

Jürg Liechti
Monique Liechti-Darbellay

Im Konflikt und doch verbunden

Der systemtherapeutische
Einbezug von Angehörigen –
Ressource und Herausforderung

Unter Mitarbeit von Katja Stauffacher

2011

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg/ Schwäbisch Hall)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Dr. Kurt Ludwig (Münster)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Burkhard Peter (München)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Umschlagfoto: © Digipic – Fotolia

Satz u. Grafik: Drißner-Design u. DTP, Meßstetten

Printed in Germany

Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, www.fgb.de

Erste Auflage, 2011

ISBN 978-3-89670-771-0

© 2011 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten aus der Häusserstraße haben,
können Sie unter <http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH

Häusserstraße 14

69115 Heidelberg

Tel. o 62 21-64 38 o

Fax o 62 21-64 38 22

info@carl-auer.de

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
Prolog	9
Eine Überlebenslogik	10
Kombination der Perspektiven	11
<i>Eine Sache der Beschreibungen</i>	12
Was will das Buch?	17
Angehörigenarbeit und Systemtherapie	20
Eine einfache Frage	20
Zwischen Selbstverständlichkeit und Ratlosigkeit	21
Eine besondere Form der Lebenserfahrung	22
Angehörigenarbeit ist nicht gleich systemische Therapie	23
Die Ängste der Hilfesuchenden selbst	26
Ökologische Perspektive und Kommunikation	29
Theorie und Praxis	29
Eine ökologische Perspektive	30
<i>System/Umwelt</i>	31
<i>Die Außensicht</i>	32
<i>Die Innensicht</i>	37
<i>Therapeutische Feinfühligkeit</i>	39
<i>Die Bedeutung des triadischen Beziehungskontextes</i>	40
<i>Kommunikation schafft Wirklichkeit</i>	42
<i>Die Lösung ist das Problem</i>	43
<i>Therapieempfehlungen</i>	53
<i>Handlungswissen – Faktenwissen</i>	58
<i>Sinnlich-korrektive Erfahrungen im Lebenskontext</i>	59
Bindung und Zirkularität	62
Konzepte der Bindungstheorie	62
<i>Was ist Bindung?</i>	65
Zirkularität und therapeutische Konsequenzen	74
<i>Erworbene Sicherheit durch Psychotherapie (= earned secures)</i>	82
Systemischer Wegweiser	84
Pamela – und wie sie die Welt sieht	84
Klientenorientierte Indikation	100
Expertendefinierte versus klientenorientierte Indikation	100
<i>Unterschiede herausarbeiten</i>	106
Fährten aufnehmen	107

Die Kunst des Laufenlassens	116
Einstieg in eine unbekannte Welt	116
<i>Die Außenperspektive</i>	119
<i>Hypothesenbildung</i>	130
<i>Fragen</i>	135
Settings und Aufträge	137
Ein Einzelgespräch mit Wunsch nach Paartherapie	137
<i>Wie konsequent soll das (Paar-)Setting sein?</i>	137
Die Optik der Dreiecksprozesse	154
Die Geschichte beginnt mit einer Triangulation	154
Mehrpersonensetting und störungsspezifische Therapie	201
Einleitende Bemerkungen	201
Essstörungen – Ein multifaktorielles Rätsel	202
Krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Faktoren	203
Prognostische Faktoren	206
Ein frühzeitiger Therapiebeginn ist wichtig	206
Ein Hexagon der Therapiemaßnahmen	207
<i>Psychopharmakotherapie</i>	208
<i>Unser Therapiemodell</i>	208
<i>Phase I (Diagnose, Differentialdiagnose und Indikation)</i>	209
<i>Phase II (Gestaltung eines therapeutischen »Teams« ...)</i>	210
<i>Phase III (Durchführung der störungsspezifischen Therapie)</i>	213
<i>Phase IV (Stabilisierung der Autonomie, Management der eigenen Lebenssituation)</i>	229
Störungsspezifische Therapien	230
EPILOG: Die Sicht der Betroffenen	232
Die EAST-A Studie	232
<i>Durchführung der Interviews</i>	235
Ergebnisse: Therapeutische Beziehung	236
<i>Sicherheit und Kompetenz</i>	236
<i>Emotionale Wertschätzung</i>	237
Systemeinbezug	239
<i>Vermittlung</i>	239
<i>Zusammenhalt</i>	240
<i>Selbstbestimmung</i>	241
Mögliche Gründe für einen Therapieabbruch	242
Interpretation der Ergebnisse	244
<i>Motivationale Aspekte</i>	244
<i>Aspekte der therapeutischen Beziehung</i>	246
<i>Aspekte des Systemeinbezugs</i>	248
Hypothesen	250
Literatur	251
Über die Autoren	262

Angehörigenarbeit und Systemtherapie

»Die Ansicht, dass ein Streben nach Nähe und Schutz in belastenden Situationen ein Anzeichen von Schwäche ist, kann im Hinblick auf die vergleichende Verhaltensforschung nicht aufrechterhalten werden. Statt Unabhängigkeit fordert das Menschenbild der Bindungstheorie Autonomie in Verbundenheit.«

K. Grossmann und K. E. Grossmann (2004, S. 39)

Eine einfache Frage

Es ist wenige Jahre her, als sich nach einem Vortrag zum Thema »Kooperation mit Angehörigen in der systemischen Therapie« in der Diskussion eine Fachkollegin mit folgender Frage zu Wort meldete:

»Ich behandle einen 28-jährigen Assistenzarzt wegen rezidivierender Depressionen im Zusammenhang mit Stress und Überforderung am Arbeitsplatz. Er arbeitet in der Pädiatrie und fühlt sich regelmäßig am Limit mit all den an ihn herangetragenen Anforderungen seitens der Klinik, der Vorgesetzten, der kranken Kinder und ihrer Eltern. Nach mehreren Time-outs ist ihm nun die Kündigung nahegelegt worden, was seine Stimmungslage nicht gerade verbessert hat. Er nimmt Medikamente, die eine Zeit lang wirken, dann wieder nicht mehr, und er beklagt sich vor allem über ihre Nebenwirkungen. Er wohnt noch zu Hause, und weil seine Eltern ihn in alltäglichen Dingen geradezu bevormunden – zum Beispiel schreibt mir die Mutter regelmäßig Briefe, die ich unterdessen ungeöffnet dem Patienten übergebe –, habe ich bisher vor allem an Themen der Autonomie gearbeitet, allerdings mit wenig Erfolg. Nach dem Vortrag frage ich mich jetzt, ob die Verstrickung mit seiner Mutter ein Thema sein sollte beziehungsweise ob es hier vielleicht angebracht wäre, die Eltern in eine Sitzung einzubeziehen. Was meinen Sie, soll man bei einem 28-jährigen Menschen die Eltern noch einbeziehen?«

Die Antwort kam rasch, es war eine Gegenfrage:

»Was meint Ihr Patient dazu?«

ZUHÖRERIN: »Mein Patient? Das weiß ich nicht, ich habe ihn nicht gefragt.«

Etwa in der Supervision treffen wir diese Situation gerade mit engagierten Therapeuten an. Sie sehen ihren Auftrag darin, dem Patienten als Fachexperten Lösungen anzubieten. Freilich verpassen sie dabei das Naheliegende: den Patienten als Experten seiner eigenen Lebenssituation wahrzunehmen und ihm Geburtshilfe für eine eigene, informierte Entscheidung zu leisten.

Zwischen Selbstverständlichkeit und Ratlosigkeit

Jede und jeder bezieht die Angehörigen mit ein. Gibt man in einer Suchmaschine die Frage ein: »Sollen Angehörige in die Psychotherapie mit einbezogen werden?«, so zeichnen zahlreiche Antworten in der Tat ein Bild von großer Selbstverständlichkeit; dazu ein beliebiges Beispiel:

»Familienangehörige und Lebenspartner sollten in die Behandlung ganz selbstverständlich mit einbezogen werden, weil sie wesentlich zur Rückfallprävention beitragen und mit der Erkrankung ohne Scheu und Scham umgehen lernen können« (Psychotherapie-Report 2000).

In Internetauftritten und Prospekten von psychiatrischen, psychosomatischen und rehabilitativen Institutionen wird mit der Zusammenarbeit mit Angehörigen geworben. Auch Professionelle sind sich einig:

»Angehörige besitzen aufgrund ihrer langen Erfahrung mit dem psychisch kranken Familienmitglied eine hohe Kompetenz, sie kennen den kranken Menschen länger und meistens wesentlich besser als wir, sie können die Krankheitssymptomatik manchmal besser einschätzen als wir Professionellen« (Bastiaan 2005, S. 15).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Eltern als wichtigste Partner der Therapeuten auf den Schild gehoben, und der Elternarbeit wird große Bedeutung beigemessen.

Indessen: So viel Selbstverständlichkeit lässt aufhorchen, lehrt uns doch die Philosophie, dass sich hinter dem Selbstverständlichen oft das Schwierigste verbirgt,

»und dies so sehr, dass man paradox, aber gar nicht ohne tieferen Sinn die Philosophie als die Wissenschaft von den Trivialitäten bezeichnen könnte« (Husserl 2009, S. 181).

Allem Anschein zum Trotz gibt es einen Haken, nur wo? Sigmund Freud wusste es: »Was die Behandlung der ›Angehörigen‹ betrifft, so gestehe ich meine völlige Ratlosigkeit ein« (Freud 1982b, S. 180). Er verglich seine Therapie mit einer Operation und fragte sich in einer Deutlichkeit, die nichts zu wünschen übrig lässt,

»wie viele dieser Operationen gut ausgehen würden, wenn sie im Beisein aller Familienmitglieder stattfinden müssten, die ihre Nasen in das Operationsfeld stecken und bei jedem Messerschnitt laut schreien würden. Bei den psychoanalytischen Behandlungen ist das Dazwischenkommen der Angehörigen geradezu eine Gefahr, und zwar eine solche, der man nicht zu begegnen weiß« (ebd., S. 441).

Die Auffassung von der Notwendigkeit, das dyadische Setting der Psychotherapie gegen Störungen von außen zu schützen und insbesondere die Einmischung von Familienmitgliedern zu unterbinden (Abstinenz-Regel), ist bei Fachpersonen bis heute tief verankert. Man findet sie auch in Therapierichtungen, die nicht direkt aus der Psychoanalyse hervorgegangen sind, z. B. in der Konstrukttheorie: »Auch sollte der Therapeut so weit wie möglich den Kontakt mit Angehörigen vermeiden«² (Kelly 1991, p. 46; Übers.: J. L. u. M. L.-D.).

Nun, dass Angehörige »ihre Nasen ins Operationsfeld stecken«, bzw. dass der Kontakt zu den Angehörigen professionell und aktiv gesucht wird, ist die Domäne der Systemtherapie und der Arbeit im Mehrpersonensetting.

Eine besondere Form der Lebenserfahrung

Die Arbeit im Mehrpersonensetting ist eine besondere Form der Lebenserfahrung. Zum einen verlangt sie fachliche Allparteilichkeit, einen hohen Grad an Flexibilität und Empathie im Umgang mit regressiven Bedürfnissen – die in derselben Sitzung bei zwei anwesenden Menschen ganz unterschiedlich ausfallen können. Zum andern wird das Arbeitsbündnis im Mehrpersonensetting weit mehr als im Einzelsetting der klassischen Dyade durch Klienten – gewissermaßen die demokratische Mehrheit – gestaltet. Narzisstische Ansprüche seitens der Fachperson – welcher Art auch immer – geraten darin unter die

2 »The therapist should also avoid, as much as possible, contacts with other members of the client's family.«

Sozialkontrolle dieser »Mehrheit«. Dadurch wird Psychotherapie auch »demokratisiert« (Stierlin 2003).

Mit unserem Plädoyer für die Arbeit im Mehrpersonensetting geht es nicht allein um die anerkannte Wirksamkeit der systemischen Therapie bei einem breiten Spektrum von Gesundheitsproblemen (von Sydow et al. 2007). Es geht auch nicht nur darum, dass die Einbindung naher Mitmenschen in den Therapieprozess Kosten sparen hilft (parallel geführte Doppelbehandlungen entfallen, über das Individuum hinauswirkende systemeigene Selbstheilungskräfte werden mobilisiert, durch Vernetzung der Lerneffekte im natürlichen Umfeld wird die Nachhaltigkeit der Ergebnisse verbessert). Das vielleicht plausibelste Argument für das Mehrpersonensetting liegt unseres Erachtens darin, dass die meisten Hilfesuchenden die Kooperation mit ihren Mitmenschen wünschen, sofern Aussicht darauf besteht, dass sich die Qualität der Beziehungen dadurch verbessert.

Der Herstellung eines Mehrpersonensettings bzw. der Live-Zusammenführung jener Menschen, die in ein »gemeinsames« Problem verstrickt sind, stehen einige Faktoren entgegen, teils aufseiten der Fachleute, teils aufseiten der Hilfesuchenden selbst.

Angehörigenarbeit ist nicht gleich systemische Therapie

Eigentlich könnte das wissenschaftliche Umfeld zu einer konsequenteren Beachtung systemischer Gegebenheiten in der Psychotherapie ermutigen. Denn die empirische Forschung der vergangenen 30 Jahre weist darauf hin, dass Familienbeziehungen beides implizieren, sowohl ein *Risikopotenzial* mit störungsaufrechterhaltenden Faktoren (z. B. negative Spill-over-Effekte, Cross-over-Effekte, Doublebind-Prozesse, intrafamiliäre Teufelskreise) wie auch ein *Ressourcen- und Chancenpotenzial* mit protektiven und die psychische Entwicklung ihrer Mitglieder fördernden Faktoren (z. B. »bedingungslose« Liebe und Fürsorge angesichts von Kummer oder Gefahr, sichere Basis für die Autonomieentwicklung, Angebot bedeutsamer Modelle; vgl. Schneewind 1999; Grossmann u. Grossmann 2004).

Ungeachtet dessen, werden diese Befunde in der Psychotherapie nur zögerlich aufgenommen. Zum einen wird das (familiäre) Chancenpotenzial nicht voll genutzt. Wo Angehörige überhaupt einbezogen werden, wird ihnen in der Praxis die Rolle von Informanten, Statisten oder *innocent bystanders* zudedacht. Mitunter stellen wir fest,

dass die Idee des »Hereinholens« beispielsweise der Eltern eines verhaltensauffälligen Jugendlichen allein deshalb verworfen wird, weil »Familie« in der Psychotherapie einfach schlechte Presse hat. (Als eine Gastreferentin mit Kästchen und Pfeilen die Dynamik der Aufrechterhaltung einer Angststörung darstellte, fragte ein Zuhörer, wo darin die »Familieneinflüsse« – die notabene in der Grafik nicht zum Ausdruck kamen – anzusiedeln wären. Nach kurzem Suchen platzierte die Vortragende den leuchtenden Pointer auf das Kästchen mit der Aufschrift »Störfaktoren«).

Zum anderen wird das Risikopotenzial oft missverstanden. Die Familie, der Partner, Eltern oder andere signifikante Bezugspersonen (Schwiegermütter, Großeltern, Hausärzte) werden als »unabänderliche« Stressfaktoren gewertet. Den Beweis dazu liefert ihre »stresserzeugende« Probleminvolviertheit (»überfürsorgliche« Mütter, »überängstliche« Eltern, »kalte« Väter). Durch eine Verwechslung von Ursache und Wirkung kommen Angehörige infolgedessen in den Rang einer Art emotionaler Infektionsquelle, die unter Quarantäne gestellt werden muss.

Schließlich geistert immer noch das Konzept der »Parentektomie« (wörtlich des »Herausschneidens« der Eltern bzw. sinngemäß der Entfernung des Jugendlichen aus dem als pathogen empfundenen häuslichen Kontext) in den Helferköpfen herum. So äußerte sich kürzlich eine Supervisandin:

»Zwar leuchtet es mir von der Theorie her ein, und es ist bestimmt richtig, die Angehörigen einzubeziehen. Bei uns in der Jugendpsychiatrie ist dies auch üblich. Doch manchmal verlässt mich auch der Mut. Beispielsweise habe ich letzte Woche die Mutter einer Jugendlichen eingeladen, und sie kam auch. Aber das war ein schreckliches Erlebnis, und die Mutter hat nur Vorwürfe gemacht, auch mir und der Klinik. Sie war extrem misstrauisch. Manchmal muss man doch eine Jugendliche vielleicht auch schützen vor solchen Angehörigen.«

Kurz und gut: Der systemtherapeutisch begründete Einbezug von Angehörigen in den Therapieprozess ist im klinischen Kontext nicht selbstverständlich. Andere Gründe stehen im Vordergrund, z. B.:

- Erstellen einer *Fremdanamnese*, durch die Angehörige als wichtige Informanten das klinische Bild eines Patienten ergänzen, vervollständigen oder korrigieren.

- *Angehörigenarbeit*; der Begriff stammt aus der Pflege und wird dort meist mit typischen Pflegetätigkeiten gleichgesetzt, etwa Hilfestellungen bei Essen, Körperpflege, Verabreichen von Spritzen oder Anlegen von Verbänden (Leptihn 2005).
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Rahmen der *Elternarbeit* die Eltern in ihren Rollen unterstützt und ermutigt. Fachleute informieren sie über die psychische Störung ihres Kindes und über die vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen. Die wichtigsten Entscheide (Spitaleintritt, -austritt, Besuche, Medikamente, Zuweisung zu Therapien etc.) bleiben aber in den Händen der Fachleute (anders in der systemischen Therapie: Das Entscheidungsgremium wird durch jene Menschen repräsentiert, die im Therapiesystem kooperieren). In *Elterngruppen* können interessierte Eltern Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig aussprechen.
- Auch in vielen Belangen der Sozialpsychiatrie und der somatischen Medizin (chronische Leiden, Krebserkrankungen) ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ein unverzichtbares Anliegen, dem mit verschiedenen Angeboten wie Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, sozialtherapeutischer oder psychoedukativer *Familienarbeit* Rechnung getragen wird (Fiedler et al. 1986, Liechti 2005). Die Übergänge zu einer »rehabilitativen Familientherapie« (Hubschmid 1989) sowie zur Familienmedizin sind dabei fließend.

Jede Anstrengung, Angehörige von Patienten zu berücksichtigen und sie respektvoll in die Hilfe einzubeziehen, ist zu begrüßen. Unterschiedliche Konzepte werden den verschiedenen Anforderungen und Erwartungen gerecht. Die systemtherapeutische Lesart des Einbezugs der Angehörigen als (Mit-)Experten in den Therapieprozess ist vielleicht nur die konsequenteste Form. Ungeachtet dessen wird sie unter Fachleuten mit gemischten Gefühlen aufgenommen. Idiosynkratische Erfahrungen aus der eigenen Herkunft können ebenso hinderlich sein wie Ideologien aller Art (im Film *Family Life* von 1971 suggeriert Ken Loach, das kalte Klima der bürgerlichen Familie sei für die Psychose der 19-jährigen Protagonistin verantwortlich). Manchmal können Professionelle es selber nicht genau erklären, weshalb sie die Option der Systemerweiterung außer Acht lassen. Es passt einfach nicht ins Konzept (»Ich habe das nicht gelernt«), erste Versuche werden zu

rasch aufgegeben (»Ich habe es versucht, aber meine Patientin wollte nicht, dass ich die Eltern sehe«), oder aber es wird schlicht als »zu anstrengend« verworfen.

Die Ängste der Hilfesuchenden selbst

Bereits vor 30 Jahren machten M. Duncan Stanton und Thomas C. Todd (vgl. Stanton u. Todd 1982) im Zusammenhang mit Drogenproblemen die Ängste bei Bezugspersonen geltend. Die Schwierigkeit, Angehörige für eine Behandlung zu verpflichten, könne »nicht hoch genug eingeschätzt werden« (S. 234). Dadurch entwickelte sich »die Rekrutierung der Familien [...] zu einer der anspruchsvollsten Aufgaben« ihrer Arbeit (S. 236). Sie sahen die »größte Aufgabe und Herausforderung an den Therapeuten darin [...], den Kontakt zur Familie herzustellen sowie die Kooperation der einzelnen Mitglieder zu erreichen« (S. 233).

Bezüglich der »In-vivo«-Zusammenführung problemrelevanter Interaktionspartner lautet die wichtigste Frage: *Welchen Stellenwert hat das Thema für die Hilfe suchende Person selbst?*

Von einem systemischen Standpunkt aus gesehen, birgt die Klärung der Vorbehalte, Hemmungen und Ängste eines Patienten oder einer Patientin gegenüber dem Einbezug Dritter (von Angehörigen, Bezugspersonen) ein großes Potenzial an systemeigener Selbsteilung. Dem liegt die triviale, aber für die systemische Praxis folgenschwere Einsicht zugrunde, dass Menschen ihr Leben (in der Regel) nicht in einem sozialen Vakuum oder auf einer Robinson-Crusoe-Insel verbringen, sondern dass sie in zwischenmenschliche Verpflichtungen und bindende Loyalitätsnetzwerke eingeflochten sind. Darin entwickeln sie sich an Pfaden entlang, die mit dem Konzept der »Entwicklungsverläufe« veranschaulicht werden können.

Das »Bild eines sich verzweigenden Baumes oder, wahrscheinlich zutreffender, eines Rangierbahnhofes mit auseinander- und zusammenlaufenden Geleisen liefert ein Modell, das die Integration von »normaler« und psychopathologischer Entwicklung ermöglicht [...]. So gesehen, schlagen Individuen an unterschiedlichen Stellen ihrer Entwicklung einen bestimmten unter einer Reihe von möglichen Pfaden ein. Das Einschlagen eines Pfades kann durch einen Faktor oder eine Kombination von Faktoren determiniert sein. In jedem Fall kann der Pfad eine Abweichung von einem adaptiven (oder normalen) Entwicklungsverlauf

oder eine Annäherung an einen adaptiveren Entwicklungsverlauf darstellen. In jedem Fall sind unseres Erachtens die zugrunde liegenden Entwicklungsprozesse dieselben. Psychopathologische Störungen werden somit Fälle von »Entwicklungsabweichungen« (Marvin 2003, S. 110).

So gesehen, erlaubt der Einbezug von Angehörigen den Blick auf einen größeren Ausschnitt des entwicklungspsycho(patho)logischen »Rangierbahnhofs« eines Hilfesuchenden. Dadurch erweitert sich das Spektrum möglicher Interventionen zur Mobilisierung der Ressourcen und für das Ingangsetzen stagnierender Entwicklungsprozesse im Person- und Beziehungssystem. Das Vorgehen verlangt von der Fachperson auf der andern Seite ein professionelles Handeln (Navigieren) unter den Bedingungen von Prozesshaftigkeit, Komplexität, Vernetztheit, Intransparenz, begrenzter Vorhersagbarkeit, eingeschränkter Steuerbarkeit, Ambiguität, offenen und nicht selten widersprüchlichen Zielzuständen (»Systemkompetenz« nach Schiepek 1999) sowie eine Bereitschaft, Verantwortung für die initiierten Prozesse zu übernehmen.

Zur Frage, ob sich der Aufwand überhaupt lohnt, lässt sich Folgendes sagen:

»Die weitverbreitete starke Bevorzugung des einzeltherapeutischen Settings lässt sich durch den Ergebnisstand der Psychotherapieforschung nicht begründen. Sie hängt wohl eher damit zusammen, dass dieses Setting vom Therapeuten leichter herstellbar und kontrollierbar ist als Mehrpersonensettings« (Grawe 1998, S. 705).

Aus unserer klinischen Sicht kann folgende Faustregel formuliert werden: *Je mehr ein Klient oder eine Klientin vor dem Einbezug engster Bezugspersonen zurückschreckt und das Thema ängstlich oder aggressiv vermeidet, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es für seine/ihre Problemlösung von Bedeutung ist.*

Natürlich gibt es überall im Leben auch gute Gründe, etwas zu vermeiden, einfach weil die Vermeidung die beste aller zur Auswahl stehenden Lösungen darstellt (z. B. die Vermeidung bestimmter Situationen oder Kontakte nach extrem beschädigender Erfahrung). Andererseits decken Störungstheorien bei phobischen Erkrankungen auf, dass Vermeidungsverhalten auch zu ungünstigen Entwicklungen führen kann, z. B. zu sozialen Phobien. Traumatisierende Erfahrungen

von Ablehnung, Zurückweisung, Ausgrenzung, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein oder Bestrafung wie auch rigide Überzeugungen, ungeprüfte Beliefs und dysfunktionale Erwartungen bezüglich verschiedener Umstände (z. B. die Befürchtung, sich in einer bestimmten sozialen Situation nicht angemessen verhalten zu können) bilden dabei den Nährboden für Fehlconditionierungen und die Entwicklung krankhafter Ängste.

In Anbetracht der zentralen Bedeutung des Sozialen für das Glück und Unglück des Menschen und für die Stillung seiner Elementarbedürfnisse wie Sicherheit, Kontrolle oder Selbstbestimmung hat die Psychotherapie seit ihren Anfängen ihr Interesse auf zwischenmenschliche Beziehungen gerichtet. Bereits S. Freud und C. G. Jung haben den sozialen Lebensbereich ihrer Patienten in die therapeutischen Überlegungen mit einbezogen (z. B. Ödipuskomplex, Elektrakomplex), doch die Konzepte blieben »monadischer« Natur, will heißen, sie wurden aus der Perspektive *eines* Beteiligten angestellt. Die Patienten setzen sich dabei mit ihren Fantasien beispielsweise über die Beziehungen zu ihren Eltern auseinander, nicht aber konkret *mit* den Eltern selbst (Zuk 1978).

Die Vorbehalte auf der Seite der Hilfesuchenden, die der Herstellung eines Mehrpersonensettings zuwiderlaufen, präsentieren sich hauptsächlich in fünf Varianten (wobei in ein und derselben Therapie durchaus mehrere gleichzeitig oder auch nacheinander als veritable »Knacknüsse« auftreten können):

- Die Hilfe suchende Person (>der Patient«) lehnt es ab, wichtige Bezugspersonen einzubeziehen (oder nimmt an, die Bezugspersonen lehnten es ab).
- Wichtige Bezugspersonen eines Patienten lehnen es ab, zu einer Sitzung zu kommen.
- Angehörige suchen Hilfe, weil eines ihrer Mitglieder aus ihrer Perspektive Hilfe benötigt, sie aber ablehnt.
- Eine Familie oder ein Paar wird von einer Fachstelle (Hausärztin, Gericht, Kriseninterventionsstelle etc.) zugewiesen, ohne eigene Motivation zur Therapie.
- Angehörige steigen wieder aus, ehe die Probleme gelöst sind.

Ehe wir zur systemischen Praxis schreiten, gehen wir in den nächsten beiden Kapiteln näher auf wichtige (Rahmen-)Theorien und Konzepte ein.