

ISSN 0949/3646

systema

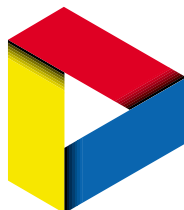
S O N D E R H E F T 1



Arist von Schlippe · Haja Molter · Norbert Böhmer

ZUGÄNGE ZU FAMILIÄREN WIRKLICHKEITEN

■ *Eine Einführung in die Welt
der systemischen Familientherapie*



Herausgeber:
Institut für Familientherapie Weinheim e.V.

Zeitschrift des Instituts für Familientherapie e.V. Weinheim

Sonderheft 1, 1995 · 9. Jahrgang · ISSN 0949-3646

Überarbeiteter Nachdruck 2000

Erscheinungsweise: dreimal im Jahr (plus evtl. Sonderhefte)
Für Mitglieder des Instituts für Familientherapie ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Preis eines Jahresabonnements DM 45,-.

Redaktion

Wolfgang Loth

Steinbrecher Weg 52 · 51427 Bergisch Gladbach
Tel/Fax: 0 22 04 / 2 38 84
e-mail: kopiloht@t-online.de

Haja Molter

Lochnerstraße 9 · 50674 Köln
Tel: 02 21 / 21 48 50 · Fax: 02 21 / 24 06 353
☎ 02 21 / 21 09 15
e-mail: haja.molter@if-weinheim.de

Hans Schindler

Wielandstraße 13 a · 28203 Bremen
Tel/Fax: 04 21 / 70 53 01
e-mail: schindle@uni-bremen.de

Dr. Arist v. Schlippe

Wielandstraße 15 · 49078 Osnabrück
Tel: 05 41 / 4 73 79 · Fax: 05 41 / 4 01 09
e-mail: arist.schlippe@if-weinheim.de

Copyright für dieses Heft: Arist von Schlippe

Gestaltung: DESIGNBÜRO SCHÖNFELDER · Essen



Gedruckt auf Recyclingpapier



Institut für Familientherapie e.V. Weinheim

Freiburger Straße 46
69469 Weinheim
Tel: 0 62 01 / 6 59 52 · Fax: 0 62 01 / 18 33 78
Internet: www.if-weinheim.de

Bankverbindung: Postbank Ludwigshafen
KTO 2153 48-675 · BLZ 545 100 67

Zugänge zu familiären Wirklichkeiten

Arist von Schlippe, Haja Molter, Norbert Böhmer

Dieses Sonderheft der Systema, der Zeitschrift des Instituts für Familientherapie, Weinheim, dient als Beiheft zu dem gleichnamigen Film, der als Produktion der Video-Cooperative-Ruhr 1994 von den drei Autoren herausgebracht wurde. Ziel des Films ist es, einen Einblick in die Vielfalt systemtherapeutischer Methoden zu bieten. Das vorliegende Heft soll hierzu Erläuterung und Hintergrundinformation bieten. Natürlich ergänzen sich Film und Begleittext, sie können jedoch auch unabhängig voneinander genutzt werden.

Weinheim, April 2000

Arist von Schlippe, Haja Molter, Norbert Böhmer

■ 1. EINFÜHRUNG.....	6
■ 2. VON DER FAMILIENTHERAPIE ZUR SYSTEMISCHEN THERAPIE.....	7
2.1 Klassische Modelle	7
2.2 „Kybernetik zweiter Ordnung“	11
2.3 Narrative Ansätze	14
■ 3. ZUGÄNGE ZU FAMILIÄREN WIRKLICHKEITEN: ZENTRALE METHODEN	16
3.1 Die Arbeit mit der Familienskulptur	16
3.2 Das zirkuläre Fragen	22
3.3 Die Arbeit mit Genogrammen	32
3.4 Das reflektierende Team	35
3.5 Die Arbeit mit Schlußinterventionen in der systemischen Therapie	36
3.6 Geschichten	39
3.7 Die positive oder auch wertschätzende Konnotation	40
3.8 Das Reframing	41
■ 4. SCHLUSS.....	43
■ 5. LITERATUR.....	44

Zugänge zu familiären Wirklichkeiten

Arist von Schlippe, Haja Molter, Norbert Böhmer

1. Einführung

„Systemische Therapie“ ist die Sammelbezeichnung für eine bestimmte Art des Denkens und Handelns, das vor etwa 40 Jahren mit der Familientherapie einsetzte und sich im Laufe der Zeit von dort her weiterentwickelt hat. Heute wird eher von systemischer Therapie bzw. systemischer Praxis gesprochen, um zum einen zu verdeutlichen, daß es nicht zwangsläufig die Familie sein muß, die im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, zum anderen, daß die Arbeitsfelder neben der therapeutischen Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen auch in Supervision und Organisationsberatung bis hin zur Politik liegen (ausführlich hierzu: Reiter et al. 1998). Der Film soll in das Methodenspektrum dieses weiten Feldes einführen.

In dem folgenden Text soll zunächst ein kurzer Überblick über die Entwicklung von der Familientherapie zur systemischen Therapie gegeben werden, anschließend werden zu den jeweiligen methodischen Bestandteilen des Filmes kurze vertiefende Erläuterungen gegeben und durch beispielhafte Literaturangaben ergänzt.

2. Von der Familientherapie zur systemischen Therapie

In den ersten 50 Jahren unseres Jahrhunderts und sogar z.T. bis heute war Psychotherapie eine Angelegenheit zwischen zwei Personen: TherapeutIn und KlientIn. Die Abstinenzregeln waren sehr streng, so daß über lange Zeit es kein Therapeut gewagt hätte, überhaupt Verwandte eines Klienten für ein gemeinsames Interview zu sehen. Dieses änderte sich langsam in den 50er Jahren. An verschiedenen Plätzen auf der Welt begannen mutige TherapeutInnen, mit Familien statt nur mit Einzelpatienten zu arbeiten. Sie riskierten nicht selten, dabei ihre Reputation zu verlieren, weil ein Scheitern der Behandlung vielleicht auch ein Ende ihrer Karriere als Psychotherapeut bedeutet hätte.

Als man begann, „Probleme“ mehr und mehr als Bestandteile sozialer Systemstrukturen wahrzunehmen und nicht als „Eigenschaften“ einzelner Personen, wurden die Veränderungen, die sich aus dem Perspektivenwandel ergaben, z.T. als so dramatisch erlebt, daß sie als „Paradigmawechsel“ bezeichnet wurden: psychische Störungen konnten nicht mehr als individuelle Prozesse gesehen werden, ja der Begriff „Krankheit“ selbst war - und ist - nicht mehr angemessen für Phänomene, die offensichtlich eng verbunden mit sozialen Prozessen sind (Reiter et al. 1998). Eine ausführliche Diskussion der Grundlagen der systemischen Therapie legte Schiepek (1999) vor.

2.1. Klassische Modelle

Die Familientherapie entwickelte sich zunächst in verschiedene Richtungen, viele Begründer und Pioniere könnten vorgestellt werden. Da dieses Vorhaben an dieser Stelle die Möglichkeiten übersteigt, sollen beispielhaft einige kurz erwähnt werden.

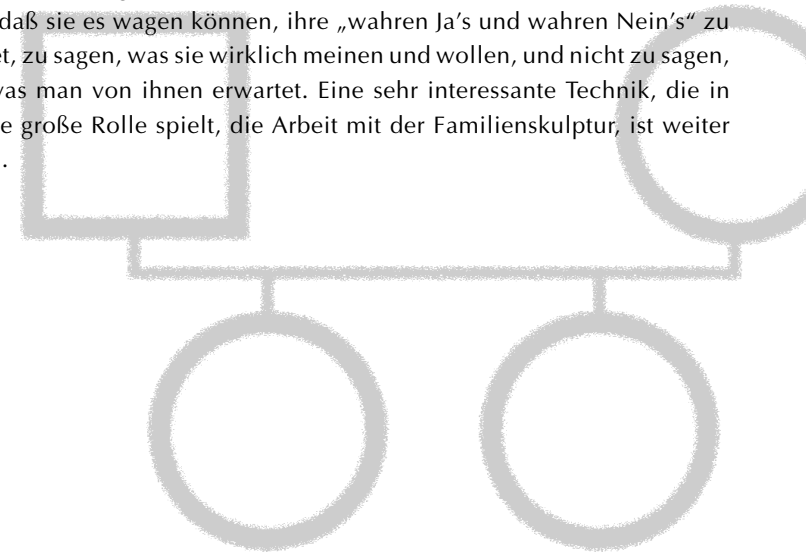
Salvador Minuchin und sein Modell struktureller Familientherapie waren sehr berühmt in den 70er und frühen 80er Jahren. Minuchin arbeitete anfangs mit unterprivilegierten Familien (sein erstes Buch war „Families of the Slums“) und dann mit Familien mit psychosomatischen Patienten, vor allem magersüchtigen Patienten (Minuchin et al. 1981). Minuchin sah sich in der gleichen Situation wie ein ethnologischer Forscher, der einen unbekanntem Stamm in Afrika untersucht: Jede Familie hat ihre eigene Kultur, der eine jeweils spezifische Struktur unterliegt. Der Therapeut muß zu dieser Kultur Zugang bekommen - „Zugänge zu Wirklichkeitskonstruktionen“. Dann, im Unterschied zum

Ethnologen, der sich bemüht, die Kultur so zu lassen, wie sie ist, geht der Therapeut von dem Veränderungsauftrag der Familie aus und sucht nach Wegen, die Strukturen und damit die Kultur zu verändern. Minuchins Arbeit ist vor allem aufgebaut auf dem Konzept der Grenzen und der Hierarchie: Wie sind die Grenzen zwischen Eltern und Kindern (Generationsgrenzen)? Wie sind die Subsysteme organisiert (Subsystemgrenzen)? Funktioniert das elterliche Subsystem gut, oder ist ein Kind einbezogen? Entscheidet z.B. ein Kind, was zu tun ist, und Vater oder Mutter ist ausgeschlossen (eine sog. „heimliche Koalition“)? Das Minuchin-Modell basiert damit auf einem explizit normativen Fundament: Familien funktionieren gut, wenn die Hierarchien intakt sind und wenn die Grenzen weder zu schwach, also diffus (Verstrickung) noch zu starr (Loslösung) sind. Sie sollten balanciert sein. Der Therapeut kann eine Menge Techniken benutzen, um die Grenzen herauszufordern. Minuchin ist bekannt geworden für seinen provozierenden Stil: „Ah, ich sehe, Du brauchst gar keine eigene Stimme, Du hast ja Deine Mutter, die Deine Stimme darstellt“ oder: „Da kommt die Familie wieder, wo die Türen nicht geschlossen sein dürfen!“ oder gar: „Wie haben Sie es nur geschafft, sich solche Monster großzuziehen?“ (an eine Mutter, die sich gegenüber ihren halbwüchsigen Kindern nicht durchzusetzen traut). Neben der Unterstützung der Generationsgrenzen arbeitet die strukturelle Familientherapie mit strategischen Allianzen, Rollenumkehr usw. Auch wenn die Kritik an der Normativität des Konzeptes mittlerweile dazu führte, daß die Attraktivität des strukturellen Modells zurückgegangen ist, so können doch viele Überlegungen z.B. über Grenzen und Subsysteme bis heute hilfreich sein, die Komplexität des familiären Geschehens zu reduzieren.

Ein anderer Ansatz leitete sich von der psychoanalytischen Denkweise ab. **Ivan Boszormenyi-Nagy** bzw. in Deutschland **Helm Stierlin** entwickelten ein Modell, das sich besonders auf intergenerationale Loyalitäten bezieht (Boszormenyi-Nagy und Spark 1981). Die Dynamik von Bindung und Ausstoßung von Familienmitgliedern wurde gesehen unter der Perspektive, wie sich transgenerational „Konten“ von Vermächtnissen von Familien führen lassen und die Frage, ob ein Vermächtnis erfüllt wird oder nicht, wird als Kernfrage dafür angesehen, ob jemand aus dem System ausgeschlossen wird oder nicht. Der Therapeut selbst folgt in diesem Modell der psychoanalytischen Regel, daß der Patient alles sagen sollte, was in seinem Kopf herumgeht, ohne es zu zensieren: „Sprechen Sie so mutig, wie Sie können, über Dinge, die Sie bislang nicht wagten anzusprechen“. Helm Stierlin und mit ihm seine Arbeitsgruppe haben dieses Modell als „**Heidelberger Modell**“ weiterentwickelt und sich mittlerweile

von vielen Vorstellungen (insbesondere den explizit psychoanalytischen) entfernt. Mehr und mehr wurden viele Aspekte neuerer systemischer Therapie integriert, vor allem vom Mailänder Modell und den Ansätzen der Kybernetik 2. Ordnung (s. Abs. 2.2.), als Beispiel aus neuerer Zeit empfehlen wir Weber u. Stierlin 1989 oder auch Stierlin 1994.

Neben anderen war **Virginia Satir** wichtig für den sog. entwicklungsorientierten oder erlebniszentrierten Ansatz (z.B. Satir 1990). Konzepte aus dieser Richtung orientieren sich an der Humanistischen Psychologie, einem optimistischen Modell des Menschen und der Menschheit selbst: Die Vorstellung, daß der Mensch von Grund auf gut sei und in der Lage, mit den Schwierigkeiten des Lebens fertigzuwerden in einer Weise, die auf Respekt und Liebe basiert, wenn der Betreffende die Möglichkeit hat, sich wirklich frei zu entscheiden. In ihrem Ansatz ist der Selbstwert einer Person der Schlüssel aller Phänomene unseres geistigen und sozialen Lebens. Eine Person, die gelernt hat sich wertzuschätzen, wird in der Lage sein, kongruent und klar zu kommunizieren und alle Probleme im Respekt für die Freiheit des jeweils anderen lösen. Therapie wird in diesem Konzept gesehen als eine Möglichkeit, Menschen zu helfen, einen stabilen Selbstwert zu entwickeln, so daß sie es wagen können, ihre „wahren Ja's und wahren Nein's“ zu sagen, das bedeutet, zu sagen, was sie wirklich meinen und wollen, und nicht zu sagen, was sie denken, was man von ihnen erwartet. Eine sehr interessante Technik, die in diesem Ansatz eine große Rolle spielt, die Arbeit mit der Familienskulptur, ist weiter unten beschrieben.



Das „**Mental Research Institute**“ in Palo Alto, Kalifornien, hatte großen Einfluß auf die Entwicklung der systemischen Therapie. U. a. gehörte Virginia Satir zu den Gründungsmitgliedern und neben anderen haben dort Bateson, Watzlawick und Haley gearbeitet – gerade von letzteren sind Impulse in Richtung der strategischen systemischen Therapie und auch der Hypnotherapie gekommen. In der Familientherapie hatte das MRI einen großen Einfluß auf die Entwicklung des **ersten Mailänder Modells**, vor allem auf **Mara Selvini Palazzoli** und ihre Gruppe. Ihr Buch „Paradoxon und Gegenparadoxon“ (1977) verursachte eine große Irritation im Bereich der Psychotherapie. Denn in diesem Buch wurde behauptet, daß mit Mitteln der Familientherapie auch schwerste psychische Störungen wie Schizophrenie geheilt werden könnten. Den paradoxen Handlungsauftrag der Familie: „Nimm uns das Symptom, aber verändere uns auf keinen Fall!“ beantworteten die Therapeuten des Mailänder Modells mit dem Gegenparadox: „Ja, wir werden Euch verändern, aber unter der Bedingung, daß Ihr Euch nicht ändert“. Praktisch bedeutete dies, daß die Familien mit einem Schlußkommentar konfrontiert wurden, der meist zwei Elemente enthielt:

- *Eine positive Konnotation von allem, was die Familienmitglieder taten, indem es als ein Weg definiert wurde, um für den Zusammenhalt der Familie zu sorgen. (Diese sog. positive Konnotation ist nicht so einfach zu bewerkstelligen, wie es hier vielleicht klingen mag. Die Konnotationen müssen nachvollziehbar und logisch sein, vgl. weiter unten im Text).*
- *Eine paradoxe Aufgabe für die Familie, die meist in einer „No change“-Intervention besteht, etwa so:
„Im Moment scheint es uns noch zu früh, um Ihnen eine Veränderung vorzuschlagen. Wir denken, daß Sie zumindest in der nächsten Zeit alles so lassen sollten, wie es ist, der Zusammenhalt in der Familie ist im Moment wichtiger als alles andere!“*

In Kombination mit einer anderen zentralen Methode des Mailänder Modells, dem zirkulären Fragen, diente dieser Kommentar als eine Art „kommunikative Bombe“ (Kriz 1985) und führte zu dramatischen Veränderungen auch bei schweren und chronischen Symptomen.

Das Mailänder Modell ist auch bekannt für das „Zweikammersystem“ der Familientherapie, ein Modell, das inzwischen weltweit kopiert wurde: Zwei Therapeuten (heute meist nur einer) arbeiten mit der Familie, das Team beobachtet das therapeutische System durch einen Einwegspiegel im Nebenraum und achtet darauf, daß der Therapeut die therapeutische Position nicht verläßt (z.B. indem er/sie zu entsprechenden Momenten per Telefon einen Hinweis bekommt oder aus dem Raum gerufen wird). Die Schlußintervention (genauer s.u.) wird i.a. in einer ausführlichen Teamdiskussion hinter der Scheibe entworfen und anschließend der Familie gegeben.

2.2. „Kybernetik zweiter Ordnung“

Die verschiedenen familientherapeutischen Modelle wurden im Laufe ihrer Entwicklung herausgefordert durch eine Debatte, die vornehmlich eine erkenntnistheoretische war. Viele Aussagen der frühen Familientherapie-Ära, die sich auf Vorstellungen bezogen, daß die Familie ein im Sinne der Systemtheorie organisiertes Gebilde sei, wurden dahingehend kritisch hinterfragt, daß sie zu wenig die Rolle desjenigen berücksichtigen, der die Familie erst als ein solches Gebilde beschreibt, also die Rolle des Beobachters, des Therapeuten. Zu oft – wie z.B. in den normativen Vorstellungen des Minuchin-Modells – wurde eine bestimmte sozusagen „objektive“ Position eingenommen, von der aus der Therapeut sich das Recht herausnahm, die Familie aktiv und bewußt, z.T. strategisch, zu verändern. Besonders kraß spiegelte sich diese Haltung in bestimmten Aussagen der Mailänder Gruppe wider, wenn z.B. die Familien wie „Feinde“ gesehen wurden, deren „Strategien“ und „Manöver“ es gelte zu durchkreuzen, die ständig darauf aus wären, den Therapeuten seiner Macht zu berauben o.ä. (s. die kritische Reflexion in Boscolo et al. 1988). Kritisch hinterfragt wurde nun, wie Therapeuten auf der einen Seite systemisch denken können und sich auf der anderen Seite aber verhalten, als wenn sie selbst nicht Teil des Systems wären. Wenn sie sich nun aber andererseits als Teil des Systems sehen, wie können sie versuchen, das System in einer Weise zu verändern, als seien sie draußen?

Die Formulierung des Konstruktivismus führte in die gleiche Richtung. Konstruktivismus ist die Bezeichnung für eine Vielfalt von ähnlichen Ansätzen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie menschliche Erfahrung zustande kommt, wie eigentlich das entsteht, was wir gewohnt sind als Realität zu bezeichnen. In dieser Theorie, und noch deutlicher in der (dem Konstruktivismus verwandten) Theorie des „**Sozialen Konstruktivismus**“ (z.B. Gergen 1990) wird viel Gewicht darauf gelegt, daß Realität nicht das ist, was sie uns zu sein scheint, sondern eine soziale Konstruktion sozialer Akteure. Wenn das korrekt ist, dann gibt es keine Basis, auf der der Therapeut das Recht hätte, der Familie zu sagen, wie sie sein sollte: denn er erlebt das als „wirklich“, was er in seinem sozialen Bezugssystem als wirklich zu sehen gelernt hat, die Familie kommt von einem anderen Bezugsrahmen her, doch eine Entscheidung über „besser“ oder „schlechter“ kann wiederum nur eine neue soziale Übereinkunft sein. Die Art wie ein soziales System seine Realität konstruiert, kann zwar hinterfragt werden, kann vielleicht auch verstört werden, aber sie kann nicht zielgerichtet in eine Richtung verändert werden, die ihrerseits nur wieder eine andere Art sozialer Konstruktion ist (als ein Beispiel für die zahlreichen Bücher über diese Debatte empfehlen wir hier den Sammelband von Watzlawick und Krieg 1991).

Diese Diskussion führte zu einer veränderten Sichtweise davon, was Systeme „sind“. Systeme wurden nicht mehr gesehen als objektiv existierend, sondern ihrerseits selbst als eine Art von Konstruktion, von Beschreibung: Ein System ist nicht ein Etwas, das sich einem Beobachter präsentiert, es ist ein Etwas, das von ihm erkannt wird (Maturana). Nun rückt damit die Sprache in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Die Rolle der Sprache für die Konstruktion sozialer Wirklichkeiten, „Multiversen“ (anstelle eines Universums) wurde fokussiert. Und man sprach über die Frage, wie bestimmte Sprachspiele in einer Weise herausgefordert werden könnten, ohne daß man seinerseits gewaltsam ein System zwingen würde, ein anderes Sprachspiel zu übernehmen (Boscolo et al. 1993). Therapie wurde weniger als eine Möglichkeit gesehen, Menschen zu verändern, sondern vielmehr als ein Rahmen, der es ermöglicht einen Kontext zu schaffen, in dem Veränderung auftreten kann.

Besonders sind hier zu nennen **Luigi Boscolo** und **Gianfranco Cecchin**, zwei Mitglieder des Teams von Selvini Palazzoli, die nach der Trennung der Mailänder Gruppe Anfang der 80er Jahre ihre Konzepte veränderten. Beide hatten begonnen, verstärkt in die Ausbildung zu gehen (anders als Selvini Palazzoli, die sich Forschungsfragen widmete). Sie bemerkten in der Auseinandersetzung mit ihren Schülern, daß an privilegierten Instituten entwickelte Modelle nicht ohne weiteres auf jeden beliebigen Kontext übertragbar waren. Dieses, so sagen sie, half ihnen, die invasiven und interventionistischen Teile ihres Modells mehr und mehr loszulassen. Konsequenz machten sie Schritte in Richtung auf ein Modell der hilfreichen und sinnvollen Konversationen. Die meisten der jetzt folgenden Modelle bauen auf diesen Gedanken auf (Boscolo et al. 1988).

Bedeutsam ist hier **Tom Andersen**, dessen Arbeit in die gleiche Richtung ging (1990). Er, ein norwegischer Therapeut, war unzufrieden mit dem Setting, welches das Zweikammermodell vorgab. Die exklusive Diskussion des Teams hinter dem Einwegspiegel wurde zunehmend als erniedrigend für die Familie erlebt und eher nicht als ein Kontext, der Kooperation nahelegte. So begann Andersen der Familie zu ermöglichen, der Diskussion des Teams zuzuhören (die Mikrofone wurden umgestellt, so daß die Familie die Gespräche des Teams im Nebenraum verfolgen konnte). Sie fanden heraus, daß dies allein bereits große Effekte hatte, und zwar Effekte, die Schlußinterventionen oder paradoxe Kommentare zu erübrigen schienen. So entstand das „**Reflecting Team**“ (RT) als eine alternative Methode zu Konzepten, die die Macht des Therapeuten in den Vordergrund stellten, wie das klassische Mailänder Modell oder auch der strukturelle Ansatz. Das RT-Modell sieht Therapie eher als einen Kontext von **Kooperation** als von **Macht**. Es wird ein Weg gesucht, wie Therapeuten, Team und Familie eng zusammenarbeiten können, um Lösungen für die aktuellen Probleme zu finden. Die Vielfalt der Anwendungsfelder ist in Hargens und v. Schlippe (1998) beschrieben. Die Methode des reflektierenden Teams ist im Film kurz dargestellt.

2.3. Narrative Ansätze

Die Diskussion gerade in den letzten Jahren ging auch noch in eine andere Richtung. Einige Therapeuten fragten, ob die Systemtheorie überhaupt nötig und angemessen sei, um menschliche, vor allem soziale Systeme, zu verstehen und zu modellieren. So begannen einige Therapeuten eher auf die Art und Weise der Erzählungen („Narrationen“) zu achten, die soziale Systeme konstituieren. Nicht nur die Sprache allein, sondern die Bedeutungsmuster, die durch diese Sprache vermittelt würden - und dies sind in sozialen Systemen eben Geschichten - bauen Realitäten in Systemen auf. Wirklichkeit besteht aus nichts anderem als Geschichten. Wenn man diesen Vorstellungen folgt, dann kann man fragen, von welcher Art die Geschichten sind, die jemand sich und seiner Umgebung über sich selbst erzählt. Oder es kann, z.B. mit dem australischen Therapeuten **Michael White** (1989), gefragt werden: Welchen Geschichten erlaubst Du Dein Leben zu regieren? Willst Du, daß diese Geschichten Dein Leben regieren? Und wenn nicht: Wie kann man diese Geschichtensysteme „dekonstruieren“, indem man alternatives Wissen findet, z.B. durch die Suche nach Ausnahmen: Wann hast Du Dich zum letzten Mal erfolgreich geweigert, der Geschichte zu glauben, daß Du immer der Verlierer bist? Wie hast Du das gemacht, diese Geschichte zurückzuweisen? Was war die Einladung, und wie hast Du „nein“ dazu gesagt? Und wer von all den Menschen, die Dich als Kind gekannt haben, würde am wenigsten erstaunt sein zu hören, daß Du das geschafft hast? Dieses Vorgehen führt direkt zu den Ressourcen einer Person und konzentriert sich überhaupt nicht auf Defizite.

Steve de Shazer, ein Therapeut aus Milwaukee, USA, entwickelte ein Modell, das er von der üblichen Weise systemischer Therapie/Familientherapie abgrenzt (z.B. 1989). Seine „**lösungsorientierte Kurztherapie**“ geht von der ersten Frage an direkt auf die Lösung und nicht auf das Problem (für eine ausführliche Einführung s. Walter u. Peller 1994). So kann er z.B. den Patienten, der hereinkommt und sagt: „Herr Doktor, ich habe eine Depression“ unmittelbar fragen: „Woher wissen Sie das?“ und: „Haben Sie diese Depression den ganzen Tag, 24 Stunden, auch wenn Sie schlafen?“ Auch hier geht es darum, nach Ausnahmen zu fragen, damit eine neue Geschichte aufzubauen und die Problemschilderung von der Lösungsseite aus anzugehen. Sein zentraler Satz ist: „Problem talk creates problems, solution talk creates solutions!“

Besonders bekannt geworden ist aus diesem Ansatz die „**Wunderfrage**“, eine andere Form, nach Ausnahmen zu fragen, die noch gar nicht passiert sind: „Wenn das Problem durch ein Wunder plötzlich weg wäre: Was würden Sie am Morgen danach als erstes anders machen? und dann?“ Wichtig ist, das, was dann danach passiert, genau zu erfragen: „Was würden Sie danach als erstes anders machen? Und dann? Was würde Ihr Mann/Ihre Frau/Ihr Kind/Ihr Chef anders machen, woran würden Sie wiederum das erkennen? Wie werden diese Menschen auf Ihr verändertes Verhalten verändert reagieren? Wer wäre davon am meisten überrascht? Und wenn dann nach dem Wunder zwei Monate/ein halbes Jahr/fünf Jahre vergangen sind, wie würden Ihre Beziehungen sich dann verändert haben?“

Diese Wunderfrage erzeugt zwei Effekte. Sie ist so unverbindlich, daß man Veränderungen phantasieren kann, ohne sich sogleich für deren Herstellung verantwortlich fühlen zu müssen. Und dann stellt man natürlich fest, daß das, was man nach dem Wunder tun würde, nichts Übernatürliches ist, sondern meistens ganz konkrete handfeste Tätigkeiten, von denen man zumindest z.T. einige auch bereits jetzt vollziehen kann. So kann es dann ggf. auch möglich sein, einem Klienten vorzuschlagen, sich für eine Viertelstunde am Tag einmal so zu verhalten, als sei dieses Wunder bereits eingetreten.

Andere Standardinterventionen aus diesem Ansatz sind z.B.

- *die Aufgabe in der ersten Sitzung, daß der Klient bis zum nächsten Termin auf die Dinge achten soll, von denen er/sie möchte, daß sie sich möglichst oft ereignen (es wird berichtet, daß in etwa 90% der Fälle Klienten dann von Ereignissen berichten, die sie als positiv erlebt, und über die ansonsten gar nicht gesprochen worden wäre)*
- *die „Überraschungsintervention“: Sie besteht einfach in der Aufforderung, sich „anders“ zu verhalten als gewohnt. Einem zerstrittenen Paar kann z.B. die Aufgabe gegeben werden, täglich einmal den anderen völlig zu überraschen, sich also in einem gewohnten Muster überraschend anders zu verhalten (nach Weiss 1988).*

3. Zugänge zu familiären Wirklichkeiten: zentrale Methoden

Nach diesem kurzen Überblick über familientherapeutische Modelle, also über die Wurzeln der unterschiedlichen familientherapeutischen Methoden, soll im folgenden kurz in einzelne Methoden intensiver eingeführt werden.

3.1. Die Arbeit mit der Familienskulptur

Die Technik der Familienskulptur gehört sicher zu den interessantesten erlebnisintensivierenden Methoden, die die Familientherapie entwickelte. Über die Aufgabe, die Beziehungen der Familie in Haltung und Position darzustellen, wird ein ganzheitlicher Zugang zu dem komplexen System „Familie“ auf unterschiedlichen Ebenen ermöglicht. Die auf diese Weise geschaffene symbolische Repräsentation der Familienbeziehungen kann weitgehend ohne Rückgriff auf die Sprache verstanden werden. Damit bietet sich die Skulptur als Technik an, die in ihrer Handlungssymbolik unabhängig von der jeweiligen Altersstufe, der jeweiligen Schichtzugehörigkeit und den damit verbundenen sprachspezifischen Problemen sowie unabhängig von der jeweiligen Symptomatik/Problematik einsetzbar ist. Sie umgeht viele Abwehrformen wie Rationalisieren und Intellektualisieren und führt daher oft schneller zu den wesentlichen Themen der Familie (Schweitzer und Weber 1982, v. Schlippe u. Kriz 1993). Gleichzeitig ist die Skulptur eine Technik, die es ermöglicht, familiäre Abläufe in ihrer Gleichzeitigkeit sowie der gegenseitigen Bezogen- und Bedingtheit der Teilprozesse darzustellen. Dazu bedarf es oft nicht einmal eines besonders großen Aufwands:

Beispiel: In einem Familiengespräch im Rahmen eines Seminars, das V. Satir leitete, beginnt die Mutter, sich über die Tochter zu beklagen und diese anzugreifen. Satir unterbricht: „Ich möchte Ihnen einmal zeigen, was ich gesehen habe, darf ich?“ Und dann nimmt sie die Hand der Mutter und fordert sie auf, mit ausgestrecktem Finger auf die Tochter zu zeigen. Auf die Frage an die Tochter, was sie tue, wenn die Mutter sich so verhalte, dreht diese der Mutter den Rücken zu. „Ist es das, was Sie erreichen wollen?“, fragt Satir die Mutter. Diese verneint, Satir läßt die Mutter das Bild stellen, was ihr vorschwebt: die Tochter steht ihr gegenüber und blickt ihr offen ins Gesicht. „Wie können Sie erreichen, daß Ihre Tochter das tut?“ Die Mutter verwandelt den anklagenden Finger in die offene Hand - und es wird möglich, über die Bedürfnisse, Wünsche und Sehnsüchte der beiden Menschen aneinander zu sprechen.

Gerade zu Beginn einer Familientherapie empfiehlt es sich, eher beiläufig „nebenbei“ einmal Skulpturelemente zu verwenden - z.B. über die Distanz der Stühle das Ausmaß von Nähe und Abstand zu bestimmen oder eine bestimmte Körperhaltung einnehmen zu lassen. Dann fällt später das Stellen einer größeren Skulptur leichter. Für diese ordnet am besten zunächst ein Familienmitglied, das nicht im Zentrum der Konflikte steht, die ganze Familie ohne Worte so im Raum an, daß sich eine aus seiner Sicht stimmige Repräsentation der (insbesondere auch: emotionalen) Beziehungsstruktur der Familie ergibt - wie ein Bildhauer, der eine Skulptur baut. Wenn dieses Bild „steht“, ergänzen die Rückmeldungen der anderen über ihre Gefühle, über Stimmigkeit und Unstimmigkeit das Bild, das dann entweder entsprechend verändert werden kann, oder es bleibt als Bild Repräsentant für eine der vielen Perspektiven in der Familie stehen: „So erlebt eben X die Familie in diesem Moment“.

Schweitzer und Weber (1982) geben einige Grundelemente für die Skulpturarbeit an, der Therapeut kann durch entsprechende Fragen das stellende Familienmitglied unterstützen:

- *Räumlicher Abstand als Symbol für emotionale Nähe: wer steht wem wie nah, wie fern?*
- *Oben/unten als Symbol der hierarchischen Strukturierung: wer setzt sich am stärksten durch, steht vielleicht gar auf einem Podest (Stuhl o.ä.)? Wer steht ganz unten in der familiären Entscheidungshierarchie, sitzt vielleicht auf dem Boden oder einem Stuhl?*
- *Mimik und Gestik als Ausdruck differenzierter Familienstrukturen: wer faßt wen an? Wer guckt wohin? Wer steht evtl. gebeugt und mit geballten Fäusten da, wer gerade mit offenen Händen? Wer rüttelt heimlich am Fuß des „auf dem Podest“ stehenden Mitglieds? usw.*

Der „Bildhauer“ wird ermutigt, all diese Grundelemente zu verwenden, auszuprobieren und zu verändern, bis er/sie zufrieden ist. Anschließend werden alle Familienmitglieder aufgefordert, in der Position zu verharren und die damit verbundenen Empfindungen wahrzunehmen. Die von ihnen angegebenen Gefühle, ihre Änderungswünsche und Alternativskulpturen können dann Gegenstand einer intensiven Auseinandersetzung sein.

Hier bieten sich verschiedene mögliche Fragen an:

- *Was ist es für ein Gefühl, in dieser Position zu sein? Paßt es zu dem Gefühl, das der/die Betreffende in der Familie hat? (an jeden)*
- *Wußten Sie/ wußtest du, daß der „Bildhauer“ die Familie so sieht?*
- *Wußten Sie/wußtest du, daß er Sie/dich so sieht?*
- *Stimmen Sie/stimmst du mit dem Bild überein? Was sollte geändert werden?*
- *Welche Veränderungen wünscht sich jeder, um sich besser zu fühlen?*

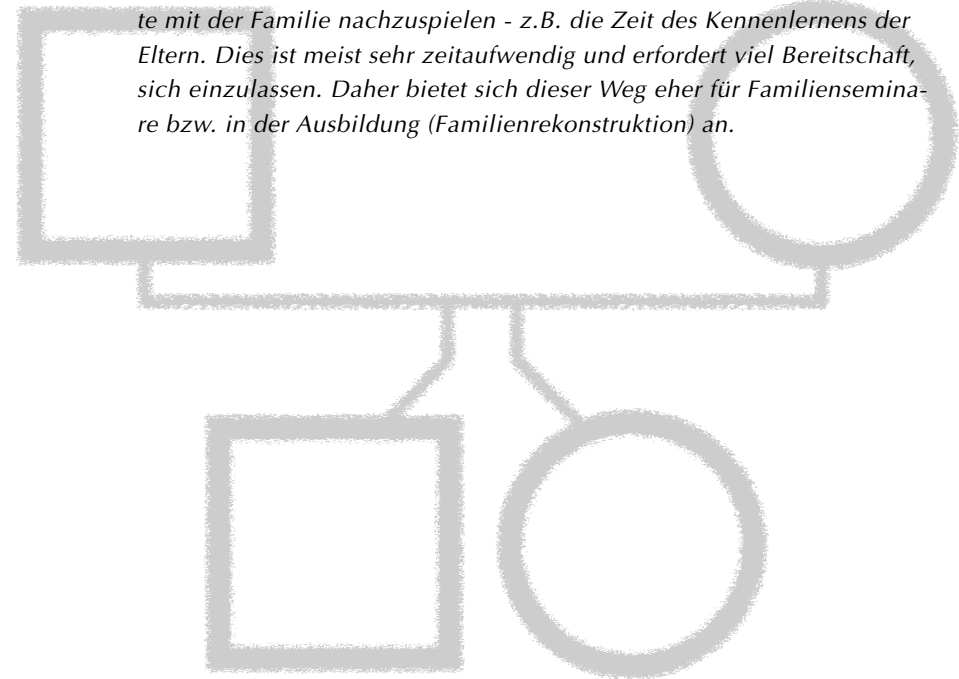
Gerade wegen der vielfältigen Möglichkeiten ist auch Vorsicht beim Einsatz der Skulptur angebracht: Therapeuten könnten sich nämlich verleiten lassen, zu schnell zu viel in der Skulptur unterzubringen oder eine problematische Skulptur nicht auszuhalten und zu früh zu einer Lösung hin zu treiben. Der Therapeut sollte sich zudem bewußt sein, daß die Skulptur die Strategien der Familie, sich zu schützen, unterlaufen kann. Daher sollte er/sie besonders darauf achten, die Integrität der Familie zu wahren. Gleichzeitig erfordert es durchaus Mut, die Familie zu solchen ungewöhnlichen Handlungen zu bewegen. Erleichtert wird dies durch den frühzeitigen Einsatz von Bewegung und kleinen Skulptureinheiten, sog. „Mini-Skulpturen“. Hingegen können Aufforderungen wie: „Ich habe da in der Ausbildung so eine komische Technik kennengelernt, wenn Sie unbedingt wollen, können wir sie ja mal versuchen...“ die Skulpturarbeit von vorneherein zum Scheitern verurteilen. Auf der anderen Seite kann ein leichter und selbstverständlicher Umgang mit der Skulptur auch Aktivität, Spaß und Freude in die Therapie bringen. Spielerisch kann auf diese Weise eine systemische Sichtweise der Familie nahegebracht werden: die Zirkularität von Verhalten in sozialen Systemen, eine Mehrgenerationenperspektive, die positive Bedeutung und der Sinn von Symptomen usw. Es ist jedoch nicht nur diese Seite, die in der Skulptur deutlich wird, oft zeigt sie der Familie auch überdeutlich, wo sie steht. Diese Konfrontation muß der Therapeut gemeinsam mit der Familie aushalten, wenn sie wirksam sein soll.

Zum Standardvorgehen sind eine Reihe von Erweiterungen und Differenzierungen möglich (v. Schlippe u. Kriz 1993):

- *Neben der Stellung der Skulptur durch ein Familienmitglied, (die „Inside-Out“-Perspektive), kann der Therapeut auch eine „Outside-In“-Perspektive einführen, wenn er/sie der Familie eine Rückmeldung geben möchte, wie er/sie diese im Moment erlebt: „Ich möchte Ihnen einmal ein Bild zeigen...“. Eine Simultan-Skulptur entsteht, wenn jedes Familienmitglied aufgefordert wird, sich im Raum so zu plazieren, wie es im Moment seine Beziehung zu den anderen erlebt.*
- *Der Austausch eines in der Skulptur stehenden Familienmitgliedes durch eine andere Person, z.B. den Co-Therapeuten, der seinerseits die mit der Position verbundenen Empfindungen und Impulse verbalisieren kann.*
- *Auch Mitglieder der erweiterten Familie können spielerisch miteinbezogen werden - z.B. durch Möbelstücke usw.*
- *Die Aufforderung an alle Familienmitglieder, sich eine Überschrift oder Metapher für die Skulptur auszudenken, kann die Atmosphäre noch einmal verdichten. In ähnlicher Weise kann der Einsatz von symbolischen Gegenständen den Grad der Involvierung noch steigern - z.B. die Verwendung von Bändern und Schnüren, die den Personen um Hand oder Fuß gebunden werden, um überstarke Verbindungen deutlich zu machen. Schnüre lassen sich auch einsetzen, um den „persönlichen Raum“ zu markieren, den eine Person für sich beansprucht.*
- *Wichtige Aufschlüsse ergeben sich aus Skulpturen vor und nach bestimmten gravierenden Familien-Lebensereignissen (z.B. dem Tod eines Großelternteils). Hierdurch wird deutlich, wie sich Beziehungen durch äußere Veränderungen neu konstellieren. Entsprechendes gilt für zu erwartende, evtl. befürchtete Zukunftereignisse - wie z.B. den Weggang eines Kindes aus dem Hause usw.*

- Bedeutsam für die Suche nach den familiären Ressourcen kann die Aufforderung sein, innerhalb der Skulptur eine Haltung, einen Platz zu suchen, der einer größeren Zufriedenheit entsprechen würde oder die Aufforderung, eine „Wunschskulptur“ zu stellen.
- Eine interessante Variante stellt die Möglichkeit dar, die Skulptur „lebendig“ werden zu lassen, indem Bewegungsabläufe gespielt werden. Bestimmte redundante Verhaltenssequenzen werden in Szene gesetzt und mehrfach wiederholt, oder jeder wird aufgefordert, in „Slow-Motion“ seinen Impulsen nachzugeben und gleichzeitig auf die Veränderung der anderen Familienmitglieder zu reagieren.
- In ähnlicher Weise kann auch der Zustand vor einer Symptombildung gestellt werden, und dann auch: wie könnte es aussehen, wenn jetzt das Symptom nicht mehr da wäre? In Familien, in denen ein bestimmtes Thema zum „organisierenden Prinzip“ geworden ist (sei es eine chronische Krankheit oder Sucht), kann auch dieses selbst als Person oder Gegenstand in die Skulptur eingebaut werden: was passiert z.B., wenn die Krankheit (symbolisiert durch einen Gegenstand), auf die alle gebannt starren, nicht mehr so nah bei der Mutter steht wie bisher?
- Sehr vorsichtig ist mit Worten in der Skulptur umzugehen. Ähnlich wie ritualisierte Bewegungen können auch Worte/Sätze ritualisiert und wiederholt werden. Dieses Vorgehen schafft eine konfrontative Dichte, die viele Emotionen auslösen kann: Beispiel: Bei einem geschiedenen Paar, das um ein Kind kämpft, stellt die Therapeutin eine Skulptur, in der beide Eltern am Kind zerran. Die Skulptur wird in Bewegung gesetzt: das Kind läßt sich einmal zu der einen, dann zu der anderen Seite ziehen. Schließlich bekommen beide Eltern Sätze: „Nur bei mir bist du sicher!“ und: „Du willst doch eigentlich zu mir!“ Das mehrfache Durchspielen der Bewegung und die Wiederholung der Sätze konfrontiert massiv das Muster der Einbeziehung des Kindes in den Paarkonflikt.

- Eine Skulptur kann auch in der Einzeltherapie eingesetzt werden, - etwa über leere Stühle, die Personen symbolisieren. Dadurch, daß der Klient/die Klientin sich in jeden Stuhl setzt, kann er/sie einen Teil der Gefühle in der jeweiligen Position nachempfinden.
- In Ausbildung und Supervision ist die Skulptur schließlich eine wichtige Technik zur Hypothesenbildung und zur Analyse der Position des Therapeuten im System. Hier stellt meist der Therapeut/die Therapeutin selbst das eigene Bild von der Familie und bekommt aus den Rückmeldungen der Rollenspieler entsprechende Hinweise.
- Schließlich können auch Szeno-Püppchen oder die Zeichnung „Familie in Tieren“ als Varianten der Familienskulptur angesehen werden.
- Eine Erweiterung stellt die Möglichkeit dar, ein Stück Familiengeschichte mit der Familie nachzuspielen - z.B. die Zeit des Kennenlernens der Eltern. Dies ist meist sehr zeitaufwendig und erfordert viel Bereitschaft, sich einzulassen. Daher bietet sich dieser Weg eher für Familienseminare bzw. in der Ausbildung (Familienrekonstruktion) an.



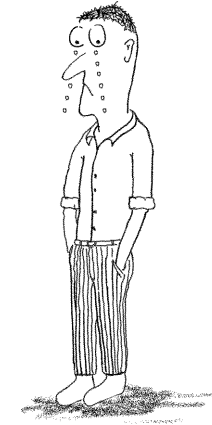
3.2. Das zirkuläre Fragen

Das zirkuläre Fragen wurde zunächst im Rahmen des Mailänder Ansatzes entwickelt und verwendet (Selvini Palazzoli et al. 1981), inzwischen gehört es zum Standard-repertoire systemischer Therapie (v. Schlippe u. Kriz 1993). Dieser Technik liegt eine Sichtweise zugrunde, nach der alles gezeigte Verhalten in einem sozialen System immer (auch) als kommunikatives Angebot verstanden werden kann: Bestimmte Verhaltensweisen, Symptome, aber auch die unterschiedlichen Formen von Gefühlsausdruck können zum einen als im Menschen ablaufende Ereignisse angesehen werden, darüber hinaus haben sie jedoch immer auch kommunikative Funktion und Bedeutung. Daher kann es interessant sein, diese kommunikativen Bedeutungen sichtbar zu machen. Statt den betreffenden Menschen ausführlich nach seinen eigenen Empfindungen zu befragen, kann man z.B. die **Wirkung** eines mitgeteilten Gefühls auf die anderen untersuchen. Konsequenterweise steht daher auch bei den Fragen bezüglich der Symptome der Aspekt im Zentrum, wie jedes Familienmitglied diese Symptome „versteht“, welche Erwartungen und Beobachtungen damit verbunden sind und wie letztlich darauf reagiert wird - z.B. wird ein Familienmitglied gebeten, die Reaktion eines anderen auf das Symptom zu beschreiben und seine Vermutungen über dessen Motive zu äußern.

„Man kann direkt fragen...: ‚Wie fühlst du dich?‘ Wir tun das nicht..., wir fragen jemand anderen: ‚Was denkst du, wie deine Schwester sich fühlt?‘ Ein Gefühl ist eine Botschaft an einen anderen. Und so fragen wir den, der die Botschaft empfängt, nicht den, der sie sendet. Und auch bei einer Beziehung ... fragen wir einen anderen: ‚Wie siehst du diese Beziehung?‘ weil auch eine Beziehung eine Botschaft an einen anderen ist.“ (Cecchin, Diskussionsbeitrag in: v. Schlippe, Kriz 1987, S. 39; übers. durch uns).

Ein Beispiel

Helmut weint:



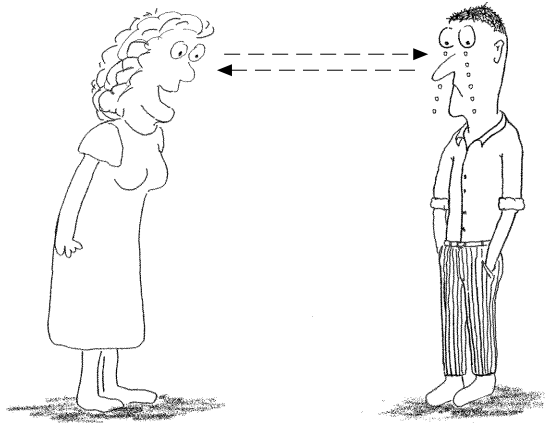
Im therapeutischen Kontext sind wir gewohnt, so zu fragen:



Therapeut

Klient

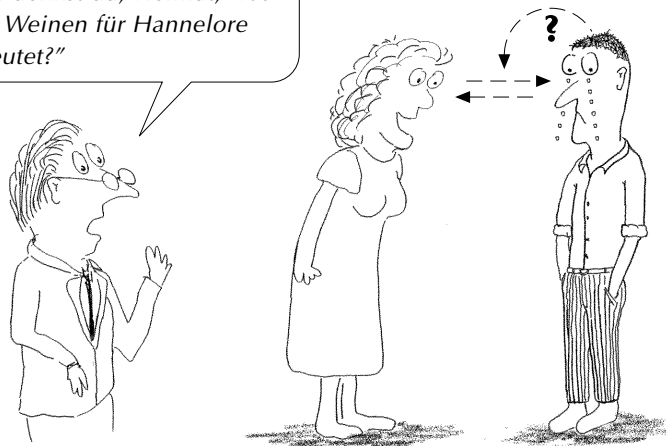
Eine solche Perspektive ist wichtig. Gefühle können als Ausdruck der Existenz einer Person wahrgenommen und wertgeschätzt werden. In dem Wort „Ausdruck“ steckt jedoch bereits mehr: Jedes Gefühl wird ausgedrückt - und kann dann auch als Botschaft von Jemandem an Jemanden verstanden werden:



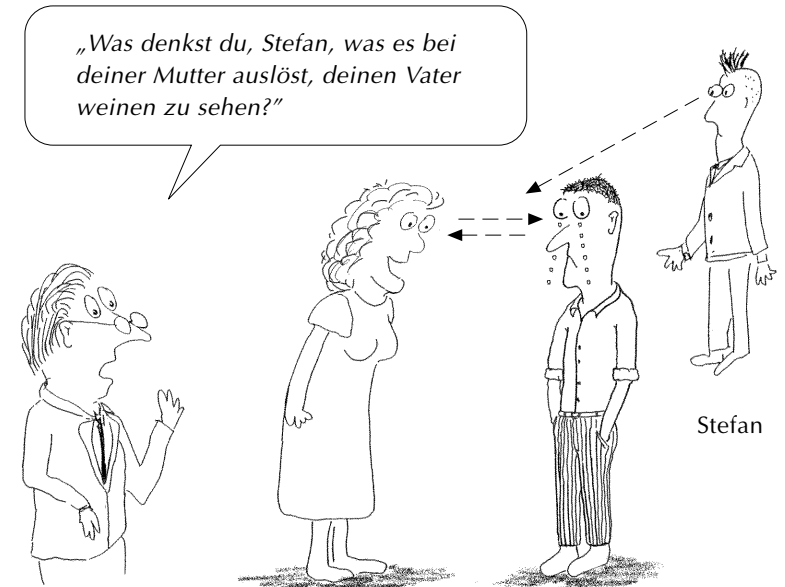
Helmut weint. Hannelore nimmt dies wahr, **und** Helmut weiß, daß Hannelore dies wahrnimmt.

Dieser kommunikative Aspekt wird in der üblichen Frage nicht berücksichtigt. Dafür braucht es eine andere Art von Frage:

„Was denkst du, Helmut, was dein Weinen für Hannelore bedeutet?“



Und es gibt immer Dritte, die auf die Beziehungen von zwei anderen schauen:



Mit dieser Fragetechnik entsteht **neue Information** im System: Helmut erhält eine Information über die mögliche Bedeutung seines Weinens für Hannelore, Hannelore erhält Information über die möglichen Intentionen von Helmut, und beide erhalten eine Rückmeldung über ihre Beziehung aus der Sicht von Stefan. Bei allen Beteiligten werden so neue Sichtweisen und Denkprozesse angeregt. Diese Art der Informationssammlung fragt nach Mustern, nicht nach Dingen, denn eine Krankheit ist kein „Ding“, sondern ein Prozeß, an dem, besonders im Bereich sog. „psychischer Krankheit“, Handlungen verschiedener Personen beteiligt sind: „Was tut Ihr Mann, wenn Ihr Sohn das tut, was Sie verhaltensgestört nennen?“, „Und wie reagiert der Sohn darauf?“, „Was macht Ihr Sohn anders, wenn Sie ihn für gesund halten?“. Auf diese Weise wird Krankheit entdinglicht, „verflüssigt“ (Simon und Weber 1988), und es wird möglich, die Verhaltensweisen, die sie bilden, in Beziehungskontexte zu stellen: „Für wen ist xy ein Problem?“ „Wer ist darüber am meisten beunruhigt, wer am zweitmeisten?“ (usw.), „Wer merkt es in der Familie zuerst, wenn xy auftritt?“

Im Folgenden sollen einige Kategorien von zirkulären Fragen vorgestellt werden. Es ist dabei wichtig, sich bewußt zu machen, daß diese Fragen nur in der Theorie trennbare Bereiche thematisieren. Im Gespräch selbst mischen sich die unterschiedlichen Frageaspekte. Das Gemeinsame an allen diesen Fragen ist zudem, daß sie der Herstellung und Verdeutlichung von Unterschieden dienen. Gerade in Familien, in denen jede Art von Unterschiedlichkeit angstbesetzt ist, kann bereits dies ein wichtiger therapeutischer Schritt sein, indem vermittelt wird, daß Unterschiede und Veränderungen akzeptierbar und zu erwarten sind.

Zur Problemdefinition

Neben der bereits erwähnten „Entdinglichung“ geht es hier darum, gemeinsam mit der Familie Unterschiede über die Art herzustellen, wie „das Problem“ gesehen wird: Wer empfindet das Problem am größten, wer am zweitgrößten, usw.? Hierbei können Prozente oder Skalen von 1-100 hilfreich sein, auch um Nuancen zu verdeutlichen („Sie sagen: ‚Beide gleich‘, überlegen Sie einmal - wer eher zu 49%, wer eher zu 51%?“):

- Für wen ist es ein größeres Problem?
- Wer hat es als erster als Problem bemerkt?
- Wer macht sich die meisten Sorgen?
- Was denken Sie, welche Verhaltensweisen von X es sind, die Y am meisten beunruhigen?
- Was macht X, wenn er/sie das tut, was Y als Problem erlebt?
- Sind sich alle in der Familie einig, daß es ein Problem ist?
- Was denken Sie, warum Dr. X empfohlen hat, hierher zu kommen?

Fragen nach problematischen Verhaltensmustern

Bei diesen Fragen geht es darum, die starren Bilder über „Eigenschaften“, die „in einer Person“ liegen, aufzulösen und stattdessen die Familienmitglieder für die Wahrnehmung von komplexen Verhaltensketten im Zusammenhang mit den Symptomen zu sensibilisieren:

- *Wenn X das tut, was Y so aufregt, wie verhält sich dann Z?*
- *Und was macht Y dann, wenn Z das und das tut?*
- *Was macht die Mutter, wenn X sich weigert, den Abwasch zu machen? Wie geht es dann weiter, wenn abends der Vater nach Hause kommt? Und wer ist es, der dann als erster widerspricht?*
- *Was denken Sie, was X tun muß, um den Vater zornig zu machen?*
- *Wenn ich das Problemverhalten aktiv herbeiführen wollte, was müßte ich tun?*

Fragen nach dem Vergleich

Symptome werden im systemischen Modell vielfach im Kontext von Übergängen im Lebenszyklus der Familie gesehen. Hier können zirkuläre Fragen helfen, die Veränderungen, die mit bestimmten Ereignissen in Zusammenhang stehen, zu verstehen:

- *Haben sich Ihre Kinder vor der Einschulung von X besser verstanden oder danach?*
- *Zeigte Monika das Verhalten, das Sie als aggressiv erleben, vor dem Tod der Oma häufiger als heute?*

Es ist auch möglich, Fragen nach dem Vergleich der An- oder Abwesenheit von Personen zu stellen:

- *Ist der Streit zwischen Ihrem Sohn und Ihrer Schwiegertochter stärker, wenn Ihre Enkelin im Hause ist oder nicht?*

Fragen zum raumzeitlichen Kontext des Problems

Hier geht es darum, die scheinbare Invarianz des Problems aufzulösen („immer...“, „nie...“) und zur Wahrnehmung von spezifischem Verhalten in spezifischen Situationen zurückzugelangen. Solche Fragen können durchaus denen in der Verhaltenstherapie ähneln - aber es geht hier nicht um die Erhebung von „korrekter“ Information für den Therapeuten, sondern darum, eine Vielfalt von verschiedenen, aber jeweils genauen Beschreibungen zu entwickeln:

- *Wann zeigt Ihr Sohn das Verhalten, das Sie psychotisch nennen?*
- *Ist Ihr Mann ständig depressiv, auch wenn er schläft?*
- *Angenommen, Sie fühlen für einen Moment lang Ihre Angst nicht, welches Gefühl würden Sie dann möglicherweise statt dessen wahrnehmen? Und woran könnte es Ihre Frau merken, daß Sie dieses neue Gefühl spüren?*

„Tratschen in Anwesenheit“

Diese Fragen werden auch als „triadische Fragen“ bezeichnet. Meist wird eine Person über ihre Wahrnehmung der Beziehung zwischen zwei anderen Familienmitgliedern befragt. Jeder denkt und vermutet in der Familie über die anderen etwas, was nicht ausgesprochen wird. Doch die Phantasien, die sich darum herumranken, sind oft bedeutsam für das Verhalten der Mitglieder. Das zirkuläre Fragen stellt einen Zugang dar für diese Ebene:

- *Was, meinen Sie, denkt Ihre Frau über das Verhalten Ihrer Mutter?*
- *Wer würde ihr da am ehesten zustimmen, wer am ehesten protestieren?*
- *Angenommen, X würde einmal ganz klar ausdrücken, was er/sie denkt, was wäre es? Und wie würde Y darauf reagieren?*
- *Vermutest du, daß die Beziehung zwischen deinem Vater und deiner Schwester besser ist oder zwischen deiner Mutter und deiner Schwester?*

Mit diesen Fragen lassen sich auch abwesende, ja sogar bereits verstorbene Personen einbeziehen:

- *Angenommen Ihr Mann wäre jetzt hier, was würde er sagen, wie er die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Mutter sieht?*

Tomm (1988) sieht den Wert dieser Fragen vor allem darin, daß die Perspektive eines Beobachters eingenommen und auf diese Weise ein reflexiver Prozeß initiiert wird.

Hypothetische Fragen

Therapeuten sind häufig empathisch dem Leid der Menschen gegenüber, mit denen sie arbeiten. Doch sollten sie eigentlich mindestens genauso empathisch gegenüber den Lösungen sein, die diese Menschen bislang gefunden haben und vor allem gegenüber den Möglichkeiten, die für die Betroffenen noch offenstehen.

Hier gilt es, der Tendenz des Systems, keinen Ausweg mehr zu sehen, entgegenzuwirken, indem kreative neue Möglichkeiten zirkulär eingeführt werden. Da man ein System nicht zu neuen Lösungen zwingen kann, ist die Form der Frage auch ein gutes Mittel, um spielerisch neue Wege anzubieten. Diese müssen nicht realistisch, ja nicht einmal realisierbar sein. In jedem Fall aber fügen sie ein neues Element hinzu: „Angenommen daß...“, „Gesetzt den Fall, daß...“, „Was wäre wenn...“. In jedem Fall ist es möglich, ggf. schnell wieder zurückzugehen: es war ja nur eine Frage, kein Vorschlag oder gar eine Hausaufgabe...

Diese Fragen ermöglichen somit ein unbedrohliches Probedenken und wirken daher der Angst vor Veränderung entgegen. Das hypothetische Fragen ermöglicht dabei, „frecher“ zu sein als sonst. Es wird dabei eine „Als-Ob-Realität“ entworfen, die niemanden festlegt. Die Struktur ist immer: „Was wäre wenn...?“ und: „Wer würde dann wie reagieren?“:

- *Gesetzt den Fall, Ihre Tochter würde sich morgen wieder entscheiden, zu essen. Wer würde als erster bemerken, daß es ihr wieder besser ginge?*
- *Wenn Sie sich vorstellen, die Entscheidung Ihrer Tochter, mit dem Essen aufzuhören, wäre eine Art von Protest - wogegen könnte sich dieser Protest am ehesten richten?*

- *Angenommen, Ihre Tochter würde im folgenden Jahr schwanger werden und heiraten, wie würde Ihr Mann darauf reagieren? Und Sie?*
- *Was wäre, wenn Ihr Sohn entscheiden würde, die Schule völlig aufzugeben und den Rest seines Lebens zu Hause bei Ihnen zu verbringen?*
- *Gesetzt den Fall, die Waschmaschine geht kaputt. Wer würde dann die Wäsche machen, wer würde helfen, wie würde die Familie dieses Problem bewältigen?*
- *Angenommen, deine Eltern würden sich tatsächlich scheiden lassen, bei wem würde deine Schwester dann am ehesten wohnen, bei Mama oder bei Papa?*
- *Angenommen Sie wollten es jetzt darauf anlegen, daß X das symptomatische Verhalten wieder zeigt. Was müßten Sie tun? Und wenn Ihre Frau das wollte, müßte sie etwas anderes tun oder dasselbe?*
- *Sie sagen, Ihr Sohn kann nicht für sich sorgen: angenommen er würde bei einem Schiffsunglück an eine unbewohnte Insel gespült werden; würde er überleben? Was meinen Sie? Und Sie?*
- *Wenn jetzt Mama krank werden würde und einige Zeit ins Krankenhaus käme - wie würde sich das auf die Beziehung zwischen Vater und Kindern auswirken?*

Allerdings ist bei diesem Vorgehen auch Vorsicht geboten: der Therapeut kann sich schnell verleiten lassen, in Richtung normativer Lösungen zu fragen. Daher empfiehlt es sich, sich hier gut selbst zu kontrollieren und offen bzw. zweiseitig zu fragen:

- *Gesetzt den Fall, das Problem bliebe noch fünf Jahre unverändert bestehen - wer würde das nach fünf Jahren am besten überstanden haben?*
- *Angenommen ein Ehepartner würde sich zu einer Trennung entschließen, wer wäre das am ehesten? Und wenn sie zusammenblieben, wer in der Verwandtschaft wäre darüber am meisten erstaunt?*

Eine Variante des hypothetischen Fragens ist das Fragen in die Zukunft:

- *Stellen Sie sich einmal vor, es wären fünf Jahre vergangen: welches der Kinder wird als erstes das Haus verlassen haben? Für wen wäre der Trennungsprozeß am schwierigsten?*

- *Wie werden eure Eltern ihr Leben gestalten, wenn die Kinder das Haus verlassen haben?*
- *Wir haben verstanden, daß du auf deine Eltern wütend bist und sie bestrafen willst: was denkst du, wann du sie genug bestraft hast - in einem Jahr, in zwei Jahren? (Implizit steckt in dieser Frage schon die potentielle Begrenzung und Handhabbarkeit eines Problems).*

Hypothetische Fragen können sich darüber hinaus noch auf Ereignisse beziehen, die völlig unmöglich sind. Diese sog. „existenziellen“ Fragen (Boscolo et al. 1988) eignen sich zum Aufdecken von Tabuthemen und verdeckten Phantasien in Familien:

- *Wenn Sie sich einmal vorstellen, Ihr Sohn wäre nicht geboren worden, Sie hätten ihn gar nicht gehabt, wie sähe Ihre Beziehung dann aus?*

Lösungsfragen, Fragen nach Ausnahmen

Aus der Kurzzeittherapie heraus entwickelte sich eine spezifische Anwendungsform des zirkulären Fragens, die an dieser Stelle Erwähnung verdient, wenngleich sie eigentlich zu den hypothetischen Fragen gehört. Die bekannteste, die „Wunderfrage“ wurde bereits erwähnt:

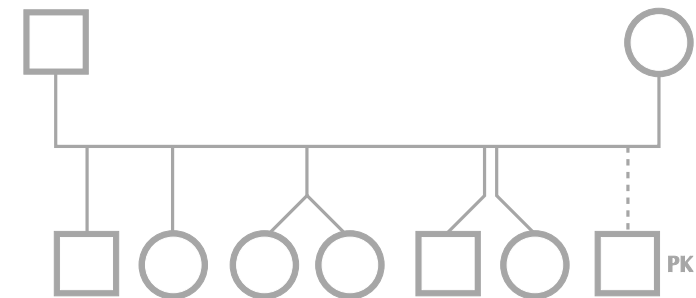
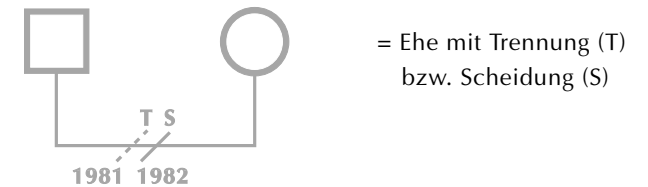
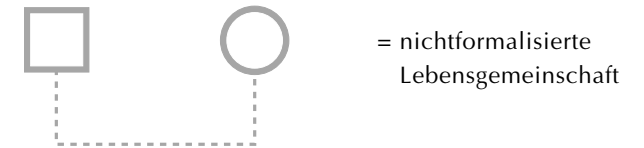
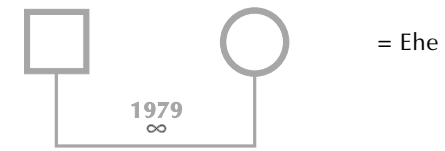
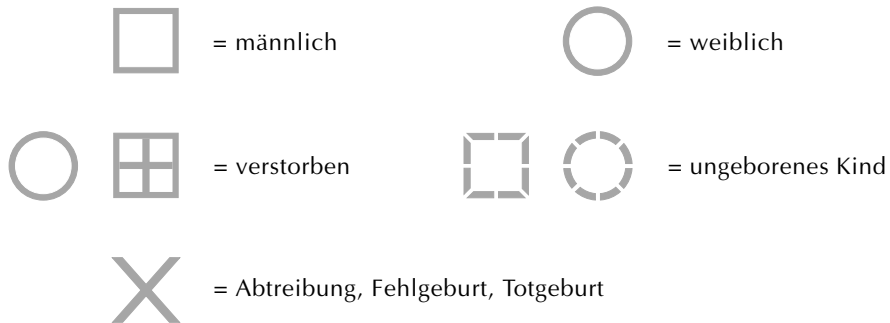
- *Gesetzt den Fall es würde heute Nacht (oder: nach dieser Stunde oder: an irgendeinem der kommenden Tage..) ein Wunder geschehen, und das, was Sie heute als Problem erleben, wäre verschwunden. Wer würde das als erster bemerken? Und woran?*
- *Wie würde er/sie darauf reagieren?*
- *Wie würde Ihr Leben weitergehen?*
- *Wer aus der erweiterten Familie, glauben Sie, würde am ehesten sagen: ich wußte daß er/sie es schaffen würde?*
- *Wer hätte die bessere Möglichkeit, wieder ins Problem einzusteigen?*
- *Was könnte der erste Zug sein, das „Spiel“ wieder von neuem zu beginnen?*

Bei White und Epstein (1990) finden sich Fragen nach Ausnahmen. Sie betreffen jeweils die in Familien vorkommenden Spontan-Fluktuationen - nämlich solche Situationen, in denen das Problem nicht auftrat, obwohl es dort „normalerweise“ und „typisch“ auftritt.

- Wann war das letzte Mal, daß Sie merkten, daß die Angst Sie eingeladen hat, sich Sorgen zu machen, und Sie sind trotzdem dieser Einladung nicht gefolgt?
- Woran könnte Ihre Frau dies bemerkt haben?

3.3. Die Arbeit mit Genogrammen

Genogramme dienen der übersichtlichen Darstellung von komplexen Informationen über Familiensysteme. Man benutzt dazu meist eine Zeichensprache, für die sich bestimmte Symbole eingebürgert haben (vgl. McGoldrick u. Gerson 1990, Heidl 1987, 1988):



= Familie mit einem Sohn, einer Tochter, einem eineiigen und einem zweieiigen Zwillingen sowie einem Pflege- bzw. Adoptivkind (PK oder AK)

Ein Genogramm umfaßt je nach Gesprächsverlauf bis zu drei Generationen, ausgegangen wird von der eigenen Herkunftsfamilie bzw. der Familie des Indexpatienten. Es können für jede Familienebene separate Blätter verwendet werden. In das Bild können dann wichtige Beziehungsdaten eingeschrieben werden:

- Name, Vorname, Alter bzw. Geburtsdaten, evtl. Todesdaten
- Daten der Heirat, evtl. auch des Kennenlernens, Daten von Trennung und Scheidung
- Wohnorte, Herkunft der Familie (z.B. „aus Pommern“), Ortswechsel
- Krankheiten, schwere Symptome, Todesursachen
- Berufe

Interessant können auch „weiche“ Informationen sein:

- drei Eigenschaften, die der Person zugeschrieben werden
- ein Begriff zur Kennzeichnung der jeweiligen Familienatmosphäre
- Hinweise auf bestimmte Streitfragen in der Familie (z.B. Eifersucht)
- Tabus: worüber wurde nicht gesprochen? Der Blick auf die „weißen Stellen“ im Genogramm ist sehr wichtig: Welche Ereignisse werden verschleiert?
- Krankheiten: McGoldrick und Gerson (1990) weisen auf die Möglichkeit des Einsatzes des Genogramms als Basisdokumentation in einer Familienärztlichen Praxis hin, auf der die Krankheiten verschiedener Familienmitglieder in ihrem zeitlichen Zusammenhang schnell deutlich werden.

Es ist möglich, bestimmte Teile des Genogramms durch Farben besonders hervorzuheben oder um besondere familiäre Ereignisse, Einflüsse oder transgenerationelle Muster zu ergänzen. Familienfotos oder auch Gegenstände (z.B. ein Tagebuch oder ein Werkzeug des Großvaters) können dazu beitragen, die „Kreise und Kästchen“ mit Lebendigkeit zu füllen.

Das Wichtigste im Genogramm bleiben jedoch die Geschichten, die gemeinsam in den Sitzungen zu den verschiedenen Genogrammdaten erzählt werden. Sie bilden den Hintergrund für ein neues Verständnis der Gegenwart.

3.4. Das reflektierende Team

Das reflektierende Team ist oben bereits erwähnt worden als ein Ansatz, der es ermöglicht, einen Kontext zu schaffen, in dem Veränderung geschehen kann. Das reflektierende Team ist von der Struktur her einfach zu handhaben und kann „nicht schaden“ wenn folgende Regeln beachtet werden:

- *Alles, was gesagt wird, wird in einer wertschätzenden Weise gesagt, Abwertungen werden strikt vermieden.*
- *Es wird eher vorsichtig, suchend, „konjunktivisch“ („es könnte sein...“) gesprochen als festlegend und diagnostizierend. Es geht nicht darum, die eine „richtige“ Erklärung zu finden, vielmehr ist es die aktiv aufrechterhaltene Vielfalt, die dem ratsuchenden System helfen kann, zu sehen, daß mehrere Perspektiven gültig sein und nebeneinander existieren können.*
- *Daraus folgt, daß jede Meinung, die anders ist, als die eigene, eher als Einladung betrachtet wird, weiter zu denken, weiter zu überlegen, um verschiedene Perspektiven zu integrieren, so daß die Konkurrenz: ‚Wer hat die beste (oder die eine richtige) Idee?‘ vermieden wird. Vielmehr wird Perspektivenvielfalt im Sinne eines Angebotes an die Familie gesucht.*

Wenn diese Bedingungen klar sind, ist die Grundstruktur eines hilfreichen Settings gewahrt.

Die Schritte der RT-Sitzung

Zu Beginn wird die Familie ausführlich in das Setting eingeführt und gefragt, ob jeder mit der Prozedur einverstanden ist. Danach interviewt ein Therapeut die Familie, ohne einen Focus auf Veränderung zu legen. Statt dessen wird nur versucht, Muster zu erfassen, Meinungen über das Problem und über dessen Zustandekommen. Nach etwa 15 - 25 Minuten wird eine Pause gemacht, das Team beginnt, über die Ideen, über die Familie zu diskutieren in Anwesenheit der Familie und des Therapeuten. Zwischen Team und Familie sollte keine direkte Interaktion auftreten, der Therapeut bleibt bei der Familie sitzen. Diese Diskussion sollte fünf Minuten nicht überschreiten.

Den nächsten Schritt eröffnet der Therapeut mit der Frage: Was war interessant für Sie, was war neu, was hätte besser nicht gesagt werden sollen? Diese Fragen sollte jedes Familienmitglied beantworten können (natürlich nicht schematisch). Meist führt dies schnell zu einem lebendigen und interessanten Austausch zwischen den Familienmitgliedern. Teamdiskussion und nachfolgende Reflexion der Familie wird im allgemeinen ein- bis zweimal innerhalb eines Interviews von 60 - 90 Minuten wiederholt. Abgeschlossen werden sollte das Gespräch immer so, daß die Familie die Möglichkeit hat, sich auf das, was das Team gesagt hat, noch einmal kurz und abschließend zu beziehen.

3.5. Die Arbeit mit Schlußinterventionen in der systemischen Therapie

Schlußinterventionen sollten zugleich „anschlußfähig“ und „verstörend“ sein. Dazu sollten sie:

- nur das aufgreifen, worüber gesprochen wurde (keine oder nur wenig Spekulation)
- in ihrer Formulierung die eigenen Metaphern der Klienten aufgreifen
- Bekanntes, Neues und Verwirrendes miteinander kombinieren
- möglichst deutlich, anschaulich und drastisch sein

1. Kommentare

- Bestätigung, Anerkennung, Provokation
- Umdeutung des Problems, Reframing
- Geschichten, Metaphern, Witze

2. Empfehlungen - Verschreibungen

- Mehr desselben tun ↔ Neues probieren
- Idee A ausprobieren ↔ Vielleicht doch besser Idee B
- stark ritualisiert ↔ offen
- auf Kooperation abzielend ↔ auf Widerspruch abzielend

3. Bausteine

■ positive Umdeutungen:

- a) Probleme in Fähigkeiten: „Sie schaffen es, Ihrem Hunger nicht nachzugeben, sondern zu fasten, egal, wie schwer es Ihnen manchmal fällt. Sie zeigen eine enorme Willensstärke!“
- b) Verzicht aus Loyalität: „Sie haben sich entschlossen, anderen (→ konkretisieren) zuliebe auf die Verwirklichung Ihrer Möglichkeiten zu verzichten. Diese wiederum haben sich ihrerseits entschieden auf... zu verzichten.“

- **negative Umdeutungen, Provokationen** (bei vermutetem symmetrischen Muster): „Eine Kollegin meinte, Sie seien dazu noch nicht ‚manns‘ genug, um....“ bzw.: „als Frau noch nicht genügend emanzipiert“ ; „du würdest wahrscheinlich doch lieber so tun, als seiest du dazu zu dumm“; „viele Familien schaffen das, Ihre gehört aber vielleicht nicht dazu“.

■ Unterlassungsinterventionen:

Wenn ein Muster durch zirkuläres Fragen gut herausgearbeitet wurde, kann als Schlußintervention die Aufgabe gestellt werden, es zu unterbrechen (also 14 Tage lang nicht mehr über die Zwangsgedanken zu sprechen, wenn sich gezeigt hat, daß dies der zentrale Kommunikationsinhalt geworden ist). Diese Intervention führt nicht selten zu großer Verwirrung und Verstörung, weil mit dem Muster zwar die negativ erlebten Abläufe unterbrochen sind, aber gleichzeitig auch alles Vertraute fehlt (s. hierzu: Ellebracht et al. 1993).

- **zeitbezogene Interventionen:**
 - a) IC und Notbremse: „Sie sind in der letzten Zeit im IC-Tempo durch Ihre Familienentwicklung gebraut. Da ist es gut, eine Notbremse zu haben, wenn der Zug zu schnell fährt. Sie haben eine (oder mehrere) gute Notbremsen zur Verfügung: ... Wir empfehlen, diese in der nächsten Zeit immer zu ziehen, wenn...“
 - b) Der Lust widerstehen: „Wir haben mitbekommen, daß Sie in der Gefahr stehen, Ihrer Lust auf... nachzugeben/daran zu glauben, daß einige Ihrer Wünsche tatsächlich Wirklichkeit werden könnten. Dem sollten Sie/sollte Ihr strenges Gewissen zumindest vorläufig noch Paroli bieten, weil nicht absehbar wäre, welche Veränderungen sich daraus für Sie und Ihre Familie ergeben könnten.“

- **ambivalenzbezogene Interventionen:**
 - a) Mal so, mal so: eine Woche Tendenz A, eine Woche Tendenz B, eine Woche beide Tendenzen gleichzeitig ausleben und die Auswirkungen beobachten.
 - b) Immer alles auf einmal: „Man könnte eine Woche A, eine Woche B ausleben und schauen, was passiert, Ihnen aber möchten wir empfehlen, vorläufig noch alle Tendenzen gleichzeitig auszuleben, weil...“
 - c) Splitting des Teams bzw. Ambivalenz des einzelnen Beraters:
 - widersprüchliche Prognosen darüber, was die Familie tun wird bzw. die einzelnen tun werden
 - widersprüchliche Wetten
 - widersprüchliche Empfehlungen („wir konnten uns nicht einigen...“)

- **Interventionen nach der Wunderfrage:**

Genauso weitermachen wie bisher, nur einmal (und nicht häufiger) so tun, als sei das Wunder eingetreten; beobachten, was passiert.

- **Rituale**
 - a) Trauerrituale: regelmäßig auf den Friedhof gehen; täglich Ihre Erinnerungen an die Vergangenheit aufschreiben; regelmäßig (allein/gemeinsam) Fotos betrachten und sich in Dialog mit dem, der nicht mehr da ist, versenken.
 - b) Gerade/ungerade Tage (bei viel Ambivalenz/unauflösbarer Symmetrie in der Familie): Mo/Mi/Fr gilt das Wort des einen, Di/Do/Sa das des anderen, So handhaben Sie offen.

- Interventionen, die den **Beratungskontext** miteinbeziehen
 - a) bei Geheimnissen: „Schreiben Sie uns vor dem nächsten Gespräch, über welche Geheimnisse wir hier nicht sprechen sollten.“
 - b) bei vielen Helfern: „Besprechen Sie mit den Helfern (Hausarzt, Psychiater, Einzeltherapeut), was wir hier nicht tun sollten!“
 - c) wenn wenig Hoffnung auf Veränderung: „Es geht hier nicht um Veränderung, sondern um Bewahrung. Wir können Ihnen nur anbieten, Sie in Ihrem Leiden zu begleiten.“

3.6. Geschichten

Metaphern und Geschichten sind wichtige Elemente therapeutischer Arbeit (s. z.B. Lankton u. Lankton 1994). Und was würde sich zu ihrer Illustration besser eignen als eine kleine Geschichte (aus: Shah 1986)?:

Als ich Mullah Nasreddin, den närrischen Weisen, zuletzt traf, sah er leidend aus: er schwitzte, stöhnte und sein Gesicht war schmerzverzerrt. Auf meine Frage, ob er krank sei, antwortete er: „Nein, krank bin ich nicht - nur meine Füße! Du kannst Dir nicht vorstellen, wie ich leide!“ - Ich fragte weiter, was denn mit seinen Füßen sei, und ob er einen Unfall gehabt hätte.

„Nein, wo denkst du hin! Meine Schuhe sind zwei Nummern zu klein!“ - „Und warum ziehst du sie dann nicht aus?“, fragte ich verwundert. Mullah wurde vorwurfsvoll zornig: „Du willst mir wohl den wohlverdienten Feierabend verderben! Du ahnst gar nicht, welche Wohltat es ist, wenn ich nach getaner Arbeit die Schuhe ausziehe! Und auf dieses Hochgefühl soll ich verzichten? Niemals!“

3.7. Die positive oder auch wertschätzende Konnotation

In der Familientherapie, besonders im Mailänder Modell wird den Problemen eine besondere Bedeutung beigemessen, die sich daraus ergeben, daß sich menschliches Sein in zwei verschiedenen Systemen vollzieht: dem lebendigen System, das dynamisch und zirkulär ist und dem symbolischen System der Sprache, das beschreibend, statisch und linear ist. Sprache zwingt dazu, mit Dichotomien zu arbeiten, somit die Kategorien von VORHER und NACHHER einzuführen und lineare Kausalitätszusammenhänge zu konstruieren, die konsequent zu moralisierenden Definitionen führen - ein Moralismus, der „der Sprache inhärent“ ist, weil Sprache immer linear ist (Selvini Palazzoli et al. 1977, S. 58; weiterführend zum Thema Sprache: Efran et al. 1992).

Dieser Festlegung versuchen die Mailänder durch eine therapeutische Technik zu entgehen, der positiven Symptombewertung bzw. darüber hinausgehend der positiven Beurteilung aller Verhaltensweisen in der Familie, - eine Haltung, die im übrigen auch für den Ansatz von Virginia Satir selbstverständlich war. Dies durchzuhalten ist schwierig, denn die Versuchung besteht immer, in eine willkürliche Interpunktion der zirkulären Systemabläufe zurückzufallen, das Symptom mit bestimmten psychopathologischen Kategorien anderer Familienmitglieder in Beziehung zu setzen („der verhält sich so, weil der sich so verhält/so stark gestört ist“). Untrügliches Indiz dafür, daß der Therapeut/die Therapeutin in seinem/ihrem inneren Dialog einer feststehenden Interpunktion „aufsitzt“, ist, wenn sich bei ihm/ihr Ärger oder Empörung über einen oder mehrere in der Familie entwickeln, die Familie wird aufgeteilt in „gute“ und „böse“ Mitglieder, und damit wird es erschwert, das System als Ganzes zu sehen.

Eine wertschätzende Konnotation arbeitet dieser Tendenz entgegen: der Therapeut muß sich zwingen, sehr konsequent eine systemische Sicht der Familie beizubehalten (also z.B. nicht sarkastisch/ironisch zu werden) und jede Verhaltensweise als positiven Beitrag des entsprechenden Familienmitgliedes zu werten, die Einheit und Kohäsion der Familie zu erhalten. Da sie gleichzeitig eine **Metakommunikation** darstellt (der Therapeut spricht in der Familie **über** die Kommunikationen), wird auf einer Metaebene eine neue Gesprächsform eingeführt: eine Beziehung wird klar definiert, ohne daß die Gefahr besteht, daß sie abgewertet wird. Gleichzeitig etablieren die Therapeuten eine eindeutige Komplementarität, die so aussieht, daß sie diejenigen sind, die Bestätigung verteilen, und damit sind sie nicht in der Gefahr, in den symmetrischen Streit des Familienspiels verstrickt zu werden: der Inhalt dessen, was sie sagen, ist ja mit der Tendenz des Systems, seinen eigenen Bestand zu erhalten, konform - gerade durch die ausdrückliche Bestätigung jedes Mitglieds vermeiden die Therapeuten die Zurückweisung.

Es handelt sich bei der positiven Konnotation nicht um eine leicht durchführbare Technik, eher schon um eine therapeutische Grundhaltung. Abgesehen davon, daß sich in die Sichtweise des Therapeuten/der Therapeutin immer wieder lineare Interpunktionen einschleichen können, ist es auch möglich, daß eine positive Konnotation von der Familie negativ, als „Nicht-Ernst-Nehmen“ aufgefaßt wird. Auch im Ausbildungskontext stellt sich dies oft als Frage. U. E. ist die Formulierung „wertschätzende Konnotation“ besser geeignet, um zu verdeutlichen, worum es geht. Dann muß nicht jedes Verhalten unbedingt als „positiv“ gewertet werden, und doch kann eine wertschätzende Haltung deutlich machen, daß der Therapeut/die Therapeutin sich bemüht, die Hintergründe für dieses Verhalten nachzuvollziehen.

3.8. Das Reframing

Wertschätzende, positive Konnotationen stellen immer ein Reframing dar, d.h. ein Verhalten, das beklagt wird, wird in seiner positiven Bedeutung für das Gesamtsystem beschrieben: obwohl es unverändert bleibt, wird es anders gesehen als vorher.

Der in der systemischen Therapie sehr bedeutsame Begriff „Reframing“ soll hier noch etwas weitergehend erläutert werden. Bateson hat wiederholt darauf hingewiesen, daß die Bedeutung einer Information von sog. „Kontextmarkierungen“ abhängt - Kennzeichen, die dem jeweiligen Kommunikationspartner deutlich machen, wie eine Kommunikation zu verstehen ist. Eine Kontextmarkierung ist damit ein Weg, über den Lebewesen den sozialen Sinn ihrer Kommunikationen übermitteln. Dieser soziale Sinn kann auch „Frame“ (Rahmen) genannt werden: der Rahmen bestimmt, wie eine Äußerung zu verstehen ist. Die Aussage: „Jetzt mache ich Dich fertig!“ hat im Kontext eines Schachspiels, lachend gesagt, einen ganz anderen Sinn als im Kontext einer Schlägerei. Ein veränderter Rahmen verändert die komplette Bedeutung einer Kommunikation, auch wenn der „digitale“ Inhalt unverändert bleibt.

Dieses Schema liegt auch vielen Witzen zugrunde.

Beispiel: Es treffen sich zwei Rechtsanwälte. Fragt der eine: „Wie geht's?“, sagt der andere: „Schlecht! Ich kann nicht klagen!“

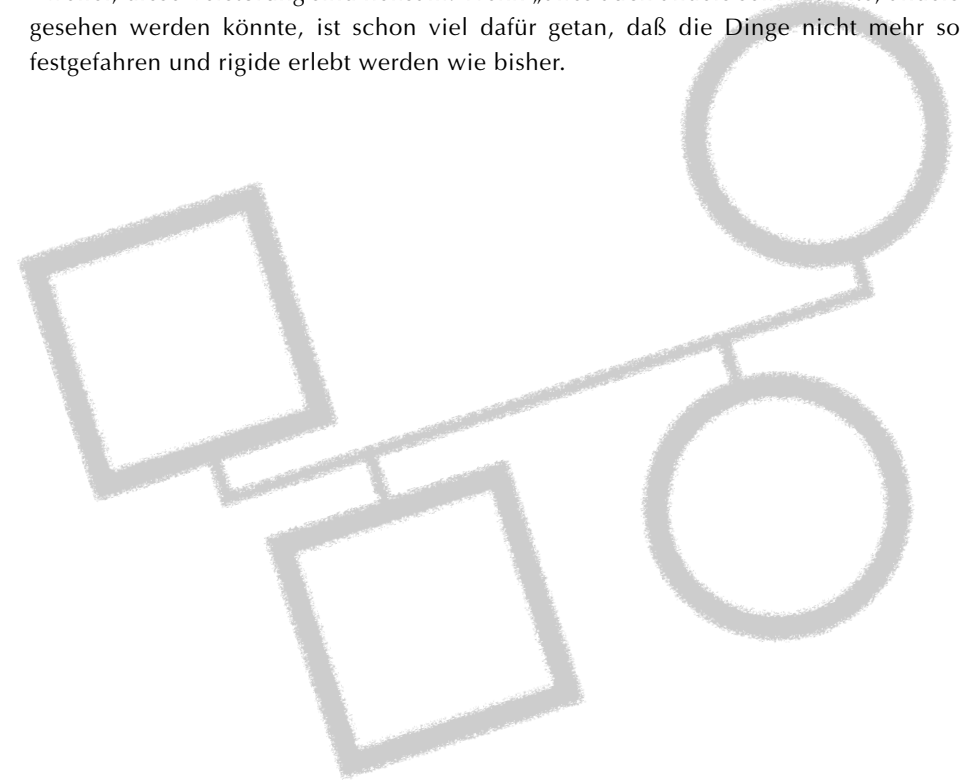
Der Witz liegt darin, daß eine Äußerung, die unter den gängigen Kontextmarkierungen des Alltags positiv erlebt wird, im juristischen Frame negativ ist: nicht klagen können. Der gewohnte Rahmen des Zuhörers wird erschüttert, die Spannung zwischen den beiden Kontexten macht Spaß - im Fall des Witzes jedenfalls. Weniger lustig sind meist die Frames, mit denen Menschen leben, die in die Therapie kommen. Hier geht es darum, dem Rahmen, in dem ein Klient bzw. eine Familie ein Ereignis wahrnimmt, einen anderen Rahmen gegenüberzustellen, - eben einen systemischen. Der Therapeut fragt sich bei jeder Äußerung oder Verhaltensweise des/der Klienten, wie diese sich ihm unter systemischer Sicht darstellt: Welcher Kontext wäre denkbar, unter dem das Problem sinnvoll wäre, ja vielleicht sogar so etwas wie eine „beste Lösung“ darstellen würde? Wie sieht „das Problem“ aus, wenn man es als sinnvolle Reaktion auf einen Kontext versteht?

Ein Reframing kann auf eine Einzelperson bezogen sein: „Ich werde immer so schnell ärgerlich!“ - „Und Sie wünschen sich auch noch andere Möglichkeiten, um deutlich zu machen, was Ihnen mißfällt?“ und es kann auf einen Systemzusammenhang bezogen sein: ein ständiger Streit kann ganz anders gesehen werden, wenn er in den Bezugsrahmen von Lebendigkeit gestellt wird: „Ich finde es beeindruckend zu sehen, wie engagiert und lebendig Sie darum ringen, die optimale Distanz zwischen sich zu finden!“

Bekannt geworden ist ein Reframing in Familien mit magersüchtigen Töchtern: statt die Magersucht als Krankheit zu sehen, wird die Opferrolle des Kindes betont, das in einem Alter, in dem andere Jugendliche sich der Kontaktpflege mit Gleichaltrigen widmen, dafür sorgt, daß das gesamte Konfliktpotential der Familie sich auf sie konzentriert. Ebenfalls „klassisch“ zu nennen ist ein Reframing, das, wenn es im Erst- oder Zweitkontakt möglich ist, den Symptomträger merklich entlasten kann: wenn durch die Fragen des Therapeuten die Vernetzung des Problems in der Gesamtfamilie deutlich geworden ist, viele Wünsche nach Veränderung und Hoffnung auf Wachstum formuliert werden konnten, kann sich der Therapeut anerkennend an den Indexpatienten wenden und ihm vermitteln, daß er/sie es war, der die Aufgabe des „roten Warnlichts“ für die Familie übernommen hat - und dafür sorgte, daß nun alle an einem Ort sitzen, wo sie miteinander nach Wegen suchen können, daß es allen besser geht als vorher: alle können gewinnen! - Es ist leicht nachvollziehbar, daß dieser Rahmen ein völlig anderer ist als der, der ein Problem als Ärgernis oder Belastung beschreibt.

4. Schluß

Ziel dieses Heftes und des damit verbundenen Lehrfilmes ist es, verschiedene therapeutische Zugänge zu den Wirklichkeitskonstruktionen von Systemen zu beschreiben, die die unterschiedlichen Schulen und Richtungen der Familientherapie bzw. systemischer Therapie entwickelt haben. Ungeachtet der jeweiligen theoretischen Ausrichtung verfolgen alle Methoden letztlich nur ein Ziel: den Prozeß, in dem Menschen über ihre Kommunikationen, damit also im weitesten Sinn: über ihre Sprache (Efran et al. 1992) miteinander eine gemeinsame Wirklichkeit erschaffen und aufrechterhalten, da zu „stören“, wo diese Sprache leiderzeugende Muster mit sich bringt. Eine Technik ist dann kunstvoll angewandt, wenn sie im Gegenüber einen Zweifel wachruft, ob die Wirklichkeit denn tatsächlich so ist, wie er oder sie sie sich und anderen beschreibt. Dieser Zweifel, diese Verstörung sind heilsam: Wenn „alles auch anders sein“ könnte, anders gesehen werden könnte, ist schon viel dafür getan, daß die Dinge nicht mehr so festgefahren und rigid erlebt werden wie bisher.



5. Literatur

- Andersen, T. [Hg.] (1990). Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen.
- Boscolo, L., Bertrando, P. et al. (1993). Sprache und Veränderung. In: *Familiendynamik* 18(2), S. 107-124.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1988). *Familientherapie - Systemtherapie. Das Mailänder Modell*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Boszornanyi-Nagy, I., Spark, G. (1981). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett.
- Efran, J., Lukens, M., Lukens, R. (1992). *Sprache, Struktur und Wandel*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Ellebracht, H., Lenz, G., Osterhold, G. (1993). Zu dritt auf dem roten Sofa. Modell einer systemtherapeutischen Gemeinschaftspraxis. In: *Integrative Therapie* 19(3), S. 242-260.
- Gergen, K. (1990). Die Konstruktion des Selbst im Zeitalter der Postmoderne. In: *Psychologische Rundschau* 41, S. 191-199.
- Hargens, J., Schlippe, A.v. [Hg.] (1998). *Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und Systemische Praxis*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Heinl, P. (1987). Die Technik der visuellen Analyse von Familienstammbäumen. In: *Familiendynamik* 12, S. 118-138.
- Heinl, P. (1988). Kontext und Kommunikation: Koordinaten des Genogramms. In: *Integrative Therapie* 14 (4), S. 365-375.
- Kriz, J. (1985). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lankton, C., Lankton, St. 1994(2). *Geschichten mit Zauberkraft*. München: Pfeiffer (Leben Lernen 76).
- McGoldrick, M., Gerson, R. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Stuttgart: Huber.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Molter, H., Schlippe, A.v. (1992). Das Weinheimer Modell – ein Modell der Vielfalt. In: *Systema* 5(2), S. 14-16.
- Molter, H., Billerbeck, Th. (2000). *Der Mensch lebt nicht allein zusammen*. Aachen: Wissenschaftlicher Verlag des Instituts für Beratung und Supervision.
- Osterhold, G., Molter, H. [Hg.] (1992). *Systemische Suchttherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Reiter, L., Brunner, E., Reiter-Theil, S. [Hg.] (1998). *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (2. völlig neu bearbeitete Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Satir, V. (1990). *Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz*. Paderborn: Junfermann.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schlippe, A.v. (1984). *Familientherapie im Überblick - Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*. Paderborn: Junfermann.
- Schlippe, A.v., Kriz, J. [Hg.] (1987). *Familientherapie, Kontroverses - Gemeinsames*. 1. Weinheimer Symposium 1986 in Osnabrück. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Schlippe, A.v., Kriz, J. (1993). Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen. Eine integrative Perspektive auf zwei systemtherapeutische Techniken aus Sicht der personenzentrierten Systemtheorie. In: *Integrative Therapie* 19(3), S. 222-241.
- Schlippe, A.v., Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., Weber, G. (1982). Beziehung als Metapher: die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. In: *Familiendynamik* 7, S. 113-128.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. In: *Familiendynamik* 6, S. 123-139.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1983). Das Problem des Zuweisen. In: *Zeitschrift für Systemische Therapie* 1(3), S. 11-20.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1979). Gerade und ungerade Tage. In: *Familiendynamik* 4 (2), S. 138-147.
- de Shazer, St. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer.
- Shah, Idries (1986). *Das Zauberkloster. Alte und neue Sufi-Geschichten*. Reinbek: Rowohlt.
- Simon, F., Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F., Weber, G. (1988). Das Ding an sich. Wie man „Krankheit“ erweicht, verflüssigt, entdinglicht... In: *Familiendynamik* 13(1), S. 56-61.
- Stierlin, H. (1994). *Ich und die anderen*. Stuttgart: Klett.
- Tomm, K. (1994). *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Walter, J., Peller, J. (1994). *Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Watzlawick, P., Krieg, P. [Hg.] (1991). *Das Auge des Betrachters*. München: Piper.
- Weber, G., Stierlin, H. (1989). *In Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht*. Reinbek: Rowohlt.
- Weiss, Th. (1988). *Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten*. München: Kösel.
- White, M. (1989). Der Vorgang der Befragung: eine literarisch wertvolle Therapie? In: *Familiendynamik* 14(2), S. 114-128.
- White, M., Epstein, D. (1990). *Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken*. Heidelberg: Auer.