

A. Brandl-Nebehay

Die therapeutische Beziehung in der systemischen Therapie*

Die Straße ist nicht die Straße, es ist dein Gang, der ihren Zustand bestimmt.

Jiménez

Zusammenfassung Nach Skizzierung der Rahmenbedingungen und Wege in die Psychotherapie werden die Hauptströmungen der Familien- und systemischen Therapie mit ihren jeweils unterschiedlichen Gestaltungen der therapeutischen Beziehung dargestellt. Während in der psychoanalytischen Familientherapie das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung im Mittelpunkt steht, erscheint in der humanistisch orientierten Familientherapie das Moment der unmittelbaren Begegnung sowie die Modellfunktion des Therapeuten zentral. Für strukturelle und strategische Ansätze hingegen ist die „in“- und „up“-Position des Therapeuten gegenüber dem Familiensystem charakteristisch. In neueren Strömungen der lösungsorientierten und konstruktivistischen systemischen Psychotherapie bestimmen Begriffe wie Neutralität, Neugier und Respekt vor der Autonomie von Klientensystemen die therapeutische Beziehung, die als partnerschaftlich konzipiert wird. Weiters werden Gründe für die relative Vernachlässigung des Themas, der umstrittene Expertenstatus des Therapeuten und feministische Perspektiven erörtert.

Schlüsselwörter: Systemische Therapie, Familientherapie, therapeutische Beziehung, Neutralität, Neugier, Respekt, Expertenstatus.

La relation thérapeutique en thérapie systémique

Résumé La thérapie implique un dialogue, l'échange de déclarations et de répliques entre deux ou plusieurs personnes qui développent, entre elles, une relation dans et par ce processus. Comme toute communication, le dialogue thérapeutique n'est pas seulement déterminé par ses contenus (de quoi parlons-nous!), mais aussi par des messages directs ou indirects relatifs au niveau relation (quels sont nos rapports!), ainsi que par

The therapeutic relationship in systemic therapy

Abstract After outlining the framework of psychotherapeutic settings, the mainstreams of family and systemic therapy in their various ways of shaping the therapeutic relationship are described. Psychoanalytic oriented family therapy is based on the concept of transference and counter-transference, whereas in humanistic approaches to family therapy the aspect of encounter between therapist and family members is seen as crucial. In systemic therapy based on structural and strategic concepts the therapist is positioning himself "in" and "up" the family system in an active, intervening role. In solution focused brief therapy and narrative approaches concepts of neutrality, therapeutic curiosity and respect for the autonomy of client systems establish an egalitarian partnership between therapist and clients. Finally some explanations for the neglect of the therapeutic bond in systemic therapy, the issue of therapeutic expertise as well as gender questions are discussed.

Keywords: Systemic therapy, family therapy, therapeutic bond, neutrality, curiosity, respect, therapeutic expertise.

le contexte – les conditions dans lesquelles se déroule la thérapie. Nous allons esquisser certaines de ces conditions et des voies menant à la psychothérapie, pour ensuite présenter les principaux courants de thérapie familiale et systémique du point de vue des différentes manières dont ils élaborent la relation thérapeutique.

1. Le modèle psychodynamique:
transfert et contre-transfert

Les pionniers de la thérapie familiale ont accompli un excellent travail en élaborant une nouvelle conception des notions centrales à la théorie et pratique psychanalytiques de transfert et contre-transfert, qui permet

* Diskussionsfassungen dieses Beitrags lasen Ludwig Reiter, Ulrike Russiger, Egbert Steiner und Gerhard Stumm sowie meine Kolleginnen und Kollegen am Institut für Ehe- und Familientherapie in Wien. Ihnen allen danke ich für Anregungen und Kritik.

de les appliquer aux processus impliquant plusieurs personnes (couples et familles) dans le contexte de la thérapie familiale. Selon ce modèle, la tâche du thérapeute consiste à identifier les conflits familiaux, les délégations (Stierlin, 1978) et les "comptes ouverts" (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981); il s'agit ensuite de les rendre conscients pour que les différents membres de la famille puissent être libérés des liens considérés comme pathologiques au sein du réseau familial (individuation). Simultanément, le thérapeute devrait être capable de gérer de manière différenciée et de soigneusement contrôler son principal instrument de travail – les multiples transferts sur sa propre personne –, ainsi que son contre-transfert.

2. La thérapie familiale de type humaniste: le thérapeute en tant que modèle d'une communication réussie

Lorsqu'elle se fonde sur un paradigme humaniste, axé sur la croissance (V. Satir, W. Kempler), la thérapie familiale est moins application de techniques que réalisation d'une attitude. Les images, idées, fantaisies, souvenirs, sensations physiques et humeurs qui affectent le thérapeute sont exploités en tant que source de soutien thérapeutique. Le thérapeute réagit aux règles, schémas de communication et processus du système familial; il utilise ces réactions pour diagnostiquer des processus et les met à la disposition de la famille. Ici, le/la thérapeute joue un rôle actif, parfois directif; il s'implique d'une manière qui – on l'espère – peut être utilisée comme modèle par la famille.

3. Le modèle structurel: le thérapeute en tant que timonier

La thérapie familiale de type "structurel" ou "stratégique" a eu dans les années 70 des représentants célèbres: Salvador Minuchin (1977) et Gottlieb Guntern, et l'école milanaise autour de Mara Selvini-Palazzoli (1977; 1981). Sa devise n'est pas "guérison par la rencontre", mais bien guérison par la modification des structures familiales qui ont été diagnostiquées comme dysfonctionnelles ou pathologiques.

Sa première étape consiste à élaborer un système thérapeutique. Le thérapeute doit s'acquiescer une position "in" et "up" par rapport à la famille. En effectuant un "joining" – en créant une base de confiance individuelle avec chacune des personnes présentes –, il trouve accès au système familial, entre "dans" ("in") la famille et est accepté par cette dernière. Sa position "up" lui assure l'autorité et les compétences requises pour effectuer des interventions efficaces (même contre des résistances). "Le thérapeute se trouve dans le même bateau que la famille, mais il doit en être le timonier" (Minuchin, 1977, p. 141).

Progressivement, les praticiens d'un modèle de thérapie de type structuration-intervention ou stratégie-planification se sentent de moins en moins à l'aise envers cette manière d'élaborer la relation thérapeutique. Une procédure qui attribue au thérapeute le rôle d'expert quant à la manière "correcte" de

vivre en famille et lui demande de juger si une famille donnée est "bonne", "normale" et "en ordre" compromet la relation thérapeutique. Dans la mesure où les objectifs de la thérapie découlent de critères externes de fonctionnement et ne tiennent que peu compte des rapports à la réalité élaborés par les différents membres de la famille, une "lutte pour le pouvoir" entre thérapeute et clients risque de s'élaborer, durant laquelle il s'agira de définir quelle procédure est "convenable" pour résoudre les problèmes.

4. Modèles de thérapie systémique axés sur la recherche de solutions et le constructivisme

Les courants de thérapie systémique axés sur la recherche de solutions et le constructivisme sont plus récents. Là, des concepts tels que neutralité, curiosité et respect pour l'autonomie du système des clients déterminent une relation thérapeutique qui est conçue comme relation entre partenaires. En thérapie de couple et de famille, neutralité signifie position de "multi-partialité", de prise de parti et de respect simultané ou successif pour les intérêts de toutes les personnes impliquées dans le système thérapeutique (Reiter Theil, 1989). Elle implique également une ouverture par rapport à la "vérité", "l'exactitude" et la "validité" des opinions, idéologies et valeurs des différents individus, du couple ou de la famille.

Mais neutralité signifie également créer un état de curiosité dans le thérapeute (Cecchin, 1988). Cette curiosité lui permet d'examiner les différents points de vue sans leur attribuer de valeur spécifique. En se concentrant sur les schémas de langage et de relation, la curiosité témoigne du fait que les descriptions présentées par les différents membres de la famille ne concordent peut-être pas. La technique des questions posées à chacun à tour de rôle peut d'autre part permettre de créer la curiosité au sein du processus thérapeutique. En devant répondre à des questions qui ne concernent pas des faits, mais des schémas relationnels, les participants à la thérapie commencent à vouloir en savoir plus sur l'autre, ce qui les dispose à plus facilement mettre en question les croyances auxquelles ils avaient adhéré jusque là ("Mon fils est paresseux et têtu", "Ma femme ne m'a jamais compris").

L'attitude de curiosité que nous venons de décrire introduit dans le dialogue thérapeutique la dimension 'première fois'; elle encourage à rechercher des possibilités autres, à percevoir différentes réalités existentielles personnelles et à accepter une responsabilité pour les problèmes et les souffrances. Le respect de la manière unique dont l'être humain perçoit et élabore son cosmos constitue l'autre pôle, l'élément indispensable d'affirmation de soi qui va permettre de découvrir de nouvelles possibilités. Pour que de nouvelles idées puissent être élaborées, il faut que les idées familières aient suffisamment de place (Bateson). En commençant là où le client se trouve et en se laissant introduire par lui dans son univers, le thérapeute crée une atmosphère de respect et d'affirmation de soi qui ouvre l'espace intérieur et permet la réflexion.

Ceci implique en plus qu'une approche systémique qui se concentre sur le diagnostic et la mise en évidence de déficits au sein du système du client ne peut pas être considérée comme permettant d'établir une relation respectueuse et coopérative entre thérapeute et client. Le thérapeute qui accepte l'autonomie de ses clients et leur capacité potentielle à s'organiser eux-mêmes tend par contre à s'axer sur les compétences et ressources que les séances mettent en évidence. Le client est alors considéré comme "expert", comme celui qui "s'y connaît" par rapport à sa manière de vivre; il est celui

qui, par le biais d'un dialogue avec le thérapeute, va rechercher de nouvelles manières de percevoir ses problèmes et sa personne.

La notion de "partenariat thérapeutique" se réfère à la responsabilité partagée par le thérapeute et le client, ainsi qu'à une manière transparente d'élaborer le processus thérapeutique. Les client/es qui sentent que l'on respecte leurs valeurs et leur manière de vivre ne risquent pas d'être "colonisés" par la thérapie; ils/elles sentent que leur besoin de soutien et d'aide (qui les a conduits à entreprendre une thérapie) est pris au sérieux.

Rahmenbedingungen:

Wege in die therapeutische Beziehung

Therapie ist Dialog, Rede und Gegenrede zwischen zwei oder mehreren Personen, die in und durch diesen Gesprächsprozess ihre Beziehung zueinander finden. Wie jede Kommunikation ist auch der therapeutische Dialog nicht nur durch seine Inhalte (Worüber sprechen wir?), sondern auch durch direkte und indirekte Mitteilungen auf der Beziehungsebene (Wie stehen wir zueinander?) sowie durch den Kontext – die Rahmenbedingungen der Therapie – bestimmt.

Zur Annäherung an das Thema Beziehungsgestaltung aus systemischer Sicht scheint es mir sinnvoll, zunächst den Kon-Text von Therapie ins Blickfeld zu rücken. Die Rahmenbedingungen des therapeutischen Dialogs sind durch viele Widersprüche, Merkwürdigkeiten und Mystifikationen geprägt. Die beiden Gesprächspartner treten einander mit höchst unterschiedlichen Anliegen und Motiven gegenüber. Auf der einen Seite stehen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihrem professionellen Rollenverständnis. Für sie ist „Therapie machen“ Haupt- oder Nebenberuf, tägliche Routine im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses in einer Institution oder freiberufliche Tätigkeit. Die „freie“ Praxis unterliegt Wettbewerbsbedingungen und marktwirtschaftlichen Gesetzen, die die Art der „Beziehungsanbahnung“ zwischen Therapeut und Klient in spe prägen. Wer als Therapeut* „gut im Geschäft“ ist, hohe Reputation genießt, über ein ausgedehntes Netz von Zuweisern und einen vollen Terminkalender verfügt, wird an seine Klienten u.U. andere Bedingungen (Höhe der Honorare, Wartezeit, Flexibilität in bezug auf Sitzungstermine) stellen als „Neue“ am Markt (etwa Ausbildungskandidaten im Supervisionsstadium, Therapeuten kurz nach der Praxiseröffnung), die zum Erwerb von Erfahrung, anrechenbaren Stunden und/oder Einkommen auf jeden zusätzlich gewonnenen Klienten angewiesen sind.

Auf der anderen Seite stehen Klientinnen und Klienten mit einem mehr oder weniger klar definierten Lei-

denzustand, einem Problem, einem Anliegen. Ihr Weg in die Psychotherapie ist oft ein mühevoller, frustrierender Irrlauf zwischen inneren Zweifeln (Kann mir Psychotherapie wirklich helfen?), Unsicherheit und Verwirrung über die unterschiedlichen Therapieformen (Welche ist für mich die richtige? Was soll denn Systemische Therapie sein?) und kursierenden Mythen über Therapeuten und Therapeutinnen (Herr X hat meiner Freundin sehr geholfen, ist aber sehr überlaufen; probier's doch mal bei Frau Y, die soll recht nett sein). Der Zuweisungsprozess generiert so ein ausgedehntes Netz von Kommunikationen, das unterschiedliche Konstruktionen und Vorstellungen von Therapie und Therapeutenpersönlichkeiten zum Inhalt hat.

Ist Klient/Klientin nach einigen Weiterverweisungen und Überwindung ihrer Scheu vor Anrufbeantwortern endlich – ziemlich aufgeregt – in der Praxis der Therapeutin Y gelandet, gibt deren Ausstattung erste verstohlene Hinweise auf das Privatleben, den persönlichen Geschmack, die finanzielle Lage und Lebensstil der Therapeutin. (Was läßt sich aus der Picasso-Reproduktion im Wartezimmer schließen? Was wird Frau Y über mich denken? Hat sie selbst Kinder? Darf ich sie das fragen?)

Die „Geschäftsbedingungen“ des Unternehmens Psychotherapie hängen nicht im Wartezimmer und stehen in keinem Vertrag. Sie sind im Psychotherapiegesetz und in Abmachungen mit den Sozialversicherungsträgern umrissen; das „Kleingedruckte“ wird in (dem Konsumenten schwer zugänglichen) Kommentaren und Informationsblättern erläutert. Die wesentlichen Kontraktbedingungen (Honorar, Bezahlung von abgesagten Stunden, Häufigkeit der Sitzungen etc.) werden mündlich ausgehandelt. (Wie groß ist mein Verhandlungsspielraum als Klient? Was sollte ich alles klären? Oder könnten meine Unsicherheit oder mein zu forsches Selbstbewußtsein als Symptom gewertet werden?)

Die beidseitigen Erwartungen und Vorstellungen über den nun in Gang kommenden Prozeß sind neben der nüchtern-geschäftsmäßigen Seite (Anbieter und Nachfragende) durch eine weitere Asymmetrie geprägt. Einerseits begegnen Therapeuten ihren Klienten im Rahmen von spezifischem Rollenhandeln; ihre Beziehung ist als eine zwischen Professionalisten und Kunden definiert und eben nicht als eine private. Andererseits werden innerhalb dieser durch die Grenzen professionellen Handelns festgelegten Beziehung die intim-

* In Rücksichtnahme auf sprachliche Konventionen und bessere Lesbarkeit habe ich mich schweren Herzens entschlossen, häufig nur die Kurzformel „Therapeut“ und „Klient“ für die von mir gemeinten weiblichen und männlichen Personen zu verwenden. Ich ersuche die Leserinnen und Leser, die weiblichen Bezeichnungen „Therapeutin“ und „Klientin“ jeweils mitzudenken.

Tabelle 1. Merkmale der therapeutischen Beziehung in unterschiedlichen Richtungen der systemischen (Familien)therapie

	Psychodynamisch	Humanistisch orientiert	Strukturell und strategisch	Lösungsorientiert, konstruktivistisch
Beziehungsgestaltende Handlungen und Funktionen des Therapeuten	Arbeitbündnis herstellen	Kongruenz, Echtheit, Wertschätzung, Selbstachtung	Joining „in- und up“-Position	Respekt vor Autonomie des Klientensystems
	Aufdeckung und Deutung von familiären Übertragungsbeziehungen, Konfrontation	direkte, aktive Begegnung mit allen Familienmitgliedern	aktives, direktives Eingreifen, Verschreibungen	Aufspüren von Ressourcen, In-Frage-Stellen
	innerlich beteiligte Unparteilichkeit	Allparteilichkeit	Zirkularität, Neutralität	Neutralität, Neugier
Therapeut ist Experte für	Erkennen und Bewußtmachen von Übertragungen	modellhafte, authentische Kommunikation	Diagnose dysfunktionaler Strukturen und Neustrukturierung von familiären Beziehungen	Förderung eigenaktiver Veränderungsprozesse des Klientensystems, Einbringen neuer Perspektiven
Metaphern für die Rolle des Therapeuten	Geschichts- und Ahnenforscher, Aufdecker von Geheimnissen	Begleiter, Lehrer, Überbringer von Botschaften, Erlebnisaktivator	Steuermann, Dramaturg, Regisseur	Koautor neuer Ich-Geschichten der Klienten, Meister des Dialogs

sten Angelegenheiten der Klient/innen notwendigerweise zum Thema (Hildenbrand und Welter-Enderlin, 1992). Um den Klienten eine hilfreiche Reflexion ihrer Lebensprobleme anbieten zu können, muß also eine Begegnung auf der menschlichen Ebene stattfinden, die die Person des Therapeuten ins Spiel bringt.

Das Thema Beziehungsgestaltung hat im Lauf der rasanten Entwicklung der systemischen (Familien-)Therapie in den letzten Jahrzehnten einen starken Bedeutungswandel erfahren, der im folgenden nachgezeichnet und (in Anlehnung an Hinsch et al., 1994) überblicksartig dargestellt werden soll (siehe Tabelle 1).

1. Das psychodynamische Modell: Übertragung und Gegenübertragung

In konzeptioneller Weiterentwicklung psychoanalytischer Theorie und Praxis für Mehrpersonenprozesse (Paare und Familien) war die Neufassung der zentralen Begriffe Übertragung und Gegenübertragung für den familientherapeutischen Kontext eine herausragende Leistung der Pioniere (I. Boszormenyi-Nagy, M. Bowen, H. E. Richter, H. Stierlin). Stierlin (1975) postulierte die Unterscheidung zweier Formen der Übertragung: die transfamiliäre und die intrafamiliäre. Eine transfamiliäre Übertragung liegt dann vor, wenn Verhaltensmuster, Phantasien, Wünsche und Einstellungen, die sich in den Beziehungen zur Ursprungsfamilie etabliert haben, in unangemessener Form auf „Außenstehende“ (z.B. Ehepartner, Therapeuten) übertragen werden; sie überschreitet also die Grenzen der Kernfamilie. Intrafamiliäre oder transgenerationale Übertragung hingegen entwickelt sich über Generationen hinweg innerhalb eines familiären Systems, wenn etwa im eigenen Eltern-

haus unerfüllt gebliebene Wünsche und Bedürfnisse auf die Kinder übertragen werden (Delegation) und „Familienmythen“ von Generation zu Generation weitergereicht werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung in Reiter, 1993). Die Aufgabe des Familientherapeuten besteht nun darin, die familiären Konflikte, Delegationen (Stierlin, 1978) und unausgeglichenen „Konten“ (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981) zu erkennen, bewußt zu machen und damit die einzelnen Familienmitglieder aus ihren als pathologisch diagnostizierten Bindungen im familiären Netz zu befreien (Individuation). Gleichzeitig sollte der Therapeut in der Lage sein, sein wichtigstes Arbeitsinstrument – die vielfältigen Übertragungen auf seine eigene Person – sowie seine Gegenübertragung darauf differenziert handzuhaben und sorgsam kontrollieren zu können (Buchholz, 1983).

Der Therapeut kann positive und negative Gefühle auf sich ziehen, die nicht nur in seiner eigenen Person und seinem Verhalten begründet sind. Sie mögen Erinnerungen an die an keine Bedingungen geknüpfte mütterliche oder väterliche Zuwendung beinhalten und mit dem Wunsch zu tun haben, eigene Verantwortung abzugeben (Regression). In Paartherapien kann eine Idealisierung – bis hin zu erotischen Wünschen – des Therapeuten hinzukommen, der im Kontrast zum eigenen Partner unrealistisch positiv erlebt und bewertet wird (Zimmer, 1982).

Helm Stierlin (1975) beschreibt die Gegenübertragung als einen Verlust der „Allparteilichkeit“, der „innerlich beteiligten Unparteilichkeit“ des Therapeuten, mit der er dessen wünschenswerte therapeutische Grundhaltung in der Familientherapie charakterisiert. Ein für Gegenübertragungen besonders fallreiches

Terrain sind familientherapeutische Sitzungen mit Jugendlichen. Nur allzuleicht kommt der Therapeut/die Therapeutin hier in Versuchung, die Partei des kranken, zum Opfer gemachten oder aber die des rebellierenden Jugendlichen zu ergreifen (auf Grund eigener ungelöster Probleme der Individuation in der Adoleszenz), sich auf die Seite der verfolgten, leidenden Eltern zu schlagen oder sich unbewußt in Konkurrenz zu ihnen zu begeben und sich dem Jugendlichen als „besserer Vater“ oder „bessere Mutter“ anzubieten.

Mit diesen Anforderungen an seine Fähigkeiten zur bewußten Beziehungsgestaltung spielt die Person des Therapeuten und seine psychophysische Befindlichkeit eine entscheidende Rolle. „Sobald der Therapeut sich selbst verliert, was in der Familientherapie leicht passieren kann, tritt eine Entfremdung innerhalb seiner Person und zwischen ihm und der Familie ein, die den therapeutischen Prozeß hemmt. Die theoretische und praktische Betrachtung des therapeutischen Prozesses muß deshalb die Person des Therapeuten voll als Subjekt und Objekt der Beziehung einbeziehen“ (Bauriedl, 1980, S. 129).

Die für jede Beziehungsdefinition in der Therapie unumgängliche Frage von Macht, Autorität und Expertentum hat in der Familientherapie heftige Kontroversen entfacht. Thea Bauriedl (1980) beschreibt die Fachmann/frau-Rolle in der analytischen Familientherapie zunächst als Zuschreibung der Familie, was sich meist schon im Erstgespräch in Bemerkungen wie „Wir wollen nur von Ihnen wissen, ob ... warum ...“ niederschlägt. Der Fachmann weiß, wie und warum alles so ist, wie es ist. Er hat selbst keine Probleme, denn er weiß ja, durch welches Verhalten Probleme zu lösen sind. Er hat auch die Macht zu sagen, was die Familie tun soll. Wenn die Psychoanalyse jedoch als Beziehungsaufnahme gesehen wird, dann kann der Psychoanalytiker nur für sich selbst und seine Beziehungen Verantwortung übernehmen, nicht für seine Patienten. „Die vom Psychoanalytiker bewirkte Veränderung besteht deshalb auch nicht darin, daß der Patient vom Therapeuten ‚repariert‘ wird, sondern darin, daß er selbst im gleichen Sinn zum Fachmann für sich selbst wird, wie es der Analytiker im besten Fall schon ist“ (Bauriedl, 1980, S. 136 f).

2. Humanistisch orientierte Familientherapie: der Therapeut als Vorbild für glückliche Kommunikation

Familientherapie besteht im Verständnis eines wachstumsorientierten, humanistischen Paradigmas (V. Satir, W. Kempler) weniger aus der Anwendung von Techniken als vielmehr aus der Verwirklichung einer Haltung; der Therapeut verwendet sich selbst als sein wichtigstes und wertvollstes Instrument. Die im Therapeuten aufkommenden Bilder, Vorstellungen, Phantasien, Erinnerungen, körperliche Sensationen und Stimmungszustände werden als Quelle therapeutischer Hilfe genutzt. Der Therapeut reagiert auf die Regeln, Kommunikationsmuster und Prozesse des familiären Systems (insbesondere auf die verdeckten, von der Familie nicht offen zugelassenen) und – indem er sich selbst gut kennt („aha, jetzt rutsche ich wieder in meine alte Rolle als

Vermittler zwischen den streitenden Eltern), kann er diese seine Reaktionen als Mittel der Prozeßdiagnostik einsetzen und der Familie zur Verfügung stellen. Dabei muß er seine eigene Vernetzung im Auge behalten, seinen persönlichen Einfluß auf das therapeutische System erkennen, sich als Teil desselben verstehen und sich in seinen Diagnosen stets einbeziehen (Bosch, 1980).

Die Grundhaltung des Therapeuten/der Therapeutin läßt sich – in Anlehnung an die von Carl Rogers formulierten „Basisvariablen“ (vgl. Stumm, 1993) als Einfühlung, Wertschätzung, Kongruenz und Selbstachtung beschreiben. Alle Äußerungen und Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder – und seien sie noch so bizarr – werden als Versuch eines ge-kränk-ten Menschen, eine Lösung für eine bestimmte Herausforderung des Lebens zu finden, begriffen, Symptome als Coping-Strategien verstanden. Therapie ist so gesehen der Versuch, die vorhandenen, aber blockierten Möglichkeiten der Person und des ganzen Systems wieder zur Entfaltung zu bringen. Das wertschätzende Interesse an den einzelnen Personen trägt zur Schaffung eines freundlichen, schützenden Klimas bei und ermöglicht eine offene Begegnung mit den einzelnen Familienmitgliedern, die deren Selbstwert erhöht und so Wachstumsprozesse ermöglicht (Satir, 1975). Im experimentellen und spielerischen Erproben neuer Kommunikationsformen steht vor allem deren verbale und nonverbale Form und nicht der Inhalt im Vordergrund. So kann etwa der Therapeut mit der Verbalisierung seiner Gefühle in der Sitzung Vorbild dafür sein, wie Gefühle konstruktiv ausgedrückt werden können. Es findet sozusagen ein Transfer mit umgekehrten Vorzeichen statt: Die einzelnen Familienmitglieder entwickeln im Verlauf der Beziehung zum Therapeuten zunehmend jene wertschätzende, kongruente, auf Selbstwert gegründete Haltung zu sich selbst, die der Therapeut ihnen gegenüber einnimmt.

Vor dem Hintergrund einer wertschätzenden und kongruenten Haltung des Therapeuten sowie eines systemischen Weltbildes werden eine Fülle von therapeutischen Techniken angewandt (Umdeutung des Problems, Stellen von Familienskulpturen, Malen von Bildern usw.). Wir sehen hier den Therapeut/die Therapeutin in einer aktiven, zum Teil direktiven, aber immer sich selbst einbringenden Weise, die – so die Hoffnung – Modellcharakter für die Familie haben soll.

3. Das strukturelle Modell: der Therapeut als Steuermann an Bord

„Strukturell“ bzw. „strategisch“ konzipierte Familientherapie, wie sie in den 70er Jahren prominent von Salvador Minuchin (1977) und Gottlieb Guntern bzw. von der Mailänder Schule um Mara Selvini-Palazzoli (1977, 1981) vertreten wurde, steht nicht unter der Devise der „Heilung durch Begegnung“, sondern der Heilung durch Veränderung von als dysfunktional oder pathologisch diagnostizierten familiären Strukturen.

Da die Struktur der Familie den Beobachtungen des Therapeuten nicht unmittelbar zugänglich ist, muß sie von ihm in einem ständigen Prozeß des Aufstellens und

Überprüfens von Hypothesen über das Funktionieren des Systems erschlossen werden. Der Therapeut ist hier dem Beobachter eines Schachspiels vergleichbar, der die Regeln des Spiels nicht kennt, sie aber schrittweise aus dem Spielverlauf heraus ableiten kann. Seine Hypothesen enthalten Annahmen über die Rolle und Macht jedes Familienmitglieds, über die Grenzen des Familiensystems nach außen und zwischen den einzelnen Subsystemen (Großeltern, Eltern, Geschwister), über Konflikte und deren Umleitung sowie über Koalitionen und Bündnisse. Wenn eine Hypothese verifiziert werden kann, bestimmt sie die Richtung der Intervention – sei es ein Rollenspiel, sei es die Aufforderung zu räumlicher Distanznahme oder mehr Nähe oder eine therapeutische Verordnung („Hausaufgaben“, Rituale usw.).

Der erste Schritt ist die Formation eines therapeutischen Systems. Der Therapeut muß sich der Familie gegenüber „in“ und „up“ positionieren. Durch „Joining“ – die Herstellung einer individuellen Vertrauensbasis mit jeder anwesenden Person – findet er Anschluß an das Familiensystem, findet Eingang „in“ die Familie und wird von dieser akzeptiert. Die „up“-Position sichert ihm die nötige Autorität und Kompetenzzuschreibung, um Interventionen (auch gegen Widerstände) wirksam werden zu lassen. „Der Therapeut sitzt im selben Boot mit der Familie, aber er muß der Steuermann sein. Meistens wird die Familie den Therapeuten als Führer dieser Partnerschaft akzeptieren. Nichtsdestoweniger muß er sich dieses Recht verdienen. Wie jeder Führer muß er sich anpassen, überreden, unterwerfen, unterstützen, dirigieren, Vorschläge machen und folgen, um führen zu können“ (Minuchin, 1977, S. 141).

Auf ein „funktionierendes“ therapeutisches System lassen sich ähnliche Normvorstellungen anwenden wie auf die innere Funktionalität des familiären Systems. Sind die Grenzen zwischen Therapeut und Familie zu starr, kann der Therapeut keinen emotionalen Zugang zu den einzelnen Personen finden und seine Interventionen fruchten nicht; ist die Grenze zu diffus, wird er selbst ins familiäre Netz verstrickt und verliert die zur Neustrukturierung der Familie notwendige „up“-Position (Katschnig und Wanschura, 1986).

Neben dem grenzziehenden, aber flexiblen Pendeln des Therapeuten („moving in and out, in and up“) kann als eine dritte Bewegungsrichtung der „go-between“-Prozeß beschrieben werden (Zuk, 1975). In dysfunktionalen Triaden wird die dritte Person Träger der (unerfüllten) Erwartungen der anderen zwei; der dritte (z.B. das Kind) soll ersetzen, was in der Beziehung (z.B. zwischen den Eltern) fehlt, muß als Blitzableiter verdeckter Konflikte oder Bündnispartner (Triangulierung) erhalten. Indem sich der Familientherapeut selbst als dritter Pol in konflikthafter dyadischer Beziehungen anbietet („go between“), wird er zum Katalysator einer offenen Konfliktbearbeitung, die das triangulierte Kind entlastet und strukturelle Musterveränderungen in den Familienbeziehungen ermöglicht.

Einen innovativen neuen Zugang in der Arbeit mit Dyaden und Triaden bildet die von der Mailänder Gruppe entwickelte Technik des „zirkulären Fragens“ (Selvini-Palazzoli et al., 1981). Indem ein Familienmitglied

dazu eingeladen wird, über die Beziehungen zwischen zwei anderen in deren Gegenwart zu metakommunizieren, werden Unterschiede in den Sichtweisen angesprochen und Beziehungen definiert, was bei den beteiligten Personen meist Innehalten und Nachdenken auslöst. Der Therapeut läßt sich in seiner Befragung aus den gewonnenen Informationen zu neuen Fragen führen, die wiederum intensive Veränderungsprozesse in der Familie anregen, sodaß in manchen Therapien auf abschließende Interventionen und Verschreibungen gänzlich verzichtet werden kann.

Das Mailänder Team behält während des gesamten „Interviews“ (wie das Gespräch mit der Familie bezeichnet wird) eine emotional teilnahmslose, wenn auch respektvolle Haltung. Begriffe wie Begegnung oder persönliche Beziehung zwischen Therapeut und den Familienmitgliedern finden sprachlich, in der Beschreibung der Arbeitsweise, keinen Platz, allenfalls wird erwähnt, daß ein anfängliches „Joining“ als Basis für eine bessere Akzeptanz der Interventionen nützlich sei. Der Mythos, daß ganze Familienclans aus den Bergdörfern Siziliens geschlossen und regelmäßig zu familientherapeutischen Sitzungen nach Mailand reisten, ist wohl eher auf die hohe Reputation und das Charisma von Frau Selvini-Palazzoli (der „Hexe von Mailand“) und die spektakulären Therapieerfolge bei Familien mit psychotischen Kindern zurückzuführen als auf ein angenehmes, Geborgenheit vermittelndes Gesprächsklima während der Sitzungen.

Unbehagen über die Gestaltung der therapeutischen Beziehung machte sich vor allem auch unter den Praktikern eines strukturierend-eingreifenden und/oder strategisch-planenden Therapiemodells breit. Ein Vorgehen, das den Therapeuten in extremer Weise in die Rolle des Experten für die „richtige“ Familiengestaltung hebt und von ihm zu wissen verlangt, was für eine bestimmte Klientenfamilie gut, „normal“ und richtig sei, belastet die therapeutische Beziehung. Da die Ziele der Therapie von den äußeren Kriterien der Funktionalität abgeleitet werden und u.U. wenig Bezug zu den Realitätskonstruktionen der Familienmitglieder haben, entwickelt sich leicht ein „Machtkampf“ zwischen Therapeut und Klientensystem über die „richtige“ Vorgangsweise zur Problemlösung.

4. Lösungsorientierte und konstruktivistische Modelle der systemischen Therapie

4.1 Entwicklungslinien

Die oben für strukturelle und strategische Therapiekonzepte beschriebene Auffassung der Systemtheorie bewegte sich im Rahmen der Kybernetik erster Ordnung, d.h. Systemeigenschaften werden unter Heranziehung kybernetischer Erkenntnisse von einem „objektiven“ Beobachterstandpunkt aus beschrieben und durch Interventionen in die Struktur und Kommunikationsprozesse familiärer Systeme zu verändern gesucht. In den 80er Jahren vollzog sich ein grundlegender Wandel in der Auffassung Systemischer Therapie. Entscheidenden Anteil daran hatte die Erkenntnislehre des radikalen Konstruktivismus (H. von Foerster, E. von

Glaserfeld), die Theorie autopoietischer (Maturana, Varela) und selbstreferentieller Systeme (N. Luhmann). Das Individuum wird nun als „Konstrukteur“ seiner sozialen Realität begriffen und die therapeutische Aktivität richtet sich zunehmend auf das Verstehen und die Auseinandersetzung mit dem Sinn dieser Konstruktionen. Einen wichtigen Impuls lieferte die Kybernetik zweiter Ordnung, die die Frage aufwirft, wie Realität durch Beobachter (z.B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) miterzeugt wird. Sie schließt die Situation des Beobachters in der Konstruktion der beobachteten Wirklichkeit ein und befaßt sich vor allem damit, wie Erkenntnis gewonnen wird. Diese Entwicklung kann als „kognitive Wende“ in der Systemischen Therapie bezeichnet werden, da es jetzt nicht mehr um zielgerichtete Veränderung von „objektiv beobachtbarem“ Verhalten und Symptomen gehen kann, sondern um eine Veränderung der subjektiven Sichtweise der Familienmitglieder und des Therapeuten in Hinblick auf den präsentierten Leidenszustand. Parallel dazu verschiebt sich der Schwerpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit von der Analyse und Diagnose „pathologischer“ Vorgänge hin zur Berücksichtigung persönlicher und familiärer Ressourcen. Eine weitere Konsequenz dieser Weiterentwicklung ist die Anwendung systemischer Konzepte in der Einzeltherapie. Auch hier steht die Auseinandersetzung mit der Beziehungsrealität der Klientin oder des Klienten im Zentrum der therapeutischen Aktivität, die auf Veränderung als problematisch beschriebener Lebenskonzepte abzielt.

Zwei für die Praxis richtungsweisende Anstöße kamen als Import aus den USA nach Europa. Die Arbeitsgruppe um Steve de Shazer in Milwaukee entwickelte ein stark lösungsorientiertes Modell systemischer Kurztherapie (de Shazer, 1988; Miller und de Shazer, 1991), das bald für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde (Ahlers et al., 1991). Schwerpunkt der therapeutischen Gespräche liegt in der Konzentration auf die klare Formulierung von Therapiezielen, Beschreibungen von Situationen und Verhaltensweisen, in denen das Problem nicht auftritt (Ausnahmen) und an denen Veränderungen erkennbar wären („miracle question“ – „Angenommen das Problem wäre weggezaubert, woran würden Sie das merken?“) Der Fokus ist auf die gewünschte Zukunft gerichtet, auf Möglichkeiten, wie Menschen ihr Leben verändern können, um ihre Ziele zu erreichen.

In Gegensatz zu diesem eher pragmatischen Zugang bemüht sich das in Texas angesiedelte Team um Harry Goolishian und Harlene Anderson um ein „narratives“, auf Bedeutungsgebung durch Sprache aufgebautes Verständnis von Psychotherapie. Diese Gruppe fokussiert therapeutische Gespräche auf im gemeinsamen Dialog kreiertes neues Verstehen der Bedeutungen des Problems oder Leidenszustands. Unter der Prämisse, daß Wahrnehmungen, Kommunikationen, Interpretationen und Erklärungen an der Erzeugung menschlicher Probleme wesentlich beteiligt sind (sie erzeugen das „Problemsystem“), gilt es in der Psychotherapie, diese Bedeutungsgebungen und Kommunikationen über das Problem zu verändern. Das im Diskurs zwischen Therapeut und Klient entstehende und sich verändernde Nar-

rativ (die neue Ich-Geschichte) ermöglicht ein anderes Verstehen, neue Gewichtungen und damit neue Handlungsspielräume.

Viele Psychotherapeuten versuchen gegenwärtig, die Methoden des auf Reflexion fokussierenden, narrativen Zugangs mit lösungsorientierten Verfahren zu kombinieren und in einem integrativen Vorgehen zu verbinden (Ludewig, 1992; Merl, 1989; Schiepek, 1993).

4.2 Die therapeutische Beziehung als vernachlässigtes Thema – persönliche Versuche des Verstehens

In der obigen kurzen Darstellung neuerer Entwicklungen in der systemischen Therapie blieb das Thema „therapeutische Beziehung“ nicht zufällig ausgespart. Nicht zufällig deshalb, weil es auch in ausführlicheren Beschreibungen und Publikationen zur systemischen Psychotherapie stiefmütterlich behandelt und allenfalls in verstreuten Randbemerkungen ein karges Dasein fristet. Ich persönlich habe damit ein Problem, das ich mittels des Schreibens dieses Artikels aufzulösen versuche.

1. Zunächst fällt mir eine relativ vordergründige, aber plausible Erklärung ein. Systemische Therapie, besonders in ihren lösungszentrierten Ausformungen, ist tendenziell als Kurztherapie konzipiert. Nicht das ganze Leben, nicht die „ganze Persönlichkeit“ des Klienten soll sich verändern, sondern eine in bestimmten Aspekten problematische Lebenssituation; und das wird mit potenten Methoden wie z.B. „systemischen“ Fragetechniken oft sehr rasch möglich. In acht bis zehn Stunden, oft über mehrer Wochen oder Monate verteilt, in denen intensiv an Problemlösungen gearbeitet wird, kommt dem Aspekt der Beziehungsentfaltung zwischen Therapeut und Klient „naturgemäß“ eine andere Bedeutung zu als in hochfrequenten, auf Einsicht oder persönliches Wachstum aufgebauten Langzeittherapien.

2. Könnte die Vernachlässigung des Themas nicht auch mit den Schwierigkeiten des aus der Tradition der Familien- und Paartherapie stammenden Mehrpersonen-Settings zu tun haben? Mit der Zahl der Personen, mit denen der Therapeut gleichzeitig in Kontakt tritt, sinkt tendenziell der Grad der Intimität der Beziehung zu jeder einzelnen Person. Dies gilt umso mehr, wenn in einzelnen Therapiesitzungen auch andere wichtige Bezugspersonen eines Familiensystems eingeladen werden, etwa die Lehrerin eines Kindes oder die Sozialarbeiterin des Jugendamts. Diese außenstehenden Personen können zwar mit unendlich nützlichen Ideen zur Klärung und Auflösung von Problemsystemen beitragen, sind aber für eine Intensivierung der therapeutischen Beziehung eher kontraproduktiv.

3. Dem Mehrpersonen-Setting auf Klientenseite stehen häufig auch mehrere Therapeuten und Therapeutinnen gegenüber. Wir setzen den Einwegspiegel ein, um uns selbst und den Klienten zusätzlich die Beobachtungen, Überlegungen und Ideen der Kollegen und Kolleginnen aus einer Außenperspektive nutzbar zu machen. Wenn wir uns entschließen (und die Mittel zur Verfügung stehen), ein „Reflektierendes“ (Andersen,

1990) oder „Fokussierendes Team“ (Reiter, 1991) einzusetzen, befinden sich zwei bis drei weitere Therapeuten im Raum (oder Nebenraum) und tauschen in Anwesenheit der Klienten ihre Reflexionen über den stattfindenden Dialog zwischen Therapeut und Klient aus. Wir arbeiten in Ko-Therapien zu zweit (vgl. Eberle-Grass und Hess, 1993), verlassen während der Sitzung den Raum um uns auszutauschen und/oder zeichnen Gespräche auf Video auf, um nachträgliche Reflexionen in die nächste Sitzung einbringen zu können. Bei aller Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit dieser Vorgehensweisen, was bedeutet dies alles eigentlich für die therapeutische Beziehung zwischen uns und den Klienten?

4. Ich denke, daß die Systemische Therapie (in meinem heutigen Verständnis) klare Prioritäten setzt: Bedeutungserweiterung von Konstruktionen über äußere und verinnerlichte Beziehungen hat Vorrang vor der therapeutischen Beziehung. Letztere wird nicht „direkt“, im Hier und Jetzt, als Modell und Beispiel für Beziehungsgestaltung genutzt, sondern bildet sozusagen den Vertrauen gebenden Boden, die Basis für einen partnerschaftlichen Austausch zwischen Therapeut und Klient. Nur wenn die therapeutische Beziehung selbst zum Problem wird, das therapeutische System sich also in ein Problemsystem verwandelt, wird sie zum Thema. Fühlt sich der Klient nicht verstanden, äußert er Ärger über den Verlauf der Therapie oder läßt er Sitzungen ausfallen, wird dies selbstverständlich vom Therapeuten angesprochen und zu Erkundungen über die Bedeutung dieser Verhaltensweisen im Bezugsrahmen Therapie und der sonstigen Lebenswelt des Klienten genutzt.

5. Beim Ansehen von Videobändern bekannter Therapeutinnen und Therapeuten oder beim Beobachten gelungener Therapien hinter dem Einwegspiegel bekomme ich oft den Eindruck, daß für die „Meister“ des Fachs ihre Kunst, mit Menschen in tiefen Kontakt zu treten, so selbstverständlich ist, daß sie ihr diesbezügliches „Handwerkszeug“ gar nicht als solches wahrnehmen oder keiner Erwähnung wert finden.

6. Persönlich verbinde ich mit „therapeutischer Beziehung“ zumindest zwei unterschiedliche Prozesse. Zum einen denke ich an den instrumentellen, eher „technischen“, in der psychotherapeutischen Ausbildung „gelernten“ Teil, der als Herstellung eines „therapeutischen Bündnisses“ bezeichnet wird und sich in meinem Kopf mit Begriffen wie Joining, Anliegen der Klienten aufgreifen, sie „abholen“, sich „ankoppeln“, die Sprache der Klienten sprechen usw. verbindet. Zum zweiten, dem zwischenmenschlichen Aspekt, fallen mir eher gefühlsmäßige Assoziationen und sprachlich schwer faßbare Bilder ein. Ich denke an Momente in Therapien, in denen ich große Nähe und Verbundenheit zu meinen Klientinnen und Klienten, Wärme, Begegnung und „erkennen“ erlebe; Augenblicke, in denen ich mit meinem Stuhl näherrücke und den Eindruck habe, daß Wichtiges, Verbindendes zwischen uns passiert.

7. Wir haben es hier auch mit einem „Problem in Sprache“ zu tun. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist eine Eigenschaft des Interaktionsprozesses zwischen Therapeut und Klient. Ihre Bewertung durch die Beteiligten unterliegt Kriterien, die aus dem Alltag mitgebracht werden und so in die Asymmetrie der

Therapeut-Klient-Beziehung ein Element sozialer Gleichheit bringen. Die Kommunikation zwischen Therapeut und Klient muß das therapeutische Bündnis immer wieder sichern, um eine Vertrauensbasis – eine im Alltagsverständnis „gute Beziehung“ – herzustellen und aufrechtzuerhalten. Sie ist der Kitt, der Familie und Therapeut während der ganzen Behandlung zusammenhält (Steiner und Reiter, 1991). Für den instrumentellen Teil, das Arbeitsbündnis, steht eine wissenschaftliche Theorie und Sprache zur Verfügung – darüber kann klug geredet und publiziert werden. Für die zwischenmenschliche, personale Seite der Beziehung müssen wir auf die Alltagssprache oder aber auf Dichtung und Literatur zurückgreifen – dafür ist im wissenschaftlichen Diskurs kein Platz.

8. In einem Verständnis von Therapie als Erweiterung eines Problemsystems um die Möglichkeiten und Ressourcen des Therapeuten (Ludewig, 1992) kann die Art der Beziehungsgestaltung zum Klienten als *eine* dieser Ressourcen gesehen werden, die in das therapeutische System eingebracht und – je nach Therapeutenpersönlichkeit – unterschiedlich genutzt wird. Unter diesem Blickwinkel scheint es lohnend, die gängigen Leitideen der systemischen Therapie danach zu durchforsten, welche grundlegenden therapeutischen Konzepte und Haltungen die Gestaltung einer hilfreichen Therapeut-Klient-Beziehung prägen.

4.3 Beziehungsgestaltende Haltungen und Leitideen

Respekt vor der Autonomie der Klienten, Neutralität und Neugierhaltung, Zuhören, Behutsamkeit im Umgang mit Menschen, die in Therapie kommen, Bemühen um die Herstellung von Bestätigung und Erstmaligkeit im therapeutischen Prozeß, Nutzung von vorhandenen Ressourcen des Klienten sowie therapeutische Bescheidenheit – all dies sind Haltungen, die, mit unterschiedlichen Gewichtungen, in allen anerkannten Therapierichtungen ihren Platz finden. (Eine respektierende Haltung beinhaltet selbstverständlich auch Respekt und Wertschätzung für andere therapeutische Methoden und Schulen jenseits des eigenen Gartenzauns). Sie wurden von „Systemikern“ weder erfunden noch mit Alleinanspruch gepachtet; allenfalls ordnen sie manchen dieser Konzepte andere Bedeutungen zu, die damit die spezifische Art der Beziehungsgestaltung in der systemischen Therapie färben.

Neutralität und Neugier

Neutralität ist ein schillernder, mehrdeutiger Begriff; sicher nicht ist in unserem Zusammenhang damit Teilnahmslosigkeit, Wertfreiheit oder Beliebigkeit des Therapeuten gemeint. Neutralität bezeichnet in der Paar- und Familientherapie einerseits eine Position der Mehrparteilichkeit, des Parteiübergreifens und Zuständigseins für die Interessen aller am therapeutischen System beteiligten Personen nach- und nebeneinander (Reiter-Theil, 1989). Andererseits steht sie auch für Offenheit gegenüber der „Wahrheit“, der „Richtigkeit“ und „Gültigkeit“ der Meinungen, Ideologien und Werten der Einzelperson, des Paares oder der Familie. In dem Maße, in dem der Therapeut bereit ist, seine eige-

nen „Wahrheiten“, Theorien, Werte und Vorstellungen immer wieder in Frage zu stellen, verändert er sich selbst im Prozeß der Therapie.

Neutralität ist aber auch das Kreieren eines Zustands der Neugier seitens des Therapeuten (Cecchin, 1988). Diese Neugier ermöglicht ihm, alle möglichen Sichtweisen zu erforschen, ohne eine wertende Position einzunehmen. Konzentration auf Sprach- und Beziehungsmuster erzeugt Neugier darauf, inwieweit alle Beschreibungen der einzelnen Familienmitglieder zueinander passen. (Diese Neugier läßt sich dadurch steigern, die Unzahl von Geschichten in Erwägung zu ziehen, die eine einzige Interaktion beschreiben können. Welche davon wählen meine Klienten aus? Wie könnte ich mithelfen, besser passende Muster zu finden?)

Die Möglichkeiten eines Therapeuten, seine Neugier auf die ihm gegenüberstehenden Menschen zu verlieren, sind vielfältig: Ablehnung oder Begeisterung für den Klienten schafft eine Gefühlslage, die den Therapeuten daran hindert, weiter ungehemmt neugierig auf diese Person zu sein. Wenn er meint, eine Erklärung (z.B. „Der Vater ist schuld, daß es diesem Kind so schlecht geht“) oder eine Lösung („Die Eltern sollten ...“) gefunden zu haben, ist er vermutlich mehr an Instruktion als an offenem Dialog interessiert („Wie kann ich den Eltern meine Lösung elegant beibringen?“). Jeder Psychotherapeut kennt aus seiner Erfahrung zahlreiche Alarmzeichen, die das Nachlassen seiner Neugier signalisieren: verstohlene Blicke auf die Uhr, Langeweile, Vorträge halten oder sich in Streitgespräche einlassen sowie alle Spielarten psychosomatischer Beschwerden (Kopfschmerzen, Verspannungen etc.). Solche Symptome als Indikator für nachlassende Neugier zu nutzen, ist ein sehr hilfreiches Handwerkszeug. In diesem Fall ist der Therapeut gut beraten und dafür verantwortlich, sich ein neues Bild, einen neuen Rahmen zu suchen, um wieder wachsam zuhören und neugierig fragen zu können. „Die freischwebende Aufmerksamkeit des Analytikers, die er sich durch Bearbeiten seiner Gegenübertragungen erhält, scheint uns der von Cecchin (1988) formulierten Neugier adäquat zu sein. Immer geht es darum, daß der Therapeut sich nicht durch eigene Modelle, Emotionen und Theorien die Neugier nimmt, daß er sich nicht in seinen eigenen Metaphern verliert, sondern sich traut, neugierig zu bleiben und damit auch den Klienten ermöglicht, ihren eigenen Ideen, Ängsten und Modellen gegenüber neugierig zu werden“ (Hinsch und Schörghofer, 1991, S. 163).

Die Technik des zirkulären Fragens ist eine geeignete Methode, mit deren Hilfe Neugier im therapeutischen Prozeß erzeugt werden kann. Als Antwort auf Fragen, die nicht nach Fakten, sondern Beziehungsmustern suchen, entsteht in den Beteiligten Interesse, mehr übereinander zu erfahren, was wiederum zu erhöhter Bereitschaft führt, bisherige Glaubenssysteme („Mein Sohn ist faul und stur“, „Meine Frau hat mich noch nie verstanden“) in Zweifel zu ziehen.

Respekt

Die beschriebene Neugierhaltung führt den Aspekt der Erstmaligkeit ins therapeutische Gespräch ein, sie regt

zu alternativen Möglichkeiten an, die eigene Lebenswirklichkeit zu sehen und Verantwortung für Probleme und Leidenszustände zu übernehmen. Respekt vor der Einzigartigkeit, in der Menschen ihre Welt wahrnehmen und gestalten, bietet dazu den Gegenpol, das für das Entdecken neuer Möglichkeiten notwendige Element der Selbstbestätigung. Um neue Ideen zu entwickeln, muß Raum für die vertrauten sein (Bateson). Indem man dort beginnt, wo der Klient sich befindet und sich von ihm in seine Welt führen läßt, schafft man eine Atmosphäre von Respekt und Selbstbestätigung, der inneren Raum für Reflexion öffnet. „Ein therapeutischer Prozeß findet in diesem Denkansatz statt, wenn die Interaktion zwischen Klienten und Therapeuten zunächst Selbstbestätigung (z.B. das Problem, wie es die Klienten sehen) und dann Erstmaligkeit (z.B. eine mögliche Lösungs idee) hervorbringt“ (Deissler, 1988, S. 345).

Dies impliziert weiters, daß ein diagnostizierender, auf Defizite im Klientensystem fokussierender Zugang im systemischen Denkansatz als hinderlich für die Entwicklung einer respektvollen, kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung angesehen wird. In Anerkennung der Autonomie der Klienten und deren potentieller Fähigkeit zur Selbstorganisation orientiert sich der Therapeut eher an den Kompetenzen und Ressourcen, die während der Sitzung entdeckt werden. „Technisches“ Handwerkszeug zur Umsetzung dieser Haltung sind Komplimente, positive Konnotation, die Methode des Umdeutens und Fragen, die besondere Fähigkeiten, die schöpferische Kraft und Potentiale der Klienten hervorstreichen („Wie haben Sie das geschafft, sich Ihrem Chef gegenüber so klar durchzusetzen?“).

Ein Schuß Respektlosigkeit, eine leicht „subversive Haltung gegenüber allen verdinglichten Wahrheiten“ (Cecchin et al., 1992) ist hingegen dem eigenen Theoriegebäude gegenüber angesagt. Dies möge Therapeutinnen und Therapeuten dazu ermutigen, nicht um jeden Preis – entgegen der inneren Intuition – „kurz und systemisch“ sein zu müssen und z.B. Klientinnen und Klienten Zeit und Raum für Trauer und Verzweiflung zu gewähren, anstatt sich hastig auf die Suche nach „Ausnahmen vom Problem“ und „Lösungen“ zu begeben (vgl. Lipchik, 1994). Es mag Problemlagen geben, für welche ein aktives, lösungsorientiertes Herangehen wie maßgeschneidert ist und andere, in denen es vordringlich darum geht, eine Not mit allen ihren Gefühlsstürmen mitfühlend anzunehmen (ohne selbst in ihr zu versinken). Erst in einem zweiten Schritt wird es dann – behutsam – möglich sein, Raum für Reflexion, Besprechen der mit möglichen Problemlösungen verbundenen Ambivalenzen und neue Bedeutungsgebungen zu schaffen. Letztlich impliziert Respekt auch Wissen um die eigenen Grenzen, therapeutische Bescheidenheit (nicht alles ist „machbar“) sowie Anerkennung der Leistungen der Klienten zur Erreichung des Therapieerfolgs.

Kooperation

Das Team um Steve de Shazer (1988) unterscheidet in der Art der Kooperation zwischen Therapeut und Klient zwischen drei unterschiedlichen Beziehungsmustern:

Besuchern, Klagen und Kunden. Das Wort „Beziehungsmuster“ macht deutlich, daß diese Typisierung nicht individuelle Charakteristika, Merkmale oder Wesenszüge von Klienten, sondern Arbeitsformen zwischen Therapeut und Klient beschreibt.

Die Kurzformel „Besucher“ steht für therapeutische Situationen, in denen bis zum Ende einer Sitzung kein Anliegen oder Ziel gefunden werden kann, an dem in der Therapie gearbeitet werden könnte – sei es, weil der Klient anzeigt, daß es kein behandlungswürdiges Problem gibt oder weil er die Ansicht vertritt, daß lediglich andere Personen, z.B. die Ehefrau oder die zuweisende Institution ein Problem hätten. Nach eingehenden Erkundungen, ob der Therapeut dem Klienten dennoch in irgendeiner Weise behilflich sein könnte („Was könnten Sie tun, um den Bewährungshelfer, der Ihnen im Nacken sitzt, wieder loszuwerden?“) wird der „Besucher“ freundlich verabschiedet.

Das Beziehungsmuster vom Typ des „Klagenden“ bezeichnet Interaktionen, in denen der Klient zwar ein Anliegen formuliert, aber meint, selbst nur wenig zum therapeutischen Prozeß beitragen zu können. Er sieht sich selbst nicht als Teil der Lösung oder fühlt sich nicht angesprochen, sich um eine Problemlösung zu bemühen. Dennoch glaubt der Klient, dem Therapeuten helfen zu können, indem er seine Leidensgeschichte detailliert schildert und mögliche Lösungen vorschlägt, die die Betroffenen (z.B. Ehepartner oder Kind) aufgreifen könnten (Berg, 1989). Der Therapeut wird einführend auf die vielfältigen Sorgen, die sich der Klient um andere Personen macht, eingehen, sich aber in der Folge darauf konzentrieren, was der Klient oder die Klientin selbst anders machen könnte, um eine Lösung zu finden. („Wie glauben Sie, können Sie Ihre Tochter dazu bringen, auf Sie zu hören, sodaß Sie sich nicht mehr so über sie aufregen müssen?“).

Ein „Kunden-Beziehungstyp“ liegt vor, wenn Klient und Therapeut gemeinsam ein Problem sowie ein Behandlungsziel erkennen. Der Klient macht deutlich, daß er sich selbst als Teil der Lösung sieht; Klient und Therapeut kommen überein, bezüglich des Entdeckens und Erfindens neuer Lösungsmuster zusammenarbeiten zu wollen.

Dieser Auffassung des therapeutischen Arbeitsbündnisses entsprechend, die die persönliche Kompetenz, die Möglichkeit und Grenzen des Therapeuten stets miteinbezieht, wird folgerichtig auch ein relativ radikaler Standpunkt zum Konzept des „Widerstands“ vertreten: „Widerstand ist das Nicht-Zuhören des Therapeuten. Falls es so etwas wie Widerstand gibt, dann liegt es am Therapeuten, nicht am Klienten. Es ist ein Mangel an Kooperation.“ (de Shazer in Keller und Schug, 1992, S. 285). Der vom Therapeuten induzierte „Widerstand“ könnte etwa mit der Nachlässigkeit des Therapeuten zu tun haben, die Art des Beziehungsmusters zwischen ihm und dem Klienten nicht ausreichend geklärt und etwa einen „Kläger“ mit einem „Kunden“ verwechselt zu haben. Es liegt in der Verantwortung des Therapeuten, mit den Menschen, mit denen er in Kontakt tritt, ein „Passen“ (fitting) zu entwickeln. Das Bemühen des Therapeuten ist darauf gerichtet, das Weltbild des Klienten als einleuchtend, bedeutsam und wertvoll zu

akzeptieren und ihm zu signalisieren, daß er (der Klient) bereits alle Fähigkeiten besitzt, die nötig sind, um das Problem zu lösen. „Die einzige Schwierigkeit besteht darin, daß die Klienten noch nicht wissen, daß sie bereits wissen, wie ihr Problem zu lösen ist ...“ (de Shazer, 1988, S. 107).

Der Therapeut als Experte?

Die Kontroverse um die Expertenrolle des Therapeuten in der systemischen Therapie kann als Pendeln zwischen Extremen beschrieben werden, das sich noch nicht stabilisiert hat. Auf einem Ende des Pols finden wir die „strukturelle Familientherapie“ mit einem Bild vom Therapeuten, der als kompetenter Experte für „richtige“ Familienbeziehungen weiß, was für ein dysfunktionales Familiensystem hilfreich wäre und dementsprechende Interventionen setzt (vgl. Kap. 3). Am „nicht-interventionistischen“ Gegenpol ist das „narrative“, konstruktivistische Verständnis von systemischer Therapie angesiedelt, das die Rolle des Therapeuten mit Metaphern wie „Architekt des Gesprächs“ und „Ko-Autor neuer Ich-Geschichten des Klienten“ (Anderson und Goolishian, 1990, 1992) zu umschreiben versucht. Der Klient wird als Experte, als „Kundiger“ seiner Art der Lebensführung gesehen, der im gemeinsamen Dialog mit dem Therapeuten neue, hilfreichere Sichtweisen seiner Probleme und seines Selbst erforscht.

Diese minimalistische Position bietet – insbesondere in verkürzten, auf Schlagworte reduzierten Darstellungen – reichen Nährboden für Verwirrung, Mißverständnisse und Kritik (vgl. die Kontroverse zwischen Grossmann, Kropiunigg und Längle [alle 1994] in dieser Zeitschrift). Heftige Auseinandersetzungen finden aber auch in den eigenen Reihen statt; der Suchprozeß nach einer angemessenen, die Kompetenz des Therapeuten und die Autonomie des Klienten ausbalancierenden Beziehungsdefinition geht weiter (vgl. Loth, 1991; Ahlers, 1994).

Für neuen Zündstoff in der Debatte sorgte auch die feministische Kritik an familientherapeutischen Ansätzen. Der sich ausdehnende Diskurs über die „Gender“-Frage (z.B. Gutman und Feierfeil, 1991; Hare-Mustin, 1994; Rabin, 1994; Walters et al., 1988) setzt an der Vernachlässigung von Geschlechtsunterschieden und vor allem geschlechtsbedingten Machtunterschieden in der Psychotherapie an und fordert dazu auf, die Beziehung zwischen Therapeutinnen, Therapeuten, Klientinnen und Klienten auch unter diesem Gesichtspunkt differenzierter herauszuarbeiten.

Ein versöhnlicher, integrativer Ansatz könnte der Begriff der „therapeutischen Partnerschaft“ sein, der auf die Verantwortung von Therapeut/innen und Klient/innen sowie auf die transparente Gestaltung des Therapieprozesses verweist. Therapeutinnen und Therapeuten sollen und dürfen ihre klinische Erfahrung, ihr klinisches Wissen und ihr performatives, handlungsbezogenes Können in die Therapie einbringen. Klientinnen und Klienten, die sich in ihren Werten und in der Art ihrer Lebensführung respektiert fühlen, werden nicht Gefahr laufen, in der Therapie „kolonialisiert“ zu

werden, sich wohl aber in ihrem Bedürfnis nach Unterstützung und Hilfe (das sie in die Therapie geführt hat) ernstgenommen wissen.

Ausblick

Die dargestellten Konzepte und Leitgedanken zur Beziehungsgestaltung sind Bausteine einer in Entwicklung begriffenen klinischen Theorie der Beziehung in der systemischen Therapie. Die Notwendigkeit einer Erweiterung und Ergänzung ergibt sich aus zwei Tendenzen. Einerseits löst sich das systemische Paradigma immer mehr aus seinen historischen Wurzeln in der Familientherapie und stellt an sich den Anspruch, sein methodisches Spektrum auf unterschiedliche Settings, vor allem aber auf Therapien mit Einzelpersonen auszuweiten. Parallel dazu stehen neben den gängigen kurztherapeutischen Vorgangsweisen auch Reflexionen über mittel- und längerfristige systemische Psychotherapieformen in Diskussion. Beide Entwicklungsrichtungen – Einzel- und Langzeittherapie – stellen für den Entwurf eines Selbstkonzepts und der Nutzung der Therapeut-Klient-Beziehung in der systemischen Therapie eine neue Herausforderung dar. Nachdenken hat eingesetzt, die Umsetzung auf therapeutisches Handeln darf mit Spannung erwartet werden.

Literatur

Ahlers C (1994) Möglichkeiten und Grenzen narrativer Hermeneutik: Darstellung einer Kontroverse. *Z System Ther* 12/2: 97–105

Ahlers C, Hinsch J, Rössler E, Wagner H, Wolf F (1991) Erfahrungen mit de Shazers kurztherapeutischem Konzept in Österreich. In: Reiter L, Ahlers C (Hrsg) *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 136–153

Anderson T (1990) Das Reflektierende Team. *Modernes Lernen*, Dortmund

Anderson H, Goolishian H (1990) Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Fam Dynamik* 15/3: 212–243

Anderson H, Goolishian H (1992) Therapie als ein System in Sprache: Geschichten erzählen und Nicht-Wissen in Therapien. *Systeme* 6/1: 15–21

Bauriedl T (1980) Beziehungsanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M

Berg IK (1989) Familien – Zusammenhalt(en). *Modernes Lernen*, Dortmund

Bosch M (1980) Die therapeutische Beziehung – Funktion und Rolle des Therapeuten in der Familientherapie. In: Petzold H (Hrsg) *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Junfermann, Paderborn

Boszormenyi-Nagy L, Spark G (1981) *Unsichtbare Bindungen*. Klett-Cotta, Stuttgart

Buchholz MB (1983) Psychoanalytische Familientherapie. In: Schneider K (Hrsg) *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Junfermann, Paderborn, S 188–209

Cecchin G (1988) Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Fam Dynamik* 13/3: 191–203

Cecchin G, Lane G, Ray WA (1992) Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. Für mehr Eigenständigkeit in der Systemischen Praxis. *Fam Dynamik* 17/1: 3–18

Deissler K (1988) Erfinderisches Interviewen. Wie man das systemische Interview für die alltägliche Praxis nutzen kann – durch Variationen über eine Frage? *Fam Dynamik* 13/4: 345–363

de Shazer S (1988) *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Auer, Heidelberg

Eberle-Grass S, Hess T (1993) Systemische Ko-Therapie – Versuche einer Rehabilitierung. *Fam Dynamik* 15/4: 163–178

Grossmann KP (1994) Was ungesagt blieb – eine Nacherzählung über die Therapiedemonstration von E. Demichiel und seine KommentatorInnen. *Psychother Forum* 2/4: 191–194

Gutman I, Feierfeil R (1991) Feminismus und Familientherapie. *System Familie* 4: 131–140

Hare-Mustin R (1994) Diskurse im verspiegelten Raum. Eine postmoderne Analyse der Therapie. *Fam Dynamik* 19/3: 205–232

Hildenbrand B, Welter-Enderlin R (1992) Ausbildung im Rahmen des Meilener Konzepts familientherapeutischen Wissens und Handelns. *System Familie* 5/4: 197–206

Hinsch J, Schörghofer S (1991) Krankheit ist auch nur eine Metapher. In: Reiter L, Ahlers C (Hrsg) *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 154–168

Hinsch J, Steiner E, Brandl-Nebehay A (1994) Familientherapie. In: Stumm G, Wirth B (Hrsg) *Psychotherapeutische Schulen und Methoden*. Falter, Wien, S 333–340

Katschnig H, Wanschura E (1986) Einer für alle, alle für einen. In: Reiter L (Hrsg) *Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie*. Facultas, Wien, S 94–103

Keller T, Schug R (1992) „Den Klienten zuhören“ – ein Interview mit Steve de Shazer. *Z System Ther* 10/4: 279–287

Kropiunigg U (1994) Vom Bewußten und Unbewußten, von Lösung und Widerstand. *Psychother Forum* 2/4: 198–202

Längle A (1994) Die konstruierte Erzählung. *Psychother Forum* 2/4: 202–204

Lipchik E (1994) Die Hast, kurz zu sein. *Z System Ther* 12/4: 228–235

Loth W (1991) Problem-Systeme, Institutionen, Systemische Evaluation: „Autonomie“ und „Kontrolle“ im Kontext. *Z System Ther* 9/1: 31–42

Ludewig K (1992) *Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Klett-Cotta, Stuttgart

Merl H (1989) Beziehung und Deutung in der systemischen Therapie. In: Reinelt T, Datler W (Hrsg) *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 221–237

Miller G, de Shazer S (1991) Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In: Reiter L, Ahlers C (Hrsg) *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 117–135

Minuchin S (1977) *Familie und Familientherapie*. Lambertus, Freiburg/Breisgau

Rabin C (1994) Die gleichberechtigte Alternative. Konzepte und Implikationen für die Praxis. *Z System Ther* 12/4: 236–251

Reiter L (1991) Vom „Reflektierenden“ zum „Fokussierenden Team“. *Systeme* 5/1: 64–65

Reiter L (1993) Über den Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung in der Familientherapie. *Aus der Straßganger Therapiewerkstatt* 1: 82–102

Reiter-Theil S (1991) Therapeutische Neutralität in der Paar- und Sexualtherapie. In: Reiter L, Ahlers C (Hrsg) *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 66–87

Satir V (1975) *Selbstwert und Kommunikation*. Pfeiffer, München

Schiepek G (1993) Systemorientierte Psychotherapie. *Psychother Forum* 1/1: 8–16

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1977) *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Klett-Cotta, Stuttgart

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1981) Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. *Fam Dynamik* 6: 123–138

- Steiner E, Reiter L (1991) Kann ein Erstinterview Veränderungen in der Familie bewirken? In: Reiter L, Ahlers C (Hrsg) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 219–229
- Stierlin H (1975) Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stierlin H (1978) Delegation und Familie. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Stumm G (1993) Die Beziehungsgestaltung in der Personenzentrierten Psychotherapie. APG-Kontakte 10/3: 3–19
- Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O (1988) Unsichtbare Schlingen. Die Bedeutung der Geschlechterrollen in der Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Zimmer D (1982) Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung in der Partnerschaftstherapie. Partnerberatung 1: 35–51
- Zuk G (1975) Familientherapie. Lambertus, Freiburg/Breisgau
- Korrespondenz:** Mag. Andrea Brandl-Nebhay, Institut für Ehe- und Familientherapie, Praterstraße 40/10, A-1020 Wien, Österreich.

Andrea Brandl-Nebhay, geb. 1953, Mag., Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Soziologin und Sozialarbeiterin. Langjährige Tätigkeit als Sozialarbeiterin im Jugendamt, seit 1994 Mitarbeiterin des Instituts für Ehe- und Familientherapie in Wien; freie Praxis als Psychotherapeutin und Supervisorin, Lehrtätigkeit. Veröffentlichungen zum Thema Systemische Ansätze im institutionellen Kontext.