

Welche Theorie braucht die Systemische Therapie?

(Erstveröffentlichung in Systemische Notizen 2/2010,

Veröffentlichung mit freundlicher Erlaubnis der Lebranstalt für systemische Familientherapie in Wien)

Seit Jahren plagt mich in meiner Identität als systemische Lehrtherapeutin ein „theoretisches Unbehagen“, d.h. das Gefühl, dass die Theorien, die wir Systemischer Therapie zugrundelegen, zu der Art von Systemischer Therapie, die wir mittlerweile anbieten (und lehren) in der bislang vollzogenen Ausschließlichkeit nicht mehr passt. Dieses Unbehagen führte zunächst dazu, dass ich psychologische Konzepte gesucht habe, die sich als Grundlage für die Interventionsplanung eignen und diese auch bei einem Jour fixe vorgestellt habe. Das wohlwollende Interesse der TeilnehmerInnen hat mich – ebenso wie die kritischen Fragen – zum Schreiben dieses Beitrages veranlasst, in dem ich den Stand meiner Überlegungen (kritisch könnte man sagen – den aktuellen Stand meines Zweifels) zu einer grundlegenden Frage der Systemischen Therapie darstelle: Welche Theorie braucht die Systemische Therapie?

In diesem Text möchte ich zunächst auf die praktischen und theoretischen Auswirkungen der konstruktivistischen Wende eingehen, dann die Einflüsse benennen, die aus meiner Sicht in den letzten zehn Jahren zu Veränderungen der systemischen Praxis geführt haben und auf dieser Basis dann den Versuch unternehmen, basale psychologische Konzepte für die Begründung therapeutischen Tuns darzulegen.

Ich widme diesen Text meinen alten Lehrmeistern, die, beseelt von Kybernetik II, systemische Familientherapie ausschließlich systemtheoretisch und konstruktivistisch begründeten und meinen neuen Lehrmeistern, meinen StudentInnen, die mich zur kontinuierlichen Überprüfung der Passung unserer theoretischen Konzepte verpflichten und mich manchmal damit überraschen, dass sie mein „theoretisches Unbehagen“ nicht teilen, und dies (wie ausführliche Diskussionen zu diesem Thema bewiesen) nicht wegen theoretischer Naivität sondern weil sie Theorie (von mir?) bereits anders gelernt haben.

Auswirkungen von Kybernetik II – Therapie als Dialog, das systemische Interview als Intervention

Wer sich schon einmal mit der Geschichte der Familientherapie beschäftigt hat, weiß, dass Familientherapie nicht immer konstruktivistisch und systemtheoretisch begründet war. In den 70er Jahren waren die entwicklungsorientierte Familientherapie von Virginia Satir, die strukturelle Familientherapie von Salvador Minuchin und die strategischen bzw. problemorientierten Ansätze des MRI weit verbreitet. Trotz aller Unterschiede dieser Ansätze, hatten sie auch etwas Gemeinsames, nämlich eine interaktionelle Perspektive: Verstehe den Menschen in seinem sozialen Bezugssystem, jedes Verhalten macht Sinn, wenn man seinen sozialen Kontext kennt. Um den Men-

schen zu verstehen, braucht es keine Theorien für intrapsychische Prozesse, sondern das Erfassen der sozialen Interaktionen (Muster, Regeln, etc.). Wichtige Metaphern waren das Mobile und der Thermostat. Die Kybernetik I brachte eine Abkehr vom analytischen Denken in linearen Ursache-Wirkungs-Konstruktionen, nicht die Analyse der Einzelteile sondern Beobachtung der Wechselwirkungen der Systemkomponenten – deren Regelung und Steuerung, das Netzwerk der Interaktionen wurde fokussiert. Durch die „Radikalisierung der Interaktionsperspektive wurde der Ballast individuumbbezogener Theorien abgeschüttelt... Individuelles Verhalten wird ausschließlich in Bezug auf seine kommunikative Bedeutung und seine Relevanz für die Erhaltung bzw. Veränderung des Systems erfasst.“ (Levold 1997).

Dass es in den 80er Jahren unter der Überschrift „Kybernetik II“ zu einer nachhaltigen Richtungsänderung kam, ist nicht mit dem Scheitern der frühen familientherapeutischen Modelle zu erklären. Wenn auch nicht alle optimistischen Erfolgsversprechungen dieser therapeutischen Konzepte gehalten haben (so konnte vor allem die Hypothese, dass spezifische Familienkonstellationen zu spezifischen Störungen führen, nie bestätigt werden), so kann doch davon ausgegangen werden, dass sie wirkungsvolles therapeutisches Handeln ermöglicht haben. Der Umbruch in den 80er Jahren kam von einer anderen Seite: Er kam von der Biologie, der Philosophie und der Soziologie. Oder genauer gesagt: er kam daher, dass TherapeutInnen beschlossen, Theorien aus der Biologie, der Philosophie und der Soziologie zur Reflexion ihres Tuns und zur Neuorientierung zu nutzen. – Wozu man sie natürlich nicht zwingen konnte und was sie nicht getan hätten, wenn es nicht zumindest ein Unbehagen mit den etablierten Modellen gegeben hätte. Ob dieses Unbehagen jedoch direkt aus der therapeutischen Erfahrung oder viel allgemeiner aus dem Zeitgeist erwuchs, lässt sich rückblickend wohl kaum klären.

Jedenfalls haben sich die Theorie der autopoietischen Systeme von Maturana und Varela, die erkenntnistheoretische Position des radikalen Konstruktivismus von Ernst von Glasersfeld und die Systemtheorie des Niklas Luhmann zu den zentralen theoretischen Bezugspunkten systemischer Therapie entwickelt, mit nachhaltigen Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis.

Da menschliche Erkenntnis als ein biologisches Phänomen begriffen wird, das mehr durch die Struktur des wahrnehmenden Organismus als durch die Objekte der Außenwelt determiniert ist, verschiebt sich der Fokus auf die innere Logik der autonomen Selbstorganisation, auf ihre operationale Geschlossenheit und die Grenzen externer Einflussnahme. Man verabschiedet sich von dem Glauben, dass der Therapeut kraft seiner Expertenschaft Systemeigenschaften objektiv von außen beurteilen und die entsprechenden Interventionen maßschneidern kann. Die Therapeutin ist Beobachterin des Beobachtens: Sie beobachtet, wie Menschen unterscheiden, welche Bedeutungen sie geben, wie sie versprachlichen, welche Geschichten sie über sich und andere erzählen. Damit verschiebt sich der Fokus der Therapie von den äußeren interaktionellen Mustern auf die inneren Prozesse. Diese epistemologische Wende führt einerseits zu einer ähnlichen Bewegung wie die kognitive Wende in der vormals behavioristischen Verhaltenstherapie. „An die Stelle des Interesses für Verhaltenssequenzen rückt die Beschäftigung mit der Sprache als basalem Feld für

die Konstruktion und Dekonstruktion von Sinn sowie als Rahmen für die Problementwicklung und Problemlösungen“ (Levold 1997).

Im Unterschied zur Verhaltenstherapie hat die ST diese Theorie jedoch konsequent auch auf sich selbst angewendet und damit den Anspruch aufgegeben, psychische Phänomene objektiv beschreiben bzw. mit objektiven Gesetzmäßigkeiten erklären zu können. Wenn der Therapeut selbst Gegenstand seiner Theorie wird, sind alle Diagnosen, Patientenbeobachtungen und -bewertungen Produkte von Beobachtern (vgl. Lieb 2009), weshalb, bei strenger Auslegung, auch der Nutzung psychologischer Theorien abgeschworen werden muss. Dies wiederum stellt einen gravierenden Unterschied zur kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie dar.

Die erkenntnistheoretische Position des Konstruktivismus („Es gibt keine verlässliche Erkenntnis, unsere Wahrnehmungen sagen mehr über unseren Erkenntnisapparat aus, als über das Beobachtete.“) fordert Distanzierung von privilegiertem Expertenwissen und legt eine bescheidene Haltung der Therapeutin nahe. Wichtige Vertreter dieser neuen Bescheidenheit waren Harold Goolishian und Harlene Anderson, welche die Idee des „problemdeterminierten Systems“ entwickelten: „Menschliche Systeme sind sprach- und bedeutungserzeugende Systeme. Daraus folgt, dass die therapeutischen Systeme, mit denen wir arbeiten, Problemsysteme sind. ... Nicht das System kennzeichnet das Problem, sondern umgekehrt“. In ihrem Verständnis von „Therapie als Dialog“ geht es darum, „...neue Bedeutungen und neues Verstehen zu entwickeln. Therapie ist wenig mehr als die Gelegenheit, ...eine neue Konversation, eine neue Sprache und neue Realitäten zu erkunden.... Die Systeme, mit denen wir arbeiten, existieren nur in der Sprache, und deshalb existieren auch Probleme nur in der Sprache. Das Ziel der Therapie liegt nicht darin, Lösungen für Probleme zu finden, sondern an einem Prozess teilzunehmen, in dessen Verlauf eine Sprache entwickelt wird, in der das Problem nicht mehr existiert (Goolishian und Anderson 1988).

Demselben Therapieverständnis folgend entwickelte Tom Andersen das „reflecting team“, um zusätzliche Möglichkeiten des Dialogs zu eröffnen. Auch Kurt Ludewig schloss sich diesem Verständnis von Therapie an, indem er die Theorie autopoietischer Systeme mit Luhmanns Systemtheorie verknüpfte und darauf hinwies, dass Problemsysteme autopoietisch geschlossen sind und selbst Sinn und Kausalität festlegen (vgl. Brandl-Nebhay et al 1998). Therapeutische Anregungen können nur aufgenommen werden, wenn sie für das System anschlussfähig sind. Seine „10 + 1 Leitsätzen“ (Ludewig 1987) sollen TherapeutInnen bei der Bewältigung des Dilemmas helfen, gezielt handeln zu wollen ohne instruktiv interagieren zu können.

Noch eindeutiger wird das Therapiesystem als Umwelt des psychischen Systems von Retzer mit seiner Unterscheidung von gelebtem, erlebtem und erzähltem Leben definiert. Unter Bezug auf Luhmanns Systemtheorie führt Retzer aus, dass es sich beim Organismus („gelebtes Leben“), bei der Psyche „erlebtes Leben“) und dem sozialen System („erzähltes Leben“) um drei operational

geschlossene autopoietische Systeme handelt, die füreinander Umwelten sind und zwischen denen es keine instruktive Interaktion oder kausale Festlegung gibt.

„Jeder dieser drei Systemtypen entsteht aufgrund einer anderen Art von Operationen: biologische Systeme durch biochemische Reaktionen, psychische Systeme durch Gedanken und Gefühle, soziale Systeme durch Kommunikationen. Und alle drei Systeme sind füreinander nicht zugänglich, d.h. ein Gedanke wird nie Element eines sozialen Systems, es sei denn, er wird ausgesprochen und verstanden, also kommuniziert....Die drei Typen von Systemen sind dabei nicht unabhängig voneinander, sie sind in ihrer Entwicklung miteinander gekoppelt, weil sie sich gegenseitig perturbieren und koevolutive Einheiten bilden können. Aber ihre Beziehung ist in dieser Modellbildung niemals ein Einschlussverhältnis, bei dem das eine System das andere umfasst, sondern immer ein Ausschlussverhältnis, d. h. was innerhalb des einen Phänomenbereichs geschieht, geschieht nicht innerhalb des anderen. (Simon 2008).

Das zentrale theoretische Interesse gilt in der Systemischen Therapie der Konzeptualisierung des sozialen Systems nicht des psychischen Systems. Auch hier wird dem Verständnis von Niklas Luhmann gefolgt, der – auf den ersten Blick kontraintuitiv und durchaus gewöhnungsbedürftig – nicht den Menschen als Einheit des sozialen Systems definiert, sondern Kommunikation. Das Element des sozialen Systems ist in dieser Modellbildung keine materielle Einheit sondern ein Ereignis, vergleichbar den Spielzügen eines Spiels. Indem dieses Systemverständnis nicht mehr auf die Teil/Ganzes-Unterscheidung sondern auf die System/Umwelt-Unterscheidung gründet, kann die Komplexität sozialer Prozesse besser reduziert werden, als wenn soziale Systeme als aus ganzen Menschen bestehend gedacht würden (vgl. Simon 2008).

Die Konzeptualisierung von Psychotherapie als soziales System, in dem Kommunikation an Kommunikation anschließt und das eine Umwelt für das psychische System des Klienten bildet, das aber keine gezielte Beeinflussung des psychischen Systems durch Interventionen vorsieht, ein Selbstverständnis des Therapeuten als „teilnehmenden Manager“ und „Künstler des Gesprächs“ (Goolishian und Anderson 1988), eine erkenntnistheoretische Grundhaltung, wonach kein privilegiertes Expertenwissen beansprucht werden darf, reduziert das therapeutische Interventionspektrum weitgehend auf „unterschiedserzeugendes Fragen“. So fragte auch Grossmann (1998) „...ob der Interventionsbegriff in seiner ursprünglichen Semantik von Steuerung, außeninduzierter Veränderung, Planbarkeit, seinem Beigeschmack „instruktiver Interaktion“ weiterhin ein zentrales Konstrukt systemischer Therapie bleiben wird“ und stellt fest, dass „gegenwärtige systemische Terminologie in der Nachfolge von Goolishian, Anderson und anderen zunehmend ohne die Idee und konsequenterweise ohne den Terminus „Intervention“ auszukommen scheint, während Begriffe wie „Konversation“, „Dialog“, „Diskurs“, „Erzählung“, „Ko-Autorenschaft“ an seine Stelle treten“. Allerdings soll an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass Grossmann sich in seinem „Abschied von narrativer Therapie“ (2009) von der Konzeptualisierung von Psychotherapie als Ko-Kreation einer neuen Erzählung distanziert und auf die Bedeutung des

„Erlebens“ sowohl für die Problemstellung als auch für die therapeutischen Veränderung hinweist.

Die Ausweitung des systemischen Interventionsrepertoires

Während Kybernetik II als großer theoretischer Umbruch zu einer Festlegung des Therapieverständnisses wie oben ausgeführt und zu einer Verengung des therapeutischen Interventionsrepertoires führte, erfolgte die neuerliche Ausweitung des Therapieverständnisses von verschiedenen Seiten ohne einheitlichen und verbindlichen theoretischen Entwurf. Daher ist es nicht so einfach, die einzelnen Einflüsse zu benennen und die Darstellung bleibt damit subjektiv, wenn nicht sogar willkürlich. Dennoch möchte ich den Versuch unternehmen, zumindest einige Einflussfaktoren zu beschreiben, auf die ich dann im Einzelnen kurz eingehen werde. Besonders erwähnenswert erscheint mir der Einfluss hypnotherapeutischer Konzepte, der Aufstellungsarbeit, störungsspezifischer Behandlungskonzepte wie der Traumatherapie und die zunehmende Thematisierung neurobiologischer Befunde in der Psychotherapie.

Der Einfluss hypnotherapeutischer Konzepte

Wesentlichen Einfluss auf die Ausweitung von Therapieverständnis und Interventionsrepertoire hatte die zunehmende Verbreitung hypnotherapeutischer Konzepte, die wir im deutschen Sprachraum vor allem Gunther Schmidt verdanken. Er machte nicht nur hypnotherapeutische Interventionen „salonfähig“, sondern formulierte in Anlehnung an Milton Erickson auch eine Art von Persönlichkeitstheorie, indem er den bewussten und willkürlichen Wahrnehmungsbereich des „Ich“ die unwillkürlichen, teilweise unbewussten Prozesse des „Es“ gegenüberstellt. Anders als in der Psychoanalyse, wo das Es als Quelle der ungezügelten Triebe vom Ich kontrolliert werden muss, ist aber für Milton Erickson eher das Ich mit seinen gelernten Limitierungen für die Probleme verantwortlich, während das Unbewusste als Quelle der Weisheit und somit als Ressource für Lösungen konzeptualisiert wird.

Aus hypnosystemischer Sicht werden krankheitswertige Symptome durch nicht-integrierte Widersprüche zwischen Ich- und Es-Ebene erklärt, dementsprechend wird davon ausgegangen, dass sich Symptome auflösen, wenn mit den inneren Strebungen/Anteilen eine kooperative und integrierende Umgangsweise gefunden und diese sinnvoll in das relevante Bezugssystem eingefügt werden kann. Ob nun an der Etablierung eines kompetenten (dissoziierten) Steuer-Ichs gearbeitet wird, welches die Interaktion und Verständigung im „inneren Parlament“ regelt, oder ob durch Tranceinduktionen das gewünschte Erleben aktiviert wird, in jedem Fall soll zu den unwillkürlichen Prozessen ein Zugang gefunden werden, um so zu dieser Seite unserer Persönlichkeit eine kooperative Beziehung zu entwickeln (vgl. Schmidt 2004)

Auch wenn Gunther Schmidt scheinbar mühelos die Integration hypnotherapeutischer und systemischer Konzepte zu seinem „hypnosystemischen Modell“ gelingt, sollte uns das nicht darüber hinweg täuschen, dass es doch auch deutliche Unterschiede im Therapieverständnis v.a. in der

Konzeptualisierung des „Gegenstandes“ gibt. Kein Wort mehr vom Therapiesystem als „Umwelt“ für das psychische System, kein Hinweis auf das „Ausschlussverhältnis“ zwischen dem Psychischen, dem Biologischen und dem Sozialen. Ganz im Sinne eines neurobiologischen Verständnisses psychischer Phänomene wird formuliert: „Jedes menschliche Erleben kann beschrieben werden als Ergebnis und Ausdruck von neuronalen Netzwerken, die aktiviert werden und die unser Erleben steuern/machen“ (Schmidt, 2008) Problematisches Erleben ist das Ergebnis von Aufmerksamkeitsfokussierung, die therapeutischen Interventionen sind Maßnahmen der Fokussierung von Aufmerksamkeit, „die Dissoziation von Kompetenzen kann stark sein, aber durch gezielte Umfokussierung kann sie aufgelöst werden“ (Schmidt ebd.).

Interventionen sind damit zweifelsohne Versuche, gezielt auf das psychische System einzuwirken und ihre Nützlichkeit wird auch unter Berufung auf neurobiologische Befunde behauptet. Ich stelle diese Argumentation keineswegs in Zweifel, im Gegenteil, ich begrüße diese Konzeptualisierung wie auch die anderen Versuche, Erkenntnisse aus dem Bereich der Neurobiologie für das Verständnis und die Behandlung psychischer Störungen zu nützen. Ich kann nur nicht glauben, dass das ohne Modifikation bislang gültiger theoretischer Konzepte möglich ist. Auf den ersten Blick liegen die wesentlichen Unterschiede zur konstruktivistischen oder konversationalen Therapie im Interventionsrepertoire, bei genauerer Betrachtung wird aber deutlich, dass auf ein anderes System – nämlich das psychische System direkt abgezielt wird und zwar auf der Basis konkreter Annahmen über das Funktionieren dieses Systems. Dies beinhaltet aus meiner Sicht die Verabschiedung der selbstaufgelegten Bescheidenheit konversationaler Therapie nicht nur im Bereich der Interventionen sondern auch in der Art der zugrunde gelegten Erklärungen.

Der Einfluss der Aufstellungsarbeit

Kein anderes Thema wurde in der systemischen Fachwelt in den letzten Jahren so kontroversiell diskutiert wie die Aufstellungsarbeit nach Hellinger. Aufstellungsarbeit, wie sie Hellinger entwickelt hat, ist durch verschiedene Charakteristika geprägt: Mittels RepräsentantInnen wird das Bild eines Systems (meist die Herkunftsfamilie) räumlich dargestellt. Die körperlichen Wahrnehmungen der RepräsentantInnen bzw. ihre Mitteilungen darüber werden als Informationen genutzt. Diese Informationen werden vor dem Hintergrund möglicher Verletzungen der „Grundordnungen“ bewertet, es wird z.B. eine Verstrickung oder eine Identifikation mit einem ausgegrenzten Familienmitglied „diagnostiziert“ und mit einer entsprechenden Aufgabe (symbolische Abgabe oder Übernahme von Verantwortung, Sprechen eines Satzes etc) „therapiert“, um die „Grundordnung“ wieder herzustellen.

Es ist leicht, sich darüber zu einigen, dass der dogmatische Verweis auf eine „Grundordnung“ allen systemischen Prinzipien widerspricht. Es ist zwischenzeitlich auch bekannt, dass die „Grundordnung“ nicht die einzige Interpretationsgrundlage für Aufstellungsarbeit ist und dass neben den typischen Familienaufstellungen auch die verschiedenen Anteile einer Person oder Ziele, Hindernisse und Ressourcen in Bezug auf ein bestimmtes Thema, Gefühle oder Sympto-

me aufgestellt werden. Interessierte LeserInnen seien in diesem Zusammenhang auf „Aufstellungsarbeit revisited“ (Weber, Schmidt, Simon, 2005) verwiesen. Viel schwieriger ist es jedoch, zu erklären, warum diese Art des Arbeitens so viele systemische Therapeutinnen begeistern konnte. Welche Lücke wurde hier gefüllt, welches Bedürfnis wurde befriedigt? Siegfried Henzl (2004) vermutete, dass „am Ende einer Zeit konstruktivistischer Herausforderung und konstruktivistischer Theorienbildung“ TherapeutInnen durch Hellinger wieder die in den Jahren davor scheinbar abhanden gekommene Zuschreibung als „Wissende des Heilungsrituals“ bekommen haben. Aber davon einmal abgesehen: Welchen zusätzlichen Nutzen bieten Aufstellungselemente in der Einzelarbeit im Vergleich zur üblichen systemischen Gesprächsführung?

Durch das Aufstehen, das Suchen passender Positionen im Raum und das Fokussieren von Körperempfindungen wird eine sinnliche Wahrnehmung geschaffen, die eine ganzheitlichere, unmittelbarere Erfahrung ermöglicht als die reine Versprachlichung eines Themas. Aufstellungselemente schaffen damit eine emotionale Verdichtung, eine „Affektaktualisierung“, wie sie von vielen Therapiemethoden als wesentliche Bedingung für Veränderung gesehen wird. Wenn nicht mit repräsentierender Wahrnehmung sondern mit Aufstellungselementen in der Einzeltherapie gearbeitet wird, nützen wir den unter dem Begriff Focusing bekannten Effekt, dass die Fokussierung körperlicher Empfindungen einen Zugang zum emotionalen Erleben fördert.

Menschen unterscheiden sich darin, in welcher Intensität sie (welche) Gefühle erleben. Was in einer Alltagssprache mit „Kopfmensch“ oder „Gefühlsmensch“ beschrieben wird, ist tatsächlich eine wichtige Persönlichkeitsdimension (emotional über- oder unterreguliert), die auch in der Wahl der Interventionen berücksichtigt gehört. Während für stimmungslabile, gefühlorientierte Menschen das Standardrepertoire systemisch – konstruktivistischer Therapie, das Entwickeln alternativer Geschichten, das Verflüssigen von Sichtweisen, die distante und skeptische Haltung, gut passen dürfte, könnte bei übermäßig rational kontrollierten Menschen mit diesen Techniken zu wenig emotionale Aktivierung verbunden sein.

Ich möchte hier auf eine Formulierung von Helmut de Waal (2000) verweisen, der über den Verlust des Pathetischen in der Psychotherapie nachgedacht hat. De Waal beschreibt die Haltung des systemischen Therapeuten als „dem Skeptischen verpflichtet. Der Therapeut weiß die Wahrheit nicht mehr, macht nur Unterschiedsvorschläge und ist ansonsten neutral. Systemische Therapie reflektiert bereits gemachte Erfahrung, stellt Gültigkeit in Frage, erzeugt Vieldeutigkeit“. Affektaktualisierung ist aber nur bedingt durch Reflexion oder Erzählung von Erfahrung zu erreichen. Wenn durch eine Intervention absichtsvoll der Affekt aktualisiert wird, d.h. eine emotionale Verdichtung stattfindet, wird eine neue Erfahrung inszeniert, die zumindest unmittelbar als eindeutig und absolut erlebt wird. Dazu de Waal: „Das Pathetische stellt eine Erfahrung dar, keine Reflexion oder Erzählung von Erfahrung, ist eindeutig und bedeutsam, bedient sich schließender Metaphorik, hat multisinnlichen Charakter, wird riskiert und erlebt und kann keinesfalls mehr rückgängig gemacht werden.“

Man kann damit vermuten, dass Aufstellungselemente von systemischen TherapeutInnen vor allem zur Affektaktualisierung genützt werden. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang eine konsistente theoretische Fundierung, worauf im letzten Abschnitt noch eingegangen wird.

Der Einfluss störungsspezifischer Behandlungskonzepte am Beispiel der Traumatherapie

Als die ÖAS 1998 einen Kongress plante, war ich an der Diskussion beteiligt und setzte mich leidenschaftlich für den inhaltlichen Schwerpunkt „Störungswissen“ ein. Als junge Psychiaterin und systemische Therapeutin war ich einerseits von de Shazers Lösungsorientierter Kurztherapie fasziniert, andererseits konnte ich einfach nicht glauben, dass all das „Störungswissen“, d.h. das Wissen um die Eigengesetzlichkeit psychischer Störungen, nur unnötiger Ballast sein soll. Allerdings – wenn man daran glaubt, dass die Lösung nichts mit dem Problem zu tun hat, ist es nur stimmig einen „Generalschlüssel“ zur Förderung von Veränderung anzunehmen. Zielarbeit, Skalierung und Wunderfrage – one size fits all.

Im September 1999 fand der Kongress unter dem Titel „Störungswissen – Lösungswissen“ statt und Kurt Ludewig erinnerte damals daran, wie die konversationale Wende „neben der allzu einseitigen Ablehnung jeden Wissens zugleich eine großartige Befreiung erbracht hatte, nämlich aus den Fesseln früherer objektivistischer Setzungen über Störungen und Lösungen“. Dass „Wissen um Störungen und Lösungen öffentlich verleugnet und allenfalls hinter vorgehaltener Hand ventiliert“ wurden, hielt Ludewig schon damals für einen korrekturbedürftigen Zustand (vgl. Ludewig 2000). Inzwischen sind störungsspezifische Konzepte v.a. im stationären klinischen Bereich sehr verbreitet und auch in der systemischen Therapie nicht mehr tabuisiert. Das ist nicht zuletzt dem II des Lehrbuchs von Schlippe und Schweitzer „Das störungsspezifische Wissen“ zu verdanken.

Nichtsdestotrotz kamen störungsspezifische Konzepte in der genuin systemischen Aus- und Weiterbildungslandschaft bis vor kurzem kaum vor, was wohl dazu beitrug, dass eine große Zahl von PraktikerInnen spezifische störungsbezogene therapieschulenübergreifende Fortbildungen absolvierte. Die Traumatherapie nimmt hier sicher einen besonderen Stellenwert ein, so unstrittig schien hier die Notwendigkeit spezifischer – eben störungsbezogener – Modifikationen des therapeutischen Vorgehens in den verschiedenen Therapieschulen. Im Vergleich zu anderen hatten es die Systemischen TherapeutInnen in diesen Fortbildungen ziemlich leicht: die therapeutischen Haltung und die Ressourcenorientierung ermöglichten eine leichte Integration in die systemische Therapie. Das sollte uns aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es auch gravierende Unterschiede in wesentlichen Aspekten des Störungs- und Behandlungsverständnisses gibt. Interessierte seien diesbezüglich auf Uli Russingers Beitrag in den Systemischen Notizen verwiesen (Russinger 2004).

Ich möchte in diesem Zusammenhang nur wenige Punkte herausgreifen: störungsspezifische Therapie ist immer individuumzentriert und fokussiert die Eigengesetzlichkeit der „Störung“.

Gerade für die Konzeptualisierung des traumatischen Prozesses (mehr noch und vor allem früher als bei anderen psychischen Störungen) werden neurobiologische Erklärungen herangezogen (fragmentierte Erinnerungsbestandteile in der Amygdala, die jederzeit angetriggert werden können und dann intrusives Wiedererleben auslösen können). Kein Traumatherapeut würde Goolishians Satz „Die Systeme, mit denen wir arbeiten, existieren nur in der Sprache, und deshalb existieren auch Probleme nur in der Sprache“ zustimmen. Gerade das Trauma existiert oft am wenigsten in der Sprache.

Neben der Nutzung neurobiologischer Erklärungen stehen vor allem die Fokussierung psychopathologischer Auffälligkeiten (dissoziative Symptome, Täterintrojekte, etc.) und die Anerkennung ihrer Relevanz für die Behandlungsplanung in deutlichem Gegensatz zu einem systemisch-konstruktivistischen Therapieverständnis. TraumatherapeutInnen beanspruchen für sich ein gewisses Expertentum, sie erheben systematisch Symptome, sie „diagnostizieren“ Ausmaß der Dissoziation und des selbstverletzenden Verhaltens und benützen gezielt Techniken zur Symptomkontrolle (Dissoziationsstopp, Förderung der Impulskontrolle,...). Ähnlich wie bei der Anwendung hypnotherapeutischer Interventionen fällt die Integration in die therapeutische Praxis so leicht, dass die Unterschiede in der theoretischen Gegenstandsmodellierung leicht übersehen werden.

Die Verbreitung neurobiologischer Konzepte im psychotherapeutischen Diskurs

Man kann es bejubeln oder kritisieren – leugnen kann man es nicht, dass sich die Neurowissenschaften zur neuen Leitwissenschaft entwickeln. Der alte Leib – Seele Dualismus weicht zunehmend einem monistischen Glauben an die materiellen Grundlagen des Psychischen. Hans Rudi Fischer formuliert im Vorwort zum Themenheft Hirn-Bewusstsein-Psyche der Familiendynamik (2004) „Die mit neuen Methoden bewaffneten Neurowissenschaften schicken sich an, auch das Rätsel des Bewusstseins zu erklären. Die Hirnforschung scheint zur eigentlichen Geisteswissenschaft zu werden. ...Der Traum der Psychologen von einer eigenständigen Theorie des Psychischen, die den Geist als unabhängig von seinen materiellen Grundlagen begreifen wollte, ist endgültig ausgeträumt.“

Wenn wir die für viele Fragen hilfreiche Konzeptualisierung eines System-Umwelt-Verhältnisses zwischen gelebtem, erlebtem und erzähltem Leben nicht gänzlich aufgeben und uns von diesem monistischen Glauben vereinnahmen lassen wollen, bedürfte es einer genauen Abgrenzung: Für welche Fragen macht es Sinn, die „Ein-Welten-Sichtweise“ einzunehmen, wann ist die „Drei-Welten-Sichtweise“ hilfreicher. Wenn hypnosystemisch oder traumatherapeutisch an Symptomen gearbeitet wird, wenn Interventionen mit Bezug auf neurobiologische Erklärungen begründet werden, ist die Zugrundelegung eines System-Umweltverhältnisses nicht schlüssig. Arbeitet man hingegen mit Mehrpersonensystemen, erlaubt die Drei-Welten-Sichtweise, also die Unterscheidung von gelebtem, erlebtem und erzähltem Leben, für therapeutisches Arbeiten hilfreiche Komplexitätsreduktion, die Aufweichung eingefahrener Zuschreibungen und neue Bedeutungsgebungen. Wir müssen uns also nur daran erinnern, dass es Systeme nicht „gibt“, sondern sie durch Be-

obachtung entstehen. Wenn wir keine „Systemontologie“ betreiben und auf den Anspruch der einzig richtigen Beschreibung von Systemen verzichten, können wir unsere Systemmodellierungen“ an die jeweilige Situation anpassen, was aber im Detail Berufeneren überlassen bleiben soll.

Über das Unbehagen

Die beschriebenen Tendenzen bewirkten eine extreme Ausweitung des Interventionsrepertoires und zumindest teilweise und implizit eine Verabschiedung des Selbstverständnisses als „konversationale Therapie“. Auch das 2. Gebot „Du sollst Dir kein Bild machen von ...“ hat seine zwingende Gültigkeit verloren: Wir nutzen Persönlichkeitstheorien oder Störungsmodelle aus anderen Therapiemethoden oder anderen Disziplinen, zumindest nützen wir die sich darauf gründenden Interventionen, wenn sie uns hilfreich erscheinen. Wir arbeiten mit Teilen, mit dem inneren Kind, mit Tranceinduktionen, Time-line, Symbolen, Aufstellungselementen, freuen uns über die Wirksamkeit dieser Interventionen und die leichte Integrierbarkeit in unsere therapeutische Praxis. Die Integration in das grundlegende theoretische Konzept der Systemischen Therapie bleibt aus.

1997 (!) kritisierte Levold, dass Affekte „im Feld der systemischen Therapie von Beginn an mehr oder weniger ausgeblendet, wenn nicht gar abgewertet waren“ und sieht in diesem Zusammenhang eine „überfällige Erweiterung der systemischen Perspektive. Auch 10 Jahre später kommen die Begriffe „Affekt“ oder „Emotion“ im Register aktueller Lehrbücher der systemischen Therapie nicht vor. Und das, obwohl Ciompi bereits 1982 auf die enorme Bedeutung der Affekte für unser Denken und Handeln hingewiesen hat. Wie können wir das verstehen? Gilt das 2. Gebot („Du sollst Dir kein Bild machen...“) nur mehr für die Autoren von Lehrbüchern? Oder ist es wie vor der Bundespräsidentenwahl, wo für die Kandidaten der anderen Partei keine „Wahlempfehlung“ abgegeben werden kann? Soll die mündige Therapeutin die zu ihrer Arbeit passenden Modelle selbst auswählen? Zumindest für den Ausbildungskontext halte ich diese Einstellung für unpassend. Eine plausible Theorie über wesentliche Aspekte psychischen Funktionierens als Grundlage für ein Verständnis von Störungen und ihre Veränderbarkeit durch Interventionen halte ich für eine Bringschuld von LehrtherapeutInnen. Die Konzeptualisierung von Therapie als Sprachspiel ist in diesem Zusammenhang nicht ausreichend.

Mit welchen Theorien und Konzepten beschreiben wir seelische Phänomene? Wie stehen wir zu der Unterscheidung Bewusstsein – Unbewusstes? Welche Rolle spielen biologische oder chemische Prozesse im Gehirn für das Verständnis des Seelischen? Wie bewerten wir den Einfluss früher Erfahrungen? Was ist angeboren, was wird gelernt, worin liegt die persönliche Freiheit eines Menschen, die Verantwortung für seine Entwicklung?

Bevor ich nun einige Konzepte vorstelle, die sich aus meiner Sicht zur „psychologischen Fundierung“ unserer systemisch-therapeutischen Praxis eignen, möchte ich noch einmal ein „epistemologisches Glaubensbekenntnis“ ablegen: Psychische Phänomene sind aufgrund ihrer Geschichtlichkeit, ihrer Fähigkeit zur Selbststeuerung und Selbstorganisation, immer mehrdeutig. Jedes kli-

nische Konzept erhellt entsprechend der getroffenen Unterscheidungen bzw. Leitdifferenz jeweils bestimmte Zusammenhänge. Die Konzepte sind dann hilfreich, wenn sie sich therapeutisch gut nützen lassen. Über ihren Wahrheitsgehalt lässt sich aus dem therapeutischen Prozedere in der Regel keine Aussage ableiten.

Die Systemische Therapie verzichtete aus den bereits dargestellten Gründen auf die Konzeptualisierung des Psychischen – neben der erkenntnistheoretischen Genauigkeit besteht vor allem die Sorge, durch Festschreibung von Zusammenhängen die Neugierde des Therapeuten und die Entwicklungsmöglichkeiten der Klienten einzuschränken. Dies darf andererseits nicht missverstanden werden als ein Dogma, keinerlei Konzepte für die Hypothesenbildung zu verwenden. Nicht dass wir aufgrund dieser Modelle ein sicheres Wissen über die psychischen Funktionen haben – aber die Modelle ermöglichen eine Komplexitätsreduktion, die in vielen Fällen für konsistentes therapeutisches Handeln und für die Interventionsplanung nötig ist.

Statt Goolishians „Position des Nicht- Wissens“ präferiere ich die Formulierung von Ludwig Reiter, der von „reflektiertem Wissen“ spricht. Therapeuten sind kundig, sie verfügen über klinische Erfahrung. Zu diesem Kundig-Sein gehört auch, dass man hilfreiche Modelle zur Verfügung hat, die die Interventionsplanung und die Beziehungsgestaltung anleiten. Klinische Konzepte aus anderen Disziplinen kann man also als systemische Therapeutin relativ problemlos nutzen, sofern man dabei die therapeutische Haltung und die erkenntnistheoretische Position, wie sie für die systemische Therapie bestimmend ist, nicht aufgibt.

Was aber sind nun die „wesentlichsten Aspekte psychischen Funktionierens“, die als Grundlage für ein Verständnis von Störungen und ihre Veränderbarkeit durch Interventionen der Konzeptualisierung bedürfen? Aus meiner Sicht sind dies zumindest die Grundbedürfnisse als Motor psychischer Aktivität, die Organisation von (biographischer) Erfahrung und ein angemessenes Verständnis emotionaler Prozesse.

Grundbedürfnisse

Die psychische Aktivität ist von Zielen bestimmt. Neben den biologischen Bedürfnissen nach Nahrung, Schlaf und Unversehrtheit gibt es psychische Grundbedürfnisse, die bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigung der psychischen Gesundheit führen, soweit herrscht Einigkeit in der „Mainstream-Psychologie“. Einzelne Autoren definierten dann jeweils leicht unterschiedliche Grundbedürfnisse, so nannte Epstein (1990, zitiert nach Grawe 2004) Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung. Jeffrey Young (2005), der die Schematherapie entwickelt hat, betrachtet darüber hinaus die Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken und das Erfahren realistischer Grenzen als ein Grundbedürfnis. Die konkreten Ziele sind individuell unterschiedlich und hängen davon ab, welche Möglichkeiten zur Erfüllung der Grundbedürfnisse geboten werden, die Grundbedürfnisse sind jedoch für alle gleich.

Unter dem Titel der „Bedarfsdeckung“ ist dieses Thema den meisten systemischen TherapeutInnen bekannt. Während der Fokus im ökosystemischen Modell jedoch auf die Bedarfsdeckung in Beziehungen ausgerichtet ist und die damit verbundenen interaktionellen Muster bzw. Bedeutungsgebungen fokussiert werden, richtet sich das psychologische Konzept vor allem auf die intrapsychischen „Ausgleichsbewegungen“, die unerfüllte Grundbedürfnisse hervorrufen. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die „vermeidenden motivationalen Schemata“, die unter ungünstigen Bedingungen entstehen.

Unter günstigen Bedingungen werden vorwiegend annähernde motivationale Schemata herausgebildet, die mit positiver Selbstwirksamkeitserwartung einhergehen und ein differenziertes Verhaltensrepertoire zur Realisierung der Ziele unter verschiedenen Bedingungen ermöglichen. Werden bei einem Menschen hingegen schon in der Kindheit die Grundbedürfnisse immer wieder verletzt, entwickelt er Vermeidungsschemata, die später auch die Realisierung gewünschter Veränderungen in der Psychotherapie erschweren.

Ähnlich wie die Shazers Unterscheidung von Besuchern, Klägern und Kunden jeweils unterschiedliche Aufgaben zur Folge hat, sollte auch das Ausmaß von vermeidenden motivationalen Schemata in der Interventionsplanung berücksichtigt werden. Hierbei ist vor allem auch zu berücksichtigen, dass vermeidende Schemata in einem viel höheren Ausmaß unbewusst ablaufen als Annäherungsverhalten und daher darüber oft nicht explizit Auskunft gegeben werden kann.

Die Klientin weiß vielleicht nicht, dass sie Bindung vermeidet, wenn sie sich rund um die Uhr in Arbeit stürzt – und auch die Therapeutin „weiß“ es nicht, aber sie kann es als eine Hypothese heranziehen, wenn sie bemerkt, dass das Bindungsbedürfnis weder erfüllt noch thematisiert wird. Die „Grundbedürfnisse“ bieten damit eine Grundlage für die Hypothesenbildung im Intrapyschischen wie etwa der Familienlebenszyklus sie für den interpersonellen Bereich bietet.

Die Organisation von Erfahrung durch Schemata

Der Begriff „Schema“ wurde ursprünglich von Piaget eingeführt und beschreibt kognitive Strukturen, die das Kleinkind in der Auseinandersetzung mit der Welt entwickelt. Ein Schema ist ein Hilfsmittel des Menschen, um Informationen, die er über seine Sinnesorgane aufnimmt, eine Bedeutung zuzuordnen. Schemata sind damit Inhalte des impliziten Gedächtnisses, werden also in die jeweilige Situation „mitgebracht“ und bestimmen über Auswahl und Filterung der eingehenden Information deren Bedeutung. Schemata steuern somit die Wahrnehmung und Informationsverarbeitung des Menschen, indem frühere Erfahrungen herangezogen werden, um aktuelle Informationsverarbeitung, Bedeutungsgebung oder aktuelles Verhalten oder Empfinden auszurichten. Einzelne Merkmale einer Situation „triggern“ ein Schema und strukturieren so die Wahrnehmung, das Denken, Fühlen und Handeln. Man kann kognitive, affektive, motivationale und Beziehungsschemata unterscheiden. In jedem Fall handelt es sich um präformierte Muster (des

Denkens, Empfindens, etc.), die durch wiederholte Erfahrung entstanden sind und die aktuelle psychische Aktivität prägen.

In einem systemischen Verständnis können Denk-, Fühl- Handlungsschemata als affektiv – kognitive Strukturen auch als jeweils spezifisches Muster der Wirklichkeitskonstruktion verstanden werden (vgl. Simon). Für kognitive Schemata formuliert Roth (1995): „Unser kognitives System „rastet“ auf diese Deutung ein; systemtheoretisch ausgedrückt hat sich ein Attraktorzustand der Wahrnehmung herausgebildet, auf den unter den gegebenen Anfangs- und Randbedingungen unser Wahrnehmungssystem zuläuft und in ihm (vorübergehend) verharrt.“

Während aus entwicklungspsychologischer Perspektive die kognitiven Schemata detailliert untersucht wurden (vgl. Piaget 1937) sind für die Psychotherapie emotionale Schemata besonders relevant, weshalb ich Roths Formulierung gerne diesbezüglich abwandeln würde: Auch unser „emotionales System kann auf einer bestimmten Deutung „einrasten“, wobei dieser „Attraktorzustand“ durch die leibliche und „unmittelbar gegebene“ Komponente des Affektiven besonders schwer zu hinterfragen ist. Da es in der Psychotherapie immer auch um die Beeinflussung emotionalen Erlebens geht, soll auf die Organisation emotionaler Erfahrung noch gesondert eingegangen werden.

Emotionale Erfahrungen werden anders gespeichert als rein kognitive Inhalte – man spricht von einem impliziten emotionalen Gedächtnis, auf welches das Bewusstsein nur eingeschränkt Zugriff hat. Für die Speicherung emotionaler Assoziationen ist vor allem das limbische System verantwortlich. Emotionale Erfahrungen werden in Form von emotionalen Schemata gespeichert, diese werden durch bestimmte Auslöser aktiviert und nehmen dann Einfluss auf Erleben und Verhalten. Das limbische System arbeitet unbewusst und reagiert automatisch, die Antwort erfolgt schneller als die des Cortex, trifft aber keine differenzierten Unterscheidungen. Die Speicherung dramatischer emotionaler Erinnerungen im Amygdala-System erfolgt dauerhaft und kann nicht gelöscht werden, allenfalls kann eine cortikale Kontrolle über den Output des Amygdala-Systems etabliert werden.

Viele emotionale Schemata entstehen in der präverbalen Entwicklungsphase. Unser implizit emotionales Gedächtnis speichert wesentliche Erfahrungen als Emotion ab und beeinflusst damit die Verarbeitung relevanter aktueller Erlebnisse in Form von emotionalen Schemata. Gespeichert werden neben Emotionen auch Körperempfindungen und vegetative Reaktionsmechanismen. Die kognitiven Komponenten eines Schemas entstehen häufig erst später.

Wenn man dieses Modell der Organisation biographischer Erfahrung der therapeutischen Arbeit zugrundelegt, hat dies durchaus Auswirkungen auf die Interventionsplanung: Wir werden dann weniger auf die nachhaltige Wirkung einer Umdeutung vertrauen, sondern zunächst einmal ein Verständnis für das „Einrasten“ auf ein problematisches Erleben erarbeiten. Nur wer seine Schemata kennt, kann lernen, seine Reaktionen zu steuern. Voraussetzung dafür ist, dass ein ver-

ändertes Erleben von der Klientin gewünscht und mit der Befriedigung der Grundbedürfnisse vereinbar ist.

Das erste Ziel ist dann die Entwicklung von psychischem Gewahrsein: Das Erlebnis des aktivierten problematischen Schemas ist mit Worten zu verbinden („Wie fühlt sich das an? Was denken Sie da über sich? Wie nehmen Sie die anderen wahr? Gibt es einen Satz, den Sie da zu sich sagen? Wie alt sind Sie in dieser Situation?“). Evtl. kann für das problematische Schema eine Verbindung mit Kindheitserinnerungen hergestellt werden, womit zum einen eine „sinnstiftende Erzählung“ geschaffen, zum anderen der primär adaptive Wert dieses Erlebens gewürdigt werden kann.

In einem nächsten Schritt ist ein alternatives gewünschtes Erleben zu erarbeiten. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass nur die Klientin weiß, was das passende alternative gewünschte Erleben ist – und auch sie weiß es evtl. nicht auf Anhieb. So kann für das problematisierte Schema „wütender Angriff“ das alternative gewünschte Erleben souveränes Abwenden, gelassenes Zurücklehnen oder aber auch „Fortsetzen des Kampfes mit feiner geschliffener Klinge“ sein – hier kann die Therapeutin kaum vorsichtig, zurückhaltend und langsam genug sein, um sicher zu einer passenden Unterschiedsbildung beizutragen. Jede Möglichkeit der Anreicherung durch Metaphern, Symbole oder auch rituelle Elemente sollte genutzt werden, um diesem „neue Erleben“ den Transfer aus dem Therapieraum in den Alltag zu erleichtern.

Ein angemessenes Verständnis emotionaler Prozesse

Grundaffekte wie Interesse/Neugier, Angst, Wut, Freude, Trauer sind umfassende körperlich-seelische Befindlichkeiten, die im Lauf der Evolution aus lebenswichtigen Verhaltensweisen wie Umgebungsexploration, Flucht, Kampf, Nahrungsaufnahme, Sexualität, Sozialisierung, Verlustsituationen etc. hervorgegangen sind. Sie werden durch Wahrnehmungen oder Gedanken ausgelöst und beeinflussen ihrerseits alles Denken und Verhalten. Die affektive Grundstimmung energetisiert unser Denken. Von ihr hängt ab, was wir selektiv wahrnehmen, beachten, im Gedächtnis speichern oder aus dem Gedächtnis abrufen. Die Gefühle verbinden Denken, seelisch-körperliche Befindlichkeit und Verhalten zu einer funktionellen Einheit. Zugleich vermindern sie die Komplexität der begegnenden Welt in sinnvoller Weise. Ihre evolutionäre Hauptaufgabe ist es, Denken und Verhalten der jeweiligen Situation anzupassen (vgl. Ciompi 1998).

Auch die meisten psychischen Beschwerden und Erkrankungen sind mit Störungen der emotionalen Prozesse verbunden, selbst wenn dies oft nicht auf den ersten Blick sichtbar ist, weil fallweise die vorherrschenden Symptome Folge der Vermeidung oder Bekämpfung der problematischen Emotion sind (-so dienen z.B. Zwangshandlungen meist der Angst- oder Spannungsreduktion). Jede erfolgreiche Psychotherapie geht mit einer Veränderung emotionaler Prozesse einher, egal ob dies direkt angestrebt wird oder nicht. Von verschiedenen Therapiemethoden wird eine gezielte Beeinflussung emotionaler Prozesse intendiert: es kann die Wahrnehmung von Emotionen oder die Affektdifferenzierung gefördert werden, es kann die Intensität des emotiona-

len Erlebens reduziert und die Affektkontrolle verbessert werden oder an der Aufgabe der Vermeidung von Emotionen gearbeitet werden.

Ziel ist in jedem Fall, positive wie auch negative Emotionen wahrnehmen, aushalten und regulieren zu können und als Informationsquelle über das Befinden, die Ziele und Bedürfnisse nutzen zu können (vgl. Lammers 2007). Die Reduktion eines evtl. vorhandenen emotionalen Vermeidungsverhaltens und die Förderung der Affektwahrnehmung dürfen aber nicht mit einer unkontrollierten Aktivierung emotionalen Erlebens im Sinne einer Katharsis verwechselt werden, da diese eher zu einer Zunahme der Intensität problematischer Emotionen führt. Damit die Fokussierung von Emotionen in der Psychotherapie hilfreich ist, bedarf es neben einer angemessenen (das heißt wohl dosierten) emotionalen Aktivierung auch einer sinnstiftenden kognitiven Bearbeitung und der Erarbeitung neuer, adaptiver Verhaltensweisen.

Wenn in der Psychotherapie gezielt auf emotionale Prozesse eingewirkt werden soll, ist zunächst eine grundlegende Unterscheidung zu treffen: Handelt es sich um einen stabilen (evtl. emotional überregulierten) Klienten, bei dem das Erleben von Emotionen aktiviert und gefördert werden soll oder um einen instabilen, impulsiven Klienten (z. B. einen Patienten mit einer Borderline-Störung), der Unterstützung bei der Emotionskontrolle braucht?

Gerade gefühlsorientierte, stimmungslabile Personen neigen dazu, Emotionen als unbedingt wahr und zutreffend zu empfinden. Das heißt aber nicht, dass diese eine untrügliche und angemessene Grundlage für Entscheidungen bieten. In vielen Fällen müssen Menschen lernen, ihren Gefühlen im richtigen Moment auch zu misstrauen und eine kritische Distanz zum eigenen emotionalen Erleben aufzubauen. Eine der wichtigsten Botschaften in der dialektisch – behavioralen Therapie der Borderline-Störung nach Marsha Linehan (1996) ist der Satz „Ich bin nicht mein Gefühl...“, worin sich auch das grundsätzliche Verständnis der Borderline-Störung als emotionale Dysregulation ausdrückt.

Neben der Unterscheidung von emotionaler Über- oder Unterregulierung ist auch das Konzept der primären und sekundären Emotionen und der Emotionsvermeidung für die Hypothesenbildung hilfreich. Die primäre situationsadäquate Emotion (z. B. Ärger) wird möglicherweise gar nicht mehr wahrgenommen, weil sie sich vor dem Hintergrund der jeweils individuellen Lerngeschichte als unerwünscht, gefährlich, etc. erwiesen hat. An ihre Stelle tritt eine sekundäre Emotion (z.B. Traurigkeit), die dann zunehmend generalisieren kann. TherapeutInnen sollten daher nachfragen, welche Emotionen in welchen Situationen erlebt werden, um dann Hypothesen darüber bilden zu können, ob die Emotionswahrnehmung eingeschränkt ist, ob sekundäre Emotionen das Erleben dominieren und damit den Blick auf die wesentlichen Bedürfnisse verstellen.

Das Konzept der sekundären Emotion und der Emotionsvermeidung deckt andere Phänomene ab als das Modell der emotionalen Schemata und legt auch andere Interventionen nahe, z.B. die Arbeit mit dem inneren Kind oder eine Teilarbeit. Während es bei problematischen emotionalen Schemata darum geht, einen mit den Grundbedürfnissen und wichtigen motivationalen Zielen zu

vereinbarenden Gegenentwurf zu entwickeln und dieses Denk-Fühl-Verhaltensprogramm zu etablieren, geht es bei dem Konzept der sekundären Emotion/Emotionsvermeidung darum, Zugang zur primären Emotion zu schaffen und in einem weiteren Schritt einen angemessenen Ausdruck zu fördern. Im oben genannten Beispiel kann es dann darum gehen, den Ärger als vermiedenes Gefühl zu identifizieren, seine Berechtigung anzuerkennen, die Bedingungen zu rekonstruieren, die zu seiner Desintegration beigetragen haben und einen konstruktiven Umgang mit diesem Gefühl in der Zukunft zu erarbeiten.

Hier schließt sich – hoffentlich auch für die LeserInnen – der Kreis: Emotionen, emotionale und motivationale Schemata, Grundbedürfnisse – das sind einige der wesentlichen psychologischen Konzepte, die sich für eine Modellierung psychischen Funktionierens eignen. Für den Umgang mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder anderen psychischen Störungen mögen zusätzliche, spezifischere Modelle hilfreich sein, aber für ein weites Gebiet systemischer Praxis scheinen mir die oben genannten Konzepte ausreichend, um einen differenzierten Einsatz des systemischen Interventionsrepertoires zu begründen.

Literatur

Andersen T (1990): Das reflektierende Team. Modernes Lernen, Dortmund

Ciampi L (1998): Affektlogik. Klett-Cotta

Fischer HR (2004): Editorial, Familiendynamik 29/4

Goolishian H, Anderson H (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In Reiter et al : Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive

Grawe K (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe

Grossmann K (1998): Zur Theorie von Interventionen. In Brandl-Nebhay et al: Systemische Familientherapie, Facultas 1998, 152 – 169

Grossmann K (2009): Abschied von narrativer Therapie. In: Familiendynamik 34/1, 6-16

Henzl S (2004): Bedeutungsgebung und Sprache im Kontext von Aufstellung. In Systemische Notizen 4/04

Lammers C-H (2007): Emotionsbezogene Psychotherapie, Schattauer

Linehan M (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, CIP-Medien

Levold T (1997): Affekt und System, System Familie 10, 120-127

- Ludewig K (1987): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemische begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. Z. syst. Ther 5 (3), 178 – 191
- Ludewig K (2000): Brauchen wir Störungswissen, um lösungsorientiert zu arbeiten? Systeme 14 (1), 31- 46
- Piaget J (1937): Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde, Stuttgart 1975
- Roth G (1995): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. suhrkamp
- Russinger U (2004): Auswirkungen einer traumazentrierten Weiterbildung auf eine systemische Therapeutin, Systemische Notizen 1/04
- Schmidt G (2004): Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Carl Auer, Heidelberg
- Schmidt G (2008): Seminarunterlagen zu „Hypnosystemische Konzepte in der Suchtbehandlung“, gehalten in der LaSF
- Simon F (2008) Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus, 87 ff
- de Waal H (2000) Große Worte und Gesten, Systemische Notizen 1/04
- Weber G, Schmidt G, Simon F (2005) Aufstellungsarbeit revisited. ... nach Hellinger? Carl Auer, Heidelberg
- Young J, Klosko J, Weishaar M (2005) Schematherapie, Junfermann, 39