

Erschienen 1999 in: Ambühl, H. & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele*.  
Göttingen (Hogrefe), S. 251-275

## THERAPIEZIELE IN DER SYSTEMISCHEN THERAPIE

VON KURT LUDEWIG

### *Zusammenfassung*

Dieser Beitrag gibt zuerst einen Rückblick auf die Entwicklung der Systemischen Therapie und geht dann zu den konzeptionellen Grundlagen des heutigen Ansatzes über. Aufbauend auf Erkenntnissen des Konstruktivismus, der Kommunikations- und Systemtheorie beinhaltet der systemische Ansatz eine Therapieform, die weder auf die Diagnostik von Pathologie noch auf kausale Intervention ausgerichtet ist, sondern vielmehr darauf zielt, soziale Bedingungen im Therapiesystem zu schaffen, die geeignet sind, damit die Klienten sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und gemäß ihrer Ziele verändern können. Dementsprechend stammen die Ziele systemischer Therapien immer aus der jeweiligen Therapie, nicht also aus einem übergeordneten Modell oder einer Krankheitslehre. Hilfesuchende und Therapeuten gehen einen dialogischen Prozess ein, der zur Ko-Konstruktion eines geeigneten, operationalisierten Anliegens führen soll, worauf dann die Formulierung eines Therapieauftrags aufbauen kann. Die zentrale Unterscheidung von Anliegen/Auftrag dient als Richtschnur, um die Möglichkeiten der Helfer auf die Wünsche der Klienten einzustellen.

---

Schlagerworte: Systemische Therapie - Familientherapie - Konstruktivismus

### EINLEITUNG

Die systemische Therapie kann als wohl jüngste Entwicklung der Psychotherapie betrachtet werden, zumal ihre Entstehung im heutigen Sinne erst auf den Beginn der achtziger Jahre datiert.<sup>1</sup> Zu jener Zeit löste sie sich aus der auf die fünfziger Jahre zurückgehenden Tradition der Familientherapien heraus und begann, sich als eigenständigen Therapieansatz mit eigener klinischer Theorie zu entfalten. An der Basis dieser Weiterentwicklung stand die Rezeption neuerer epistemologischer und systemwissenschaftlicher Denkpositionen (Konstruktivismus und Kybernetik 2. Ordnung). Die Familientherapien hatten sich im wesentlichen praxeologisch

---

<sup>1</sup> Die "Geburtsstunde" der systemischen Therapie lässt sich auf den Beginn der Achtziger Jahre zurückverfolgen: 1981 erschütterte Paul Dell (1982a) im letzten der großen Zürcher Kongresse für Familientherapie die Fundamente der damals geltenden Familientherapie auf das gründlichste; 1982 veröffentlichte *Family Process*, die Hauptzeitschrift der US-amerikanischen Familientherapeuten, drei Aufsätze, die das Feld umwälzen sollten (vgl. Dell, 1982b; Keeney, 1982; de Shazer, 1982). Sie alle brachen mit der allzu pragmatischen Tradition der Familientherapie ab und trugen erste Bausteine zum Aufbau eines grundständigen Ansatzes bei (vgl. Stierlin 1994). Das theoretische Gebäude der systemischen Therapie wurde gewissermaßen um sie herum errichtet (vgl. Simon, 1988; Ludewig 1992, 1996a; von Schlippe, Schweitzer, 1996).

begründet, und sie verfügten außer über ad hoc Konzepte über keine eigenständige klinische Theorie. In theoretischer Hinsicht hatten sie sich - mit Ausnahme der dezidiert kommunikationstheoretisch ausgerichteten Familientherapien vor allem bei Watzlawick et. al. (1969, 1974) - in aller Regel damit begnügt, individualpsychologische Konzepte, etwa psychodynamische, verhaltenstheoretische oder humanistische auf Familien und andere soziale Gruppen direkt anzuwenden oder bestenfalls zu erweitern.

Die systemische Therapie war hingegen mit dem erklärten Vorsatz entstanden, die Vorteile zu erkunden, welche die neuen erkenntnistheoretischen und systemwissenschaftlichen Konzepte zum Verständnis des Menschen und dessen Interaktionen für die Theorie und Praxis der Therapie einbringen könnten. Obwohl diese Konzepte in verschiedenen wissenschaftlichen Gebieten entstanden waren, verband sie das gemeinsame Anliegen, mit Komplexität adäquat, sprich: nicht-reduktionistisch, umzugehen. Daher erschienen sie geeignet, um der Komplexität therapeutischer Arbeit eine phänomenadäquate Grundlage zu zur Verfügung zu stellen. Es handelte sich insbesondere um Konzepte aus der Biologie (Autopoiese-Theorie und die daraus abgeleitete Kognitionstheorie), der Chemie (Theorie dissipativer Strukturen) und der Physik ("Neue Physik", Kybernetik 1. u. 2. Ordnung). Später kam die Auseinandersetzung mit Synergetik und Chaostheorie (Physik), mit der Theorie nicht-linearer Systeme (Mathematik) und der sozialen Systemtheorie (Soziologie) hinzu. Alle diese Theorien hatten starken Einfluss auf die Entwicklung der gegenwärtigen Systemtheorien. Obwohl auch hier - wie nicht selten in der Geschichte der Psychologie - der Anstoss aus dem Fundus der Naturwissenschaften gekommen war, hat sich in den letzten 15 Jahren ein therapeutischer Ansatz entwickelt, der eine umfassende klinische Theorie, eine eigenständige Praxis und eine zunehmend ansehnlichere Forschung vorzuweisen hat.

Die in diesem Beitrag zu behandelnde Frage nach den Zielen in der Systemischen Therapie erweist sich vor dem Hintergrund ihrer Begründung als eine schwierige, denn sie kann nur unter Bezugnahme auf die zugrundegelegten theoretischen Annahmen beantwortet werden. Da diese Annahmen nicht allgemein bekannt sein dürften, folgt hier eine kurze Einführung in die Grundlagen des systemischen Ansatzes.

## SYSTEMISCHES DENKEN

Die metatheoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie lassen sich mit dem Kürzel *systemisches Denken* kennzeichnen. Was heißt aber systemisch Denken? Die Antwort auf diese Frage ist nicht eindeutig. Das Spektrum der Antworten erstreckt sich von einer diffusen Bezugnahme auf undifferenzierte Ganzheits- und Systemkonzepte bis hin zu einem elaborierten wissenschaftlichen Programm unter Einbeziehung erkenntnis-, system- und chaostheoretischer Positionen. Im vorliegenden Beitrag wird systemisches Denken als eine allgemeine Denkmethode verstanden, die Grundfragen menschlicher und natürlicher Existenz zu ihrem Gegenstand macht und unter Rückgriff auf aktuelle systemwissenschaftliche Erkenntnisse beantwortet. Diese Fragen betreffen auf der metatheoretischen Ebene die Phänomene des Erkennens und des Seins, also Fragen der Epistemologie und der Ontologie und so auch der Ethik; auf der praktischen Ebene betreffen sie u.a. Fragen der Politik, Ökologie und Moral, also auch der Therapie. Systemisches Denken bezeichnet mithin auf der Basis eigener Prämissen und Ableitungen eine Denkkultur mit universellem Anspruch. Der Mensch wird dabei als zugleich biologisches und soziales Wesen betrachtet.

### *Biologische Grundlagen.*

Systemisches Denken führt jede Existenzbehauptung und jede Weltbeschreibung auf Prozesse des *Beobachtens* zurück. Anders als transzendental motivierte Denksysteme kommt systemisches Denken ohne metaphysische Annahmen über das *An-sich* von Realitäten aus. Es bescheidet sich vielmehr auf die Auseinandersetzung mit jenen Phänomenen, die Menschen (Beobachter) in der Praxis ihres Lebens hervorbringen, das sind: Erfahrungen, Beobachtungen, Beschreibungen, Erklärungen. *“Alles Gesagte wird von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt”*, heißt es bei Humberto Maturana (1982: 139). Wobei "Beobachter" ein Lebewesen bezeichnet, dessen Welt aus den Elementen besteht, die sein Nervensystem als Unterscheidungen erzeugt, kognitiv-emotional als Erfahrungen erlebt und "linguierend" in Beschreibungen umsetzt (Näheres bei Ludewig, 1992). Diese Beschreibungen bzw. Unterscheidungen in-Sprache bilden den kognitiven Bereich des Beobachters und so die einzig mögliche Realität, zu der er Zugang hat. Die Annahme einer Realität, die über diesen Bereich hinausginge, erforderte, dass ein Beobachter außerhalb seiner selbst funktionieren könnte. Aber auch eine solche Annahme würde sich unausweichlich als Beschreibung erweisen, die von einem Beobachter erzeugt wurde. Der Bereich von Beschreibungen erweist sich somit als phänomenologisch geschlossen (selbstreferentiell) und daher unentrinnbar: Beschreibungen sind nur mittels anderer Beschreibungen ankoppelbar. Deshalb haben die Unterscheidungen, die ein Beobachter hervorbringt und kognitiv erfasst, für alle praktischen Zwecke und bis zum Beweis eines Besseren den Charakter des Realen. *“Realität ist ein Bereich, der durch Operationen des Beobachters bestimmt wird”* (Maturana 1982: 264). Maturana (z.B. 1994) bezeichnet das Gesamt dieser von Beobachtern hervorgebrachte Realitäten als Bereich "konstitutiver Ontologien", um diese von transzendentalen bzw. naiv-realistischen (beobachterunabhängigen) Ontologien zu unterscheiden.

Im erkenntnistheoretischen Sinne leitet sich systemisches Denken von modernen Auffassungen des Konstruktivismus ab (vgl. z.B. von Glasersfeld 1987, Schmidt 1987). Erkenntnisgewinn wird hierbei auf konstruktive Prozesse des Beobachtens zurückgeführt und nicht als mehr oder minder getreue Abbildung subjektunabhängiger Welteigenschaften verstanden. Das traditionelle Wahrheitskriterium der Objektivität als Übereinstimmung von Erkenntnis und Objekt wird zugunsten von Nutzenerwägungen des Erkennens aufgegeben. Passung und Viabilität von Beschreibungen und Erklärungen werden vor diesem Hintergrund als Gütekriterien des Wissens diskutiert (vgl. von Glasersfeld 1987). In Anlehnung an Humberto Maturana und Francisco Varela (1987) ziehe ich es vor, die Qualität des Wissens an das Kriterium der *kommunikativen Brauchbarkeit* anzubinden. Dieses Kriterium ist dann erfüllt, wenn gezeigt werden kann, dass verschiedene Beobachter mit Hilfe der in Frage stehenden Beschreibung (bzw. Erkenntnis) in der Lage sind, die damit beschriebenen Phänomene zu reproduzieren bzw. zu damit angestrebten Zielen zu gelangen. Zur Illustrierung denke man beispielsweise an die unterschiedliche Güte von Rezepten und Straßenkarten.

### *Soziale Grundlagen.*

Systemisches Denken wertet nicht nur die biologische Ausstattung des Menschen als konstitutiv, sondern auch dessen an Sprachlichkeit gebundene, spezifische soziale Natur. Die sonst hinderliche Gegenüberstellung von Individuum und Kollektiv wird aufgegeben und durch das Postulat abgelöst, dass Menschen auf unauflösbare Weise zugleich biologisch-individuelle und sozial-kommunikative Wesen sind, also gewissermaßen den altgriechischen *zoon politikon* verwirklichen. Die oben erwähnte ontologische Behauptung, dass alles Gesagte - also alles Bezeichnete und so Existierende - von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt

wird, beinhaltet, dass Menschen als “linguierende”<sup>2</sup> Wesen nur in der Gemeinschaft mit anderen Menschen denkbar sind. Beobachten als *linguierendes Unterscheiden* - als Unterscheiden in Sprache und so als *sozialer Prozess* - erfordert die Existenz einer Gemeinschaft bzw. einer Kultur, in der die überdauernden Bedingungen für erfolgreiches Konsensualisieren - Bedeutungen, Normen, Sitten usw. - gepflegt und tradiert werden.

“*Systemisch*”.

Der universelle Anspruch systemischen Denkens beruht auf seiner Bestimmung menschlicher Existenz. Dies lässt sich am Verhältnis von Ich/Du als wechselseitigen Konstituierungsverhältnis von Individuum und Gemeinschaft darstellen, also am rekursiven Verhältnis von *<Ich/Du ⇔ Wir>*. Dieses Verhältnis kennzeichnet die Grundmatrix oder Leitdifferenz menschlicher Existenz. "Wir" meint hier die Einheit der Differenz von Menschen, die sich selbst nur unter Bezugnahme auf den jeweils anderen als Personen hervorbringen können. “Ich” als Bündelungssemantik für all das, was mich von anderen unterscheidet, kann als verfügbare Realität erst infolge eines selbstreflexiven Erkenntnisprozesses entstehen, der im Verlauf eines Differenzierungsprozesses von bzw. eines Vergleichsprozesses mit einem anderen Wesen (Du), dem prinzipielle Gleichartigkeit (Ichhaftigkeit) zugeschrieben wird, vollzogen wird. Ich und Du bringen sich durch Operationen des Beobachtens im Verlauf sozialer Begegnungen (Kommunikation) gegenseitig hervor und sind sich daher wechselseitig Bedingung für die Existenz (Unterscheidung, Beobachtung) des jeweils anderen. “Wir” stellt somit das soziale System dar, welches sowohl Bedingung für die Differenzierung und so für die Existenz von Ich/Du als auch das Resultat ihrer wechselseitigen Unterscheidung beinhaltet. “Wir” - das *soziale Systeme* - stellt somit als Gemeinschaft die Bedingung der Möglichkeit für Individualität und so für die menschliche Seins- und Lebensweise schlechthin dar. Darin erweist sich das *Systemische* am systemischen Denken.<sup>3</sup>

## SYSTEMISCHE THERAPIE

### *Historischer Rückblick: die Wurzeln in der Familientherapie*

Die Familientherapie, eine in den 50er Jahren in den USA aufgekommene Therapierichtung war zunächst als Reaktion auf die prinzipiellen und methodischen Einschränkungen entstanden, die

---

<sup>2</sup> Der Neologismus “Linguieren” (span. *lenguajear*; engl. *to language*) bezeichnet nach Maturana (1982: 236ff.) die spezifische menschliche Lebensweise, die darin besteht, dass Menschen in der Lage sind, ihr Verhalten mit Hilfe anderer Verhaltensweisen, z.B. Beschreibungen, zu koordinieren, also konsensuelle Verhaltenskoordinationen höherer Ordnung zu erbringen. Anders als Sprechen oder Versprachlichen ist hier nicht eine Verwendung von oder eine Umsetzung in Sprache gemeint, sondern jene für Menschen eigentümliche, andauernde Erzeugung von Sprachlichkeit.

<sup>3</sup> Dieser wechselseitiger Konstituierungsprozess betrifft selbstredend auch das Hervorbringen des Beobachters und des Beobachtens: beides ist ohneeinander undenkbar. Diese dem systemischen Denken inhärente, da rekursive und selbstreferentielle Erklärungsweise, hat manchen Kritiker veranlasst, diesem Denken logische Inkonsistenz anzulasten, denn es würde sich in selbst gemachte Widersprüche verwickeln (z.B. Nüse, 1995). Durch Positionierung des Beobachters an den Anfang aller Dinge würde eine ontologische Größe eingeführt, die dem selbst auferlegten Verzicht auf eine transzendente Ontologie verletze. Diese Kritik übersieht jedoch, dass Beobachter, Beobachten und das In-Sprache-Sein (Linguieren) als Phänomene behandelt werden, die gleichzeitig und jeweils aus sich selbst heraus entstehen, ohne eine äußere Ursache vorauszusetzen.

der damals geltenden, in der Hauptsache psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapie anhafteten (vgl. Stierlin, 1994). Psychische Störungen wurden als Folge von Dysfunktionalitäten im Familienleben der Betroffenen verstanden, die therapeutische Interventionen darauf gezielt, die Familienstruktur zu verändern und so ihre Störungen zu beheben. Insofern spiegelten die theoretischen Begründungen der Familientherapie das positivistische Verständnis ihrer Zeit wider.

Viele der ersten Familientherapeuten waren Praktiker, die aus der Psychoanalyse, Gestalt- und Verhaltenstherapie stammten. Deshalb wandten sie in der Regel ihre auf das Individuum zugeschnittenen Modelle auf Familien an (z.B. "psychosomatische" oder "psychotische" Familie). Die Ziele der ersten Familientherapeuten beruhten auf Konzepten wie Familienhomöostase, Familienregeln, negative Rückkoppelung u.a., die sie aus empirischen Beobachtungen bei Familien gewonnen hatten. Es galt, die für gestört oder dysfunktional gehaltenen Aspekte der Familien, etwa ein gestörtes Gleichgewicht (Homöostase) oder eine negative Feedbackschleife, durch Einsatz gezielter Interventionen zu korrigieren.

Nebenher entstanden einzelne Gruppen, die nach und nach für den Aufbau eigener, auf die Besonderheiten von Mehr-Personen-Systemen konzipierter Auffassungen sorgten. Zu diesen Gruppen gehörte die mittlerweile legendäre Arbeitsgruppe um Gregory Bateson am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto, Kalifornien. Auf die hochkarätige, interdisziplinäre Zusammensetzung dieser Arbeitsgruppe geht die über lange Zeit relevante Formulierung der Doppelbindungs-Hypothese (vgl. z.B. Bateson et al., 1969). Diese und andere Konzepte dieser Gruppe waren die ersten, die ausdrücklich Bezug auf übergreifende Theorien wie experimentelle Epistemologie, Anthropologie, Systemtheorie und Kybernetik nahmen.

Die weitere Entwicklung der Familientherapie führte in den 70er Jahren zu Binnendifferenzierungen, die sich zu drei Hauptausrichtungen kristallisierten: die prozessorientierte, die strukturell-strategische und die systemische Familientherapie. Die erstere geht auf Paul Watzlawick und Mitarbeiter, die Nachfolgergruppe am MRI in Palo Alto, zurück. Von dieser Gruppe stammen erste umfassende theoretische Vorschläge in Form einer ausgearbeiteten Kommunikationstheorie, die auf moderne mathematische Konzepte und auf Systemtheorie Bezug nehmen (Watzlawick et al., 1969). Hiernach können aufeinander angewiesene Menschen, etwa Familienmitglieder, sich kommunikativ verirren und in zunehmend erstarrende und sich wiederholende Kommunikationsmuster geraten. Die therapeutischen Interventionen müssen daher geeignet sein, um diese festgefahrenen Muster zu unterbrechen. Kennzeichnend für diese Art von Interventionen war zum Beispiel die sog. "Symptomverschreibung".

Die sog. strukturelle (auch strategische) Familientherapie geht vor allem auf Salvador Minuchin (1977) zurück. Diese Ausrichtung entstand in den 60er Jahren zu einer Zeit, als viele nordamerikanischen Familien unter dem Zusammenbruch des American way-of-life litten. In vielen Familien war Desorientiertheit entstanden, und diese drückte sich in einer Neigung zu überhöhter Kohäsion (*enmeshment*) oder zur chaotischen Ordnungslosigkeit (*disengagement*) aus. Die Folge davon konnten verschiedene Regel- und Strukturverletzungen sein, die einer gesunden Familienstruktur abträglich waren. Eine solche Strukturverletzung konnte zum Beispiel eine zu enge Beziehung zwischen einem Elternteil mit einem der Kinder sein, vor allem wenn sie gegen den anderen Elternteil gerichtet war. Diese Verletzung der Ebenen bzw. der Familiehierarchie verantwortete die Entstehung von Symptomen. Für die Therapieplanung galt es demnach, mittels geeigneter Interventionen die pathologische Strukturverschiebung zu

korrigieren und so die Familie neu zu strukturieren. Speziell diese Ausrichtung der Familientherapie brachte dem gesamten Feld den Vorwurf ein, einen unreflektierten nordamerikanisierten und anti-emanzipatorischen “Familialismus” zu betreiben (z.B. Hörmann, 1988). Ein mit der strukturellen Richtung eng verwandter Ansatz ist die direktive Familientherapie Jay Haleys (1978). Auch hier geht es um ein gezieltes Eingreifen in die Interaktionsmuster “pathologischer” Familien mit dem Ziel, diese durch angeblich gesündere (geordnetere) Muster zu ersetzen.

Die letzte Entwicklung der Familientherapie vollbrachte das Mailänder Team um Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al. 1978, 1981). Dieser Ansatz, der unter der Bezeichnung systemische Familientherapie bekannt ist, erfreute sich unter den Familientherapeuten weltweit große Beliebtheit. Das lag vermutlich zum einen daran, dass der Ansatz eine besonders effektive Praxis vorlegte, zum anderen aber auch, dass er eine überzeugende theoretische Fundierung aufwies, die an das Gedankengut Gregory Batesons anknüpfte. Das Familienproblem wurde hier als unentrinnbare Verstrickung in eine pragmatische Beziehungsparadoxie angesehen. Das Therapieziel wurde dementsprechend als Gegenparadoxie konzipiert, die darauf abzielte, jenes das Problem unterhaltende paradoxe Verhaltensmuster zu “verunmöglichen”. Auf diese Weise sollte die Familie Freiheitsgrade gewinnen, um zu alternativen Formen des Miteinanders zu finden. Dieser Ansatz war aber derart pragmatisch und zielbetont, dass viele der Familientherapeuten, die dieses Konzept zunächst dankbar aufgenommen hatten, sich abwandten und sich wieder auf ästhetische und ethische Aspekte besannen (vgl. Allman, 1982; Keeney, 1983; Stierlin, 1983).

### *Systemische Therapie heute*

Systemische Therapie versteht sich als Weiterentwicklung der Familientherapie. Sie lässt sich definieren als *Umsetzung systemischen Denkens* in die Praxis der Hilfestellung bei leidvollen Lebensproblemen mit dem Ziel, zu deren Beseitigung bzw. Linderung beizutragen. Im Unterschied zur Familientherapie beschränkt sich die Systemische Therapie nicht auf ein bestimmtes Setting, etwa ein Mehr-Personen-System, sondern sie versteht sich als eigenständiges (Psycho)Therapieverfahren mit prinzipiell uneingeschränktem Anwendungsbereich, und zwar hinsichtlich sowohl der zu lösenden Probleme als auch der möglichen Settings.

Systemische Therapie hatte auf ihrem Weg zu einer klinischen Theorie zu klären: 1. Was sind die Anlässe, die zum Nachsuchen und zum Beginn einer Therapie führen (Gegenstand), und 2. wie mit diesen Anlässen hilfreich umgegangen werden kann (Methodologie). Beim Versuch, den eigenen Gegenstand zu bestimmen und eine dafür angemessene Methodologie zu erarbeiten, sind in den letzten Jahren vor allem im deutschsprachigen Raum verschiedentlich Konzepte vorgelegt worden, die diese Aspekte mehr oder weniger umfassend aufgreifen (vgl. Simon, 1988; Reiter et al., 1988; Schiepek, 1991; Ludewig, 1992; von Schlippe, Schweitzer 1995). Zudem kam es zu Differenzierungen innerhalb der Systemischen Therapie.<sup>4</sup> Aus Platzgründen

---

<sup>4</sup> Die sich rasch verbreitende systemische Therapie weist bereits in den wenigen Jahren seit ihrer Herauslösung aus der Familientherapie verschiedene Strömungen auf. Dies scheint eine “natürliche” Folge aus den Prinzipien systemischen Denkens und den damit verbundenen Verzicht auf absolute Wahrheiten darzustellen. Diese Strömungen erstrecken sich von eher interventiven Ansätzen (z.B. Boscolo et al., 1988; Weber et al., 1987) bis hin zu Vorgehensweisen, die auf Kooperation angelegt sind (z.B. Andersen, 1990), von Ansätzen, die Sprachliches betonen und sich auf die Lehren

beschränke ich mich im folgenden auf die Erörterung des eigenen, integrativ ausgerichteten Ansatzes (Genauerer bei Ludewig 1992).

### *Gegenstand.*

Bei der Bestimmung des Gegenstands klinischer Theorie im Einklang mit den Annahmen systemischen Denkens bietet sich an, die Anlässe, die zum Beginn einer Therapie führen, als eine Abfolge kommunikativer Prozesse aufzufassen. Diese Abfolge nimmt ihren Ausgang in einem Problemsystem, geht über in ein Hilfesuchendes System, erweitert sich dann um einen professionellen Helfer zu einem unspezifischen Hilfssystem und mündet nach Klärung des Anliegens der Hilfesuche in ein spezifisches Hilfssystem, z.B. ein Therapiesystem. Jedes dieser sozialen Systeme entsteht erst infolge der Emergenz neuer "Mitglieder", die jeweils unterscheidbare Kommunikationen um ein eigenes Thema unterhalten. Mitglieder stellen als soziale Operatoren bzw. operationale Kohärenzen die Elemente sozialer Systeme dar. Sie werden von den beteiligten Menschen verkörpert, lassen sich aber strukturell und operational von diesen unterscheiden. Das "Mitglied-Konzept" erfüllt die systemwissenschaftliche Forderung (vgl. Luhmann, 1984), dass die tragenden Aspekte eines Systems, d.h. die Elemente, deren Relationen und die Systemgrenze, erst mit dem Entstehen des Systems emergieren. Systeme bündeln nicht bereits vorliegende Objekte zu einem Ganzen, sondern das Ganze und die Teile entstehen gleichzeitig. Die Mitglieder entstehen und erhalten sich, indem sie ein bestimmtes Thema kommunikativ tragen.

Problemsysteme operieren mit dem Thema "Problem", Hilfesuchende Systeme mit dem Thema "Anliegen der Hilfesuche" und unspezifische Hilfssysteme mit dem Thema "Zuordnung von Hilfesuchenden zu geeigneten Helfern (Clearing, Plazierung)". Spezifische Hilfssysteme differenzieren sich erst im Zusammenhang mit der jeweiligen Besonderheit des Themas "Auftrag der Hilfestellung". So operieren zum Beispiel Therapiesysteme mit dem Thema "Therapie-Auftrag". Die Unterscheidung dieser Sequenz von vier Systemtypen ermöglicht es, sie konzeptionell unter Einbeziehung ihrer speziellen Operationalität und Geschichte zu erfassen.

### *Lebensproblem/Problemsystem.*

Problemsysteme sind soziale Systeme, die im Umkreis von Lebensproblemen entstehen und sich stabilisieren. Das Konzept des Problemsystems geht ursprünglich auf Harry Goolishians Formulierung des "problem-determined system" zurück (vgl. Anderson et al., 1986; Goolishian & Anderson, 1988). In aller Kürze heißt dies: Nicht soziale Systeme, z.B. Familien, haben Probleme, sondern es sind vielmehr die Probleme, die zur Entstehung spezieller sozialer Systeme, nämlich Problemsysteme, führen. Die zentrale Bedeutung dieses Konzepts für die klinisch-systemische Theoriebildung liegt darin, dass es erlaubt, auf die tradierte, von der

---

des sog. Sozialen Konstruktivismus beziehen (z.B. Goolishian & Anderson, 1988) bis hin zu kurztherapeutischen, lösungsorientierten Ansätzen, die den Schwerpunkt auf Pragmatik und Effektivität legen (z.B. de Shazer, 1989). Nebenher haben sich ein sog. narrativer Ansatz entwickelt, der in Anlehnung an anthropologische Theorien die dominanten Geschichten (Narrative) im Leben der Klienten fokussiert und diese als Ansatzpunkt für das Neuverfassen von Biographien verwendet (z.B. White, 1995) und Ansätze, der unter Berücksichtigung neuerer Erkenntnisse der Säuglingsforschung die Emotionalität der Beteiligten betont und Therapie als Begegnung auffasst (z.B. Levold, 1997a, 1997b; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 1995). Das Gemeinsame dieser Ansätze ist bei allem Unterschied im Detail, dass sie in der Hauptsache nach wie vor auf Konstruktivismus, System- und Kommunikationstheorie beruhen.

somatischen Medizin entliehenen Unterscheidung “normal/anormal” zu verzichten. Problemsysteme sind allgegenwärtig, können jederzeit entstehen und setzen keine besondere “Struktur” bei den Beteiligten voraus. Problemsysteme vergehen meistens ebenso leicht und schnell, wie sie entstanden sind. Klinisch relevant ist also nicht, wieso sie entstehen, sondern wieso sie sich stabilisieren (vgl. Ciompi, 1982). Das auf Kommunikation gestützte Konzept des Problemsystems erlaubt es, zusammen mit dem auf subjektives Erleben gestützte Konzept des Lebensproblems, die Schritte, die zu einer klinisch relevanten Problemlage führen, als kommunikativen Prozess aufzufassen. Mit Hilfe dieses Konzepts ist es möglich, den Gegenstand (psycho)therapeutischer Tätigkeit auf das zu beziehen, worum es im menschlichen Miteinander geht, nämlich auf soziale Interaktion, Kommunikation und Sinnstiftung, ohne allzu “dinghafte” konzeptionelle Anleihen bei den Naturwissenschaften oder der somatischen Medizin machen zu müssen.

Spätere Überarbeitungen des Konzepts Problemsystem (vgl. Ludewig 1988a, 1992, 1998) ermöglichten es, das Konzept des Problemsystems an die Theorie sozialer Systeme nach Niklas Luhmann (1984, 1990) anzubinden. Durch Einbeziehung emotionstheoretischer Gesichtspunkte (z.B. Maturana 1990; Ciompi, 1997) konnte zudem die ursprünglich weitgehend kognitiv-sprachliche Formulierung des Konzepts erweitert werden. Die Einstellung auf Sinn und Kommunikation sowie auf die Luhmann’sche Differenzierung von psychischen und sozialen Systemen ermöglichte es darüber hinaus, das methodische Vorgehen der Systemischen Therapie und ihre bereits bewährte Praxis theoretisch kongruent zu untermauern. Als kommunikativen Prozess aufgefasst können Problemsysteme zwar jederzeit unspezifisch entstehen, sie benötigen aber eine spezifische emotionale Logik, um sich wider jeden Verstand zu stabilisieren. Die Stabilität (besser: Kontinuität) klinisch relevanter Problemsysteme lässt sich ansatzweise dadurch erklären, dass einmal entstandene emotionale Verletzungen gerade aufgrund der systemischen Unmöglichkeit, den Anderen zu durchschauen oder zu bestimmen, derart verunsichern, dass die Kommunikation ihren sonst lebendigen und risikoreichen, da dialogischen und offenen Charakter verliert und eine ausharrende Wiederholungsstruktur (bzw. Vermeidungsstruktur) entfaltet.

In diesem eminent psychosozial angelegten, auf Sinnerzeugung und Kommunikation beruhenden Verständnis von Lebensproblemen und Problemsystemen entfällt jede Vorstellung von “Heilung” oder “Problemlösung”. Probleme-des-Lebens (Lebensprobleme und Problemsysteme) sind weder in Analogie zu somatisch-medizinischen Auffassungen heilbar noch in Analogie zu mathematischen Gleichungen lösbar. Denn diese Probleme sind weder Akzidente noch Randerscheinungen einer sonst “gesunden” Struktur, sondern sie sind das Thema, also das sinngebende und verbindende Element einer besonderen psychischen Verfasstheit oder eines besonderen sozialen Systems, eines Problemsystems. Probleme-des-Lebens sind allenfalls auflösbar, wobei ihre Auflösung die Desintegration des sozialen Systems voraussetzt, das sie als Thema konstituieren. Mit Hilfe dieser Ergänzungen konnten psychisches Erleben (Lebensprobleme) und soziales Handeln zu einem phänomengerechten sozialen Konzept vereint und an die Basis der klinischen Theorie gestellt werden: das Problemsystem.

#### *Methodischer Rahmen.*

Lebensprobleme und Problemsysteme als jeweils psychische und soziale Systeme arbeiten nach Luhmann (1984) mit Sinn als basaler Operation. Probleme-des-Lebens erweisen sich mithin als Ergebnis sinngebender Prozesse unter dafür geeigneten Bedingungen. Dementsprechend beinhaltet das allgemeine Ziel der Systemischen Therapie eine in bezug auf das Problem unspezifische, in bezug aber auf den/die Hilfesuchenden durchaus spezifische Bemühung,



günstige soziale Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Hilfesuchenden die Freiheit wiedergewinnen, Alternativen zum Problem zu erproben. Um diesen Prozess zu gestalten, der günstigenfalls eine kognitiv-kommunikative Umorientierung der Hilfesuchenden zur Folge hat, bietet sich eine ressourcenorientierte Vorgehensweise an, die nach vorhandenen Alternativen zu den problemerhaltenden Aktivitäten beim Individuum bzw. zu den problemerhaltenden Kommunikationen bei Mehr-Personen-Systemen sucht. Die Verwirklichung dieses Ansatzes wird vom Therapeuten durch eine dazu passende Haltung begünstigt; hierzu liegen verschiedentlich Empfehlungen vor (z.B. Ludewig, 1987; Manteufel, Schiepek, 1994). Eine gezielte Erkundung von Ressourcen versteht sich als Förderdiagnostik bzw. "Überlebensdiagnostik" und ersetzt die übliche diagnostische Beschäftigung mit dem Problem und deren klassifikatorische Einordnung. Bei der Therapie von Problemsystemen - stabilisierte kommunikative Prozesse - besteht keine Notwendigkeit, auf das Problem zu fokussieren. Denn die Struktur des Problems (Kommunikationen) erweist sich als Erwartungsstruktur, die in keinem direkten Zusammenhang mit den Alternativen zu stehen braucht, deren Ausführung die Vernachlässigung und schließlich die Überwindung (Auflösung) des Problems bedeuten würde. Von einem Fokussieren auf das Problem wäre allenfalls der Nachteil zu erwarten, dass ein zu intensiv in die Problemkommunikation einbezogener Helfer die Flexibilität verliert, um unbeeinflusst auf Alternativen zu achten. In diesem Sinne verzichtet die Systemische Therapie darauf, Problemtyp und spezifische Therapiemethode aufeinander einzustellen.

## ZIELE DER SYSTEMISCHEN THERAPIE

### *Therapie als Dialog.*

Im systemischen Verständnis findet Therapie als kommunikatives, sinnstiftendes Geschehen - als Dialog - statt und nicht als gezielte Reparatur oder Korrektur einer mehr oder minder verdinglichten Struktur (Psyche, Paar, Familie, Gruppe). Therapie kann als Dialog unter Experten verstanden werden, die ihren jeweiligen Sachverstand (Expertise) einbringen: der Hilfesuchende als Experte für das eigene Leben, der Therapeut als Experte für die Durchführung therapeutischer Dialoge (vgl. Anderson & Goolishian, 1992). Ziel des Therapeuten ist es, ein für die Veränderung des Hilfesuchenden (oder seiner Situation) günstiges soziales Milieu zu schaffen, in dem der "Kunde" sich nach Maßgabe seiner Wünsche und Möglichkeiten verändern kann. Der Hilfesuchende wendet seine Expertise wiederum darauf an, den Verlauf des therapeutischen Dialogs zu seinen Gunsten mit zu gestalten und dort entstandene Impulse in seine Lebenspraxis umzusetzen.

### *Veränderungstheorie.*

Problemsysteme werden als stabilisierte (ritualisierte) kognitive und kommunikative Prozesse begriffen, deren tragende Mitglieder aktuell nicht imstande sind, Alternativen zu versuchen. Diesem Prozess wird hier eine emotionale Logik unterstellt, die bewirkt, dass eine eventuelle Verschlimmerung der Situation mit allen unvorhersehbaren Folgen für die Beziehung der beteiligten Menschen um jeden Preis vermieden wird. Die Struktur von Lebensproblemen und Problemsystemen lässt sich somit als Prozess auffassen, der das Risiko eines offenen Dialogs mit Hilfe ritualisierter Wiederholungen auszuschließen versucht. Die Arbeit der Therapeutin bezieht sich dementsprechend auf zwei Ziele:

1. Bedingungen für die Entstehung und Erhaltung einer tragenden therapeutischen Beziehung zu erkunden und herbeizuführen - hierzu gehören u.a. eine klare Ausarbeitung des Anliegens der Hilfesuche, die Erkundung passender Ressourcen beim Hilfesuchenden, Aufmerksamkeit für die emotionalen Botschaften des Klienten, die ausdrückliche Würdigung der bisherigen

Lebensweise des Hilfesuchenden usw.. Diese erste Maßnahme systemischer Praxis soll dazu beitragen, dass die Klienten sich in Begleitung eines kompetenten Dritten emotional so weit gesichert fühlen, dass sie sich kognitiv und kommunikativ für die sonst unvermeidbaren Risiken, Zufälle und anderen Unvorhersehbarkeiten menschlichen Miteinanders öffnen können. Auf diesem Wege kann zu einer dialogischen, für Veränderungen offenen Form des Umgangs mit sich selbst und den anderen zurückgefunden werden.

2. Den Unterschied, den die Einbeziehung einer Professionellen ausmacht, auf angemessene Weise zu nutzen. Hierzu gehört neben der zukunftsorientierten Anregung zu alternativen Sicht- und Handlungsweisen sowie die Verflüssigung hinderlicher Setzungen, Erwartungen und Kommunikationsstrukturen.

### *Fazit.*

Der hier in großen Schritten geschilderte methodische Ansatz verzichtet theoriekonform auf die Annahme, dass lebende, psychische und soziale Systeme für heteronom eingesetzte kausale Interventionen zugänglich seien. Denn diese Systeme sind aufgrund ihrer spezifischen (autopoietischen) Dynamik operational geschlossen und daher allenfalls für Einflüsse zugänglich, die innerhalb des Systems entstehen oder an den aktuellen Zustand seiner Struktur ansetzen. Dies aber gezielt zu planen, erweist sich als überaus komplexes Unternehmen mit ungewissem Erfolg, zumal autopoietische Systeme nur um den Preis halbwegs "durchschaubar" gemacht werden könnten, dass ihre Freiheitsgrade auf ein Minimum reduziert würden. Das kann aber nicht das Anliegen von Psychotherapie sein. Systemische Therapie beschränkt sich bewusst darauf, Bedingungen im therapeutischen System zu erkunden und zu realisieren, die geeignet sind, um es dem Hilfesuchenden zu erleichtern, sich zu verändern. Systemische Therapie versteht sich ausdrücklich als wissenschaftlich fundierte Form der Hilfe-zur-Selbsthilfe.

## ART DER ZIELE

### *Problem - Anliegen - Auftrag*

#### *Anliegen/Auftrag.*

Systemische Therapie geht vom Anliegen der Hilfesuchenden aus. Erst eine klare Erkundung des jeweiligen Anliegens und eine darauf abgestimmte Definition des therapeutischen Auftrags grenzt den Bereich ein, in dem die Therapeutin befugt ist, zu handeln, d.h. sich in das Leben ihrer Klienten einzumischen. In der Praxis heißt dies, dass die Helferin in der Anfangsphase einer Hilfsmaßnahme (unspezifisches Hilfssystem) bemüht ist, der Klientin zu helfen, ihre Wünsche (Anliegen) im Hinblick auf einen möglichen Zustand nach Überwindung des Problems zu formulieren. In aller Regel kommen aber die Klienten mit der im Rahmen der medizinischen Versorgung etablierten Erwartung, dass die Therapeutin alles über die zu behandelnden Probleme wissen muss, bevor sie helfen kann. Die systemische Therapeutin befasst sich in dieser ersten Phase also damit, die Klientin mit geeigneten Fragen zu motivieren, um vom Problemerkzählen zur Entwicklung eines Anliegens überzugehen. Dabei achtet die Helferin darauf, dass das Anliegen so formuliert wird, dass es zu ihren professionellen Möglichkeiten passt, also operabel ist. Das Anliegen bezeichnet mithin das Ergebnis eines ko-konstruierenden Prozesses bzw. eines Dialogs, der mit dem Ziel geführt wird, die Wünsche der Klientin mit den Möglichkeiten der Therapeutin auf operationalisierte Weise in Übereinstimmung zu bringen. Im übertragenen Sinne übt sich die Therapeutin in der sokratischen Maieutik (Hebammenkunst) aus, die heißt, behilflich zu sein, damit eine neue,

verwirklichte Fassung der Problemverwindung geboren wird. Therapie vollbringt insofern eine prinzipielle Umdeutung bzw. Rekontextualisierung, die zur Folge hat, dass nicht das präsentierte Problem “gelöst” oder “geheilt” wird, sondern dass eine mehr oder minder diffuse, leidvolle Problembeschreibung in einen Kontext gesetzt werden, der eine rasche Umorientierung in Richtung auf Alternativen ermöglichen soll.

Die Formulierung des Anliegens hat optimalerweise den Charakter eines affirmativen Wunsches: “Ich/Wir möchte/n mehr von ....tun, erreichen, erfüllen usw...” bzw. einer affirmativen Zukunftsvorstellung: “Wenn es mir wieder gut geht, werde ich...”. Zur Ausarbeitung des Anliegens erweisen sich die Standardfragen nach Steve de Shazer (1989) als besonders geeignet, z.B. “Angenommen, die Therapie ist beendet und sie war erfolgreich, woran merken Sie das?” Negative, ausschließende Wünsche sind hingegen schwerer zu erfüllen, da die Alternative nicht vorliegt. Gelingt es, ein Anliegen für die aktuelle Sitzung oder, noch besser, für die ganze Therapie auszuarbeiten, hat man das Thema für die gemeinsamen Aktivitäten von Hilfesuchenden und Helfer, also einen Auftrag.

#### *Auftrag.*

Der Therapieauftrag ergibt sich aus der Umformulierung des kokonstruierten Anliegens zu einer ausgehandelten, *vereinbarten Zielsetzung*. Dies dient als Basis für den therapeutischen Vertrag. Die operationale Formulierung des Auftrags erlaubt es, die während und nach der Maßnahme entstandenen Veränderungen daraufhin zu prüfen, ob sie tatsächlich im Sinne der vereinbarten Zielsetzung abliefen und was eventuelle Abweichungen davon bedeuten können - natürlich ohne einfache lineare Kausalitäten zu implizieren! Der Auftrag dient zudem als Richtschnur, um die Durchführung, Beendigung und Kontrolle der Hilfsmaßnahme auszurichten. Schließlich nutzt der Auftrag der Helferin, um einzuschätzen, ob sie den Auftrag annimmt oder lieber weiter verweist. Der Auftrag selbst hat optimalerweise die Form einer Bitte: “Helfen Sie mir/uns, damit...”. Als operationalisierte Bitte enthält sie alle Elemente, die eine sinnvolle Durchführung der Therapie ermöglichen. Im einzelnen:

1. Der Auftrag definiert das Thema der Kommunikationen im Hilfssystem und bestimmt so die Art der jeweils angebrachten Hilfestellung;
2. er grenzt den Bereich ein, in dem der Helfer ermächtigt ist, zu handeln;
3. er leitet den Helfer bei der Wahl seiner Interventionen (Fragen, Reflexionen, Empfehlungen) und bei der Suche nach passenden Alternativen;
4. er enthält die Bedingungen, die erfüllt werden müssen, damit die Therapie beendet werden kann und
5. er ermöglicht eine idiographische, also klientenzentrierte Evaluation des therapeutischen Verlaufs und des Ergebnisses.

#### *Die Differenz Hilfe/Fürsorge*

Psychosoziale Versorgung findet unter verschiedenen Bedingungen und zu verschiedenen Zwecken statt. Eine Möglichkeit, die unterschiedlichen Formen psychosozialer Versorgung zu ordnen, ergibt sich aus der Kombination der Anliegen der Hilfesuchenden mit den Mitteln, die der Versorger daraufhin anwendet. Hierbei erscheint es sinnvoll, zuerst die Phänomene Fürsorge und Hilfe zu unterscheiden. Unter *Hilfe* wird hier jene Form der Versorgung verstanden, die auf ein vom Betroffenen selbst formuliertes Anliegen reagiert und auf der Basis eines frei ausgehandelten Auftrags durchgeführt wird. *Fürsorge* tritt dann auf, wenn das Anliegen einen Dritten, dem Bedürftigkeit unterstellt wird, betrifft. Wie an anderer Stelle ausführlicher

dargestellt (Ludewig 1991), lassen sich die zwei kennzeichnenden Aspekte einer Versorgungssituation - Anliegen und Hilfsmittel - als Dimensionen eines gedachten Koordinatensystems eintragen.

### *Hilfe.*

Im Falle des Helfens wird das Anliegen durch die Senkrechte im Koordinatensystem repräsentiert. Sie verläuft zwischen den Polen "Wunsch nach Erweiterung" ("mehr von...") und "Wunsch nach Verringerung" ("weniger von..."). Die Waagerechte erfasst die Art und Weise, wie der Helfer seine strukturellen Möglichkeiten zur Verfügung stellt. Je nach Anliegen kann der Helfer "Konvergenz" anstreben, d.h. seine Struktur mit der des Hilfesuchenden zu verkoppeln, so dass es über die Zeit im Hinblick auf das Thema der Hilfestellung zu einer allmählichen Angleichung beider Strukturen kommt. Der Helfer kann aber auch die Aufrechterhaltung der "Differenz" beider Strukturen als Mittel der Hilfestellung anstreben. Die Felder dieses Schemas enthalten vier Grundarten des Helfens: *Anleitung*, *Beratung*, *Begleitung* und *Therapie*. Anleitung reagiert auf das Anliegen: "Ich möchte meine Möglichkeiten erweitern", Beratung auf: "Ich möchte meine Möglichkeiten besser nutzen", Begleitung wiederum auf "Ich möchte meine unabänderliche Lage besser ertragen können". Therapie kommt hiernach nur dann vor, wenn das Anliegen heißt: "Ich möchte, dass mein Leiden rasch aufhört".

Je nach Ausarbeitung eines dieser unterschiedlichen Anliegen treten unterscheidbare Operationalitäten im Hilfssystem auf. Die Unterscheidung dieser Grundarten des Helfens dient dem Helfer als Orientierung, um die entsprechenden Maßnahmen auszuwählen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass viele der sog. Sackgassen, in die sich Helfer hinein manövrieren, von nicht klar ausgearbeiteten Anliegen und entsprechend unscharf definierten Aufträgen herrühren. Eine klare und engagierte Ausarbeitung des Anliegens und dessen Umformulierung zu einem passenden Auftrag dürfte eine wichtige Bedingung dafür sein, dass das Hilfssystem eine konstruktive, emotional förderliche Arbeitsatmosphäre entfaltet und so jene aus der Psychotherapieforschung bekannten unspezifischen Wirkfaktoren einer guten therapeutischen Beziehung erfüllt.

### *Fürsorge.*

Fürsorge findet statt, wenn ein Dritter versorgt werden soll. Der Auftraggeber ist meistens eine soziale Institution (u.a. Jugendamt, Sozialbehörde, Gericht), deren Aufgabe es ist, Bedürftigkeit sowie Eigen- und Fremdgefährdung auszumachen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Legt man das gleiche Koordinatensystem wie bei der Hilfe auch hier zugrunde, ermittelt man ebenfalls vier Grundarten der Fürsorge: Anleitung (z.B. Aufklärung), Beratung (z.B. Vorsorge), Begleitung (z.B. Vormundschaft) und (soziale) Kontrolle. Allein im letzteren Fall tritt ein deutlicher Unterschied zu den Grundarten des Helfens ein. Soziale Kontrolle als Pendant zur Therapie wird angeordnet, wenn rasche Abhilfe für eine leidvolle Problemlage, die von einem Dritten ausgelöst wird, gewünscht wird.<sup>5</sup> Soziale Kontrolle ist gesellschaftlich dann vorgesehen, wenn die Betroffenen aus der Sicht eines sozial Befugten "nicht allein bestimmen dürfen". Als

---

<sup>5</sup> Die Berührungsängste systemischer Autoren gegenüber dem Phänomen Kontrolle entbehren jede theoretische Notwendigkeit, zumal ein systemisches Verständnis von Kontrolle keine "instruktive Interaktion" beinhaltet, sondern allein eine äußerlich herbeigeführte Einschränkung, die nicht die prinzipielle systemische Autonomie des Betroffenen unterbindet, sondern allenfalls deren freie Entfaltung erschwert.

Mittel der Fürsorge wirken bekanntlich solche Maßnahmen, welche die Entfaltungsmöglichkeiten vom "Kontrollbedürftigen" vorübergehend einschränken. Hierzu gehören u.a. die geschlossene Unterbringung in Gefängnissen und Psychiatrien, die Fixierung und die pharmakologischen Beruhigung. Maßnahmen der Fürsorge sind in einer gesellschaftlichen Organisation genauso berechtigt wie jene der Hilfestellung. Fürsorge ist weder besser noch schlechter als Hilfe. Wichtig ist allein die Klärung, welche dieser Maßnahmen im betreffenden Fall angebracht ist, hängt von der Art des Anliegens und davon ab, wer den Auftrag erteilt.

### *Setting.*

Systemische Therapie ist als grundständiges Verfahren an kein bestimmtes Setting gebunden. Systemische Therapie kann stattfinden als systemische Psychotherapie (mit einzelnen Klienten), als systemische Paartherapie, als systemische Familientherapie und als systemische Gruppentherapie. Je nach Zusammensetzung der Klienten (Setting) und je nach Anliegen und Auftraggeber können sich unterschiedliche Vorgehensweisen mit entsprechenden Zielsetzungen ergeben. Die Maßnahmen, die für eine klare Vereinbarung des Auftrags notwendig sind, können je nach Setting unterschiedliche Abwägungen erfordern. Neben der Berücksichtigung externer Bedingungen sind auch die persönlichen und interaktionellen Möglichkeiten der Helfer im Bezug auf die Erfordernisse bestimmter Hilfesuchender abzuwägen.

### INFORMIERTE ZUSTIMMUNG

Systemische Therapeuten ko-konstruieren die Anliegen, handeln ihre Aufträge aus und vereinbaren die Ziele zusammen mit ihren Kunden. Schon aus theoretischen Gründen pflegen sie eine Haltung der Kundenorientierung (vgl. z.B. Schweitzer & Schumacher, 1995). Eine dennoch auftretende Unklarheit bezüglich des informierten Einverständnisses mit den Maßnahmen der Therapeutin weist in der Regel auf eines der folgenden Probleme hin:

1. Eine mangelnde Erarbeitung des Anliegens und in der Folge des Auftrags,
2. einen methodischen Fehler z.B. durch Verletzung des Transparenz-Gebots bei der Wahl der Interventionen oder
3. eine Art vom Problem, die strukturgemäß eine offene Ausarbeitung des Anliegen erschwert oder verbietet.

Bei den ersten beiden Problemen handelt es sich um nicht beabsichtigte Unzulänglichkeiten der jeweiligen Situation. Dagegen schützt allenfalls das Bekenntnis der Therapeut/innen zur lebenslangen Fortbildung und Supervision. Das drittgenannte Problem kommt ohne Zutun der Therapeut/innen bei der Misshandlung von Kindern und Schwächeren und bei anderen juristisch relevanten Themen vor. Gerade im Hinblick auf diese Problematik gerät ein Konzept, das auf die Freiwilligkeit und Motivation der Hilfesuchenden aufbaut, in ein ernstes Dilemma (vgl. Reiter-Theil et al., 1993; Reiter et al., 1994). Eine Möglichkeit, mit diesen versteckten Lebensproblemen umzugehen, liegt darin, die angehenden Therapeuten im Rahmen ihrer Weiterbildung zu sensibilisieren, entsprechende Alarmzeichen wahrzunehmen und darüber hinaus anzuleiten, bei Bedarf die Haltung des Fürsorgers übernehmen zu können. In diesen Fällen kommt der Helfer nicht umhin, eigene Ziele zu setzen und entweder gewissermaßen "Detektiv" zu spielen oder zu versuchen, Bedingungen für ein nützliches Lüften des Geheimnisses zu schaffen (vgl. z.B. Levold 1997a, 1997b).

## ZUR STABILITÄT VON THERAPIEZIELEN

Gemäß ihrer Haltung der Kundenorientierung sind systemische Therapeuten nicht an der Stabilität der Therapieziele im Verlauf der Behandlung interessiert. Ebenso wie sich die Anliegen im Verlauf einer Hilfsmaßnahme verändern können, können auch die Therapieaufträge variieren. Lebensprobleme und Problemsysteme werden als sinnkonstituierende Systeme aufgefasst, deren flüchtiger Gehalt gleich nach Entstehen vergeht und immer wieder erneuerungsbedürftig bleibt. Psychische und soziale Systeme gibt es nur in der Zeitdimension und sie hinterlassen keine physikalischen Spuren. Daher gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Probleme-des-Lebens und die Wege ihrer Überwindung miteinander logisch oder kausal verknüpft sein müssten. Anders als bei Gegenständen aus dem physikalischen Bereich, denen für alle praktischen Zwecke eine ausreichend erfassbare Kausalität und Stabilität zugeschrieben werden kann, haben noch so tradierte und ritualisierte Sinnzusammenhänge (Bewusstseinsinhalte, Kommunikationen) keinen zwangsläufigen Bestand als jenen, der ihnen ebenfalls sinngesetzt zugeschrieben wird. Sinnzusammenhänge gelten somit als instabil, permanent im Wandel und im Regelfall für Zufälle und andere unerwartete Einflüsse empfindlich. Anders aber als sonstige Kommunikationen haben sich Problemsysteme gegen die natürliche Neigung zur Variation mittels ritualisierter Wiederholungen abgeschottet und müssen viel Aufmerksamkeit darauf verwenden, um ihre Stabilität zu bewahren. Die Konstanz psychischer und sozialer Systeme impliziert somit keine kausale Zwangsläufigkeit, sondern allenfalls ein Bedürfnis (Erwartung) nach orientierender Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. In der Therapie selbst gibt es jedoch keinen Grund, Kontinuität zu wahren. Die Kontinuität der Themen und die "Einfrierung" der Zeit wären geradezu kontraindiziert. Die Systemische Therapie hat allenfalls Sorge zu tragen, dass der von kostentragenden Instanzen zu finanzierende Prozess über den gesamten Verlauf als jene im voraus vereinbarte Leistung erkennbar bleibt.

## OPERATIONALISIERBARKEIT

Die Ziele systemischer Therapien werden auf der Grundlage des kokonstruierten Anliegen in jeder Therapie individuell ausgehandelt und vereinbart. Maßgeblich für die Orientierung, Ermächtigung und Einschränkung des Therapeuten sowie für die Evaluation der Therapie ist der Bereich, den der ausgehandelte Auftrag definiert. Um diese Bestimmungen zu erfüllen kann, muss der Auftrag operational definiert sein. Gelingt es nämlich nicht, das Anliegen der Hilfesuchenden zu einer Formulierung zu verhelfen, die zu einem operablen Auftrag führt, geschehen eventuelle daraufhin eingesetzten Maßnahmen im eigenen Auftrag des Professionellen.

Auch in der Systemischen Therapie sind es die Therapeuten, die das präsentierte Problem so rekontextualisieren, dass sie damit arbeiten können. Im Unterschied aber zu anderen Ansätzen setzt die systemische Therapeutin die Problembeschreibung des Klienten nicht in ihr modellhaftes Verständnis psychischer Störungen oder Krankheiten um, sondern sie macht es vielmehr zu ihrer Aufgabe, sich in die Denkmodelle und Empfindungen ihrer Klienten zu versetzen, um von dort aus Einfluss im vereinbarten Umfang zu nehmen. Hierfür benötigt die systemische Therapeutin keinen ausgefeilten und verdinglichenden Krankheitsbegriff, sondern vielmehr eine klare und flexible Vorstellung darüber, dass sie es mit Kognitionen und Kommunikationen und nicht mit "Dingen" zu tun hat (vgl. Ludewig 1996b).

## THERAPIEEVALUATION

Eine systemisch verstandene Evaluationsforschung, die weder reduktionistisch angelegte Messungen und Vergleiche noch in erster Linie stichprobenbezogene Aussagen anstrebt, müsste sich idiographisch begreifen. Denn jede Therapie ist ein singuläres Geschehen, so dass ihre überindividuelle Mathematisierung allein im Hinblick auf therapiefremde Erfordernisse zu rechtfertigen ist. Eine systemisch passende Psychotherapieforschung müsste in einem ersten Schritt vom ausgehandelten Auftrag ausgehen und prüfen, inwiefern die Therapie zur Zufriedenheit der Klienten verlaufen ist. Erst in einem zweiten Schritt könnten die so erhobenen Daten als Grundlage für statistische Analysen dienen. Als soziales Phänomen medizinischer und psychosozialer Versorgung ist Therapie an der Nahtstelle verschiedener Interessen angesiedelt, so dass die Diskussion über deren Wert/Unwert an verschiedenen Stellen und unter Verwendung unterschiedlicher Argumente stattfindet.

### *Diskurstypen.*

Systemisch lässt sich die Therapieevaluation als Thema für unterschiedliche soziale Systeme oder Diskurse betrachten. Diese haben jeweils andere Ziele und Kriterien und werden von anderen Mitgliedern anhand unterscheidbarer Operationen getragen. Es handelt sich um mindestens folgende Diskurse: 1. Die Beurteilung durch die Klienten, 2. durch die Therapeuten, 3. durch Wissenschaftler und 4. durch Politiker.

1. Die *“Kunden”*. Den ersten Diskurstyp führen diejenigen, die um Therapie nachgesucht haben. Das legitime Kriterium für ihre Beurteilung ist ihre Zufriedenheit mit der Therapie, egal ob dies das Ergebnis oder den Prozess der Therapie bzw. die Sympathie des Therapeuten betrifft. Mit Bezug auf diesen Diskurs lässt sich mit der Sichtweise des ehemaligen Milwaukee Teams (de Shazers et al., 1986) übereinstimmen, die besagt, dass wenn Klienten in der Lage sind, ihre Probleme zu erkennen und professionelle Hilfe zu suchen, dann wohl auch in der Lage sein müssten, zu erkennen, wann es ihnen besser geht und keine Hilfe mehr benötigen. Jede Beurteilung, die diesen Diskurs entwertet, spricht den Beteiligten zugleich ihre Mündigkeit ab und begibt sich leicht in eine anmaßende Respektlosigkeit. Neuere Studien geben aufschlussreichen Anlass, sich nicht mit der *“Effizienz”* etablierter Psychotherapieforschung zu begnügen, sondern erneut über die *“Effektivität”* von Therapien unter *“realen”* Bedingungen und über die Zufriedenheit von Konsumenten nachzudenken (vgl. Seligman, 1995). Die für diesen Diskurs maßgebliche Leitdifferenz lautet *“Zufriedenheit/Unzufriedenheit”*.

2. Die *Therapeuten* sind als Professionelle, die ihren Status und ihre Einnahmen über die Pflege der eigenen Konfession hinaus rechtfertigen müssen, gehalten, den Wert ihrer Arbeit nachvollziehbar zu machen. Ohne über die notwendigen Mittel und die Zeit für eine regelrechte Therapieforschung zu verfügen, betreiben die meisten Praktiker eine mehr oder minder subjektive klinische Evaluation. Diese kann jedoch unter bestimmten Bedingungen durchaus sinnvolle Ergebnisse liefern (vgl. Reiter, 1995). Als Kriterium für diesen Diskurstyp kann unter systemischen Therapeuten die korrekte Einhaltung des eigenen Ansatzes dienen. Therapeuten könnten mit sich zufrieden sein, wenn sie nachweisen können, dass sie die Vorgaben der eigenen Methode auf zufriedenstellende Weise erfüllt haben. Dies sagte jedoch nichts darüber aus, ob die so geführte Therapien auch im Sinne des Auftrags erfolgreich waren, denn diese Frage unterliegt der modulierenden Wirkung von Bewertungen, die aus anderen als nur therapeutischen Erwägungen entstehen (vgl. z.B. Ludewig 1988b). Diesen Diskurs steuert die Differenz *“Konzepttreue/Untreue”*.

3. Die *Therapieforscher* haben im Vergleich zu Therapeuten den Vorteil, dass sie auf Therapien aus einer Metaperspektive schauen, dabei weniger emotional involviert werden und deshalb leichter Herzens ein nomothetisches Vorgehen anwenden können. Deren Thema orientiert sich an der Differenz "akzeptabel/beliebig". Aus dem Bereich der systemischen Therapie im engeren Sinne liegen noch relativ wenige Forschungsergebnisse vor, die strenge wissenschaftliche Ansprüche befriedigen. Dies liegt vor allem daran, dass der Therapieansatz noch sehr jung ist und sich noch im Prozess der Konzeptualisierung befindet. Dazu kommt es, dass dieser unter Praktikern durchaus akzeptierte Ansatz bislang an den weltweit fast ausschließlich verhaltenspsychologisch oder psychoanalytisch besetzten Universitätsabteilungen noch wenig Resonanz gefunden hat. Blickt man dennoch auf den Forschungsstand im umliegenden Bereich, etwa in der Ehe- und Familientherapie, lässt sich feststellen, dass es eine Reihe methodisch akzeptabler Arbeiten gibt, die zu der zusammenfassenden Beurteilung veranlassen, dass die Ehe- und Familientherapie ihre Effektivität bewiesen hätte (vgl. Shadish et al., 1997). Im Rahmen eines derzeit laufenden, von den drei deutschen Verbänden für Systemische Therapie initiierten Projekts wurde Günter Schiepek mit der Aufgabe beauftragt, eine Stellungnahme zum wissenschaftlichen Stand der Systemischen Therapie zu verfassen. Erste Fassungen dieser umfangreichen Erhebung deuten auf Ergebnisse hin, die sich mit denen von Shadish et al. weitgehend decken.

4. Der *soziopolitische Diskurs* um den Wert von Therapieansätzen ist am wenigstens überschaubar und vorhersagbar, dabei aber am folgenreichsten. Beteiligt sind auf einer Seite jene Instanzen, die Therapien finanzieren (Kranken- und Rentenkassen), für staatliche Ordnung und den Schutz der Konsumenten gegen Scharlatanerie sorgen (Ministerien u.a.) und die BürgerInnen im allgemeinen vertreten (politische Parteien). Auf der anderen Seite beteiligen sich die Berufsverbände der Therapeut/innen und unter Umständen die Organisationen, welche die "Kunden" vertreten. Dies wird flankiert von Vertretern der Pharmaindustrie und der Anstalten. Alle diese Instanzen verfolgen naturgemäß divergierende Interessen, was diesen Diskurs instabil, konflikt- und störanfällig gestaltet. In Deutschland zum Beispiel sind zur Zeit - 1997 - die Vertreter der Kostenträger und Ministerien durchaus an preiswerten und effektiven Kurzzeittherapien, also auch an Systemischer Therapie interessiert. Den politischen Parteien gelingt es aber nicht, eine gemeinsame Plattform zu belegen. Bei diesem Diskurs geht es offenbar um mindestens zwei Leitdifferenzen, die sich gegenseitig leicht ausschließen können: "hilfreich/schädlich" und "preiswert/teuer".

Eine unbedachte Vermengung dieser verschiedenen Diskurse führt unweigerlich zu folgenreichen Komplikationen, denn weder die tragenden Mitglieder, noch die Kommunikationen, noch die Themen sind ineinander überführbar. Die Vorstellung, man könnte die Psychotherapie von der Vielfältigkeit der Konfessionen zu einer einheitlichen Profession verwandeln (vgl. Grawe et al., 1994), verkennt, dass der hier für maßgeblich geachtete wissenschaftliche Diskurs bloß einer unter vielen und zudem uneinheitlich ist (vgl. Seligman, 1995). Eine bar von Hybris geplante Forschung müsste, um vielseitig gehört zu werden, die Spezifika der beteiligten Diskurse beachten, das eigene Forschungsdesign nach Möglichkeit an deren Interessen angleichen und so zu Ergebnissen gelangen, die imstande wären, die Enge des eigenen Diskurses zu überwinden. Auf diesem Wege würde zumindest die logische Verirrung vermieden, die auftritt, wenn die spezifischen Aspekte des einen Systems bedenkenlos auf ein anderes übertragen werden, etwa wenn die Ergebnisse quasi-experimenteller Studien der akademischen Psychotherapieforschung verwendet werden, um die Anwendung eines Ansatzes unter "realen" Bedingungen des Alltags von Praxiseinrichtungen zu rechtfertigen.



## LITERATURVERZEICHNIS

- Allman, L.R. (1982). The aesthetic preference. Overcoming the pragmatic error. *Family Process* 21: 43-56.
- Andersen, T. (Hrsg.) (1990). *Das Reflektierende Team*. Dortmund (modernes lernen).
- Anderson H, HA Goolishian, G Pulliam, L Winderman (1986). The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In: Efron, DE (ed): *Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies*. New York (Brunner/Mazel): 97-122.
- Anderson, H., H.A. Goolishian (1992): Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Z. systemische Therapie* 10: 176-189.
- Bateson, G. et al. (1969). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Boscolo, L., G. Cecchin, L. Hoffman, P. Penn (1988). *Familientherapie - Systemtherapie*. Dortmund (modernes lernen).
- Cecchin, G., G. Lane, W.A. Ray (1993). *Respektlosigkeit. Eine Überlebensstrategie für Therapeuten*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Ciampi L (1982). *Affektlogik*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Ciampi L (1997). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Dell, P.F. (1982a). From systemic to clinical epistemology. In: *Zusammenhänge* 3: 51-78. Zürich (Institut für Ehe und Familie).
- Dell, P.F. (1982b). Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process* 21: 21-41.
- de Shazer, S. (1982). Some conceptual distinctions are more useful than others. *Family Process* 21: 71-84.
- de Shazer, S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- de Shazer, S., I.K. Berg, E. Lipchik, E. Nunnally, A. Molnar, W. Gingerich, M. Weiner-Davis (1986). Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik* 11: 182-205.
- Glaserfeld, E. von (1987). *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Goolishian HA , H Anderson (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: Reiter L, EJ Brunner, S Reiter-Theil (Hrsg): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. S.189-216.
- Grawe, K., R. Donati, F. Bernauer (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe).
- Haley, J. (1978). *Direktive Familientherapie*. München (Pfeiffer).
- Hörmann, G., W. Körner, F. Buer (Hrsg.) (1988). *Familie und Familientherapie*. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Keeney, B.F. (1982). What is an epistemology of family therapy? *Family Process* 21: 153-168.
- Keeney BF (1983). *Aesthetics of Change*. New York (Guilford); deutsch 1987: Hamburg (Isko-Press).
- Levold ,T. (1997a). Problemsystem und Problembesitz: die Diskurse der sexuellen Gewalt und die institutionelle Praxis des Kinderschutzes. Teil I. *System Familie* 10: 21-31.
- Levold, T. (1997b). Problemsystem und Problembesitz: die Diskurse der sexuellen Gewalt und die institutionelle Praxis des Kinderschutzes. Teil II. *System Familie* 10: 64-74.
- Ludewig, K. (1987). 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludewig, K. (1988a). Problem - 'Bindeglied' klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. S. 231-249.
- Ludewig, K. (1988b). Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludewig, K. (1991). Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer. In: Brandau H (Hrsg): *Supervision aus systemischer Sicht*. Salzburg (Otto Müller), S. 54-68.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-

- Cotta).
- Ludewig, K. (1996a). Systemische Therapie in Deutschland. Ein Überblick. *Familiendynamik* 21: 95-115.
- Ludewig, K. (1996b). Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Eine systemische Betrachtung. In: Keller, T., N. Greve (Hrsg.). *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn (Psychiatrie-Verlag), S. 45-60.
- Ludewig, K. (1998). Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie? In: Welter-Enderlin R, B Hildenbrand (Hrsg): *Gefühle und Systeme - Die affektiven Grundlagen von Therapie und Beratung*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme), S. 52-76
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Manteufel, A., G. Schiepek (1994). Systemkompetenz. Orientierung und Handeln in komplexen Sozialsystemen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2: 203-215.
- Maturana, H.R. (1982). *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H.R. (1990). Ontologie des Konversierens. In: Kratky KW, F Wallner (Hrsg): *Prinzipien der Selbstorganisation*. Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft), S. 140-155
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München (Scherz).
- Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg (Lambertus).
- Nüse, R. (1995). *Über die Erfindung/en des Radikalen Konstruktivismus*. Weinheim (Deutscher Studienverlag).
- Reiter, L. (1995). Das Konzept der "klinischen Nützlichkeit". Theoretische Grundlagen und Praxisbezug. *Z. systemische Therapie* 13: 193-211.
- Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg) (1988): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Heidelberg, New York (Springer).
- Reiter-Theil, S., H. Eich, L. Reiter (1993). Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42: 14-20.
- Reiter, L., S. Reiter-Theil, H. Eich (1994). Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie - Antwort auf Kritik. *Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie* 43: 379-382.
- Schiepek, G. (1991). *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig, Wiesbaden (Vieweg).
- Schlippe, A. von, J. Schweitzer (1995): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen (Vandenhoeck u. Ruprecht).
- Schmidt, S.J. (Hrsg.) (1987). *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Schweitzer, J., B. Schumacher (1995). *Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur (De)Konstruktion von Chronizität*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Seligman, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Report Study. *American Psychologist* 50: 965-974.
- Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1978). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Selvini Palazzoli M, L Boscolo, G Cecchin, G Prata (1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6: 123-139.
- Shadish, W.R., K. Ragsdale, R.R. Glaser, L.M. Montgomery (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik* 22: 5-33.
- Simon, F.B. (1988). *Unterschiede, die Unterschiede machen*. Berlin, Heidelberg, New York (Springer).
- Stierlin, H. (1983): Familientherapie: Wissenschaft oder Kunst? *Familiendynamik* 8: 364-377.
- Stierlin, H. (1994): *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Watzlawick, P., J.H. Beavin, D.D. Jackson (1969). *Menschliche Kommunikation*. Bern, Stuttgart, Wien (Huber).
- Watzlawick, P., J.H. Weakland, R. Fisch (1974). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern, Stuttgart, Wien (Huber).
- Weber, G., F.B. Simon, H. Stierlin, G. Schmidt (1987). Die Therapie der Familien mit manisch-

- depressivem Verhalten. *Familiendynamik* 12: 139-161.
- Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (1996). *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- White, M. (1995). *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Dulwich (Dulwich Centre).

*Anschrift des Verfassers:*

Dipl.-Psych. Dr. phil. Kurt Ludewig  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Schmeddingstr. 50 • D-48149 Münster