

# **Maschinen, Menschen, Möglichkeiten – Eine kleine Ideengeschichte des systemischen Arbeitens<sup>1</sup>**

Johannes Herwig-Lempp

## **Zusammenfassung**

Anhand einiger ausgewählter Ideen wird die Entwicklung von der Familientherapie zur Systemischen Sozialarbeit vorgestellt, die sich zunächst an einem mechanistischen Modell orientierte, bevor über die Entdeckung des Beobachters die Ideen der Autonomie und des Eigensinns Raum bekamen. Diese Ideen entwickelten sich in Wechselwirkung mit teils allmählichen, teils umwälzenden Veränderungen der Methoden und der Settings von Therapie- und Beratung.

## **Summary**

### **Machines, human beings, chances – A small history of the ideas of systemic working**

By means of some selected ideas this article presents the development from family therapy to systemic social work, which was oriented on a mechanistic model at first. Later the observer was discovered which led to the concepts of autonomy and „Eigensinn“. These ideas were developed in interaction with partially gradual, partially revolutionary changes in methods and settings of therapy and counselling.

## **1 Einführung**

Der Text stellt die Geschichte des systemischen Arbeitens vor: Die Entwicklung von der Individual-Psychotherapie zur Familientherapie und weiter zur systemischen Sozialarbeit wird anhand einiger weniger Ideen und einiger der daraus entstandenen Methoden verdeutlicht. Selbstverständlich ist diese Darstellung stark verkürzt, zumal es weder *die* Familientherapie noch *die* Systemische The-

---

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung eines Vortrags, der am 10. Januar 2002 an der Fachhochschule Merseburg im Rahmen der Ringvorlesung „Geschichte und Geschichten“ gehalten wurde.

rapie gibt. Wir finden verschiedene Schulen und Richtungen vor – und auch, wenn es vielleicht wie ein natürliches menschliches Bestreben erscheinen mag, immer *die richtige* und *einzig gültige*, weil *wahre* Form zu finden, liegt die wirkliche Stärke des systemischen Ansatzes in seiner Offenheit und der Vielfalt seiner Ausgestaltungen.

Wenn also die Begriffe zuweilen etwas unklar und schillernd erscheinen, so entspricht das durchaus dem systemischen Konzept. Es gibt unterschiedliche Definitionen und Verständnisse davon, was „systemisch“ heißen kann. So finden wir auch nicht *die eine* Geschichte des systemischen Arbeitens. Jeder, der sie Ihnen zu erzählen versucht, wird eine andere Version und damit eine andere Geschichte erzählen. Auch dies ist bereits ein systemischer Gedanke: der Verzicht darauf, die *wahre* Geschichte herausfinden zu wollen. Alles, was wir erhalten können, sind mehrere, unterschiedliche Erzählungen aus unterschiedlichen Perspektiven.

Meine Perspektive ist die des Sozialpädagogen, der über eine Zusatzausbildung die Systemische Therapie und Beratung erlernt hat und sich seitdem mit ihrer Nutzbarmachung für die Soziale Arbeit befaßt, zunächst als Sozialarbeiter in der akzeptierenden Drogenarbeit, in der Begleitung sog. chronisch psychisch kranker Menschen, in der Sozialpädagogischen Familienhilfe, dann auch als Fort- und Weiterbilder und nun seit einigen Jahren an der Fachhochschule Merseburg in der Ausbildung für Sozialarbeiter/-innen. Im Vordergrund steht dabei für mich die Frage, wie sich theoretische Konzepte praktisch umsetzen lassen.

## 2 Ausgangspunkt Einzeltherapie

Ausgangspunkt für diese Darstellung der Entwicklung der Familientherapie ist die Einzeltherapie, wie wir sie von der Psychoanalyse kennen. Von hieraus verändert sich der Ansatz durch eine Reihe von Ideen.

Die Psychotherapie hat sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt. Drei große Schulen der Individualpsychotherapie kann man hier hervorheben: die von Freud begründete Psychoanalyse/Tiefenpsychologie, die die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts über fast allein bestand, sowie die Verhaltenstherapie und

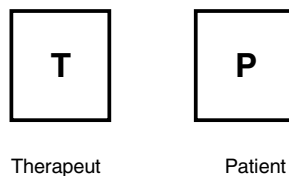


Abb. 1: Einzeltherapie

die Humanistische Psychotherapie, die sich ab den fünfziger Jahren erkennbar herausbilden. Gemeinsam gehen sie davon aus, daß der Defekt, das Problem, die Krankheit im Individuum selbst liegen, sei es durch einen inneren Konflikt oder ein Defizit, eine Lernstörung oder „blockiertes Potential“ – in allen drei Konzepten folgte man ganz selbstverständlich, daß die Behandlung dementsprechend unmittelbar „am“ Individuum erfolgen muß (vgl. Kriz 1985; Ludewig 1992) – in Form einer Einzeltherapie, an der Therapeut und Patient beteiligt sind (Abb. 1).

### **3 Die erste Idee: Die Familie ist die Patientin – und nicht die Menschen sind krank, sondern die Beziehungen zwischen den Menschen**

Schon früh gab es verschiedene Ideen dazu, die Familie in die Psychotherapie einzubeziehen. von Schlippe und Schweitzer zitieren Zilpa Smith, eine amerikanische Sozialarbeiterin(!), die bereits 1890 ihre Kollegen kritisierte: „Die meisten von euch behandeln arme oder kranke Einzelpersonen, ohne ihre Familienbeziehungen zu sehen. Wir behandeln die Familie als Ganzes, meist mit dem Ziel, sie zu erhalten, manchmal aber auch, um bei der Auflösung zu helfen“ (von Schlippe u. Schweitzer 1996, S. 18). Verschiedentlich gab es auch in der Psychotherapie Ideen und Anregungen, den Blick etwas weiter zu fassen als nur auf den Patienten, d. h. auch die Familie hinter bzw. neben dem Patienten zu sehen (vgl. Massing et al. 1994, S. 29ff.). Man war sich bewußt, daß es Zusammenhänge gab – doch hatte man noch keine Vorstellungen davon, wie die Behandlung aussehen könnte.

Die Vorstellungen wurden konkreter, als man die Idee bekam, daß möglicherweise nicht die Personen selbst krank oder verrückt sind, sondern vielmehr die Art ihrer Kommunikation. Man begann versuchsweise, den Blick umzulenken, die *Beziehungen* zwischen den Menschen ins Auge zu fassen.

Ein bekanntes Beispiel sind die Untersuchungen der Forschergruppe um den Anthropologen Gregory Bateson. Auf der Suche nach einem umfassenden Schizophrenie-Verständnis entwickelte sie in den fünfziger und sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts das Konzept des Double-binds. Ein Double-bind, zu deutsch „Beziehungsfalle“, ist ein Beispiel für „ungesunde“, „kranke“ Kommunikation.

Bateson und Kollegen (1969) untersuchten die Kommunikation in Familien mit schizophrenen Mitgliedern und stellten fest, daß sie häufiger solche Double-binds entdeckten. Sie entstehen, wenn wie hier die Mutter ein anderes Familienmitglied in die Situation bringt, daß das, was auch immer es tut, falsch ist – und ihm die Möglichkeit genommen wird zu erkennen, daß es in einer ausweglosen Situation gefangen ist. Die Forscher gingen davon aus, daß diese Kommunikationsmuster schon früh erlernt werden. Eines ihrer Beispiele:

„Ein junger Mann, der sich von einem akuten schizophrenen Schub ziemlich gut erholt hatte, erhielt im Hospital Besuch von seiner Mutter. Er freute sich, sie zu sehen, legte ihr impulsiv seinen Arm um die Schulter, worauf sie erstarrte. Er zog seine Arm zurück, und sie fragte: ‚Liebst du mich nicht mehr?‘ Er wurde rot, und sie sagte: ‚Lieber, du mußt nicht so leicht verlegen werden und Angst vor deinen Gefühlen haben.‘ Der Patient war danach nicht in der Lage, länger als ein paar Minuten mit ihr zu verbringen, und nachdem sie weggegangen war, griff er einen Assistenten an und wurde ins Bad gesteckt“ (Bateson et al. 1969, S. 29).

Bateson und Kollegen erläutern auch wie eine Lösung, d. h. eine „gesunde“ Reaktion, aussehen könnte: „Es liegt auf der Hand, daß dieser Ausgang vermieden worden wäre, hätte der junge Mann sagen können: ‚Mutter, es ist klar, daß du dich unbehaglich fühlst, wenn ich meinen Arm um dich lege, und daß es dir schwerfällt, eine zärtliche Geste von mir zu akzeptieren.‘ Dem schizophrenen Patienten steht diese Möglichkeit jedoch nicht offen. Seine starke Abhängigkeit und Dressur hindern ihn daran, sich über das Kommunikations-verhalten seiner Mutter kritisch zu äußern ...“ (Bateson et al 1969, S. 30).

Die letzten Sätze des Textes verdeutlichen ganz nebenbei, daß es gar nicht so einfach ist, den Fokus von den Menschen auf die Beziehungen zu wechseln und diese Fokusverschiebung konsequent durchzuhalten. Die Autoren bemühen sich, auf die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern zu schauen, und beschreiben dann doch wieder Menschen und ihre „kranken“ Eigenschaften („schizophrener Patient“, „seine starke Abhängigkeit und Dressur“). Zugleich war die Fixierung auf die Mütter und Eltern Anlaß für die Verbände der Angehörigen psychisch kranker Menschen in den USA, sich gegen die (vermeintliche oder wirkliche) Schuldzuweisung durch die Familientherapie zu wehren.

Diese Ideen brachten es mit sich, daß man Methoden entwickeln mußte, wie man Kommunikationsmuster untersuchen kann, und auch wie man sie behandeln kann. Der entscheidende Wechsel im Setting war zunächst, daß man nun begann, die Familie in die Therapiesitzung einzuladen (Abb. 2 – Die Technik des Genogramms, die hier verwendet wird, symbolisiert übrigens den Ein-

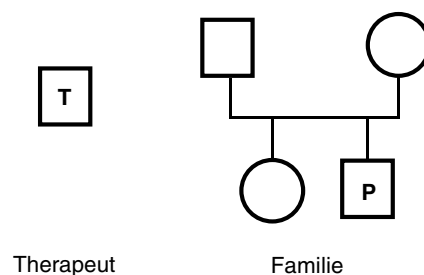


Abb. 2: Therapeut und Familie

zug des systemischen Denkens in die Sozialarbeit sehr deutlich: Genogramme werden mittlerweile in vielen Bereichen der sozialen Arbeit ganz selbstverständlich verwendet – selbst dort, wo man noch nie vom systemischen Arbeiten gehört hat, setzt man sie ein, um sich und anderen einen Überblick zu verschaffen und auch, um mit Menschen über ihre Familie ins Gespräch zu kommen.)

Was uns heute nicht ganz ungewöhnlich erscheint, war damals, in den fünfziger und sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, eine enorme Erneuerung, immer wieder ein gewagtes Experiment. Nicht nur, daß man damit erstmals andere als die Patienten Einblick nehmen ließ in das, was im Therapiezimmer geschah. Immerhin konnten ja nun die Angehörigen anschließend draußen berichten, was sie erlebt hatten. Man mußte als Therapeut auch lernen, solche Gespräche sinnvoll zu gestalten und zu moderieren. Abgesehen davon, daß es an Konzepten wie man denn nun *Beziehungen behandelte* noch weitgehend fehlte: Man arbeitete so wie man bisher mit Einzelpatienten vorgegangen war – und man experimentierte, probierte aus. (Sie dürfen sich die Familientherapeuten und Systemikerinnen über all die Jahre, zumindest soweit sie an neuen Entwicklungen beteiligt waren, als überaus experimentier- und innovationsfreudig vorstellen).

#### **4 Die zweite Idee: Die Familie ist ein System**

Mit dem Konzept des Systems hatte man im technischen Bereich große Erfolge gehabt. Seit den vierziger Jahren hatte sich eine neue Wissenschaft von der Steuerung entwickelt, die Kybernetik. Ihre Aufgabe war es, eine abstrakte Maschinentheorie zu entwickeln, sie beschäftigte sich mit Fragen wie: Wie funktionieren Maschinen, wie können Maschinen Regel- und Steueraufgaben übernehmen? Wir alle sind mittlerweile mit den Grundbegriffen dieser Wissenschaft vertraut: Input, Output, Feedback, Regelung, Steuerung, Regelkreis, Zirkularität, Homöostase.

Beispiele für Maschinen, die aufgrund von Regelkreissystemen (Abb. 3) funktionieren, sind z. B. das Thermostat an einer Heizung, ein Autopilot oder auch eine unbemannte Lenkwaffe.

Die technischen Erfolge führten dazu, daß man die kybernetischen Modelle auch in den Sozialwissenschaften anwandte, und auch hier begann, Dinge als Systeme zu betrachten und zu untersuchen – unter anderem in der Pädagogik, der Soziologie und in der Familientherapie.

Man sah Familien als Systeme – und ihre Kommunikation als die Regelkreisprozesse, die das Funktionieren der Familien bestimmte. Ein hieraus entwickeltes Konzept war das der Zirkularität: Die Entdeckung, daß in einem Regelkreis kein Anfang mehr ausgemacht werden kann, Ursache und Wirkung nicht mehr getrennt werden können. Es wird unsinnig, nach Anfang und nach Schuld

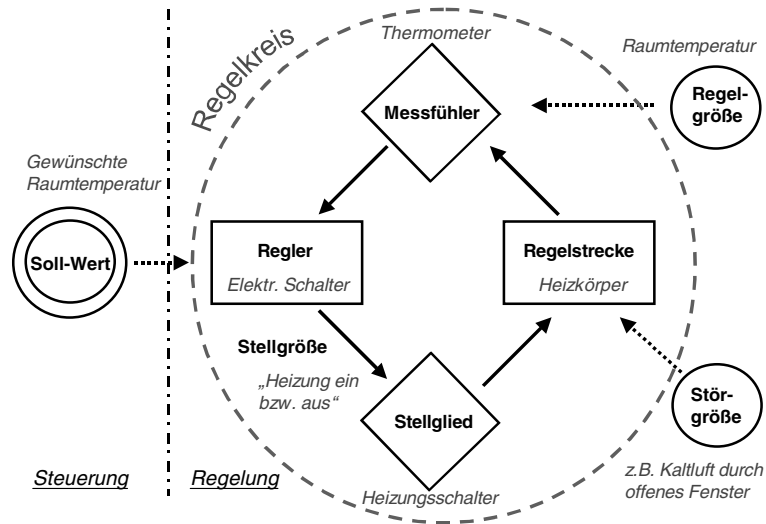


Abb. 3: Regelkreis

zu suchen. Das bekannteste Beispiel ist das des Ehepaares, bei dem sich das Nörgeln der Frau und der Rückzug, das Schmollen des Mannes gegenseitig bedingen (Abb. 4): Die Frau nörgelt, weil der Mann immer mehr schmollt, und der Mann schmollt, weil die Frau nörgelt – und es wird nicht mehr möglich, zwischen Anfang und Ende dieses Kreislaufs zu entscheiden, zwischen Ursache und Wirkung. Es entscheidet allein die Interpunktion des Betrachters, wo er anfängt zu beschreiben – und damit ganz nebenbei auch eine Reihenfolge, eine Ursache-Wirkungs-Relation einführt.

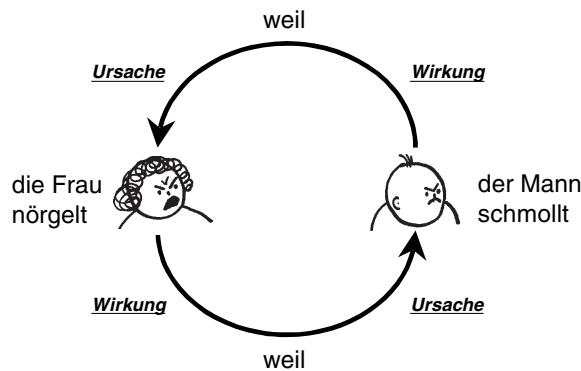


Abb. 4: Zirkularität

Wir können dieses Ehepaar als ein sich selbst regulierendes System betrachten. Es handelt sich um den Effekt einer sog. positiven Rückkopplung (man könnte auch von einer Eskalation sprechen), dieser Effekt wird aufrechterhalten und verstärkt sich noch. – Im übrigen läßt sich das nicht nur auf schmallend-nörgelnde, sondern auch auf liebevolle, Zuneigung und Zärtlichkeit zeigende Verhaltenssequenzen anwenden. Auch hier kann man den Effekt der positiven, sich verstärkenden Rückkopplung beobachten – und vielleicht sogar nutzen: In der Pädagogik hat man daraus beispielsweise das Konzept des positiven Verstärkers entwickelt

Die Folgerungen für die Therapie sind offensichtlich: Sobald man solche Regel-Systeme durchschaut und ihre Funktionsweise kennt – so die unausgesprochene Annahme – können sie auch beherrscht werden. Voraussetzung für das richtige Funktionieren der Systeme ist, daß ihr innerer Aufbau, die Struktur stimmt. So ist es eine Aufgabe von Therapeuten, die Fehler in der Struktur zu erkennen und zu korrigieren – indem man z.B. darauf achtet, daß die Grenzen zwischen den Generationen stimmen. Hier hat die strukturelle Familientherapie um Minuchin einen entscheidenden Einfluß.

Eine weitere Konsequenz ist, daß man die richtigen Inputs geben muß, um das System so zu beeinflussen, daß es wieder ins Gleichgewicht kommt: Ein wichtiges Konzept war das der Homöostase – d. h. es wurde eine Aufgabe der Therapeutinnen, durch geeignete Interventionen das Familiengleichgewicht wieder herzustellen, die störenden Einflüsse auf das System auszugleichen.

Methodisch bedeutet die Idee, daß man es bei Familien mit Systemen zu tun hat, ähnlich wie bei technischen Systemen auch, daß man die geeigneten Interventionen finden muß: Man mußte die richtigen Inputs geben, damit man zu den optimalen Output kam. Die therapeutische Grundidee war, das System in seinen Regeln ganz gezielt so zu stören, daß es diese Regeln veränderte bzw. gar nicht anders konnte als sie zu verändern.

Systemische Therapeutinnen haben eine Vielzahl von Interventionen entwickelt. Hierzu zählen verschiedene Frageformen ebenso wie ein zeitweise ganz klar gestalteter Sitzungsablauf – ein ca. 45 Minuten langes Gespräch, eine zehnminütige Pause, in der die Therapeutinnen sich berieten, anschließend eine viertelstündige Schlußintervention, bei der die Therapeutinnen erst die vergangene Sitzung (häufig wohlwollend) kommentierten und dann der Familie eine Aufgabe stellten, die sie bis zum nächsten Mal erfüllen sollte. Dies konnten Beobachtungsaufgaben sein („Beobachten Sie alles, was so läuft, wie sie es wollen“) über Veränderungsaufgaben („Machen Sie irgend etwas anders“ – z. B. wurde Paaren vorgeschlagen, für eine Woche die Bettseiten zu tauschen) bis hin zu paradoxen Interventionen, bei denen das unerwünschte Verhalten bewußt herbeigeführt werden sollte („Streiten Sie sich jeweils am Dienstag und Donnerstag beim Abendessen ganz bewußt miteinander“).

Das Setting der Therapiesitzungen veränderte sich auf zweierlei Weise

(Abb. 5): Zum einen bestand ein Teil der Therapeuten darauf, daß die gesamte Familie an den familientherapeutischen Sitzungen teilnimmt. Dies schloß unter Umständen auch Großeltern oder Geschwister der Eltern, manchmal auch die Haustiere mit ein.

Zum anderen begann man zunehmend mehr zu zweit zu arbeiten. Eine Reihe von Gründen mag darauf Einfluß genommen haben: Die Komplexität der Situation läßt sich von vier Augen und Ohren besser erfassen als jeweils nur von zweien.

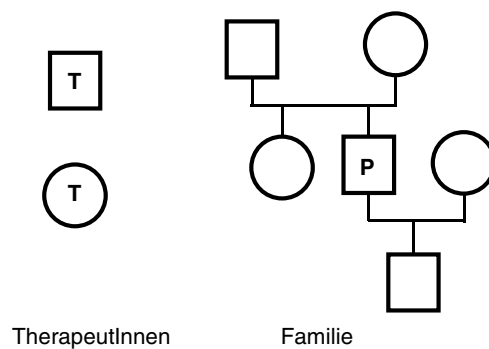


Abb. 5: Therapeutin, Therapeut und „Großfamilie“

Durch zwei Therapeuten konnte man besser die beabsichtigte Neutralität wahren. So achtete man auch darauf, jeweils eine weibliche und einen männlichen Therapeuten im Gespräch dabei zu haben. Und schließlich konnten sich die beiden anschließend über ihre Beobachtungen und Ideen austauschen und das Konzept weiter entwickeln.

## 5 Die dritte Idee: Menschen sind autonom und eigensinnig

Bislang war man davon ausgegangen, daß sich Maschinen wie auch Familien gleichermaßen als Systeme betrachten lassen – und daß sie in ähnlicher Weise funktionieren oder zum Funktionieren gebracht werden können. Implizit enthalten ist dabei bereits die Vorstellung, daß Familien „funktionieren“. Doch nun kam eine neue Idee auf: Menschen und Gruppen von Menschen sind nicht wie Maschinen. Sie sind nicht einfach Mechanismen, die aufgrund noch so ausgefeilter Regelkreise funktionieren. Sie folgen nicht nur Regeln, sondern sie steuern selbst. Man bemerkte, daß man das Menschenbild ändern konnte, daß man davon ausgehen konnte, das Menschen *autonom* und *eigensinnig* sind, d. h. daß



sie im Rahmen der ihnen erkennbaren, wahrnehmbaren Möglichkeiten selbständig und autonom handeln – und sie selbst Sinn herstellen.

„Instruktive Interaktion ist nicht möglich“, Menschen können nicht gezielt gesteuert werden – auch wenn man es gern würde und versucht. So kann ich ihre Möglichkeiten gezielt begrenzen, indem ich ihnen Wege versperre, sie belüge oder Alternativen vorenthalte. Aber wenn Menschen merken, daß sie belogen werden oder manipuliert werden sollen, bewerten sie die Kommunikation neu. Sie stellen selbst Sinn her, sie entscheiden selbst, was für sie gut ist. Gleiches gilt für Familien. Als Außenstehende kann man nicht entscheiden, was gut ist für die Familie – und möglicherweise hat jedes Familienmitglied eine andere Vorstellung davon.

Eine wesentliche Implikation dieser Idee der Autonomie und des Eigensinns war ein Verzicht auf die Allmacht(sphantasien) der Therapeuten. Von nun an waren nicht sie es, die entscheiden sollten (und wollten), was für die Klientinnen gut war. Sie waren nicht mehr die Experten dafür, wie die Familien sich zu verhalten hatten. Sie wurden statt dessen zu Experten für Veränderung, ohne garantieren zu können und zu müssen, daß diese Veränderung auch eintrat. Die Klienten konnten und mußten, vor allem aber durften nun zunehmend mehr mitentscheiden, was für sie richtig und notwendig war. Um es systemtheoretisch auszudrücken: Die Familien wurden nun nicht mehr nur als Regelkreise betrachtet, die abliefen und „funktionierten“ (oder auch nicht). Man ging vielmehr davon aus, daß sie sich selbst steuern – und somit nicht darum herum kommen, selbst zu entscheiden, was sie wollen. Sie durften nun selbst Verantwortung übernehmen. Die Fähigkeit, diese Verantwortung wahrnehmen zu können, wurde ihnen von den Therapeutinnen *zugerechnet* – insofern haben wir es hier gleich im doppelten Sinn mit „Zurechnungsfähigkeit“ zu tun. (Beachten Sie, daß die „Zurechnungsfähigkeit“ der Patientinnen weniger von ihnen selbst als vielmehr davon abzuhängen scheint, ob die Therapeuten sie ihnen zugestehen!).

Die methodischen Schlußfolgerungen dieser Ideen beziehen sich unter anderem auf Auftragsklärung, Ressourcenorientierung und Wertschätzung. Man begann sich zu fragen: Wer erteilt uns eigentlich den Auftrag für diese Therapie, diese Beratung – und lernte zu differenzieren zwischen den Aufträgen der Überweisenden, den selbst gestellten und denen der Klienten. Möglicherweise hatten bei einer Familie die verschiedenen Mitglieder auch unterschiedliche Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche. Die Therapeutinnen begannen, sich für diese zu interessieren, sie zu erfragen, zu verhandeln. Die Klientinnen wurden zu Subjekten, wurden als jemand wahrgenommen, der einen eigenen Willen hat und ihn auch haben darf. Dies führte zum Beispiel auch dazu, daß man zunehmend mehr Angebote unterbreitete und Einladungen aussprach, anstatt Aufgaben zu geben, Forderungen zu stellen oder gar Zwang und Druck auszuüben.

Ressourcenorientierung bedeutete, mit der zunächst vielleicht abwegig erscheinenden Unterstellung zu arbeiten, daß die Klienten immer über Ressourcen

verfügen, daß sie viele Bereiche haben, in denen sie gesund und zufrieden sind, in denen ihnen ihre Lebensgestaltung gelingt. Und daß es sinnvoll und notwendig sein kann, diese Unterstellung aktiv in die Psychotherapie einzubeziehen, indem man sie erfragte, ausführlich besprach und für die problematischen Bereiche auf diese Weise nutzbar machte.

Die Wertschätzung ergab sich somit zunächst von selbst: Indem man konzeptionell und methodisch begann, die Klientinnen und Klienten als eigenständige Persönlichkeiten wahrzunehmen, behandelte man sie mit Respekt und Wertschätzung. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Grundgesetz Artikel 1, Abs. 1) ist für uns alle gültig und scheinbar selbstverständlich – hier hat man in der Familientherapie mit der Autonomie und dem Eigensinn einen Teil dessen entdeckt, woraus sich diese Würde ergibt. Als man gute Erfahrungen mit der Wertschätzung machte, lernte man auch, sie methodisch zu verfeinern durch den gezielten Einsatz von Komplimenten und von positiven Umdeutungen. Die vielleicht überraschendste Entdeckung dabei war die Wirkung, die diese Methoden *auf den* hatten, *der sie anwandte*.

Auf die Gestaltung von Familientherapie-Sitzungen wirkte sich das so aus, daß man plötzlich auch wieder bereit war, sich den Gegebenheiten der Familie anzupassen. Es war nicht mehr unbedingt notwendig, daß die komplette gesamte Familie erschien. Denn nicht die Familie war die Basis der Therapie, sondern das Problem, wegen dem sie kam. Und so konnte auch das Problem wiederum das Setting der Therapie bestimmen: Ein Paar mit Problemen mußte nicht mehr die Kinder mitbringen, eine magersüchtige Jugendliche, bei der zwar die Schwester und die Mutter bereit waren zu erscheinen, nicht aber der Vater, wurde als Klientinnen akzeptiert (Abb. 6). Es gab auch Einzeltherapien auf der

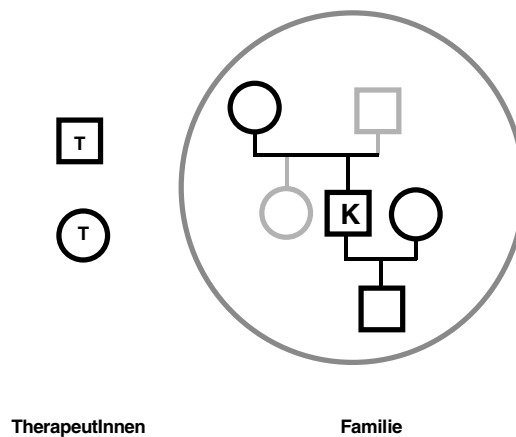


Abb. 6: Therapeutin, Therapeut und Familiensystem

Grundlage dieser Ideen und Konzepte – eben „Familientherapie ohne Familie“ – wie dies ein bekanntes Buch Anfang der neunziger Jahre im Titel beschrieb (Weiß u. Härtel-Weiss 1991).

Konzeptionelle Veränderungen schlugen sich immer auch in neuen Begriffen nieder. Hinzu kamen im Laufe der Zeit eine allmähliche Umbenennung der Kundschaft: Immer häufiger sprach man von „Klienten und Klientinnen“ anstelle von „Patienten“ – und trug damit auch der konzeptionellen Veränderung Rechnung, daß man zunehmend weniger davon ausging, daß der Fehler in einem Defekt, einem Fehler, einer Krankheit der Klientinnen lag, man sie vielmehr als vollwertige, gleichberechtigte Partnerinnen akzeptieren wollte.

Des weiteren sprach man ungefähr ab den siebziger Jahren zunehmend mehr auch von „systemischer Therapie“, tauchte diese Bezeichnung immer häufiger neben und statt „Familientherapie“ auf – ohne daß man bis heute eine eindeutige Bezeichnung oder Festlegung getroffen hat – wie sich nicht zuletzt auch im Namen „Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie“ (DGSF) zeigt.

## **6 Die vierte Idee: Alles was gesagt wird, wird von jemandem gesagt**

Bereits seit Ende der siebziger Jahre gab es noch eine weitere Veränderung. Und zwar wuchs das Interesse an der Familientherapie gewaltig, noch während die beteiligten Familientherapeutinnen dabei waren, diese Ideen und Konzepte zu entwickeln. So forschten und experimentierten sie einerseits, andererseits begannen sie, andere auszubilden. Zur Vereinfachung begann man mit Einwegspiegeln, später auch mit Video zu arbeiten.

„Vor der Scheibe“ saßen die Familie (die wußte, daß sie beobachtet wurde und ihre Einwilligung gegeben hatte) und die Therapeutinnen, hinter der Scheibe die Ausbildungskandidatinnen, zuweilen auch Kolleginnen von anderen Instituten. Ein kleiner Schritt war es nur, bis die Therapeutinnen in der Pause vor der Schlußintervention sich mit den Beobachterinnen hinter der Scheibe austauschten.

Die nächste Idee, die ich hier als wesentlich für die Entwicklung des Systemischen Arbeitens vorstellen möchte, läßt sich sehr schön anhand des neuen Settings mit Einwegscheibe verstehen. Bislang hatte man die Familie als *das* System gesehen, gewissermaßen in Abgrenzung zu den Therapeuten. Diese behandelten *das System Familie*. Nun hatte man plötzlich Beobachter, die auf das gesamte Geschehen einen distanzierteren Blick hatten. Diese Distanz wurde genutzt, etwa indem die Beobachter in den Pausen kommentierten und die behandelnden Therapeuten berieten. Oder indem sie zwischendrin im Sitzungsraum

anriefen und Fragen stellten oder Hinweise gaben („Ihr habt in den letzten 10 Minuten die Großmutter offenbar gar nicht mehr wahrgenommen, bezieht sie vielleicht wieder mehr ein“, oder: „Wir finden es bewundernswert, wie der Vater sich hier für die Belange seiner Tochter einsetzt. Könnt Ihr ihm das bitte sagen“).

Aus dieser Distanz stellten die Beobachterinnen noch etwas anderes fest: Sie erkannten, daß sie nicht nur die Familie als System sehen konnten. Sie entdeckten, daß auch eine andere Gruppierung möglich war, eine andere Ziehung der Systemgrenzen: Therapeutinnen und Klientinnen konnten als „Beratungs- oder Therapiesystem“ wahrgenommen werden (Abb. 7).

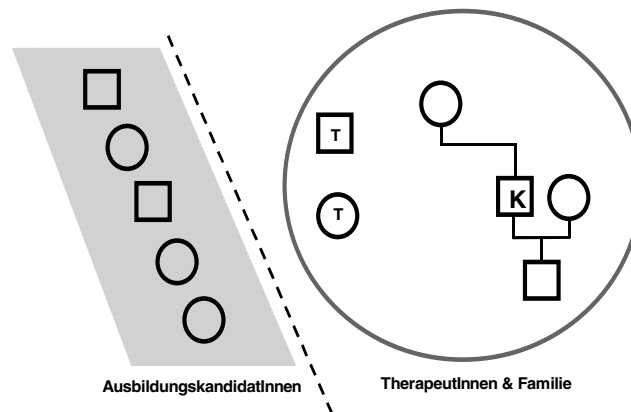


Abb. 7: Das Beratungs- oder Therapiesystem

Durch eine andere Position, einen anderen Blickwinkel (durch die Einwegscheibe) erhielt man plötzlich neue Beschreibungen von dem, was passierte.

Dem entsprachen neue Entwicklungen der Systemtheorie, die auch als „Kybernetik der 2. Ordnung“ oder als Konstruktivismus bekannt wurden: Sie befaßten sich mit der Frage: „Wie kommen wir zu unseren Beschreibungen von Systemen?“

Es war die Zeit der Entdeckung des Beobachters bzw. der Beobachterin. Er bzw. sie bekamen mit einem Mal eine enorme Bedeutung zugewiesen. Man stellte fest, daß all die Systeme, die man bislang beobachtet und beschrieben hatte, gar nicht existieren, sondern Gebilde derjenigen sind, die sich mit ihnen befassen. Dies war nichts neues, nur hatte man ihm ursprünglich keine Bedeutung beigemessen – und bei der Untersuchung von Systemen spielt es ja vielleicht auch wirklich keine Rolle zu fragen, ob dieses System tatsächlich existiert (Herwig-Lempp 1987). Aber bereits Ashby, einer der Väter der Kybernetik, hatte frühzeitig festgestellt: „*System*‘ bedeutet [...] nicht ein Ding, sondern eine Liste

von Variablen. Diese Liste kann variiert werden, und die allgemeinste Aufgabe des Experimentators ist es, die Liste zu variieren (,andere Variablen zu berücksichtigen'), bis er schließlich eine Gruppe von Variablen ausfindig gemacht hat, die die gewünschte Eindeutigkeit ergibt“ (Ashby 1974, S. 68f.).

Ein zentraler, wenn auch zunächst banal klingender Satz kann an die Subjektivität aller Wahrnehmung erinnern: „Alles, was gesagt wird, wird von jemandem gesagt.“ (Maturana u. Varela 1984, S. 32). Es ist nicht möglich, Aussagen zu treffen die „von niemandem“ gesagt werden. Heinz von Foerster drückte dies prägnant in dem wesentlich komplexeren Satz aus: „Objektivität ist die Selbsttäuschung eines Subjekts, daß es Beobachten ohne ein Subjekt geben könnte. Die Berufung auf Objektivität ist die Verweigerung der Verantwortung – daher auch ihre Beliebtheit“ (in der Erklärung der American Society for Cybernetics, zit. n. v. Glaserfeld 1998, S. 242).

Hieraus wird auch deutlich, inwiefern wir bei diesem konstruktivistischen Ansatz („das, was wir als Wirklichkeit erleben, ist immer unser Konstrukt – wir haben darüber hinaus keinen Zugang zu irgendeiner Wirklichkeit“) es nicht nur mit einem rein philosophischen Ansatz zu tun haben, sondern mit pragmatischen Konsequenzen: Es geht um die Verantwortung, die uns daraus erwächst. Wir können uns nicht darauf zurück ziehen, daß etwas eben einfach so ist – es bleibt immer unsere Entscheidung. Zum Beispiel die Frage, wie wir ein System beschreiben – wo wir die Grenze setzen, welche Regeln wir erkennen und beschreiben wollen. Oder auch die therapeutische Verantwortung, wie wir Familien sehen wollen: als Regelkreissysteme, die sich von außen steuern lassen, als eine Gruppe von Individuen, die jeweils autonome und eigensinnige Menschen sind – die Entscheidung, wie wir herangehen wollen, wird uns nicht abgenommen.

Eine methodische Entwicklung aus der Zeit in der diese Idee immer wichtiger zu werden schien, sind sicherlich die zirkulären Fragen. Sie erinnern sich an die Idee von Kreisläufen und die Unentscheidbarkeit der Frage, was Ursache und was Wirkung ist. Hier tauchen diese Ideen wieder auf, diesmal mit methodischen Konsequenzen: Die Frage, was als Ursache und was als Wirkung erscheint, ist abhängig von der Entscheidung des Beobachters – wo er die Interpunktion setzt, wo er beginnt, zu beschreiben – und je mehr wir seiner Beschreibung vertrauen, desto mehr glauben wir ihr auch.

Zirkuläre Fragen sind „Fragen über Eck“, oder auch „Tratschen in Anwesenheit“: „Was denken Sie, würde Ihr Mann sagen, wenn ich ihn frage, wie Sie sich im Moment gerade fühlen?“ „Wie würde deine Mutter wohl reagieren, wenn deine Schwester einfach nicht nach Hause kommt?“ „Was denken Sie, wie fühlt sich Ihr Sohn, wenn Sie mit Ihrer Frau plötzlich etwas Schönes unternehmen?“

Zirkuläre Fragen laden dazu ein, einmal den Blickwinkel des anderen einzunehmen, sich in ihn zu versetzen – und so vielleicht zu anderen Beschreibun-

gen zu kommen. Sie sind Einladungen zum Gedankenlesen – und sie können dazu beitragen, sich mit der Position der anderen auseinander zu setzen.

Nur kurz sei hier auf eine interessante Variation der Situation mit der Scheibe eingehen – beim Experimentieren kam der Norweger Tom Andersen (1990) auf die Idee, diese Scheibe auch anders herum einzusetzen und erfand das Reflecting Team (Abb. 8): Statt einer Pause wird die therapeutische Sitzung nach einer gewissen Zeit unterbrochen, die Familie und die Therapeuten lehnen sich zurück und beobachten die Beobachterinnen, die sich nun darüber unterhalten, was sie gerade gesehen und gehört haben. Nach wiederum zehn Minuten kommen wieder Familie und Therapeutinnen zu Wort und kommentieren die Kommentare.

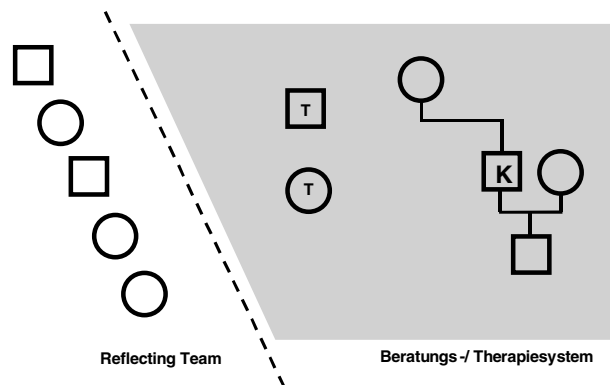


Abb. 8: Das Reflecting Team

## 7 Die fünfte Idee: Um zu Lösungen zu kommen, ist es hilfreich, über Lösungen zu sprechen (statt über Probleme)

Diese Idee wurde sehr prägnant von Steve de Shazer, einem bekannten amerikanischen Kurzzeittherapeuten, auf Englisch formuliert: „Problem talk creates problems, solution talk creates solutions.“ (Problemgespräche schaffen Probleme, Lösungsgespräche schaffen Lösungen.) Als man begann die Klientinnen zu fragen, was ihre Erwartungen und Zielvorstellungen sind, als man sich also zunehmend mehr an ihren Aufträgen zu orientieren begann, stellte man fest, daß dies häufig – ganz selbstverständlich – negativ formuliert wurde – als Abwesenheit von einem nicht erwünschten Zustand: „Wir wollen weniger streiten“.

„Meine Tochter soll nicht mehr hungern.“ „Ich möchte nicht mehr so depressiv sein.“

Nun haben wir in unserer Kultur ein ganz bestimmtes Problemlösungsverhalten: Wir tendieren dazu, die Ursachen der Probleme verstehen zu wollen, um sie anschließend zu beheben. Dies hat sich – insbesondere im technischen Bereich – als sehr wirkungsvoll erwiesen. Aus systemischer Perspektive ist es nun schon schwieriger, die Ursachen erforschen zu wollen, weil wir, wie gesehen, viele unterschiedliche Ursachen genannt bekommen können, je nach Beobachterperspektive. Es ist also gar nicht so einfach zu entscheiden, welcher möglichen Ursache man sich zuwendet. Es gibt eine gewisse Zögerlichkeit bei Systemikern, sich mit der Frage nach dem Warum zu befassen – sie erscheint uns häufig nutzlos.

Wichtiger erschien die Frage nach dem Wohin – wie sieht die Lösung aus? Was wollen Klientinnen mit der Therapie oder Beratung erreichen? Und da stellte man fest, daß die negativ formulierten Zielvorstellungen wenig hilfreich waren. Wenn ich weniger streiten will in meiner Familie und mir dies als Ziel vorstelle, dann habe ich noch keine Idee davon, was wir dann statt dessen machen können, *statt* zu streiten. Auf das Ziel „weniger streiten“ hinzuarbeiten macht so wenig Sinn wie zu versuchen, „nicht an einen rosa Elefanten zu denken“ – es ist nicht möglich.

Systemische Therapeuten und Beraterinnen begannen Fragetechniken zu entwickeln, mit denen sie die Lösungsvorstellungen der Klienten erfragen konnten. Dies hatte den erwünschten Nebeneffekt, daß sie weniger Gefahr liefen, ihre eigenen Vorstellungen in die Therapie zu bringen, sie konnten leichter an den Ideen und Aufträgen der Familien bleiben.

Das bekannteste und am meiste ausgearbeitete Beispiel ist die sogenannte Wunderfrage: „Angenommen, heute nacht, während Sie schlafen, geschieht ein Wunder, und das Problem, wegen dem wir hier sind, ist gelöst. Da Sie geschlafen haben, haben Sie nichts von dem Wunder mitbekommen. Woran merken Sie am nächsten Morgen, daß das Wunder geschehen ist?“ (vgl. Berg 1992, S. 92ff.). Hieran schließt sich nun eine längere und ausführliche Befragung an, die man – rein technisch gesehen – mehr oder weniger gut gestalten kann, und in deren Verlauf man eine genaue Beschreibung davon erhält, wie sich die Klientin die Lösung vorstellt. Und man bekommt möglicherweise Verhaltensweisen geschildert, die die Klientin, auch ohne daß das Wunder geschehen ist, bereits umsetzen kann. Grundsätzlich geht man davon aus, daß es sinnvoll ist, sich ausführlich mit den möglichen Lösungssituationen zu befassen und sie in den Vordergrund zu stellen. Es gibt Therapeuten, die verzichteten mehr oder weniger darauf, „das Problem“ überhaupt zu erfragen und zeigen auch wenig Interesse an den Schilderungen der Klienten. Sie wachen (sichtlich) erst dann auf, wenn sie anfangen können, über die Lösungen zu sprechen.

Eine wesentliche Änderung des Settings stellt sicherlich die Häufigkeit der

Sitzungen dar – sie sind immer seltener geworden, fanden in immer größeren Abständen statt. Systemikerinnen von heute geben an, daß sie durchschnittlich drei bis fünf Sitzungen durchführen (jedenfalls, wenn sie nicht ausschließlich davon leben müssen) – dies nur als Vergleich zu den psychoanalytischen Therapien, die auch heute noch Hunderte von Sitzungen umfassen können. Die Kürze liegt in der Begrenzung der zu bearbeitenden Probleme und der Eigenverantwortung der Klientinnen an den Veränderungen begründet.

## **8 Die sechste Idee: Systemisches Arbeiten ist keine Frage des Settings – es kann in vielen Arbeitsfeldern genutzt werden**

Wenn man nun noch einmal zusammenfaßt und Rückschau hält, so ist vielleicht eine der wesentlichen Veränderungen, die sich ergeben hat, die von der Expertenorientierung zur Kundenorientierung. Die Anfänge sind stark geprägt von der Vorstellung, man wüßte wie Menschen zu sein haben, wie sie gesund sind, wie ein gesundes Familienleben wirklich auszusehen habe. Die Aufgabe der Therapeuten ist es, nach ihrem Selbstverständnis, die Blockierungen aufzuheben und die Menschen und Familien so zu beeinflussen, daß sie wieder richtig funktionieren können. Es gibt auch heute noch (nicht-systemische) psychosomatische Kliniken, die in ihrer Hausordnung einen Hinweis haben, der diese Expertenhaltung der Therapeuten betont: „Sie bekommen hier nicht, was Sie wollen, sondern was Sie brauchen!“. Demgegenüber betrachten Systemiker ihre Klienten nicht nur als Kunden im Sinne von Auftraggebern, sondern auch, weil sie sie als die „Kundigen“ betrachten, als diejenigen, die allein wissen, was gut für sie ist und wie die für sie passenden Lösungen aussehen (vgl. Hargens 1993; auch wenn diese Herleitung etymologisch nicht ganz korrekt ist, hat es sich als ein Konzept erwiesen, das Veränderungen begünstigt).

Daß letztlich nur der Klient selbst entscheidet, worin die Lösung besteht, und daß diese Lösung für alle überraschend sein kann (auch für ihn selbst), zeigt die Geschichte von dem Mann, der einem Freund gegenüber klagt, daß er ganze Nächte lang wachliege. Der Freund empfiehlt einen Therapeuten (vermutlich einen Systemiker), und als sich die beiden nach einigen Wochen wieder sehen, zeigt sich der Mann ganz begeistert von der erfolgreichen Therapie, worauf der Freund nachfragt: „Du kannst jetzt wieder schlafen?“ Und der Mann antwortet: „Nein, das nicht, aber mir macht es jetzt nichts mehr aus, wach zu liegen.“

Mit der sechsten und letzten Idee, mit der ich die Entwicklung des Systemischen Arbeitens charakterisiere, will ich darauf hinweisen, daß sich das Setting der systemischen oder Familientherapie immer mehr ausgeweitet hat. Systemikerinnen, so kann man sicherlich rückblickend sagen, sind experimentierfreudig, sie spielen gern mit Ideen, Methoden und Konzepten. So ist es kein Wunder, daß sie auch andere angesteckt haben. Systemische Ansätze finden sich heute



nicht nur im Therapie- und Beratungsbereich, sondern auch in der Sozialen Arbeit, in der Personalführung, Organisationsberatung, Teamentwicklung, Pädagogik, Politik und anderswo.

Entscheidend dafür, daß die systemischen Ansätze aber weit über ihren ursprünglichen Arbeitsbereich hinausweisen, scheint mir zu sein, daß beim systemischen Vorgehen nicht das Setting, sondern Haltung, Theorie und Methoden das Eigentliche und Wesentliche sind (Abb. 9):

- *Theorie*: Veränderung ist nur mit Einverständnis dessen möglich, der sich verändert. Menschen sind keine Maschinen und daher nicht steuerbar, sie können nur sich selbst verändern. Veränderung wird begünstigt durch eine Situation, in der die Beteiligten sich wohl fühlen. Die Aufgabe der Therapeutinnen besteht darin, gemeinsam mit den Klientinnen neue Wahlmöglichkeiten und Handlungsoptionen zu entdecken oder zu erfinden.
- *Haltung*: Respekt vor der Autonomie und dem Eigensinn dessen, mit dem man arbeitet, seinem Recht auf Würde und Anerkennung selbst dann, wenn er sich auf eine Art und Weise verhält, die ich nicht teile.
- *Methoden*: als Hilfsmittel, um diese Haltung auszudrücken (durch „Lösungsgespräche“, durch Fragen nach Ressourcen, Komplimente, Auftragsklärung, durch Einladungen und Angebote etc.), sowie um Lösungsideen zu entwickeln und Verhaltensänderungen vorstellbar werden zu lassen.

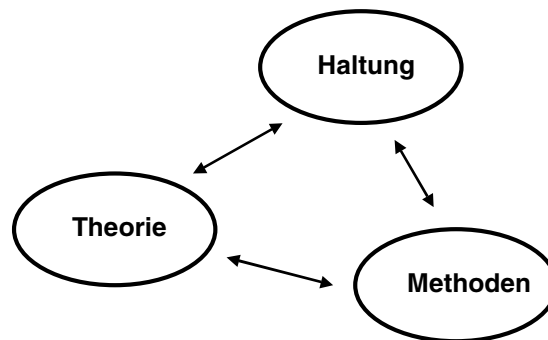


Abb. 9: Systemisches Arbeiten

## 9 Systemische Sozialarbeit

Diese Konzepte haben sich mittlerweile auch in der Sozialen Arbeit verbreitet – einfach deshalb, weil sie sich als wirkungsvoll erwiesen haben (vgl. Herwig-Lempp 1994, 2002; Pfeifer-Schaupp 1995, 2002; Lüssi 1995; Milowitz 1998; Herwig-Lempp u. Schwabe 2002; Ritscher 2002). Sozialarbeit befaßt sich mit sozialen Problemen, wobei „sozial“ nichts anderes heißt als „zwischenmenschlich“. Soziale Arbeit hat also ihr originäres Arbeitsfeld genau dort, wo die Familientherapie einmal angefangen hat: bei den Beziehungen zwischen Menschen.

Der Unterschied zwischen Therapie und Sozialarbeit ist allerdings, daß es die Soziale Arbeit letztlich häufig nicht nur mit mehr beteiligten Personen, sondern auch noch mit weiteren Professionen und Institutionen und ihren jeweiligen Sichtweisen, also Konzepten und Theorien zu hat. Ein Nicht-Systemiker hat diese Komplexität sehr zutreffend beschrieben: „Soziale Arbeit ist nicht nur irgendeine Profession. Sie lebt von der Faszination, die vom Menschen ausgeht. Sie lebt von der Freude am Komplizierten und Komplexen, am nicht völlig durch Analyse Erfassbaren und durch Konzepte Bewältigbaren. Soziale Arbeit ist Kommunikationskunst und Organisationskunst, allerdings nie l’art pour l’art. Dazu ist ihr Gegenstand, die Bewältigung menschlicher sozialer Probleme, zu ernst und ihr Handeln zu folgenreich“ (Pantucek 1998, S. 11).

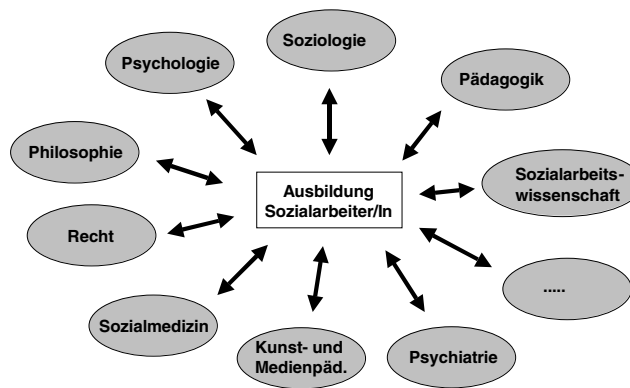
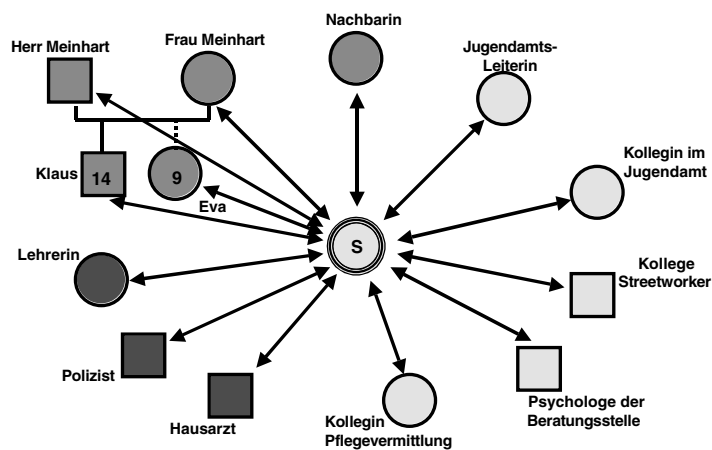


Abb. 10: Ausbildungsfelder Soziale Arbeit

Bedenkt man allein die unterschiedlichen Disziplinen, mit denen Sozialarbeiterinnen während ihrer Ausbildung konfrontiert werden (Abb. 10) – Sozialarbeitswissenschaft, Soziologie, Pädagogik, Psychologie, Recht, Philosophie, Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie, Kunst und Medienpädagogik etc. – so wird klar, daß

es sich bei Sozialarbeiterinnen um „Schnittstellenmanagerinnen“ handelt: Sie sitzen an der Schnittstelle verschiedenster Professionen und Disziplinen und vermitteln und koordinieren häufig zwischen verschiedenen von ihnen.

Sozialarbeiterinnen sind in mehrerlei Bedeutung *vielseitig*. Dies wird auch deutlich, wenn man sich einmal an einem einzigen Beispiel aus der Praxis einer Jugendamtmitarbeiterin (in der Regel hat jede Jugendamtsmitarbeiterin viele solcher „Fälle“ zu betreuen) ansieht, mit wie vielen Menschen sie zu tun haben kann und muß, wenn der Sohn einer Familie auffällig wird und in der Familie zugleich auch noch eine Pflegetochter ist (Abb. 11).



**Abb. 11:** Praxisbeispiel aus dem Arbeitsalltag einer Jugendamtmitarbeiterin

So lassen sich Sozialarbeiterinnen nicht zuletzt aus diesen Gründen als die *Zehnkämpfer* des psychosozialen Feldes bezeichnen: der Zehnkampf ist die Königsdisziplin der Leichtathletik, Zehnkämpfer müssen alle Disziplinen beherrschen. Natürlich erbringen sie in den einzelnen Disziplinen nicht immer die jeweils absolute Höchstleistung, aber sie sind doch in allen Bereichen kundig und erfahren, sie beherrschen sie und sind in jeder von ihnen zu souverän – im Gegensatz zu den anderen Spezialisten, die sich in der Regel nur auf ihr eigenes Gebiet verstehen.

Im Unterschied zu Therapeuten besteht für Sozialarbeiter die Tätigkeit nicht nur im helfenden, beratenden oder therapeutischen Gespräch. Dies ist lediglich ein (wenn auch nicht unwesentlicher) Teil ihrer Arbeit. Insgesamt kann man sechs auf die Klienten bezogenen Handlungsarten unterscheiden (vgl. Lüssi 1995, S. 392ff.) – und auch hier sind sie vielseitig:

- *Beraten*: worunter man einerseits das reflektierende, Veränderung ermöglichende Gespräch versteht, andererseits auch die Information sowie drittens, auf einer Meta-Ebene, die hilfeprozessbezogene Planung (Herwig-Lempp u. Schwabe 2002).
- *Verhandeln*: moderieren und vermitteln zwischen unterschiedlichen Beteiligten (Personen, Professionen, Institutionen).
- *Intervenieren*: kontrollierendes und eingreifendes Handeln bei Fremd- oder Selbstgefährdung.
- *Vertreten*: stellvertretendes Handeln für Klientinnen, dort, wo unterstellt wird, daß sie ihre Interessen nicht selbst wahrnehmen können.
- *Beschaffen*: Hilfe und Unterstützung bei der Erlangung von Geld, einer Sache, einer Option (Arbeits- oder Ausbildungsplatz), Dienstleistung.
- *Begleiten*: ein Mit-gehen, Dabei-sein, Für-sorgen – auch dann, wenn nicht unmittelbar eine Veränderung angestrebt wird.

In unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Situationen werden diese Handlungsarten selbstverständlich jeweils unterschiedlich intensiv verwendet und eingesetzt. Charakteristisch für Soziale Arbeit ist allerdings, daß man nicht mit jeweils nur einer davon auskommen kann, sondern mehrere von ihnen benötigt und beherrschen muß.

Bei all diesen Handlungsarten können die systemischen Ideen und Methoden wie auch die Haltung sehr wirkungsvoll eingesetzt werden. Die systemischen Ansätze haben sich in der Sozialen Arbeit in den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern bewährt: von der Jugendhilfe über die Altenhilfe, in der Arbeit mit Drogenkonsumentinnen wie auch in der Arbeit mit Behinderten, in der Arbeit im Gemeinwesen ebenso wie in der Ehe- und Lebensberatung, in der Straffälligenhilfe wie in der Schuldnerberatung.

Dort, wo die systemischen Ansätze bewußt und reflektiert eingesetzt werden, spricht man inzwischen auch von der Systemischen Sozialarbeit. Dabei haben sich eben nicht nur die Methoden bewährt, sondern auch die theoretischen Konzepte und – wie ich meine ganz besonders – die Haltung: Die Idee, seine Klienten als autonome und eigensinnige Menschen mit vielfältigsten Ressourcen zu begreifen, sie als Partner und nicht als Objekt aufzufassen. Und dabei auch in Erinnerung zu behalten, daß die Beschreibungen und Erklärungen, so einleuchtend sie uns auch erscheinen mögen, immer unlösbar mit demjenigen verbunden sind, der erklärt und beschreibt.

Diese veränderte Haltung hat in mehrererlei Hinsicht positive Auswirkungen auf die Soziale Arbeit:

- es macht mehr Spaß mit Menschen zu arbeiten, deren Würde man erkennt, die man als gleichberechtigt und wertvoll erkennt,
- es erleichtert den Klienten die Zusammenarbeit, wenn sie sich als vollwertige Partner verstanden wissen und

- es erhöht sich hierdurch die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit von effektiven Veränderungen.

## 10 Schluß: Was heißt hier „systemisch“?

Soweit der Versuch eines kleinen Überblicks über die Entwicklung der Ideen, die das systemische Arbeiten beflügelt haben. Selbstverständlich ist diese Entwicklung damit noch nicht am Ende – es wird spannend sein zu sehen, welche Richtungen und Wendungen die Zukunft bringen wird. Aber um noch einmal deutlich zu betonen: *So* fand sie nicht statt, es handelt sich um ein Konstrukt, um eine von vielen möglichen Darstellungs- und Verstehensweisen.

Abschließend möchte ich noch kurz auf den Begriff „systemisch“ eingehen. Vielleicht ist nicht ganz deutlich geworden, wann man nun von Familientherapie und wann von Systemischer Therapie oder Sozialarbeit spricht. Dies ist auch nicht festgelegt. Um Sie noch mehr zu verwirren, weise ich darauf hin, daß man auch von „lösungsorientiertem“, „lösungsfokussiertem“ oder „kurzzeittherapeutischen“ Ansätzen spricht. Es gibt nicht *die* eindeutige oder gar *richtige* Bezeichnung für diese Art zu Arbeiten.

Und eben dies macht nach meinem Verständnis das Systemische aus – und berechtigt zu dieser Bezeichnung. Nicht die Tatsache, daß wir mit Systemen arbeiten würden – tatsächlich arbeiten wir mit Menschen, mit Familien, mit Teams, mit Gruppen, mit Klassen, mit Firmen – nie mit Systemen: Ein System ist etwas Abstraktes, Systeme kann man nicht anfassen, sie sind Zusammenstellungen.

*Systemisch* heißt also, neben all den bereits erläuterten Implikationen, daß wir uns immer wieder mal in Erinnerung rufen können, daß Systeme nicht existieren: *wir selbst* stellen diese Systeme zusammen – und unsere Auswahl ist kontingent, d. h. es wäre ebenso gut möglich, sie auch anders zusammenzustellen. Systemisch zu denken heißt, hin und wieder auch mit zu bedenken, daß wir selbst uns jeweils für eine bestimmte Sicht- und Betrachtungsweisen entscheiden. Wir wählen selbst den Blickwinkel, von dem aus wir die Welt betrachten – uns bleibt nichts anderes übrig als uns immer wieder neu für die Perspektive zu entscheiden, aus der wir uns und unsere Umwelt aktuell beschreiben und erklären. Wir können uns nicht auf objektive Wahrheiten verlassen, und wir brauchen uns auch nicht darauf zu verlassen. Systemisch zu denken und zu handeln heißt, daß wir uns und unseren Klienten Eigensinn und Autonomie zumuten können und dürfen. So sind wir verantwortlich dafür, wie wir die Welt und unsere Umwelt, einschließlich der beteiligten Menschen und ihrer Situationen, sehen. Unsere Aufgabe besteht vor allem darin, neue Handlungsmöglichkeiten und Verhaltensoptionen zu eröffnen – sowohl für uns als auch für unsere Klientinnen.

## Literatur

- Andersen, T. (1990): Das Reflektierende Team. Dialoge über Dialoge. Dortmund: modernes lernen.
- Ashby, W. R. (1974): Einführung in die Kybernetik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (orig. 1956).
- Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J. et al. (1969): Schizophrenie und Familie. Frankfurt a. M. Suhrkamp.
- Berg, I. K. (1992): Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurz-therapeutisches und lösungs-orientiertes Arbeitsbuch. Dortmund: modernes lernen.
- v. Glasersfeld, E. (1998): Radikaler Konstruktivismus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Guntern, G. (1980): Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. Familiendynamik 5: 2–41.
- Hargens, J. (1993), KundIn, KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundlegung eines „helfenden Zugangs“. Zeitschrift für systemische Therapie 11(1): 14–20.
- Hargens, J. (2000): Bitte nicht helfen! Es ist so schon schwer genug. (K)ein Selbsthilfebuch. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Herwig-Lempp, J. (1987): Systeme existieren. Stimmt's? Stimmt nicht! DELFIN IX: 5–10.
- Herwig-Lempp, J. (1994): Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Drogenkonsumenten als Subjekte. Dortmund: borgmann.
- Herwig-Lempp, J. (2000): „Mach' keine Witze – Sozialarbeiter?!“ Über das Berufsfeld Soziale Arbeit. In: Feifel-Thomas, A.-C. (Hg.): Schule – und dann? Tipps und Orientierungshilfen. Tübingen: Schwäbisches Tagblatt, S. 103–113.
- Herwig-Lempp, J. (2001): Die Form der guten Frage. Kontext 32(1): 33–55.
- Herwig-Lempp, J. (2002): Beziehungsarbeit ist lernbar. Systemische Ansätze in der Sozialpäd. Familienhilfe. In: Pfeifer-Schaupp, H.-U. (Hg.): Perspektiven systemischer Beratung. Modelle – Konzepte – Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Herwig-Lempp, J.; Schwabe, M. (2002), Soziale Arbeit. In: Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, S. 475–488.
- Kriz, J. (1985): Grundkonzepte der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Milowiz, W. (1998): Teufelskreis und Lebensweg – Systemisches Denken in der Sozialarbeit. Wien: Springer.
- Lüssi, P. (1995): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung, 3. Aufl. Bern: Haupt.
- Ludewig, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Massing, A.; Reich, G.; Sperling, E. (1994): Die Mehrgenerationen-Familientherapie, 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz.
- Pantucek, P. (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Freiburg: Lambertus.
- Pfeifer-Schaub, H.-U. (1995): Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte in der sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus.
- Pfeifer-Schaupp, H.-U. (Hg.)(2002): Perspektiven systemischer Beratung. Modelle – Konzepte – Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Reiter, L.; Brunner, E. J.; Reiter-Theil, S. (Hg.)(1997): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive, 2., überarb. Aufl. Berlin: Springer.

- Richter, H. E. (1970): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt.  
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.  
v. Schlippe, A.; Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.  
de Shazer, S. (1989): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.  
Weiß, T.; Haertel-Weiss, G. (1991): Familientherapie ohne Familie. München: Piper.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp, Hennentalweg 1, 72070 Tübingen; E-Mail: johannes@herwig-lempp.de



Maria Lindberg, *Dog and dream*, 1997