

Buchholz, Michael B.

Der Aufbau des therapeutischen Systems - Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 2, S. 48-58

urn:nbn:de:bsz-psydok-32593

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebttinger, R., Ebttinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124

- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltetherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Buchbesprechungen

- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Aus der Abteilung für Psycho- und Soziotherapie der Universität Göttingen (Abteilungsvorsteher: Prof. Dr. E. Sperling)

Der Aufbau des therapeutischen Systems

Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien

Von Michael B. Buchholz¹

Zusammenfassung

Anhand von mehreren Fallbeispielen wird der Unterschied zwischen dem „System Familie“ und dem „therapeutischen System“ als Basis der angezielten Veränderung erläutert. Im einen ist der Therapeut Beobachter,

und er ordnet sein Material entlang vorgefaßter Konzepte; im anderen Teilhaber und Mitspieler an einer unbewußten Beziehungsszene; hier nimmt er eine „Familiengestalt“ wahr. Beide therapeutischen Funktionen generieren Hypothesen unterschiedlicher Ordnung, die zu einer „doppelten Beschreibung“ (*Bateson*) der Familie durch „subjektive“ und „objektive“ Transzendenz (*Loch*) führen; die Teilhabe an der unbewußten Szene steuert seinen Beitrag zum Dialog, ob willentlich oder nicht.

¹ Ich danke *Dorothee Adam* für ihre Diskussionsbeiträge zu dieser Arbeit.

Dieser Teilhabe ist bisher zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Sie bestimmt jedoch, ob der Aufbau des therapeutischen Systems gelingt oder nicht.

1 Einleitung

Meine folgenden Überlegungen basieren auf dem grundlegenden Unterschied zwischen dem „System Familie“ und dem „therapeutischen System“. Ich möchte mich mit der Frage beschäftigen, *wie* ein (pathologisches) Familiensystem in ein therapeutisches System umgewandelt werden kann, so daß a) das, was der Therapeut sagt, für die Familie *Bedeutung* erhält und b) Veränderung möglich wird. Wie kann neben der Bildung einer familiendynamischen Hypothese auch die Bedeutung des therapeutischen Systems als Basis der Veränderung verdeutlicht werden?

2 Die therapeutische Position: Metakomplementarität

Die Transformation des familiären Systems in ein therapeutisches System ist die entscheidende Klippe, die in der Initialphase einer Familientherapie genommen werden muß. Daß eine Familie mit einem Therapeuten in einem Raum zusammen sitzt, ist nur eine Vorbedingung, damit ein therapeutischer Prozeß beginnen kann. Dieser Umstand allein konstituiert noch kein therapeutisches System. Es muß eine besondere Art der Beziehungsgestaltung von seiten des Therapeuten hinzukommen, die hier untersucht werden soll.

Minuchin (1977) hat die Technik des „Joining“ beschrieben: Der Therapeut sucht danach, wie er Anschluß ans Familien(er)leben gewinnen kann, indem er sich ihrem Sprachstil, ihrer Art, sich zu präsentieren, ihrer Grundstimmung auch in seiner eigenen Art, sich auszudrücken, möglichst weitgehend annähert. Diese Technik erhellt jedoch eher aus instruktiven Fallbeispielen; es fehlt eine allgemeine, theoretische Fundierung, die dem Therapeuten Orientierung bietet, welchen „emotionalen Ort“ er für eine konkrete Familie einzunehmen trachten kann. Verbreitet ist auch die Vorstellung von der „Werbung um die Familie“, die inhaltlich richtig ist, aber eine problematische Beziehungsdefinition zwischen Therapeut und Familie impliziert.

² Clemenz (1986) hat in einer interessanten Arbeit gezeigt, daß sich die Psychoanalyse nur als Interaktionstheorie sensu Lorenzer (1974) rekonstruieren läßt; die Systemtheorie dagegen interpretiert er überzeugend als „halbierte Hermeneutik“. Diese Auffassung macht eine Versöhnung der Gegensätze zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie wahrscheinlich, die den praktizierenden Familientherapeuten interessieren muß. Sie kommt meinen eigenen Auffassungen (Buchholz 1982, 1983, 1986) dort nahe, wo ich die Systemtheorie als „technologische Variante der Hermeneutik“ (vgl. Buchholz/Huth 1983) gekennzeichnet habe und wo ich Lorenzers Ansatz für die Familientherapie zu nutzen versucht habe.

Es ist für die Frage nach dem „Wie“ des Aufbaus eines therapeutischen Systems auch für den psychoanalytischen Familientherapeuten hilfreich, sich auf Überlegungen zum Thema „Beziehung“, wie sie Bateson (1981) und Haley (1963) vorgelegt haben, zu beziehen². Bateson nimmt unter formalen Gesichtspunkten an, daß es nur 2 Typen von Beziehungen gibt:

- a) Als *komplementär* wird ein Verhalten des Individuums B dann bezeichnet, wenn es auf ein als dominant geltendes Verhalten von A mit Unterwerfung reagiert, worauf A mit erneuter Dominanz antwortet. Den so in Gang gesetzten Prozeß bezeichnet Bateson auch als „komplementäre Schismogenese“.
- b) Als *symmetrisch* wird ein Verhalten des Individuums B dann bezeichnet, wenn es z. B. auf Angebereien oder Rivalisieren von A ebenfalls mit Angeben oder Rivalität reagiert, was das gleiche Verhalten bei A verstärkt usw. Diesen, u. a. im Wettrennen ausgeprägten Prozeß, bezeichnet Bateson als „symmetrische Schismogenese“.

Andere Beispiele für das Ergänzungsverhältnis in der komplementären Beziehung sind die Beziehung zwischen einer Mutter und ihrem Kind, aber auch sadomasochistische Beziehungsspiele. In jedem Fall unterstützen sich beide Partner darin, die Beziehung als „verschieden“ zu definieren. Gerade das Beispiel der Mutter-Kind-Beziehung verweist jedoch darauf, daß der Komplementarität nicht nur ein pathologischer Charakter zukommt, was der Terminus „Schismogenese“ nahezulegen scheint. Auch die Beziehung zwischen Mann und Frau kann als komplementär im Sinne einer Ergänzung bezeichnet werden, ohne daß dem ein pathologisches Moment anhaften muß. Die umgangssprachliche Rede von der „besseren Hälfte“ drückt auch eine Ahnung einer nicht-pathologischen Komplementarität aus. Im Fall der Symmetrie akzeptieren beide Partner die Gleichheit oder verlangen deren Anerkennung durch den anderen. Auch hier gilt, daß „Gleichheit“ nicht sofort auf einen gestörten Beziehungsprozeß verweist.

In allen Beziehungen gilt wohl, daß sie in diesem oder jenem Bereich mal komplementär, mal symmetrisch gestaltet werden. Gerade die Balance der Dialektik von „Gleichheit“ und „Verschiedenheit“ hat wesentlichen Anteil am Gelingen oder Scheitern einer Beziehung. Gäbe es indessen nur diese beiden Typen von Beziehungen, könnte auch eine therapeutische Beziehung nur komplementär oder symmetrisch sein. In beiden Fällen wäre die Gefahr eines „schismogenetischen“ Entgleisens gegeben. Da in der Initialphase einer Familientherapie Erwartungen des „Helfens“ an den Therapeuten gerichtet werden, liegt es nahe, die Komplementarität dieser Beziehung zu untersuchen. Bietet sich der Therapeut als Helfer an, legt er damit die Familie auf die komplementäre Rolle des Hilfesuchenden fest; das immobilisiert aber ihre Selbsthilfepotentiale, macht die Familie eher passiv. Das kann z. B. durch das Erfragen von Informationen geschehen: der Therapeut fragt und die Familie liefert, im Glauben der Therapeut brauche das zur Hilfeleistung, die erbetteten Antworten. Fragen und Antworten charakterisieren die entstehende Beziehung als komplementär. Aber was

dann? „Mehr desselben?“ (Watzlawick et al., 1974). Weitere Fragen? Irgendwann wird auch die geduldigste Familie aus der Komplementarität ausbrechen wollen und ihrerseits wissen wollen, d. h. fragen, was der Therapeut denn nun mit den vielen Fragen und Antworten macht. Das Beziehungsspiel dreht sich um, bleibt aber komplementär. Das System ist unverändert: Der Therapeut hat alle verfügbaren, d. h. der Familie bewußten Informationen, aber es ist noch kein therapeutisches System entstanden. Haleys Überlegungen über das „one upmanship“ könnten hier weiterhelfen: In einer komplementären Beziehung ist einer der Partner „up“, einer „down“. Damit ein therapeutisches System entsteht, muß der Therapeut von Anfang an eine Paradoxie bewältigen: Seine berechtigten interessierten Fragen definieren ihn nämlich als „down“; er ist gegenüber der Familie der „Dümmste“, der alles erst noch erfragen muß, was die Familie längst weiß. Damit das auch für ihn auf Dauer emotional erträglich wird, muß er einen Beziehungskontext der *Metakomplementarität* festlegen – er ist es, der der Familie erlaubt, ihn als „down“ festzulegen. Da er es erlaubt, ist er auf einer Meta-Ebene „up“.

Dann, und nur dann, wenn es dem Therapeuten gelingt, einen Beziehungskontext der Metakomplementarität festzulegen, kann er die Kontrolle über die Situationsdefinition behalten. Nur in diesem Kontext kann er berechtigt Macht ausüben, die die familiäre Veränderung ermöglicht. Bei allen seinen Äußerungen muß der Therapeut darauf achten, in welcher Weise sie die metakomplementäre Beziehungsdefinition berühren. Sie sollten so gehalten sein, daß dieser Kontext stets wieder hergestellt wird.

Bei Familientherapeuten gibt es einen Trend, nur die „großen“ Interventionen für wirkungsvoll zu halten. Ich glaube demgegenüber, daß es auch die kleinen beiläufigen Bemerkungen sind, die an entscheidender Stelle mit sanfter Macht Weichen stellen; gerade „kleine Bemerkungen“ tragen zum Aufbau des therapeutischen Systems in der Initialphase bei, nicht große Erklärungen. So kann der Therapeut z. B., wenn er mit der Familie das Behandlungszimmer betritt, auffordern: „Bitte, nehmen Sie Platz“, mit einer einladenden Geste. Diese Aufforderung bewegt sich im Kontext umgangssprachlicher, konventioneller Erwartungen – gerade deshalb kann sie kaum entwertet werden. Sie fordert andererseits genau dazu auf, etwas zu tun, was sich von selbst gerade ergibt – und damit erklärt der Therapeut seinen Anspruch, die Kontrolle über das, was in seinem Behandlungszimmer geschieht, behalten zu wollen. In einer anderen Terminologie könnte man darin auch eine Induktion einer leichten „Alltagstrance“ sehen – es ist Teil hypnotischer Techniken, dem Patienten das zu verordnen, was sowieso gerade passieren wird.

3 Der Widerstand gegen das Setting

Technisch sehr schwierig zu handhaben ist der „Widerstand gegen das Setting“. Nicht-indizierte Familien-

mitglieder lehnen oft eine Familientherapie ab mit der Begründung, „Diese(r) da“ habe doch das Problem. Sollen Therapeuten dann ihr Konzept erklären? Was ist, wenn sie sogar direkt danach gefragt werden? Das folgende Beispiel ist die Transskription der ersten 3 Minuten eines Familiengesprächs. Entgegen der telefonischen Vereinbarung bringt das Ehepaar die beiden Kinder nicht mit und kommt 1/4 Stunde zu spät.

Eröffnungsphase bei Familie S. (Verbatim-Protokoll)³:

Das Ehepaar S. hatte sich angemeldet, da beide sich bereits viermal getrennt hatten, jetzt ein fünftes Mal. Aus einer ersten Ehe des Mannes gibt es den 10jährigen Jungen Hans, ein gemeinsames Kind ist die 3jährige Gerda.

Begrüßung mit einfacher Nennung der Namen.

Therapeut 1 (männlich): „Ja, bitte nehmen Sie doch Platz!“ (einladende Geste, alle 4 Teilnehmer des Gesprächs nehmen Platz)

Th. 1: „Vielleicht, daß wir vorneweg so ein paar prinzipielle Sachen besprechen wollen – wir wollen jetzt zusammen dieses Gespräch so'ne Stunde lang mit ihnen machen.“ (Es folgen Erklärungen, die die Video-Kamera und die Abgabe eines Krankenscheines betreffen. Das Ehepaar stimmt mit einem „hm“ der Bitte, das Gespräch aufzuzeichnen, zu.) – Pause – Herr S.: (mit sehr leiser Stimme) „Ja, sie hatten gesagt und auch geschrieben, daß sie es schön fänden, wenn die Kinder bei der ersten Sitzung mit dabei sind, also, fand ich spontan auch gut, heute hat es nicht geklappt, weil, der Junge hat sich ganz fest was anderes vorgenommen, der Große, und ja, für die Kleine war – nicht Zeit, die macht Mittagsschlaf –“

Th. 1: „hm, hm“

Herr S.: „– aber auch so, ähm, ja, weil ich überhaupt mit so was Ähnlichem bisher noch nie zu tun gehabt hätte, hätte ich so ma Fragen dran, so, bevor ich anfangen zu arbeiten, so möchte ich schon ganz gern wissen, mit was, oder womit oder in welcher Richtung –“

Th. 1: „hm – und wie sehen da so ihre Fragen aus?“

Herr S.: „Jaaa, also erst ma sowas Finanzielles, ham wir schon mal geklärt, das war für mich so'ne Frage (lacht leicht) – dann überhaupt, mit welchem Personenkreis sie sonst arbeiten, also ich möchte so'n bißchen Sicherheit haben, daß ich so in'n richtigen Händen bin, wirklich, also – mit unserer Geschichte, ähm, ja welche Rolle da die Kinder dabei spielen sollen, so'n bißchen Konzeptfrage.“

Th. 1: „hm, hm“

Therapeutin (an die Frau gewandt): „Haben sie auch so ähnliche Fragen wir ihr Mann?“

Frau S.: „Ja, ist das eigentlich so ähnliche –“

Th. 2: „Oder –? Ja, ich weiß nicht, welche Informationen haben sie von unserer Abteilung?“

Frau S.: „Also, ich hab' die Information, deswegen hab' ich mich auch hierher gewandt, daß sie eben hauptsächlich mit Familien und Schwierigkeiten innerhalb –“

Th. 1: „hm, hm“

Frau S.: „– von Familien und Scheidungsfällen gearbeitet wird und das schon 'n Spezialgebiet iss – deswegen – dachte ich mir, 's is gut, sich hierherzuwenden.“

Th. 1: „hm, hm“ (Pause)

³ Es handelt sich um eine Sitzung, die von Teilnehmern an unserer familientherapeutischen Ausbildung durchgeführt wurde. Ich hatte die Supervision übernommen und möchte der Gruppe für die Zusammenarbeit danken.

Th. 2: „Is richtig, unsere Abteilung, die nennt sich hier Abteilung für Psycho- und Soziotherapie und wir machen hier hauptsächlich Familientherapie –“ (Pause)

Th. 2: „– also arbeiten mit ganzen Familien –“

Herr S.: „Also, ich – also –“

Th. 2: „– aber vielleicht auch die Frage, was hat sie denn jetzt so zu uns geführt?“

Diese Familiensitzung beginnt mit einem massiven Widerstand: entgegen der Vereinbarung werden die Kinder nicht mitgebracht und ihr Fernbleiben lapidar entschuldigt („Mittagsschlaf“), das Ehepaar selbst kommt zu spät. Der Widerstand setzt sich auf der Beziehungsebene fort: beide Partner haben Fragen nach der Arbeitsweise, nach dem „Konzept“. Die Therapeuten versuchen, inhaltlich etwas zum Konzept zu erläutern und steuern dann auf die „Problemdefinition“ des Paares zu („Was führt sie zu uns?“); der Widerstand wird umgangen – mit der schwerwiegenden Folge, wie sich in den darauffolgenden Stunden zeigt, daß die „Fragen“ unverstanden und ohne Antwort blieben.

Durch welche Äußerung hätten die Therapeuten einen metakomplementären Beziehungskontext festlegen können? Wie sich in der Supervision zeigte, hatten die Therapeuten bereits in dieser Anfangsphase ein starkes Gefühl der Hilflosigkeit und des „Überrollt-Werdens“ durch das Paar – Ausdruck der Versuche des Paares, eine komplementäre Beziehung zu definieren, in der die Therapeuten „down“ waren (sie sollen sich erklären). Gleichzeitig wurde diese Beziehungsdefinition verleugnet; das Paar spricht mit leiser Stimme, überfreundlich. Wie dem begegnen?

Wir fanden heraus, daß eine Möglichkeit gewesen wäre, nachdem Herr S. die „Konzeptfrage“ gestellt hatte, mit einer Klarifikation des von ihm dort schon artikulierten Konflikts zu reagieren: er möchte Sicherheit haben, will „in richtigen Händen“ sein „mit unserer Geschichte“, aber zögert, sich „einzulassen“. Eine Antwort hätte also lauten können:

„Sie möchten sich in richtige Hände begeben, um sich sicher fühlen zu können, deswegen stellen sie Fragen nach dem Konzept. Auf der anderen Seite fürchten sie sich aber davor, wie nahe wir uns dabei kommen könnten.“

Eine solche Antwort greift nicht nur die körpernahe, sinnliche Qualität der Äußerung von Herrn S. auf (sich in richtige Hände begeben), sie artikuliert den verleugneten Anteil, das „Sich-nicht-Einlassen“ und verbindet ihn mit dem bewußtseinsnahen Motiv, Fragen zu klären. Daß er Fragen nach dem „Konzept“ des Therapeuten stellt, wird in einem erweiterten Rahmen gestellt, nämlich aus einem Nähe-Distanz-Konflikt heraus verstanden. Der Therapeut erweitert so sofort den Verstehenshorizont – und das bringt ihn in die metakomplementäre Position, löst *auch* ihn selbst aus der hilflosen Befangenheit und beantwortet darüber hinaus die Frage nach dem „Konzept“: nicht durch inhaltliche Erklärungen, sondern indem es praktiziert wird. Der Konflikt, den Herr S. in der Beziehung zu den Therapeuten gestalten will, im Sinne einer interpersonellen Abwehr (Mentzos, 1976), die

den Therapeuten lahmlegen würde, wird als sein Konflikt definiert. Hier kann dann therapeutische Arbeit potentiell beginnen.

Halten wir also fest:

- a) Auf der Beziehungsebene beginnt der Aufbau des therapeutischen Systems, indem der Therapeut einen Kontext der Meta-Komplementarität festlegt.
- b) Diese Festlegung erfolgt *vor* der inhaltlichen Arbeit (Erfragen von Daten, Problemen, Konflikten etc.).
- c) Darüber hinaus ergibt sich ein Kriterium für die Angemessenheit therapeutischer Äußerungen: sie sind dann angemessen, wenn sie den metakomplementären Beziehungskontext festlegen oder wiederherstellen.

„Metakomplementarität“ allerdings ist ein formales Konzept. Das Formale daran ist ein Vorteil: Wenn es ein Ziel der Familientherapie ist, daß alle Familienmitglieder überleben (Sperling, mündliche Mitteilung), dann muß es auch ein Ziel sein, daß der Therapeut (emotional) überlebt. Mit „Metakomplementarität“ ist der „Ort“ gemeint, von dem aus das möglich sein kann. In der Praxis allerdings muß er mit Inhalt gefüllt werden, damit der Therapeut der Familie tatsächlich einen emotionalen Raum zur Verfügung stellen kann, in dem sie ihre Störung inszeniert.

4 „Up/down“ und „gut/böse“: die nicht-familiäre therapeutische Position

Therapeuten, die um die Familie „werben“, sind in der „down-Position“; sie fühlen sich oft wie die Kinder, die störrische, widerstrebende, unverständige Eltern zu etwas bewegen wollen, was sie dann doch nur widerwillig zu geben bereit sind. Therapeuten in der „up-Position“ verhalten sich oft auf dem Kontinuum von charismatisch-allmächtig bis autoritär; auf der psychischen Bühne sind sie in der Position der Großeltern.

Das Konzept der Metakomplementarität hingegen paßt gerade nicht in solche familialistischen Muster; der Therapeut *ist* weder Großelternteil noch Kind – obwohl ihn die Familie allzu gern in solche Positionen manövrieren möchte. *Die therapeutische Position steht in einem nicht-familiären Verhältnis zur Familie.* Um einen metakomplementären Beziehungskontext festlegen zu können, d.h. bevor der Therapeut etwas „sagt“, muß er „Verstehen“ üben in einer bestimmten, näher zu beschreibenden Wahrnehmungseinstellung. An die Mitteilung dessen, was er verstanden hat, kann dann die Forderung gestellt sein, daß sie nicht lediglich beschreibt, sondern „handelt“. Therapeutische Äußerungen könnten daraufhin untersucht werden, welche Selbst-Definition ein Therapeut dabei impliziert bzw. welche fremden Zuschreibungen er dabei abweist bzw. welche (Be-)Handlungen sie ausführen.

„Metakomplementarität“ ist ein systemisches Konzept, das den Fallen der Macht zu entkommen sucht, indem es die Positionen von „oben“ oder „unten“ umgeht. Es geht jedoch nicht nur um diese Positionen, es geht auch um

das Erleben von „gut“ und „böse“. Am Anfang jeder Familienbehandlung können Eltern nämlich nicht anders, als sich gekränkt und verletzt zu fühlen; sie müssen die Angst, angeklagt zu werden, bewältigen, sie sehen sich in Frage gestellt oder tun es selbst. Kurz, sie fürchten, für „böse“ erklärt zu werden. Ein regelmäßiges Abwehrmanöver dieser Angst trifft man, wenn die Eltern das „Böse“ auf den Therapeuten verschieben – und auf das Kind. Das Kind ist unverständlich „schwierig“ und der Therapeut aufgrund persönlicher Widerwärtigkeit nicht wert, ins Mysterium der familiären Geheimnisse vorgelassen zu werden. Gelingt es dem Therapeuten jedoch, sich in metakomplementärer Weise als jemand zu definieren, der von der reichen Erfahrung gerade dieser Familie profitieren möchte, dann vollzieht sich in der Beziehungsökonomie ein Positionswechsel: er gehört jetzt zur Kategorie „gut“ und damit sind auch die Eltern „gut“, nicht nur für ihn, sondern auch für ihr Kind. Die Eltern werden zu „Ratgebern“ des Therapeuten, sie sind seine Informanten, deren Beiträge geschätzt und gewürdigt werden und Aufschluß bieten⁴.

Es verschafft der Familie narzißtische Genugtuung, wenn das gesamte therapeutische System „gut“ ist (denn das familiäre System ist ja „schlecht“). Das Kind wird dann ein „gutes“ Objekt, denn es gibt auch den Eltern Gelegenheit, „gut“ zu sein; der Therapeut kann durch die Akzeptierung seiner unvermeidlichen „Unterlegenheit“ (er weiß in der Tat am wenigsten über die Familie) das Bedrohungsgefühl für die Familie mildern. So gehört zum Aufbau des therapeutischen Systems eine stillschweigende narzißtische Gratifikation, die besonders zu Anfang erlebt und ausgestaltet werden darf; hier verbinden sich das systemische Konzept der Metakomplementarität und psychoanalytische Einsichten über die Beziehungsökonomie. Denn es ist die therapeutische Haltung, „Unterlegenheit“ ebenso zu *akzeptieren* wie die „Infantilisierung“ (also Metakomplementarität), die die narzißtische Aufwertung für die Familie freigibt und so einen positiven libidinösen Antrieb beim Aufbau des therapeutischen Systems sich zunutze machen kann.

5 Verstehen und Nicht-Verstehen

Die psychoanalytische Theorie des Erstinterviews (*Argelander*, 1970; *Buchholz*, 1987; *Friedrich*, 1983) sieht eine der Hauptaufgaben der Interviewtechnik darin, dem Patienten es zu ermöglichen, nicht nur *über* seine „Krankheit“ zu berichten, indem er „objektive Informationen“ liefert, sondern Aspekte der Störung im Interview selbst zu inszenieren („szenische Information“), so daß sie für die beiden Gesprächspartner lebendig erfahrbar werden. Während des oder nach dem Interview macht sich der Interviewer ein „Bild“ von seinem Gegenüber, das weniger einer photographischen Reproduktion,

sondern eher der Gestaltung einer Portraitmalerei ähnelt, wie *Argelander* (1979) – auf den künstlerischen Aspekt anspielend – meint.

Will man eine solche Technik auf das Erstgespräch mit Familien anwenden, ergeben sich sehr rasch Schwierigkeiten, die aus dem enormen Handlungsdruck, den Familien erzeugen, resultieren. Er ist in jedem Fall ungleich höher als beim Einzelpatienten. Der Familientherapeut muß sich darauf einstellen, daß er erst einmal sehr viel mehr von dem, was die Familie anbietet, *nicht* versteht und daß die Familie doch sogleich rasche Antworten von ihm erwartet, die zu geben er sich oft nur schwer bereithalten kann. Die Kräfteverhältnisse sind am Anfang nur schwer einzuschätzen.

Deshalb wurden von nicht-psychoanalytischen Familientherapeuten verschiedene Techniken entwickelt, die helfen sollen, Ordnung ins „Material“ zu bringen. Im wesentlichen handelt es sich dabei um Fragen, die der Therapeut an die Familie stellt; sie können theoriegeleitet sein, z. B. Vermutungen über die Vorgeneration betreffen oder methodengeleitet sein, was für das zirkuläre Fragen zutrifft (*Selvini et al.*, 1981, *Penn*, 1983). In jedem Fall entsteht eine Interaktionsstruktur, die die Familie auf den Therapeuten reagieren läßt; die Kommunikation ist sternförmig therapeutenzentriert. Das *psychoanalytische* Erkenntnisinteresse daran, wie die Familie sich gestaltet, wie sie ihre „Störungen“ inszeniert, wird dabei jedoch allzusehr vom Interesse an Übersichtlichkeit und Geordnetheit, „Verstehbarkeit“ blockiert. Damit ist eine grundlegende Dialektik beim „Aufbau des therapeutischen Systems“ schon skizziert: Der Therapeut muß das, was er versteht und das, was er nicht versteht, in ein balancierbares Verhältnis bringen. Das Verständliche ist dabei das leichtere; es bestätigt ja in der Regel seine theoretisch vorgefaßten Denkmuster. Das Unverständliche stellt die Herausforderung dar; es ist das Fremde, das Andere, das Unbewußte. Insofern wäre das Erkenntnisinteresse dem des Ethnologen vergleichbar: Der psychoanalytische Familientherapeut sucht Zugang zu einer fremden Familienkultur. Deren Verständnis erschließt sich jedoch nur in einem hermeneutischen Prozeß der Abgleichung und Relativierung der eigenen Deutungsmuster. Das, was er schon immer zu verstehen glaubt, wird verfremdet, je näher er dem Nicht-Verstandenen tritt. Nun kann aber „das Fremde“ auch nicht mythologisiert werden! Der Therapeut muß sich eine Basis fürs Verstehen schaffen, die die ganze Familie betrifft. Diese Aufgabe, als aktive therapeutische Leistung verstanden, kommt von Anfang an hinzu; hier liegt einer der Unterschiede zu Gesprächen mit Einzelpatienten. In der Sitzung beobachtet der Therapeut ein familiäres System, macht sich Gedanken über „Delegationen“ (*Stierlin*), „Rollenzuschreibungen“ (*Richter*), mehrgenerationale Verstrickungen (*Sperling et al.*), Abgrenzungen zwischen den Subsystemen (*Minuchin*), über Paradoxien (*Selvini*), Fusionen (*Overbeck*) etc. All diese Konzepte fokussieren auf die „Familie als System“. Was jedoch die Co-Therapeuten hinter Einwegscheiben oder am Videomonitor sehen, ist eine „Familie + Therapeut“. Der Therapeut spricht von einem

⁴ *Kestemberg et al.* (1986) beschreiben anschaulich, daß nicht nur Therapeuten, sondern auch schon bloße Familien-Beobachter sich dabei infantilisiert fühlen können.

bestimmten „emotionalen Ort“ aus, er nimmt in spezifischer Weise wahr und er setzt einen äußeren und inneren Rahmen, innerhalb dessen sich die Familie inszeniert.

6 Aspekte der psychoanalytischen Wahrnehmungseinstellung

Erfragt der Therapeut, weshalb die Familie kommt, wie ihre Beziehungen zueinander, welche „life events“ früher vorgefallen, wie die Eltern aufgewachsen sind, wie die Geschwister zueinander stehen, wie sich die Schwiegereltern ins Familienleben einmischen, wie die Familie wohnt usw., so realisiert er eine Wahrnehmungseinstellung, die W. Loch (1965) als die „Haltung der objektiven Transzendenz“ gekennzeichnet hat. Er interessiert sich fürs Familienleben „dort draußen“ (d.h. er transzendiert die ablaufende, aktuelle Gegenwart in seinem Behandlungszimmer) und sucht danach, objektive Informationen zu erlangen bzw. Widersprüchlichkeiten in der Darstellung dessen, was „dort und damals“ war (z.B. in der Abfolge der Familiengeschichte) aufzuklären. In seiner inneren Einstellung begleitet er die Familie in ihre Geschichte(n), geht in Gedanken sozusagen mit nach Hause oder imaginiert im erlebenden Nachvollzug Früheres. So erfährt er Aufschlußreiches, gewinnt relevante Informationen, die sich ihm zu einem inneren „Bild“ verdichten, aus denen er erste Hypothesen gewinnt.

Loch (1965) stellt dem die „Haltung der subjektiven Transzendenz“ gegenüber: der Therapeut verschafft sich Aufschluß über seine eigene Befindlichkeit „hier und jetzt“ in diesem Raum, versucht, sich den Zugang zu eigenen Assoziationen und Phantasien offenzuhalten, bleibt im Behandlungszimmer und gewinnt so eine Hypothese, allerdings eine *anderer Ordnung*: sie betrifft die *Beziehung*, die die Familie zu ihm gestaltet. Nur mit dieser Wahrnehmungseinstellung kann der Therapeut etwas erfahren, was bewußtseinstranszendent, jenseits der bewußten Geschichten liegt: *das Unbewußte artikuliert sich in der aktuellen Beziehung*⁵. Es wahrzunehmen ist der Schritt, um mit ihm in den Dialog zu kommen. Gelingt es, seine subjektive Befindlichkeit als ein Produkt der von der Familie inszenierten Beziehungsgestaltung zu analysieren, so „transzendiert“ er das aktuell ablaufende Geschehen ebenfalls: Er entdeckt, daß er nicht nur „Beobachter“, sondern bereits Mitspieler in einem familiären „Drama“ geworden ist. Die Familie stellt sich *ihm* dar. Die Haltung der subjektiven Transzendenz ist methodisch zu verstehen. Sie stellt eine mögliche „Lesart“ für das dar, was die Familie spricht und tut: *Alles, was während der Sitzung geschieht, hat eine Bedeutung in bezug auf die familiäre Störung und in bezug auf den Therapeuten*.

Die Bedeutung für den Therapeuten allerdings erschließt sich oft erst unter Bezugnahme auf die Haltung

der objektiven Transzendenz. Beide Haltungen, beide Wahrnehmungseinstellungen stehen in einem Wechselspiel. Die therapeutische Haltung oszilliert also auch zwischen diesen, nicht nur zwischen identifikatorischer Teilhabe und distanzierter Beobachtung. Die beiden beschriebenen Wahrnehmungseinstellungen können mit Bateson (1981) als „doppelte Beschreibung“ verstanden werden. Sie interpretieren sich gegenseitig, eine erhellt im Licht der anderen (zum Konzept der „doppelten Beschreibung“ in psychanalytischer Familientherapie vgl. Buchholz, 1986).

Die von Loch schon 1965 beschriebenen Haltungen der subjektiven und objektiven Transzendenz stehen in einem Verhältnis der Komplementarität zueinander. Ein Beispiel soll den Wechsel zwischen beiden Einstellungen illustrieren:

Frau V. lebt mit ihrem Mann zusammen; beide haben vor einem halben Jahr geheiratet. Aus ihrer ersten Ehe mit einem Südländer gibt es die 7jährige Natalie, mit der der Stiefvater nicht zurechtkomme. Herr V. war früher eine Art Berater in vielen praktischen Lebensfragen für sie; das reichte von der Gestaltung der Wohnungseinrichtung bis hin zu finanziellen Angelegenheiten. Sie habe ihn, sagt sie im Erstgespräch, geheiratet, weil er halt da war und Geduld hatte. In der Zeit der Trennung von ihrem 1. Mann sei er oft gekommen und habe für sie gekocht. Wenn dann ihr Ex-Mann aufgetaucht sei oder anrief, habe sie ihn fortgeschickt. Sie war die „Herrin“, er der „Sklave“, können wir im ersten Kontakt schon besprechen. Er ist ältester Bruder von 6 Geschwistern und sei von einer „rabiaten“ Mutter aufgezogen worden. Der Vater war beruflich oft abwesend. Noch heute sieht er es als gerechtfertigt, daß seine Mutter ihn im Alter von 17 Jahren mit dem Teppichklopfer geprügelt hat. Bis Ende zwanzig habe er kein Interesse an den Mädchen gehabt; sie hingegen sagt, im Alter von 17–20 Jahren habe sie einen ausgesprochenen „Männerhaß“ entwickelt. Das hänge mit irgendeinem Vorfall mit ihrem Vater zusammen, an den sie sich jedoch nicht erinnern kann. Herr V. sagt, er habe sie geheiratet, weil sie reifer sei als er und außerdem einige Jahre älter. Sie findet es nicht schlimm, wenn Natalie beim abendlichen Essen – von ihm gekocht – meckert: „Denn soll sie halt mal zwei Wochen pommes frites essen, das macht doch auch nichts“, sagt sie „genervt“ und mit unüberhörbarem Haß in der Stimme. Er schildert Natalie als „kleinen Teufel“, der sich nichts sagen lasse. In der Stunde spricht Natalie kurz über die Schule – aber mit ausgesprochenem „babytalk“, wie eine 3jährige.

Die heftigen Machtkämpfe zwischen Stiefvater und Tochter werden aufgrund dieser objektiven Daten verständlich: Natalie kann sich auf eine Haltung zurückziehen und wird von ihrer Mutter darin unterstützt, daß man sich von einem „Sklaven“ nichts sagen lassen müsse. Er findet seine aus der Herkunft vertraute Familiensituation wieder vor: Eine „rabiante“ Mutter und einen abwesenden Vater, er ist wieder der gutmütige, gequälte ältere Bruder. Sie kann ihren Männerhaß ausleben und kann obendrein nun in der 2. Ehe dort „Herrin“ sein, wo sie sich dem 1. Mann hilflos ausgeliefert sah.

Das alles sind Hypothesen aus der Haltung der objektiven Transzendenz. Sie strukturieren das Bild von der Familie, aber wie gestaltet sich die Beziehung zu einem männlichen Therapeuten? In welcher Weise kann der Therapeut zur Familie sprechen? Schließlich kann er nicht einfach seine Hypothese direkt mitteilen.

⁵ Das stimmt gut mit Jacksons Feststellung (1967, S.143) überein: „Whatever an individual says about his past is also a comment on, or way of handling the interviewer; that is, the ‚history‘ is a metaphor about the present relationship.“

Das Problem, wie die Familie anzufassen sei, aktualisiert sich, als zum zweiten Termin Frau V. mit Natalie allein auftaucht, ihr Mann habe von seinem Büro aus noch kommen wollen – aber nach 20 Minuten erscheint er immer noch nicht. Der Therapeut sucht Frau V. und Natalie auf und schlägt vor, nicht länger zu warten, lieber einen neuen Termin zu vereinbaren. Frau V. meint enttäuscht, sie habe geglaubt, man könne doch auch ganz gut ohne ihren Mann vielleicht anfangen oder wenigstens das eine oder andere schon besprechen. ... Jetzt hört es sich so an, daß sie ihn nicht dabei haben wollte. Will sie eine Stunde mit dem Therapeuten allein verbringen? Der Therapeut besteht freundlich auf seinem Vorschlag und Natalie wirft ihm beim Verabschieden einen kleinen Handkuß zu.

Wie mit der Familie sprechen, wie sie anfassen?

Der Therapeut, der sich diese Fragen vorlegt, hört nun zu seiner Überraschung, daß Frau V. den dritten Termin mit der Frage an ihn beginnt, wie sie Natalie „anfassen“ sollen. Die Gesprächsatmosphäre ist gereizt, kämpferisch. Frau V. fordert mit geringschätzigem Ton ihren Mann auf: „Erzähl du mal!“

Die Frage nach dem „Anfassen“ macht dem Therapeuten klar, daß er sich in bezug auf die Familie mit dem gleichen Problem beschäftigt wie die Familie in bezug auf Natalie. Das bestimmt nun seine weitere Wahrnehmungseinstellung: Was von den Eltern über Natalie erzählt wird, ist ein indirekter Kommentar zur Beziehung zwischen Familie und Therapeut. Die Geschichten werden zum Kommentar der aktuellen Gegenwart im Behandlungszimmer.

Der Stiefvater erzählt, daß Natalie abends nie pünktlich ins Bett geht. Sie sage kategorisch: „Nein!“ Man könne ihr keine Zeit setzen. (Der Therapeut denkt daran, daß Herr V. zur letzten Stunde nicht erschien und daß es auch ihm nicht gelang, eine Zeit zu setzen, die Familie kam schon beim ersten Mal 10 Minuten zu spät, heute erneut.) Alle Erklärungen akzeptiere sie nicht. Sie habe Angst, ein „permanentes Angstgefühl“. Dann komme sie abends zu den Eltern gelaufen und äußere furchtsam, „Räuber“ könnten kommen. Damit versuche sie aber doch nur ihren Willen durchzusetzen, oder?⁶

Der Therapeut ist sich seines methodischen Leitfadens jetzt sicher: Wenn von Natalie gesprochen wird, ist von der Familie, wie sie sich hier in der Stunde erlebt, die Rede. Die Angst vor dem „Räuber“, das wäre dann er, dessen „Einbruch“ ins Familienhaus gefürchtet wird – und ersehnt. Denn im nächsten Augenblick fragt die Mutter den Therapeuten: „Können sie nicht mal ein paar Gegenfragen stellen?“ Und spricht sofort weiter davon, daß sie keinen Schritt aus dem Haus tun können, ohne daß Natalie völlig „ausrastet“. Dann fange Natalie an zu schreien, ergänzt der Vater, das seien ihre Druckmittel.

Die hochgespannte Atmosphäre, die aus der Schilderung der häuslichen Szene „dort draußen“ verständlich wird, ist auch in der Stunde. Druck und Gegendruck scheinen die vorherrschenden, der Familie vertrauten Mittel zur Beziehungsregelung zu sein, auch der Therapeut soll „Gegenfragen“ stellen. Täte er dies, wäre er allerdings der eindringende „Räuber“, auf den die Familie reagieren würde, indem sie sich verschließt. Er sagt deshalb: „Da haben sie es ja nicht ganz leicht.“ Damit findet er nicht nur Anschluß an das bewußtseinsnahe Selbstverstehen,

sondern er definiert auch seine Position: sie steht außerhalb des Systems von Druck und Gegendruck. Er bietet Entlastung.

Der Vater schildert daraufhin ein weiteres von Natalies „Druckmitteln“: In wenigen Jahren, so sage sie, gehe sie sowieso zu ihrem Vater. „Sie will am liebsten, daß ich verschwinde.“ Nun kann der Therapeut, da sich die Atmosphäre spürbar entspannt hat, den Vater fragen, wie er sich dabei fühlt und verbindet dies mit einer Erklärung darüber, daß es ja „die Gefühle“ sind, die die Atmosphäre, das Familienleben, das Befinden „von uns allen“ so wesentlich bestimmen. Ob wir nicht auch darüber sprechen sollten? „Tja“, antwortet er, „er fühle sich unglücklich.“ Und ergänzt etwas später, er fühle sich oft „im Abseits stehen“, wie ein „Fremdkörper“. Er steht im Abseits, „und auf der anderen Seite stehen meine Frau und ihr Ex-Mann und Natalie“. Eine erste Selbstbeschreibung der familiären Struktur ist gelungen. Nun wendet die Mutter ein, es laufe alles darauf hinaus, daß sie „Schuld“ habe, aber es stimme schon, was ihr Mann sage. Daran erinnert, daß sie ihren Mann beim zweiten Termin auch hier ins „Abseits“ gestellt hätte, reagiert sie abwehrend und kommt wieder auf Natalie zu sprechen: „Ein anderes Kind hätte das schon längst gerne gemacht, zu ihm ‚Pappi‘ gesagt“, sagt sie resigniert. Wer könnte das „andere Kind“ sein?

Der Therapeut denkt an seinen „Leitfaden“ der subjektiven Wahrnehmungseinstellung und an die unbewußte Gleichung der Eingangsszene: Wenn die Eltern von Natalie sprechen, meinen sie sich. Das „andere Kind“ ist sie selbst, sie hätte gern eine Stunde mit dem „Pappi“-Therapeuten verbracht, den sie aber auch als „Räuber“ ebenso wie Natalie fürchtet. Jetzt läßt sich eine Vermutung über ihren „Männerhaß“ aufstellen, den sie in Verbindung zum Vater brachte: Es muß eine Liebesenttäuschung am Vater vorgefallen sein, die ihre Liebe in Haß verwandelte. Der Haß blieb ihr bewußt, die Liebe mußte unbewußt gemacht werden – und diese Spaltung verkörpert erneut Natalie, die zum Stiefvater nicht „Pappi“ sagen will, obwohl sie seit ihrem 2. Lebensjahr mit ihm zusammen ist. Die Mutter kann ihr aufgrund ihrer eigenen Fixierung nicht bei dem entscheidenden Schritt helfen. Natalie malte in dieser Stunde versonnen ein großes, rotes Herz auf einem Blatt Papier aus.

Weshalb diese Unterscheidung zwischen den beiden Wahrnehmungseinstellungen therapeutisch so wichtig ist, läßt sich auch für den Stiefvater zeigen.

Natalies Stiefvater sieht in ihr ein „kleines Teufelchen“, das rechtzeitig domestiziert werden soll. Er fürchtet, wenn man nicht bald eingreift, daß Natalie schon in ein, zwei Jahren sich gar nichts mehr sagen läßt. Am liebsten würde er ihr deshalb schon jetzt jeden Tag ihre „Grenzen“ zeigen, er möchte sie „auflaufen“ lassen, er möchte strafen, hart und fest, zügelt sich allerdings noch selbst. Der narzißtisch gekränkte Mann – er wird nicht als „Vater“ anerkannt, ohne daß ihm klar wäre, daß als „Vater“ nur anerkannt wird, wer diese Anerkennung nicht „braucht“ – fühlt sich von allem am Kind gestört. Natalie gestaltet ihm nicht die Identifizierung mit der Macht und Autorität ausübenden Figur der eigenen Mutter, so daß er die von ihrer „Rabiatheit“ erlittenen Kränkungen nicht „weitergeben“ kann, wovon er sich eine wenigstens kurzfristige Entlastung erhofft; auch seine Frau (im unbewußten Erleben die Mutter) duldet das nicht. Die im Akt der Bestrafung liegende aggressive Triebabfuhr ist ihm verwehrt; aber so wie das „Böse“ an ihm bekämpft und mit Prügeln „ausgetrieben“ werden sollte, sieht er nun in

⁶ Ich hoffe, der Leser merkt an meiner Formulierung, daß nicht ganz klar ist, ob von Natalie oder der Familie die Rede ist; genau das ist beabsichtigt und soll das Phänomen – das Wörtchen „sie“ hat eine doppelte Bedeutung: Nathalie oder „die Familie“ – der Überschneidung zweier latenter Textstrukturen nachvollziehbar machen.

Natalie projektiv verzerrt das „Teufelchen“. So gesehen ist Natalie Austragungsort für die Projektion verdrängter, negativer Selbstanteile beider Eltern. Diese Konstellation führt zu einer unerträglichen symmetrischen Eskalation in der Familie. Die manifeste Rivalität zwischen Vater und Tochter scheint auszu-schließen, daß beide zusammen zur Familie gehören können. Die Beziehungsregel lautet: „Einer muß gehen.“

Diesen Mann mit Triebwünschen zu konfrontieren, mit Deutungen solcher Art, daß er vermuten könnte, der Therapeut glaube, Natalies „Fehler“ seien eigentlich seine, würde seine narzisstische Kränkung nur erneut beleben, da er sich in seiner so-wieso prekären Selbstmächtigkeit in Frage gestellt sehen müßte.

Solche Überlegungen kommen aus der Haltung der objektiven Transzendenz, die Zusammenhänge noch *konstruieren* muß, solange sie nicht (ein-)fühlbar sind; die Haltung der subjektiven Transzendenz zeigt dem Therapeuten, welche Bedeutung er für die Familie hat, wie sie auf seine Äußerungen reagiert, so daß er den Zeitpunkt abschätzen kann, wann Zusammenhangskonstruktionen als *Deutungen* formuliert und ausgesprochen werden können. Aus der Haltung der subjektiven Transzendenz heraus kann er seine Rolle als Mitspieler an den familiären Szenen rekonstruieren. Das Verstehen dieser Szenen ist für die psychoanalytische Wahrnehmungseinstellung zentral. Die therapeutische Aufgabe läßt sich dann beschreiben als Anleitung zur Selbstbeschreibung ihres Dramas – denn mit neuen Beschreibungen konstruieren wir neue Wirklichkeiten.

7 Ebenen des Verstehens von Szenen in der Familientherapie

Nach meinen Erfahrungen lassen sich wenigstens drei Ebenen dramatisch inszenierten Handelns in der Familie unterscheiden (zur theoretischen Fundierung des „szenischen Verstehens“ vgl. *Argelander* 1970; *Lorenzer* 1970; in der Familientherapie vgl. *Buchholz* 1982).

7.1 Die Ebene der Familienrekonstruktion

Hier inszeniert die Familie einen bedeutsamen Vorfall aus ihrer Lebensgeschichte. Daß er inszeniert werden muß und nicht einfach berichtet werden kann, verweist nicht nur auf die unbewußten Anteile, sondern auch darauf, daß der Familie eine besondere „szenische Potenz“ zukommt. Diese Sprache des Dramas muß der Therapeut verstehen lernen und entziffern.

Familie B. wird wegen des 8jährigen Albert vom Vater angemeldet. Er fragt, ob er, neben seiner Frau, auch den Jungen mitbringen soll; er wisse ja nicht, was der Therapeut vorhabe. Als ihm angeboten wird, er könne das Problem selbst entscheiden, findet die Familie folgende Lösung: Albert wird mitgebracht, nach der Begrüßung im Wartezimmer wird er ins Behandlungszimmer mitgenommen; kaum jedoch daß man Platz genommen hat, meint der Vater zu Albert gewandt, ob er jetzt nicht wieder ins Wartezimmer gehen wolle. Der steht etwas unwirsch aber folgsam auf und verläßt das Zimmer.

Es ist nach dem Sinn dieser Szene zu fragen, die ganz offensichtlich einen Zwiespalt in bezug auf das Kind aus-

drückt, der sich in zwei verschiedenen, zeitlich aufeinanderfolgenden Haltungen ausdrückt: Erst ist Albert dabei, dann soll er wieder gehen. Aufgrund deutlicher, übereinstimmender, körperlicher Merkmale von Mutter und Kind läßt sich die Vermutung haben, die später bestätigt wird, daß Albert das Kind der Mutter ist, nicht das des Vaters. In der zeitlichen Aufeinanderfolge der beiden szenischen Teile läßt sich dann ein Moment der Familiengeschichte wiederfinden: Ein Mann und eine Frau heiraten; sie hat schon ein Kind. Es ist, als ob sie erst entschlossen gewesen wäre, das Kind „dabei“ zu behalten, um aber mit der vom Vater als sein Problem formulierten Frage zum Therapeuten zu kommen: Sollen wir das Kind mitbringen? Oder übersetzt in die Familiengeschichte: Wollen wir das Kind behalten?

7.2 Die Ebene der unbewußten Familienphantasie

Nicht nur Vorfälle der familiären Realgeschichte werden inszeniert; Familien bringen auch ihre Beziehungsstörung, die immer ein Festhalten an unbewußten Phantasien darstellt, in Szenen zum Ausdruck:

Es handelt sich um die zweite Stunde mit Familie Z., die wegen des 13jährigen René gekommen ist. Die Sprache kommt darauf, daß René sich vor ein paar Wochen, also vor Beginn der therapeutischen Sitzungen, zuhause ins Badezimmer eingesperrt hatte und dort alles zerschlug, was sich finden ließ: Spiegel, Kosmetikdöschen, Kämme zerbrach usw. Dem war ein Streit zwischen Mutter und Sohn vorausgegangen. Die Mutter wußte sich nicht anders zu helfen, als durch Zuhilfenahme der Nachbarn; ihr Mann war wieder geschäftlich unterwegs. Sie ist es auch, die in anklagendem Ton die dramatische Geschichte vorträgt und dem Therapeuten indirekt zu verstehen gibt, er solle jetzt die Rolle der Polizei übernehmen und René zur Ordnung rufen. René hingegen sitzt, als ginge ihn das alles nichts an, auf seinem Stuhl, den er etwas außerhalb des Kreises gestellt hat und starrt auf die an der Wand hängenden Bilder. Er gibt zu verstehen: „Behandelt mich bitte so, als ob ich nicht da wäre.“ Genauso verhielt er sich damals im Badezimmer: Nachdem die Mutter von den Geräuschen, die er dort machte, aufgeschreckt dorthin geeilt war, reagierte er überhaupt nicht auf ihre Gesprächsversuche mit ihm. Und weder Vater noch Schwester Bärbel waren anwesend – die jetzt auch hier bloß schweigend dabeisitzen.

Als die Mutter sagt, wie hilflos sie sich gefühlt habe, als René die Tür verschlossen hielt, kann auch die momentane „Verschlossenheit“ gesehen werden. Die Familie befindet sich stets im Zustand der „Verschlossenheit“ voreinander; es ist, als ob ein jeder vom anderen durch eine verriegelte Tür getrennt wäre und vielleicht dahinter Unordnung und Angst herrschen würden. Als der Therapeut in dieser Weise deutet und dabei auf die Schweigsamkeit aller – außer der Mutter – hinweist, ist es, als ob die Türen aufspringen: René kehrt plötzlich aus der Welt der Bilder zurück und Vater und Schwester erweisen sich ebenso als anwesend. Man kann zu sprechen anfangen.

Im Behandlungszimmer hat sich die Badezimmerszene bis in die Details wiederholt; die verschlossene Tür steht dabei als Metapher für die ernste Beziehungsstörung in der Familie. René hat, als der Indexpatient, noch die Kraft besessen, diese Störung szenisch darzustellen. Die unbewußte Phantasie kommt in metaphorischer oder gleichnishafter Form als „Familien-Metapher“ zur Spra-

che. Was hier zur Inszenierung drängt, sind die unabgeschlossenen Beziehungsgestalten der Familie.

7.3 Die Inszenierung des Familiengeheimnisses

Familie L. will kommen, weil der Sohn Pedro in der Schule schlecht liest – ein nur vorgeschobener Grund, denn Pedro hat noch enorme andere Schwierigkeiten. Die Mutter stellt ihn dem Therapeuten, der sogar nochmal nachfragt, weil er meint, sich verhört zu haben, mit dem Namen „Perdo“ vor – eine Verkenning der namentlichen Identität des Kindes, die sich leicht mit den Leseschwierigkeiten in Verbindung bringen läßt. Der Grund dafür ist der nicht mitgekommene Vater. Die Familie schämt sich seiner, stößt ihn aus und wer doch – wie Pedro – zu ihm hält, wird namentlich verbannt. Der Vater ist alkoholabhängig.

Das Fehlen eines Familienmitgliedes gilt als Widerstand gegen die Familientherapie; es ist als „absent-member-maneuver“ in der Literatur beschrieben (Sonne, Speck, Jungreis, 1962). Es bietet erhebliche technische Schwierigkeiten; in der Regel muß der Therapeut auf der Einhaltung der Vereinbarung einer Therapie der ganzen Familie bestehen. Hier geht es jedoch um den unbewußten Sinn eines solchen „Manövers“: Wer Schwierigkeiten macht und hat, wie der Vater, wird von der gemeinsamen Familienkultur verstoßen, dessen Name wird vergessen oder verfälscht, die Schande muß getilgt werden.

8 Szene und Formel

An einem letzten Beispiel möchte ich verdeutlichen, wie der Therapeut aus der Abfolge verschiedener Szenen mit der Familie zu einer Formel gelangt, die seine weiteren Wahrnehmungen wie eine philosophische Kategorie (Argelander, 1979) steuert. Aus der Arbeit in Balint- oder anderen, an Fällen arbeitenden Supervisionsgruppen ist das Phänomen bekannt. Ein Gruppenmitglied stellt einiges Fallmaterial unter einer bewußten Hypothese vor; doch durch Bemerkungen anderer Gruppenmitglieder strukturiert sich das Material plötzlich neu, bekommt einen ganz anderen „Dreh“ und das Fallmaterial kann nicht mehr in der alten Weise wahrgenommen werden. Die neue Sichtweise überzeugt durch ihre Evidenz, weil sie einige Facetten des Falles zugleich erfaßt und gestattet, neues Material zu integrieren, es auf den gleichen Faden mitaufzureihen, ohne dem Material Gewalt anzutun. Fallbezogenes Wahrheitskriterium ist hier das Evidenz-erlebnis. Es entsteht dort, wo objektive und subjektive Transzendenz in einem zusammenfallen; damit ist in der Regel auch zugleich eine Entlastung des Therapeuten gegeben. Er sieht, wie seine Verstrickung in die familiäre Pathologie zustandekommt; das verschafft ihm die notwendige metakomplementäre Distanz, um von einem eigenen konfliktfreien emotionalen Ort weiter mit der Familie arbeiten zu können.

Die Formel will keine allgemeine theoretische Wahrheit über Familiendynamik ausdrücken; sie ist fallbezogen. Sie sollte deshalb möglichst umgangssprachlich for-

muliert sein, auch das erhält die klinische Nähe zur Familie. In die Formel geht nicht die objektivierende Beschreibung der Familie durch einen Therapeuten ein; vielmehr sollte sie aus der Perspektive der Familie formuliert sein, z.B. beginnen mit: „Wir sind eine Familie, die ...“.

Im folgenden Fallbeispiel möchte ich rekonstruieren, welche Hilfe eine Formel bei der Strukturierung des Materials ist. Diese Strukturierung ist nicht theoriegeleitet; sie versucht, die erlebte Beziehung zur Familie mit dem objektiven Material zu integrieren.

Herr B. meldet sich in unserer Abteilung an: Seine Frau und er hätten seit Jahren eine „ganz ausgezeichnete Beziehung“, nur im „sexuellen Bereich“ hätten sie „Partnerschaftsprobleme“, die angefangen haben, als seine Frau im Sommerurlaub des Vorjahres „eine Beziehung“ zu seinem besten Freund gehabt habe.

Die Erfahrung lehrt, daß der Anmeldungskontext oft schon aufschlußreiche Gesichtspunkte zu entwickeln gestattet. Ich versuche, lediglich die Handlungen zu beschreiben, die in dieser Anmeldung beschrieben werden; die Anmeldung selbst ist auch eine Handlung.

Wahrscheinlich aus erlebter Unzufriedenheit „im sexuellen Bereich“ hat sie sich einen Mann gesucht, der sein bester Freund war. Welche Möglichkeiten hätte er, außer der Anmeldung, zu handeln noch gehabt? Erst die Sondierung anderer Möglichkeiten läßt erkennen, daß dann gewählte Handlungen motiviert sind. Die Palette seiner Reaktionsmöglichkeiten reicht von der Tolerierung ihrer Seitenbeziehung bis zu einer Scheidung; dazwischen liegt, daß er sie hätte zur Rede stellen können oder auch seinen Freund. Statt dessen meldet er sich zur Paarbehandlung an, als ob er Patient wäre. Was beide tun, läßt sich in der Formel zusammenfassen: „Wir beide suchen einen Mann.“ Er sucht einen Mann vielleicht zur Identifizierung, sie als Partner. Seine erfreute Reaktion im Erstinterview, bei einem männlichen Therapeuten behandelt zu werden, ist nun mehr als bloße Konvention. Sie bestätigt die Formel und läßt, noch undeutlich, eine unbewußte Motivierung erkennen.

Sie schildert ihre Beziehung so, daß sie ihn gewählt habe, weil er immer so hilfsbereit war. Lange habe sie gedacht, er sei so etwas „wie ein Pappi“ für sie. Durch seine Hilfsbereitschaft jedoch habe er ihr praktisch alles abgenommen, so daß sie die mit der Geburt der Kinder auf sie zugekommenen neuen Lebensaufgaben zu bewältigen nicht lernen mußte. Das sei anfangs recht bequem für sie gewesen, dann jedoch habe sie gemerkt, er sei eigentlich „wie Vater und Mutter zugleich“ und ihr Gefühl, „nicht gemeint“ zu sein, habe sehr zugenommen. Er berichtet von seinen sexuellen Schwierigkeiten. Eine große Angst vor den Frauen habe ihn stets beherrscht; bei einem ersten sexuellen Erlebnis kam es zu vorzeitigem Samenerguß, der ihn äußerst beschämte. Die Begegnung mit seiner Frau habe für ihn vor allem erleichternd bedeutet: „Es gibt ja doch jemanden, der mit mir schläft.“ Das habe er immer wieder zur Selbstbestätigung gebraucht; er fürchtet, keine andere Frau zu finden, wenn er sie verliere.

Die Formel gestattet, dieses Material aufzunehmen; die geschilderten Szenen ergeben einen einheitlichen Sinn, der durch die Formel strukturiert wird und sie selbst erweitert. Sie kann jetzt lauten: „Wir suchen einen

Mann; ich – die Frau –, weil ich mit einem Pappi, der zugleich Mutter ist, nicht sexuell befriedigt werden kann; ich – der Mann – traue meinem eigenen Penis nicht zu, eine Frau zu befriedigen. Deshalb möchte ich mich an stärkere Männer erst noch anlehnen.“

Zur Genese ist zu erfahren, daß beide ihre Mütter als übermächtig in Erinnerung haben; er habe seinen Vater „sehr, sehr früh“ verloren – nämlich mit 22 Jahren. Später erinnert er sich beschämt, daß er als 9-jähriger Schüler beim Turnunterricht habe aufräumen „helfen“ müssen und wie wichtig es ihm gewesen sei, daß der Turnlehrer ihn beachtet, wie dankbar er auf dessen anerkennendes Schulterklopfen gewartet habe.

Die Formel steuert die Wahrnehmungsweise des Therapeuten; sie ist etwas anderes als eine „Hypothese“ über die Familie. Die Wahrnehmung der Familie ist an den Kontakt und an den Dialog mit ihr gebunden. Die Formel dient der „kognitiven Organisation psychischen Geschehens“ (Argelander, 1979). Gefühle des Therapeuten im Sinne der Gegenübertragung gehen in sie ein, aber es muß ihre Analyse hinzutreten, die auf das Verstehen der Beziehung zur Familie zentriert ist, nicht auf die Person des Therapeuten. „Verstehen“ aber ist ein kognitiver Prozeß, Gefühle sind sein Stoff.

Abschließend möchte ich eine gewagte Vermutung aufstellen: vielleicht ist es nämlich nicht so wichtig, ob die gefundene Formel „richtig“ ist. Zu jeder Familie lassen sich mit Sicherheit verschiedene Formeln finden. Unterschiedliche Supervisionsgruppen finden so stets auch verschiedene Aspekte, die zu akzentuieren ihnen wichtig sind. Das ist schon davon abhängig, welche unbewußten Prozesse durch das Fallmaterial in der Gruppe selbst angestoßen werden. Psychoanalytisches Verstehen als hermeneutisches ist deshalb prinzipiell nicht abschließbar. Wichtig scheint, daß der Therapeut überhaupt eine Formel hat oder findet, von der er selbst evident überzeugt ist, und daß er sie so formuliert, daß sie geändert werden kann, wenn es nötig werden sollte. Für den Aufbau des therapeutischen Systems ist von Bedeutung, daß der Therapeut sein Sinnverständnis der Familie so zurückgibt, daß es akzeptiert wird; dazu ist die therapeutische Vorleistung erforderlich, es zu entwickeln. Das therapeutische System ist kein Handlungs-, sondern ein Sinnsystem, das die Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten der Familie erweitert.

Summary

The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of a Family Therapy

For the construction of a therapeutic system, on which change is based, the difference between the family as a system and the system, constituted by „family + therapist“ is outlined. As a family observer, the therapist constructs hypotheses by applying his concepts to the family; as a participant of the family's drama, he perceives the family in another mode; as a family gestalt. Both ways

lead to hypotheses of different order, they complement each other as „double description“ (Bateson) of the family-therapy process including the therapist and his attitudes of „subjective“ and „objective“ transcendence. This is richly illustrated with case material.

Literatur

- Argelander, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wiss. Buchgesell. – Argelander, H. (1979): Die kognitive Organisation psychischen Geschehens. Stuttgart: Klett-Cotta. – Bateson, G. (1981): Ökologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp. – Buchholz, M. B. (1982): Psychoanalytische Methode und Familientherapie. Frankfurt: Verlag der psychologischen Fachbuchhandlung. – Buchholz, M. B. (1983): Psychoanalytische Aspekte der Kommunikation. *Psyche* 37: 624–641. – Buchholz, M. B. (1985): Die Familie als Gruppe. In: A. Leber, H.-G. Trescher, C. Büttner (Hg.): Die Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. – Buchholz, M. B. (1986): Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf großem Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35: 274–283. – Buchholz, M. B. (1987): Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 36: 98–106. – Buchholz, M. B., W. Huth (1983): Zur Kritik systemischer Familientherapie. Eine historisch methodologische Betrachtung. *Psychoanalyse* 4: 187–215. – Clemenz, M. (1986): Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie. Opladen: Westdeutscher Verlag. – Devereux, G. (1980): Freud, discoverer of the Principle of Complementarity (A Serious Inaccuracy of Translation in the Standard Edition). *Int. Rev. Psycho-Anal.* 7: 512. – Freud, S. (1905): Über Psychotherapie. G. W. V. – Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. G. W. XIII. – Friedrich, H. (1984): Anamnese als Drama – Die ersten Sätze. *Z. psychosom. Med.* 30: 314–322. – Haley, J. (1963): Strategies of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton. – Haley, J. (1971 a): A Review of the Family Therapy Field. In: J. Haley (Ed.): Changing Families. A Family Therapy Reader. New York. – Haley, J. (1971 b): Approaches to family therapy. In: J. Haley (Ed.): Changing Families. A Family Therapy Reader. New York. – Jackson, D. D. (1967): The Individual and the larger Contexts. *Fam. Proc.* 6: 139–147. – Kestenberg, E., A. Fréjaville, A. Kreisler, M. Rabain-Lebovici, L. Covello, D. Grandin (1986): Schauplatz Familie. Stuttgart: Klett-Cotta. – Loch, W. (1965): Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses. Bern: Klett. – Lorenzer, A. (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt: Suhrkamp. – Lorenzer, A. (1974): Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Frankfurt: Suhrkamp. – Mentzos, S. (1976): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt: Suhrkamp. – Minuchin, S. (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus. – Overbeck, G., A. Overbeck (1979): familiendynamische Perspektiven in der Untersuchung psychosomatischer Krankheiten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 28: 1–6. – Penn, P. (1983): Zirkuläre Fragen. *Familiendynamik* 8: 198–220. – Richter, H. E. (1972): Patient Familie. Reinbeck: Rowohlt. – Richter, H. E. (1974): Psychoanalytische Beiträge zur Familien-erziehung. In: P. Fürstenau (Hg.): Der psychoanalytische Beitrag zur Erziehungswissenschaft. Darmstadt. – Selvini-Palazzoli, M.,

L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1981): Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6: 123–139. – *Sonne, J. C., Speck, R. V., Jungreis, J. E.* (1962): The absent-member Maueuver as a Resistance in Family Therapy of Schizophrenia. *Fam. Proc.* 1: 44–62 – *Stierlin, H.* (1975): Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung.

Frankfurt: Suhrkamp. – *Watzlawick, P. et al.* (1974): Lösungen, Bern: Huber.

Anschr. d. Verf.: Dr. Michael B. Buchholz, Abt. f. Psycho- u. Soziotherapie, Humboldtallee 38, 3400 Göttingen.