

v. Schippe, Arist

## **Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 10, S. 368-375*

urn:nbn:de:bsz-psydok-35236

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) ..... 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) ..... 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) ..... 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) ..... 260

### Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) ..... 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) ..... 55

### Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) ..... 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) ..... 368

### Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) ..... 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) ..... 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) ..... 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) ..... 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) ..... 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) ..... 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) ..... 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) ..... 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) ..... 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) ..... 85

### Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) ..... 171

### Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) ..... 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) ..... 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) ..... 284

### Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) .... 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy) .....	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences) .....	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents) .....	328	<b>Werkstattberichte</b>	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue) .....	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
<b>Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald .....	112
GÜNTER, M./GÜNTER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence) .....	22	<b>Tagungsberichte</b>	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry) .....	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“ .....	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment) .....	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“ .....	231
<b>Übersichten</b>		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg .....	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents) .....	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia) .....	166	<b>Buchbesprechungen</b>	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems) .....	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge .....	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family) .....	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung .....	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood) .....	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1 .....	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents) .....	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie .....	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem) .....	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion .....	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom) .....	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen .....	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion) .....	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte .....	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?) .....	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships) .....	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder .....	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes .....	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26 .....	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen .....	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe .....	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken .....	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung .....	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie .....	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie .....	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen .....	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PEFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote .....	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis .....	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. ....	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder .....	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie .....	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen .....	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen .....	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle .....	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen .....	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt .....	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe .....	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung .....	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie .....	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen .....	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen .....	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern .....	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen .....	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung .....	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis .....	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik .....	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe .....	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis .....	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome .....	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe .....	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik .....	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte .....	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2 .....	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse .....	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung .....	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie .....	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte .....	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven .....	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder .....	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren .....	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter .....	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten .....	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen .....	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern .....	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken .....	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern .....	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens .....	277	<b>Editorial</b> 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie .....	70	<b>Ehrungen</b> 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry .....	308	<b>Nachruf</b> 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	69	<b>Autoren der Hefte</b> 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung .....	317	<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung .....	35	<b>Zeitschriftenübersicht</b> 67, 148, 235, 305, 383	
		<b>Tagungskalender</b> 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		<b>Mitteilungen</b> 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

# Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative

Von Arist v. Schlippe

### Zusammenfassung

Ausgehend von der Überlegung, daß Systeme (wie z. B. Familien), die Handlungsoptionen ihrer Mitglieder einschränken („trivialisieren“), wird die Bedeutung systemischer Therapie vor allem darin gesehen, gemeinsame neue Konstruktionen von „Wirklichkeit“ zu entwickeln, die die Zahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erhöhen. Diese Forderung stellt eine Wertentscheidung dar und bildet so die Basis für eine Ethik systemischer Therapie. Sie wird in vier „Imperativen“ konkretisiert: (1) Denke und handle ökologisch valide! (2) Achte auf die Definitionen und Bewertungen, die du vornimmst! (3) Besinne dich auf deine persönliche Verantwortung! (4) Achte darauf, in respektvoller Weise Unterschiede zu schaffen! Diese Imperative ermöglichen es dem Therapeuten/der Therapeutin, aus einer weiten Klasse möglicher Verhaltensweisen zu wählen.

### 1 Vorbemerkung

In diesem Beitrag sollen drei Begriffe miteinander verbunden und auf ihre Beziehung zueinander befragt werden: Systemische Sichtweise, Psychotherapie und Ethik. Mit dem Begriff „Ethik“ wird im allgemeinen Sinn eine Konvention beschrieben, eine Übereinkunft darüber, was „man“ darf und was „man“ nicht darf – eine Übereinkunft also, die eine Einschränkung des Möglichen, Machbaren darstellt vor dem Hintergrund eines von mehreren Menschen geteilten Wertesystems. Der nächste Begriff ist der der Psychotherapie: Psychotherapeutische Ethik. Es geht also um Konventionen darüber, was in der Psychotherapie „erlaubtes“ und was „verbotenes“ Handeln ist. Der letzte Begriff schließlich steht im Titel ganz vorne: „die systemische Sicht“. Welche Antworten kann

der sog. systemische Ansatz<sup>1</sup> zu der Frage beisteuern, was „man“ in der Therapie darf und was nicht?

„Man darf“, „man darf nicht“, „erlaubt“, „verboten“ – es scheint zunächst paradox zu sein, diese Begriffe mit Psychotherapie in Zusammenhang zu bringen, sind sie doch eher bekannt aus Kontexten, wie sie Menschen schildern, die unter Symptomen, Problemen leiden: Diese erleben sich oft übermäßig eingeschränkt, oft so stark, daß kein anderer Weg mehr bleibt als der des Symptoms.

Therapie dient ja vor allem dem Ziel, über eine Erweiterung des Blickfeldes bestimmte Eingrenzungen der Wahrnehmungen zu überwinden und die Erfahrung neuer Optionen zu ermöglichen. Wie lassen sich diese Beziehungen mit Begriffen wie „Verbot“, „man darf nicht“ usw. in Beziehung setzen?

Ich möchte zur Beantwortung dieser Fragen den im systemischen Modell wichtigen Begriff „Einschränkung“<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Als systemischer Ansatz wird eine sehr heterogene Richtung bezeichnet, die zunächst von der Arbeit mit Familien ausging und daraus den Anspruch einer neuen Sichtweise ableitete. Diese ist gekennzeichnet durch eine Perspektive, die von der Person als zentraler psychologischer Einheit abstrahiert und statt dessen die durch Kommunikation konstituierten Wechselbeziehungen psychosozialer „Realität“ betrachtet. Es hat sich dabei ein sehr heterogenes Feld mit sehr unterschiedlichen theoretischen Akzentuierungen entwickelt, so daß es schwerfällt, von „dem“ systemischen Ansatz anders als nur metaphorisch zu sprechen. Ich möchte die definitorischen Probleme an dieser Stelle nicht weiter vertiefen und es bei dieser vorläufigen und weitgefaßten Begriffsbestimmung lassen (genauer s. v. SCHLIPPE 1988).

<sup>2</sup> Über die Frage der Vereinbarkeit von Ethik und dem Systembegriff gibt es unterschiedliche Auffassungen, die an dieser Stelle nicht vertieft werden sollen – auch ein Waffensystem läßt

ein wenig genauer beschreiben. Es soll zunächst etwas mehr über die Bedeutung von Einschränkung in Familiensystemen mit einem Symptomträger gesagt werden und dann versucht werden zu klären, wo der Unterschied zu der Form von Einschränkung liegt, die ein Therapeut durch ethische Maximen erfährt.

## 2 Einschränkung

Es ist ein Kennzeichen von Systemen, daß sie für ihre Elemente die Zahl der zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten reduzieren. FOERSTER nennt diesen Vorgang „trivialisieren“: Lebende Systeme mit einem unendlich großen und niemals vorhersagbaren Repertoire an möglichen Verhaltens- und Erlebensweisen werden im Verlaufe ihrer Zugehörigkeit zu einem System „trivialisieren“, d. h. es werden Klassen von Verhaltensweisen ausgebildet, die zu den Systemregeln passen, andere unterdrückt, die nicht passen (z. B. v. FOERSTER 1981, 1988; SIMON 1988 a). Diese Einschränkungen lassen sich dabei auf vielen verschiedenen Ebenen systemischer Organisation beobachten. Hierzu zwei kleine Beispiele:

Es ist bekannt, daß das Wahrnehmungssystem Neugeborener in der Lage ist, neue Information in vielfältigster Weise zu strukturieren. Säuglinge begleiten z. B. bereits kurz nach ihrer Geburt die sprachlichen Angebote ihrer Umwelt durch minimale Körperbewegungen und beginnen auf diese Weise, den kontinuierlichen Sprachfluß, der auf sie einströmt, zu interpunktieren und zu zerlegen – und zwar gleichgültig, ob es sich um Chinesisch, Russisch oder Deutsch handelt (KRIZ et al. 1987, S. 25). Diese universale Fähigkeit geht im Laufe weniger Monate verloren, dafür wird jedoch die Muttersprache immer eindeutiger in Phoneme zerlegt, d. h. das Kind versteht diese immer besser auf Kosten der Universalität seines Sprachverständnisses. Es hat also eine Einschränkung stattgefunden, das stimmt. Aber es stimmt auch nur zum Teil, denn es ist auch eine Bewältigungsleistung auf einem höheren Niveau erfolgt: Das Verständnis einer Sprache.

Sprache ist ein System. Der Einstieg in dieses System, die strukturelle Koppelung zwischen dem kognitiven System des Kindes und dem System Sprache bedeutet eine Reduzierung der Wahlmöglichkeiten und gleichzeitig eine Verbesserung im Umgang mit Weltkomplexität: „Happa, happa“ ist keine beliebige Lautfolge mehr, sondern einigermaßen fest vorhersagbar verknüpft mit Nahrung. Lernen ist also Einschränkung und Erweiterung zugleich!

Das zweite Beispiel: Als ich etwa 10 Jahre alt war, behauptete mein Vater: „Du kannst nicht lesen – und ich werde es dir beweisen.“ Und er deutete auf ein Schild, auf dem die Zeichenfolge F-R-I-S-E-U-R zu lesen war. Stolz sagte ich: „Das heißt „Friseur“. „Ja“, meinte mein Vater, „aber du *kannst* nicht lesen, sondern du *mußt* lesen.“ In der Tat: Ich war eingeschränkt in meinen Wahrnehmungsmöglichkeiten, ich konnte nicht anders als aus dieser Zeichenfolge das Wort „Friseur“ zu lesen. Für ein

kleines Kind, das die Einschränkung „Lesen-lernen“ noch nicht durchlaufen hat, wäre es vielleicht eine Eisenbahn, eine Welle, ein Häuschen oder einfach ein schönes Gekritzel. Gleichzeitig ermöglichte mir die Einschränkung, die „Trivialisierung“, die ich durchlaufen hatte, (v. FOERSTER nennt die Schule die „große staatliche Trivialisiermaschine“) eine Leistung höherer Komplexität, nämlich das Lesen des Wortes.

Wenn wir zunächst die Person als psychophysische Einheit unter diesem Aspekt betrachten, so können wir feststellen, daß die als Persönlichkeit bezeichneten Prozesse ähnlich verstehbar sind: In der Interaktion mit den Sozialsystemen, in denen er Mitglied ist, entwickelt jeder Mensch im Laufe seines Lebens bestimmte Konstruktionen über sich und seine Möglichkeiten. Dieses Phänomen wurde in vielen Therapieschulen beobachtet und mit Begriffen belegt wie „Lebensstil“, „Script“, „Belief-System“, „Selbstkonzept“ usw.

In diesen vielfach nicht bewußten Konstruktionen einer Person finden sich Vorannahmen und Ideen darüber, wie man sich verhalten soll, wozu man sich in der Lage fühlt, wozu man berechtigt ist, wozu nicht. Wir sprechen hier auch von sog. „inneren Landkarten“, die als Orientierungshilfe dienen Komplexität zu reduzieren, indem sie bestimmte Wege des Verhaltens öffnen, andere versperren: „Wenn ich etwas nicht kann, kann ich es mit Überzeugung und Zähigkeit erreichen“, vs. „Wenn ich etwas nicht kann, hat es gar keinen Zweck, zu versuchen, es zu lernen.“ Oder: „Es ist schön, Anerkennung zu bekommen“, vs. „Ich muß auf jeden Fall Anerkennung bekommen.“ Oder: „Ich darf es wagen, meine Bedürfnisse auszudrücken“, vs. „Meine Bedürfnisse sind nicht wichtig.“

Die für die Therapie zentrale Frage ist, ob diese Konstruktionen so gestaltet sind, daß eine angemessene Lebensbewältigung möglich wird, oder ob sie eine Person übermäßig einschränken. So ist die Regel: „Auf heiße Herdplatten fasse ich nicht“ eine sinnvolle Einschränkung, denn sie reduziert Gefährdung. Die Regel: „Einen anderen Menschen spreche ich nicht von mir aus an“ schränkt die möglichen Optionen übermäßig ein. Im systemischen Ansatz wird besonders hervorgehoben, daß das Individuum diese Einschränkungen nicht aus sich selbst heraus entwickelt. Der individuellen Landkarte entsprechen auf Familienebene Realitätskonstruktionen, die von den Mitgliedern der Familie geteilt werden, d. h. die individuellen Konstruktionen von Wirklichkeit spiegeln die des umgebenden Systems: Die Familienregeln gestatten bestimmte Verhaltensweisen, andere nicht.

Auch hier finden wir wieder eine dialektische Verbindung von Einschränkung und Bewältigung: Im Dienste einer Steigerung der Bewältigungsmöglichkeiten müssen zwangsläufig Verhaltensoptionen und -möglichkeiten eingeschränkt werden (und zwar innerhalb eines gesamtgesellschaftlichen Definitionskontextes, der hier nicht weiter reflektiert werden kann). Gleichzeitig ermöglicht der Rahmen dem einzelnen Schutz, die Erfahrung von Zugehörigkeit, Geborgenheit und Kontakt.

Zur individuellen Perspektive tritt die Frage hinzu, wie soziale Systeme aussehen, in denen Menschen mit oder

---

sich beispielsweise systemtheoretisch beschreiben etc. Ohne eine verantwortliche anthropologische Grundsatzentscheidung läßt sich aus dem systemischen Modell wohl keine Ethik herleiten (vgl. auch REITER-TIEHL 1988).

ohne Symptomentwicklung leben. Die oben für das Individuum gestellte Frage kann hier für soziale Systeme wie z. B. die Familie wiederholt werden, nämlich, ob die Verhaltens- und Wahrnehmungsmöglichkeiten ihrer Mitglieder angemessen oder unangemessen eingeschränkt werden; also ob z. B. Mord und Totschlag als Konfliktlösungen ausgeschlossen werden, oder ob z. B. bereits der Ausdruck von Gefühlen tabuisiert ist. Es geht dabei letztlich um die Frage, in welchem Ausmaß in einem System Veränderung und Entwicklung möglich sind.

Zur Therapie kommen Menschen, wenn sie sich in ihren Möglichkeiten wahrzunehmen, zu handeln oder zu fühlen zu sehr eingeschränkt erleben. Dies sind Menschen, die in Familien leben, auf deren gemeinsamen inneren Landkarten zu wenige Wege eingezeichnet sind. Aufgabe des/der Therapeuten/in ist es, mit dem oder den Menschen neue Wege in diesen inneren Landkarten zu erarbeiten. In den seltensten Fällen verändert er/sie selbst die Umgebung (auch wenn es gelegentlich sinnvoller sein kann, einer Familie zu helfen, eine neue Wohnung zu bekommen, anstatt die Enge in „Gemütlichkeit“ umzudefinieren). Meist arbeitet er mit an der Suche nach neuen Lösungswegen, an der Veränderung rigider, einengender Bilder der Realität, die für die Familie zum Gefängnis geworden sind.

Das ist nicht unbedingt so einfach, wie es sich jetzt anhört. Die einschränkende Macht von Systemregeln ist oft sehr groß, gerade in Familien, in denen es ein Symptom braucht, um darauf aufmerksam zu machen. Ohne es zu merken, gerät der Therapeut oft „ins System“, d. h. das therapeutische System entwickelt Regeln, durch die alle Beteiligten einschließlich des Therapeuten selbst übermäßig eingeschränkt werden. Dann geht die Fähigkeit, beweglich in der Übernahme verschiedener Perspektiven zu bleiben, verloren (s. v. SCHLIPPE 1990).

Ich komme jetzt auf meine anfänglichen Überlegungen zum Begriff der Ethik zurück. Wenn wir „Ethik“ als eine Form von Einschränkung definieren, müssen wir Kriterien bestimmen, die es ermöglichen, einen Unterschied zu dem soeben beschriebenen Prozeß zu machen. Ich halte es für hilfreich hier zwischen zwei Arten von Ethik zu differenzieren (SCHMIDT 1988), nämlich Gehorsams- und Verantwortungsethik: Der Anspruch der sog. Pflicht- und Gehorsamsethik bezieht sich auf „man darf-“ und „man darf nicht-“Forderungen. Ihr Kennzeichen stellt eine Orientierung an „richtig“ und „falsch“ hinsichtlich nicht weiter hinterfragter äußerer Kriterien dar. Diese Ethik kann für die Therapie kein Maßstab sein, denn sie gleicht ganz offenbar den o. a. Trivialisierungen in problematisch verlaufenden Sozialisationsprozessen. Auch wenn Therapieschulen, wie jede andere Sozialisationsinstanz auch, dazu neigen genau diese zu fordern – und zwar je nach Ausrichtung unterschiedlich: „Man darf keine Fragen stellen!“ „Man darf nicht verstehend arbeiten!“ „Man darf seine Meinung nicht sagen!“ „Man muß immer mit der ganzen Familie arbeiten!“ „Gute Therapie muß kurz sein!“ „Gute Therapie darf nicht kurz sein!“ „Man muß abstinenter sein“ usw. Demgegenüber sind die Maximen der sog. Verantwortungs-

oder Beziehungsethik kontext- und situationsbezogen. Für sie ist

„... das dialogische Prinzip i. S. BUBERS maßgebend: d. h. Offenheit für den jeweils anderen, für andere Gesellschaften, andere Kulturen und Wertsysteme statt einer Verabsolutierung seiner selbst, der eigenen Kultur ... d. h. weiterhin Beziehung statt Gehorsam oder Befehl; d. h. aber auch Auseinandersetzung und Konflikt statt Selbstverleugnung und Unterwerfung“ (SCHMIDT 1988, S. 105).

Oberste Gebote einer Verantwortungsethik sind also: Die Relativierung der eigenen Position, die Achtung vor der Ökologie des anderen, vor der Vielfalt der Arten auch im Theoriebereich und der Vielfalt der Zugänge zum Menschen. Gleichzeitig ist diese Ethik kommunikativ: Eine Grundposition systemischer Erkenntnistheorie ist die Relativität dessen, was als „Wahrheit“ anzusehen ist. Eine sich systemisch verstehende Ethik verlangt daher einen ständigen Diskurs, da sie nicht invariant eine Antwort für alle möglichen Situationen anbieten kann. Diese Gedanken möchte ich zur Grundlage nehmen, wenn ich im folgenden versuche die Handlungsanweisungen des systemischen Ansatzes in vier ethische Imperative zu fassen.

### 3 Vier Imperative

Wenn an dieser Stelle salopp der Begriff des „Imperativs“ verwendet wird, so sind damit bestimmte Regeln gemeint, die aus systemischer Sicht in der Therapie bedeutsam sind. Wenn man das systemische Modell als bestimmte Sichtweise ansieht und weniger als spezifischen Methodenkanon, dann treten Fragen in den Hintergrund wie z. B. danach, ob der Therapeut nun nur mit einer Familie oder auch mit einer Einzelperson arbeiten „darf“, ob er bestimmte Techniken verwenden „darf“ oder nicht usw. Vielmehr zeigt sich das Modell als ein erkenntnis- und handlungsleitender Rahmen, der auf eine große Zahl therapeutischer Kontexte angewendet werden kann.

Die vier Imperative lassen sich aus einem übergeordneten Imperativ ableiten, den ich in Anlehnung an v. FOERSTERS Forderung: „Handle stets so, daß weitere Möglichkeiten entstehen“ (1981, S. 60) so formulieren möchte: *Erweitere die Zahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. (Oder: „Sorge dafür, daß Du handlungsfähig bleibst und suche nach Wegen, wie Dein Gegenüber ein wenig mehr handlungsfähig wird als vorher!“)*

Unter der Perspektive der Einschränkung ist es klar, daß als Therapeut derjenige definiert ist, der über eine größere Flexibilität verfügt, und als Klient der, der sich als übermäßig eingeschränkt erlebt. Therapie kann auf vielen Ebenen, auch der politischen, ein *emanzipatorisches Potential* freisetzen, wenn es gelingt, mit dem/n Klienten ein neues, ein therapeutisches System zu konstituieren, in dem eine optimale Bewegungsfreiheit möglich ist.

Den übergeordneten Imperativ möchte ich als Überschrift verstanden wissen für die vier nun folgenden Imperative, die jeweils eine Ausdrucksform dieses Satzes darstellen:

- (1) Denke und handle ökologisch valide.  
(Oder: „Es gibt immer einen größeren Kontext.“)
- (2) Achte auf die Definitionen und Bewertungen, die du vornimmst.  
(Oder: „Es könnte auch alles ganz anders sein.“)
- (3) Besinne Dich auf Deine persönliche Verantwortung.  
(Oder: „Es gibt kein richtig und falsch, aber du bist Teil des Kontextes und alles, was du tust, hat Konsequenzen!“)
- (4) Achte darauf, in respektvoller Weise Unterschiede zu schaffen.  
(Oder: „Füge dem Bild des/der Klienten etwas Neues hinzu.“)

### 3.1 Denke und handle ökologisch valide (Oder: „Es gibt immer einen größeren Kontext.“)

Aus systemischer Sicht ist die psychosoziale Wirklichkeit auf vielen verschiedenen Organisationsebenen betrachtbar. Oben wurden die Ebenen „Person“ und „Familiensystem“ behandelt. Es sind tiefere und höhere Organisationsstufen denkbar, die es zu betrachten gilt – etwa Organsystem, Immunsystem usw. In diesen Zusammenhang gehören natürlich auch institutionelle und überinstitutionelle Kontexte mit hinein: Psychische Störungen und psychische Gesundheit haben eine psychologische und eine soziale Seite, sie sind vor dem Hintergrund ökonomischer Bedingungen, Familiendynamik, Erziehung, Arbeitsverhältnissen und ideologischen Einflüssen zu betrachten.

Es ist leichter, die Zahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu erweitern, wenn es möglich ist, mehrere Perspektiven einzunehmen und Hypothesen auf verschiedenen Ebenen aufzustellen. Hier habe ich vorgeschlagen, den Begriff der ökologischen Validität zu verwenden, um die Angemessenheit von Diagnosen und Interventionen zu beschreiben (s. v. SCHLIPPE 1987). Als ökologisch valide soll dementsprechend eine *Diagnose* gelten, die möglichst viele relevante Ebenen systemischer Organisation berücksichtigt und eine *Intervention*, deren Auswirkungen auf verschiedene relevante Ebenen abgeschätzt werden. Es geht hier also um die Frage, wie die ethische Verantwortung des Therapeuten für die Ökologie des/der Klienten wahrgenommen werden kann.

So ist die Forderung des systemischen Supervisors an seinen Ausbildungskandidaten, er dürfe mit dem Legastheniker kein Rechtschreibtraining machen, nicht ökologisch valide. Der Therapeut sieht dann die Familienebene – wie ich meine unzulässigerweise – als die einzige Ebene an, die für therapeutisches Arbeiten relevant ist. Es kann umgekehrt ein Fehler sein, mit einem Legastheniker ein Trainingsprogramm zu beginnen, wenn noch nicht abgeschätzt wurde, welche Bedeutung das Symptom im Familiensystem gewonnen hat, und welche Position der Therapeut durch das Training im System des Kindes einnehmen würde.

Ein Beispiel: Eine Familie hat ein asthmakrankes Kind. Die Eltern haben eine Elternselbsthilfegruppe gegründet, die sich regelmäßig trifft. Das Kind geht zum Asthmasport, wo es

Freunde hat, nimmt an Schulungskursen für Asthmatiker teil, wo interessante Spiele gemacht werden, wird im Sportunterricht geschont, braucht zu Hause weniger bei der Hausarbeit zu helfen usw. Ein Therapeut, der hier ausschließlich auf der Ebene des Organsystems ansetzt, erlebt möglicherweise, daß er die Zahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht erhöht. Er verschreibt beispielsweise ein Medikament, dieses wird nicht oder nur unregelmäßig genommen, die Beschwerden bleiben bestehen, also verschreibt er mehr usw.

Die Einbeziehung anderer Ebenen macht deutlich: Für alle Familienmitglieder würde sehr viel verlorengehen, wenn das Kind tatsächlich gesund werden würde. Dann gingen nämlich all die Bereiche, wo über das Asthma Kontakt, Sinn und Aufgabe in das Familienleben hineingekommen sind, verloren.

Das „Schlimmste“, was in diesem Fall passieren könnte, wäre das Verschwinden des Symptoms. Die therapeutische Arbeit auf der somatischen Ebene darf daher nicht erfolgreich sein. Vielmehr ist es hier nötig, auf mehreren Systemebenen an einem neuen ökologischen Gleichgewicht zu arbeiten, um erfolgreich zu sein (Konkret: z. B. diese Bezüge aufzeigen; und auf die Vorteile hinweisen, die der Status quo hat. Der Familie deutlich machen, daß sie viel aufgibt, wenn das Kind gesund wird, daß es also nicht nur erstrebenswert ist; andere Möglichkeiten für Engagement überlegen usw.)

### 3.2 Achte auf die Definitionen und Bewertungen, die du vornimmst. (Oder: „Es könnte auch alles ganz anders sein.“)

Mit jeder kommunikativen Handlung nimmt der Therapeut/die Therapeutin Definitionen vor, also Vorschläge, wie die „Wirklichkeit“ zu verstehen sein könnte. Es ist von entscheidender Bedeutung, ob diese Definitionen den Handlungsspielraum der Beteiligten erweitern oder gar noch zusätzlich einschränken. Die Ergänzung zu diesem Imperativ „Es könnte auch alles ganz anders sein“, weist dabei darauf hin, daß Definitionen, die Vielfalt von Perspektiven und Vielstimmigkeit ermöglichen, mehr Optionen eröffnen als Definitionen, die die Beteiligten auf Kategorien von richtig und falsch – oder auch: krank und gesund – festlegen. CECCHIN (1988) weist darauf hin, daß es im systemischen Modell darum geht, mit Neugier auf die Art und Weise zuzugehen, wie in einem System mit der Vielfalt von Perspektiven umgegangen wird und nicht mit der Attitüde der Suche nach „der einen“ Erklärung: Es gibt sie nicht! Neugier stützt sich im Rahmen einer ästhetischen Perspektive auf die Suche nach Bezugspunkten, vor denen die verschiedenen Wirklichkeitskonstruktionen „passen“ können. So fördert Neugier den Respekt vor dem System und seiner Komplexität.

Beispiele, um zu zeigen, wie dieses Thema in den kleinsten Handlungen enthalten sein kann:

- Eine Familie betritt den Raum, der Therapeut begrüßt die Eltern per Handschlag, die Kinder nur mit einem flüchtigen Kopfnicken: Eine Intervention, die die Kinder als weniger bedeutsam definiert und möglicherweise dazu führt, daß sie im Verlauf der Therapie weniger sagen. Ähnliches gilt für jede Art von Koalition, die der Therapeut mit einer Person aus der Familie gegen eine oder mehrere andere eingeht.
- Eine kinderpsychiatrische Untersuchung beginnt mit einem EEG; für das Kind und seine Familie eine klare Definition:



Das Problem hat etwas mit einer Fehlfunktion des Gehirnes des Kindes zu tun. Damit sind die Möglichkeiten für eine bewegungsfähige Umdefinition des Problems z. B. als Familienthema schon von vorneherein begrenzt. Ähnliches gilt für alle Formen von Diagnosen, die sich am medizinischen Modell orientieren: Sie grenzen den Spielraum der Person enorm ein und sollten daher schon allein aus diesem Grund womöglich vermieden werden.

Das Thema „Definitionen bzw. Bewertungen“ soll an dieser Stelle noch etwas breiter diskutiert werden und zwar in Hinsicht „Problemdefinition“ und „Beziehungsdefinition“.

### 3.2.1 Zu Problemdefinition

Ein systemischer Aphorismus sagt: „Die Definition des Problems ist das Problem!“ Die Art und Weise, wie ein Problem von den Beteiligten gesehen wird, bestimmt seine Qualität. Eine – wenn nicht die – zentrale Determinante menschlichen Erlebens stellen die Bedeutungszuweisungen dar, die eine Person vornimmt, um sich ihre Wirklichkeit zu beschreiben, sie zu konstruieren. „Nicht die Dinge beunruhigen uns, sondern unsere Meinungen von den Dingen“, schrieb der stoische Philosoph Epiktet vor 2000 Jahren. Ein Problem wird dadurch bestimmt, wie es in einem System definiert ist, wie es versprachlicht ist. Die Begriffe, die wir verwenden, um uns „Wirklichkeit“ zu beschreiben, sind gleichzeitig die Handwerkszeuge, durch die diese Wirklichkeit entsteht. Es macht einen Unterschied, ob eine kindliche Verhaltensstörung als „Krankheit“ versprachlicht wird, als „Ablösungsproblem“ oder als „Opfer“, das der/die Betreffende auf sich nimmt, um den Familienzusammenhalt zu gewährleisten.

Hier hat die Methode des sog. „Reframing“ ihre Wurzel: Der Therapeut versucht, eine neue Definition für das Problem zu geben, die die Familienmitglieder verblüfft und so ihre bisherige Sicht in Frage stellt. Z. B. über die einfache Frage an die Mutter des magersüchtigen Mädchens: „Wann hat sich X entschieden, nicht mehr zu essen?“, oder das Feedback an die im Streit verstrickte Familie: „Ich bin beeindruckt von der Intensität Ihres Interesses aneinander und von der Energie, mit der sie um eine Veränderung ringen.“ Eine solche therapeutische Umdeutung kann, wenn sie „trifft“, der Familie die Möglichkeit eröffnen, mit einer neuen Sicht ihrer Probleme sich neue Umgangsweisen damit zu erschließen. Das Reframing ist eine Technik zum expliziten Umgang mit Definitionen. Es ist jedoch wichtig, sich bewußt zu sein, daß jede Intervention, jede einzelne Handlung des Therapeuten eine Definition des Problems darstellt; übrigens auch eine Nicht-Handlung, wie z. B. das Zulassen von Anklageitraden oder das Zulassen, daß z. B. ein anderes Mitglied eine Frage an den Indexpatienten beantwortet. Dieser Umstand vergrößert die therapeutische Verantwortung. Die Entscheidung, wen man zum Erstgespräch einlädt, stellt meist die erste machtvollste Intervention im Therapieverlauf dar. In den wenigsten Fällen ist sich der Therapeut der Tragweite dieser Entscheidung bewußt, die er zudem noch fällt, ohne viel Information zur Verfü-

gung zu haben. Von daher ist es i. a. optimal, mit so vielen Beteiligten wie möglich zu beginnen. Eine Verkleinerung des Settings ist leichter zu bewerkstelligen als eine Erweiterung: Sind die Optionen erst einmal begrenzt, ist ihre Ausweitung schwerer, als wenn aus der Fülle der möglichen Optionen dann ein begrenztes Spektrum ausgewählt werden würde.

Beispiele für Problemdefinitionen, die viele Optionen offenlassen können z. B. sein:

- „Unsere Einrichtung ist kein Ort, an dem es darum geht, herauszukriegen, wer Schuld hat, oder ein Urteil zu fällen, sondern ein Ort, an dem alle ihr Wissen und ihre Erfahrung einsetzen, um Lösungen zu finden.“
- „Wenn einer ein Verhalten zeigt, das man ‚Problem‘ nennt, dann sind meist alle in der Familie davon betroffen und müssen ihren Teil zu einer Lösung beitragen.“
- „Das was Problem oder Störung genannt wird, kann auch als kreativer und aktiver Versuch eines Menschen gesehen werden, sich mitzuteilen und verdient ernstgenommen zu werden.“

### 3.2.2 Zu Beziehungsdefinition

Es ist mindestens genauso wichtig, darauf zu achten, wie ich mich selbst durch mein therapeutisches Handeln definiere und welche Position ich damit gleichzeitig meinem Gegenüber zuweise. Jede Kommunikation stellt eine Beziehungsdefinition dar. In der Arbeit mit Mehrpersonnensystemen ist dieses bekannte kommunikationstheoretische Axiom besonders bedeutsam, denn es werden i. a. jeweils mehrere Beziehungsdefinitionen gleichzeitig ausgetauscht. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Frage, ob durch die therapeutische Intervention, die z. B. den einen als „gut“ definiert, gleichzeitig ein anderer als „schlecht“ bewertet wird: Ich habe mich lange gefragt, warum es praktisch immer schiefgelaufen ist, wenn ich auf die Frage von Eltern: „Sagen Sie uns, was wir falsch gemacht haben“, mit konkreten Hinweisen antwortete. Unter dem Blickwinkel der jeweils ausgetauschten Beziehungsdefinitionen ist es klar: Sie definieren sich durch die Frage als „gut“. Ich definiere sie durch meine Antwort als „schlecht“.

In Systemen, vor allem in eng verstrickten, ist jede Form der Wertung einer Einzelperson problematisch, auch wenn es sich um eine positive Wertung handelt, da dadurch meist jeweils mindestens ein anderer sich als negativ bewertet erlebt. Lösungen, die irgendeine Partei als „schlecht“ definieren, können niemals von Dauer sein. Niemand ist in der Lage, mit einer negativen Konnotation das Feld zu verlassen (ein Grund dafür, warum so viele in negativer Weise gebundene Erwachsene sich nicht von den Eltern lösen können). Ein Phänomen, wie z. B. Widerstand ist wohl immer darauf zurückführbar, daß irgend jemand im therapeutischen Feld negativ konnotiert wurde (vgl. hierzu besonders HELLINGER 1991).

Beispiel: Vermutlich ist der Hintergrund für die vielfach problematisch verlaufenden Pflegekindervermittlungen der, daß es in der Konstellation fast unmöglich ist, ein Geflecht von Beziehungsdefinitionen herzustellen, das keinem der Beteiligten die Definition „schlecht“ zuweist. Wenn die Pflegefamilie (PF) ver-

sagt, also als schlecht definiert wird, wird die Herkunftsfamilie (HF) damit als gut definiert und umgekehrt. Damit nicht genug: Wenn das Kind sich in der PF schlecht verhält (also als schlecht definiert wird), definiert es sich in der HF damit als gut (und umgekehrt) – ein permanentes Spannungsverhältnis, das i. a. wegen der beteiligten Institutionen noch komplizierter ist als hier dargestellt. Es ist eine enorme therapeutische Aufgabe, zu Interventionen zu kommen, die jedem Systemmitglied eine positiv verknüpfte Position im Gesamtsystem zuweisen (s. HAWELLEK 1990).

Die systemische Therapie versucht, dieses Dilemma dadurch zu vermeiden, daß Problemdefinitionen und Beziehungsdefinitionen sehr genau daraufhin untersucht werden, welche möglicherweise negativen Verknüpfungen darin enthalten sind und diese durch sog. „positive Konnotationen“ zu ersetzen.

Beispiel: Ein magersüchtiges Mädchen wird in die Klinik aufgenommen, um einen lebensbedrohlichen Zustand abzuwenden, eine Maßnahme durch die sie zunächst eindeutig negativ konnotiert wird. Gleichzeitig wird jedoch dazugesagt, daß diese Maßnahme nicht die eigentliche Therapie ist, sondern erst nach der physiologischen Stabilisierung als Familientherapie erfolgt, da die Familie als Ganzes herausgefordert sei. Während der anschließenden familientherapeutischen Arbeit wird eine Vereinbarung getroffen, daß das Mädchen, das für sich Wege suchen will, um sich altersentsprechend in der Gruppe der Gleichaltrigen zu bewegen, eine Einzeltherapie macht, mit dem Ziel schrittweiser Emanzipation vom Elternhaus.

Die hier vorgenommenen Definitionen waren so, daß das Problem und die Beziehungen in einer Weise definiert wurden, die viele Optionen offenließen und die keinen Beteiligten als schlecht qualifizierten. Anders wäre es gewesen, wenn das Mädchen aufgenommen und in Einzeltherapie gekommen wäre (Def.: „Du bist kaputt, wir müssen dich reparieren“), wenn dann eine Therapie mit der Mutter begonnen hätte (Def.: „Sie sind Schuld“) und das Ganze noch mit Pharmakabehandlung gekoppelt wäre (Def.: „Das ist ein medizinisches Problem“).

### 3.3 *Besinne Dich auf Deine persönliche Verantwortung.* (Oder: „Es gibt kein richtig und falsch, aber du bist Teil des Kontextes und alles, was du tust, hat Konsequenzen!“)

Eine systemische Sichtweise gründet auf einem bestimmten Verständnis dessen, was „Realität“ bedeutet. Sie geht davon aus, daß es unmöglich ist, Realität objektiv zu betrachten, da der Beobachter immer Teil des Kontextes ist, den er beobachtet. Es gibt keine Beobachtung ohne Beobachter. „Wirk“-lichkeit entsteht durch den Akt der Wahrnehmung in der Wechselwirkung zwischen Beobachter und zu Beobachtendem. Dies gilt vor allem im Bereich sog. „weicher“ Realität, der zwischenmenschlichen Wirklichkeit, auch Beziehungsrealität genannt (STIERLIN 1988). Gerade hier ist Konsens oft schwer zu erreichen, bleibt Spielraum für vielfache Auslegungen, für beabsichtigte und unbeabsichtigte Mißverständnisse und Interpretation von Beziehungsgeschehen. Der Therapeut als Teilnehmer einer Interaktion ist davon nicht frei, seine Aussagen können ebensowenig beanspruchen „objektiv“ oder „neutral“ zu sein, wie die seiner

Interaktionspartner. Sein Vorteil ist nur der, daß er i. a. weniger in die Dynamik des Systems verwickelt ist.

Diese Erkenntnis bringt eine sehr vorsichtige Handhabung der Begriffe „richtig“ und „falsch“ mit sich: Eine Vielzahl von Perspektiven kann, jeweils bezogen auf den Beobachter, Anspruch auf Gültigkeit erheben, da sie alle jeweils Versuche darstellen, die Komplexität von „Wirklichkeit“ auf Konzepte zu reduzieren. Einfach gesagt: Die Entscheidung, ob eine Landkarte/Stadtplan, ein Luftbild oder vielleicht ein Gemälde die „richtige“ Abbildung eines Geländes darstellt, kann nicht getroffen werden (KRIZ 1981). Vielmehr kommen hier „weichere“ Begriffe wie Angemessenheit, Vertretbarkeit oder Nützlichkeit ins Spiel (LUDEWIG 1987).

Wenn es keine „objektiv“ richtige Entscheidung für ein Vorgehen geben kann, ist der Therapeut in besonderer Weise gefordert. Er/sie kann die Verantwortung für den Weg der Suche nach Lösungen nicht mehr ohne weiteres an theoretische Konstruktionen und „harte“ Diagnosen abgeben, die ihm zwingend vorschreiben, wie er zu handeln hat, sondern er kann sich nur an persönliche Landkarten halten, die ihm höchstens die nächsten Schritte erleichtern. Auch wenn in diese persönlichen Landkarten natürlich auch theoretische Konzepte einfließen, bleibt „Erfahrung die höchste Autorität“ – um es mit einem Wort von ROGERS zu sagen. In der systemischen Therapie wird vielfach mit mehreren Therapeuten gearbeitet, z. B. mit Hilfe einer Einwegscheibe oder i. S. eines „Reflecting Teams“ (s. z. B. ANDERSEN 1990). Das gemeinsame Aufstellen von Hypothesen und die Diskussion darüber ist ein diskursiver Prozeß, der der Komplexität psychischer und psychosozialer Wirklichkeit angemessener ist als eine starre Diagnose. Die persönliche Verantwortung zwingt dazu, die eigenen Hypothesen und Vermutungen mit denen anderer Personen zu vergleichen und abzustimmen (KRIZ 1991), also eine *konsensuelle* Realität zu schaffen.

### 3.4 *Achte darauf, in respektvoller Weise Unterschiede zu schaffen.* (Oder: „Füge dem Bild des/der Klienten etwas Neues hinzu.“)

In der systemischen Therapie stehen kommunikative Muster im Zentrum der Aufmerksamkeit: Die Art, wie eine Kommunikation an die nächste anschließt, ist besonders in Systemen mit einem Symptomträger bedeutsam, da der Prozeß hier in hohem Maße einförmig verläuft: Immer und immer wieder werden dieselben leidvollen Kommunikationsschleifen durchlaufen.

Der Therapeut klinkt sich in die Therapie in diesen Kreislauf ein, stellt sich auf die Schrittfolge dieses „Tanzes“ ein und versucht gleichzeitig, diese aus dem Gleichgewicht zu bringen, zu verändern. Es ist dabei völlig egal, ob er/sie mit einer Person, einem Paar oder einer Familie arbeitet: Entscheidend ist, ob die Intervention das Muster, in dem intern oder extern kommuniziert wird, verändert oder nicht. Jede Intervention kann dann unter dieser Frage gesehen werden: Hilft sie dabei, in respektvoller Weise ein neues Muster zu schaffen oder bleibt sie

„im System“, reproduziert sie das Alte, das Herkömmliche (ohne es z. B. zu würdigen und so einen Unterschied herzustellen)?

Das Wichtige in dieser Sichtweise ist, daß sie zur Sensibilität für den Therapieprozeß erzieht: Es ist völlig unwichtig, welche *äußeren* Kriterien eine Intervention, ein Setting o. ä. erfüllt, wichtig ist die Frage, inwieweit sie in dem Prozeß in positiver Weise etwas Neues einführt, einen „Unterschied, der einen Unterschied macht“, um eine Metapher von BATESON zu benutzen. Es ist hier ein wichtiges ethisches Postulat, daß es um eine respektvolle Form des Unterschiedes geht, die die Integrität des Gegenübers wahrt. Auch eine Abwertung kann natürlich „etwas Neues“ sein und Veränderung induzieren – nur mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine, die dauerhaft und positiv sein wird. Ähnlich gefährlich kann die Paradoxie als Intervention sein, wenn sie nur den alten Weg verlegt, ohne etwas Neues ins System einzuführen, aus dem neue Optionen entstehen können (s. WEEKS u. L'ABATE 1985, S. 192 ff.).

Die Forderung, einen Unterschied zu machen, gibt dem Therapeuten/der Therapeutin einen weiten Spielraum: Er/sie kann sehr kreativ viele Interventionen probieren, wenn er/sie sensibel ist dafür, was diese im Prozeßverlauf bedeuten: Sind sie „mehr desselben“ oder helfen sie bei dem Versuch, in mitmenschlicher Solidarität neue Information, neuen Sinn zu entwickeln und auf diese Weise daran zu arbeiten, daß sich in dem therapeutischen System eine neue Form von Kommunikationsmuster entwickelt, so daß der Therapeut/die Therapeutin sich schrittweise daraus entfernen kann: „Ich gebrauche alles, was paßt, und erfinde etwas Neues, soweit es mir eben möglich ist. So bin ich nicht an irgendeine Art von Technik gebunden; ich betrachte Techniken als zweitrangig und die vom Therapeuten initiierte therapeutische Interaktion und die gesamte Beziehung zu den Leuten als vorrangig“ (SATIR in GESTER 1982).

Darüberhinaus liegt in dieser Perspektive die Möglichkeit der Integration verschiedener therapeutischer Konzepte. Sie können daraufhin befragt werden, inwieweit sie einen theoretischen Rahmen anbieten zur systematischen Erzeugung von Unterschieden und inwieweit sie dies in ihrer Praxis tun.

So wird z. B. der Gesprächspsychotherapie vielfach vorgeworfen, sie wiederhole nur einfach das vom Klienten Gesagte, sie versäume es also bereits in ihrer Konzeptionierung, einen Unterschied herzustellen. Doch ist im GT-Konzept die explizite Anweisung enthalten, mit der Intervention dem Klienten eine Rückmeldung über die „Bauart des inneren Bezugsrahmens“ zu geben (BIERMANN-RATHJEN et al. 1981, S. 83 ff.). Vorstellbar ist beispielsweise auf die Äußerung des Klienten, es sei ihm, obwohl er sich wohlfühle, peinlich, zum Therapeuten zu kommen, zu antworten: „Auch wenn Sie sich ganz wohl fühlen, merken Sie doch, daß es Ihnen peinlich ist, hier zu sein.“ Hier bleibt dem Klienten möglicherweise nur ein „Ja“, da kein bedeutsamer Unterschied hergestellt wurde (außer vielleicht in der Akzeptierung dieses Gefühls durch den Therapeuten). Aber erst eine Reaktion wie: „Sie haben den Anspruch an sich, dieses Gefühl nicht zu haben“, bietet die Gelegenheit, den inneren Bezugsrahmen des Klienten zu hinterfragen.

#### 4 Schluß

Eine sich systemisch verstehende Ethik sollte sich weniger an äußeren Kriterien von „richtig“ und „falsch“ oder an vorgegebenen Settings oder Techniken orientieren. Auf der Grundlage einer Verantwortungsethik ist alles möglich („Anything goes“) und vertretbar, wenn der Therapeut/die Therapeutin verschiedene Kriterien beachtet, nämlich:

- daß er/sie aus einer Mehrebenenperspektive heraus die eigenverantwortliche Entscheidung fällt, welches Subsystem gesucht wird, um die Suche nach Lösungen zu beginnen und offen dafür bleibt, immer wieder auch andere Perspektiven in seine/ihre Überlegung miteinzubeziehen;
- daß diagnostische Überlegungen und Interventionen ökologisch valide sind (dazu gehört die Betrachtung sowohl der subpersonalen Ebene als auch der institutionellen und überinstitutionellen Kontextbedingungen);
- daß die Definition des Problems keine Abwertung eines Mitglieds des Problemsystems beinhaltet;
- daß der Handlungsspielraum für die zentralen Beteiligten des Problemsystems erweitert wird – und zwar nicht nur für z. B. einen einzelnen, falls er/sie nur mit diesem arbeitet!

Abschließend sei noch einmal betont, daß sowohl Ethik als auch „systemisches Denken“ nicht Dinge sind, die man „haben“ kann oder nicht, nicht einmal feste Modelle, Sichtweisen nach dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“, sondern Beschreibungen für den Prozeß, dem man als Therapeut folgt, und der auch die Entwicklung des Therapeuten beschreibt, der ja selbst sein Leben lang daran arbeitet, die Einschränkungen seiner potentiellen Komplexität zu erweitern. Wenn ein therapeutisches Konzept, welcher Schule auch immer, nicht die Optionen des Therapeuten *vermehrt*, also *mehr* Handlungsspielraum bietet als vorher, dann verdient es nicht, beachtet zu werden. In diesem Sinne meine ich, daß ein Therapeut gut daran tut, unideologisch ein Denken – wie z. B. das systemische – zur Grundlage eines Handelns zu machen, das auf größtmöglicher Handlungsfreiheit und größtmöglichem Respekt beruht. Dann muß er/sie nicht die eigene Wahrnehmungsfähigkeit, Kreativität und Spielfreude aufgeben, um ein starres theoretisches System zu verwirklichen, sondern er/sie kann den Menschen, mit denen er/sie arbeitet, helfen, die Vielfalt der Lebensmöglichkeiten wiederzugewinnen, die das Leben potentiell für alle Menschen bereithält.

#### Summary

##### *Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives*

Systems (e.g. families) tend to reduce the behavioral options of their members (a process that is usually called „trivialization“). The task of systemic therapy is to help in constructing „realities“ that widen the range of possible options in a system. This demand is a value-decision as base of an ethics of systemic therapy. It is concretized in four ethical „imperatives“: (1) Think and act ecologically valid! (2) Be aware of the definitions and evaluations that you make! (3) Be aware of your personal responsibility! (4) Try to create meaningful differences in a

respectful way! Following these prescriptions the systemic therapist can choose interventions out of a wide range of possible behaviors, and thus has him-/herself an optimum of choices.

### Literatur

ANDERSEN, T. (1990): Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund: Verlag Modernes Lernen. – BIERMANN-RAHTJEN, E./ECKERT, J./SCHWARTZ, H. (1981): Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. – CECCHIN, G. (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. Familiendynamik 13, 190–203. – v. FOERSTER, H. (1981): Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: WATZLAWICK, P. (Hg.), S. 39–60. – v. FOERSTER, H. (1988): Aufbau und Abbau. In: SIMON, F. (Hg.) (1988a). – GESTER, P. (1982): Im Zentrum ist die Gesundheit. Interview mit V. Satir. Kontext 6, S. 118–141. – GUNTERN, G. (1986): Systemische Ethik. In: REITER, L. (Hg.): Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie. Wien: Facultas. – HAWELLEK, CH. (1990): Die therapeutische Basis. Zu den Grundlagen der Therapie bei Familiensystemen mit nichtleiblichen Kindern. Familiendynamik 15, 113–124. – HELLINGER, B. (1991): Schuld und Unschuld aus systemischer Sicht. In: Systema 5 (1), S. 19–34. – KRIZ, J. (1981): Methodenkritik empirischer Sozialforschung. Stuttgart: Teubner. – KRIZ, J. et al. (1987): Wissenschaftstheorie und Erkenntnistheorie. Opladen: Leske & Budrich. – KRIZ, J. (1991): Ethik und Verantwortung. In: Ethik und Sozialwissenschaft (i. Dr.). – LUDEWIG, K. (1987): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grund-

züge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. Zeitschrift für systemische Therapie 5, 178–191. – RAUCHFLEISCH, U. (1982): nach bestem Wissen und Gewissen, – die ethische Verantwortung in Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – REITER, L./BRUNNER, E.J./REITER-THEIL, S. (Hg.) (1988): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Heidelberg: Springer. – REITER-THEIL, S. (1988): Therapie und Ethik in systemischer Perspektive. In: REITER, L. et al. (Hg.), S. 21–40. – v. SCHLIPPE, A. (1987): Das Verhältnis von Einzel- und Familientherapie: zur ökologischen Validität therapeutischer Interventionen. In: v. SCHLIPPE, A./KRIZ, J. (Hg.): Familientherapie, Kontroverses – Gemeinsames. Wildberg: Bögner-Kaufmann. – v. SCHLIPPE, A. (1988): Der systemische Ansatz: Versuch einer Präzisierung. Zeitschr. f. system. Therapie 6, S. 81–89. – v. SCHLIPPE, A. (1990): „Hauptsache dem Therapeuten geht's gut“ – Umgang mit kritischen Situationen in der Familientherapie. In: BRUNNER, E./GREITEMEYER, D. (Hg.): Die Therapeutenpersönlichkeit. Wildberg: Bögner. – SCHMIDT, CH. (1988): Psychotherapie und Ethik – eine vernachlässigte Fragestellung. Integrative Therapie 14, S. 101–107. – SIMON, F. (Hg.) (1988a): Lebende Systeme. Heidelberg: Springer. – SIMON, F. (1988b): Unterschiede, die Unterschiede machen. Heidelberg: Springer. – STIERLIN, H. (1988): Zur Beziehung zwischen Einzelperson und System: der Begriff „Individuation“ in systemischer Sicht. In: REITER, L. et al. (Hg.), S. 3–19. – WATZLAWICK, P. (Hg.) (1981): Die erfundene Wirklichkeit. München: Piper. – WEEKS, G./L'ABATE, L. (1985): Paradoxe Psychotherapie. Stuttgart: Enke.

Anschr. d. Verf.: Dr. Arist v. Schlippe, Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie, Knollstr. 15, 4500 Osnabrück.