

TELEOLOGISCH-FUNKTIONALE VERHALTENSANALYSE: DER SYSTEMISCH-INTERAKTIONELLE ANSATZ IN DIAGNOSE UND THERAPIE

HANS LIEB

Edenkolben (Rheinland-Pfalz)

ZUSAMMENFASSUNG: Der teleologisch-funktionale oder systemisch-interaktionelle Ansatz wird nach einer kurzen theoretischen Einführung in seiner praktischen Anwendung vorgestellt. Im Mittelpunkt steht dabei die Bildung von und die Arbeit mit Hypothesen darüber, welche Funktion ein Symptom- oder Problemverhalten für das System hat, in dem der Patient lebt. Um diese Perspektive zu realisieren, bedarf es einer Haltung, die auch „Pathologischem“ Sinn zuschreibt; eines dazu passenden Frage- und Sprachstiles; eines relevanten Wissens darüber, wie Systeme funktionieren und welche Rolle Symptome dabei spielen können; einer spezifischen Befragung von Patienten oder Systemen zur systembezogenen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft und dann einer diesen „Systeminformationen“ folgenden zentralen Hypothesenbildung. Schließlich müssen solche Hypothesen zu wirksamen therapeutischen Interventionen verwertet und umgesetzt werden.

1. TELEOLOGISCH-FUNKTIONALE ERKLÄRUNG – SYSTEMISCH- INTERAKTIONELLE ANSÄTZE¹

Jede Art von Diagnostik und Verhaltensanalyse bezieht sich auf Symptome oder Problembereiche und muss Erklärungen dafür anbieten. Erklären bedeutet Aussagen zu machen, wie und warum es zum Symptom kam. Daraus leiten sich

dann spezifische Interventionsansätze ab. Von alltagspsychologischen Erklärungen sind wissenschaftliche zu unterscheiden, zu denen in der Psychologie vor allem die kausalen bzw. so genannten deduktiv-nomologischen, kurz „DN-Erklärungen“ gehören. Diese leiten die Symptomätiologie aus allgemeingültigen Gesetzen ab. In der Psychologie und vor allem in der Geisteswissenschaft sind aber auch teleologische Erklärungen als

¹ Terminologische Vorbemerkung: Da sich im deutschen Sprachraum für diesen Ansatz bis heute keine einheitliche Begriffsverwendung herausgebildet hat, werden hier folgende Begriffe synonym verwendet: Funktion und Funktionalität; systemische oder interaktionelle oder teleologisch-systemische oder teleologisch-interaktionelle Funktion; für die Analyse-Methoden die Begriffe systemische Funktionsanalyse, interaktionelle Funktionsanalyse, teleologisch-systemische Funktionsanalyse oder teleologisch-interaktionelle Funktionsanalyse.

wissenschaftlich anerkannt, die ein Phänomen dadurch erklären, dass es *für* ein System eine Funktion hat. Die Erklärung des Zerplatzens einer Seifenblase durch thermodynamische Gesetze folgt der kausalen DN-Erklärung. Die Erklärung des „Atmens“ durch dessen Funktion für den Organismus folgt dem teleologischen Ansatz. In der Systemtheorie heute gängige Erklärungen von Phänomenen durch die „Selbstorganisation“ von Systemen, die sie erzeugen, können vor diesem wissenschaftstheoretischen Hintergrund den teleologischen Ansätzen zugerechnet werden.

Die Art der Erklärung eines Problems hat prägende Auswirkung auf Versuche, es zu verändern – sei es in Patientehand oder in Expertenhand. Für die klinische Praxis ist es weniger wichtig, ob die der Therapie unterlegten Erklärungen wissenschaftlich oder „richtig“ sind. Viel wichtiger ist, ob sie nützlich sind für die Einleitung von Veränderungen. Die Landschaft wissenschaftlicher Erklärungsangebote in der wissenschaftlichen Psychologie im Allgemeinen und der Verhaltenstherapie im Besonderen hält ein großes Spektrum elaborierter Erklärungsansätze bereit: Lerntheoretische Modelle, Diathese-Stress- oder Vulnerabilitätsmodelle, kognitive Modelle, Informationsverarbeitungsmodelle, traumagenetische Modelle usw. Praktisch tätige Psychotherapeuten können davon im Alltag aus guten Gründen nur teilweise Gebrauch machen.

Mit Hand (2008) ist festzustellen, dass der im folgenden dargestellte systemisch-interaktionelle bzw. teleologisch-funktionale Ansatz heute nur eine geringe Rolle in der öffentlich dargestellten Verhaltenstherapie spielt, dass er nie explizit formuliert worden ist und dass beides in Widerspruch steht zu seiner praktischen Relevanz und Effektivität.

SYSTEMISCH-INTERAKTIONELLE BZW. TELEOLOGISCH-FUNKTIONALE ERKLÄRUNGEN

Im Mittelpunkt steht nicht die „Warum-“, sondern die „Wozu-Frage“. Man kann darauf zwei Arten von Antworten finden. In der individual-intentionalen wird für eine Person angegeben, wozu sie eine bestimmte Handlung ausführt: Jemand läuft, um den Zug zu erreichen oder jemand zeigt sich angriffslustig, um sich selbst zu schützen. Dieser „Zweck“ oder „Grund“ gilt als Erklärung des Verhaltens. In der anderen teleologischen Erklärung, der interaktionell-systembezogenen wird Verhalten X einer Person dadurch erklärt, dass dieses Verhalten für das System, zu dem Person und Verhalten gehören, eine wichtige Funktion hat und damit das System in einem bestimmten Zustand hält. Man kann das dann so sehen, dass eine Person Verhalten X „für das System“ erzeugt. Man kann es auch so sehen, dass das System sich dieses Verhalten X bei der Person „erzeugt“. Für die Praxis einer solchen Hypothesenbildung und Therapie spielt diese Unterscheidung keine große Rolle. Der Begriff „Funktion“ wird hier anders verwendet als in der Mathematik oder in der klassischen Verhaltensanalyse. Bei letzterer wird das Verhalten als „Funktion“ von vorausgehenden oder nachfolgenden Bedingungen gesehen, wobei das Verhalten die abhängige Variable darstellt und die Bedingungen die davon logisch unabhängigen Variablen. Es ist wissenschaftstheoretisch anerkannt, dass die Bewusstheit solcher Funktionen keine notwendige Bedingung für deren wissenschaftlichen Erklärungswert ist. Man darf also auch von nichtbewussten oder unbewussten Funktionen ausgehen, die Verhaltensweisen für Systeme haben können. Wesentlich und den Unterschied zwischen kausalen und syste-

misch-teleologischen Erklärungen kennzeichnend ist, dass in letzteren Symptomverhalten oder Problemverhalten als Handlungen angesehen werden, die Sinn haben. Die Sprache, die in diesem Ansatz in Diagnostik und Therapie gesprochen wird, muss daher handlungs- und beziehungsorientiert sein im Unterschied zu ereignisorientierter und individuumzentrierter Sprache².

2. WISSENSBESTÄNDE FÜR DIE ERSTELLUNG TELEOLOGISCH-SYSTEMBEZOGENER HYPOTHESEN

Um zu einer symptombezogenen Hypothese zu kommen, müssen drei Perspektiven mit zunehmendem Abstrahierungsgrad auf Symptom und System eingenommen werden. Der erste Blick gilt dem Symptom- oder Problemverhalten selbst. Der zweite Blick gilt dem System, in dem ersteres auftritt. Der dritte Blick richtet sich aus größerer Distanz auf die Einheit „Symptom im System“. Man kann die Funktion eines Symptoms nicht an diesem selbst ablesen. Man kann es auch nicht durch Beschreibungen des Systems kausal ableiten oder vorhersagen. Nur der Blick auf beides - Symptom und System – ergibt eine funktionale Hypothese. Zu deren Bildung ist ein gewisses Expertenwissen über das Funktionieren von Systemen notwendig. Nur wer die physiologische und biochemische Selbstorganisation eines Lebewesens kennt, kann dessen Atmen funktional erklären. Vor diesem Hintergrund sollen einige aus Sicht des Autors relevante Wissensbestände über das Funktionieren sozialer Systeme aufgeführt werden:

- *Wiederholungen*: Systeme sind durch das gekennzeichnet, was sie wiederholen. Man spricht dann von System- oder Interaktionsmustern, die es in einer Systemdiagnose zu erfassen gilt.
- *Auch das Stabile muss hergestellt werden*: Auch ein harmonisch und konfliktlos lebendes Familiensystem muss beständig etwas für die (Wieder-)Herstellung dieses Zustandes tun.
- *Zirkularität und Rekursivität*: Innerhalb des Systems wirkt A auf B und B auf A. Jeder Output des einen wird Input des anderen und wirkt durch dessen folgenden Output wieder auf den Ausgangspunkt zurück.
- *Bildung von Systemregeln*: Jedes System (Paar, Familie, Freundschaft, Team) entwickelt zur Organisation des Zusammenlebens oder Zusammenarbeitens explizite und implizite Systemregeln. Für Symptombildungen sind die impliziten Regeln wichtiger als die expliziten.
- *Dimensionen emotional gebundener Systeme (Paare, Familien)*: Auf Dauer angelegte biologische (Eltern-Kind) oder per Kontrakt oder Versprechen (Paare) eingegangene Bindungen mit einem hohen Grad an räumlicher, lebenspraktischer und emotionaler Dichte sowie an finanziellen bis existentiellen Vernetzungen müssen sich notgedrungen auf dafür relevanten Beziehungsdimensionen positionieren. Diese müssen in jedem System in einer stabilen Balance gehalten werden. In der sozialpsychologischen, familientherapeutischen und systemtherapeutischen Literatur werden hierzu folgende Grunddimensio-

² Eine ausführlichere Darstellung der wissenschaftstheoretischen Grundlagen dieses Ansatzes ist für eine spätere Ausgabe dieser Zeitschrift geplant (vgl. hierzu auch Lieb, 2002; Hempel, 1977).

nen sozialen Zusammenseins beschrieben:

- *Nähe – Distanz bzw. Bindung – Autonomie*: Wie viel Gemeinsamkeit und wie viel eigenes, wie viel „wir“ und wie viel „ich“ darf und muss sein und wie werden Einseitigkeiten verhindert oder Ungleichheiten bewältigt? Wer vertritt im System welche Seite im Sinne einer unbewussten Arbeitsteilung (z. B. „er“ die Autonomie und „sie“ die Bindung, um sich sofort neu zu strukturieren, wenn einer im Rahmen einer Therapie hier die Seiten wechselt?). Welche Funktion hat ein Symptom für die Regulation dieser Dimension?
- *Geben – Nehmen*: Wer gibt „dem System“ bzw. den „anderen im System“ wie viel und erhält / nimmt sich wie viel und wie ist die diesbezügliche „Bilanz“? Welche „Ideale“ haben die Systemmitglieder darüber (z. B. „Ausgeglichenheit“), wie verteilt sich das Geben und Nehmen über die Systemgeschichte hinweg und vor allem: Wie geht ein System (oder eine Person im System) damit um, wenn das Ideal (z. B. Ausgewogenheit) nicht mehr erreicht werden kann (z. B. bei schwerer Krankheit, Kinderlosigkeit, finanziell ungleichen Verhältnissen). Welche Rolle spielt ein Symptomverhalten für die Bilanz des gegenseitigen Gebens und Nehmens?
- *Macht – Ohnmacht*: Wer hat welche „objektive“ Macht im System wie Geld, Besitz, Vermögen? Wer hat welche Beziehungsmacht (auf welcher Seite z. B. stehen die Kinder)? Wer hat welche kommunikative Macht (Argumentie-

ren, Schreien, Weinen, Schweigen usw.)? Welche Macht und Ohnmacht verbindet sich mit einem Symptom bzw. mit dem Symptomverhalten, welche sonstige Ungleichheit gleicht das System hier aus?

- *Veränderung – Bewahrung*: Jedes System ist gleichzeitig in permanenter Entwicklung und in permanentem Zwang zur Kontinuität des Selbsterhalts: Einerseits, weil sich System und Umwelten über die Zeit ändern und andererseits, weil das, was das System in seiner Kernidentität ist, stets aktiv muss erhalten werden. Deshalb gibt es in jedem System Vertreter der Veränderung und Vertreter des zu Bewahrenden. Wer steht für was? Welche Rolle hat ein Symptom dabei? Oft liegt die Symptomfunktion hier darin, im Sinne eines Kompromisses gleichzeitig auf das zu Bewahrende und auf die ausstehende Veränderung hinzuweisen.
- *Pflicht – Spaß, Sicherheit – Experimentierfreude*: Da ein System immer beides braucht: Wer tritt was? Nach Erfahrungen des Autors haben Symptome für diese Dimensionen nur selten eine funktionale Bedeutung.

TYPOLISIERUNGEN VON FAMILIEN AUS DER AUßENPERSPEKTIVE

Auch wenn man davon ausgeht, dass nicht nur jedes Individuum, sondern auch jedes Paar und jede Familie einmalig ist, können zur pragmatischen Komplexitätsreduktion Typen gebildet werden als Grundlagen für die spätere teleologische Hypothesenbildung zur Funktion einer Symptomatik für ein System.

In Anlehnung an Friesen (1985) beschreibt z. B. Hand (2008) folgende Familienkonstellationen (andere Familienforscher haben ganz ähnliche Typen identifiziert: Minuchin, 1977; Stierlin, 1988):

- Die *gesunde Familie* kennt klare Subgruppengrenzen (z. B. Generationsgrenzen). Man darf Geheimnisse voneinander haben und sich abgrenzen ist doch miteinander in Kontakt und in Kommunikation (auch und gerade bei Konflikten innerhalb des Systems). Es gibt gute und stabile Regeln dafür, wie der Entwicklung der Familie angepasst alte Regeln durch neue ersetzt werden können (Regeln II. Ordnung).
- Die *verstrickte Familie* hat hohen kommunikativen Austausch mit emotionaler Dichte, kennt aber kaum Grenzen: Ein Elternteil spricht mit einem Kind über die Sexualität des Elternpaares; der Vater kommt auch zur 17jährigen Tochter noch ins Badezimmer; Geheimnisse sind tabu usw.
- In der *entkoppelten Familie* lebt jeder für sich; man weiß wenig vom anderen und will auch nicht viel wissen. Es gibt wenig beziehungsorientierte Kommunikation, es handelt sich eher um eine Art sachlich orientierter „Familien-Firma“.
- Im *Elternkonflikt-System* liegen die Eltern in ständigem Kampf miteinander, die Kinder beobachten das Ganze verängstigt.
- In der *Eltern-Kind-Triangulierung* wird ein Kind von einem Erwachsenen gegen den anderen in Koalition genommen, andere Kinder werden isoliert ausgeschlossen, ein Elternteil steht allein da.
- In der *Mutter-(oder Vater-)Kind-Koalition* besteht eine enge Bindung zwischen einem Elternteil und einem

Kind, die sich von den anderen abgrenzen.

- In der *Single-Eltern-Kind-Koalition* fehlt eine Erwachsenenenebene (meistens der Vater) und ein Kind nimmt die Position des fehlenden Erwachsenen ein („Partnerersatz“).

Symptome können als Folge solcher für einzelne oft sehr stressbelastenden und oft unauflösbar erscheinenden Konstellationen („Familienisolation erzeugt Depression“) angesehen werden oder als „Warnsignal“ für anstehende Veränderungen.

3. PRAXIS DER TELEOLOGISCH-FUNKTIONALEN VERHALTENSANALYSE: DER SYSTEMISCH-INTERAKTIONELLE ANSATZ IN VIER STUFEN

Man kann grob vier Stufen der teleologisch-systemischen Analysen unterscheiden und ihnen Inhalte und Stile zuordnen. Natürlich wird man im Einzelfall eine Auswahl treffen oder eine andere Reihenfolge wählen. Das Folgende ist daher als schematisches Raster gedacht.

3.1 STUFE 1: DEN SYSTEMBLICK EINNEHMEN

Am Beginn steht die Einnahme einer „teleologisch-funktionalen Haltung“ – gegebenenfalls nur für eine bestimmte Phase in der Therapie. In ihr richtet man den Blick weg vom einzelnen, nimmt Abstand von symptombezogenem Veränderungsbestreben, richtet den Beobachter-Blick auf Beziehungen. In einer Art „System-Neugier“ wird statt Einzelpersonen oder Einzelaspekten immer mindestens eine Beziehung zur beobachteten Einheit. Symptom und Symptomverhalten, Problem und Problemver-

halten werden darin selbst als eine Art Systemmitglied gesehen. Man unterstellt allem, was die Mitglieder mit- und zueinander tun und sagen einen offenen oder verborgenen Sinn. Bei „pathologischem“ Verhalten geht man davon aus, dass man den nur noch nicht gefunden hat. Und man weiß: Dies kann eine Haltung auf Zeit sein, die man wieder verlassen kann und vielleicht auch muss. Aber nicht gleich beim ersten Gegenwind.

3.2 STUFE 2: DATEN- UND INFORMATIONSSAMMLUNG

3.2.1 SPRACHSTIL UND ERHEBUNGSSETTING

Sprachstil: Man kann Sprache nutzen, um etwas mitzuteilen oder um etwas zu erfragen. Die teleologische Haltung kann explizit und transparent erläutert und das System um Erlaubnis und Mitarbeit dazu gebeten werden. Man kann sie auch indirekt einführen. Man fragt dann z. B. nicht mehr „Wann tritt die Angst Ihres Sohnes auf?“, sondern eher „Wann und wie zeigt Ihr Sohn Ihnen, dass er Angst hat?“ Man fragt z. B. nicht: „Wann haben Sie die Panikattacken?“, sondern „Wann meldet Ihr Körper Ihnen eine Gefahr?“ und „Wie lassen Sie die anderen das dann wissen?“ Handlungsorientiert wird nach Verhalten gefragt, wenn von Eigenschaften oder Störungen berichtet wird: „Was tut er, wenn er ‚unsicher‘ ist“ – Was tut Ihre Frau, wenn sie in dem Zustand ist, den Sie ‚Depression‘ nennen?“ Dann erkundigt man sich nach interaktionellen Abfolgen. Aus singulären Ereignissen gestaltet man im Interview interaktionelle Ketten: „Wenn Sie das tun, wie reagiert dann Ihre Frau darauf?“. Man sucht nach interaktionellen Kreisläufen und Mustern.

Im *Fragestil* kann man betont sachlich vorgehen. Man kann seine „Systemneugier“ psychoedukativ erläutern. Man kann sich dann gegebenenfalls einigen: Der Therapeut darf alles aus seiner Sicht Relevante fragen, den Systemmitgliedern bleibt es frei, darauf zu antworten. Man kann ein System auch provozieren: „Sie kommen mir wie harmonie-gelähmte Aggressoren vor!“. Man kann etwas paradox um Erlaubnis für ein ‚heißes Thema‘ bitten: „Darf ich Sie mal etwas ‚Heißes‘ fragen?“ Sehr zur Informationsgewinnung tragen die sogenannten „zirkulären Fragen“ der Systemtherapie bei: Gefragt wird nicht die Person direkt nach ihren Gefühlen und Gedanken, sondern die anderen dazu, was sie über die Gedanken und die Gefühle des anderen spekulieren: „Was glauben Sie, Frau X, wie Ihr Mann Ihre Zurückhaltung findet – wie er sich das erklärt?“ Man kann die Mitarbeit zu solchen ungewöhnlichen Dialogen durch Vorgaben erleichtern: „Hält Ihr Mann Ihre Zurückhaltung eher für eine Freundlichkeit, eher für Angst oder für versteckte Wut?“

Setting: Datenerhebungen finden in der Regel im Büro des Therapeuten statt. Man kann dort zur Strukturierung nicht anwesenden Systemmitgliedern leere Stühle zuordnen und die Anwesenden gelegentlich fragen, was ein Nichtanwesender zu einem bestimmten Thema denken, fühlen oder sagen würde. Hand und andere mit Expositionen arbeitende Verhaltenstherapeuten haben immer wieder darauf hingewiesen, dass man wertvolle Informationen über Gedanken, Gefühle und Erinnerungen einzelner Personen oder eines ganzen Systems während und nach Expositionsphasen einer Therapie erhält. Die Betroffenen sind dann auf Grund ihres starken emotionalen Erlebens in der Exposition „ganz nah“ an wichtigen (oft traumati-

schen) Erfahrungen mit sich oder anderen im System: Erfahrung mit Gewalt, Aggression, Missbrauch, Verlust, Vernachlässigung. Symptome haben hier oft die individuell-intrapsychische Funktion, die Wahrnehmung dieser schmerzhaften Gefühle zu vermeiden, die während der Exposition überflüssig wird. Oder sie haben die interaktionelle Funktion, andere nicht mit Vehemenz und Inhalt dieser Gefühle konfrontieren und belasten zu müssen.

3.2.2 INFORMATIONEN ZUR GEGENWART DES SYSTEMS

3.2.2.1 Faktenebene. Erhebung und übersichtliche Darstellung über die Grundfakten eines Systems, in dem der Patient lebte und lebt, bilden die Grundlagen zur späteren Hypothesenbildung: Wer gehört jetzt / gehörte früher zum System? Wer lebt heute zusammen? Geburtsjahre, Todesjahre, Todesursachen? Scheidungen? Berufe, Wohn- und Lebensumstände, besonders relevante, v. a. traumatische Ereignisse aus der System-Geschichte des Systems? Hilfreich ist die übersichtliche graphische Darstellung solcher Fakten in einem Genogramm.

3.2.2.2 Interaktions- und Kommunikationsebene. Welche *Interaktionsmuster* lassen sich schon rund um die Befragung und bisherige Bearbeitung des Symptoms erkennen: Der „Tanz um das Problem“, verschiedene Sicht- und Erklärungsweisen des Symptoms und welche Beziehungsmuster dadurch offenbar werden. Für welches Beziehungsmuster im System des Patienten könnte das Beziehungsmuster, das sich in der Einzeltherapie zwischen Therapeut und „identifiziertem Patienten“ einstellt, ein Spiegel sein (z. B.: Ratgeberexperte und ‚Ja-Aber-Patient‘, Kampf ums Rechthaben,

gegenseitige Schuldzuschreibungen usw.)?

Wenn man ein Paar- oder Familiensystem vor sich hat: Mit welchen sich *wiederholenden Mustern* reagieren Systemmitglieder auf wichtige Themen (z. B. das Symptom / wichtige Ereignisse im System / eine anstehende Entscheidung usw.)? Vor allem bei offen oder latent „heißen Themen“: Wer ist dann aktiv, wer passiv? Mischen sich bei Konflikten zwischen Zweien systematisch Dritte ein oder werden diese aktiv einbezogen? Wird die Kommunikation bei Annäherung an ein bestimmtes Thema wiederholt irrelevant? Verändert sich dann das Klima? Gibt es Schulzuweisungsdialoge? Wenn die oft unvermeidbare „wer ist hier Schuld“-Frage auftaucht: Welche Koalitionen und Bündnisse zeigen sich dann?

Konsens- und Dissensbeobachtung: Bei welcher Thematik, Problem- oder Zielbeschreibung gibt es verbale oder nonverbale kollektive Zustimmung oder Ablehnung zum Therapeuten hin, wo besteht systemintern offener und wo verdeckter Dissens? Wie wird mit Dissens umgegangen?

Beziehungsdimensionen und Systemregeln: Welche Beziehungsdimensionen werden mit der Symptomatik des identifizierten Patienten oder durch eine Thematik, die das System bewegt, berührt (Nähe – Distanz / Geben – Nehmen / Macht – Ohnmacht / Veränderung – Bewahrung)? Wer vertritt dann offen oder verdeckt welche Position auf diesen Dimensionen? Wenn sich ein Thema oder eine Problematik als besonders wichtig herauschält: Welche expliziten Regeln hat das System zum Umgang damit? Welche impliziten Regeln können der Dynamik hypothetisch entnommen werden? Und wer ist dann Repräsentant der Regeleinhaltung und wer der Regelbrecher? Manchmal hilft es, eine vermu-

tete Regel als Hypothese anzubieten: „Es sieht so aus, als gäbe es bei Ihnen die Regel: Wer beruflich nicht erfolgreich ist, hat in dieser Familie keinen guten Platz. Wie sehen Sie das?“

Symptombezogene Krankheitsmodelle im System: Zunächst zentriert man sich auf die „Leitsymptomatik“ des „identifizierten Patienten“ und hier vor allem auf die Erfassung der verschiedenen Sichtweisen darauf: Wie benennen, bewerten oder erklären sich der Patient und die anderen das „Symptom“ – welchem Modell folgen sie dabei: Einem Krankheitsmodell? Einem psychologischen Modell? Einem Schuld-Modell? Wen machen sie dabei für Veränderungen verantwortlich: Jemand im System oder jemanden außerhalb des Systems (z. B. den Therapeuten)? „Wenn das Symptom auftritt – was ist dann üblich: Was muss man dann tun, darf man dann nicht tun?“ Man kann hypothetisch erschlossene Regeln dazu spiegeln, z. B.: „Mir scheint, es gebe bei Ihnen die Regel: ‚Wenn es einem schlecht geht, stehen die anderen mit ihren Bedürfnissen zurück.‘“

Intuition: Auch wenn in der Verhaltenstherapie Gesprächsführung und Hypothesenbildung nach dem Prinzip bewusster Rationalität gefordert ist, kann, muss und darf man sich manchmal auch auf seine klinisch-therapeutische Intuition verlassen, um ein im System-Raum stehendes tabuisiertes Thema zu erspüren und dann gegebenenfalls anzusprechen und die eventuell dazugehörige Systemdynamik zu erfassen: Ist Angst im Raum? Warum wird nicht über aus der Faktenlage eigentlich ins Auge springende Ereignisse und Tatsachen gesprochen (eine erfahrene Gewalt, Kinderlosigkeit, ein Suizid, Verlust einer Person, Heimat, eine Insolvenz)? Oder: Warum wird das zwar angesprochen, aber ohne jegliche emotionale Beteiligung? Was wäre, wenn man diese Fakten bzw. Gefühle

dazu benennen würde? Hier findet man oft den Schlüssel, nach welchen Ereignissen im System sich wie und warum bestimmte kommunikative Regeln gebildet haben, wen oder was diese Regeln schützen und welche Rolle das eventuell für die Symptomatik oder auch welche Rolle die Symptomatik für die Aufrechterhaltung der Regeln hat. Meistens geht es dann um den Schutz aller oder einzelner vor starken primären Gefühlen, die mit einem Ereignis zusammenhängen (d. h. um Angst, Trauer, Schmerz, Sehnsucht oder auch um die gefürchtete Intensität positiver Gefühle wie Liebe, Zuneigung, Zugehörigkeit oder Dankbarkeit, die bisher keinen klaren Ausdruck finden konnten oder durften).

3.2.3 INFORMATIONEN ZUR VERGANGENHEIT DES SYSTEMS: SYMPTOMENTWICKLUNG UND SYSTEMVERÄNDERUNGEN

Irgendwann wird man sich auch der Vergangenheit des Systems zuwenden. Das geht manchmal nur wenige Jahre zurück, kann sich aber auch bis in frühere verstorbene Generationen hinein ausstrecken. Wichtig sind die vergangenen zeitlichen Zusammenhänge zwischen Veränderungen oder Ereignissen im System und der Symptomentwicklung: „Der depressive Rückzug der Ehefrau erfolgte, als der Ehemann in Rente ging und fortan ständig um sie herum war.“

Oft lohnt es sich, das aktuelle individuelle, dyadische oder triadische Geschehen im System einmal vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen dieses Systems oder gar der Erfahrungen früherer Generationen zu beleuchten: „Wenn Sie sich heute gegenüber Ihrem Kind so ... verhalten: Wem sind sie darin ähnlich? Von wem versuchen Sie sich bewusst zu unterscheiden? Welches der Sie heute belastenden Gefühle, Themen

oder Verhaltensweisen haben Sie vielleicht von einer früheren Generationen ‚geerbt‘ (z. B. das Thema ‚Kampf um Gerechtigkeit‘)?“ Man kann die so erhobenen Informationen manchmal im Sinne einer generationsübergreifenden System-Funktionalität auswerten: „Das betont dominante Verhalten des Mannes gegenüber seiner Familie ist ein Versuch, sich bewusst vom unterwürfig erlebten Vater abzugrenzen.“ Oder: „Das provokante ‚verrückte‘ Verhalten der Tochter ist ein unbewusster Versuch, die im System geächtete und in die ‚Psychiatrie weggesperrte‘ Oma wieder zu integrieren.“

3.2.4 FRAGEN ZUR HYPOTHETISCHEN SYSTEMZUKUNFT

Welche Konsequenzen wird es a) auf die Beziehungen des Patienten zu anderen, b) anderer zu ihm und c) anderer untereinander haben, wenn der Patient seine Krankenrolle aufgibt? Wem wird das gefallen, wem nicht, wer wird lieber wieder die Krankenrolle haben wollen und wie wird der Patient damit zurecht kommen? Mit der Wunderfrage nach Kanfer oder nach Steve de Shazer: Wenn ein Wunder geschehen und das Symptom über Nacht verschwunden ist: Wer wird es zuerst woran merken und was genau wird dann der Reihe nach an diesem Tag geschehen bzw. nicht mehr geschehen? Wessen Verhalten würde offenbar, wenn der bisherige Symptomträger kein Problem mehr darstellt?

3.3. STUFE 3: KOMPLEXITÄTSREDUKTION DURCH EINE ZENTRALE SYSTEMISCH-FUNKTIONALE HYPOTHESE

Wenn man durch seine „Systemneugier“ nun (zu) viele Daten hat und sich möglicherweise im Zustand der Informa-

tionsüberladung befindet, muss und darf man sich eine Komplexitäts-Reduktion gönnen: Was ist das wichtigste Muster? Die wichtigste Dynamik? Was muss oder darf man als zentrales Problemverhalten identifizieren?

Gemäß dem Blickwinkel des Beobachters kann man sich drei primäre Fragen stellen:

- Was erscheint als das Haupt-Symptom oder -Problem: Ist es das eingangs vorgetragene und dem „identifizierten Patienten“ zugeschriebene? Oder hat es sich verlagert auf eine andere Person oder ein gemeinsames Systemthema?
- Was ist das dominante Systemthema / Systemmuster / die primär relevante Beziehungsdimension / Systemregel zum therapeutisch behandelten Thema?
- Wechselwirkung zwischen beiden Bereichen: Wie erzeugt das System das Symptom / das Symptomverhalten / die problematische Rolle? Was trägt letzteres zur Aufrechterhaltung des Systemzustandes bei? Gibt es ein „Doppelgesicht des Symptoms“ derart, dass es gleichzeitig im System auf notwendige Veränderungen hinweist und dieses im alten Zustand stabilisiert?

Damit hat man nun eine teleologisch-funktionale-systembezogene funktionsanalytische Hypothese im eigentlichen Sinne. Aus Sicht und Erfahrung des Autors kann das manchmal in einer einzigen Stunde erreicht werden, manchmal benötigt man mehrere Sitzungen dafür. Veränderungen im System hängen nicht immer von der expliziten Bildung einer solchen Hypothese und der expliziten Arbeit mit ihr ab. Oft treten sie ein, während man den dargestellten Fragen systemneugierig nachgeht. Oft aber reicht das nicht und man muss mit einer

explizit gebildeten funktionalen Hypothese weiter arbeiten.

3.4 STUFE 4: ARBEIT MIT TELEOLOGISCH- SYSTEMISCHEN HYPOTHESEN

3.4.1 TRANSPARENT ODER VERDECKT?

Die erste Frage lautet: Kann und soll man die Hypothese gegenüber dem System transparent offen legen oder sie verdeckt für weitere Fragen und Interventionen nutzen?

Hierzu eine grundsätzliche Anmerkung: Die Bildung von Hypothesen über ein System geschieht wie die Bildung anderer Hypothesen in der Therapie nicht in einem einmaligen und von der Informationserhebung gesonderten Akt. Alle Informationserhebungen sind selbst bereits hypothesengeleitet. Wer z. B. schon früh hypothetisch vermutet, es gehe in einem Paar um „Geben – Nehmen“, wird seine weiteren Fragen danach ausrichten und diese These prüfen. Man kann in der Therapie unmöglich jede These offen legen. Das würde zum einen jedes Gespräch überfordern. Zum anderen sind viele der guten und den Therapeuten leitenden Hypothesen diesem Therapeuten gar nicht bewusst. Zahlreiche Thesen werden ad hoc kreiert, durch Fragen überprüft und dann weiter verfolgt oder als falsifiziert fallengelassen in einem ständigen rekursiven Prozess. Die Bildung einer zentraleren Hypothese hat längerfristige Bedeutung, weil sie den *Charakter einer Symptom-Erklärung* annimmt. Das ist zentraler und für die gesamte therapeutische Strategie wichtiger als die kleineren Teil-Hypothesen. Mit ihr kann man dann zweifach umgehen: Offen oder verdeckt. Hält man die Offenlegung einer These nicht für hilfreich und macht man Transparenz nicht aus ideologischen Gründen zum

höchsten Wert, nutzt man sie „still“ und lässt sich von ihr leiten bei der Planung des weiteren Settings und der weiteren Therapiestrategie. Der optimale und ethisch am besten vertretbare Weg dürfte dennoch der bleiben, die Hypothese transparent darzulegen: Man bietet sie dem System an in einer Mischung von klarer Hypothesennennung (kein Sprachnebel!) und Respekt davor, dass das System das ganz anders sehen kann. Hier kann sich ein produktiver Austausch zwischen Therapeut und System auf einer therapeutisch-diagnostischen Metaebene anschließen, der die weitere Therapiebeziehung positiv prägt.

3.4.2 PROZESSORIENTIERUNG

Geht man davon aus, dass soziale Systeme im Rahmen ihrer Selbstorganisation nicht einseitig von außen lenkbar sind und dass sie wegen der Gesetze der Zirkularität und der Rekursivität in ihrer Entwicklung auch nicht vorhergesagt werden können, hat das Konsequenzen für die Therapieplanung. Auch therapeutische Interventionen können auf sie nicht einseitig instruktiv einwirken. Man muss sich „überraschen“ lassen und neugierig bleiben, wie ein System auf eine Aussage oder eine Intervention reagieren wird und die nächste Intervention und Frage wieder an diese Systemreaktionen anpassen. Hierzu ein Beispiel aus der Therapie des Autors einer Familie mit einem sozial auffällig-aggressiven Kind: Eine Intervention hatte zur Verbesserung der Vater-Sohn-Beziehung geführt (was sich auch die Mutter sehr gewünscht hatte). In einer der nächsten Sitzungen zeigte diese sich dann plötzlich ganz verzweifelt: Die Konflikte zwischen Vater und Sohn hätten ab- und die zwischen ihr und Kind drastisch zugenommen. Der Mann halte sich (nun zufrieden mit seiner guten Beziehung zum

Sohn) aus den Mutter-Kind-Konflikten heraus. Damit war klar: In der bisherigen Therapie waren gemäß Behandlungsauftrag der Mann und die Frau ausschließlich als Mutter und Vater gesehen worden. Die Ebene des Paares war noch nicht berücksichtigt. Hier gab es verdeckte Konflikte, das Kind war in die Rolle des triangulierten Symptomträgers gerutscht und hatte darin die Rolle, mit seinen Provokationen vom Paarkonflikt abzulenken. Als wir uns in der Therapie thematisch diesem Bereich zuwandten und in einem Gespräch des Therapeuten mit dem Paar allein (Botschaft an das Kind: „Da gibt es etwas, das geht nur Papa und Mama an und das regeln die jetzt alleine – Du musst und kannst da nichts für die Erwachsenen tun“), entspannte sich sofort die Beziehung Mutter-Kind. Das gute am prozessorientierten Modell ist, dass man Abweichungen von therapeutischen Hoffnungen oder Erwartungen hinsichtlich Verläufen nicht als Folge eines therapeutischen Fehlers ansehen muss, sondern dankbar als Hinweise auf noch nicht gesehene Systemvariablen nehmen kann.

Die Einführung einer funktionalen These ist eine deutliche therapeutische Intervention auf die das System nicht vorhersagbar reagieren wird. In der systemischen Welt wird das oft „Umdeutung“ genannt, wenn man dem System eine andere (in der Regel mit positiven Konnotationen verbundene) Sichtweise auf ein Symptom gibt. Ob oder welche Wirkung das zeigt, das erfährt man zum einen sofort, oft aber erst in weiteren Stunden. Das gilt sowohl für positive Wirkungen und für Konsens wie auch für negative und Dissens.

Reagiert das System oder in der Einzeltherapie der Patient auf die Hypothese mit verbaler und (!) nonverbaler Zustimmung, kann mit dieser These gut weitergearbeitet werden. Gibt es verbal

und nonverbal kongruent Zeichen des Neins, der Ablehnung oder wird eine verbale Zustimmung mit nonverbaler Ablehnung kommentiert, muss die Hypothese nicht gleich verworfen werden. Konsens und Dissens sind keine „Wahrheitskriterien“. Man muss aber bei Dissens mit einer Strategie zum Umgang mit Dissens fortfahren.

3.4.2.1 Das System zeigt Dissens.

Die Bekundung von Dissens sollte grundsätzlich begrüßt werden als Form der Kooperation. Nonverbale Dissens-Botschaften (leichtes Kopfschütteln, mimische Starre, körperlicher Rückzug usw.) kann zum Anlass genommen (nicht gedeutet!) werden, nochmals nachzufragen. Die Leitfrage lautet dann: Was hat der Therapeut in seiner Hypothesenbildung möglicherweise nicht verstanden oder übersehen, und wie müsste die Hypothese zum System beschrieben und formuliert werden, damit auch das Übersehene integriert wird? So kann jeder Dissens utlisiert und nicht als „Widerstand“ abgewertet werden. Es ist für den Therapieverlauf viel produktiver, wenn eine therapeutische Intervention wie das Offenlegen einer Hypothese vom System kommentiert und diese Kommentierung wieder in den therapeutischen Dialog eingebracht wird, als wenn sich das später in Stagnationen im Therapieprozess äußert.

Stimmt ein System auch nach diesen ersten Strategien zum Umgang mit Dissens nicht zu und kommt man nicht zu Konsens, sollte man die Hypothese ganz fallenlassen und als falsifiziert ansehen. Verliebtheit in die eigenen Hypothesen ist ein häufiger Grund, warum Therapien stagnieren. Man kann die Hypothese aber auch weder falsifiziert noch verifiziert „auf die Seite legen“. Es kann zu früh dafür sein. Viel häufiger aber ist das ein Zeichen, dass man noch „etwas ganz

anderes“ übersehen hat, was auch das System nicht wahrnehmen oder formulieren kann: Eine fehlende Anerkennung für das ganze System oder für einzelne Personen, eine traumatische Erfahrung, die Verstrickung einer wichtigen Person des Systems in ein ganz anderes System (Beispiel: Der Mann darf weder der Frau noch dem Therapeuten gegenüber Konsens zeigen, weil das in seiner „Männerwelt“ mit der dazugehörigen Geschichte der Männer im System ein Verrat an männlicher Autonomie wäre)? Im Zweifel dürfte es nützlicher sein, eine Hypothese ganz fallen zu lassen als sie bei anhaltendem System-Dissens weiter zur Basis des therapeutischen Handelns zu machen. In der Ausbildung sollte also nicht nur gelernt werden, wie man Hypothesen bildet, sondern auch, wie man sie ohne Gesichtsverlust und mit Gewinn wieder aufgibt.

3.4.2.2 *Das System zeigt Konsens.*

Bei erzieltm kongruentem Konsens oder bei Zeichen einer „produktiven Verwirrung“ des Systems bzw. des damit konfrontierten Einzelpatienten kann mit der zentralen funktionalen Hypothese durch eine der folgenden therapeutischen Interventionen weitergearbeitet werden:

3.4.3 SYMPTOMVERSCHREIBUNG

In der systemischen Literatur oft beschrieben (aus Sicht des Autors aber in seiner tatsächlichen Bedeutung eher überschätzt) ist die so genannte „Symptomverschreibung“: Man empfiehlt einem System, dass der Symptomträger das Symptomverhalten weiter zeigen solle, weil das Gesamtsystem oder Einzelne „noch“ nicht in der Lage wären, ohne die „Symptomlösung“ zurecht zu kommen. Man kann dann hinzufügen, welche Fertigkeiten aus Therapeutesicht noch fehlen.

3.4.4 THERAPIEZIEL- RISIKOFOLGENABSCHÄTZUNG

Man kann mit einem Einzelpatienten oder mit allen eine Art „Risikofolgenabschätzung“ vornehmen. Man prophezeit dabei gemäß der funktionalen Hypothese, dass eine Symptomveränderung im System Folgen hätte: die ersehnten positiven, aber auch negative. Man fragt in der Einzeltherapie die Person oder in der Paar- oder Familiensitzung das ganze System, ob sie mit den neuen Herausforderungen einverstanden wären, ob sie sich dem gewachsen fühlten und ob sie gegebenenfalls auch langfristige Konsequenzen akzeptieren könnten. Das könnte z. B. die Akzeptanz von zunehmenden Konflikten, von mehr Einsamkeiten, von neu zu treffenden schwierigen Entscheidungen sein. Das könnte im Falle der Therapie mit einem Einzelpatienten auch einmal die Frage bedeuten, ob er bzw. sie eine Trennung in Kauf nähme, wenn das z. B. der Preis der angestrebten Selbstbehauptung gegenüber der anderen Seite wäre.

3.4.5 ENTWICKLUNG EINES FUNKTIONS- ÄQUIVALENTEN ALTERNATIVVERHALTENS

Die wichtigste und wohl häufigste Konsequenz aus einer funktionalen These ist, dass man von ihr ausgehend ein gänzlich neues oder ein das bisherige Ziel ergänzendes Therapieziel benennen oder entwickeln kann: Mit welchem alternativen Verhalten kann die Funktion, die bisher das Symptom oder Problem erfüllte, erzielt werden? Beispiel: Wenn das selbstverletzende Verhalten einer jungen Frau im System die Funktion hatte, den Eltern vor Augen zu führen, dass sie sich in der Familie bisher schlecht behandelt und vernachlässigt fühlte, kann man fragen: Mit welchen anderen, gesünderen Verhaltensweisen kann das

Mädchen diese Botschaft senden? Was könnten die Eltern tun, um ihr dabei zu helfen? Was könnten die Eltern tun, um ihr zum Gefühl eines guten Platzes in der Familie zu verhelfen? Meistens geht bei den *funktionsäquivalenten Verhaltensweisen* in einem System weder – wie in VT-Fallkonzeptionen oft pauschal angenommen – um die „Durchsetzung“ eigener Bedürfnisse gegenüber anderen noch darum, das unerfüllbare Programm zu verfolgen, etwas zurückzugeben, was man nicht zurückgeben kann, sondern vielmehr darum, Fähigkeiten zu entwickeln wie Kompromisse auszuhandeln, ohne Groll nachzugeben oder etwas dankend anzunehmen.

Auf der *Dimension Macht – Ohnmacht* gehen heilsame Alternativen zum Symptomverhalten manchmal damit einher, sich zuzugestehen, dass andere Macht über einen haben und nicht mehr einem illusorischen Autonomie- oder Unabhängigkeitsideal hinterherzulaufen. Dann kann auch einmal die Anerkennung, dass man von Zuwendung, Zuspruch und Liebe abhängig ist und die vorwurfslose Kommunikation dieser „Erkenntnis“ eine heilsame funktionsäquivalente Alternative zum Symptomverhalten sein. Bei realen Machtunterschieden in einem Paargefüge (A besitzt monetär oder in Immobilien unwiderrufbar mehr als B) ist die Anerkennung dieser Differenz meistens heilsamer als die Verleugnung oder die Vernebelung dieser real existierenden Ungleichheit in kommunikativen Verstrickungen. Das gilt vor allem, wenn das Symptomverhalten ein unbewusster Versuch war, der Realmacht des anderen eine „Symptommacht“ entgegenzustellen. Man sieht hier wieder, dass das jeweilige funktionsäquivalente Alternativverhalten erst durch eine genauere Kenntnis der jeweils individuellen Systemdynamiken gefunden werden kann.

Die Umsetzung dieser neuen Ziele in *konkrete Handlungsschritte* ist dann oft eine weitere wichtige therapeutische Arbeit mit Fortschritten und Rückschritten. Hier lassen sich sehr gut die üblichen VT-Techniken einsetzen: Rollenspiel, Hausaufgaben, Selbstkontrollverfahren, Kontrakte. Wenn es um veränderte Kommunikation in Beziehungen geht oder um das kongruente Aussprechen von bisher im Symptomverhalten „versteckter“ Botschaften, haben sich *unter therapeutischer Anleitung erstellte Briefe* als gute Methode erwiesen. Ein Beispiel: Eine 68jährige Mutter, deren Ehemann kürzlich verstorben war, bräuchte in ihrer Trauer den Beistand ihrer zwei etwas entfernt wohnender erwachsener Kinder. Diese, vor allem die Tochter, bleiben aber in kühl-distanzierter und dabei verhalten aggressiv wirkender Distanz zur Mutter. Die Mutter ersetzt nun ihren depressiv-leidenden Rückzug durch einen offenen Brief: Darin drückt sie offen ihre Gefühle aus, stellt der Tochter ehrliche Fragen zu den Motiven ihrer Distanzierung und meldet mit detaillierten Vorschlägen dazu ihren Bedarf nach Beistand durch die Kinder in dieser Trauerphase an. Die (natürlich nicht vorhersagbare) Reaktion der Tochter war: Zuerst ein längeres Schweigen, dann ein großer Blumenstrauß.

Nicht immer kann das alte Symptomverhalten durch ein funktionsäquivalentes Verhalten ersetzt werden. Wenn Symptom und Problemverhalten Versuche darstellten, etwas zu erlangen oder einen Systemzustand aufrecht zu erhalten, was nicht erlangbar ist, was sich überlebt hat oder was nicht wiederherzustellen ist, steht eine tiefere Krise im System an, dem es oder der einzelne sich stellen muss. Dann steht ein Phasenübergang in einen anderen Systemzustand an auf personaler oder systemischer Ebene. Das braucht dann Zeit und

das sollte der Therapeut gegebenenfalls auch sagen. Systemiker sprechen dann von Veränderungen II. Ordnung. Das Symptomverhalten stellt bei Erwachsenen manchmal z. B. den unbewussten Versuch dar, etwas im jetzigen Leben zu erhalten, was man früher als Kind / Jugendlicher schmerzlich vermisst hat: Eine besondere Art der Fürsorge, einen Zuspriech, Geborgenheit, eine Entlastung von überfordernder Last. Symptome können eine indirekte Anklage sein oder indirekte Versuche, etwas nachzuholen und das im Zustand „symptomatischer“ Unschuld. Neben authentischeren Formen, solche Wünsche, Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen, geht es dann oft auch um die schmerzliche Erkenntnis, dass die Geschichte nicht revidierbar ist, also um ein Loslassen. Das gilt im Paarsystem vor allem für Partner, die vom anderen, heute bewusst oder unbewusst genau das erwarten, was man bei den eigenen Eltern vermisst hat. Hier können Sätze mit symptomäquivalenter Funktion wie diese heilsam sein: „Meine an Dich gerichtete Sehnsucht (oder: „Mein Zorn auf Dich, meine Angst vor Dir, meine Angst um Dich, meine Kontrollversuche über Dich ...“) hat mit Dir nichts zu tun. Das gehört zu mir und in eine andere Zeit. Du kannst – im Wissen um diese Seite in mir – mir aber sehr helfen, leichter damit zu leben, indem Du ... (mir z. B. ab und zu ein liebes Wort sagst, mich nicht anschreist, mich bei Deinen Entscheidungen nicht übergehst usw.).“ In der therapeutischen Beziehung bedarf es eines Fingerspitzengefühles, hier eine gute Balance zu finden zwischen mutigem konfrontativen Vorgehen auf der einen Seite und respektvoller Empathie auf der anderen Seite. Zu rasches konfrontatives Vorgehen ist ebenso hinderlich wie die lähmende Vorsicht, Patienten mit solchen schmerzhaften Aspekten zu konfrontieren.

Wenn Symptomatiken mit festgefahrenen Rollen einhergehen (Krankenrolle, Sündenbockrolle, Clown-Rolle, Unschuldrolle, Rolle des Vermittlers, Rolle des Anklägers usw.), brauchen Patienten und Systeme außer der Erkenntnis solcher Festschreibungen oft sehr konkrete Hilfe, aus solchen Rollen aktiv auszusteigen oder jemanden aus solchen Rollen aktiv zu entlassen oder die Kunst zu entwickeln, darum zu bitten, aus solchen Rollen entlassen zu werden. Ist ein System mit solchen Veränderungen einverstanden, die ja auch Übergänge in neue (noch unbekannt!) Systemzustände sind, können Rituale dienlich sein: Offizielle „Entlassungsakte oder -urkunden“, „Verbrennen“ alter Rollen usw.: Hier kann die Kreativität von Therapeuten und Patienten ihren Lauf nehmen.

4. WIE MAN ANGEHÖRIGE EINLADEN, DAS GESPRÄCH ERÖFFNEN UND MANCHMAL SOGAR „NICHT ANWESENDE PATIENTEN“ BEHANDELN KANN

Oft wünschen sich die Patienten oder Angehörige, dass letztere in die Therapie einbezogen werden. Manchmal will es die eine Seite und die andere nicht. Manchmal will es der Therapeut und keiner vom System. Manchmal wollen Angehörige wegen eines anderen alleine und ohne diesen kommen. Ist mindestens einer gegen eine gemeinsame Sitzung, tut man gut daran, dieses geäußerte Nein als Form der Klarheit und der Kooperation anzuerkennen. Man kann verständnisvoll nach den Gründen des Neins oder der Skepsis fragen. Vermutete Ängste oder Befürchtungen kann man offen ansprechen. Einen zur bereits etablierten einzeltherapeutischen Dyade „Patient-Therapeut“ hinzukommenden Partner kann man ernst oder etwas hu-

morvoll fragen, was er glaubt, wie er in der Therapiedyade „Therapeut – sein / ihr Partner“ bisher „weggekommen“ sei. Skeptiker oder zum systemischen Setting „Widerspenstige“ sollten gerade *mit* dieser Haltung willkommen sein. Mit anderen Worten: Freiwilligkeit ist keine *Conditio sine qua non!*

Therapeuten sollten bedenken, dass ihre Einzeltherapie-Patienten oft Angst haben, sie könnten „ihren Therapeuten“ an den vielleicht eloquenteren oder charmanteren Partner „verlieren“ (was für sie oft eine Wiederholung früherer ähnlicher Erfahrungen wäre). Manchmal schützen Patienten ihren Partner oder ihre Angehörigen auch vor einer befürchteter Abwertung durch den Therapeuten dadurch, dass sie diese aus der Therapie fern halten. Oder sie befürchten, der in der Therapie negativ beschriebene Partner könnte sich in den Augen des Therapeuten als „ganz netter Kerl“ erweisen und sie könnten dann das Gesicht vor dem Therapeuten verlieren. Es kann auch sein, dass ein Paar oder eine Familie als System sich bewusst oder unbewusst kollektiv davor schützt, sich den befürchteten Bewertungen eines Therapeuten auszuliefern, weil dieser ja einer ganz anderen Schicht oder Kultur angehört.

In all diesen Konstellationen steigt die Chance zu gemeinsamen paartherapeutischen Sitzungen, wenn man solche Gedanken, Gefühle und Befürchtungen aktiv als verständliche und normale Reaktionen anspricht und zugesteht. Mit wenigen Ausnahmen, bei denen es ethisch oder rechtlich um höhere Güter geht (z. B. Schutz von Leben oder kindlicher Unversehrtheit gemäß § 8a Kinderschutz-Gesetz), muss es dann natürlich dem Patienten und / oder seinem Angehörigen überlassen bleiben, zu kommen oder wiederzukommen.

Wer spricht im Rahmen einer Einzeltherapie oder schon beim Erstkontakt *die „Einladungen“ aus?* In der Regel werden im Rahmen von Einzeltherapie Angehörige vom Patienten selbst eingeladen. Manchmal lohnt es sich, die genauen Worte jener Einladung wiederholen zu lassen, auf die ein Angehöriger mit „Nein“ geantwortet hat. Nicht selten sind darin heimliche Ausladungen enthalten! Eine typische Ausladung ist z. B. die paradoxe Aufforderung: „Komm mit in die Therapie, aber freiwillig.“ Oder es wird dem Partner implizit angedeutet, es gehe in der Therapie dann um seine „Schuld“ an einer Partnerproblematik oder am Symptom des Patienten. Manchmal sind Angehörige sofort zur Teilnahme bereit und kommen sogar motiviert, wenn sie vom Patienten anders eingeladen werden – z. B. so: „Ich bitte Dich, mir zuliebe mit in die Therapie zu kommen.“ Viele können kommen, wenn sie anderen helfen sollen, nicht aber, wenn sie sich selbst in die Rolle von Problemträgern gedrängt wähnen.

Oft wirkt es Wunder, wenn sich der Therapeut vom Patienten die Erlaubnis holt, den Angehörigen selbst schriftlich oder mündlich einzuladen.

Wenn der *Therapeut der Initiator für das Paarsetting* ist, sollte er dieses damit eröffnen, seine Motive und gegebenenfalls auch Ziele für dieses Setting transparent darzustellen. Man sollte als gastgebender Einladender nicht – und schon gar nicht bei einem Skeptiker – mit der Frage beginnen: „Was ist Ihr Anliegen?“ Wenn angebracht, kann und sollte der Therapeut am Anfang klar zu seiner Expertenrolle stehen: Seine bisherige Sichtweise darlegen, seine Verantwortung und seine Möglichkeiten als Therapeut ebenso benennen wie seine Grenzen. Für die Erstellung funktionaler Analysen ist es in der Regel nicht gut, wenn der

Therapeut bewusst oder unbewusst eine „Koalition der Gesunden“ eingeht: Therapeut und „gesunder“ Angehöriger reden dann mit oder gar über den „Kranken“. Hier wäre es besser, die Konstellation „gesund – krank“ im Paar selbst als solche zu markieren und zu explorieren statt diese Konstellation durch das Dreieck „Therapeut - Partner als Cotherapeut - Patient“ noch zu verschärfen.

Ein besonderes und von *Therapeuten oft abgelehntes Setting* besteht darin, dass Partner oder Eltern sich an den Therapeuten wenden, weil sie ihren Angehörigen in psychischer Not sehen und darüber entweder alleine mit dem Therapeuten sprechen wollen oder diesen in die Therapie „schicken“ wollen. Man kann dann natürlich *lege artis* zunächst darum bitten, der Betroffene möge sich „selber“ melden, alleine kommen oder mitkommen. Man kann aber in einigen Sonderfällen diese sich ja offenbar selbst in Not befindenden Angehörige auch einmal „ohne Patient“ einladen und mit ihnen Strategien entwickeln, wie der „identifizierte Patient“ zur Mitarbeit im therapeutischen Prozess könnte gewonnen werden. Man kann mit ihnen auch herausarbeiten, wie sie selbst ihr Verhalten dahingehend ändern können, damit auch beim „IP“ die Veränderungsbereitschaft mit oder ohne Therapie erhöht wird. Oder man entwickelt Strategien mit ihnen, wie sie sich unabhängiger machen können von Veränderungen des „IP“. Das ist im Rahmen von Kassenpsychotherapien natürlich ein abrechnungstechnisches Problem, wenn die Angehörigen nicht selbst an einer krankheitswertigen Symptomatik leiden. Dann ist das keine Psychotherapie als Kassenleistung und man muss andere Lösungen der Bezahlung finden. Die so Beratenen (nicht: „Behandelten“) können z. B. selbst bezahlen, das Ganze müsste von einer Beratungsstelle durchgeführt werden oder

es müssten andere Möglichkeiten sondiert werden. Das könnte dennoch ein gesundheitsökonomisch zweckmäßiger, nützlicher und wirtschaftlicher Vorgang sein. Denn verändertes Elternverhalten führt z. B. oft zur Symptomentilimination bei Kindern oder jungen Erwachsenen (vgl. z. B. im Bereich der Zwangsbehandlung den Abschnitt „Die Eltern als Patienten“ oder „Die Gesamtfamilie als Patient“ in Hand, 2002). Der teleologischen Funktionalität logisch innewohnenden Zirkularität folgend kann man (zumindest hypothetisch) annehmen, dass verändertes Partner- oder Elternverhalten über die Zeit auch zu solchem bei „identifizierten Patienten“ führen wird.

5. WARUM ES IM SYSTEMISCH-TELEOLOGISCH-FUNKTIONALEN ANSATZ KEINE MANUALE GEBEN KANN

Bei Erklärungsansätzen, die deduktiv-nomothetisch vorgehen (Erklärung einer Krankheit nach allgemein gültigen Gesetzen, die für alle davon Betroffene gelten mit dann auch für alle gleichen Therapiemaßnahmen) oder bei Therapieplanungen, die evidenzbasiert induktiv-statistisch erschlossen werden („Weil nach empirischer Evidenz Maßnahme M bei Störung oder Problem XY hilft, wenden wir im Einzelfall eines Patienten mit XY auch Maßnahme M an“), können für alle Patienten mit gleicher Störung gleiche Behandlungsmanuale erstellt werden. Es gehört dann zur therapeutischen Kunst, sich davon nicht zu leichtfertig schon beim geringsten Widerstand gegen das manualisierte Vorgehen abbringen zu lassen (Schulte, 1991, 1996). Solche Manualisierungen sind im Bereich teleologisch-funktionaler Ansätze nicht möglich: Da Funktionen Relationen von Systemteilkomponenten (Symptom / Verhal-

ten / Rollen) und System sind, die weder aus einer genauen Erfassung der Teile noch aus der Kenntnis der allgemeinen Systemmuster allein entnommen werden können, muss das Zusammenspiel zwischen Teil und Ganzem jedes Mal neu betrachtet werden. Wenn wir die Spielweise eines bestimmten Fußballers auf der einen und die bisherige einer bestimmten Mannschaft kennen, wissen wir nicht, was an Spieldynamik herauskommen wird, wenn beide zum ersten Mal zusammen spielen. Das hat den Nachteil, dass man das Rad jedes Mal neu erfinden muss. Das hat den Vorteil, dass der therapeutischen Kreativität keine Grenzen gesetzt sind.

6. ETHISCHE ASPEKTE IN DER ARBEIT MIT FUNKTIONAL-SYSTEMISCHEN HYPOTHESEN: TRANSPARENZ ODER HEIMLICHKEIT

Wie in 3.4.1 bereits ausgeführt, gibt es zwei Möglichkeiten in der Arbeit mit funktionalen Hypothesen: offenes und verdecktes Vorgehen. Transparenz ist der leichtere und ethisch vertretbarere Weg und entspricht der Anforderung eines „informed consens“. Iver Hand (2008) nennt es „Patienten einen Spielball zuspiesen“, wenn sein Team solche Thesen offen legt und Patienten dazu Stellung nehmen lässt. Man kann es auch „Psychoedukation“ nennen, Patienten über entwickelte therapeutische Erklärungsmodelle zu informieren. Fiedler (1997, S. 18) bezeichnet die transparente Darlegung der Erklärungsperspektive des Therapeuten und den Abgleich mit den Erklärungsmodellen des Patienten eine für die Therapie notwendige „Konvergenzprüfung“. Im Konstruktivismus beheimatete Systemtherapeuten sprechen davon, Patienten durch Darlegung der therapeutischen Hypothese einen

„Perspektivenwechsel“ anzubieten, den Therapeuten als Angebot nicht als Wahrheiten verkünden sollten.

Eine in der Ethik der Transparenz und des „informed consens“ weniger gut vertretbare, in der Praxis aber oft notwendige andere Variante besteht darin, dass funktionale Hypothesen das weitere therapeutische Denken, Fragen und Handeln zwar leiten, diese selbst aber aus guten (und manchmal vielleicht auch weniger guten) Gründen nicht offen gelegt werden. Wenn man in der Therapie eines in seiner Symptomatik „dissozial-aggressiven“ Mannes z. B. 1) vermutet, das dem Patienten viele Probleme einbringende aggressive Verhalten zeige er auch in seiner Partnerschaft und werde dort durch die Unterwürfigkeit seiner Frau verstärkt und wenn man 2) weiterhin glaubt, die Offenlegung dieser These verschrecke den Patienten und eventuell auch die Frau und würde zur Zeit nur zu unfruchtbaren Eskalationen führen, dann kann und sollte man wohl besser einen „indirekten Weg“ wählen, um mit dieser wichtigen These zu arbeiten. Man kann den Mann z. B. mit gutem Grund bitten, seine Frau in die Therapie einzuladen (die, sollte die These stimmen, ja nicht nein sagen würde). Man kann diese Einladung z. B. damit begründen, dass man als Therapeut im Sinne einer Fremdanamnese weitere Informationen über Leben und Leiden des Patienten erhalten wolle. In der Art, wie man dann im gemeinsamen Gespräch Mann und Frau exploriert, kann man dann die Hypothese weiter testen und, die explizite Erlaubnis für weitere Systemfragen einholend, abfragen, wie sich dieses Paar über die Zeit herausgebildet hat und was – rein hypothetisch – im Paar geschehen würde, würde die Frau aus diesem Muster aussteigen und sich einmal deutlich gegen den Mann stellen. Man könnte die Frau fragen, was sie befürcht-

tet, wenn sie ihren Mann kritisieren würde usw. So beginnt man – ohne Auftrag dazu! – im Grunde eine Art „heimlicher Paartherapie“. Man sollte aber dennoch jederzeit in der Lage sein, die dahinter liegenden Hypothesen bei Nachfrage von Patienten transparent darzulegen und zu begründen. Oft entwickelt sich aus solchem Vorgehen dann ja auch ein expliziter Therapieauftrag. Von Patientenseite gibt es für die Entwicklung spezifischer funktional-systemischer Hypothesen zu bisherigen Symptomen und Problemen im System selten einen klaren Auftrag. Für ein System, das einen solchen an einen Therapeuten formulieren kann, wäre dessen Erfüllung vermutlich gar nicht mehr wichtig. Man kann aber in Anwendung des medizinischen Modells („der Patient sagt dem Arzt das Symptom und dieser findet und behandelt die Krankheit“) ethisch durchaus gerechtfertigt im Wunsch des Patienten nach Symptomlinderung auch einen implizit enthaltenen Auftrag sehen, die dazu notwendigen Hypothesen zu bilden und diese nach fachlich bestem Wissen und Gewissen in die Therapie einzubeziehen.

7. KOMBINATION DEDUKTIV-NOMOLOGISCHER MIT SYSTEMISCH-TELEOLOGISCHEN ERKLÄRUNGEN

Die Störungsorientierung in der Verhaltenstherapie ist zu einer ihrer großen Stärken geworden. Ihre Grundlage ist, dass sie für jedes klinisch relevante Störungsbild ein spezifisches Erklärungsmodell zur Verfügung stellt. Auch wenn diese Erklärungsmodelle in sich meistens auch individual-teleologische Teilekomponenten enthalten („der Patient schützt sich mit seinem Verhalten vor ... / erreicht damit ...“), orientieren sie sich doch meistens am Anspruch einer de-

duktiv-nomologischen Herleitung der Störung aus allgemeingültigen psychologischen und somatophysischen Gesetzen. Aus vielen Gründen kommen systemische, interaktionelle bzw. teleologisch-systemisch-funktionale Erklärungen in diesen bekannten Störungsmodellen nicht vor (vgl. z. B. die Störungsmodelle in der für Praktiker wertvollen Reihe „Klinische Fortschritte“ im Hogrefe-Verlag).

Kausal orientierte deduktiv-nomologische und teleologische Ansätze müssen sich aber nicht ausschließen. Im Gegenteil. Es gibt viele Gründe, sie zum Nutzen hilfeschuchender Patienten zu kombinieren.

Manchmal kann ein Patient (bzw. das dazugehörige System) dem Erfolgserreichen einer störungsspezifischen Maßnahme erst dann zustimmen, wenn der frühere Symptomgewinn klar geworden ist, anerkannt wird und der bisherige Symptomgewinn erkennbar durch funktionsäquivalente andere Maßnahmen erzielt oder der Patient aus seiner „IP-Rolle“ entlassen werden kann (vgl. hierzu das Fallbeispiel anhand einer Sozialphobie bei Lieb, 2002). Nach Hand (2008) führt eine wohlwollend eingeführte system-funktionale Sicht auf ein Symptom oft zwar noch nicht zu dessen Veränderung, wohl aber zu einem veränderten Klima im System als Ausgangsbasis für die weitere Symptomarbeit.

8. EVALUATION DES TELEOLOGISCH-FUNKTIONALEN ANSATZES

Für die systemischen Therapien liegen mittlerweile umfangreiche evaluative empirische Daten vor im Erwachsenen- ebenso wie im Kinder- und Jugendlichenbereich (vgl. hierzu ausführlich Sydow et al., 2006). Inwiefern diese sich auf den Bereich systembezogener funk-

tionaler Ansätze in der Verhaltenstherapie übertragen lassen, müsste gesondert geprüft werden. Für die Arbeit damit bei Zwangserkrankungen sowie bei pathologischem Glücksspiel kann die Arbeitsgruppe um Iver Hand auf deutliche positive Effekte verweisen mit z. T. hoher Effizienz: Bei einem Drittel der Therapien mit pathologischen Glücksspielern reichten ein bis zwei Sitzungen zur Symptomreduktion (Hand, 2008, S. 140). Ausführlich evaluiert ist die explizit mit funktionalen Thesen arbeitende „funktionale Familientherapie“ der Utha-Gruppe in den USA (vgl. zusammenfassend Heekerens, 2002) mit positiven und oft besseren Ergebnissen als Kontrollgruppen mit anderen Therapieansätzen. Dies bleibt allerdings begrenzt für den Bereich delinquenten Verhaltens von Jugendlichen. Heekerens resümiert: „Alles in allem betrachtet steht die Evaluation der funktionalen Familientherapie im Rahmen der Effektivitätsforschung auf dem Feld der Familientherapie in quantitativer und qualitativer Hinsicht einzigartig dar“ (2002, S. 179). Nach Kenntnis des Autors handelt es sich bei sonstigen Effektivitätsnachweisen zur Arbeit mit dem teleologisch-funktionalen Ansatz im deutschen Sprachraum eher um Einzelfallberichte. DN-orientierte Therapien sind weit besser evaluiert. Dieser Tatbestand spricht aber weder gegen die wissenschaftliche Fundierung noch gegen die Effektivität des teleologisch-funktionalen Ansatzes.

9. ZUR STIEFKINDPOSITION DES SYSTEMBEZOGENEN TELEOLOGISCH-FUNKTIONALEN ANSATZES IN DER VERHALTENSTHERAPIE: EIN PLÄDOYER

Explizit mit dem systembezogenen teleologisch-funktionalen Ansatz arbei-

tende Kollegen oder Arbeitsgruppen sind untereinander wenig vernetzt. In der VT-Ausbildung wird er im Vergleich zu störungsbezogenen Teilen randständiger vermittelt. Möglicherweise findet er in vielen therapeutischen Praxen und Kliniken viel häufiger Anwendung als gemeinhin bekannt. Es fehlt allerdings auch an einer einheitlichen Sprache, mit der dieser Ansatz in Theorie und Praxis vermittelt werden könnte. Im deutschen Sprachraum hat Iver Hand über Jahrzehnte hinweg dazu publiziert – zuletzt mit lesenwerten Fallbeispielen (Hand, 2008).

LITERATUR

- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie: Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 1-27). Lengerich: Pabst.
- Friesen, J. D. (1985). *Structural-strategic marriage and family therapy*. New York: Gardner Press.
- Hand, I. (2002). Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen. In W. Ecker (Hrsg.), *Die Behandlung von Zwängen* (S. 81-100). Bern: Huber.
- Hand, I. (2008). *Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie eine praxisbezogene Systematik in ihren historisch-autobiografischen Bezügen*. New York: Springer.
- Heekerens, H. P. (2002). Die funktionale Familientherapie. In S. Sulz & H. P. Heekerens (Hrsg.), *Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung kognitiv-behavioraler Familientherapie* (S. 159-184). München: CIP-Medien.
- Hempel, C. G. (1977). *Aspekte wissenschaftlicher Erklärung*. Berlin: de Gruyter.

- Lieb, H. (2002). Kausal – Intentional – Funktional: Formen wissenschaftlicher Erklärungen in der Verhaltenstherapie am Beispiel einer „Sozialphobie“. In S. K. D. Sulz & H. P. Heekerens (Hrsg.), *Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung kognitiv-behavioraler Familientherapie* (S. 107-126). München: CIP-Medien.
- Minuchin, S. (1977). *Familien und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Schulte, D. (Hrsg.). (1991). *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stierlin, H. (1988). *Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen*. *Familiendynamik*, 13, 288-299.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2006). *Wie wirksam ist systemische Therapie/Familientherapie?* Göttingen: Hogrefe.



KORRESPONDENZADRESSE:

DR. **HANS LIEB**

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

LUITPOLDSTR. 3-9

D-67480 EDENKOBEN

E-MAIL: hans.lieb@t-online.de