann ich mit Praktikanten, die keine Erfahrung haben, genauso gut zusammenarbeiten wie mit Kollegen, die viel Erfahrung mitbringen oder Kollegen, die mich um Supervision bitten. Die sagen etwas anderes, aber alles kann hilfreich sein. Mir machen wechselnde Teams Spaß, weil ich es genieße, mich von Sichtweisen beeindruckt zu lassen, die für mich neuartig sind.

Geht es im Grunde nur darum, außerhalb Deiner Sichtweise andere Sichtweisen kennenzulernen und nicht um irgendwelche qualitativen Unterschiede?
Geht es dann also nicht mehr darum: Ich weiß es besser, sondern: Ich sehe es anders?

¹¹ Zur Diskussion der „Machtmetapher im therapeutischen Kontext“, die in diesem Zusammenhang meist vergessen wird, vgl.: DEISSLER, K.G. (1986): Brauchen wir die Machtmetapher, um unsere zwischenmenschliche Wirklichkeit zu konstruieren? In: Zeitschrift für Systemische Therapie, 1986, 4: 258-268.

¹² **Passend** i.S. von Ernst von GLASERSFELD, vgl. Literaturliste am Ende des Buches.

Ja. Es gibt **keine Hypothesen** mehr, die richtig sind, die die Sachen erklären, so wie sie wirklich sind, sondern es gibt **optioneneröffnende Konstruktionen** - Optionen, die eher passen und neue Wege eröffnen. Das heißt, es gibt Konstruktionen, die mehr oder weniger hilfreich sind für Problemsysteme, Lösungen zu erfinden. Und schließlich: Was hilfreich ist, entscheide nicht ich, sondern die Personen, die dem Problemsystem angehören.

Ich frage mich, ob wir dann nicht alle verbildet sind. Warum setzt Du denn hier nicht zwei Anstreicher und einen Gastwirt hin?

Ja. Es könnte sein, daß ein Gastwirt, der die Probleme der Gastwirte kennt als Ideenerzeuger hilfreicher ist als ich selbst, wenn ich einen Gastwirt zum Klienten habe. Warum nicht? Nur: Vielleicht wird ein Gastwirt nicht auf die Idee kommen, Therapeut sein zu wollen - auch wenn er in seinem Beruf sicher manchmal therapeutische Funktionen erfüllen muß.

Seelsorge also?

Vielleicht? Sicher, man könnte sich dann fragen, was der Unterschied ist zwischen therapeutischen, seelsorgerischen und normalen Gesprächen. Man könnte sich fragen, ob ein Therapeut geschult sein muß, Therapeut zu sein. Darüber könnte man sicher lange diskutieren. Das alles geht in Richtung **therapeutische Interviewtechniken** bis **Kunst der Konversation** - letzteres i.S. von GOOLISHIAN. Es sollte hier allerdings nicht der Eindruck entstehen, als bräuchte ein Therapeut keine Schulung, kein Wissen, keine Fertigkeiten usw. Wie jede andere Berufsgruppe auch braucht ein Therapeut, das, was ihn zum Therapeuten bzw. zum Meister seines Faches macht. Dazu gehört es, daß er in der Lage sein muß, neutral zu sein, katalytisch kreative Prozesse anzuregen und einen Kontext herzustellen, in dem die Personen, die zu ihm kommen, in gleicher Weise an der Konstruktion neuer Wirklichkeiten beteiligt sind. Aber das können wir im Kontext dieses Kapitels nicht alles diskutieren.

V. Hinterm Horizont geht's weiter ...

Wie kann man zur Konstruktion positiver Alternativen beitragen?

Im folgenden Abschnitt finden sie die sogenannten **Konstruktionsbereiche** bzw. die **generativen Unterscheidungsoperationen**, die dazu dienen, sich zu trainieren, das Augenmerk auf positive Aspekte im Verhalten, Denken usw. der Klienten zu richten. Warum diese Übung?

In unserer **Sozialisation als psychosoziale Fachleute** werden wir trainiert, „kritisch“ zu sein, unsere Mitmenschen auf ihre - meist niederen Motive hin zu untersuchen, sie zu testen oder psychopathologische Befunde zu erheben. Leider geht dieses Training (oft) einher mit der **impliziten Betonung des Negativen** bzw. negativer Bewertungen:

Wenn das Verhalten unserer Mitmenschen uns oder anderen nicht gefällt oder unseren Idealen nicht entspricht, zeigen wir uns „kritisch“, indem wir ihr Verhalten abwerten, ihnen niedere Motive zuschreiben, sie hinsichtlich ihres abweichenden Verhaltens testen und letztlich einer psychopathologischen Kategorie zuweisen. Wir erheben uns über andere Menschen, beurteilen, kategorisieren und kontrollieren sie und nehmen ihnen ihre Eigenverantwortung. Dies ist im Grunde nichts außergewöhnliches, das macht jeder im alltäglichen Leben. Psychosoziale Fachleute sind jedoch (häufig auch) beauftragt therapeutisch zu arbeiten.

Beispiel: Ein Mann hat eine Frau vergewaltigt.

Ohne den Kontext näher zu kennen könnten wir diesen Mann als Psychopathen mit überhöhtem Sexualtrieb und mangelnder Zurechnungsfähigkeit kennzeichnen.

Daß eine solche Diagnose für die Therapie nicht hilfreich ist, für den Verlauf der Therapie sogar schädlich sein kann, liegt auf der Hand.

Mit diesen Hinweisen soll natürlich der Rechtfertigung solchen Verhaltens nicht das Wort geredet werden. Wir sind in unserem täglichen Leben darauf angewiesen, bestimmte Verhaltensweisen als sozial verantwortlich zu definieren und andere als unverantwortlich.

Für therapeutische Zwecke jedoch ist es wichtig, in den Menschen und ihren vielfältigen Verhaltensweisen, etwas Positives zu sehen, Ihnen zumindest Entwicklungsmöglichkeiten zuzugestehen - auch wenn sie noch so verabscheuungswürdige Taten begangen haben. Das heißt nicht, daß man die Dinge, die man als negativ empfindet, als solche aus der therapeutischen Konversation ausschließen sollte. Nur sollte der- oder diejenige, der / die sich einem Menschen gegenüber sieht, dessen Verhalten ihm / ihr wie den meisten anderen Mitmenschen so große Schwierigkeiten bereitet, so daß er / sie selbst also unüberwindbar große Ablehnung empfindet, nicht als TherapeutIn auftreten. Die Gefahr, daß er / sie unter solchen Umständen weiteren Schaden anrichtet, wäre dann viel zu groß. (Selbst ein Mörder kann nicht 24 Stunden am Tag morden).

Deshalb ist es also wichtig die Betonung auf das Positive zu legen, und damit implizit der eigenen positiven (therapeutischen) Prophezeiung zur Erfüllung zu helfen. Man kann dies auch drastischer ausdrücken: Ein Henker sollte sich nicht als Therapeut aufspielen, während der Therapeut sich nicht anmaßen sollte, daß er im Gegensatz zu seinen Mitmenschen gott-

gleich über allem schweben. Die therapeutische Arbeit kann häufig mit kleinen positiven Beobachtungen beginnen. Dazu sind die folgenden Beobachtungsbereiche konstruiert.

KONSTRUKTIONSBEREICHE¹³

0. Ausgangsinformationen

I. Vorbereitung

II. Interviewsequenz

Konstruktionsbereich

Generative Unterscheidungsoperation

1.) **Abstimmung** zwischen Kln / Fam und Th

a.) Was hat die/der Th gefördert?
(Video-Lauf-Nr.)?

b.) Wie gelingt es der / dem Th bei Kln / Fam eine positive Erwartung bezüglich des Verlaufs der Therapie zu erzeugen?

Welche positiven Alternativen werden deutlich?

Welche Ausnahmen vom Problemverhalten werden deutlich?

c.) Stimmen (explizierte metakommunikative) verbale und analoge Kommunikation überein?

2.) **Klientenverhalten**

a.) Innerhalb der Sitzung von den Teammitgliedern **beobachtet**:

Was tun die Kln / Fam erfolgreich, während der Sitzung?

Wie tun sie das?

b.) Außerhalb der Sitzung von den Kln / Fammitgliedern **berichtet**:

Wann / wie traten Ausnahmen vom Problemverhalten auf?

Was tun die Kln / Fam erfolgreich außerhalb der Sitzung?

Wie tun sie das?

c.) Außerhalb der Sitzung über die Kln / Fammitglieder **vermutet**:

Wie entwerfen die Kln / Fam mögliche Lösungen?

Was planen die Kln positives für die Zukunft?

¹³ Hinweis: Die Entwicklung dieser Konstruktionsbereiche wurde im wesentlichen durch die Arbeiten von Steve DeSHAZER und seinem Team beeinflusst.

III. Teamkonsultation

Personen - Prozeßniveau der Hypothesen

3- und mehr Personen(systemisch)
2 Personen (relational)
1 Person (individuell)

Welche Personen werden in die in die hypothetischen Konstruktionen einbezogen - wie könnten deren **Beziehungen** aussehen?

Zeit - Zuordnung der Hypothesen

Vergangenheit

Was ist wichtig für die **Entstehung** des Problems?

Gegenwart

Wie erhält sich das Problem?

Zukunft

Wie können mögliche **Lösungen** aussehen?

Raum - Zuordnung der Hypothesen

Wo finden die Prozesse statt?

IV. Intervention? (vgl. Abschnitt über Schlüsselintervention)

Konstruktionsbereich

Generative Unterscheidungsoperation

Abstimmung Kln / Fam und Th
Kompliment?
Kommentar?
Verschreibung?

a.) Was sagen die Klienten?

b.) Wie reagieren sie?

V. Nachbereitung

Konstruktionsbereich

Generative Unterscheidungsoperation

Bewertung der Intervention

Steht die Intervention in an gemessener Relation zur gewünschten Lösung?

Gespräch über Kapitel V

Was verstehst Du unter **Abstimmung zwischen Klienten und Therapeut**?
Geht es darum, ob sich die Klienten Therapie oder Beratung wünschen?

Das kann der erste Stolperstein sein. Ich habe früher oft den Fehler gemacht, anzufangen zu therapieren und in die Vollen zu gehen, obgleich die Klienten sich darüber noch nicht klargestellt waren, was sie eigentlich wollten: Therapie, Beratung oder etwas anderes. Das ist m. E. ein Fehler, der zu Schwierigkeiten in der Therapie führen kann. Dieses Problem kann man sich ersparen, wenn man zuerst klärt, was die Leute wollen, also die **Gesprächsvoraussetzungen abklärt**. Damit verbunden ist dann die Abstimmung zwischen Therapeuten und Klienten. Nehmen wir ein Beispiel: Der Therapeut geht davon aus, daß die Klienten eine Therapie machen wollen. Diese wollen aber fürs Erste lediglich ein Informationsgespräch. Wird das nicht geklärt, dann können sich Reibungen ergeben. Beispielsweise könnte der Therapeut die Klienten für widerborstig halten, weil sie sich nicht offen zeigen für ein therapeutisches Gespräch. Werden die Erwartungen demgegenüber zunächst geklärt, kann man solche Probleme vermeiden. Hat man nun eine Vereinbarung mit den Klienten getroffen, ist die nächste Frage, die man sich beantworten muß, die nach der Abstimmung zwischen Klienten und Therapeut. Es geht also darum, ob der Therapeut den Klienten zuhört, ob sie sich verstanden fühlen, ob sie zu dem ja sagen können, was der Therapeut äußert. Es muß eine Korrespondenz hergestellt werden. „Korrespondenz“ heißt: Die Klienten müssen sich akzeptiert fühlen, der Therapeut muß das Gefühl haben, daß er die Klienten verstanden hat. Ein Zeichen mangelnder Abstimmung könnte sich in der Körperhaltung, also verschränkten Armen, mißtrauischen Blicken etc. widerspiegeln. **Empathie** auf seiten des Therapeuten und **Sich-Akzeptiert-Fühlen** auf seiten der Klienten müssen korrespondieren. Dafür sollten Anzeichen gesucht werden. Noch ein Beispiel: Die Eltern wollen über die Probleme mit ihrem Kind sprechen. Der Therapeut kommt aber auf die sexuelle Beziehung zwischen ihnen zu sprechen. Wenn dann deutlich wird, daß die Eltern dies nicht wollen, so hat der Therapeut möglicherweise einen zu großen Schritt gemacht. Die Differenz - ein weiterer wichtiger Punkt zwischen dem Wollen der Klienten und dem Tun des Therapeuten darf nicht zu groß sein. Allerdings muß natürlich eine gewisse Differenz bestehen, weil es sich ja ansonsten für die Klienten nicht lohnen würde zu sprechen.

Wäre das dann also als „negative Abstimmung“ zu bezeichnen, wenn der Therapeut Themen anspricht, die von seiten der Eltern nicht behandelt werden sollen?

Was heißt negativ? Man könnte sagen, daß der Therapeut einen Versuch macht und die Klienten auf diesen Versuch nicht eingehen. Je mehr der Therapeut dann auf seinem Vorstoß beharrt, desto mehr verschließen sich die Eltern. Es entsteht dann eine sich **vergrößernde Diskrepanz**.

Das wird also nicht bewertet von Dir?

Sicher kann man das auch bewerten. Ich denke aber, daß man sich zunächst damit beschäftigen sollte, wie es zu der Diskrepanz kam. Das ist wichtig, um den Faden der Therapie wiederfinden zu können. Man muß sich darüber klar werden, warum die Klienten den Vorstoß abgelehnt haben und wie man diese Ablehnung in Akzeptanz umwandeln kann, also welche Zwischenschritte sinnvoll sein könnten. Man kann sich mit den Klienten also darüber unterhalten, ob es bestimmte Gründe für ihre Weigerung gibt, darüber zu reden, oder ob es vielleicht an der Art liegt, wie das Thema vom Therapeuten angesprochen wurde.

Ja, mir fällt da gerade eine Szene aus einer Therapiesitzung ein. Die Klientin erzählt etwas und kommt dann auf etwas anderes zu sprechen. Du unterbrichst Sie und sagst, Du hättest das nicht ganz verstanden, Du wolltest es genauer wissen. Die Klientin antwortet wieder eher oberflächlich und allgemein. Daraufhin unterbrichst Du erneut mit den Worten: „Entschuldigung, ich habe das immer noch nicht verstanden“. Worum geht es in einer solchen Szene? Die Abstimmung liegt in einer solchen Szene ja völlig auf Deiner Seite, weil Du die Klientin ja nicht weiterreden läßt.

Für mich stimmt das so nicht, weil die Abstimmung ja immer ein relationaler Prozeß, also eine Beziehungsfrage ist, die wechselseitig geregelt wird. Ich sage, daß ich das gerne verstehen möchte, die Klientin deutet an, daß sie gerne über etwas anderes sprechen würde. Wird das problematisch, sollte man eine Ebene höher gehen, also eine Metafrage stellen. Man könnte in einem solchen Fall sagen: „Lassen Sie uns darüber abstimmen, wie wir jetzt weiter vor gehen wollen. Für mich wäre es wichtig, das Gesagte zu verstehen, Sie wollen aber etwas anderes erzählen. Vielleicht könnten wir ja beides machen: Zunächst könnten Sie mir helfen das Gesagte zu verstehen und dann könnten Sie mir das erzählen, was sie gerade zu berichten begannen. Wären Sie damit einverstanden?“ Das ist eine Möglichkeit, die Situation zu klären.

VI. Paganini, Stilkopien oder wie man einen Magier entzaubern kann?

Maßgeschneiderte Interventionen, Standard- bzw. Schlüsselinterventionen und / oder sprachliche Anregungen durch therapeutische Konversation?

A. Maßgeschneiderte bzw. Standard- / Schlüsselinterventionen

Es gibt derzeit verschiedene Strömungen in der Systemischen Therapie. Bevor sich diejenigen, die systemische Denk- und Handlungsweisen erlernen wollen, entscheiden, welchen Weg der systemischen Vorgehensweise sie beschreiten wollen, ob sie das vorhandene Wissen und Können anwenden oder vertiefen, oder ob sie einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung leisten wollen, sollten sie einen Überblick über das haben, was in der Systemischen Therapie derzeit praktiziert und gedacht wird:

Ein Teil der Aktivität, über die das systemische Vorgehen häufig definiert wird, ist die Entwicklung von Interventionen. Bezeichnungen für diesen Teil der Systemischen Therapie sind: **Verschreibende (preskriptive) Therapie**, oder - etwas abfällig - **Interventionismus**. Dieser Teil der systemischen Arbeit ist nicht mehr unumstritten und es gibt systemische Therapeuten, die inzwischen Interventionen, wie sie hier beschrieben werden, gänzlich ablehnen, da sie sich z.B. auf MATURANA berufen, der jede Form von instruktiver Interaktion als unvereinbar mit autonomen Systemen ansieht. - Wie dem auch sei - bevor Sie sich für oder gegen oder „weder noch“ entscheiden, lassen Sie sich wenigstens für diesen Moment auf die Konstruktion von Interventionen ein.

Seit den Originalarbeiten von Milton H. ERICKSON und den ersten Versuchen, hinter Ericksons **Interventionen nachvollziehbare Muster** zu „entdecken“, gibt es eine Fülle von Büchern, die die **jeweilige Musterversion ihrer Autoren** über ERICKSON beinhalten. Autoren wie HALEY, BANDLER & GRINDER z.B. haben hier einiges geleistet. Aber auch die Arbeiten von WEEKS & L'ABATE und DeSHAZER gehen in diese Richtung. Es ist sozusagen der Versuch, alle therapeutischen Kunstgriffe, die jemals mit Erfolg angewandt wurden, zu sammeln, zu sichten, zu katalogisieren und für Amateurzauberer und solche, die Profis werden wollen, anwendbar zu machen. Inzwischen ist die Fülle dieser Arbeiten fast schon nicht mehr zu überblicken. Man kann unterstellen, daß der Analyse dieser „Techniken“ auch der Wunsch zugrunde liegt, sich etwas von einem Magier abzuschauen, für die eigene therapeutische Praxis verwertbar zu machen und für alle möglichen Therapiesituationen gewappnet zu sein. Dies ist nicht verwerflich.

Ähnliches trifft auch zu für die Analyse systemischer Therapietechniken. - Und nicht ganz uninfiziert von diesem Verlangen, entstand auch der Wunsch, Standard- oder Schlüsselinterventionen in der systemischen Therapie zu „entdecken“. In Übereinstimmung damit wurde über einen kurzen Zeitraum auch am Institut für Systemische Therapiestudien in Marburg ein **Projekt** betrieben, das mit dem Namen **Systemische Kurztherapie** der Sammlung von Schlüsselinterventionen dienen sollte. Dieses Projekt wurde mit großem Aufwand und mit der Unterstützung internationaler Koryphäen in die Wege geleitet und begonnen. Das **wichtigste Ergebnis** dieses Projekts war aber nicht die „Entdeckung“, Konstruktion und Auflistung solcher Interventionen, sondern etwas ganz anderes:

1. Die Mitarbeiter dieses Projekts stellten bald fest, daß sie selbst zwar interessiert waren, die Therapien so kurz wie möglich zu gestalten, andere psychosoziale Fachleute „vor Ort“ aber in solchen kurztherapeutischen Anliegen eher **seichte Psychotherapie** sahen, die es

wert war, ihr hinsichtlich ihres Anspruches bezogen auf ihr Leistungsvermögen zu mißtrauen.

2. Die Beschäftigung mit kurztherapeutischen Interventionen und ihrer Anwendung führte weniger zu mehr Spaß an der Arbeit, sondern vermehrt zu **einschläfernder Langeweile**. Dies verdichtete sich zu der therapeutischen Scherzfrage: „Sehr geehrter Herr Kollege, würden Sie in diesem Fall Schlüsselintervention 2b mit Kompliment und Bestätigung oder eher Standard 15a ohne Kompliment aber mit schriftlicher Ankündigung vorziehen?“ Das routinemäßige Nachvollziehen von Standardinterventionen wurde also für die tägliche Arbeit so etwas wie ein „Liebestöter“.
3. Nachdem diese beiden ersten Punkte nicht sehr ermutigend waren, kam schließlich der Kollaps des gesamten Projekts, als dessen ehrenamtliche Mitarbeiter es vorzogen, sich anderen Arbeitsstellen mehr zuzuwenden, bei denen eher ein langfristiger **finanzieller Gewinn** zu erwarten war. 1 Jahr lebte das Projekt, bevor es sich selbst auflöste. Seitdem besteht das Projekt mit seinen sprachimmanenten Problemen nicht mehr.

Dies alles klingt nicht sehr ermutigend für die Auseinandersetzung mit Standardinterventionen.

Mehrere Folgerungen lassen sich aus diesem Projekt ziehen:

- a. Die **Metapher Schlüsselintervention** ist zentral: Steve de SHAZER hat dies in seinem Buch „Keys to Solution“ angedeutet: Für das Öffnen eines Schlosses braucht man den Mechanismus des Schlüssels nicht zu verstehen, man braucht nur einen passenden Schlüssel. Man braucht keine isomorphe Konstruktion (Hypothese), die nachweist, daß man die Zusammenhänge, durch die das Problem sich nährt, verstanden hat. Als Therapeut braucht man lediglich eine **passende Intervention**, mit deren Hilfe man eine **Lösung konstruiert** oder ein **Problem aufschlüsselt**. Damit hat er die konstruktivistische Metapher von Ernst von GLASERSFELD übernommen und in den psychotherapeutischen Bereich übertragen. Die Konsequenz daraus ist, daß man sich eine Reihe von **therapeutischen Dietrichen** (frz.: passe-partouts, engl.: skeleton keys) verschafft, die man im gegebenen Fall anwenden kann.
- b. **Die Beschreibung und Sammlung vorhandener Schlüsselinterventionen (I)**: Diese Arbeit ist für Lernende notwendig und interessant. Je größer die Erfahrung und Routine im Umgang mit diesen Interventionen, desto größer die Gefahr der Langeweile und des **Verlusts an explorativer Neugierde** oder **Erfindungsgeist**.
- c. **Die Konstruktion eigener Schlüsselinterventionen und Beschreibung der zugrundeliegenden Konstruktionsmuster (II)**: Diese Arbeit ist oft sehr mühsam, jedoch lohnend, da nicht Inhalte gelernt werden, sondern Konstruktionsmuster - Muster, wie man Interventionen konstruieren - kann „man lernt, wie man lernt“.

Wenden wir uns zunächst der BESCHREIBUNG von SCHLÜSSELINTERVENTIONEN zu. Für diesen Zweck schlage ich ein Raster vor, mit dessen Hilfe man Schlüsselinterventionen „entschlüsseln“ kann. Zunächst wird das Raster vorgestellt, anschließend anhand eines Beispiels verdeutlicht. Das Beispiel ist durch *...* sichtbar gemacht:

RASTER ZUR BESCHREIBUNG VON SCHLÜSSELINTERVENTIONEN

1. Name der Intervention

Hier sollte entweder der bereits in der Literatur bekannte Name angegeben werden z.B. Umdeutung, oder ein neuer signifikanter Name wird vorgeschlagen.

2. Problemmuster

Hier wird das Problemmuster so beschrieben, daß Zusammenhänge deutlich werden, die den Anwendungsbereich offensichtlich machen; Inhalte sollten nur durch Beispiele eine Rolle spielen.

3. Lösungsmuster

Hier wird das Muster der Schlüsselintervention, das sich an das Problemmuster anschließt bzw. wie ein Schlüssel dazu paßt, beschrieben, und zwar so, daß die Abfolgemuster der Interventionsschritte deutlich werden.

4. Konstruktion der Wirkweise der Intervention

Hier sollte das beste Verständnis der Wirkweise gegeben werden, das dem Autor bis dahin bekannt ist.

5. Gefahren, ethische Bedenken und Unwägbarkeiten

Hier wird jede erdenkliche Einschränkung angegeben, um bei Anwendung der Schlüsselintervention rechtzeitig eine Antizipation der Wirkungen vornehmen zu können.

6. Fallbeispiel

Durch ein prägnantes Fallbeispiel werden die Punkte 1. bis 6. plastisch dargestellt.

7. Literatur- und andere Hinweise

Hier werden für den interessierten Leser Hinweise zur Vertiefung in die Literatur gegeben.

BEISPIEL DER BESCHREIBUNG VON SCHLÜSSELINTERVENTIONEN

1. Name der Intervention

* ritualisierte Verschreibung *

2. Problemmuster

* es gibt zwei Elemente, die sich einander gleichzeitig, am gleichen Ort mit derselben Stärke usw. widersprechen z.B. symmetrisch eskalierende Muster *

3. Lösungsmuster

* ohne den Inhalt des Problemmusters zu kennen, wird durch die Schlüsselintervention eine ENTZERRUNG der Gleichzeitigkeit, gleichen Örtlichkeit, gleichen Stärke vorgenommen *

4. Konstruktion der Wirkweise der Intervention

* durch die Entzerrung können die widerstrebenden Elemente innerhalb des Musters auf eine andere Weise koordiniert werden und / oder es können sich auf seiten der Personen, die in dem Problemmuster gefangen sind, alternative Muster entwickeln *

5. Gefahren, ethische Bedenken und Unwägbarkeiten

* bei solchen Verschreibungen muß darauf geachtet werden, daß sie sich möglichst ohne „Bruch“ in die sonstigen Verhaltensweisen der Klienten einfügen, da die Gefahr besteht, daß sie sonst nicht ausgeführt werden *

6. Fallbeispiel

(1) NAME der INTERVENTION

Ritualisierte Verschreibung am Beispiel einer Familie mit einem Kind, das sich verwirrt zeigt

(2) PROBLEMMUSTER

ein Kind ist dadurch verwirrt, daß es gleichzeitig den widersprüchlichen Aufträgen der Mutter und des Vaters versucht nachzukommen

(3) LÖSUNGSMUSTER

Die Erziehungsverantwortung wird entzerrt, indem Mutter montags, mittwochs, freitags für die Erziehung zuständig ist, der Vater dienstags, donnerstags, samstags. Sonntag wird eine Pause vereinbart.

(4) KONSTRUKTION der WIRKWEISE der INTERVENTION

Durch die zeitliche Entzerrung bzw. die Umwandlung der Gleichzeitigkeit in eine Sequenz, kann das Kind sich eindeutig orientieren an nur einer Person. Die Eltern können sich eventuell über ihre Erfahrungen austauschen.

(5) GEFAHREN, ETHISCHE BEDENKEN und UNWÄGBARKEITEN

Möglicherweise ist diese Intervention nicht den beruflichen Gegebenheiten der Familie angepaßt: Vater arbeitet bei der Bahn und hat des öfteren Nachtschicht. Eventuell ist eine bessere Anpassung der Aufgabe nötig. Ansonsten gibt es derzeit keine bekannten Bedenken. *

7. Literatur- und andere Hinweise

* SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1979): Gerade und ungerade Tage. In: Familiendynamik, 4: 138-147.

DeSHAZER, S. hat eine Schlüsselintervention vorgeschlagen, die vom Muster her der ritualisierten Verschreibung des Mailänder Teams entspricht. Er nennt diese Interven-

* Menschskind, wie kann man? *

tion: „Strukturierter Kampf“. Diese Intervention entspricht inhaltlich überhaupt nicht der der Mailänder; sie ist für „streitende Paare“ sinnvoll.

DeSHAZER, S. (1985): Keys To Solution, S. 122. Norton, New York. *

B. Sprachliche Anregungen für Lösungen durch therapeutische Konversation?

Im folgenden Abschnitt wird ein Metamuster für die Konstruktion therapeutischer Mitteilungen vorgestellt. Es soll dazu dienen, Therapeuten, Beratern usw. ein paar Orientierungshilfen an die Hand zu geben, die ihnen erlauben, das, was sie sagen / tun in einer sinnvollen Weise zu ordnen und den Klienten im Sinne der Erweiterung deren Denk- / Handlungsmöglichkeiten anzubieten.

Zunächst kann sich die Therapeutin fragen, ob das, was sie tut, immer Interventionen sind, oder ob es implizite oder explizite Mitteilungen sind, die lediglich vorschlagenden / einladenden Charakter haben. Die letztere Sichtweise impliziert von vorneherein die Möglichkeit der Ablehnung des Vorschlags, denn dies gehört zur Freiheit und / oder Verantwortlichkeit der Klienten. Erinnern wir uns an die Anfangsüberlegungen: Als therapeutisch werden nur optioneneröffnende Konstruktionen angesehen (S. 20):

VORSCHLAG FÜR EIN METAMUSTER LINGUISTISCHE KONSTRUKTIONEN THERAPEUTISCHER ANREGUNGEN

Während der Phase der Teamreflexion entwickeln die Teammitglieder „Botschaften“ die entweder direkt oder indirekt an Klienten gehen: Im klassischen Modell übermittelt der Therapeut seine Version der mehr oder weniger ausgearbeiteten und / oder strategisierten Gedanken der Teammitglieder an die Klienten.

Im neueren Modell, dem „reflecting team“, hören und sehen die Klienten die Teammitglieder und ihre Konversation direkt mit (s.u.).

In beiden Fällen hängt das, was bei den Klienten ankommt wesentlich zusammen mit der Art, wie die Mitteilungen komponiert sind oder wie der Therapeut oder die Gesprächspartner (reflecting team) sich den Klienten mitteilen.

Im folgenden mache ich einige Vorschläge, die dazu dienen sollen, **Konstruktionshilfen** für Therapeuten zu geben:

I. Die Konversationen von denen hier die Rede ist, werden von den Beteiligten als therapeutisch bezeichnet, das heißt alle Anwesenden treffen eine wesentliche sprachliche Unterscheidung: Es gibt Klienten, Ratsuchende oder Patienten einerseits und Therapeuten, Berater, Konsultanten usw. andererseits.

Demzufolge lautet der erste Vorschlag für therapeutische Konversationen:

1. Erfrage das Beziehungsangebot Deiner Klienten und setze es in Beziehung zu Deinem Beziehungsangebot als Therapeut usw.:

* Bringe die Selbstdefinition der „Klienten“¹⁴ in Erfahrung, indem Du danach fragst, wie sie sich auf Dich, Deine Kollegen oder Deine Institution beziehen wollen und respektiere diese Selbstdefinition als Ausgangspunkt.

Sollte diese Selbstdefinition nicht zu Deiner Selbstdefinition als Therapeut, Berater usw. passen, ist es sinnvoll, dies zu klären und möglicherweise von der Fortsetzung des Gesprächs Abstand zu nehmen.

¹⁴ „Klienten“ wäre bereits eine Selbstdefinition, andere Selbstdefinitionen müßten in gleicher Weise akzeptiert werden.

Beispielfrage: Möchten Sie ein Informationsgespräch, eine Beratung oder eine Therapie ?

Man wird durch die Antworten auf diese Frage z.B. feststellen können, daß einige Klienten erst eine Beratung über Therapiemöglichkeiten möchten, bevor Sie die Therapie beginnen. Und übertrieben gesagt: Andere befinden sich bereits in tiefer Trance und / oder Passivität, sobald sie den Therapieraum betreten. Diese Klienten möchten möglicherweise die gesamte Arbeit dem Therapeuten überlassen. Sollte dies das Beziehungsangebot der Klienten sein, der Therapeut aber nichts davon wissen, kann die gesamte Therapie auf falschen Voraussetzungen aufbauen und scheitern.

II. Die therapeutischen Konversationen müssen **zumindest am Problem der Klienten, so wie sie es selbst definieren**, anknüpfen, bevor damit begonnen werden kann, sich Lösungen, konstruktiven Optionen usw. zuzuwenden. Theoretisch ist es nach neueren Entwicklungen in der therapeutischen Arbeit zwar möglich, Lösungen zu konstruieren, ohne die Probleme zu kennen, die meisten unserer Mitmenschen würden es jedoch als Mangel an Respekt und therapeutischer Kompetenz empfinden, wenn wir uns nicht zumindest mit dem vertraut machen, was die Klienten uns offerieren.

Demzufolge lautet der zweite Vorschlag für therapeutische Konversationen:

2. **Erfrage die Problemselbstdefinition Deiner Klienten - so wie sie die Kln selbst sehen. Achte dabei darauf, daß Du zwischenmenschliche Kommunikationsmuster, die sich um das Problem herum organisieren erfragst, indem Du**
 - a. **nach den wichtigsten Kommunikations- bzw. Gesprächspartnern fragst (Konstruktion der Selbstorganisation des Problemsystems)¹⁵**
 - b. **nach der Weise fragst, wie sich diese Kommunikationspartner aufeinander bezogen sehen (Konstruktion der Struktur bzw. der fließenden Muster des Problemsystems)**

* Die wichtigsten Kommunikations- und Gesprächspartner sind nicht immer diejenigen, die auch gleichzeitig an einer Lösung arbeiten möchten. Deshalb kann es hilfreich sein, zwischen **Problemsystem** und **Lösungssystem** zu unterscheiden. Diejenigen, die über das Problem sprechen, gehören zum Problemsystem, diejenigen, die an einer Lösung arbeiten wollen, zum Lösungssystem. Dabei ist darauf zu achten, daß man die anderen, am Problem beteiligten Personen, die nicht an den therapeutischen Gesprächen teilnehmen, nicht dadurch entwertet, daß man Ihnen die Problemaufrechterhaltung zuschreibt, während man sich selbst - als Teil des Lösungssystems - davon abhebt und sich durch den Entwurf von Lösungen besonders positiv wertet. Für die therapeutische Arbeit ist es schlicht günstiger, mit Personen zu arbeiten, die an einer Lösung arbeiten wollen, nicht mehr und nicht weniger.

Hier ist es also auch wichtig, nach der Selbstdefinition der verschiedenen Klienten zu fragen: Jeder der Gesprächspartner wird eine andere Version des Problems hervorbringen. Diese Versionen sind sprachliche Konstruktionen über das Problem. Dabei ist es wichtig, daß keine dieser Versionen seitens des Interviewers entwertet oder als besonders „zutreffend“ hervorgehoben wird und alle gleichermaßen seitens des therapeutischen Gesprächspartners berücksichtigt und gewürdigt werden.

¹⁵ Vgl. die AUSGANGSINFORMATIONEN S. 22 ff.

III. Zweierlei ist unbestreitbar von Vorteil:

Zum einen, wenn man die Probleme seiner Klienten zu verstehen glaubt und zum anderen, wenn die Klienten glauben können, daß sie von ihrem Therapeuten verstanden werden. Ob dem dann ein „wirkliches“ Verständnis zugrunde liegt, mag dahingestellt sein. Wenn beide Partner dem anderen jedoch ein Verständnis unterstellen, kann man davon ausgehen, daß beide Seiten eher dazu in der Lage sind, zu **ihren wechselseitigen sprachlichen Versionen eines Problems „ja“** sagen zu können.

Damit dies erreicht werden kann, ist das Konzept der BESTÄTIGUNG wichtig. Hier ist nicht die Bestätigung sogenannter objektiver Sachverhalte gemeint, sondern die Bestätigung im Sinne von sprachlicher Zustimmung - also die Konstruktion zweier Darstellungsweisen, die sich wechselseitig validieren. Zwei Personen bestätigen sich sprachlich dann, wenn sie zu dem, was der andere sagt, „ja“ sagen.

Demzufolge lautet der dritte Vorschlag für therapeutische Konversationen:

3. Bestätige die Sichtweisen Deiner Klienten, indem Du

- a. Dein Verständnis der Selbstdefinition der Klienten wiedergibst und**
- b. die zum Teil fragmentarischen, individuellen Verhaltensweisen zu einem systemischen Muster verwebst.**

* Ganz mechanistisch gesagt kann man die Sichtweisen der Klienten zusammenfassend wiedergeben und selbst wenn er es vermeiden wollte, würde sich so auf Seiten des Therapeuten ein Verständnis der Probleme der Klienten einstellen. Wichtig bei der Bestätigung ist vor allem, daß das Selbstverständnis der Klienten berücksichtigt wird: Hier kommt es weniger auf die fachlichen Kombinationen der Therapeuten an, sondern auf ein Verständnis zu dem die Klienten „ja“ sagen können.

Dabei mag es auch wichtig sein, daß man die „sprachlichen Wendungen“ der Klienten übernimmt. Dies steht jedoch nicht an erster Stelle. Wichtiger ist viel mehr dazu beizutragen, bei den Klienten das Gefühl „verstanden-zu-sein“ auszulösen. Dies kann durchaus in einer anderen Sprache formuliert werden, als die des Klienten und es mag sogar der Effekt eintreten, daß ein Verständnis, das in einer anderen Sprache wiedergegeben ist als in der der Klienten, „echter“ wirkt, denn ein Therapeut, der die „Sprache seines Klienten spricht“, indem er z.B. so tut als sei er Spezialist für Elektronik, wirkt zumindest dann lächerlich, wenn sein Klient ein Diplom in diesem Fach besitzt. Einen kleinen Hinweis auf ein eigenständiges Verständnis der Selbstdefinition der Probleme der Klienten kann der Therapeut geben, indem er hier bereits Zusammenhänge konstruiert, die ein systemisches Verständnis vermuten lassen: Einzelne Verhaltensweisen werden nicht isoliert gesehen, sondern in den Kontext zwischenmenschlichen Kommunikationsprozesse gesetzt (damit kann bereits hier ein wenig zur Konstruktion von Erstmaligkeit beigetragen werden).

IV. Im Abschnitt über die Konstruktion positiver Alternativen (TEIL IV) wurden bereits Übungen vorgeschlagen, wie man seine Sichtweise, Lesart, Sprechweise oder wie immer man dies bezeichnen möchte, am besten in eine konstruktive Form kleidet. Dementsprechend sollten auch die Klienten mit solchen Konstruktionsweise der Wirklichkeit konfrontiert werden.

Der 4. Vorschlag für therapeutische Konversationen lautet also:

- 4. Soweit Du davon ausgehen kannst, daß die Klienten positive Sichtweisen akzeptieren können, weise auf die bisherigen Erfolge, Mög-**

lichkeiten, Optionen usw. hin. Manche Verhaltensweise, die den Klienten negativ erscheinen mögen, können „sanft“ positiv umgedeutet werden.

* Dies kann dadurch geschehen, daß Du Komplimente für Leistungen machst, die die Klienten erbracht haben, oder die offensichtlich bisher niemand gesehen hat. Dies hilft den Klienten, in den Therapeuten Menschen zu sehen, die gerade nicht in erster Linie Kritiker, Pathologiesucher oder Motivdetektiven für ihr Verhalten sind. Zudem bereiten diese positiven Sichtweisen eine bessere Aufnahmebereitschaft für neuartige Sichtweisen vor (vgl. den folgenden Punkt).

V. Klienten kommen jedoch nicht wegen all der bisher genannten Punkte - wechselseitiges Beziehungsangebot zwischen Klienten und Therapeuten, Erkundung des Problemsystems, Bestätigung der eigenen Sichtweisen der Klienten, Hinweise auf positive Möglichkeiten - zur Beratung oder Therapie. Meist sind sie damit alleine nicht zufrieden - sie möchten noch etwas zusätzliches: Etwas, das sie bisher nicht wußten, neue Einsichten, neue Verhaltensvorschläge oder zu neuen Erfahrungen angeregt werden.

Dementsprechend muß in der Therapie etwas geschehen, von dem die Klienten das bekommen, was sie wollen: Etwas **neuartiges, erstmaliges**. Also lautet der 5. Vorschlag für die therapeutische Konversation:

5. Konstruiere einen neuen Kontext, auf dem

- a. sowohl die bisherigen von den Klienten als problematisch beschriebenen Verhaltensweisen besser verständlich werden und**
- b. der einen neuen Verstehens- und Konstruktionshintergrund für neue Lösungen ermöglicht.**

Diese Konstruktionen sollen dem Kriterium der „optimalen Differenz“ genügen. Das heißt, sie dürfen weder zu weit weg vom Weltbild der Klienten sein, noch dürfen sie exakt mit dem der Klienten überein stimmen.

* Einen neuen **Kontext** konstruieren (neukontextualisieren) heißt soviel wie sprachlich einen **personen-raum-zeitlichen Zusammenhang** herstellen, in den bestimmte Verhaltensweisen oder Verhaltenskontingenzen, die mehrere Personen betreffen, gesetzt und verstanden werden können. Diese Neukontextualisierungen haben die Funktion mit Hilfe sprachlicher Mittel Optionen zu eröffnen und / oder festgelegten Sichtweisen eines Verhaltens andere, konstruktivere Bedeutungen oder Funktionen abzugewinnen. So kann z.B. eine aggressive Verhaltensweise eines 6-jährigen Jungen seiner 4-jährigen Schwester gegenüber als Aufforderung an die Eltern „konstruiert“ werden: Die Eltern sollen sich mehr um die Kinder kümmern. Dieser Verstehenshintergrund – „die Eltern sollen sich um die Kinder kümmern“ - kann dazu benutzt werden, den Eltern z.B. vorzuschlagen, abzuwarten, bis ihr Sohn ihrer Tochter gegenüber wieder aggressiv wird, um dann eine bestimmte Aufgabe durchzuführen (vgl. den nächsten Punkt).

VI. Es ist klar, daß man Verhaltensvorschläge nicht losgelöst von den Verhaltensweisen der Klienten konstruieren und vorschlagen kann: Rauchern, die ihr Verhalten ändern wollen, kann man nicht einfach nur vorschreiben, sich wie Nichtraucher zu verhalten; Magersüchtigen nicht einfach, „ab morgen wird gegessen!“ und ängstlichen Menschen kann man nicht befeh-

len, ab sofort mutig zu sein. Das heißt, in bestimmten Bereichen müssen Anknüpfungspunkte hergestellt werden, mit denen man Aufgabenvorschläge verbinden kann. Anders ausgedrückt: Die Verhaltensvorschläge müssen zu den Klienten passen, damit sie akzeptiert werden können. Wichtig ist des Weiteren die Implikation **Vorschlag**.

Daraus ergibt sich der 6. Vorschlag für therapeutische Konversationen:

- 6. Utilisiere (verwende) die vorhandenen Wirklichkeitskonstruktionsweisen (Denken, Fühlen, Verhalten, Bedeutungszuschreibungen, Muster) der Kln so, daß sie entweder**
 - a. die als Problem deklarierten Konstruktionsweisen lediglich unterbrechen, so daß sie nicht mehr auftreten; dabei kann die Konstruktion eines neuen Kontexts wichtig sein (Vorschlag: Unterbrechungsmuster) oder**
 - b. an den als Problem deklarierten Konstruktionsweisen einsetzen, jedoch in konstruktiver Weise darüber hinausführen (Vorschlag: Problem + 1 und mehr Elemente aus dem PRZ-Modell¹⁶) oder**
 - c. neue Kommunikationsmuster evozieren können, so daß den Klienten die Möglichkeit angeboten wird z.B. andere Strukturen auszuprobieren (Vorschlag: alternative Muster) oder daß**
 - d. ein optimaler Freiraum entsteht, so daß die Klienten all das entwickeln können, was sie als eigene Lösung bezeichnen würden (Angebot: neue, optioneneröffnende Sichtweisen).**

* Dieser Abschnitt bedarf einiger Erläuterungen:

- a. **KONSTRUKTION von UNTERBRECHUNGSMUSTERN**
Unterbrechungsmuster können in einer Weise konstruiert werden, daß die problematische Verhaltensweise - in Gegenwart anderer Personen
 - an anderen Orten
 - zu anderen Zeiten oder
 - eine Kombination aus diesen Elementenausgeführt werden. Dabei können die Klienten an der Konstruktion dieser Unterbrechungsmuster teilnehmen.

Beispiel: deprimiert sein nicht mehr im „Lieblingssessel“, sondern auf einem harten Stuhl in der Garage.

- b. **PROBLEM + ZUSÄTZLICHE ELEMENTE** aus einem Bereich, der als unproblematisch empfunden wird.
Diese zusätzlichen Elemente können ebenfalls aus den Bereichen „Personen, Raum, Zeit“ (P-R-Z-Modell) entnommen werden. Diese Vorgehensweise basiert auf der Annahme, daß problematische Verhaltensweisen, Interaktionsmuster sich da durch aufrechterhalten, daß sie von den beteiligten Personen voraussagbar sind. Wenn z.B. ein 6-jähriger Junge Wutanfälle bekommt, kann er die Verhaltensweisen seiner Eltern voraussagen, während die Eltern die Verhaltensweisen des Jungen genau vorhersagen können. Beide schaffen es je-

¹⁶ Vgl. DESSLER, K.G. (1986) a.a.O.

doch nicht, aus dem Teufelskreis auszubrechen. Dies kann nun geschehen, indem man einem kooperationswilligen Partner ein oder mehrere neue, das heißt nicht vorhersagbare Elemente von Verhaltenskontingenzen vorschlägt. Diese Vorgehensweise ist seit langem in der Systemischen Therapie bekannt; DeSHAZER gab ihr den Namen: „Tu was anderes“.

c. ALTERNATIVE MUSTER

Dieser Bereich kann erschlossen werden insbesondere durch zukunftsorientierte und / oder hypothetische, positive Zukunftsentwürfe oder Lösungen, die ohne das Problem auskommen. Das heißt, man schlägt dem Klientensystem implizit – z.B. über Fragen - vor, ein Bild zu entwerfen, das ohne das Problem auskommt und in dem neue Alternativen entworfen werden. Das Problem bei diesem Vorgehen besteht darin, daß das Sprechen darüber noch kein Umsetzen in Handlungen bedeuten muß. Deshalb bietet es sich an, gleichzeitig darüber zu sprechen, was mögliche Lösungen verhindern könnte, oder was dafür spricht, die derzeitige Lösung beizubehalten. Hier kann man also das „zirkuläre Fragen“ systematisch anwenden, wobei der Schwerpunkt jedoch auf der lösungsorientierten Zukunft, nämlich der Zukunft ohne das deklarierte Problem, liegt.

d. NEUE, OPTIONENERÖFFNENDE SICHT- und SPRECHWEISEN

Dies ist eigentlich das Ergebnis jeder therapeutischen Konversation, in der alle Partner sich Zeit nehmen, die Sichtweisen der jeweils anderen Personen anzuhören und darüber zu sprechen: Jeder wird eine andere Version über das Problem und die möglichen Lösungen hervorbringen. Wichtig ist dabei das Gespräch selber - weniger die einzelnen Lösungsvorschläge (oder Problemsicht). Auf diese Weise können durch die sich ständig ändernden Sichtweisen Probleme aufgelöst bzw. Lösungen konstruiert werden.

Fassen wir also zusammen:

Um in Zusammenarbeit mit den Klienten Möglichkeiten der Entwicklung neuer Verhaltensweisen zu eröffnen kann der Therapeut 6 Schritte verfolgen. Diese Schritte sind keine Vorschriften oder „Interventionen“; sie dienen lediglich als Richtschnur für das therapeutische Gespräch:

Linguistische Konstruktionen therapeutischer Anregungen

- 1. Erfrage das Beziehungsangebot Deiner Klienten und setze es in Beziehung zu Deinem Beziehungsangebot als Therapeut usw.:**
- 2. Erfrage die Problemselbstdefinition Deiner Klienten - so wie sie die Kln selbst sehen. Achte dabei darauf, daß Du zwischenmenschliche Kommunikationsmuster, die sich um das Problem herum organisieren erfragst, indem Du**
 - a. nach den wichtigsten Kommunikations- bzw. Gesprächspartnern fragst (Konstruktion der Selbstorganisation des Problemsystems)**
 - b. nach der Weise fragst, wie sich diese Kommunikationspartner aufeinander bezogen sehen (Konstruktion der Struktur bzw. der fließenden Muster des Problemsystems).**
- 3. Bestätige die Sichtweisen Deiner Klienten, indem Du**
 - a. Dein Verständnis der Selbstdefinition der Klienten wiedergibst und**

Gespräch über Kapitel VI

Du schreibst, daß man als Therapeut die Selbstdefinition des Klienten in Erfahrung bringen soll. Wenn diese nicht zur Selbstdefinition des Therapeuten passe, so solle man von der Fortsetzung des Gesprächs möglicherweise Abstand nehmen. Heißt das, man soll die Therapie dann beenden?

Das ist eine vielleicht zu schroff geratene Formulierung. Ich meine damit: Wenn ein Klient käme und sagen würde, „Ich komme zu Ihnen, weil ich bei Ihnen gerne eine Hose bestellen würde.“, dann ist es klar, daß man ihn an einen Schneider verweist. Es gibt aber Fälle, in denen das deutlicher wird, was ich eigentlich meine. Ich erinnere mich gerade an einen solchen Fall: Es handelte sich um eine sogenannte Unterschichtfamilie mit ziemlich vielen Problemen wie Arbeitslosigkeit, Eheschwierigkeiten (Prügelszenen), Probleme mit den Kindern usw. Wir haben das Gespräch so geführt, daß auch positive Dinge besprochen werden konnten und die Familie sich schließlich ganz wohl gefühlt hat. Etwas später berichtete mir eine Kollegin, die den Ehemann in der Stadt getroffen hatte, er ginge davon aus, daß wir ihm eine Arbeit vermitteln könnten. Zunächst war ich sehr perplex, weil ich mich gefragt habe, wie er darauf kommt, wir könnten ihm eine Stelle vermitteln. Dann habe ich mir überlegt, daß er seine Aussage vielleicht nicht so konkret meinte, wie sie meine Kollegin verstanden hat. Vielleicht wollte er nur seiner Hoffnung Ausdruck verleihen, daß er durch das, was er in den Gesprächen lernt, befähigt wird, eine Arbeit zu finden. Das ist dann ein sehr positiver Ansatz für die Zukunft. Ich sagte also zu meiner Kollegin, daß es vielleicht gar nicht schlecht ist, daß er sich so äußert, weil er dann eine Hoffnung mit den Gesprächen verbindet und das ist gut so. Tatsächlich hat dieser Klient eine Arbeit gefunden ohne unser Zutun. In einem solchen Fall würde ich also weitere Gespräche nicht ablehnen. Nur dann, wenn jemand sagt: „Ich denke, sie sind das Arbeitsamt, vermitteln Sie mir einen Job“, dann stellt sich die Frage, ob er nicht am falschen Platz ist.

Was passiert, wenn sich **ein Klient als Patient** fühlt und passiv wartet, daß mit ihm etwas gemacht wird?

Wenn dies der Fall ist, muß man das zunächst mal in Erfahrung bringen. Man könnte also danach Fragen, was seine Therapievorstellungen sind, ob er denkt, daß er arbeiten sollte oder nur der Therapeut. Antwortet er dann, er denkt, daß nur der Therapeut arbeiten sollte, dann gibt es die Möglichkeit, ihn zu fragen, ob er bereit ist, 50 Minuten passiv zu sein und 10 Minuten aktiv. Wenn also jemand absolut passiv ist und mit der Vorstellung „Reparieren Sie mich!“ herkommt, muß man daran arbeiten, daß der Klient aktiv wird - sei es auch erst mal nur für eine gewisse Zeit.

„Abstand nehmen“ heißt also herauszufinden, was positiv ist oder motivierend?

Ja, das muß geklärt werden. Aber dennoch sollte man - auch wenn man das im ganzen Leben nie macht - sich die Freiheit geben, **Fälle abzulehnen**. Sei es aus dem Grund, weil man Klienten nicht leiden kann oder vielleicht zu sehr mag, also z.B. als Therapeut denkt, „Das wäre **die** Frau für mich“.

O.k. ich könnte doch aber auch sagen, im Verlauf der Gespräche könnte man diese Gefühle in andere Bahnen bringen ...

... meinst Du, daß man dann z.B. den Klienten sagt: „Trauen Sie mir nicht, ich bin nicht so gut, wie Sie meinen“. Ich meinte das gerade im erotischen Sinne. Wenn das der Fall ist, ist das für eine Therapie eher hinderlich.

Du würdest nicht mit **erotischen Gefühlen** arbeiten wollen?

Wenn das bei mir vorkäme, würde ich es vorziehen, eine andere als eine therapeutische Beziehung zu haben.

Und wenn Du merkst, daß eine Klientin Dir gegenüber erotische Gefühle entwickelt, auch wenn Du selbst keine solchen verspürst?

Wenn das der Fall ist, sollte man es zu klären versuchen. Damit kann man sicher auch therapeutisch umgehen. Eine mögliche Vorgehensweise besteht darin, von dem eigenen Partner oder den Kindern zu erzählen.

Man sagt ja, daß man **Freunde und Bekannte** nicht therapieren kann. Wie siehst Du das?

Ich möchte erst mal mit einer indirekten Antwort beginnen. Ich habe mich mit einem Kollegen, Gianfranco CECCHIN mal darüber unterhalten, der sagte, die Schwierigkeit bei Individualtherapie sei, daß man die Einwegscheibe im Kopf haben müßte. D.h. man muß sich spalten, einmal da sein und sich das andere Mal zurückziehen und aus der Distanz gucken. Im Grunde genommen drückt sich darin das Problem aus. Wenn man persönliche Bekannte oder eigene Familienmitglieder therapieren würde, dann ist man selbst ja sehr engagiert. Wenn es z.B. um Liebe geht, dann will man seine neutrale Position verlassen und lieben oder hassen, wenn es um Erbangelegenheiten geht, kann man zwar mit den Geschwistern reden. Da man aber seine eigenen Interessen hat, kann man sich nicht so leicht auf eine neutrale Position zurückziehen. D.h. also, daß man da so gefühlsmäßig engagiert ist, daß man die „neutrale Position“ des Therapeuten verliert.

Ich meine aber auch solche Situationen, in denen z.B. ein **befreundetes Ehepaar** zu Dir kommt, Du also nicht so direkt betroffen bist. Da müßte doch eigentlich die Systemische Therapie noch am ehesten zu geeignet sein, mit diesem Ehepaar eine Therapie durchzuführen, weil es nicht wie in anderen Therapien das „Oben und Unten“ gibt. Das könnte natürlich zu einer Kollision führen. Das Ehepaar könnte sagen: Wir kennen uns doch so gut und jetzt spielst Du den Fachmann über unsere Probleme ...

Wenn man sich mit einem befreundeten Ehepaar abends beim Wein trifft, dann tauscht man sich aus. Man erwartet aber nicht, daß der Gesprächspartner direkte Konsequenzen aus dem zieht, was man sagt. Ist man Therapeut, geht man schon davon aus, daß man Dinge sagt, aus denen die Klienten Konsequenzen ziehen könnten. Das erwartete man sicherlich hin und wieder auch im persönlichen Gespräch. Der Kontext Therapie ist doch aber durch eine Zweiteilung definiert: Der eine ist **Klient**, der andere ist **Therapeut**. Wird diese **Unterscheidung** getroffen, so kann sie mit einer persönlichen Beziehung kollidieren. Denn in einer Situation, in der man beim Wein zusammensitzt, unterscheidet man nicht zwischen Therapeut und Klient. Das Ehepaar, das noch nachmittags bei mir in der Therapie ist und mit dem ich dann abends beim Wein zusammensitze, könnte, um einen Ausgleich herzustellen, auf die Idee kommen, daß ich mich abends als Klient definieren sollte. Es gibt einen Unterschied zwischen persönlicher Beziehung und therapeutischer Beziehung, der mit sprachlichen Mitteln her gestellt wird. Luigi BOSCOLO sagt z.B., man könne auch Bekannte beraten. Aber dann

müßte man sagen: In einem gewissen begrenzten Rahmen kann ich Dir vielleicht helfen. Dann trifft man sich zwei oder dreimal. Hilft ein solches Gespräch nicht, wäre es vielleicht doch besser, zu einer therapeutischen Beziehung mit einem Kollegen zu raten. Vermischen sich nämlich eine therapeutische mit freundschaftlichen Beziehungsdefinitionen, so kann es ein ziemlich großes Durcheinander geben. Um dieses Durcheinander zu vermeiden, nimmt man von solchen Therapien Abstand.

Noch mal zu einem anderen Punkt. Was verstehst Du eigentlich unter **Abfolgemuster**? Mir ist das weder theoretisch noch im praktischen Beispiel deutlich geworden.

„Abfolgemuster“ heißt, daß man erkennen kann, wer was wann tut, es also kein Durcheinander gibt, sondern eins nach dem anderen geschieht. Ein Beispiel für ein Abfolgemuster ist das aufgeführte. An den geraden Tagen ist dann z.B. die Mutter und an den ungeraden Tagen der Vater für die Erziehung zuständig. So wird Klarheit hergestellt, ein Schritt erfolgt nach dem anderen.

VII. Willst Du ein „Schreiber“ sein, dann schreibe und schreibe und schreibe ...

Protokollmaske für die klassische systemische Therapie-Sitzung

Warum dieser Vorspann?

Im folgenden Abschnitt finden Sie eine **Protokollmaske**, der das 5-Schrittmodell der klassischen Systemischen Therapie zugrunde liegt (Vorbereitung, Interview, Zwischenbesprechung, Intervention, Nachbereitung).

Sie können also zur Übung ein Protokoll einer Sitzung schreiben und anschließend versuchen, ihre Aufzeichnungen gemäß den Punkten dieser Maske zuzuordnen.

Diese Maske ist jedoch im Grunde ein Computerprogramm:

Sie ist weniger eine Checkliste bei der man die einzelnen Punkte abhakt, und Eintragungen in ein rigide vorgegebenes „freien Raum“ vornimmt, als vielmehr eine sich selbst mit der Größe der Eintragungen veränderndes (ausdehnendes) Raster, in das man alle therapierelevanten Vermerke machen kann. Bei dieser Maske sollten Sie im Gedächtnis behalten, daß sie so, wie sie nun folgt, für das klassische Vorgehen der Systemischen Therapie entwickelt wurde. Sie hat bereits einige Modifizierungen hinter sich. Sie werden auch feststellen, daß sie sehr zeitaufwendig ist, wenn man sie gewissenhaft anwenden will. Andererseits werden Sie mit der Anzahl der erstellten Protokolle merken, daß Ihre Arbeit zunehmend leichter wird, Sie werden ein „Gefühl“ für die wesentlichen Bestandteile der Systemischen Therapie entwickeln und die anfänglichen Schwierigkeiten werden sich auflösen.

Protokollmaske (klassisch-systemisches Vorgehen)

Protokollant *
Therapeut *
Datum *
Team *

I. Vorbereitung

a. **Name / Sitzung**

*

b. Gab es **neue Informationen** vor der Stunde?

*

c. Wurde **Video-Playback
Protokoll**

zur Vorbereitung der Sitzung angewandt? (ankreuzen)

d. **Welche lösungsorientierte systemische Hypothese** lag vor?

*

e. Lagen **sonstige Hypothesen** vor (sys, rel, ind, r, vgz¹⁷)?

*

f. **Welche therapeutische Botschaft**¹⁸ wurde geplant?

*

¹⁷ Vgl. Teil X., S. 75 ff.

¹⁸ Der Begriff „Botschaft“ klingt etw. geschwollen. Gemeint ist das, was der Therapeut den Klienten übermittelt: Mitteilung, Kommentar usw.

II. Therapieprozeß

a. **Anwesend**

*

b. **Sitzordnung** (per Hand eintragen)

*

c. Wie waren **Kln** und **Th** **miteinander abgestimt**?

Was hat der Th **gefördert**?

*

Wie ist es dem Th **gelingen**, bei den Kln eine **positive Erwartung** bezüglich des Verlaufs der Therapie zu auszulösen?

*

Stimmen **explizierte** (metakommunikative) und **nichtsprachliche** (analoge) Kommunikation überein?

*

d. Von welchen **positiven Veränderungen / Prozessen / Ereignissen** seit der letzten Sitzung **berichteten** die „Problemangehörigen“?

*

e. Welche **positiven Veränderungen** seit der letzten Sitzung **beobachteten** die Teammitglieder?

*

f. Welche **positiven Veränderungen vermuteten** die Teammitglieder sonst noch?

*

* Menschskind, wie kann man? *

g. Welche **lösungsorientierte Fragen** stellte der Th und wie **antworteten** die Kln?
*

h. Welche sonstigen **wichtigen Themen** und / oder **Vorkommnisse** gab es vor oder während der Sitzung?
*

III. Teamkonsultation

a. Wie wurden die **problemformenden Wirkungsmuster** der Kln **positiv konnotiert**?

Bestätigung **Kompliment** **Positive Umdeutung**
*

b. Wurde eine **neue lösungsorientierte systemische Hypothese** entwickelt?
*

c. welche **lösungsorientierte therapeutische Botschaft** wurde für die Kln entwickelt?

Neukontextualisierung **Schlüsselintervention**
Antizipation der Wirkungen
*

IV. Therapeutische Botschaft

a. **Therapeutische Botschaft** im Wortlaut:
*

b. Wie waren **Th und Kln miteinander abgestimmt**, wie wurde die **Botschaft akzeptiert** und gab es **auffällige Reaktionen** der **Kln**?

* Menschskind, wie kann man? *

metakommunikativ

*

analog

*

c. Welche **Abweichungen** von der Planung während der Teamkonsultation gab es?

*

d. Neuer **Termin** / eingeladene **Personen**

*

V. Nachträge

a. **Bewertung** der **Intervention** im **nachhinein**: In welcher Relation stehen therapeutische Botschaft und die gewünschte Lösung der Kln?

*

b. Gibt es nach der **therapeutischen Botschaft** andere Hypothesen über die Wirkungen als während der **Teamkonsultation**?

*

c. Gibt es neue **Therapieplanungen** – z.B. neue **lösungsorientierte Ideen**?

*

d. **Sonstiges**

*

Gespräch über Kapitel VII vgl. Gespräch über Kapitel IX, S. 77 ff.

VIII. Dasselbe, nur anders - ein kleiner Unterschied?

Der Ablauf der reflexiven systemtherapeutischen Sitzung

Sie haben nun die klassische Vorgehensweise in der Systemischen Therapie kennengelernt. Wie schon angedeutet, ist die Entwicklung der Systemischen Therapie nicht stehengeblieben. Derzeit gibt es 4 weitere wichtige therapeutische Hauptströmungen, die sich von der klassischen systemischen Vorgehensweise abgezweigt haben und die man der aktuellen Entwicklung der Systemischen Therapie zuordnen kann:

1. **Systemische Kurztherapie**
Verschiedene **Schlüsselinterventionen** „passend“ für verschiedene Problemmuster.
Exponent: Steve DeSHAZER
2. **Preskriptive Therapie**
Eine einzige Schlüsselintervention (**invariante Verschreibung**) für „alle“ Fälle.
Exponentin: Mara SELVINI PALAZZOLI¹⁹
3. **Klassische Systemische Therapie - Klassisches Mailänder 5-Schritt-Modell.**
Exponenten: Luigi BOSCOLO & Gianfranco CECCHIN
4. **Reflecting Team** - Systemische Therapie auf der Basis der Kybernetik der Kybernetik.
Exponenten: Tom ANDERSEN und seine Gruppe in Tromsø.
5. **Therapeutische Konversationskunst** - Systemische Therapie als die Kunst der Auflösung von Problemsystemen durch Konversation
Exponenten: Harry A. GOOLISHIAN & Harlene ANDERSON

Diese 5 Bereiche haben sich nicht unabhängig voneinander entwickelt und lassen sich eigentlich nur der Klarheit der Darstellung halber eindeutig von einander trennen.

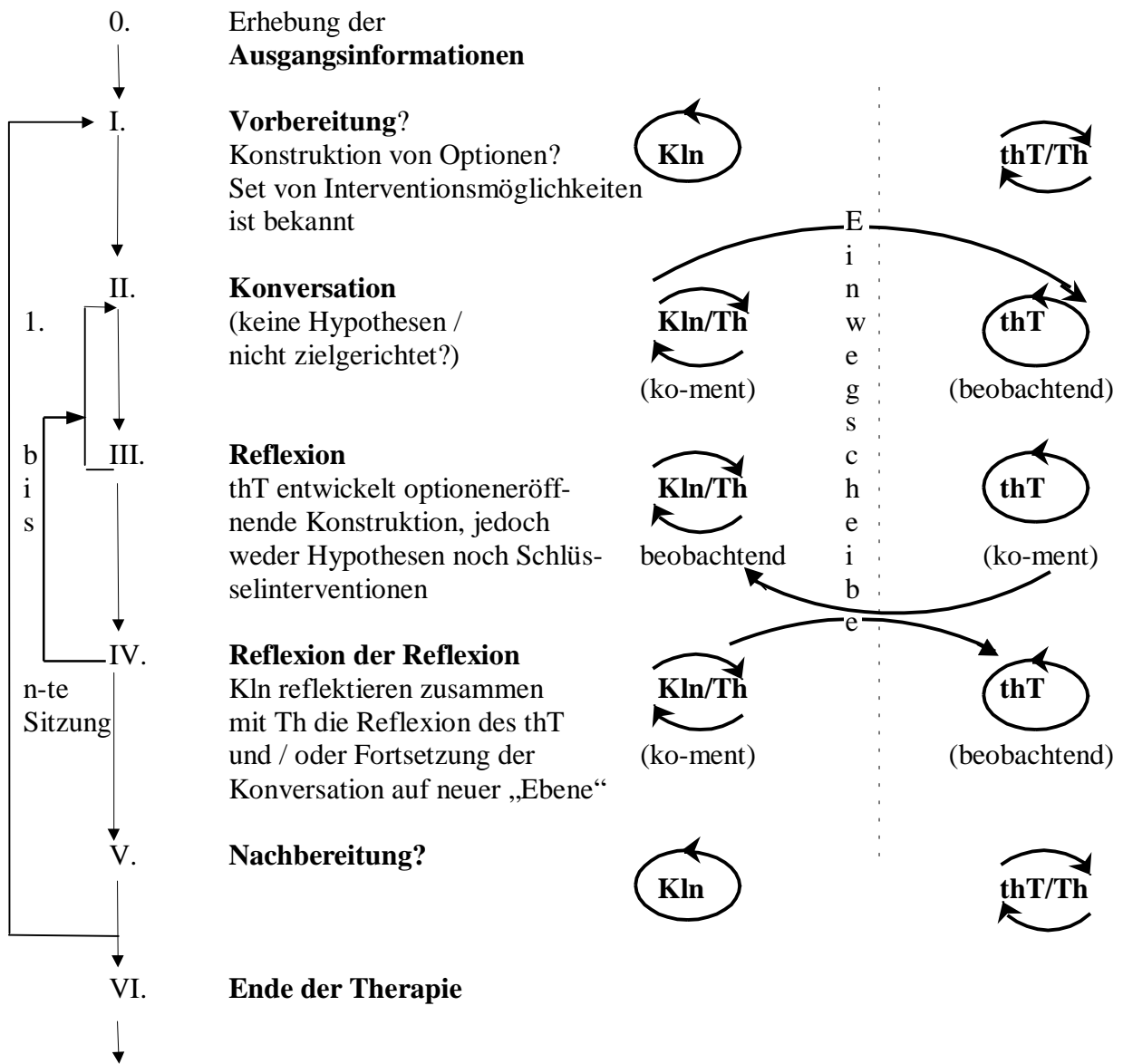
Formal gesehen ist das **reflecting team** die Weiterentwicklung der klassischen Vorgehensweise in der Systemischen Therapie, denn hier zeigt sich die Rekursion (von der auf S. 30 ff. die Rede war) nicht nur auf Seiten des therapeutischen Teams, sondern auch auf Seiten der Klienten: Hier wird der Sprung von der ersten zur zweiten Kybernetik deutlich. Um dies zu veranschaulichen sei folgende Darstellung gewählt, die wiederum die Sitzung in Phasen aufteilt:

¹⁹ Eine kurze, prägnante Einführung geben:

VIARO, M. & LEONARDI, P. (1986): The Evolution of an Interview Technique: A Comparison between former and present Strategy. Journal of Strategic and Systemic Therapies, 5: 14-30.

MODELL III a

Kln = KlientInnen; **thT** = therapeutisches Team; **Th** = TherapeutIn



Innerhalb des Modells III a gibt es 2 Varianten des Vorgehens:

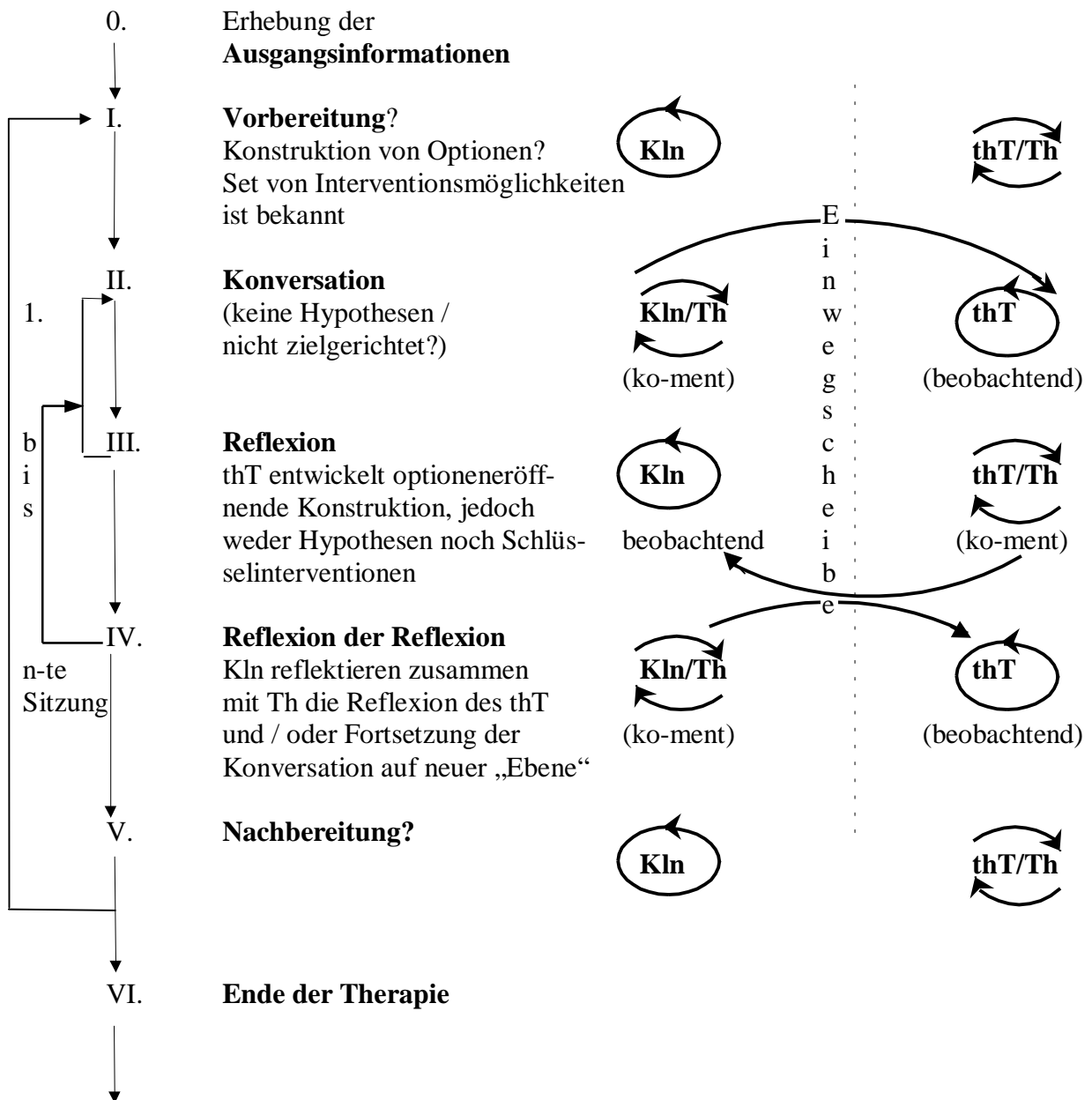
- **Raumwechsel:** Der Therapeut wechselt zusammen mit den Kln den Raum, d.h. sie gehen hinter den Spiegel, während das thT vor den Spiegel geht. Dort reflektieren sie den bisherigen Therapieprozeß - die Kln / Th „hören und sehen“ zu. Dieser Wechsel kann sich mehrfach wiederholen.
- **Umschalten:** Soweit die technischen Möglichkeiten vorhanden sind, können Licht und Ton so umgeschaltet werden, daß ein Raumwechsel nicht notwendig ist, d.h. alle bleiben an dem Ort, wo sie waren, lediglich die Beobachtungsmöglichkeit wird „umgeschaltet“. Auch hier kann sich dieser Prozeß mehrfach wiederholen.

Zeichenerklärung

Das Zeichen oder bedeutet soviel wie: Vollständige Halbschleife der Rekursion.

MODELL III b

Kln = KlientInnen; **thT** = therapeutisches Team; **Th** = TherapeutIn



Innerhalb des Modells III b gibt es ebenfalls 2 Möglichkeiten:

- Der **Th** **schließt sich dem thT an**, indem er den Raum wechselt. Gleichzeitig wird die **Beobachtungsmöglichkeit umgeschaltet**, so daß die Kln das thT / Th bei der Reflexion beobachten können.
- **Das thT sitzt - räumlich etwas getrennt - zusammen mit Kln / Th im Therapieraum.** Zum Zweck der Reflexion kann das therapeutische Gespräch unterbrochen werden: Das thT reflektiert den bisherigen Therapieprozeß und / oder der Th schließt sich zeitweise mit dem thT zum thT / Th zusammen und reflektiert den bisherigen Prozeß. Anschließend schließt sich der Th wieder den Kln zum Kln / Th an.

Zeichenerklärung: s. vorangegangene Seite.

DISKUSSION

Hier lohnt sich die Betrachtung der Unterschiede zum klassischen Modell der Systemischen Therapie:

1. In beiden Modellen des **Reflecting Team** wird eine entscheidende Bedingung gegenüber dem klassischen Modell verändert: Die Klienten können die Therapeuten ebenso beobachten und deren Verhalten kommentieren, wie das thT das Verhalten der Klienten. Damit ist erst **die Bedingung der Kybernetik der Kybernetik** erfüllt, nämlich die Beobachtung der Beobachtung, die Kybernetik der Kybernetik: Therapeutisches Team einerseits und Klienten andererseits können sich wechselseitig beim Reflexionsprozeß beobachten und kommentieren. Damit **schließt sich auch die Rekursion vollständig**: Beide Seiten können sich unter gleichen Bedingungen vollständig beobachten / kommentieren. Man kann dies auch anders ausdrücken: Die **wechselseitige Kalibrierung** (Einstellung aufeinander) - z.B. zwischen Kln / Th einerseits und thT andererseits ist besser möglich: Die Feinabstimmung zwischen Klienten und therapeutischem Team kann unvermittelt und ohne größere Zwischenschritte vonstatten gehen²⁰. Darüber hinaus ist **der Bereich der Überlappung der Anregung wechselseitiger Selbstbestätigung** größer. Damit wird auch die Möglichkeit des Wunsches nach Selbstveränderung seitens der Klienten angeregt. Eine Klientin, die beide Arbeitsweisen kennenlernte, drückte es folgendermaßen aus: „Man fühlt sich besser verstanden und ist deshalb auch eher bereit, sich zu ändern.“ Das thT kann somit also - zumindest nicht mehr so leicht - Geheimnisse vor den Klienten haben (dies galt umgekehrt - nämlich, daß die Kln nicht so leicht Geheimnisse vor den Therapeuten haben konnten - ja bereits im klassischen Modell). Insgesamt erhält der Therapieprozeß also wechselseitige Transparenz.
2. Dies impliziert die Möglichkeit, daß sich beiderseits diskontinuierliche **Erkenntnisprozesse** ergeben: Das thT kann auf der Basis der Selbstdarstellung der Klienten reflektieren und die Klienten wiederum können dies auf der Basis der Reflexion des thT tun usw., dies ist also einem Prozeßverlauf in Stufen vergleichbar.
3. Die Beobachtung der Beobachtung kann in einem Rahmen geschehen, der **Authentizität** erlaubt: Die BeobachterInnen können die jeweiligen SprecherInnen Hören und Sehen. Damit kann man die Äußerungen bzw. Kommunikationen denjenigen Personen zuschreiben, von denen sie ausgehen.
4. Unterschiede zu „normalen Gesprächen“ bleiben allerdings:
 - a.) Die **Reflexionen sind ritualisiert**, das heißt, die Sitzungen können nicht jederzeit und beliebig oft unterbrochen werden. Obwohl auch die Möglichkeit besteht, daß die Kln den Wunsch nach einem Kommentar seitens des thT anmelden, bleiben die Unterbrechungen in der Routine der Alltagspraxis doch meist dem Therapeuten und / oder dem therapeutischen Team vorbehalten.
 - b.) Die Ausstattung des Gesprächsraumes mit **Einwegscheibe sowie Übertragungsanlage** (Audio / Video) bleiben.

²⁰ Während der Arbeit im früheren Institut für Familientherapie Marburg (1980 - 1985) hatten dessen Mitarbeiter, die nach dem klassischen Modell der Systemischen Therapie arbeiteten, öfters das Gefühl, phantastische Gemälde, hervorragend kreative Poesien über die Klienten zu entwickeln. Deren Übermittlung an die Klienten aber erwies sich oft als enttäuschend: Was das thT als toll, kreativ und fachlich kompetent empfand, wurde häufig von den Klienten abgelehnt.

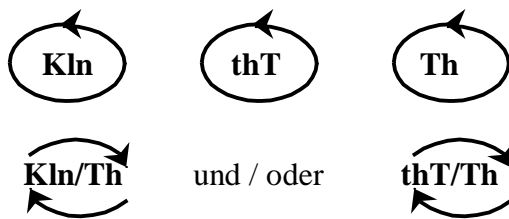
Dies führte auf Seiten des thT zu der Überlegung, ob man den Klienten nicht etwa folgendes mitteilen sollte: „Wir sind sehr beeindruckt von dem Bild, das wir von Ihnen entworfen haben, nur sind wir nicht sicher, ob Sie sich darin wiederfinden ...“.

5. Allerdings gibt es einen weiteren kleinen Unterschied zwischen den beiden Modellen des **Reflecting Team**:

Modell III a schließt sich der Therapeut dem Klientensystem an und verbleibt mit diesem bis zum Ende der Sitzung; d.h. im Unterschied zum klassischen Vorgehen wechselt der Th nicht auf die Seite des therapeutischen Teams. Dies geschieht erst nach der Sitzung. Im Modell III a hört er sich zusammen mit den Kln die Sichtweisen der Mitglieder des thT an. Anschließend daran kann er die Klienten um Stellungnahme zu den Ausführungen des thT bitten. Diese können der Anfrage folgen oder auch nicht. Im Modell III a kann das thT also unbeeinflusst von der direkten Gegenwart des Th die eigenen Sichtweisen darlegen. Der Nachteil für den Th könnte darin bestehen, daß er zu sehr in das Klientensystem „hineingedrückt“ wird, daß er also weniger in der Metaposition bleibt.

Modell III b stellt eine weitere Variante des systemischen Vorgehens dar. Der Th wechselt wie im klassischen Modell vom Klientensystem zum thT. Er kann hier an der Diskussion des thT teilnehmen, während die Kln den Kommentaren des thT / Th zuhören können. Hier hat also auch der Th die Möglichkeit seine Sichtweise darzulegen; dies könnte insofern ein Nachteil sein, falls die Mitglieder des thT ihm eine höhere Beobachter- oder Kennerkompetenz des Klientensystems zuweisen würden. Der Vorteil für den Th besteht darin, daß er sich aus dem Verbund Kln / Th lösen und in der Teamreflexion seine Neutralität bestätigen kann.

6. Betrachtet man die verschiedenen **rekursiven Schleifen**, die in diesem Modell enthalten sind, so ergeben sich die folgenden 8:



innere Rekursion 1 (Reflexion)

innere Rekursion 2 (Reflexion der Reflexion)

äußere Rekursion

Der Unterschied zum klassischen Vorgehen besteht jedoch darin, daß sich hier die Rekursion beidseitig und vollständig schließt: Sowohl die Klienten-Therapeut-Einheit als auch das therapeutische Team ist an einem selbstrückbezüglichen Konversationsprozeß beteiligt.

Gespräch über Kapitel VIII

Gibt es Fälle, in denen Du das Modell III a und andere Fälle, in denen Du das Modell III b vorziehst?

Ich habe für mich persönlich die Erfahrung gemacht, daß ich mich mehr in das System z.B. einer Familie reingezogen fühle, wenn ich während der Zwischenbesprechung bei der Familie sitzen bleibe und nicht am Gespräch der KollegInnen teilnehme. Ich werde dann eher zum Familienmitglied und gerate in die Gefahr, meine **Neutralität** zu verlieren. Das ist aber genau das Gegenteil von dem, was Tom ANDERSEN, einer der Erfinder dieses Modells, meint. Er

sagt, der Therapeut sollte bei der Familie sitzenbleiben, damit er hören kann, was die KollegInnen sagen. Damit käme der Therapeut erst in eine Metaposition. Ich selbst bin allerdings der Meinung, daß man eher eine Metaposition einnehmen kann, wenn man an der Beratung teilnimmt. Deshalb nehme ich lieber an der Besprechung teil.

Also Du wechselst lieber den Raum?

Nicht der Raumwechsel ist das Entscheidende, sondern die Frage, ob man als **Therapeut sich dem Team anschließt oder bei den Klienten bleibt**. So gibt es z.B. auch die Möglichkeit, die Klienten zu bitten, hinter die Scheibe zu gehen, den Raum zu wechseln und die Besprechung zwischen Team und Therapeut von dort zu verfolgen. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß ich mich dann mehr von der Sichtweise der Klienten lösen kann, wenn ich mich den Kollegen anschließe.

Also es geht nicht so sehr um den Raumwechsel, sondern um den Anschluß an das therapeutische Team? Dieses könnte also auch mit Dir und beispielsweise einer Familie in einem Raum sitzen?

Ja, es geht eher um den Wechsel zu einem anderen System. Dieses andere System kann im selben Raum sein wie die Familie. Die Möglichkeit als Th neue Ideen, das heißt **Erstmaligkeit** zu erzeugen, ist m.E. so größer.

Was ist der Unterschied zwischen **innerer und äußerer Rekursion**?

Das ist eine Konstruktion, die künstlich durch das Vorgehen entsteht. Nimmt man das klassische Modell, so besteht die erste Halbschleife aus dem Gespräch zwischen Therapeut und Klientensystem und dem Zuhören des Teams. Dann geht der Therapeut aus dem Therapiezimmer und redet mit seinen Kollegen. Geht der Therapeut dann zurück zu den Klienten, so schließt sich die andere Halbschleife. Das bezeichne ich als innere Rekursion. Das ist eine Konstruktion, die sich aus der Existenz der Einwegscheibe ergibt. Der Prozeß geht über eine gewisse Zeit und wird dann geschlossen. Man tut in diesem Augenblick jedoch so, als gebe es keine Zeit, man gefriert die Zeit in einem Punkt ein. Der Kreis ist hergestellt - auch wenn nicht alles gleichzeitig passiert. Mit äußerer Rekursion ist gemeint, daß man sich von den Klienten nach einer Sitzung trennt, in der Zeit zwischen den Sitzungen einiges passiert und man sich dann wieder trifft. Die äußere Rekursion wiederholt sich. Ich denke, daß es im Schaubild des Modells deutlich wird. Man kann die gesamte Therapie auf dieses Modell verkürzen. Idealerweise beginnt man die folgende Sitzung auf einem „höheren Niveau der Rekursion“, da es ansonsten keine echte Rekursion wäre.

Ist für die äußere Rekursion der **Zeitabstand** zwischen den Sitzungen entscheidend?

Für die äußere Rekursion ist der Zeitabstand zwischen den Sitzungen wichtig, aber nicht entscheidend. Entscheidend ist, was in diesem Zeitabstand passiert, damit die nächste Sitzung auf einem höheren Niveau beginnen kann. Für die innere Rekursion gilt analoges: Der Zeitabstand zwischen den Unterbrechungen während der Sitzung kann wichtig sein, entscheidend ist aber, wie und was bei den Unterbrechungen kommentiert wird. Wenn sich jedoch auf den Zeitabstand beschränken will, gibt es einen Unterschied in der Dauer der Abstände.

Nochmals zu Deinen Modellen III a oder III b. Angenommen, ein Klient fühlte sich so sehr in seiner **Intimität** gestört, so daß er Videoaufnahmen, Co-Therapeuten und therapeutisches Team ablehnt. Wie gehst Du dann vor?

Ich erinnere mich, daß es das in all den Jahren in einem Fall gegeben hat. In diesem Fall kam es nicht zu einer Vereinbarung über eine Therapie. Im Moment ist es so, daß ich sage, ich möchte gerne so arbeiten, und daß wir zwar die theoretische Möglichkeit hätten, die Therapie anders durchzuführen, nur daß ich persönlich das dann nicht machen möchte. Denn ich denke, daß diese die beste Arbeitsweise für mich ist. Ich schlage dann vor, daß die Klienten die Gespräche mit einer Kollegin führen können. Theoretisch ist es so, daß man den Klienten das Spektrum der Möglichkeiten offeriert, so daß sie auswählen können. Heutzutage ziehen es die meisten Menschen vor, die Therapeuten hinter der Scheibe kennenzulernen. Ein weiterer großer Teil der Klienten zieht es vor, daß die Therapeuten alle im Raum anwesend sind, d.h., daß sie die Leute auch sehen können. Es gibt natürlich auch Fälle, in denen die Klienten den Wunsch äußern, daß die Co-Therapeuten hinter der Scheibe bleiben. Man sollte den Klienten also die Möglichkeiten offerieren. Hier heißt das: Die Kollegen können vor oder hinter der Scheibe sitzen, man kann umschalten oder nicht, man könnte ohne Scheibe und ohne Video arbeiten. Dann könnten auch wieder die Kollegen dabei sein oder nicht. Je mehr Freiheitsgrade man hat, desto besser ist es, desto weniger können Klienten die Therapeuten in Verlegenheit bringen, indem sie die eine Arbeitsweise, auf die sich die Therapeuten festgelegt haben, ablehnen und dadurch keine Therapie zustande kommt.

Du hältst **Systemische Therapie** auch alleine, **ohne therapeutisches Team** für möglich?

Ja, denn systemische Therapie definiert sich nicht ausschließlich über die Praxis, sondern über das Modell, das Denken, die Sichtweise und das Sprachmodell. Also man kann auch Einzeltherapie ohne Einwegscheibe und Kamera systemisch begreifen und beschreiben. Allerdings legt die systemische Sprache und das systemische Denken eher nahe, daß man bestimmte Hilfsmittel benutzt eben wie Einwegscheibe, Video, 2-Kammersystem einerseits und theoretische Konstruktionen wie Rekursion, Selbstbestätigung, Konversation, Teamreflexion, Metareflexion usw.

Dient die **Aufnahme** grundsätzlich der Vorbereitung oder Nachbereitung der Sitzungen oder der wissenschaftlichen Bearbeitung oder beides?

Beides und vielleicht noch mehr oder weder noch. Man kann auch Videoaufnahmen nur machen, um diese Aufnahmen den Ausbildungsgruppen zu zeigen. Auch hier kommt es darauf an, daß man ein großes Spektrum an Möglichkeiten hat. Ich möchte auch ein paar Videobänder sammeln für Fallbeschreibungen oder für wissenschaftliche Analysen.

Gibt es eine Möglichkeit, die **Effektivität der Systemischen Therapie** zu erklären?

Es kommt natürlich darauf an, wie man Effektivität definieren will. Wenn es darum geht, gemeinsam in der therapeutischen Konversation neue Optionen zu konstruieren, oder Fragen zu entwickeln, die zu weiteren Fragen führen, also keine endgültigen Antworten zu geben, dann kann man folgendes sagen: Die Art und Anzahl der Rekursionen, die ohne großen Zeitverlust vonstatten gehen - also innerhalb der Sitzung und zwischen den Sitzungen - tragen zur Effektivität bei. Das heißt also, daß normalerweise (ohne diese Gespräche) diese Möglichkeiten der Rekursion sich über Jahre verteilen könnten.

Heißt das hohe Informationsdichte in kürzester Zeit?

Es kommt wieder darauf an, was Du unter Informationsdichte verstehst: Wenn es in dem Sinne ist, daß neue Ideen, Erstmaligkeit also, im Konversations- bzw. Reflexionsprozeß in

vergleichsweise kurzer Zeit erzeugt werden, dann ja. Wenn es die klassische Vorstellung ist, jemanden zu instruieren, jemanden zu sagen, wie er oder sie wirklich ist oder wie die „objektive Wirklichkeit wirklich ist“, dann nein.

Aber ist es nicht besonders die Zeit, die hier wichtig ist: Die Rekursionen können sofort stattfinden!

Vielleicht können wir uns darauf einigen, beides zu sehen: Wichtig sind die Rekursionen, die innerhalb einer bestimmten Zeit - wie gesagt innerhalb und zwischen den Sitzungen - stattfinden. Die Art der Rekursionen, deren Anzahl und die Verteilung über die Zeit (vgl. die Modelle I. bis IV.).

Abschließende Bemerkungen oder Dr. Panicky und der Chor der Verzweifelten

Bitte erschrecken Sie nicht!?

Obwohl ich weiß, daß ich Ihnen schon viel an Rekursion, Modellen, Masken usw. zugemutet habe, möchte ich Ihnen zum Abschluß dieser Überlegungen noch kurz eine **Arbeitsweise** vorstellen, die **häufig im Institut für Systemische Therapiestudien in Marburg** genutzt wird oder bei Weiterbildungsgruppen Anwendung findet, die sowohl die personellen als auch technischen Möglichkeiten für diese Vorgehensweise haben²¹.

Diese Arbeitsweise macht sich alle bisher genannten Modelle zunutze. Sie ist - wenn man so will - eine Kombination aus dem klassischen, systemischen Modell und dem reflexiven Vorgehen. Das heißt, es findet sowohl eine Reflexion durch das therapeutische Team (thT) statt, als auch eine Metareflexion durch das zusätzliche Beobachter-Team (BeT).

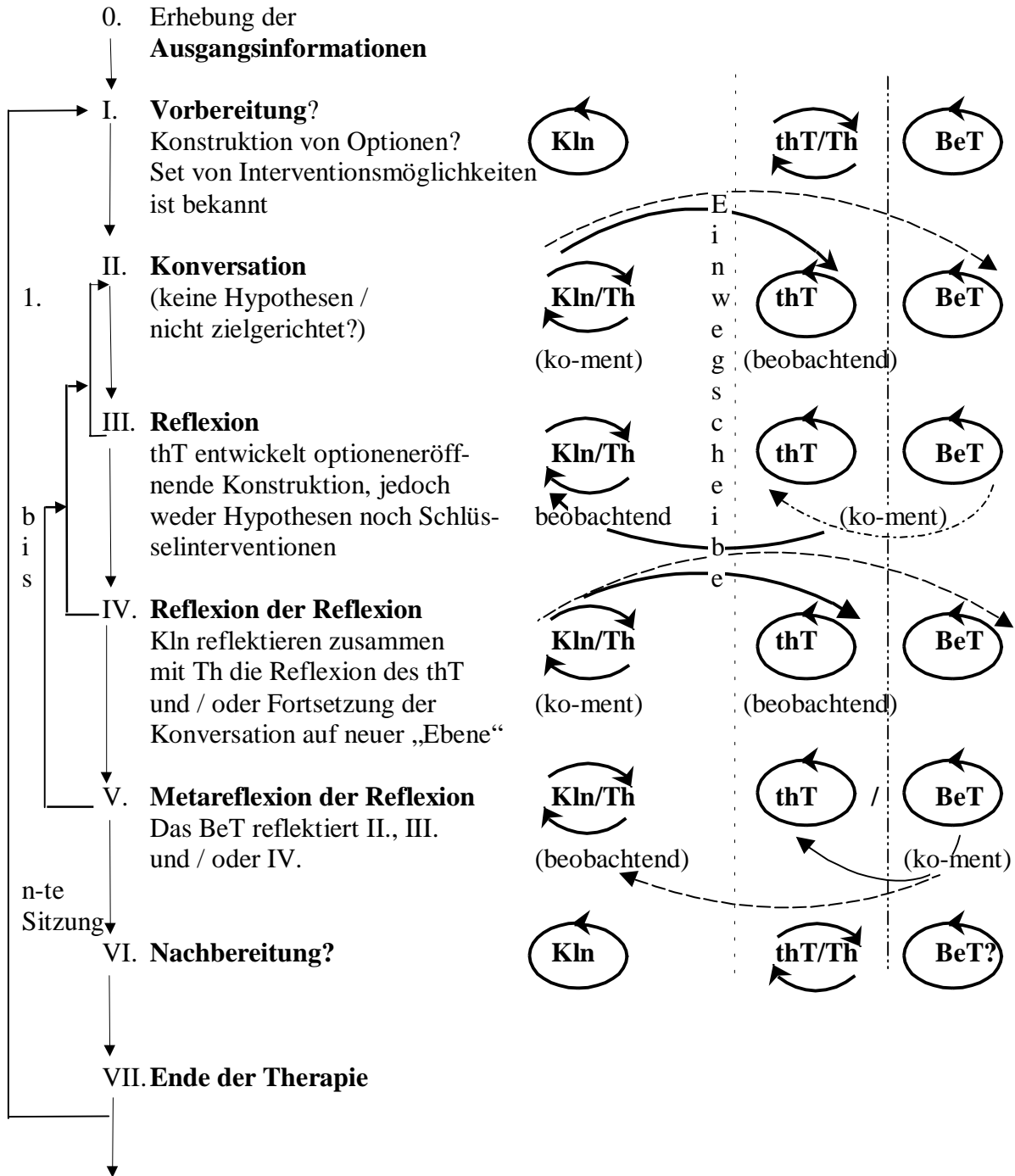
Daß diese Vorgehensweise - **Modell IV** - noch weitere Rekursionen usw. impliziert, braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden (Metareflexion des BeT). Um mir die Arbeit leicht zu machen, und Sie nicht weiter mit geistiger Akrobatik zu belästigen, verzichte ich auf eine eingehendere Diskussion dieses Modells.

Interessenten können sich mit diesem Modell auseinandersetzen, indem sie entweder ihre eigenen Schlußfolgerungen ziehen, einen der Marburger Weiterbildungskurse nutzen, um dieses Modell zu erlernen und / oder dieses Modell gänzlich verwerfen.

²¹ Z.B. im Seminar des Psychiatrischen Landeskrankenhauses in Langenfeld.

MODELL IV

Kln = KlientInnen; **thT** = therapeutisches Team; **Th** = TherapeutIn
BeT = Beobachtendes Team



⋮ = BeT, aus der Metaposition beobachtend

IX: Willst du ein „Reflektor“ sein, dann reflektiere und reflektiere und reflektiere ...

Protokollmaske für die reflexive systemische Therapie-Sitzung

Um auch diese systemische Sitzungen protokollieren zu können, wurde die Protokollmaske entsprechend verändert. Auch hier ist es ratsam, einige Übungsprotokolle zu erstellen um sich mit der Vorgehensweise vertraut zu machen.

Protokollmaske (reflexives Vorgehen)

Protokollant *
Therapeut *
Datum *
Team *

Name / Sitzung

*

I. Vorbereitung

a. Gab es **neue Informationen** vor der Stunde?

*

b. Wurde die Sitzung vorbereitet (ankreuzen)?

Ja

(weiter mit Punkt I.c.)

nein

(weiter mit Punkt II.a.)

c. Wurde **Video-Playback**

Protokoll

zur Vorbereitung der Sitzung angewandt (ankreuzen)?

d. Welche **bestätigende oder optioneneröffnende systemische Konstruktion** lag vor?

*

e. Lagen **Sonstige Konstruktionen** vor (sys, rel, ind, r, vgz)?

*

II. Konversationsprozeß

a. **Anwesend**

*

b. **Sitzordnung** (per Hand eintragen)

c. Wie waren **Kln und Th miteinander abgestimmt**?

Was hat der Th **gefördert**?

*

Wie ist es dem Th **gelingen**, bei den Kln eine **positive Erwartung** bezüglich des Verlaufs der Therapie zu auszulösen?

*

Stimmen **explizierte** (metakommunikative) und **nichtsprachliche** (analoge) Kommunikation überein ?

*

d. Von welchen (**positiven**) **Veränderungen / Prozessen / Ereignissen** seit der letzten Sitzung **berichteten** die „Problemangehörigen“?

*

e. Welche (**positiven**) **Veränderungen** seit der letzten Sitzung **beobachteten** die Teammitglieder?

*

f. Welche (**POSITIVEN**) **VERÄNDERUNGEN VERMUTETEN** die Teammitglieder sonst noch?

*

* Menschskind, wie kann man? *

- g. Welche (**Selbstbestätigung auslösenden und / oder optioneneröffnenden**) Fragen stellte der Th und wie **antworteten** die Kln?
*

- h. Welche sonstigen **wichtigen Themen und / oder Vorkommnisse** gab es vor oder während der Sitzung (auch negative)?
*

III. Teamreflexion

- a. Wie wurden die **problemformenden Wirkungsmuster** der Kln **positiv konnotiert**?

Bestätigung

Kompliment

Positive Umdeutung

*

- b. Welche **neuen optioneneröffnende systemische Konstruktionen** wurden entwickelt?
*

- c. Kristallisierte sich **eine optioneneröffnende therapeutische Botschaft** für die Kln heraus, die einen Konsens der Berater bildeten?

Neukontextualisierung

Antizipation Der Wirkungen

Aufgabenvorschläge

*

- d. **Reflexionen** im Wortlaut (wer sagte was?):
*

IV. Reflexion der Reflexion

- a. Wie waren TH und KLN MITEINANDER ABTGESTIMMT, wie wurde die BOTSCHAFT AKZEPTIERT und gab es AUFFÄLLIGE REAKTIONEN der KLN?

metakommunikativ

*

analog

*

- b. Welche **Punkte** wurden seitens der Kln besonders angesprochen?

*

- c. Entstand ein **neues Thema**, um das die Reflexion sich rankte?

Thema

*

Von wem wurde es angesprochen?

*

- d. Neuer **Termin** / eingeladene **Personen**

*

V. Nachträge

- a. **Bewertung des Interviews der therapeutischen Konversation im nachhinein:**
In welcher Relation stehen Interview, therapeutische Reflexion und die Reflexion durch die Kln zur gewünschten Lösung der Kln?

*

- b. Gibt es nach Abschluß der **therapeutischen Sitzung** andere **Reflexionen** über die Zusammenhänge als während der **Teamreflexion**?
*

- c. Gibt es neue **Therapieplanungen** - z.B. neue **optioneneröffnende Ideen**?
*

- d. **Sonstiges**
*

Gespräch über Kapitel IX

Wir hatten Probleme mit der **Protokollmaske**. Normalerweise wird in den Protokollen unter der Frage: „Welche selbstbestätigenden und / oder optioneneröffnenden Fragen stellte der Therapeut und wie antworteten die Klienten?“ der Verlauf des Gesprächs festgehalten. Nun ist es doch aber entscheidend, wie die Klienten auf die Fragen reagieren, ob die Fragen **optioneneröffnend** sind oder nicht. Ein Beispiel: Eine Frau hat Probleme mit ihrer Körpergröße. Du hast sie gefragt, wie groß denn ihr Freund sei. Wenn sie antwortet, er sei größer als sie, dann hat die Frage eine Option eröffnet, weil sie sich ja dann überlegen kann, daß sie ein ganz „normales“ Paar sind und kein Anlaß zu Befürchtungen ihrerseits besteht. Wenn sie aber antwortet, daß er kleiner ist als sie? ...

Du hast recht, letztlich entscheidet das Klientensystem, welche Fragen Optionen eröffnen und welche nicht. Es ist aber möglich, daß man Relationen herstellt. Körpergröße ist beispielsweise relativ. So könnte es sein, daß diese von Dir beschriebene Frau froh ist, daß ich als Therapeut auch groß bin. Sie macht die Erfahrung: Es gibt große Menschen und da kann sie sich zugehörig fühlen. Was aber, wenn ich nun klein wäre? Ich möchte ein klassisches Beispiel anführen: Ein kleiner Mann kommt zu dem Milton ERICKSON und hat Schwierigkeiten mit seinem kleinen Körperwuchs. Milton ERICKSON sagt daraufhin: „Es ist doch toll, klein zu sein, denn man stößt sich dann nicht so oft den Kopf.“ Es geht also darum, den Klienten zu vermitteln, daß sie ihr Problem in eine Relation setzen können, in der das Problem plötzlich als Vorteil erscheint. Wenn die Klienten diese Sichtweise akzeptieren, dann gibt es das Problem nicht mehr. Eine andere Geschichte, ebenfalls von ERICKSON: Eine Frau sagt, sie habe zu kleine Füße. ERICKSON reagiert: Er tritt der Frau auf die Füße und sagt zu ihr: „Haben Sie denn so große Füße, daß Sie Ihre Füße nicht da wegtun können?“ Das war zwar auf der einen Seite eine Beschuldigung. Die Implikation war aber: Sie hat Füße, die stören können, also offenbar groß genug sind. Auch hier ist wieder eine Relation hergestellt, in der das Problem relativiert wird und zum Vorteil erklärt wird.

In dieser Frage geht es nicht nur um zu eröffnenden Optionen, sondern auch um die **Selbstbestätigung**. Gehört das so eng zusammen?

Ich denke, daß es wichtig ist, die Selbstbestätigung auszulösen. Die Klienten müssen das Gefühl haben, daß sie verstanden werden, daß der Therapeut sie so sieht, wie sie sich selbst sehen. Das ist dann ein guter Ausgangspunkt für die Arbeit in der Therapie.

Das heißt, man soll erst die **Informationen** bestätigen, um dann neue hereintragen zu können?

Ich teile die Auffassung nicht, daß man „Informationen reingibt“. Das ist eine Art zu sprechen, die Mißverständnisse erzeugen kann: Man kann eine Anregung geben, die kann unterschiedlich optimal sein. Die Klienten sind dann autonom, ihre eigenen Ideen dazu zu entwickeln. Es geht aber nicht darum, daß ich als Therapeut als Informationsgeber auftrete, der die Informationen über das System in das System hineinträgt.

Ich habe **Selbstbestätigung** so verstanden, daß Du die Sichtweise der Klienten teilst. Um bei dem Problem der „großen“ Klientin zu bleiben: Sie sagt, sie sei zu groß, und Du sagst ja, sie sind groß und führst später Elemente ein, die ihr helfen können, ihre Körpergröße zu relativieren?

Wenn die Klientin sich erklären will und sie sich nicht akzeptiert fühlt, dann kann sie ja nur denken, daß wir von sehr unterschiedlichen Voraussetzungen ausgehen. Das Vertrauen fehlt. Da das keine Basis für eine erfolgreiche Therapie ist, muß ich also die **Selbtsicht der Klienten als Ausgangspunkt** für eine Therapie akzeptieren.

Das in jeder Intensität? Was ist also, wenn ein Klient sich lange über seine Probleme ausläßt, von den eingeschlafenen Füßen bis hin zum Stein im Magen?

Das hängt davon ab, wie man damit umgehen will. Ich verstehe Dich so, daß Du folgendes sagen willst: Es gibt Fälle, bei denen das **Verharren im Negativen** den Klienten selbst schadet. Aber selbst wenn jemand ständig mit dem Kopf vor die Wand rennt und sich den Kopf blutig rennt, muß man das als Ausgangspunkt akzeptieren. Natürlich sage ich dann nicht, „jetzt renn‘ mal mit dem Kopf gegen die Wand“, damit er merkt, daß ich ihn akzeptiere. Ich könnte aber sagen: Kannst Du nicht irgendwo gegenrennen, ohne daß gleich das Blut strömt. Ausgehen muß man in jedem Fall von dem, wie die Klienten ihr Problem definieren. Bestreitet man das Problem, dann fühlen sie sich nicht akzeptiert oder verstanden, eine gute Kooperationsbasis kann so nicht hergestellt werden. Schließlich kann ich den Klienten nicht verbieten, sich zu beklagen. Eine Familie macht z.B. das Beziehungsangebot: In Deiner Gegenwart möchte ich mich beklagen. Dann kann man fragen, wie lange möchten Sie sich beklagen, das nächste Mal auch noch? Sind Ausnahmen vorstellbar? So kann man anfangen, daran zu arbeiten. Das Beklagen ist aber vorgegeben und wird zunächst akzeptiert.

In der Selbstbestätigung kann eine schwierige Dynamik drin sein - auch für das Induzieren neuer Optionen.

Ich induziere ja keine neuen Optionen. Sicher gibt es eine Schwierigkeit, wenn sich die Leute negativ sehen, nur negativ. Wenn man dann fragt, könnten sie sich auch ausnahmsweise positiv sehen, dann reagieren sie so, daß sie sich noch negativer darstellen. Das könnte man als **kontraproduktive Frage** ansehen, weil man das Gegenteil von dem erreicht, was man möchte. Das muß man akzeptieren und man muß dann mit den Klienten in die andere Richtung gehen. Bei einem Selbstmordkandidaten könnte man z.B. fragen: Wann möchten Sie sich umbringen? Womit? Womit am liebsten? Man geht mit ihnen in dieselbe Richtung, allerdings in einer Weise, daß sie wieder rauskommen können. Das darf man dabei natürlich

nicht vergessen, sonst läßt man sie im „Negativen“ hängen. Nach einer gewissen Zeit haben sie dann also keine Lust mehr, darüber weiter zu reden. Das Prinzip, das dahintersteckt, ist das folgende: **Kann es ihnen gleich besser gehen oder muß es ihnen noch schlechter gehen, bevor es ihnen besser gehen kann?** Die positive Richtung wird also immer beibehalten, jedoch ohne sie den Klienten aufzudrücken. Man folgt eine Zeitlang den negativen Angeboten der Klienten, bevor man sich wieder den Anregungen zum Positiven hinbewegt.

Ich hatte die Schwierigkeit mit der Maske, daß ich mich gefragt habe, ob nicht in jeder Frage eine Selbstbestätigung oder eine neue Option enthalten ist.

Die Fragen, die in dem Protokollschemata enthalten sind, sind v.a. auch als Übung gedacht. Die Fragen sollen also auch das Nachdenken anregen. Es geht nicht um richtig und falsch, sondern darum, daß die Wirkung der Frage nachvollzogen wird. So fühlt sich, um zum Beispiel der großen Frau zurückzukommen, diese Frau akzeptiert, wenn man ihr sagt, ja, sie ist groß. Dann sagt der Therapeut etwas, was darüber hinausgeht und möglicherweise hilfreich ist. Es geht beim Protokollschemata darum, daß man ein Fingerspitzengefühl für das erhält, was hilfreich sein könnte, also Optionen eröffnet. Eigentlich sind die Protokollmasken Hilfsinstrumente zur Verfeinerung des Sensoriums für Systemische Therapie.

Ich merke, daß dieses Gespräch einen Einfluß darauf haben wird, wie ich zukünftig Protokolle schreiben werde.

Sicher, das ist ja auch gar nicht anders möglich.

Welche Bedeutung mißt Du der Frage nach der **expliziten** und der **nichtsprachlichen Kommunikation** bei? Da wird häufig in die Protokollmaske nichts eingetragen. Es ist auch schwer, darüber etwas zu sagen. Um wen geht es denn dabei? Um das gesamte System, den Therapeuten oder um die Familie?

Dazu muß ich sagen, daß diese Frage so auch nicht ganz richtig gestellt ist. Korrekterweise müßte man fragen: Konstruiert der Protokollant oder die Protokollantin einen Unterschied zwischen expliziter und nichtsprachlicher Kommunikation? Denn so wie es in der Protokollmaske steht, klingt es nach Objektivität - daß es diesen Unterschied unabhängig vom Beobachter gibt, der ihn herstellt. Das ist eigentlich nicht richtig. Du hast doch in irgendeiner Therapie davon gesprochen, daß Du eine Frau als sehr verkrampft empfunden hast. Könntest Du das noch mal erzählen wie das war?

Frau X bekam etwas zu hören, was sie eigentlich sehr angreifen müßte, nämlich, daß sie ihren Freund mit hohen Ansprüchen belegt. Dennoch war sie sehr entspannt. Der Freund jedoch war in einer Situation, in der er sich angenommen fühlte, eher angespannt.

Das ist eine Beobachtung, die genau hierhin paßt. Es kommt darauf an, **ob Du da eine Differenz konstruierst**. Ich habe diese Differenz in dieser Situation nicht hergestellt. Wenn Du sie herstellst, ist es sinnvoll, diese Differenz auszusprechen und zu fragen, wie Du vermutest, daß diese Differenz zustande kommt. Es könnte sein, daß es für diesen Unterschied eine einfache Erklärung gibt. Sie könnte z.B. sagen: „Ich habe gerade nicht zugehört“. Das wäre eine einfache Erklärung und diese Erklärung impliziert, daß sie anders reagiert hätte, hätte sie zugehört. So könnte man das auflösen. Diese Beobachtung kann also, muß aber nicht hilfreich sein.

X. Bist du Teil des Problems oder Teil der Lösung, beides oder weder noch?

Checkliste zur Definition eines Problem-/Lösungssystems

Wie bereits bei den AUSGANGSINFORMATIONEN erläutert, kann der Therapeut / Interviewer versuchen, ein PROBLEMSYSTEM anhand bestimmter Fragen zu definieren. Wie sich im Laufe therapeutischer Bemühungen aber zeigt, geht es nicht nur um die Definition von PROBLEMSYSTEMEN, sondern es können insbesondere auch LÖSUNGSSYSTEME konstruiert werden. Als Lösungssysteme werden solche Systeme definiert, die mit Hilfe sprachlicher Mittel LÖSUNGEN erzeugen. Um zur Definition solcher Systeme zu gelangen kann man zu Übungszwecken folgendes Raster benutzen. Darüber hinaus dient die folgende Liste dazu, sich über Möglichkeiten systemischer Vorgehensweisen klar zu werden - nicht um sie mechanistisch anzuwenden und zum „harten“ Programm für systemisches Vorgehen zu machen.

I. PROBLEMSYSTEM (a)

- a. Wie lautet die Problemdefinition?
- b. Wer definiert es?
- c. Wer ist am Problem beteiligt (incl. Therapeut)?
 - wer spricht darüber?
 - wer weiß davon?
 - wer spricht nicht darüber, kommuniziert aber problembezogen?
- d. Seit wann besteht das Problem?
- e. Bei welchen Anlässen tritt es auf?

II. PROBLEMSYSTEM (b)

- a. Wer hat bisher wie versucht, das Problem zu lösen?
- b. Wie oder wodurch könnte zur Aufrechterhaltung des Problems beigetragen werden?
 - Zwangsmaßnahmen?
 - medizinische Mittel?
 - psychotherapeutische Maßnahmen?
 - soziale Maßnahmen?
- c. Gibt es eine offizielle oder eine inoffizielle Organisationdefinition (Selbstdefinition), die sich das Problemsystem beimißt?
- d. Gibt es Personen, die das Problem positiv bewerten?
 - wie tun sie das?
 - welchen Vorteil bietet das Problem diesen Personen?

III. LÖSUNGSSYSTEM (a)

- a. Ist abgeklärt, ob therapeutische Schritte überhaupt erwünscht und erforderlich sind?
- b. Wer kann in ein diesbezügliches Konsultationsgespräch einbezogen werden?
- c. Worüber soll gesprochen werden?
 - welche möglichen Explorationsbereiche sollen festgelegt werden?
 - sollen zukünftige Lösungsbereiche im Interview konstruiert werden?

- wenn ja, welche?
- d. Sollen kleinste, wünschenswerte Ziele oder sichtbare Zeichen der Veränderung definiert werden oder soll auf Ziele gänzlich verzichtet werden?

IV. LÖSUNGSSYSTEM (b)

- a. Sollen weitere Konsultationsgespräche geplant werden?
 - Interview mit welchen Personen?
 - Sonstige Vorschläge für Maßnahmen außerhalb des Beratungskontext?
- b. Welche Möglichkeiten gibt es, das Problemsystem zur Selbsttransformation anzuregen?
- c. Wie könnte sich das sprachlich definierte Problemsystem auflösen?
- d. Sind therapeutische Interventionen angezeigt?
 - könnten Schlüsselinterventionen hilfreich sein?
 - sind individuell angepaßte Maßnahmen vorzuziehen?
 - sollte von Interventionen gänzlich Abstand genommen werden?

Gespräch über Kapitel X

Du schreibst unter Punkt II.b: „Wie oder wodurch könnte zur **Aufrechterhaltung des Problems** beigetragen werden? - Zwangsmaßnahmen, etc.“. Ich verstehe nicht, was das bedeutet. Du willst doch wohl analysieren, wie das Problem aufrechterhalten wird, aber nicht dazu beitragen, das Problem selbst aufrechtzuerhalten?

Das ist eine komplizierte Frage. Deshalb möchte ich mit einer Metapher nach Lynn HOFFMAN beginnen: Die Metapher vom magischen Schwan²². Diese Metapher beruht auf einem Märchen. Derjenige, der den Schwan anfaßt, bleibt an ihm kleben. Dann bleibt derjenige, der den Menschen mit der Ente anfaßt an ihr kleben und so fort. Das ist eine Metapher für das Problemsystem, denn: Sobald man darüber redet, gehört man dazu. Es bildet sich also eine Kette. Die gesamte Kette der Leute, die darüber reden, bildet wiederum das Problemsystem. Die Überschrift dieses Kapitels lautet ja: „Gehörst Du zum Problem, gehörst Du zur Lösung“ oder „beides“ oder „weder noch“? Das gilt, ob nun über das Problem selbst oder über die Lösung geredet wird. Wenn das aber so ist, so kann man sich fragen, inwieweit Therapien nicht zur Aufrechterhaltung des Problems beitragen. Ich möchte das an einem Beispiel erläutern: Nehmen wir eine Frau, die sagt: „Ich gehe jetzt mal zum Psychiater, weil die Droge Alkohol zu teuer ist und eine Droge, die vom Psychiater verschrieben wird, über ein Rezept zu erhalten ist.“ Das ist ja eine phantastische Vorstellung. Nun könnte es aber so sein, daß das Problem aufrechterhalten wird, wenn der Psychiater tatsächlich darauf eingeht und ihr etwas verschreibt. Die Klientin sagt ja nicht, daß sie die Drogen absetzen will und dann an ihren Problemen zu arbeiten bereit ist, also dann eher in der Lage ist, ihr Elend zu entdecken. Sie sagt nicht, daß sie vielleicht erst dann die Möglichkeit hat, sich konstruktiv mit ihren Problemen auseinanderzusetzen und einen Ausweg zu finden, wenn sie keine Drogen mehr nimmt. Sie sagt, sie wolle und brauche Drogen. Geht der Psychiater darauf ein, so stabilisiert er vielleicht das Problem. Genau das ist die Frage, die man sich stellen muß: „Wird das Problem dadurch aufrechterhalten?“

²² Hans Christian Andersen: Schwan kleb an.

Heißt das, wenn Du jemandem **Problemverliebtheit** vorwirfst, daß Du dann zur Aufrechterhaltung des Problems beiträgst? Nehmen wir ein Beispiel: Es kommt jemand zu Dir und möchte mit Dir über ein Problem diskutieren oder seine Problemverliebtheit bei Dir ausleben und tut es ja auch in einem gewissen Sinne, weil Du Dich mit seinem Problem beschäftigst. Trägst Du dann nicht letzten Endes zur Aufrechterhaltung des Problems bei? Müßtest Du dann nicht sagen: Meine Tätigkeit widerspricht dem, was eigentlich meine Funktion sein sollte?

Ja, das gehört dazu. Wenn Du daran denkst, was wir schon besprochen haben, so sage ich ja, daß man erst mal das Problem bestätigen muß, bevor man an die Änderung denkt. Man kann nichts ändern, wenn die Leute nicht bereit dazu sind. Wenn Du mit Deinem Auto in die Werkstatt fährst und die montieren Dir schon bevor Du da bist und ihnen erzählen willst, daß etwas am Motor nicht stimmt, die Räder ab, dann wirst Du fliehen, Dich in Sicherheit bringen vor dem Abmontieren der Räder. Ich denke schon, daß es einen gewissen Widerspruch gibt zwischen der Notwendigkeit, daß die Leute über ihr Problem sprechen und dem Ziel der Veränderung. Aber das ist nur dann ein Widerspruch, wenn man die Zeit einfriert. Schließlich sagt man ja nicht, daß sich sofort alles ändern soll, sondern man sagt, daß sich im Laufe der Zeit mit den entsprechenden Hilfestellungen hoffentlich etwas ändern wird. Dein Problem ist also nur dann paradox, wenn man die Zeit vernachlässigt. Es könnte ja auch passieren, daß ich der Frau sage: Kommen sie her und reden sie hier und nur hier über ihr Problem. Wenn sie nach Hause kommen, dann reden sie nur noch über die Lösung. Das würde heißen, daß wir hier ständig über das Problem reden und in einem anderen personellen Kontext nur noch über die Lösung gesprochen wird.

Ergibt sich dann also indirekt eine Lösung, weil hier der Platz ist, um über das Problem zu reden?

Nehmen wir ein Beispiel: Ich sage der Frau: „Sind sie nicht problemverliebt?“ Wenn sie offen ist, dann kann sie sagen: „Ja, das könnte sein, daß ich problemverliebt bin“. Ich könnte darauf antworten: „Könnten sie sich nicht in etwas anderes verlieben, zum Beispiel in eine Lösung? In einen Mann? ...“ Ist das jetzt deutlich geworden? Es geht hier darum, daß man sich fragt, ob durch eine Therapie oder durch eine Diagnose zur Aufrechterhaltung der Probleme beigetragen wird.

Ja, ich denke, das ist jetzt klar. Du schreibst unter Punkt „IV, Lösungssystem“ von **Schlüsselinterventionen** oder **individuell angepaßten Maßnahmen**. Ich kann mir darunter nichts vorstellen.

Unter dem Oberbegriff „Schlüsselinterventionen“ wird der gegenwärtig in der systemischen Therapie etwas diskutiert, das man auch „Interventionismus“ nennen kann. D.h. man hört sich das Problem an, sagt: Aha, Intervention 5a oder 7b. Steve DeSHAZER, ein Exponent dieser Richtung, sagt, man bräuchte nur den richtigen Schlüssel für das Problem. Dazu ist ein Verständnis des Problems nicht vonnöten. Hauptsache, der **Schlüssel paßt**²³. Nehmen wir ein streitendes Ehepaar. Diesem könnte man dann den „strukturierten Kampf“ vorschlagen, d.h. das Ehepaar würfelt aus, wer zuerst streiten darf. Der erste darf dann 10 Minuten loslegen. Danach darf der zweite 10 Minuten seine Argumente bringen. Der jeweils andere hat zu schweigen. Der Effekt dieser Aufgabe ist, daß eine symmetrische Eskalation des Streites zeit-

²³ Diese Metapher hat Steve deSHAZER von Ernst von GLASERSFELD, einem der bekanntesten Konstruktivisten, entlehnt. Auch Milton H. ERICKSON gebrauchte gerne für seine therapeutischen Kunstgriffe die Metapher vom „Mann mit dem Schlüsselbund“.

lich entzerrt wird. Man könnte nun sagen, daß man diese Intervention immer dann wählen sollte, wenn es sich um eine symmetrische Eskalation des Streits, also um einen „Machtkampf“ handelt. Der Streit verliert seinen Reiz, wenn immer einer in die Luft haut und keinen Widerpart bekommt. Das wäre eine „Schlüsselintervention“.

Vielleicht fällt das Ehepaar dann nur auf das alte Streitmuster zurück, weil es schnell bemerkt, daß das neue Streitmuster keinen Reiz bietet?

Nein, es besteht dann die Hoffnung, daß sich neue Muster entwickeln oder auf alte, bessere Muster zurückgegriffen wird. Und zu Deiner zweiten Frage. Unter **angepaßte Maßnahmen** verstehe ich Interventionen, die sich konkret auf den Fall beziehen, die sich aus dem Gespräch ergeben und „maßgeschneidert“ werden. Der Exponent dieses Vorgehens ist Milton ERICKSON. Er hat für jeden Klienten eine eigene, maßgeschneiderte Intervention entwickelt. Vielleicht ist es jedoch am effektivsten für junge Therapeuten, mit einer Mischung aus beiden Formen zu arbeiten. D.h. also, über ein bestimmtes Set an Schlüsselinterventionen zu verfügen und diese Interventionen an den Fall jeweils anzupassen - (später können sie dann all diese Techniken vergessen und sich mehr der Reflexion zuwenden).

Worin unterscheiden sich Schlüsselinterventionen von anderen Interventionen?

Im Grunde genommen unterscheiden sie sich gar nicht voneinander. Es kommt nur auf das Konzept an, das man benutzt, um sie zu erklären. „Positive Umdeutung“ kann man auch als Schlüsselintervention bezeichnen. Denn sie „paßt“ bei den meisten Menschen, wenn man ihnen etwas Positives sagt, freuen sie sich eher, als wenn man ihnen negative Dinge sagt ... Man kann die positive Umdeutung darüber hinaus noch speziell auf die Dynamik eines Problemsystems beziehen, also maßschneidern. Es kommt eben auf das Konzept an, nach dem man arbeitet. Kennt man keine Schlüsselinterventionen, kennt man dieses ganze Konzept nicht, so kann man auch nicht danach arbeiten. Eigentlich kann man jede maßgeschneiderte Intervention danach überprüfen, ob man sie generell einsetzen kann und bei welchen Problemmustern sie paßt.

Meinst Du, man müßte einfach eine Intervention ausprobieren, um festzustellen, ob man eine Schlüsselintervention hat?

Nein, das ist eine andere Sache. Vergleichen wir das doch mit einem Dietrich. Stell Dir vor, Du hast einen großen Schlüsselbund mit lauter Dietrichen. Diese Dietriche sind jeder für sich als Universalschlüssel zu bezeichnen. Ob nun der eine oder der andere paßt, das kann man eigentlich erst im Nachhinein sagen das gilt auch für Therapien. Die Frage ist nur, ob man das so generell sagen kann, also ob man sagen kann: Bei symmetrischer Eskalation ist die Schlüsselintervention „strukturierter Kampf“ sinnvoll. Möglicherweise machen die Klienten diese Aufgaben aber nicht, sie umgehen sie. Deshalb sind diese Interventionen nur dann sinnvoll, wenn man voraussagen kann, daß die Klienten diese akzeptieren. Deine Frage zielt ja darauf, daß man im Nachhinein fragt, ob der Schlüssel gepaßt hat. Auch wenn die Intervention nicht paßt, ist sie noch immer eine Schlüsselintervention, nur hat man dann den falschen Schlüssel für das Schloß probiert.

Was ist denn das für eine Intervention, wenn Du den Leuten sagst: Merken Sie sich doch mal die Situationen, in denen Sie sich wohl fühlen. Das ist ja keine Schlüsselintervention, sondern ein kleiner Schritt, oder?

Das ist auch eine Schlüsselintervention, die - wenn Du das so sehen willst einen kleinen Schritt darstellt. Dieser Schlüssel stammt so ungefähr von Steve DeSHAZER. Er sagt: „Be-

obachten sie ganz genau, was Sie bei sich gut finden und was Sie beibehalten möchten - und zwar so präzise, daß Sie mir das nächste Mal darüber berichten können“. Das ist eine Intervention, die man bei jedem anwenden kann. Denn man kann davon ausgehen, daß die meisten Menschen irgendwelche Verhaltensweisen bei sich selbst gut finden. Der Unterschied zwischen dem, was DeSHAZER vorschlägt, und dem, was ich mache, ist folgender: Ich versuche die Interventionen mit den Klienten abzustimmen. Ich gebe die Interventionen als Vorschlag, also z.B. „Sind Sie einverstanden? Haben Sie da Bedenken?“ oder „Würden Sie das gerne machen?“. Insofern ist das keine Intervention in dem Sinne, daß ich sage, „Sie müssen das machen, sondern es erfolgt eine Feinabstimmung. Die Klienten sagen dann, daß die Intervention ihnen entgegenkommt, oder daß sie Bedenken haben. So ist eine **Feinabstimmung** eher möglich als wenn man sagt: „Sie machen das, ich diktiere ihnen das.“ Hinter dem Interventionismus steckt die folgende Überlegung: Der Therapeut weiß, wie es ist und gibt also Anweisungen.

Das würde doch eigentlich nicht in systemisches Denken hineinpassen?

Ja, nicht in das systemische Denken ...

Doch schon, ich erinnere an die paradoxen Interventionen. Das ist doch auch systemisches Denken.

Ja, das ist **systemisches Denken erster Ordnung**. Dabei zieht sich der Therapeut als objektiver Beobachter aus dem System raus und sagt, „Ich weiß, wie es bei Euch ist. Und weil ich als Experte die objektiven Sachverhalte besser beurteilen kann, verordne ich diese Intervention.“

XI. Jeder denkt an sich, keiner denkt an mich - nur ich?

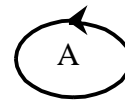
Eine rekursives Modell autonomer Prozesse

Gehen wir einmal davon aus, daß das **Sich-Schließen** (vgl. S. 17) das wichtigste Merkmal wie immer gearteter autonomer Prozesse ist, dann bietet es sich an, dieses **Konstruktionsprinzip** in verschiedenen Bereichen anzuwenden und auf seine Anwendbarkeit und Nützlichkeit hin zu untersuchen. Dieses Konstruktionsprinzip habe ich an anderer Stelle **rekursive Kontextualisierung** genannt: Man kann Prozesse, denen man eine relative Autonomie zuordnen möchte, rekursiv kontextualisieren (DEISSLER, K.G. (1985), a.a.O.).

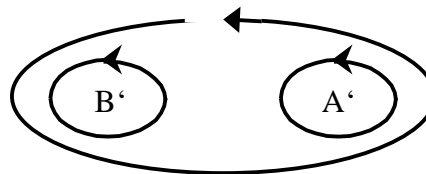
Solche Kontextualisierung ist z.B. möglich bei

Individuen (ind):

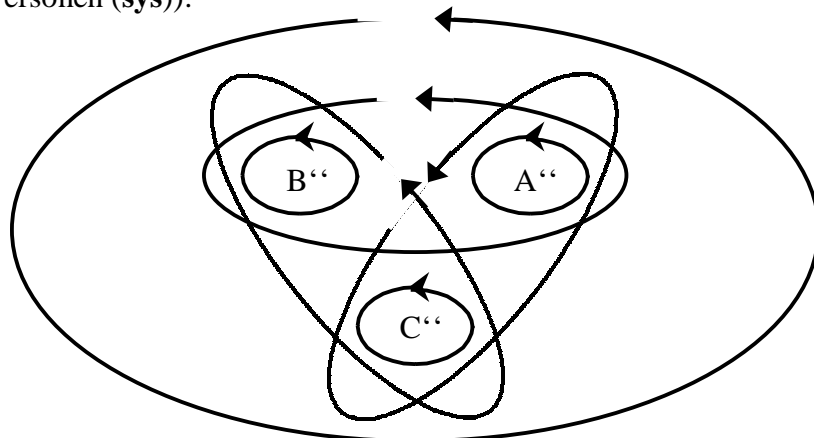
somatisch
psychisch
verhaltensmäßig



Relationen (2-Personen-Beziehungen, (rel)):



Systeme (3- und mehr Personen (sys)):

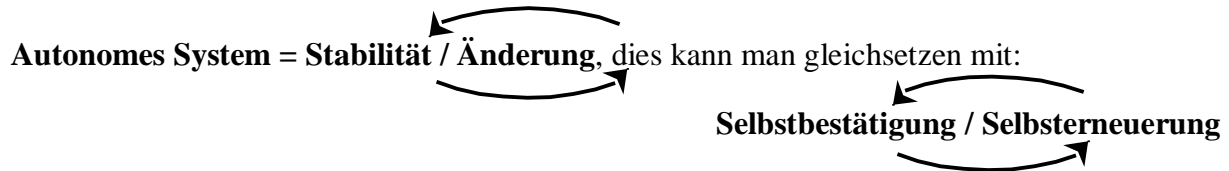


Bei diesen Konstruktionen kann der Beobachter sich selbst explizit in die Betrachtung einschließen oder er kann so tun, „als ob“ er nicht dazu gehöre und seine Kontextualisierungen „objektiv“ seien.

1. Wie dem auch sei - mir kommt es hier darauf an, ein Modell der Veränderung zu entwerfen. Zu diesem Zweck braucht man neben der „Herstellung rekursiver Einheiten“ noch die Möglichkeit, diese Einheiten in 2 Subeinheiten zu teilen. Dies kann man z.B. tun, indem man einem **sich-schließenden (autonomen) Mehrpersonensystem** 2 Tendenzen zuschreibt:

- a. die Tendenz zur Veränderung
- b. die Tendenz zur Stabilität

Durch diese 2-teilige Operation entsteht also ein rekursiver Kontext bzw. eine rekursive Einheit, die in 2 Teile zerfällt.



Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten eingeführt, bezeichnen und rekursive Halbschleifen, die zusammen eine vollständige rekursive Einheit bilden.

2. Wie wir aus der Diskussion autonomer Systeme wissen, ist INSTRUKTIVE INTERAKTION nicht möglich: Wir können autonome Lebewesen nicht instruieren oder programmieren wie wir dies bei trivialen Maschinen wie Computern können. Autonome Wesen reagieren immer gemäß ihrer Struktur, das heißt sie sind strukturdeterminiert.

Leider wurde in der bisherigen Diskussion der Begriff Instruktion und der Begriff Information synonym verwandt und anstatt zu sagen „Ich erhielt von meinem Vater in einem Brief eine wichtige ‚Information‘, auf die ich mir vorbehalte so zu reagieren, wie ich es für richtig halte“, soll heute der Begriff Perturbation (MATURANA) dafür stehen, daß autonome Lebewesen strukturdeterminiert reagieren. Dies führte unter Therapeuten zu Formulierungen wie: „Ich perturbierte die Familie“, „Nachdem das Kind bei mir in Therapie war, war es verstört (perturbiert)“ usw. Um es kurz zu machen: Ich plädiere dafür, bei der Diskussion um diese Begriffe zweierlei zu berücksichtigen:

1. Der Begriff Verstörung ist „psychopathologisch“ vorbelastet: Meist möchten Klienten, die zum Therapeuten gehen, weniger „verstört“ sein, als vielmehr an Klarheit gewinnen.
2. Es gibt auch andere Definitionen als die technologische Definition von Information, z.B. die bekannte Definition von BATESON: Information ist der Unterschied, der einen Unterschied macht.

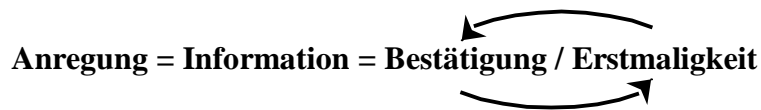
Daraus möchte ich zweierlei Konsequenzen ziehen:

- a. **Perturbation** sollte unter Berücksichtigung von Sprachkonventionen mit **Anregung** übersetzt werden und
- b. **Information** sollte fairerweise **nicht** mit **Instruktion** gleichgesetzt werden - zumindest, wenn man vorhandene andere Definitionen zur Kenntnis nimmt.

Auf dem Hintergrund dieser Vorüberlegungen kann man sich fragen, was im therapeutischen Prozeß passiert? Werden die Klienten durch den Therapieprozeß ANGEREGT, werden sie im nicht-instruktiven Sinne INFORMIERT?

Zur Klärung dieses Sachverhalts möchte ich vorschlagen, ANREGUNG und INFORMATION gleichzusetzen - und zwar in dem Sinne, daß sich autonome Systeme in der Weise anregen oder informieren lassen, daß sie strukturdeterminiert reagieren können.

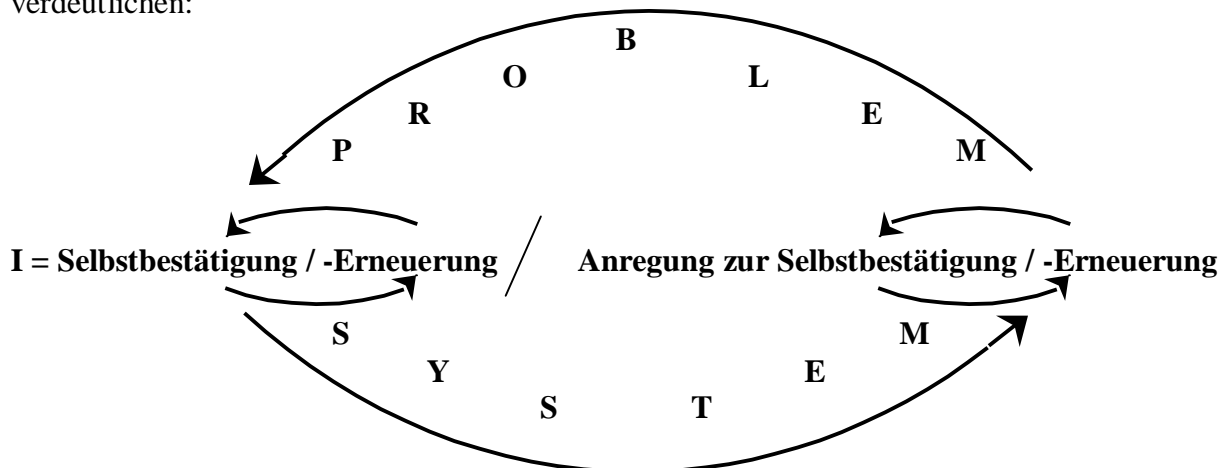
So kann man diese Begriffe ebenfalls als Einheit definieren, die sich aus 2 Bestandteilen zusammensetzen, nämlich **Bestätigung** und **Erstmaligkeit**²⁴.



Die „Information“ nun, die der Therapeut erzeugt, ist eine **Anregung Selbst-Bestätigung / -Erneuerung** der Klienten, diejenige „Information“, die Klienten erzeugen, ist eine Anregung zur **Selbst-Bestätigung / -Erneuerung der Therapeuten**, z.B. der Modelle der Therapeuten über die Klienten, das heißt:



Diese Konstruktion macht es möglich, den therapeutischen Prozeß zu beschreiben: Die rekursive Einheit eines beliebig definierten Systems kann Information selbst erzeugen. Diese setzt sich zusammen aus Selbst-Bestätigung und Selbst-Erneuerung (Erstmaligkeit). Im therapeutischen Prozeß werden die rekursive Subeinheiten Kln / Th in der Weise angeregt, daß es sich selbst aussuchen kann, welche Teile zu ihm passen (Bestätigung), welche Teile neuartig und passend sind (Erstmaligkeit) und welche nicht passend sind. Dies soll folgende Darstellung verdeutlichen:



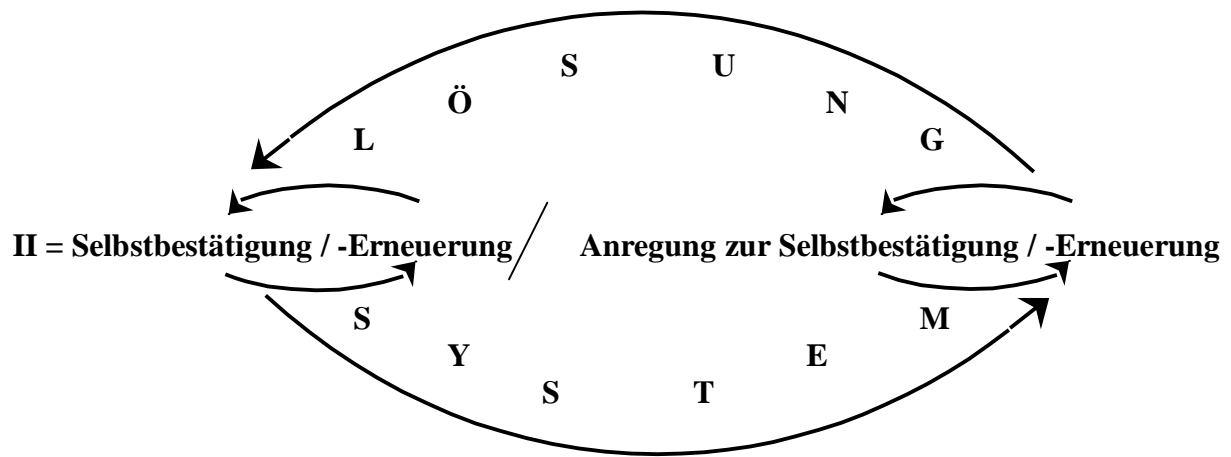
Wenn man so will, ist es genau das, was in einem PROBLEMSYSTEM passiert: Ein Problem existiert in den sprachlichen Akten der beteiligten Personen - zwischen Selbstbestätigung und Selbsterneuerung. Die therapeutische Aufgabe besteht darin

- a. die Sichtweisen der Kln zu bestätigen und
- b. zur Erneuerung beizutragen.

Auf diese Weise wird schließlich das Problemsystem in ein LÖSUNGSSYSTEM transformiert: Die Information, die sich zusammensetzt aus Anregung zur Selbstbestätigung und -erneuerung ist nicht mehr notwendig, das Problemsystem löst sich auf.

²⁴ Die theoretischen Vorüberlegungen hierzu in:
DEISSLER, K.G. (1986): Rekursive Informationsschöpfung. *Infam*, Marburg.

* Menschskind, wie kann man? *



Noch ein paar abschließende Überlegungen:

Nach den Überlegungen von ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H.A. (1988) kann man den therapeutischen Prozeß als problemorganisierendes System (I) und problemlösendes System (II) auffassen. Diese Überlegungen stimmen ziemlich genau mit dem überein, was hier vorgeschlagen wird. Gehen wir zusammen mit den beiden genannten Autoren noch einen Schritt weiter, so können wir sagen, daß beide „Problemsystem“ = I und „Lösungssystem“ = II in Sprache bzw. einem anderen Zeichensystem beschrieben werden: Die beteiligten Personen - vom sogenannten Indexpatienten bis hin zu den beteiligten sogenannten Indextherapeuten - generieren in einer (Zeichen)Sprache ein System, das sich um das Problem bzw. um die Lösung herum organisiert. So gesehen gehören beide zusammen und wir kommen zur Formulierung des Linguistischen System, das sich in folgendem einfachen Symbol ausdrücken läßt:



Gespräch über Kapitel XI

Was verstehst Du in Deinem Modell unter **Selbsterneuerung**?

Man tut zunächst so, als könne man zwischen **Selbstbestätigung** und **Selbsterneuerung** unterscheiden - man erfindet diese Unterscheidung. Selbstbestätigung heißt, man dreht sich im Kreis. Selbsterneuerung kann bedeuten, ich langweile mich so sehr, ich brauche ein Symptom, oder man fragt sich: „Wie würde es mir gehen?“, wenn es mir gut ginge. Zum Bereich der Selbsterneuerung könnte man also einerseits Symptome, andererseits Lösungen zählen. Da das ganze aber im therapeutischen Kontext steht, ist es wahrscheinlicher, daß die Leute kommen und sagen: „Ich möchte mich selbst ‚erneuern‘ und ohne Symptome auskommen“. In diesem Kontext müßte man dann fragen: „Was tun sie ohne Symptom, was tun sie dann mit ihrer ganzen Zeit?“ Aus der Transaktionsanalyse gibt es die folgende Hypothese: Wenn ein Klient keine Symptome mehr hat, gewinnt er Zeit. Es kann ein Problem sein, plötzlich Zeit zu haben. Was macht man dann damit? Setzt man sich auf eine Bank und dreht Däumchen? Oder kann man etwas Konstruktives damit anfangen. Im Kontext der Therapie sollte die Selbsterneuerung in eine Richtung gehen, daß die Klienten ohne Symptom auskommen und dafür andere konstruktive Verhaltensweisen entwickeln. Der Begriff der „Heilung“ ist sehr bombastisch. Ich bin mit der Formulierung „Selbsterneuerung“ noch nicht ganz zufrieden. Vielleicht sollte ich sagen „Vorschlag oder Anregung für eine Selbstveränderung“. Damit könnte man deutlich machen, daß der Therapeut den Klienten nicht instruiert, wie er zu sein hat, sondern lediglich Vorschläge macht, die der Klient aufgreifen kann oder nicht.

Du hat ja zwei Schaubilder hierzu. Einmal steht oben **Problem**, das andermal **Lösung**. Der Übergang vom Problem zur Lösung ist mir aber noch nicht ganz klar.

Das ist genau der therapeutische Prozeß, der dazwischen liegt - die Anregungen, die im therapeutischen Prozeß entstehen.

Ja, aber so ganz klar wird mir das aus dem Text nicht.

Wie die Therapie abläuft, ist in dem Kapitel über die Modelle dargestellt. Das wird an dieser Stelle bereits vorausgesetzt. Dazwischen erfolgen die Rekursionen usw., die die Anregungen erzeugen ...

Kann man das so verstehen, daß jedes **Problem** in sich das **Potential für eine Lösung** hat?

Man kann unterscheiden zwischen Problem und Lösung. Das ist wie eine Medaille. Wenn man das Problem bezeichnet, hat man auf der anderen Seite die Lösung. Wenn man sagt, es gibt ein Problem, dann impliziert man gleichzeitig die Lösung. Die Frage ist, wie man auf die Seite der Lösung kommt. Auf die Seite der Lösung kommt man, indem man die beschriebenen Modelle befolgt.

Ja, aber wenn man von diesem Modell ausgeht, dann kommt man genauso auf die Seite der Lösung wie auf die Seite des Problems. Denn links steht in Deinem Schaubild immer **Selbstbestätigung / Selbsterneuerung** und rechts steht Anregung zur **Selbstbestätigung / -erneuerung**.

Ja, man kann ja das Problem bestätigen. Man kann z.B. sagen: Sie wollen das Problem lösen, wäre es nicht sinnvoll das Problem aus bestimmten Gründen beizubehalten. Dann sagen die Leute interessanterweise: Nein, ich möchte das Problem lösen. Je mehr man sich auf die Seite der Nicht-Veränderung stellt, desto mehr stellen sich die Klienten auf die Seite der Lösung. Das hat mit der Autonomie der Leute zu tun. Wenn man abstrakte Begriffe wählt, so wird deutlich, daß man sowohl Probleme wie Lösungen erzeugen kann.

Es sieht so aus, als könnten die gleichen Vorkommnisse entweder ein Problem oder eine Lösung hervorrufen.

Die gleichen abstrakten Prozesse, ja. Denn wenn man von **Veränderung** ausgeht, sagt das ja noch nichts über die Richtung der Veränderung aus. Es könnte heißen, daß es in Zukunft schlechter geht, es könnte auch bedeuten, daß es besser wird. Die meisten Leute gehen davon aus, daß es besser gehen soll, wenn sie sagen, sie wollen etwas verändern. Aber woher kommt diese Annahme. Ganz abstrakt heißt das: Es gibt keine menschlichen Systeme, die keine Probleme erzeugen. Nimmt man diese Formel und sagt, man geht in Richtung Lösung, dann wäre man irgendwann bei der sogenannten **Endlösung**, also beim Tod angelangt. Will man das Problem gänzlich lösen, so müßten die Klienten am besten sterben. Das führt zur Selbstzerstörung. D.h. es muß immer ein Gleichgewicht aus Problemen und Lösungen geben. Menschen müssen in einem gewissen Maße Probleme erzeugen können. Könnten sie nur Lösungen erzeugen, wäre das tödlich.

Das ist interessant. Mir fällt dazu ein, daß die Perfektionisten oft zerstörerisch sind. Sie streben nach einer vollkommenen Lösung.

Genau. Und das Paradoxe ist, daß die **vollkommene Lösung** nur der Tod ist. Und das ist wieder das Problem. In einem gewissen Sinne muß man also immer Probleme herstellen. Wenn man so will, dann sind das auch **taoistische Ideen**. Man sagt: Man kann das Gute erst erkennen, wenn man das Schlechte erfahren hat ...

Ich möchte noch auf eine andere Frage zu sprechen kommen. Du schreibst, daß man bei der Herstellung rekursiver Einheiten noch die Möglichkeit hat, diese **rekursiven Einheiten** in zwei Subeinheiten zu teilen. Du beziehst das jedoch nur auf ein Mehrpersonensystem.

Man könnte das genauso auf ein Einpersonensystem beziehen.

Was meinst Du eigentlich genau mit **Fremdbestätigung**, von der Du auch sprichst?

Der Begriff ist nicht besonders gut. Ich denke man müßte stattdessen sagen: ein Vorschlag, oder eine **Anregung, die Selbsterneuerung oder Selbstbestätigung** auslöst; das macht eben das Dialogische im Therapieprozeß aus: Man kann niemanden zu einer Lösung zwingen, und wenn man es versucht, ist es keine Lösung mehr. Also kann man das ganze Unterfangen auch gleich bleiben lassen. Es ist besser zu sagen: Ich als Therapeut offeriere den Klienten etwas, was sie im Sinne von Selbstbestätigung oder Selbsterneuerung benutzen können. Wenn ich sage: Fremdbestätigung oder Fremderneuerung, dann wirkt das wieder linear determiniert: Der Therapeut macht das so und das wirkt dann so und so. Das stimmt aber nicht, weil es sich ja um autonome Systeme handelt, die selbst entscheiden, welche Anregungen sie aufgreifen und welche nicht. Autonome Systeme entscheiden für sich, ob sie die Idee als Bestätigung sehen, als eine neue Idee, mit der sie etwas anfangen können oder nicht. Das ist wichtig.

Und das geht dann auch wieder **rekursiv auf Dich zurück**, so daß Du siehst, ob die Familie das als Bestätigung annimmt, was Du ihr als Bestätigung geben wolltest.

Ja, zum Beispiel. Oder, daß es mein Modell von der Familie wieder rückbestätigt oder so wirkt, daß ich sage, es hat sich offenbar etwas verändert und deshalb muß ich mein Modell ändern bzw. erneuern. Es ist also auch bei mir **eine Selbstbestätigung / -erneuerung meines Modells**.

XII: Wie unterscheidet sich die Beschreibung des Laufes des Wassers von der Beschreibung des Verlaufs einer Therapie?

Therapieverlaufsbeschreibung (tvb) Checkliste

1. Wer deklarierte das Problem?
2. Wie lautete das Problem?
 - kurze Skizzierung
 - Beginn
 - deklariertes Prozeßniveau (vgl. S. 88: ind, rel, sys ?)
3. Gab es einen Indexpatienten, wer war besonders interessiert das Problem zu lösen und wer litt am meisten unter dem Problem?
4. Welche Personen sind darüber hinaus am Problem beteiligt (Überweisende, andere Fachleute, Therapeut, Familie (PROBLEMSYSTEM))?
5. Wurde ein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Problem und dem Entwicklungsstadium der Familie?
6. Welche Personen waren an der „Lösung des Problems“ beteiligt (=LÖSUNGSSYSTEM)?
7. Können Angaben zum Therapieverlauf gemacht werden?
 - Ausgangsinformationen, Basisdaten, Genogramm?
 - Dauer der Therapie und Anzahl der Stunden
 - Besonderheiten bei der Durchführung der Interviews
 - Vernetzung zum therapeutischen System mit Besonderheiten
 - Definition des Problems
 - systemische Hypothesen über die problemaufrechterhaltende Wirkungsmuster
 - Angaben zur Form der Selbstorganisation des Problemsystems
 - implizite oder explizite Therapieziele
 - angewandte therapeutische Strategien / Interventionen zur Auslösung der Systemtransformation
 - erreichte / nicht erreichte Therapieziele
 - Entflechtung des therapeutischen Systems mit Besonderheiten
 - Nacherhebung
(jeweils auf Protokolle mit Seitenangaben verweisen)
8. Welche Faktoren förderten / behinderten den Verlauf der Therapie?

XIII: Wer andern eine Grube grabt, fällt selbst hinein?

Rekursive Kontextanalyse²⁵

Vorbemerkung

Die meisten Therapiemodelle erheben explizit oder implizit den Anspruch, daß sich durch ihre Anwendung therapeutischer Erfolg einstellen werde. Dazu sei es notwendig, daß der Therapeut bestimmte Fertigkeiten erlerne und andere charakterliche Merkmale bereits mitbringe. Die Reflexion kontextueller Variablen spielt bei diesen Überlegungen so gut wie keine Rolle. Von den verschiedenen therapeutischen Schulen werden eher Indikationsfragen diskutiert, die in Beziehung gesetzt werden zu den Fertigkeiten des Therapeuten. Die Bedingungen, unter denen die Therapien durchgeführt werden, werden wenig beleuchtet. So macht es keinen Unterschied, ob man z.B. Verhaltenstherapien in stationären Einrichtungen durchführt oder in Privatpraxen.

Berücksichtigt man jedoch die erkenntnistheoretischen Ergebnisse der Logischen Typenlehre von WHITEHEAD und RUSSELL, kommt man eher zu dem umgekehrten Ergebnis: Oft erscheint der institutionelle Einfluß und das psychosoziale Umfeld wesentlich wichtiger für den therapeutischen Erfolg als die schulmäßige Anwendung der therapeutischen Techniken. Aber: Die Logische Typenlehre sowie die klassische Systemtheorie sehen im wesentlichen vor, den Beobachter und damit die Selbstrückbezüglichkeit allen Beobachtens / Konstruierens / Handelns aus der Betrachtung auszuklammern. Damit können wir leicht ins andere Extrem verfallen: Wir machen uns zu Opfern unseres Milieus, der Institutionen, des Umfeldes, der Gesellschaft usw.

Die Überlegungen, die in der Systemischen Therapie im Anschluß an BATESON, PIAGET, von GLASERSFELD, MATURANA und von FÖRSTER entwickelt wurden, sehen jedoch vor, den Beobachter und damit uns selbst in die Betrachtung mit einzubeziehen: Damit erhalten Selbstrückbezüglichkeit (Rekursivität) und Autonomie einen zentralen Stellenwert. Für die eigene Kontextanalyse heißt dies, daß die eigene Person nicht aus der Betrachtung ausgeschlossen werden darf: Der Beobachter ist „verantwortlicher“ Autor seiner eigenen Betrachtungsweisen bzw. Konstruktionen. Er beobachtet nicht wie in der Logischen Typenlehre noch vorgesehen die „objektive Wirklichkeit“, von der sich in seinem Auge ein Teil abspiegelt, sondern er ist eigenverantwortlicher Konstrukteur seiner Sichtweisen, Sprechakte und seines Verhaltens.

Die folgenden Fragen können zu einer Reflexion des komplexen Beziehungsgefüges - Individuum - Institution - Therapie - psychosoziales Umfeld - Privatleben - Ökosystem - anregen. Sie sollen also dazu beitragen, zu helfen, eine selbstrückbezügliche Systemanalyse des beruflichen und privaten Kontexts durchzuführen.

²⁵ Die Fragenliste wurde in Zusammenarbeit mit Peter W. Gester, ehemaliger Mitarbeiter des Instituts für Familientherapie Marburg, erstellt.

HINWEIS:

Beantworten Sie von den Fragen nur diejenigen, die Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer Fragestellung relevant erscheinen, da sonst die Gefahr besteht, daß sie bei der Darstellung ihrer Problemanalyse zuviel Information geben.

Fragen zur Institution

Wie heißt die Einrichtung in der Sie arbeiten?

Wer ist der Träger der Einrichtung?

Wer ist Geldgeber?

Wie lautet der offizielle, wie der inoffizielle Auftrag der Ihrer Einrichtung?

Wie stehen Sie zu dem Auftrag?

Wie viele Mitarbeiter hat die gesamte Institution in den Bereichen:

Versorgung / Hilfe

Verwaltung / Kontrolle / Organisation

Therapeutische Dienste?

Welche Berufsgruppen gibt es?

Gibt es eine offizielle oder inoffizielle Berufsgruppenhierarchie?

Welche Berufsgruppe hat die längste „Verweildauer“ am Arbeitsplatz?

Welche Gruppe ist am stärksten ortsgebunden?

Welche Gruppe ist die „gesündeste“?

Wie sieht die historische Entwicklung Ihrer Einrichtung aus?

Welche Mythen / Gerüchte, welches Ansehen kursiert über Ihre Einrichtung, Ihren Chef, Ihre Kollegen und Sie selbst?

Sind Ihre Kollegen mit Ihrer Weiterbildung einverstanden?

* Welche Bereiche Ihrer Einrichtung schätzen sie in der Weise, daß sie sie für die Zukunft beibehalten möchten?

Woran werden Sie merken, daß sich Ihre Einrichtung in ihrem Sinne verbessert hat?

Braucht sie überhaupt Verbesserungen?

Beziehungen Ihrer Einrichtung zur „Außenwelt“

Welches Image hat Ihre Einrichtung in der Öffentlichkeit? Welche Rolle spielt sie im psychosozialen Gefüge? Wie sehen die Überweisungswege an die / aus der Einrichtung aus?

* Welche Anteile des Ansehens Ihrer Einrichtung möchten Sie auch in Zukunft gewahrt sehen?

Wie soll in Zukunft die Beziehung Ihrer Einrichtung zur Außenwelt aussehen?

Welche Personen / Institutionen schätzen ihre Einrichtung besonders?

Fragen zur Klientel

Welches Einzugsgebiet hat Ihre Institution?

Können Sie Klienten abweisen?

Wer trägt die Therapiekosten?

Welche Klientel haben Sie: Familienstand, Alter, Schichtzugehörigkeit, Beschwerden, Verweil-, Therapiedauer?

Welcher Generation gehört meist der Inpatient an?

Was erwarten Ihre Klienten und deren Angehörigen von Ihrer Institution?

* Welche Klienten berichten Ihnen gegenüber von den besten Erfolgen?

Welche Klienten fühlen sich bei Ihnen am wohlsten und möchten, daß Ihre Einrichtung so erhalten bleibt, wie sie ist?

Welcher Klientengruppe möchten Sie Ihre Arbeit in Zukunft mehr widmen, wie soll das geschehen?

Fragen zum Tätigkeitsbereich

Worin bestehen Ihre Tätigkeiten?

Wie hoch ist Ihre Zufriedenheit mit Ihrer Haupttätigkeit?

Wie sieht die konkrete Infrastruktur Ihres Arbeitsplatzes / Tätigkeitsfeldes aus?

Empfinden Sie Ihr Einkommen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu hoch, zu niedrig oder angemessen?

* Mit welchem Bereich Ihrer Tätigkeit sind Sie so zufrieden, daß Sie ihn erhalten möchten?

Welche Tätigkeiten möchten Sie in Zukunft mehr ausbauen?

Woran werden Sie in Zukunft merken, daß Sie noch zufriedener sind?

Fragen zur Therapie

Welches therapeutische Modell ist an Ihrem Arbeitsplatz eingeführt?

Welches Modell vertritt der Leiter Ihrer Institution?

Hat Ihre Einrichtung einen Supervisor, wen, welcher Richtung, wie oft?

Welche technischen Medien benutzen Sie an Ihrem Arbeitsplatz (Video o.ä.)?

Gibt es Faktoren, die Ihre therapeutische Arbeit behindern?

* Welche Bedingungen fördern Ihre therapeutische Arbeit?

Welche therapeutischen Arbeitsbedingungen möchten Sie für die Zukunft erhalten sehen?

Welche zusätzlichen Bedingungen möchten Sie noch einrichten?

Woran werden Sie merken, daß sich Ihre Arbeit verbessert hat?

Fragen zum Privatleben

Wie weit / lang ist Ihr Weg zum Arbeitsplatz?

Sind Ihre Angehörigen mit Ihrer Berufswahl und Ihrem Einkommen zufrieden?

Würden Sie Ihre Familie / Partnerschaft einer bestimmten Entwicklungsphase zuordnen?

Wieviel Zeit widmen Sie Ihrem Beruf im Vergleich zu Ihrem Privatleben?

Was hält Ihr Partner von Ihrer Weiterbildung?

Haben Sie neben Ihrem Beruf noch Hobbys, ehrenamtliche und politische Aufgaben?

Wieviel Zeit wenden Sie dafür auf? Wer würde am meisten darunter leiden, wenn Sie Ihren Beruf wechseln würden - wer würde sich am meisten freuen?

* Wer ist mit Ihrer Lebensgestaltung am zufriedensten?

Wer profitiert am meisten von Ihrem beruflichen Erfolg? An welchen sichtbaren Zeichen werden Sie erkennen, daß Sie selbst mit Ihrer beruflichen Arbeit zufrieden oder noch zufriedener sind? Wann merken Sie, daß Ihr Partner, Ihre Kinder mit Ihrer beruflichen Gestaltung zufrieden ist?

Beziehungsfragen

Wie sind die Beziehungen der einzelnen Berufsgruppen an ihrem Arbeitsplatz untereinander?

Wie sind die Beziehungen innerhalb Ihres Arbeitsbereichs zu Ihren Kollegen?

Wie wird Ihre Weiterbildung Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen beeinflussen?

Welche beruflichen Pläne haben Sie für die nächsten Jahre?

Welche Wechselwirkungen Beruf-Privatleben gibt es?

Welche Wechselwirkungen haben Sie durch die Beantwortung der einzelnen Fragen konstruiert?

* Welche Bereiche Ihrer Beziehungen zu den anderen Berufsgruppen sind für Sie so wertvoll, daß Sie sie für die Zukunft erhalten möchten?

Woran werden Sie merken, daß sich Ihre Beziehungen zu Ihren Kollegen verbessert haben?

Was sind für Sie die sichtbaren Zeichen guter kollegialer Beziehungen?

Was sind für Sie die sichtbaren Zeichen einer guten Koordination zwischen Beruf und Privatleben? Was können Sie tun, um diese Zeichen herbeizuführen?

Gespräch über Kapitel XIII

Ich möchte hier selbst etwas ergänzen. Bei der Beschreibung des Arbeitsplatzes machen wir häufig den Fehler, das **Umfeld als Feind** anzusehen. Wir sagen: „Irgendetwas ist schlecht, behagt mir nicht. Deshalb ist dieses Umfeld mein Feind“. Doch wenn es uns feindlich gesonnen ist, dann schließen wir uns selbst aus der Betrachtung aus. Wir können uns sagen: „Es ist mir gegenüber so feindlich eingestellt, ich bin das Opfer, ich habe damit nichts zu tun“.

Diese Erfahrung habe ich immer wieder gemacht: Wir trennen uns von der Umwelt oder der Gesellschaft und bezeichnen den „Rest“, der von uns getrennt ist als „böse, feindlich“ usw. Deshalb habe ich hier auch Fragen aufgenommen, die positive Antworten nahelegen, die uns dazu auffordern zu sagen, was uns am Arbeitsplatz gefällt, welche Kollegen wir mögen etc. Darüber wird die Möglichkeit eröffnet, daß wir uns selbst in diesem System betrachten. Nimmt man dahingegen nur den ersten Teil, werden wir leicht verführt, uns als „objektive“ Beobachter zu fühlen und entsprechend zu handeln.

Ich empfinde diese Zusammenstellung von Fragen als sehr interessant und vielfältig. Ich denke, man kann sich dann im ganzen Kontext sehen, im sozialen und historischen, man **kann sich von der eigenen Betroffenheit darüber entfernen ...**

Ja, das ist genau der Punkt. Man kann sich aus dem System mit Hilfe dieser Fragen entfernen. Allerdings: Wenn man sich nur entfernt, dann kommt man in die Gefahr, daß man sich als Opfer begreift und sagt: Ich bin ja nur ein Rädchen, ich kann nichts verändern. Deshalb gibt es Fragen, über die man sich distanzieren kann und andere, über die man sich dem System wieder annähern kann. Das ist wichtig, diesen Punkt muß man sich vor Augen halten. Es handelt sich hier um einen Prozeß, der hin und hergeht.

Aus meiner Erfahrung ist die Entfernung wichtig, so daß man alle Mechanismen sehen kann, verstehen kann und darüber tolerant werden kann.

Ich denke, man braucht beides. Die meisten Leute neigen dazu, sich zu entfernen, sich ausschließlich zu entfernen und dann zu sagen: Das ist das System, die machen da was, und ich bin das Opfer. Sie sehen dann nicht, daß sie Autor dieser Sichtweise sind. Wenn man dann wieder näher rangeht und sich selbst davon treffen läßt, dann merkt man, daß man selbst der Autor seiner eigenen Sichtweisen ist. Man braucht beides: Sich annähern und sich entfernen. Durch diese Bewegung ist Erkenntnisgewinn möglich - BATESON hat dies ähnlich dargestellt. So kommt man auf die Metaperspektive, die einem hilft, sich besser ins System zu integrieren oder auch zeitweise aus dem System auszusteigen.

Was Du beschrieben hast, ist eine Entfernung mit Desinteresse. Das, was Du vorschlägst, ist eine **Entfernung mit Interesse**. Du entfernst Dich, um besser zu beobachten. Es ist ein Unterschied, ob die Entfernung mit Interesse oder Desinteresse besteht.

Sehr gut. Ja, man könnte sagen, ich entferne mich mit Interesse **und ich nähere mich mit Desinteresse**, um das entgegen zu stellen. Wenn man sich zu sehr nähert, dann ist man in das System verliebt, also im Sinne von blind. So kann man Opfer werden, weil man dann nicht mehr merkt, was passiert. Nähert man sich aber mit Desinteresse, dann kann es sein, daß man plötzlich erkennt, was da passiert.

XIV: Messeneuheiten und / oder Erfindungskunst?

Autoreflexionen im Rückspiegel an der Außenseite²⁶

Vielleicht liegt es daran, daß die Zeit der großen ErfinderInnen der Psychotherapie vorbei ist. Vielleicht aber auch daran, daß wir erkannt haben, daß auch **psychotechnologische Produkte (Erfindungen)** verkauft werden wollen, wenn sie nicht in Geheimzirkeln vermodern sollen. So gibt es also einen Markt, auf dem smarte VertreterInnen bestimmter psychotherapeutischer Konzerne ihren Kunden die neuesten Waren²⁷ offerieren. Den größten Erfolg hat die- / derjenige VerkäuferIn, die / der in sich die Fähigkeit vereint, die Kunden als KönigInnen zu behandeln, die Vorteile ihrer / seiner Produktpalette überzeugend dazu stellen, das Prestige ihres / seines Konzerns, das sich aus der Verwobenheit mit den wichtigsten psychosozialen Schnittstellen ergibt, zu nutzen und den bevorzugten Zugang zu den wichtigsten Publikationsorganen politisch geschickt einzusetzen. Eigene Kreativität ist dabei nur insoweit behilflich, als sie die herkömmliche Marktpolitik bestätigt und die Heilservartungen und Menschheitsideale kommerziell nutzt. Ansonsten ist sie eher hinderlich, ein Luxus, der sich nicht bezahlt macht, da er etablierte Normen verletzt.

Obwohl eine **Stiftung Warentest für Psychotherapie** unermüdlichen WissenschaftlerInnen bei ihren Objektivierungsversuchen psychotherapeutischer Verfahren hilfreich zur Seite stehen könnte, scheint sich das Objekt-Paradigma als fundamentale Metapher wissenschaftlichen Denkens und Handelns im Bereich der Humanwissenschaften totzulaufen.

Wie dem auch sei - Angebot und Nachfrage regulieren den psychotherapeutischen Markt im ergänzenden Zusammenspiel mit Idealen, Menschenbildern, Heilsvorstellungen oder Utopien. Kongresse sind inzwischen eher **Psychotherapiemärkte** oder **-messen**, auf denen Manager, Vertreter und Konzernbosse ihre Stände für ihre Kunden einladend herrichten, um ihnen einen vielversprechenden Einblick in ihre Produktpalette zu gewähren. Dabei schlägt jeder gewonnene Geschäftspartner in der Verkaufstatistik der Psychotherapiekonzerne umsatz erhöhend zu Buche. Deshalb kündigt sich auch an, daß in Zukunft die **Aussteller auf Psychotherapiemessen** für ihre Messestände Miete zahlen müssen - wie auf herkömmlich-kommerziellen Messen auch.

Was bleibt der / dem ernüchterten, teilnehmenden BeobachterIn des psychotechnologischen Marktes? Aktive Teilnahme am produktbezogenen Anwendungstraining, Teilnahme an Seminaren zur Schulung von Verkaufstechniken, Management- und Organisationstraining? Sich angeekelt abwenden? Flucht in die Heilslehren orthodoxer Ideologien zum Wohle der Menschheit? Passivität?

Eines scheint sicher zu sein: Wer sich auf den freien Markt der Psychotechnologien begibt., sich dort behaupten oder nur überleben will, muß sich früher oder später mit der kommerziellen Seite seines Berufes auseinandersetzen. Wer hier gut leben will, muß darüber hinaus in diesem Bereich nutzbringend und erfolgreich arbeiten.

Es gibt jedoch einen entscheidenden Einwand, der nicht als das Predigen des **armen-Dichter-Images** oder **des unverstandenen-Künstler-Daseins** mißverstanden werden sollte:

²⁶ Erschienen in: SYSTEME (1987), 3: 33-34.

²⁷ Vielleicht sollten wir in diesem Zusammenhang doch nicht mehr von Waren sprechen, denn handelt es sich nicht mehr um den Verkauf von **know how im Umgang mit Menschen**, also **Beziehungstechnologie, systems software** bei dem sich der **Konstrukteur, Autor** oder **Erfinder mit in die Betrachtung einbezieht** und nicht um greifbare, feste Waren (hard ware, Objekte) die losgelöst von ihren Produzenten existieren?

Gehen wir einmal davon aus, daß im Rahmen systemtherapeutischen Denkens darin Konsens besteht, daß der Prozeß der Entwicklung therapeutischer Lösungen weniger im Finden von Ressourcen als vielmehr im **gemeinsamen sprachlichen Erfinden von heilenden Wirklichkeiten** besteht. Wie verhält es sich dann mit dem Verkauf von systemischer Software? Was ist dann unser **wichtigstes „Kapital“** - Hamburger, Pizza oder Frankfurter? IBM, Olivetti oder Triumph-Adler?

Anders gefragt: Sollten wir jeden neuen therapeutischen Trick als Technik anpreisen und verkaufen und uns damit tatsächlich zu VerkäuferInnen der neuesten Produkte von Ideenfabriken machen. Ich glaube, wir tun uns selbst und unseren Klienten, unseren Weiterbildungsteilnehmern nämlich, damit keinen Gefallen.

Ich möchte dafür plädieren, den unreflektierten Verkauf psychotherapeutischer Technologien in Frage zu stellen und sich der Vermittlung von Denk- und Handlungsweisen, die insbesondere durch sprachliche Interaktion mit den Klienten gemeinsame Konstruktionen von Lösungen erlauben, zuzuwenden. Mit anderen Worten: Ich plädiere für die Vermittlung **psychotherapeutischer Erfindungskunst, therapeutischer Poetik** bzw. von **Strategien gemeinsamen schöpferischen Handelns in Sprache - systemischer Poietologie** also.

Dies ist eine Betrachtungsweise, die nicht den Verkauf fertiger Produkte (Muster oder Schablonen von Interventionen) anpreist, sondern **sprachliche Konstruktionsprinzipien therapeutischer Wirklichkeiten** anbietet. Das heißt schließlich, daß wir die Autonomie unserer Klienten fördern, indem wir Anregungen zur selbstständigen Entwicklung solcher Prinzipien der therapeutischen Erfindungskunst geben.

Leider birgt ein solches Ziel eine entscheidende Gefahr in sich: Es könnte zu hoch gesteckt sein und deshalb zu Mißerfolgen beitragen. Aber zwischen einer / einem **einfältigen Betchwester / Betbruder** und einer / einem **ReligionsstifterIn** gibt es eine ganze Reihe von Möglichkeiten denen sich ein(e) einzelne(r) zuordnen kann. Erfolgreich werden diejenigen sein, die sich bewältigbare (Zwischen-)Ziele stecken, an denen sie prüfen können, inwieweit sie sie erreicht haben. Diejenigen, die sich überhaupt keine Ziele setzen, können - wollte man sie daran messen, 100% Erfolg haben. Sie können nicht versagen, weil jede Art von Handeln als Erfolg gesehen werden kann - das Handeln selbst ist der Erfolg. Diejenigen, die sie den absoluten Erfolg zum Ziele machen - also 100% - werden zwangsläufig absolut scheitern. Lautet die entscheidende Frage also: Wie ist das Ziel, psychotherapeutische Erfindungskunst, die sich selbst in Sprache entwickelt und darin vermittelt, in so kleine Zwischenziele zu unterteilen, daß sie hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit und des Erfolges eingeschätzt werden können, zu erreichen?

Gespräch über Kapitel XIV

Dieser Teil hat mich unheimlich angesprochen. Denn an dem Institut, wo wir ausgebildet werden, hat der Leiter ähnliche Probleme, wie Du sie beschreibst. Er ist aus den USA gekommen, hat das amerikanische Verständnis von Psychotherapie in die BRD gebracht und dieses umzusetzen versucht. Für uns hat Psychotherapie hingegen eher etwas mit Moral zu tun und nichts mit Geschäft.

Da habe ich aber einen ganz anderen Eindruck. Psychotherapie wird hier doch auch sehr stark vermarktet. So weiß beispielsweise jeder, was eine Psychoanalyse kostet. Und in jeder Zeitung findet man Anzeigen von verschiedenen Gruppentherapien. Ich denke, daß die Leute heute nicht mehr so kreativ sind, was das Zusammenkommen anbetrifft. Sie brauchen schon Gruppentherapie,

um zusammen zu kommen. In Polen wird ausschließlich Bioenergetik vermarktet. Das sind auch soziale Bedürfnisse der Menschen.

Ich denke die kulturellen Unterschiede spielen da schon eine Rolle. In Polen oder in den sozialistischen Ländern ist das Gefühl, daß man fürs Helfen kein Geld nehmen darf, vielleicht stärker ausgeprägt als hier. Das andere Extrem bilden die USA. Die BRD liegt da vielleicht in der Mitte. Hier bezahlen ja auch meistens die Krankenkassen die Therapien und nicht die Klienten selbst. Die **kommerzielle Seite** liegt eher auf der Seite der Kollegen, die sich weiterbilden. Mir geht es eigentlich weniger darum, daß man für verschiedene Therapien selbst bezahlen muß. Mir geht es eher um die kommerzielle Seite, um den Verkauf von „Psychotechnologie“, also um den Verkauf von Weiterbildung. Es wurden und werden ständig neue Techniken erfunden - so ist z. B. die „provokative Therapie“ von BRANDSMA & FARRELLY auf dem deutschen Markt noch relativ neu -, und um die Produktpalette zu erweitern, verkauft man nun alles: Hypnotherapeutische Techniken wie pacing, leading und Trance-Induktionen durch Metaphern usw. bis hin zu Techniken der Provokation, des Humors, des seelischen Tiefgangs usw. Man hat also eine ganze Palette von Techniken, die man anbietet.²⁸

Was mich daran stört, ist, daß ich denke, daß ein guter Lehrer den Weiterbildungsteilnehmern hilft, selbst kreativ zu werden und nicht nur hilft, Techniken möglichst gut nachzuvollziehen und sie herunterzuspulen. Letzteres wäre doch nur eine **Verdummungsstrategie** - die Aufzucht von passiven Konsumenten. Sicher muß man die verschiedenen Techniken kennen, um sie kombinieren und einsetzen zu können. Aber darüber hinaus sollte eine gute Weiterbildung darauf setzen, daß die Kollegen selbst kreativ arbeiten können und selbst Erfinder von Wirklichkeiten werden. Das ist für mich der Punkt - und ich habe bei vielen Weiterbildungsangeboten das Gefühl, passive, zahlungskräftige Konsumenten sind die am liebsten gesehenen Klienten.

Also nicht Neues kaufen, sondern selbst kreativ werden.

Ja. Zwar läßt sich das überhaupt nicht vermeiden, wenn man normal arbeitet, daß man sein Können auch verkauft. Nur erweckt das doch manchmal den Anschein, daß da etwas verkauft wird, und es nur darum geht, wieviel von der Produktpalette verkauft wird, also so, als würde dabei eine Ware verkauft werden. In der Psychotherapie geht es aber nicht um eine Ware, sondern um die **Einführung in die Erfindungskunst zur Herstellung psychosozialer Wirklichkeiten**. Das ist mir wichtig. Wenn man Psychotherapie als eine Art Kunst betrachtet, Wirklichkeit herzustellen und es innerhalb dieser Kunst verschiedene Stilrichtungen gibt, (z.B. den psychoanalytischen Stil, die eher zukunftsbezogene Arbeit in der systemischen Therapie, die Kunstform, die mehr gesprächsorientiert oder mehr auf den Körper bezogen ist usw.), dann sind die Unterschiede nicht mehr so kraß, stehen nicht mehr so unversöhnlich gegeneinander. So wird für mich dann ein Kriterium immer wichtiger, nämlich der verantwortliche Umgang mit unseren Werkzeugen der Wirklichkeitsherstellung. Wenn es nur noch um Geschäft geht, den Marktwert als Verkäufer der Werkzeuge, fürchte ich in Zukunft eine Diskreditierung unseres Berufsstandes.

Hat es nicht auch Vorteile, so eine breite Palette anbieten zu können? Wenn ich Leute höre, die sagen: Ich glaube für mich ist eine Gesprächstherapie das richtige, dann haben sie doch für sich eine Wahl getroffen aufgrund irgendwelcher Informationen ...

²⁸ Hier ist keine Abwertung der „Provokativen Therapie“ gemeint. Ich persönlich bin von BRANDSMA & FARRELLY sehr inspiriert worden.

Ich glaube es sind schon mehrere Bücher erschienen, in denen alle möglichen Therapierichtungen aufgezählt sind und was man angeblich mit diesen Therapien heilen kann. Vielleicht ist das doch auch nützlich, wenn man das nicht übertreibt. Schließlich muß sich jeder Therapeut für eine Richtung entscheiden, die zu ihm paßt.

Ich finde es in Ordnung, daß sich die Therapeuten für die Richtung entscheiden, die ihnen behagt. Nach meiner Überzeugung muß die gewählte Therapieform 3 Kriterien entsprechen: Dem ästhetischen, das heißt sie muß Spaß machen, dem ethischen, das heißt, sie sollte den Klienten nützen und dem ökonomischen, das heißt, sie sollte nicht zu aufwendig sein und gleichzeitig den Lebensunterhalt des Therapeuten sichern.

Wenn Therapien aber zu schablonenhaftem Wiederholen führt, wenn Kreativität und soziale Verantwortung dabei verlorengelht, dann finde ich das nicht mehr gut, dann wird Therapie zur Fließbandarbeit, zur tumben Technik. Wenn man am Fließband Psychotherapie macht, dann kann man sicher gut Geld damit verdienen, aber ich bezweifle, ob das für die Klienten dann so gut ist und für den Ruf der Psychotherapie insgesamt. Wenn Leute mit bestimmten Vorstellungen kommen, welche Therapie sie machen wollen, dann sollte man das unterstützen und nicht anfangen, darüber zu diskutieren, welche Therapieform vielleicht besser wäre.

Wenn jemand zu Dir kommt und sagt: „Sie sind Verhaltenstherapeut und ich möchte eine Verhaltenstherapie machen, wie gehst Du dann damit um“?

O.k. ich bin ja Verhaltenstherapeut und könnte dann sagen: Sie sind bei mir richtig. Wenn jemand käme und sagt, ich möchte eine Analyse machen, dann ist das etwas schwieriger, weil ich von meiner Ausbildung her kein Psychoanalytiker bin. Dann fängt das wieder an mit der Gefahr zu kategorisieren. Die meisten Therapeuten neigen ja dazu, diese Einteilungen zu machen. Natürlich treffen die auch die Klienten. Aber genauso wenig wie ich meine Klienten festlege, möchte ich von meinen Klienten festgelegt werden, das heißt, ich möchte möglichst großen Freiraum haben, das zu tun, was ich denke, was gut und verantwortlich sei. Das bedeutet natürlich nicht, daß ich mich mit den Klienten nicht abstimmen würde. Aber ich möchte den Freiraum haben, den Menschen das zu offerieren, was ich für gut halte. Wenn mich dann jemand als Verhaltenstherapeut festnageln will, wenn er sagt, ein Verhaltenstherapeut hat das und das zu tun, dann fühle ich mich beengt. Eigentlich möchte ich lieber als ein Therapeut angesehen werden, als einer, der keiner festen Schule angehört. Als systemischer Therapeut möchte ich mich allerdings gerne definieren, weil ich das Gefühl habe, das ist eine Sichtweise, die übergeordnet ist, die etwas weitersieht.

Verlangst Du da nicht sehr viel von den Klienten? Es gibt ja auch Klienten, die sagen, ich möchte nicht in eine Therapie, in der ich gleich in der ersten Stunde auseinandergenommen werde. Diese Kategorisierung bedeutet ja auch eine gewisse Sicherheit für den Klienten. Der Klient kann ja sagen, mit systemisch kann ich nichts anfangen. Wenn ich zum Arzt gehe, dann weiß ich, daß der mir erst mal den Puls mißt. Ich will wissen, was der mit mir macht.

Ich denke, daß Familientherapie doch auch ein sehr weiter Begriff ist. Denn alle Probleme haben mit Familien zu tun und es kann vorkommen, daß eine Person kommt oder zehn.

Da spielt natürlich auch die Flexibilität des Therapeuten eine Rolle. Ich könnte mir vorstellen, daß man sagt: O.k., sie wollen eine Psychoanalyse machen, dann machen wir eine „Psychoanalyse, eine Analyse der Psyche“. Das könnte natürlich von Kollegen als Schwindel angesehen werden.

Oder wenn der Klient selbst schon darüber gelesen hat ...

... ja und dann fragt: „Wo ist denn ihre Couch und sich hinlegt“. Aber im Grunde genommen, wenn das möglich ist, im Rahmen dessen, was man anbieten kann, dann kann man das ja tun. So gibt es z.B. Leute, die wollen eine **Langzeittherapie**. Nun mache ich ja eigentlich nur vergleichsweise wenige Sitzungen, also Kurzzeittherapien. Früher war ich da rigoroser und hätte gesagt „nicht mehr als 10 Sitzungen“. Heute würde ich dann vielleicht sagen: O.k., sie können eine Langzeittherapie haben. Dabei würde ich darauf hoffen, daß die Klienten dann selbst sagen, daß es ihnen nach ein paar Sitzungen reicht und sie keine weiteren Sitzungen brauchen. Ich denke, da muß sich der Therapeut auf die Klienten einstellen, flexibel sein.

Das ist doch auch wieder eine Frage der Selbstdefinition.

Ja, und das muß auch akzeptiert werden.

Aber Langzeittherapie kann man ja auch als Stabilität verstehen, als einer Suche nach Sicherheit, wo heute alles so instabil ist. Ich kann das schon verstehen.

Ich kann mich natürlich nicht lösen von meinen Vorstellungen, wie eine gute Therapie aussehen muß. Wenn mir ein Klient sagen würde: Ich möchte eine Langzeittherapie, weil ich gerne persönlichen Langzeitkontakt zu Ihnen hätte, dann denke ich mir, vielleicht wäre es besser, wenn ich ihr oder ihm helfe, diese persönlichen Kontakte außerhalb der Therapie zu finden.

Ich möchte aber noch mal ein anderes Thema ansprechen: Es wundert mich, daß ihr so wenig nachgefragt habt über die **Erfindung von Wirklichkeit** bzw. über das Thema, was ich in diesem Abschnitt angesprochen habe. Ist das so selbstverständlich für Euch?

Also für mich ist das selbstverständlich.

Ich glaube, daß jeder Mensch seine Realität selbst erzeugt und daß dies auch schon im Volksmund drinsteckt. Aber wenn man von einer Situation bedrängt wird, kann man dies leicht vergessen, weil Bedrängnis und die Sichtweise, daß man sich seine Probleme selbst schafft, nicht so recht zusammenpaßt. Man kann nur sehen, daß man seine eigene Realität entwirft, wenn man eben nicht in Bedrängnis steckt.

Du schreibst ja auch von der **Sicherheit in der Unsicherheit**. Was soll man denn dazu noch sagen? Für mich ist es selbstverständlich, daß die einzige Sicherheit in der Unsicherheit besteht!

Glaubt Ihr nicht, daß man mir gerade das vorwerfen könnte, was ich selbst kritisiere, nämlich den unreflektierten Verkauf von Psychotechnologie anstatt sozial verantwortliche Anleitung zur Kunst der Erfindung der Wirklichkeit? Ich stelle mir gerade vor, ein Leser ist bis zu dieser Seite vorgedrungen. Könnte sich dieser Leser nicht fragen, ob Ihr mir gegenüber zu unkritisch seid? Denn immerhin wißt Ihr ja, daß ich durch Therapien, Weiterbildungsseminare, Supervision usw. mein Geld verdiene.

Natürlich macht sich derjenige besonders verdächtig, der vor sich selbst warnt
- Du hast es ja selbst gesagt, eine subtile Form der Beeinflussung, die im Grunde den Angesprochenen in eine Doppelbindungssituation bringt.

Von einem unreflektierten Verkauf kann nicht die Rede sein, weil die Methode in multidisziplinären und ökologischen Theorien eingebettet ist und in Polarität

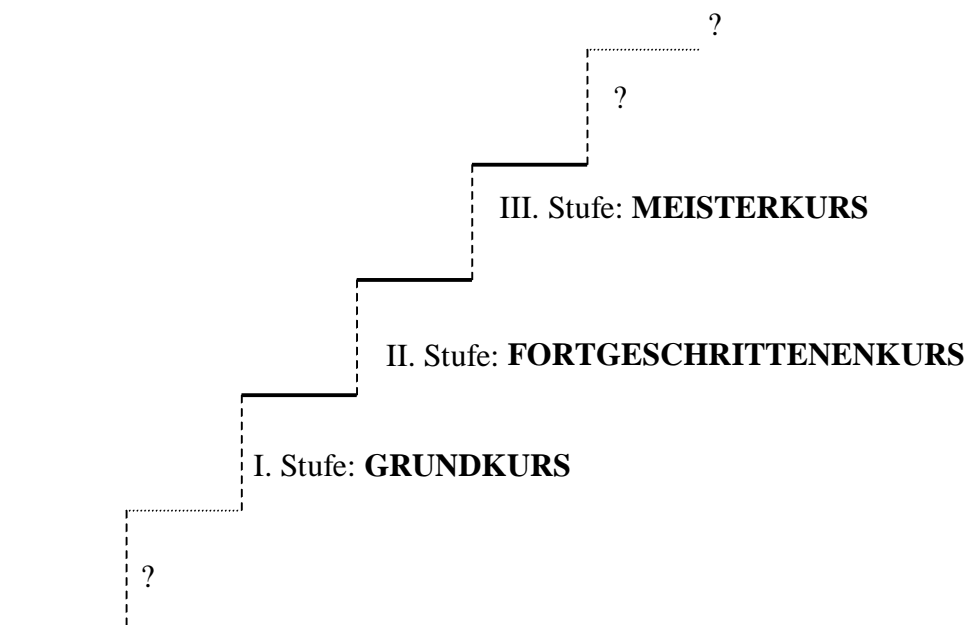
* Menschskind, wie kann man? *

zu der anspruchsvollen Theorie kann man diese Methode, wie ich in Deiner therapeutischen Praxis gesehen habe, auch bei Leuten anwenden, die nicht intellektuell trainiert sind - siehe das Beispiel im Anhang. Das ist für mich am beeindruckendsten.

XV. Eine polyphone Konstruktion der Wirklichkeit?

Literaturhinweise

Das neue Weiterbildungsprogramm für Systemische Therapie am Institut für Systemische Therapiestudien sieht 3 Stufen vor:



Für jede Stufe werden ein paar Literaturempfehlungen gegeben. Bei der Zusammenstellung / Auswahl wurde weniger auf Vollständigkeit als darauf geachtet, daß sie zum Weiterbildungsprogramm passen - das, was vermittelt wird, kann also anhand der Literatur zusätzlich erarbeitet und vertieft werden.

Weitere Ergänzungen zur Literaturliste werden während der Kurse gegeben.

I. Grundkurs

DEISSLER, K.G. (1987): Systemische Konsultation - Wie können systemische Therapeuten einen neuen Handlungsbereich konstruieren?_. *Infam*, Marburg.

HOFFMAN, L. (1982): Grundlagen der Familientherapie. Isko, Hamburg.

HALEY, J. (1978): Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Pfeiffer, München.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, J. (1981): Hypothesieren - Zirkularität - Neutralität. In: *Familiendynamik*, 11: 206 - 222.

DeSHAZER, S. (1985): *Keys To Solution*. Norton, New York.

WEEKS, G. R. & L'ABATE, L. (1985): *Paradoxe Psychotherapie. Theorie und Praxis der Einzel-, Paar- und Familientherapie*.

II. Fortgeschrittenenkurs

ANDERSEN, T. (1987): The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26: 415 - 428.

ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H.A. & WINDERMAN, L. (1986): Problem Determined Systems: Towards Transformation in Family Therapy. In: *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 1-13.

DEISSLER, K.G. (1988): Erfinderisches Interviewen. In: *Familiendynamik*, 1988, 13: 345-362.

HOFFMAN, L. (1987): Jenseits von Macht und Kontrolle: Auf dem Wege zu einer systemischen Familientherapie „zweiter Ordnung“. In: *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 1987, 5: 76-93.

LIPCHIK, E. & deSHAZER, S. (1986): The purposeful Interview. In: LIPCHIK, E. (ed.) *Special Issue on Interviewing. Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 88-99.

SELVINI PALAZZOLI, M. (1986): Towards a general model of psychotic family games. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 4: 339-349.

TOMM, K. (1988/89): Intervenierendes Interviewen Teile I-III. In: *System Familie*, 3-5, in Vorbereitung.

III. Meisterkurs

Der Meisterkurs ist von der personellen Zusammensetzung und der Anleitung her konstant. Zu jedem Seminar jedoch kommt zusätzlich je ein weiterer internationaler Lehrtherapeut hinzu, so daß eine konstante Gruppe mit konstanter Betreuung verschiedene internationale Lehrtherapeuten kennenlernen kann. Dementsprechend wird die Literatur vor den jeweiligen Seminaren vorgeschlagen, und mit dem Gremium der internationalen Lehrtherapeuten abgestimmt. Vorweg einige Vorschläge zur Vorbereitung:

- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H.A. (1988): A View of Human Systems as Linguistic Systems: Some Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. Unpublished Paper.
- BRATEN, S. (1987): Paradigms of Autonomy: Dialogical or Monological? In: TEUBNER, G. (ed.): Autopoietic Law. An New Approach to Law and Society, DeGruyter, Berlin.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L. & PENN, P. (1988): Milan Systemic Family Therapy. Conversations in Theory and Practice. Basic Books, New York.
- DEISSLER, K.G. (1988): Die Konstruktion eines Systemtherapeutischen Kontexts an der Psychiatrischen Landesklinik Langenfeld. *Infam*, Marburg (in Vorbereitung).
- HOFFMAN, L. (1988): A Constructivist Position for Family Therapy. Unpublished Paper.
- PASK, G. (1976): Conversation Theory. Elsevier, New York.
- PENN, P. (1986): „Feed-forward“ Vorwärtskoppelung: Zukunftsfragen - Zukunftspläne. In: *Familiendynamik*, 11: 206-222.
- WYNNE, L.C., McDANIEL, S.H. & WEBER, T.T. (1986): Systems Consultation. A new Perspective for Family Therapy. Guilford, New York.

IV. Erkenntnistheoretische Referenzliteratur

- BATESON, G. (1982): Geist und Natur - eine notwendige Einheit. Suhrkamp, Frankfurt.
- FÖRSTER, H. von (1985): Sicht und Einsicht. Vieweg, Braunschweig. S.a.: SEGAL, L. (1988): Das 18. Kamel - Heinz von Försters Konstruktivismus.
- GLASERSFELD, E. von (1987): Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig.
- KEENEY, B.P. (1987): Ästhetik des Wandels. Isko, Hamburg.
- PIAGET, J. (1984): Biologie und Erkenntnis. Fischer, Frankfurt.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Scherz, München.

V. Empfohlene Zeitschriften

- Delfin** - ein deutsche Zeitschrift für Konstruktion, Analyse und Kritik. Poesis Verlag, Rheda-Wiedenbrück.
- Familiendynamik** - Interdisziplinäre Zeitschrift für Systemorientierte Praxis und Forschung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- System Familie** - Forschung und Therapie, Individuum - Soziale Systeme. Springer-Verlag, Heidelberg.
- ZEITSCHRIFT für SYSTEMISCHE THERAPIE**. Verlag Modernes Lernen, Dortmund.

Englischsprachige Zeitschriften

Family Process. Family Process Inc., New York. P.O. Box 6889, Syracuse, N.Y. 13217, USA.

Journal for Systemic and Strategic Therapies. Box 2484 Station A, London, Ontario, Canada N6A 4G7.

Journal for Marriage and Family Therapy. AAMFT, 1717 K Street, NW 407, Washington, DC 20006, USA.

Family Therapy Networker. 7703 13th Street NW, Washington, DC 20012, USA.

Anhang: Von einem der auszog, das Lernen zu lernen.

Unkommentiertes Beispiel: Ausgangsinformationen und ein Therapieprotokoll

Ausgangsinformationen

überwiesen von hausarzt datum * 12.03.88
* Telefon kasse * DAK

I. Anrufer

name geb(alt) beruf tel
* Herr X. (= Hr. X); 12.5.59 (29); Hilfsarbeiter xxxxx

adresse

* xxxxxxxxxxxx Stadt bei Gießen

anlaß des anrufs - aktuelles problem

* traumatische Kindheitserlebnisse, kann nicht lesen und schreiben, Alkohol- und Kontaktprobleme

II. Wer weiss von dem Problem? Mit wem sprechen sie über das Problem? Personen, die in das Problem eingreifen? (aufzählen)

name geb(alt) beruf wohnort tel

* Geschwister, Lebenspartnerin (31), Kollegen

III. Mit wem würden sie am liebsten über die Lösung ihres Problems sprechen? Wer wäre am nützlichsten? (aufzählen)

name geb(alt) beruf wohnort tel

* Lebenspartnerin, Therapeut

IV. Partner, Kinder und Verwandte (problembezogene Kommunikationspartner)

name geb(alt) beruf wohnort tel

* Frau Y (= Fr. Y.), (31) Sekretärin s.o. s.o.

V. Bisherige psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung

* keine

VI. Sonstiges

* Hr. X wirkt am Telefon etwas unsicher, aber sehr motiviert

VII. Abschluß der Therapie am

VIII. Zahl der Sitzungen

*

IX. Bewertung

X. Nacherhebung am

XI. Bewertung

*

Therapeutisches Interviewprotokoll

Therapeut * kd
Protokollant * rr
Datum * 11.07.88
Team * kd, eb, rr

Name / Sitzung

* Hr. X, Fr. Y. / 4.Sitzung

I. Vorbereitung

a. Gab es **neue Informationen** vor der Stunde?

* keine

b. Wurde die Sitzung vorbereitet (ankreuzen)

ja x

nein

(weiter mit Punkt I.c.)

(weiter mit Punkt II.a.)

c. Wurde **Video-Playback**

Protokoll x

zur Vorbereitung der Sitzung angewandt? (ankreuzen)

* Menschskind, wie kann man? *

d. Welche **bestätigende oder optioneneröffnende systemische Konstruktion** lag vor?

* keine

e. Lagen **sonstige Konstruktionen** vor (sys, rel, ind, r, vgz)?

* keine

II. Interviewprozess

a. **Anwesend**

HR. X / FR. Y

b. **Sitzordnung** (per Hand eintragen)

eb	kd	
Fr. Y	Hr. X	
..... (Einwegscheibe)		
rr		

c. Wie waren **Kln und Th miteinander abgestimmt**?

* Es wurde viel gelacht, lockere Atmosphäre

Die Anregungen wurden wechselseitig konstruktiv aufgenommen.

Die Klienten bieten Hr. X als Indexpatienten an, das Team geht darauf ein.

Was hat der Th **gefördert**?

* Hr. X konnte viel erzählen, stand im Mittelpunkt.

Wie ist es dem Th **gelingen**, bei den Kln eine **positive Erwartung** bezüglich des Verlaufs der Therapie zu auszulösen?

* kd: Gibt es noch etwas, einen Wunsch für die Zukunft, über was Sie sprechen möchten? (vorher hatten die Klienten erklärt, es habe sich vieles positiv verändert)

Beide reagieren auf die Frage analog mimisch erfreut, geben aber ausweichende Antworten.

Stimmen explizierte (metakommunikative) und nichtsprachliche (analoge) Kommunikation überein?

* Ja, angeregte Unterhaltung, viel Bewegung, ausdrucksvolle Mimik, Gestik bei kd und Hr. X

- d. Von welchen **(positiven) Veränderungen / Prozessen / Ereignissen** seit der letzten Sitzung **berichteten** die Familienmitglieder?

* Fr. Y: X weiß jetzt mehr mit sich anzufangen, wenn ich nicht da bin (auf Fortbildungsveranstaltung). Fr. Y fühlt sich entlastet.

Hr. X: Was war, interessiert nicht mehr ... (bezieht sich auf seine belastende Vergangenheit)

Beide berichten explizit, die therapeutischen Gespräche hätten ihnen gut getan.
Hr. X möchte Lese- / Schreiblernkurs wechseln, da er sich in dem aktuellen Kurs unterfordert fühlt.

- e. Welche **(positiven) Veränderungen** seit der letzten Sitzung **beobachteten** die Teammitglieder?

* Beide wirken sehr gelöst.

- f. Welche **(positiven) Veränderungen vermuteten** die Teammitglieder sonst noch?

* Es findet mehr Austausch über Probleme zwischen den beiden statt.

- g. Welche **(Selbstbestätigung auslösenden und / oder optioneneröffnenden) FRAGEN** stellte der Th und wie **ANTWORTETEN** die Kln?

* kd: Was ist bei Ihren Überlegungen rausgekommen? (Sie sollten sich überlegen, was sie von uns möchten, was wir ihnen helfen können. Sie sollten nicht darüber sprechen.)

Hr. X: Ich will einfach darüber reden, das hat mir gut getan. Was war, interessiert nicht mehr. Ob ich lesen und schreiben lerne, da habe ich meine Bedenken. Manchmal geht es gut, manchmal denke ich, ich bin bescheuert.

Fr. Y: Was bei den Gesprächen rauskam, über die Bildung, war gut, was ich so von ihm erfahren habe. Er hat meine Fortbildung akzeptiert. Ich würde gerne noch über die Vergangenheit sprechen, über das Leistungsbewußtsein seines Vaters, daß er das nachahmt.

kd: Gibt es noch einen Wunsch für die Zukunft, worüber Sie sprechen möchten? Fr. Y: Fällt mir nichts ein.

Hr. X: Mein Lesen, meine Unsicherheit. Wenn ich lese, sagt mein Lehrer, bin ich total verkrampft, als ob ich einen Baum ausreißen möchte.

kd: Könnte es sein, daß K. mit seiner Leseunsicherheit kokettiert?

Fr Y: Er ist ein lustiger Typ. Das ist schwer zu unterscheiden. Manchmal kriegt er wirklich kein Wort raus.

Hr. X: Ich fühle mich unsicher, mal klappt es, mal nicht. Kokettieren - ich glaube nicht, das ist doch Blödsinn ...

* Menschenskind, wie kann man? *

kd: Warum Blödsinn, das kann doch auch Vorteile haben, I. ist mütterlich, ist sehr an Kindern interessiert ...

- Hr. X protestiert belustigt -

Fr. Y: Er liest zu Hause nur, wenn er seine Ruhe hat, wenn ich nicht um ihn herum bin.

- h. Welche sonstigen **wichtigen Themen und / oder Vorkommnisse** gab es vor oder während der Sitzung (auch negative)?

* Fr. Y und Hr. X haben beide ihre Aufgabe anders als vorgegeben verstanden. Sie haben es als vergangenheits-, gegenwartsbezogen verstanden, nicht zukunftsbezogen.

III. Teamreflexion

- a. Wie wurden die **problemformenden Wirkungsmuster** der kln **positiv konnotiert**?

* Leseunsicherheit - Kontakt halten, Beachtung suchen

Hr. X kann Lesen und Schreiben lernen, er braucht nicht den „Unbeholfenen“ zu spielen.

Bestätigung

Kompliment

Positive Umdeutung

* Sie können schreiben und lesen lernen, die Schwierigkeiten dabei sind eher auf Kontaktwünsche zurückzuführen ...

eb: Hr. X versagt, weil er bei seinen Bemühungen Verlassensängste produziert.

- b. Wurde eine **neue optioneneröffnende systemische Konstruktion** entwickelt?

* kd: Wenn Hr. X auf andere Weise befriedigende Kontakte schließt, ist es nicht nötig, beim Lesen den „Unbeholfenen“ zu spielen. Hr. X kann aus eigener Kraft lesen und schreiben lernen.

- c. Kristallisierte sich eine **optioneneröffnende therapeutische Botschaft** für die Kln heraus, die einen Konsens der Berater bildeten?

* siehe oben

Neukontextualisierung

Aufgabenvorschläge

Antizipation Der Wirkungen

* 1. Aufgabe: Hr. X soll in manchen Situationen den „Unsicheren“ spielen (auch bei seiner Partnerin).

2. Aufgabe: Hr. X soll feststellen, wann er versucht ist, Kontakt aufzunehmen, oder wann Leute mit ihm Kontakt aufnehmen (Stichwort: oberhessische Dickschädel).

d. **Reflexion** im Wortlaut:

* eb: Es wäre möglich, daß er sich mutlos zeigt und er sich so eine Ermunterung holt. Seine Leistungsangst macht ihm vielleicht Panik vor der Aufgabe. Er produziert vielleicht auch Verlassensängste, wenn er es nicht schaffen sollte ...

kd: Wenn er lesen kann, wenn er Erfolg hat, könnte er vielleicht H. (Privatlehrerin) verlieren ...

eb: Ich denke auch, daß das ein Aspekt sein könnte.

kd: ... wenn er sich jetzt entscheidet, seine Unsicherheit zu verlieren ... er darf nicht zu erfolgreich sein ...

IV. Reflexion der Reflexion

* Hr. X: Das stimmt, man kann nicht zwei Sachen auf einmal denken.

Hr. X: Wenn ich es kann, dann möchte ich H. loswerden. Es kostet mich einen Haufen Geld ... Fr. Y: H. ist beides, Bekannte und Lehrerin.

Hr. X: In Marburg Kontakt zu kriegen ist unmöglich. Ich habe es oft versucht. Ich finde das traurig (erzählt von seiner Zeit als Seemann und seinen Kontakten in H.).

kd: Ich habe auch so das Gefühl, hier in Oberhessen spricht man einen Tag miteinander, am nächsten Tag kennt man sich nicht mehr ...

Hr. X: Man kann ja nicht immer mit seiner Partnerin ...

a. Wie waren **Th und Kln miteinander abgestimmt**, wie wurde die **Botschaft akzeptiert** und gab es **auffällige Reaktionen** der **Kln**?

* metakommunikativ

Zwischen kd und Hr. X wurden einige Male (freundliche) „Frotzeleien“ ausgetauscht, Hr. X trumpfte selbstbewußt auf.

Die Botschaft wurde jedoch zweimal von Hr. X als „der größte Blödsinn, den ich je gehört habe“ abgetan.

Hr. X ist aber begierig, die Aufgabenvorschläge in die Tat umzusetzen.

analog

Hr. X schien von dem Gedanken stark belustigt.

b. Welche **Punkte** wurden seitens der Kln besonders angesprochen?

* Menschenskind, wie kann man? *

* Leseunsicherheit, schwierige Kontaktaufnahme, Nachhilfelehrerin H.

c. Entstand ein **neues Thema**, um das die Reflexion sich rankte?

* Thema

Hr. X's Beziehung zu H.

* von wem wurde es angesprochen?

kd

d. Neuer **Termin** / eingeladene **Personen**

* 26.06.88 / Hr. X, Fr. Y

V. Nachträge

a. **Bewertung des Interviews der therapeutischen Konversation im nachhinein:**

In welcher Relation stehen Interview, therapeutische Reflexion und die Reflexion durch Kln zur gewünschten Lösung der Kln?

* Es wurde im Gespräch eine Botschaft durch die Therapeuten formuliert, die Hr. X in eine Zwickmühle bringen könnte. Er lehnt die Botschaft ab, muß aber in seinem zukünftigen Leselernverhalten darauf Bezug nehmen.

b. Gibt es nach Abschluß der **therapeutischen Sitzung** andere **Refflexionen** über die Zusammenhänge als während der **Teamreflexion**?

* Es könnte der Effekt entstehen, daß aufgrund der impliziten und expliziten positiven Konnotation Hr. X ein „positives Übergewicht“ in der Beziehung erhält.

c. Gibt es neue **Therapieplanungen** - z.B. neue **optioneneröffnende IDEEN**?

* Wieviel Hilfe braucht Fr. Y? Wie kann ihr Hr. X helfen?

Wieso reagieren beide so vorsichtig auf Zukunftsüberlegungen?

d. **Sonstiges**

*