

# Systemische Therapie

von  
Kirsten von Sydow

1. Auflage

Reinhardt München 2015

Verlag C.H. Beck im Internet:  
[www.beck.de](http://www.beck.de)

ISBN 978 3 497 02508 4

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei [beck-shop.de](http://beck-shop.de) DIE FACHBUCHHANDLUNG

setzen lässt. Sie entstand im Kontext von psychoedukativen Gruppen, zu denen Patienten mit ihren Angehörigen eingeladen wurden. Inzwischen wurden daraus Therapiegruppen, die Systemische Paar-/Familientherapie mit Gruppentherapie, Selbsthilfensätzen sowie Psychoedukation integrieren.

Da Multifamilientherapie in Deutschland derzeit keine ambulante Kasernenleistung ist, wird sie momentan nur im tagesklinischen oder vollstationären Setting eingesetzt, meist in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Zur *Multifamilientherapie bei Essstörungen* wurde das Konzept einer tagesklinischen Behandlung zunächst am *Marlborough Family Zentrum in London* entwickelt und dann am Universitätsklinikum Dresden adaptiert. Es liegt ein deutschsprachiges *Therapiemanual* vor (Scholz, Rix, Hegevald & Gantchev, 2003). Die erste Phase der Therapie ist symptomorientiert, die zweite beziehungsorientiert und die dritte und letzte Phase ist zukunftsorientiert.

Mehrere Familien mit einem Indexpatienten (z.B. mit Magersucht) kommen entweder wöchentlich für zwei Stunden oder ca. einmal pro Monat für sechs Stunden zusammen und arbeiten mit den Therapeuten (oft zwei) und auch miteinander. Die Arbeit orientiert sich an systemischen Basistechniken sowie spezifischen MFT-Techniken wie z.B. *Videofeedback* (beispielsweise mit Videos, die von den Familienmitgliedern – auch den Jugendlichen – zu Hause aufgenommen wurden), *Rollentausch* (Eltern spielen ihre Kinder und Kinder ihre Eltern) oder „*Adoptivverfahren*“ (das Kind wird für eine bestimmte Zeit einer anderen Familie „in Pflege“ gegeben). Vorgehen und MFT-Techniken werden bei Asen und Scholz (2009/2012) beschrieben.

Es existieren über 40 RCTs zur Wirksamkeit von Multifamilientherapie – z.B. bei erwachsenen Indexpatienten mit Substanzstörungen, Depressionen oder bipolaren Störungen, Schizophrenie (Kap. 5.1) sowie Kindern und Jugendlichen z. B. mit Anorexia nervosa (Kap. 5.2) (a. a. O.).

## 4.5. Interventionen

Die wichtigsten Methoden und Interventionen der ST werden in der Folge näher beschrieben (Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.). Diese lassen sich nach ihrem theoretisch-historischen Kontext einordnen (Kap. 2.2) oder aber nach der Modalität in der (hauptsächlich) gearbeitet wird (verbale vs. handlungsorientierte vs. symbolisch-metaphorische Interventionen). Weitere Interventionsansätze wie z. B. die Neu-Inszenierung von Familienritualen

(Imber-Black, Roberts & Whiting, 2003/2006) werden bei von Schlippe & Schweitzer, 2012/2013 dargestellt.

### Veränderungen familiärer Strukturen und Interaktionsmuster

*Strukturelle Methoden* (Minuchin & Fishman, 1981/1985; Kap. 3.2) sind dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut sich auf wiederkehrende verbale und nonverbale Interaktionsmuster konzentriert und daraus Hypothesen über Besonderheiten der Familienstruktur ableitet, die in Zusammenhang mit der Symptomatik stehen könnten. Auffällige *Muster* und Wiederholungen und *spontane Probleminszenierungen* bzw. „*enactments*“ können als „Geschenk“ der Familie gedeutet werden, mit dem sie dem Therapeuten einen Einblick in ihre typischen Muster gibt.

Von besonderem Interesse sind unklare oder zu starre Grenzen, Koalitionen und Triangulationen. Es wird versucht diese Muster zu identifizieren, dann zu verändern und so auch die psychischen Belastungen der Beteiligten zu lindern.

Aus den Aussagen der Familien und der Beobachtung der Interaktionen werden Hypothesen über die Struktur der Familie abgeleitet: Wer steht wem nah, wer steht eher alleine da? Wer ist „oben“ und hat die meiste Macht, wer ist „unten“ in der Hierarchie? Wie ist die Rollenverteilung? Was gibt es für offene oder verdeckte Konflikte? Gibt es „umgeleitete Konflikte“, offene oder verdeckte Koalitionen? Nähe und Distanz sowie offene und verdeckte Konflikte können in einem *Strukturdiagramm* grafisch dargestellt werden (übrigens lässt sich auch eine Familienskulptur als räumliches „Strukturdiagramm“ verstehen, s. u.). Dabei symbolisiert die Anzahl oder „Dicke“ der Verbindungen die emotionale Kohäsion oder Nähe, Konflikte werden durch Wellenlinien dargestellt. Anhand dieser Matrix werden Hypothesen über die Familie aufgestellt, geprüft und gegebenenfalls revidiert (Minuchin & Fishman, 1981/1985).

Besondere Beachtung finden auch Hinweise auf spezifische, potentiell problematische familiäre Muster (Kap. 3.2) wie *Parentifizierung*, *Triangulierung* oder das „*parental alienation syndrome (PAS)*“.

In den Therapiestunden wird die Familie dazu ermutigt, nicht nur über die Probleme zu sprechen, sondern sie direkt in Szene zu setzen (*enactment*).

Es wird versucht, symptomfördernde familiäre Interaktionen und Strukturen zu verändern, z. B. zu durchlässige oder zu starre Grenzen zwischen Eltern und Kindern zu bearbeiten und die Entwicklung neuer, ge-

sundheitsfördernder Interaktionen und Lösungsversuche anzuregen. Das Vorgehen ist *ressourcenorientiert*.

#### **Fragen zur Analyse familiärer Interaktionen und Muster**

- Wiederkehrende Interaktionsmuster (z.B. der Mann unterbricht immer wieder die Frau)
- Grenzen und Koalitionen (z.B. die Mutter antwortet immer für die Tochter; die Tochter sieht den Vater nie an)
- Spezifische Muster wie Triangulation (z.B. die Frau nimmt das Baby immer dann auf den Arm, wenn der Mann das Thema Sexualität anspricht) oder Parentifizierung.

Die Mutter setzt sich auf den Stuhl, auf dem ihr 10-jähriger Sohn bereits Platz genommen hat und nimmt ihn so auf den Arm, dass ihr Arm sein Gesicht verdeckt. Dabei sagt sie „Ihm geht es ja so schlecht, er traut sich nichts zu“.

Hier bestehen verschiedene Möglichkeiten für „Arbeit an den Grenzen“ im Sinne Minuchins: Der Therapeut kann versuchen, mögliche Bedeutungen und Konsequenzen dieses Verhaltens bewusst zu machen („Nehmen Sie einmal jeder für sich wahr, wie Sie sitzen und wie Sie sich fühlen.“), kann konfrontieren („Sie scheinen sein Sprachrohr zu sein.“) oder handelnd eingreifen („Setze dich doch mal auf den Stuhl am anderen Ende des Tisches.“) (v. Schlippe, 1986; zit. n. v. Sydow, 2007).

Ein Paar, das eindrucksvoll die Fähigkeit zu aggressiver, lauter Auseinandersetzung zeigt, kann vielleicht durch eine paradoxe Intervention erreicht werden: „Können Sie mir mal die allerschlimmste Variante Ihres Streits zeigen – den absoluten Tiefpunkt, wie er schlimmer nicht sein könnte?“ (Retzlaff, 2008/2009).

### **Systemische Fragen**

*Lösungsorientierte Fragen* wie Ausnahme-, hypothetische, Skalierungs- und Prozentfragen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften oder Fragen zu Ausnahmen wurden von de Shazer (1988/2012) entwickelt (Kap. 4.6: Lösungsorientierte Kurzzeittherapie). *Triadische Fragen* kommen aus der Mailänder Schule der Systemischen Therapie. All diese Fra-

gen gehören zum Standardrepertoire der ST (Sydow et al., 2007; Retzlaff, 2008/2009; v. Schlippe & Schweitzer, 2012/2013):

- Mit Hilfe von *triadischen oder zirkulären Fragen* wird angestrebt, mehr über Interaktionsabläufe zu erfahren, die zu Hause, in Abwesenheit des Therapeuten stattfinden. Dabei befragt der Therapeut eine dritte Person über die Interaktionen in einer Zweierbeziehung oder über die Haltung einer anderen Person zu einer Zweierbeziehung oder einer Verhaltensweise (z.B. „Tratschen in Gegenwart des Betroffenen“). Diese Fragetechnik ermöglicht es, neue Informationen über die Vernetzung des Symptoms im familiären System zu sammeln und schlägt der Familie implizit neue Sichtweisen vor, indem jede/r Einzelne angeregt wird, die individuelle lineare Sicht infrage zu stellen. Schließlich unterstützt sie die Allparteilichkeit des Therapeuten, da reihum alle ihre Aussagen zu den Beziehungen der anderen machen können. Beispiele für triadische Fragen sind: „Woran würde der Kinderarzt merken, dass Ihre Tochter keine Therapie mehr braucht?“, oder auch: „Wenn Ihre Schwiegermutter von Ihren sexuellen Problemen wüsste, was würde sie denken, woran das liegt?“

Die Therapeutin möchte die Beziehung zwischen Vater und jüngerer Tochter klären. Statt die beiden direkt zu befragen, bittet sie die ältere Tochter ihre Sicht der Beziehung zwischen Vater und Schwester zu beschreiben. Vielleicht äußert sich die ältere Schwester kritisch über bestimmte Verhaltensweisen des Vaters in Bezug auf die Schwester. Dann lassen sich weitere Informationen über die Beziehung zwischen dem Vater und den Töchtern daraus ablesen, wie die jüngere Schwester und der Vater auf die Bemerkung der älteren Schwester reagieren: Zeigen sich beide gleichermaßen verwirrt oder aufgebracht? Oder reagiert der Vater ganz anders als die jüngere Tochter, z.B. indem er aufgebracht protestiert, während die Tochter mit unbeweglicher Miene dasitzt oder Feindseligkeit und Verachtung zeigt? Auch die Reaktion der Mutter bei einer solchen Sequenz liefert weitere Informationen (Selvini Palazzoli et al., 1978/1981).

- *Hypothetische Fragen*, insbesondere die „*Wunder- oder Feenfrage*“: „Was würde passieren, wenn eine Fee ein Wunder tut und Ihre Krankheit wäre über Nacht verschwunden? Was würden Sie tun?“, oder: „Was wäre, wenn die Beschwerden besser würden?“. Entscheidend ist dabei, dass der Therapeut dann sehr detailliert abfragt, was genau dann wie anders wäre ... Solche Fragen helfen Patienten, psychodynamische und

psychosoziale Zusammenhänge zu erkennen. Wunderfragen regen darüber hinaus dazu an, eine Zukunft ohne das Problem und die daraufhin eintretenden Veränderungen möglichst genau zu imaginieren.

- *Skalierungs- und Prozentfragen:* „Wer in der Familie leidet am meisten darunter, wer am wenigsten, dass der Vater so häufig laut schreit? Wo würden Sie sich und die anderen auf einer Skala von 0–10 anordnen?“ Oder: „Wenn Sie sich entscheiden würden, sich einer In-Vitro-Fertilisations-Behandlung zu unterziehen, wie wahrscheinlich wäre es, dass Sie beide ein Kind bekommen würden?“.
- *Ausnahmefragen:* Die Aufmerksamkeit des Patienten wird auf Zeiten gelenkt, in denen die Störung nicht auftritt, es wird erkundet, was der Patient in dieser Zeit „stattdessen“ tut und was er/sie beitragen kann, dass Ausnahmen häufiger eintreten, z.B. „Was tun Sie, wenn es ausnahmsweise gut läuft?“.
- *Resilienz- und Bewältigungsfragen:* „Sie schildern eine sehr belastete Kindheit – was hat Ihnen geholfen, unter diesen schrecklichen Umständen zu überleben?“ oder: „Sie sagen, dass Sie sich andauernd mit Ihrer Frau streiten – weshalb sind Sie immer noch mit ihr zusammen? Was hält Sie in Ihrer Ehe?“.
- *Fragen zur „Verflüssigung“ von Eigenschaften:* Es wird versucht, starre Eigenschaftsbegriffe durch Fragen nach konkreten Verhaltensweisen, die für einen anderen diese Eigenschaft konstituieren, zu „verflüssigen“. Beispielsweise „Wie muss Max sich verhalten, damit sein Vater ihn für widerspenstig hält?“ oder „Was tut Ihre Frau, wenn Sie sie für depressiv halten?“.

## Genogramm

*Symbolisch-metaphorische Verfahren* wie Genogramm und Familienskulptur gelten als besonders „typisch“ für die Systemische Therapie (Schneewind, 2010; Sydow et al., 2007) und dienen dazu, wichtige familiäre Daten visuell-räumlich darzustellen. Sie sind sowohl diagnostische Instrumente (Kap. 4.2) als auch Interventionen. Beide Ansätze ermöglichen es den Therapeuten und Patienten, das aktuell geschilderte Symptom in einen größeren mehrgenerationalen Beziehungskontext einzubetten (Papp, Scheinkman & Malpas, 2013; Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1988/1991).

Ein *Genogramm (Familienstammbaum)* ist die grafische Darstellung einer Familie über mindestens drei Generationen hinweg. Die Technik wurde von *Murray Bowen* entwickelt und dient der Visualisierung wichtiger Familienereignisse und Daten. Es ermöglicht den Zugang zu familiären