

Systemkompetenz meets Störungskompetenz

**Verhaltenstherapie und Systemtherapie: Therapieschulenbegegnung
auf wissenschaftlicher und curricularer Ebene**

Hans Lieb

Zusammenfassung

Die Zeit der Therapieschulenabgrenzungen ist vorbei. Ein Strang der anstehenden Schulenbegegnung, den wir im IFW realisieren, ist die zwischen Systemtherapie und Verhaltenstherapie. Der Beitrag skizziert hierzu zwei Arten der Schulenbegegnung: Die metatheoretische Konzeption der Allgemeinen Psychotherapie von Klaus Grawe, in der VT und ST jeweils Platz finden, sowie jeweils schuleninterne Weiterentwicklungen durch Integration von Wissens- und Interventionskomponenten der anderen in die eigene Schule. Zur Vermeidung von Integrationsnebel wird hier auf die Einhaltung einer klaren epistemologischen Buchführung verwiesen. Als typische Merkmale der VT gelten dann störungsspezifisches Wissen und Intervenieren; st-typisch ist die Beobachter-II-Ordnung-Position mit ihren Reflexions- und Interventionsmöglichkeiten. Am Ende werden curriculare Fortbildungsinhalte für das VT-ST-Lernen voneinander beschrieben, wie es IFW und IFKV realisieren.

Vorbemerkung zur Beziehung „ST und VT“

Seit 2006 bietet das IFW das **Curriculum „Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten“** und in Kooperation das IFKV (Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie) entsprechend **„Verhaltenstherapie für Systemtherapeuten“** an. Ein solches Projekt bedarf nicht nur marktpolitischer Motive, sondern auch und vor allem einer wissenschaftlichen Begründung.

Die Zeit der Therapieschulenabgrenzung ist vorbei. Zum Nutzen ihrer Klienten lernen Therapeuten schulenübergreifend voneinander. Es gibt fundierte Ansätze, unterschiedliche Schulen in einem einheitlichen Konzept zu vereinen, am prominentesten in der „Allgemeinen

Psychotherapie“ von Klaus Grawe (Grawe 1995, 1998, 2004). Systemiker glauben nicht an „die“ integrierende Psychotherapie-Theorie, eher an eine transversale Vernunft (Welsch 1991), die Unterschiede bestehen lässt, auf usurpatorische Integrationsansprüche verzichtet und so Lernen voneinander besser möglich macht. Und wenn schon Integrieren: Systemtheorie und vor allem Konstruktivismus können die naturwissenschaftlich orientierte Verhaltenstherapie theoretisch eher als ein Weltmodell unter anderen integrieren als umgekehrt letztere einen radikalen Konstruktivismus.

Systemische Ansätze gehören zur Geschichte der Verhaltenstherapie selbst. Viele im Bereich klinisch relevanter Psychotherapie tätige Systemiker kommen ohne störungsspezifische Kenntnisse und Methoden nicht aus. Der Untertitel von Band 2 des Lehrbuches „Systemische Therapie und Beratung“ von Schlippe und Schweitzer (Band 1, 1996) heißt: „Das störungsspezifische Wissen“ (Schweitzer und von Schlippe 2006). Systemiker haben die Effektivität ihrer Arbeit empirisch störungsspezifisch nachgewiesen (Südow et al. 2007). Die Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ legt mittlerweile im 5. Jahr störungsspezifisch ausgerichtete Hefte vor mit Beiträgen aus allen relevanten Therapierichtungen. Einen Grund besonderer Art für die Erweiterung des Therapieschulenhorizontes liefert eine ernüchternde Empirie: Erhebungen ergeben hohe Raten von Therapieabbruchquoten und therapeutischen Misserfolgen – 25 % von Menschen mit psychischen Belastungen lehnen Therapie ab, 35 % brechen die begonnene Behandlung ab, 25 % enden nicht erfolgreich (Grawe 2005). Bleiben 13 % echte Erfolge, die größer sein dürften, wenn das Behandlungsrepertoire der Therapeuten breiter ist oder man in Kenntnis der Kompetenzen anderer Schulen rechtzeitig weiterdelegieren würde. Ein anderer empirischer Strang, die sogenannte Wirkfaktorenanalyse („Welche Faktoren tragen zu relevanten Veränderungen in Therapien bei?“) zeigt, dass die Schulen jeweils spezifische Wirkvariablen beitragen: Die Verhaltenstherapie die Problematualisierung und die störungsbezogene Problembewältigung; die Tiefenpsychologie die innere Konfliktbearbeitung; der systemische Ansatz die Beziehungs- und die Ressourcenkompetenz (Grawe et al. 1994; Grawe 1995, 1998, 2004). Er zeigt auch, dass Therapeuten effektiver sind, zu deren Repertoire viele dieser Wirkfaktoren gehören – zumindest im Bereich der Therapie mit Menschen, die an sogenannten „klinisch relevanten“ Symptomatiken leiden.

Verhaltenstherapeuten haben sich systemische Ansätze und Methoden schon lange zu eigen gemacht, zum Teil selbst erarbeitet, zum Teil importiert (und manchmal beim Import aus politischen Gründen oder aus wissenschaftstheoretischer Unkenntnis so getan, als würde das Importierte allein dadurch schon „verhaltenstherapeutisch“). Bereits 1996 startete der erste Versuch, die „Arbeit mit Systemen“ in die Richtlinienpsychotherapie aufzunehmen (vgl. Lieb 1997). Im deutschen und noch mehr im angloamerikanischen Sprachraum haben Verhaltenstherapeuten eigene systembezogene Ansätze entwickelt (die interessanterweise in der offiziellen Verhaltenstherapie nur Randerscheinungen blieben), was sich z. B. sprachlich niederschlug in der Rede von der „Funktion von Symptomen“, vom „Identifizierten Patienten“, im Konzept der „Functional Family Therapy“ oder in Ansätzen wie der „Paradigmatic

Family Therapy (PFT)“ (vgl. Heekerens 1988, 1989, 1993). Eine ganze Reihe von Autoren haben dargelegt, dass, wie und welche Systemvariablen (gemeint sind familiäre oder familienübergreifende Beziehungsformen) zur Genese einer „Störung“ gehören und dass und wie deren Berücksichtigung im therapeutischen Ansatz die Erfolgsrate verbessert.¹

Dass verhaltenstherapeutische Ansätze im Allgemeinen (z. B. Lerntheorien für die Erziehung oder das sogenannte respondente Lernen bei der Entwicklung und der Behandlung von Ängsten und Zwängen) und störungsspezifische Kenntnisse im Besonderen (z. B.: wie entstehen depressive oder anorektische bzw. bulimische Problemkomplexe, welche Faktoren halten sie aufrecht und was muss deshalb in der Therapie speziell getan werden?) auch von Systemtherapeuten fruchtbar in ihr Konzept aufgenommen werden können, belegen Rückmeldungen vieler Teilnehmer des Kurses „Verhaltenstherapie für Systemtherapeuten“, den das IFW seit sieben Jahren als Wahlpflichtseminar im Rahmen der Systemtherapieausbildung anbietet. In einer Katamnese bis 8 Jahre nach Veranstaltung berichten – bei jeweils guter Erinnerung an das Seminar – 76 % von erkennbarem bis deutlichem Nutzen von VT-Elementen für die systemische Arbeit. 79 % stimmen zu, dass die Nutzung von VT-Elementen die Effektivität ihrer Systemtherapie erhöht habe. Die Hälfte entwickelt einen selbst gestrickten integrativen Ansatz mit z. Z. kreativen Namen („Blumenstrauß“), grob ein Viertel wechselt je nach Fall den Ansatz und ein Viertel inkorporiert die VT-Elemente in den systemischen Ansatz.

Zur *logischen Buchhaltung* und um Missverständnisse zu vermeiden: Wenn Systemiker auf klinischem Feld von Verhaltenstherapeuten deren Beschreibungsformen und deren Erklärungsansätze von „Störung“ oder „Krankheit“ genannten Phänomenen menschlichen Leidens übernehmen, bleiben sie „echte“ Systemiker dann und nur dann, wenn sie dabei an der Unterscheidung zwischen Beobachter I. und Beobachter II. Ordnung festhalten (vgl. Simon 2006). Demnach ist eine von der Verhaltenstherapie übernommene Technik (nehmen wir als Beispiel die Exposition, bei der sich der Patient auf Therapeutenanleitung hin und mit lerntheoretischer Begründung Angstsituationen aussetzt, bis seine Angstreaktionen abnehmen) weder „verhaltenstherapeutisch“ noch durch eine andere Eigenschaft bestimmt. Sie ist nur primär aus der verhaltenstherapeutischen Beschreibung und Klärung von Phänomenen *abgeleitet*. Man könnte sie (und sollte sie als Systemiker gelegentlich auch) ebenso mit der Systemtheorie selbst erklären bzw. sie aus ihr ableiten. Ebenso kann eine Technik wie das Reframing nicht „systemisch“ sein im Sinne der Eigenschaft einer Handlung, sondern sie ist aus systemischem Denken *abgeleitet* oder es wird mit ihm deren Wirksamkeit erklärt. Verhaltenstherapie ist demnach eine Form, die Welt menschlicher Probleme zu beschreiben und vor allem sie zu erklären – wie der systemische Ansatz diese auf seine Weise beschreibt und erklärt. Wenn also Systemiker VT-Techniken kennenlernen und in ihre Arbeit aufnehmen, tun sie das „systemisch“ als Beobachter II. Ordnung. Das heißt: Sie

1) Eine ausführliche Darstellung der Historie systemischer Ansätze *innerhalb* der Verhaltenstherapie mit entsprechender Literaturliste ist beim Autor erhältlich.

beobachten Verhaltenstherapeuten beim Beobachten, Beschreiben, Erklären und Behandeln. Manchmal können sie problemlos deren effektive und deshalb als gut bewertete Beschreibungen, Erklärungen und Handlungen mit dem eigenen systemtheoretischen Instrumentarium beschreiben und erklären. Z. B. hatte der Autor Freude daran, zu entdecken, wie effektiv die Verhaltenstherapie Sozialphobien erklärt und behandelt mit ihrem Fokus darauf, wie „Sozialphobiker“ sich und andere angstgesteuert „eng“ auf Angst- und Peinlichkeitszeichen hin beobachten und sich selbst entsprechende Wahrnehmungen wiederum angsterzeugend erklären und sich somit ihre Phobie ständig selbst neu erschaffen. Das lässt sich leicht mit dem systemischen Modell der Autopoiese beschreiben und erklären (primäre Unterscheidung: Normal versus peinlich; Erklärung: eigenes Versagen; angstreduzierende Intervention: Aufmerksamkeitsverschiebung auf angstirrelevante Bereiche (z. B. Farben, Lautstärke und andere Situationsmerkmale)).

Man kann sich *zwei Arten der Therapieschulenkooperation oder gar -integration* vorstellen: In der ersten, eben angesprochenen, beschreibt eine Schule das Denk- und Handlungsgebäude einer anderen mit dem eigenen Theoriwerkzeug und kann sie so integrieren (vgl. z. B. die Beschreibung der Verhaltenstherapie aus systemischer Sicht in Lieb 1995). Eine andere Möglichkeit besteht darin, ein therapeutisches Gesamtkonzept zu erstellen, das die produktiven Teile der einzelnen Therapieschulen in ein übergeordnetes, theoretisch und empirisch stabiles Gesamtkonzept integriert. Das haben im deutschen Sprachraum Kriz und Grawe versucht. Kriz (2004; 2005) geht den Weg einer wissenschaftlich fundierten Methodenintegration: Jede der bekannten Schulen repräsentiert nach ihm eine unverzichtbare Säule in der Beschreibung, Erklärung und Behandlung menschlichen Lebens und Leidens, deckt aber jeweils immer nur einen Teilbereich ab. Jede Säule hat ihre eigene wissenschaftliche Heimat bzw. ihre spezifischen Menschenbildannahmen: Behavioral-physiologisch-naturwissenschaftliche (Verhaltenstherapie), humanistische (Gesprächs- und Gestalttherapie), entwicklungspsychologisch-intrapsychische (Psychoanalyse) und interaktionell-systemische (Systemtherapie).

Ein anderer, weit über den deutschen Sprachraum hinaus bekannter Ansatz ist der der „Allgemeinen Psychotherapie“ von Klaus Grawe, der ob seiner viele Wissenschaftsbereiche integrierenden, empirisch bestätigten und vor allem bis in das Mikrogesehen der therapeutischen Arbeit hinein methodisch ausgearbeiteten Fundierung hier näher vorgestellt werden soll. Auch wenn Systemiker mit ihrer konstruktivistischen Seele den „Allgemeinheits-“ und wohl auch „Wahrheitsanspruch“ von Grawe aus der Perspektive einer Beobachtung II. Ordnung kritisch bewerten, bietet er doch ein „Haus für alle Schulen“ mit systemischen Etagen.

Ein Haus für alle Schulen: Die allgemeine Psychotherapie nach Klaus Grawe

Beginnen wir hier mit der *Praxis der allgemeinen Psychotherapie*: Grawe unterscheidet für die Therapie zwischen einem „expliziten Funktionsmodus“ und einem „impliziten Funktionsmodus“ in der Therapie. Ersteres würden andere die „Inhaltsebene“ nennen. Hierzu

gehören die störungs- und problembezogenen diagnostischen Instrumente und vor allem die bewussten therapieschulenspezifischen therapeutischen Interventionen – z. B. das Einüben neuer Problembewältigungsformen für Einzelne oder Systeme, die Technik des Reframing oder der „Symptomverschreibung“, die Vermittlung allgemeiner wohlbefindensfördernder Fertigkeiten (Entspannung, Selbstsicherheitstraining usw.) und, dies vor allem, die zwischen Patient und Therapeut transparent und gemeinsam gestaltete Ausrichtung auf ein positives Ziel in der Therapie. Der „implizite Funktionsmodus“ (andere sprechen von der „Beziehungsebene“) betrifft das bewusste oder unbewusste und sich auch nonverbal ausdrückende Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Patient. Folgende Merkmale dieser therapeutischen Beziehung korrelieren hoch mit therapeutischen Erfolgen: Dass sich Patienten darin ebenso wohl wie herausgefordert fühlen; dass in ihr Hoffnung evoziert wird; dass sich Patienten als Personen angenommen fühlen; dass sich die Beziehung im Mikro- und Makrobereich an den primären emotional-motivational relevanten Umständen und Zuständen der Klienten orientiert („Was sucht, wovor schützt sich der Klient in Beziehungen?“) und dass in der therapeutischen Beziehung die gerade in diesen selbst aktivierten Grundbedürfnissen eines Menschen nach Kontrolle, Orientierung, Unlustreduzierung, Selbstwerterhöhung und die nach einer emotional sicheren Basis beachtet werden.

Nach Grawe muss der explizite wie der implizite Funktionsmodus vom Therapeuten als führendem Teil in der Beziehung für jeden Patienten neu ausgestaltet werden (weshalb es aus seiner Sicht keine für alle geltenden Manualtherapien geben kann). Die Verhaltenstherapie hat ganz besondere Stärken im transparent gestalteten expliziten Modus, die Systemtherapie hält für den impliziten Modus ein besonders großes Theorie- und Methodenarsenal bereit – für das binnentherapeutische System ebenso wie für die Beziehungen der Patienten in ihrem Leben: Berücksichtigung unterschiedlicher Kommunikationsstile, Handling symmetrischer und komplementärer Interaktionen, Erfassung unbewusst-impliziter Beziehungskontrakte und generationsübergreifender offener und verdeckter Bindungen und schließlich die explizite Einbeziehung des Therapeuten selbst in die therapeutischen Interaktionsmuster als Lenker wie Gelenker in der therapeutischen Beziehung. Die Selbstreflexion der Therapeuten als Gestaltete wie Gestaltende in Systemen ist im Weinheimer Ausbildungssystem ein zentraler Punkt, fast ein eigener Wirkfaktor.

Im Haus dieser allgemeinen Psychotherapie gelten nach Grawe schließlich für alle Behandler 12 Handlungsanweisungen oder Regeln für jede Therapiestunde – gewissermaßen als praktische Online-Quintessenz. Diese sind in Tabelle 1 dargestellt. In dieser ist hier kursiv gesetzt, was Verhaltenstherapeuten von Systemikern lernen können. Was umgekehrt Systemiker von Verhaltenstherapeuten sich aneignen können, ist in dieser Tabelle auch (z. B. Punkt 4, 7, 8, 11) enthalten, noch mehr aber in den Regeln zur längerfristigen **Therapieplanung** auf der Ebene des expliziten Funktionsmodus (expliziter Modus hinsichtlich Störungsspezifität). Beispiele hierfür enthält Tabelle 2.

12 Handlungsanweisungen für die Therapie nach K. Grawe

1. *Fokussiere auf die impliziten Wahrnehmungen des Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung (Prozess vor Inhalt).*
2. *Fokussiere: Wie sagt der Patient etwas? Was ist die Beziehungsbotschaft neben der inhaltlichen problembezogenen?*
3. In der Therapie ist das Bindungsbedürfnis motivational aktiviert. Vor dem Therapeuten sitzt ein Mensch mit wahrscheinlich eher negativen Bindungserfahrungen. Nonverbal-implizit negative Botschaften an ihn wären daher solche, die er als Bestätigung von Ablehnung oder Abwesenheit verstehen dürfte. Positiv zugewandte Botschaften wären solche der Neugier, der Wärme, der Zuversicht, des kompetenten Engagements und der auf diese Person fürsorglich bezogenen Handlungsbereitschaft. Therapeuten sollten in der Regel keine Hilflosigkeit zeigen!
4. Patienten entwickeln sich besser, wenn der Therapeut Orientierung und Kontrolle vermittelt; das heißt vor allem: Transparenz, Entscheidungsvielfalt, Widerstandsbeachtung.
5. *Therapeuten sollen bei Patienten selbstwerterhöhende Wahrnehmungen fördern: Also die positiven Aspekte ihres Lebens in Augenschein nehmen. Das ist keine Zeitverschwendung, sondern eine nachweislich wirksame Entwicklung des Annäherungspriming. Man sollte den Patienten gerade dann positiv sehen, wenn er solche Zuwendungsformen im Rahmen seines gelernten Interaktionsstiles noch abwehren oder abwerten muss.*
6. *In der Therapie sollen positive Emotionen Raum bekommen: Lachen, Erfolge auskosten, Ressourcenphantasien – vielleicht unterstützt durch Hypnose, Entspannung oder Imaginationen.*
7. Jede Sitzung braucht einen klaren Fokus. Ungut sind zu häufige Problemthemenwechsel. Wiederholungen von Veränderungsschritten sind notwendig zum Lernen (neue Synapsenbildungen).
8. *Jede Problemlösung sollte mit einem Veränderungs- und Lösungsschritt verbunden werden.*
9. Vor einer Problemaktivierung sollte das Annäherungspriming aktiviert werden: Notwendige negative schmerzliche Erfahrungen des Patienten in der Therapie sollten einen Bezug zum positiven Ziel der Therapie haben, was bei Patienten einen erfahrungsoffeneren Zustand bewirkt.
10. Motivational wichtige positiv besetzte Ziele des Patienten sollten aktiviert werden vor der Durchführung einer angstbesetzten oder aversiven Intervention. (Adrenalin und Dopamin bei motivationalen Zielen bahnen Veränderungen.)
11. Passende Hausaufgaben ermöglichen die Wiederholungen von Lösungen außerhalb der Therapie: Das ist notwendig für die synaptische Organisation neuer Bahnungen und für die Überführung bewusster Veränderungen in Gewohnheiten. Man kann das auch unterstützen durch Selbstverpflichtungen, Telefonate usw.
12. *Schädlich ist ein Beharren auf Ziele, für die der Patient nicht motiviert ist. Häufige Zielwechsel sind zu vermeiden.*

Tabelle 1

12 Regeln für den erfolgreichen Therapieprozess (nach Grawe 2004)

Kursivschrift: Kompetenzbereiche der Systemtherapie (oder: was Verhaltenstherapeuten von Systemikern lernen können). Man könnte auch anderes hervorheben: Was Systemiker von Verhaltenstherapeuten lernen können (z. B. 4, 7, 11).

Beispiele störungsspezifischer Erklärungs- und Behandlungsansätze in der Verhaltenstherapie

Angst:	Erklärung, wie Angst durch klassische Konditionierung von einem dazu befähigten System erworben wird und wie sich das System wieder ohne Angst in der Umwelt zurechtfindet durch „Habituationprozesse“: Verhaltenstherapeutische Expositionstherapie.
Panik:	Physiologisches Panik-Erklärungsmodell: Teufelskreis zwischen Angstgedanken und angstvoll interpretierten Körperreaktionen. Veränderung durch therapeutisch eingeführtes alternatives Erklärungsmodell mit alternativen Handlungsanweisungen („Der Körper ist in sich gesund, wenn er so reagiert.“ (physiologische Autopoiese)).
Zwänge:	Erklärung: Das Vermeidungsverhalten als Problemlöseversuch des Zwangspatienten erzeugt den Zwang. Therapeutische Konsequenz: „Reaktionsverhinderung“ mit Hilfe des Therapeuten (oder: therapeutisch induziertes Unterlassen der Vermeidung, also der ursprünglichen Problemlösung).
Sozialphobie:	Erklärung: Angstbezogene Selbst- und Fremdselbstaufmerksamkeit („Falle ich peinlich auf?“) sowie gefahrenabwehrendes Sicherheitsverhalten erzeugt die Angst. Therapie: Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus / Angstexpositionsexperimente.
Generalisierte Angststörung:	Modell: Nicht der Sorgeninhalt, sondern das sich ständig Sorgen und die Sorgen über das Sorgen (Metasorgen) sind das Problem. Lösung: Sorgenexposition oder Rebanalisierung der Metasorgen.
Somatisierungsstörung:	VT-typische Beschreibung: Der körperbezogene interozeptive Wahrnehmungsfokus und die pathologieorientierte Körperinterpretation erzeugen das Problem. Therapie: Vermittlung eines alternativen psychophysiologischen Erklärungsmodells, führt zur Selbstbelastung statt Schonverhalten, Veränderung hypochondritypischer Wahrnehmungen und Interpretationen.

Die Verhaltenstherapie hält für alle nach bekannten diagnostischen Schemata beschreibbare Leidenzustände spezifische Beschreibungs-, Erklärungs- und Behandlungsformen vor.

Tabelle 2

Beispiele störungsspezifischer Ansätze der Verhaltenstherapie, die auch von Systemikern verwendet werden können (oder sollten?), die auf klinischem Gebiet arbeiten.

Nun zur **Theorie und zur Empirie**, aus der Grawe diese Handlungsanweisungen abgeleitet hat. Er geht hierzu einen **theoretisch-deduktiven** und einen **empirisch-induktiven** Weg mit jeweils gleichem Ergebnis:

Im **deduktiven** wird ein (bei ihm psychotherapietypisch individuumorientiertes) Modell des psychischen Geschehens vorgestellt, dessen Kern die **Konsistenztheorie** darstellt. Für Grawe ist die Herstellung einer „**inneren Konsistenz**“ in Erleben und Handeln das primäre Gestaltungsprinzip allen psychischen und neurologischen Geschehens. Psychische Konsistenz ist definiert als angestrebter systeminterner Zustand, den (wieder-)herzustellen das psychische System in sich selbst und in seiner Interaktion mit der Umwelt bestrebt ist. Äußere Ereignisse können diesen Zustand beeinflussen – im ungunstigen Fall so, dass „die Psyche“ den Konsistenzzustand verliert und in einen Zustand der Inkonsistenz gerät. Konsistenz ist bei Grawe wohl das, was bei Luhmann und anderen Systemtheoretikern mit „Sinn“ oder Ordnung für ein System gemeint ist. Symptome können nach dieser Theorie ebenso Ausdruck eines Konsistenzverlustes, also anhaltender Inkonsistenz sein wie sie umgekehrt funktionale Bedeutung für die Aufrechterhaltung des bisherigen Konsistenzgefüges erlangen können.

Ursache systeminterner Inkonsistenz ist ein dauerhaftes Auseinanderklaffen von motivationalen wichtigen Zielen bzw. Grundbedürfnissen einer Person und deren realer Erreichung / Befriedigung. Die vier Grundbedürfnisse richten sich auf 1. Orientierung und Kontrolle im Leben, 2. Erfahrung tragender sozialer Bindungen, 3. Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz und 4. Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung. Dieses Auseinanderklaffen führt zu **Inkongruenz**. Dem Bereich, mit dem sich *systemische Psychotherapeuten* bevorzugt befassen, kommt nun innerhalb dieses Ansatzes eine bedeutende Rolle zu: Inkongruenzen / Inkonsistenzen entstehen nämlich oder werden ganz erheblich beeinflusst durch belastende zwischenmenschliche Beziehungen, durch ein ungünstiges Beziehungsverhalten, durch aversive soziale Lebensbedingungen, durch nicht genutzte, nicht gesehene oder in pathologisierenden Prozessen abgewertete Ressourcen, durch ungeklärte motivationale Konflikte (etwa zwischen verschiedenen der o. g. Bedürfnisse – hier spricht Grawe von **motivationaler Diskordanz**), die nicht nur einen psychointernen, sondern auch einen andere Menschen einbeziehenden systemischen Charakter haben (wenn zum Beispiel innere motivationale Konflikte mit Loyalitäts- und Bindungskonflikten mit anderen korrespondieren).

Im **systemischen Ansatz** ist **die primär beobachtete Einheit eine Beziehung**. Das sind natürlich zuerst solche zwischen Personen, dann aber auch personinterne Beziehungen wie etwa die einer Person zu ihrer eigenen Vergangenheit / ihrer Zukunft / zu ihrem eigenen Symptom / zum inneren Kind / zu introjizierten Elternfiguren usw. *Die Aufdeckung solcher Beziehungsmuster und ihre Veränderungen von konfliktträchtigen negativen zu positiven, versöhnlicheren, kooperativen geht mit der Reduktion psychischer interner Inkonsistenz einher* und ist dadurch direkt oder indirekt symptommindernd. All diese postulierten Zusam-

menhänge sind heute empirisch untermauert (zusammengefasst bei Grawe 1998 und noch mehr 2004). Die Nichtnutzung solcher systemischer Kompetenzen von Psychotherapeuten bedeutet daher ebenso ein Brachliegen therapeutischer Ressourcen wie umgekehrt mangelnde symptom- und störungsbezogene Diagnostik und Therapiekompetenz bei „nur“ systemisch-beziehungsorientiert arbeitenden Therapeuten. Dies betrifft die *aus der (empirisch untermauerten) Konsistenztheorie deduktiv abgeleitete Perspektive effektiver Therapien*.

Interessanterweise ergeben sich genau die *gleichen Schlussfolgerungen induktiv* aus der von einer spezifischen Therapietheorie unabhängigen Bewertung *empirisch ermittelter therapeutischer Wirkvariablen*. Grawe und seine Mitarbeiter haben wie andere Autoren auch hierzu eine *Reihe allgemeiner Wirkfaktoren* aus den tatsächlichen Effekten der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze herausdestilliert (Grawe et al. 1994). Therapien, die besonders gute Wirkungen erzielten, waren demnach durch folgende Wirkfaktoren gekennzeichnet: Durch *Ressourcenaktivierung* (statt Blick auf Defizite), durch *Problemaktualisierung* (direkte Begegnung des Patienten mit seiner Problematik in der Therapiestunde selbst oder durch das therapeutische Arrangement), durch *erfahrene Problembewältigung* (Verknüpfung der Begegnung mit Symptomen oder Problemen „online“ mit der Erfahrung ihrer Bewältigung oder zumindest ihrer Bewältigungsmöglichkeit), durch *motivationale Klärung* (Entwicklung eines Bewusstseins über innere, meist unbewusste Determinanten von Problemen, v. a. über innere Konflikte und deren Lösungen) und schließlich durch den *Wirkfaktor Therapiebeziehung* (mit von Patienten darin positiv erfahrenen Aspekten wie Transparenz, Kompetenz, Hoffnung, Akzeptanz, Verständnis, Wärme und Echtheit). Diese Wirkfaktoren gelten allerdings nicht in einem monokausalen Sinne als universale hinreichende Veränderungsbedingung, die für alle Patienten gleich ausgestaltet werden könnten oder müssten. Dann wären Personen „triviale Maschinen“, die alle gleich zu behandeln wären mit voraussetzungslosem Resultat. Nein: Jede dieser Faktoren und Faktorenkombinationen müssen immer neu zugeschnitten werden auf die jeweilige motivationale Lage und den besonderen Interaktionsstil des einzelnen Patienten. Systemiker können also beruhigt sein – auch aus Grawes Perspektive kann man schlussfolgern, dass die therapeutische Beziehung nicht einseitig kontrolliert werden kann und dass auch der Patient als Empfänger therapeutischer Botschaften den Gehalt derselben für ihn definiert („Der Empfänger bestimmt die Botschaft“). Angesichts dieser Wirkfaktorenviefalt lässt sich dann unschwer ableiten, was etwa Systemiker und Verhaltenstherapeut jeweils gut beherrschen und was sie voneinander dazu lernen können.

Systemtheorie für Verhaltenstherapeuten: Vom Beobachten I. Ordnung zum Beobachten II. Ordnung

Grawe war kein Systemtheoretiker. Er hielt die von ihm beschriebenen Vorgänge des psychischen Geschehens, z. B. dessen „Streben nach Konsistenz“, für von Wissenschaftlern erkannte Eigenschaften des Systems selbst in seiner klassischen wissenschaftstheoretischen Trennung von Beobachter und Beobachtetem. Legt man hier den systemtheoretischen Ansatz einer strikten Trennung zwischen Operationen eines Systems selbst und ihrer Beschreibung, Bewertung und Erklärung von außen – also von einem System-Beobachter an und macht sich bewusst, dass eine autopoietisch operierende „Psyche“ in sich eben keine Instanz hat, die (wie ein Homunkulus im Menschen) nach „Konsistenz“ strebt, sondern diese zweifellos nützliche Erklärung von einem psychologischen Beobachter stammt und kategorisch zu ihm gehört, dann kommt man nochmals zu ganz neuen, bei Grawe nicht mehr enthaltenen Möglichkeiten, leidende Menschen und ihre Systeme zu beschreiben, zu erklären und zu deren Veränderungen beizutragen. Die Unterscheidung zwischen Beobachter I. (ein Patient beobachtet sein Symptom oder ein Therapeut seinen Patienten) und Beobachter II. Ordnung (ein Beobachter beobachtet, wie der Patient sich selbst beobachtet oder wie ein Therapeut seinen Patienten beobachtet) ist ein *theoretisches Konstrukt mit hoher praktischer Relevanz* für das, was Verhaltenstherapeuten der Systemtheorie entnehmen können. Denn: Beobachter II. Ordnung sehen etwas (v. a. eine Beziehung!), was Beobachter I. Ordnung nicht sehen können. Verhaltenstherapeuten sind Störungsexperten. Sie beobachten Patienten, wie diese sich selbst beobachten, erklären und sich demnach verhalten. Sie sind dabei auch Beobachter von Beobachtungen, also Beobachter II. Ordnung.

In einem weiteren Schritt beobachten sich systemisch infiltrierte Verhaltenstherapeuten nun auch dabei, wie sie ihre Patienten verhaltenstherapeutisch beobachten. Sie können dann z. B. auch „Nebenwirkungen“ ihrer verhaltenstherapeutischen Art des Therapierens bei Patienten oder bei sich selbst erkennen. Sie können erkennen, wie der Kontext, in dem sie als Verhaltenstherapeuten arbeiten, die Beobachtung ihrer Patienten prägt, sei es durch diagnostische Vorgaben, durch implizite Bewertungsmuster (z. B. für das sogenannte „Vermeidungsverhalten“) oder durch direkte Erwartungen mit Ge- und gelegentlich auch Verboten – manchmal positiv, manchmal negativ. Das Beobachten von Beobachtungen (von Beobachtungen von Beobachtungen usw.: eigentlich ein endloser Regress) beinhaltet die Möglichkeit, Muster zu erkennen, die dem Beobachter I. Ordnung verschlossen bleiben. Und wer Muster erkennt, hat die Option, aus dazugehörigen Interaktionsschleifen auszuweichen. Ein Beispiel hierzu: Verhaltenstherapeuten haben sich zu störungsspezifischen Experten sozialisiert. Das hat enorme Vorteile. Das kann aber auch Nachteile haben: Ihnen wird dann z. B. die Verantwortung für die Veränderung von Patienten zugesprochen und sie tun sich theorieimmanent schwer, die damit verbundene Last loszuwerden. Sie lernen, ihre Patienten nach objektiven Krankheits schemata zu beschreiben, und laufen Gefahr, die

krankheitsorientierte Beschreibung dann für etwas „Wirkliches“ zu halten – oder um mit einer systemisch beliebten Metapher zu sprechen, die Landkarte für das Land zu halten. Dann gibt es „wirkliche“ psychische Krankheiten und der vorausgegangene Akt der „Krankheitserfindung“ geht aus dem Bewusstsein verloren.²

Therapeuten, die nicht nur Beobachter I. Ordnung sind (was sie in ihrem therapeutischen Handeln natürlich immer auch sein müssen!), sondern auf einer zweiten Spur parallel oder sukzessiv auch Beobachter II. Ordnung, erfahren darin eine **therapeutische Zusatzkompetenz**, die man „**Kontextsensibilität**“ oder „**Reflexionskompetenz**“ oder „**Beobachtung II. Ordnung-Kompetenz**“ (vorbehaltlich schönerer Nomenklaturen) nennen könnte (und die nicht mit therapeutischer Selbsterfahrung im Sinne einer Therapeutenintrospektion verwechselt werden darf!). (Zu dieser Kompetenz vgl. Lieb 2007.) Zur Pragmatik dieser genuin systemtherapeutischen Kompetenz gehören u. a. die Etablierung reflektierender Instanzen in der Therapie oder in Supervisionen (nicht nur das übliche Reflecting Team), Humor als Musterunterbrechung, die Unterscheidung von Landkarte und Land usw. (vgl. Simon 2006). Das ist nicht nur gut für Patienten, sondern auch für Therapeuten, denn aus der Position eines Beobachters II. Ordnung ist man selten verstrickt, weniger kontextabhängig und deshalb (manchmal) freier und kreativer. Man wird offener für Fragen der Macht oder des Kampfes um Wahrheiten innerhalb der therapeutischen Beziehung und um sie herum, für Pathologisierungprozesse oder für unerwünschte Nebeneffekte gut gemeinter Therapieansätze. Die Kunst einer befruchtenden Therapieschulenbegegnung zwischen Systemtheorie und Verhaltenstherapie liegt also darin, die Objektivitätsperspektive der Verhaltenstherapie im Bereich der „Expertenbeobachtung I. Ordnung“ ebenso nutzbar zu machen wie die systemische Position der „Beobachtung II. Ordnung“. Letztlich können beide Beobachtungsebenen nicht aufeinander verzichten.

Curricula „Verhaltenstherapie für Systemtherapeuten“ und „Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten“³

Verhaltenstherapie für Systemtherapeuten

Gemeinsam mit dem IFKV Bad Dürkheim bietet das IFW für Systemtherapeuten einen 5-tägigen Grundkurs „VT für ST“ an, der zum einen für die Familientherapieausbildung als Wahlpflichtseminar belegt werden kann und zum anderen als Auftakt gilt für das genannte Curriculum mit einer Serie von Seminaren „VT für ST bei bestimmten Störungsbildern“. Die curricularen Inhalte in Schlagworten: Das Theoriengebäude der Verhaltenstherapie –

- 2) Diesen Prozess der „Verdinglichung“ hat sozialanthropologisch Honneth 2006 beschrieben, für den Bereich der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ Lieb 1998.
- 3) Die jeweiligen Curricula können in ihren ausführlicheren Versionen in der Geschäftsstelle des IFW oder des IFKV angefordert werden.

störungsspezifische Problemerkfassungen und -beschreibungen (z. B. mit entsprechenden Fragebögen); verhaltenstherapeutische Erklärung von „Störungen“ hinsichtlich Genese und aufrechterhaltender Bedingungen mit respondenten, operanten und kognitiven Lernmodellen; Verhaltensanalyse als veränderungssensitive Landkarte; die klassischen Techniken der VT (Selbstsicherheitstraining; Selbstkontrollverfahren; kognitive Verhaltenstherapie). Die wichtigsten nosologischen Einheiten („Krankheitsbilder“) werden hinsichtlich Diagnostik, Erklärung und therapeutischer Veränderungsmöglichkeiten vorgestellt (Ängste, Depressionen, Essstörung, somatische Störung, Sucht, psychotische Erkrankungen usw.).

Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten

Das „für“ ist hier maßgeblich: Die Vermittlung des systemischen Ansatzes orientiert sich an der verhaltenstherapeutischen Sozialisation der Teilnehmer. Zu dieser VT-Sozialisation gehört: Der Therapeut als Experte für Diagnose und Therapie; die wissenschaftstheoretische Orientierung an der Objektivität von Erkenntnissen; die diagnostizierten „Störungen oder Krankheiten“ als in der Patienten-Realität vorfindbare Entitäten; die konzeptuelle Ausrichtung an „starker Kausalität“ (kleine Ursache – kleine Wirkung, große Ursache – große Wirkung – d. h. dann z. B. „Kleine Störung – kurze Therapie“; „große Störung – lange Therapie“); das Primat naturwissenschaftlicher Modelle bei der Erklärung von Störungen; die Annahme einer kausalitätsorientierten Kontrollierbarkeit menschlichen Verhaltens bzw. der Möglichkeit instruktiver Interventionen (eigen- oder fremdintendierte „Verhaltenskontrolle durch Stimuli oder Konsequenzen“); ein Verständnis von therapeutischen Techniken als Instruktionen in ein System von außen.

Die Arbeit in und mit Systemen ist bereits Bestandteil jeder „verhaltenstherapeutischen Sozialisation“ selbst sowohl im konzeptuellen Bereich (z. B. ist der Begriff der „Funktion“ vt-immanent (vgl. z. B. Hand 1986)) wie auch in der therapeutischen Pragmatik (in der Verhaltenstherapie für Paare, z. B. bei Hahlweg et al. 1982), worauf im Curriculum aufgebaut wird. Vor diesem Hintergrund ist ein systembezogener Ansatz Verhaltenstherapeuten bereits vertraut, auf fundamentalerer systemtheoretischer und konstruktivistischer Ebene aber neu und eine starke paradigmatische Herausforderung. Das mag manche von einer Übernahme systemischer Ansätze aus guten Gründen abhalten, das kann aber auch außerordentlich befruchtend sein, zumal die paradigmatischen und theoretischen Unterschiede ja immer „nur“ solche auf dem Gebiet der Landkarte sind und nicht auf der Ebene des Landes des tatsächlichen therapeutischen Handelns.

Im IFW werden derzeit zwei curriculare Varianten durchgeführt bzw. damit experimentiert: Eine längere Version (22 Tage) und eine gestraffte Kurzversion (3 x 3 Tage) – jeweils verbunden mit der Möglichkeit, die Fortbildung auf eine evtl. spätere Gesamt-Systemtherapieausbildung im IFW anzurechnen.

Das Curriculum enthält natürlich Standards systemtherapeutischer Curricula in Theorie, Pragmatik, Technologie, Selbsterfahrung und Supervision. Hervorgehoben werden darin die Aspekte, die für Verhaltenstherapeuten besonders weiterführend, ergänzend oder herausfordernd sind. Das betrifft im Besonderen:

- **die Beziehung als primär beobachtete Einheit:** Erfassung von Iterationen / Wiederholungen von systeminternen Interaktionen (Mustererkennung) mit diesbzgl. Beleuchtung der Geschichte eines Systems in seiner „Werdung“ und deren Wirkung auf Gegenwartsinteraktionen inklusive der Mehrgenerationenperspektive. Systemische Diagnostik von Beziehungen (z. B. Eskalation – Symmetrie; soziale Dimension von Beziehungen wie Nähe – Distanz, Geben – Nehmen, Macht – Ohnmacht).
- **die Nichtvorhersagbarkeit und Nichtkontrollierbarkeit von Systemen:** Zirkuläre Kausalität. Gleichmaßen Vergangenheitsabhängigkeit wie Nichtdeterminiertheit des aktuellen Systemzustandes durch ursprüngliche Ausgangsbedingungen. Erzeugung von Problemen durch (manchmal auch von Therapeuten ins Leben gerufene) Versuche, Nichtkontrollierbares zu kontrollieren.
- **die Selbstorganisation und die Autopoiese von lebenden Systemen** – mit der gravierenden und zunächst befremdlichen Folgerung, dass Personen oder Systemen zugesprochene Eigenschaften, auf sie angewandte diagnostische Kategoriensysteme und Erklärungsmuster keine Elemente des Systems selbst sind, sondern solche der Beobachter des Systems (also hier der Therapeuten). Folgerung dieser Folgerung: Es gibt dann keine Pathologie im beobachteten System (Patient) selbst. Diagnosesysteme sind Beschreibungsroutinen von Therapeuten und geben keine „real existierende Krankheiten“ wieder. Weitere Folge: Therapie als Konstruktion veränderungsorientierter Dialoge (im Unterschied zum verhaltenstherapeutischen Ansatz eines Therapeuten als objektivem und behandelndem Experten). Hierzu gehört auch die Selbstorganisation von Problemsystemen ebenso wie von Problemlösesystemen und wie Erstere durch Zweitere „verstört“ werden können mit dem wichtigen „Werkzeug der Sprache“ (mit welchen Sprachspielen / Begriffen / Geschichten / Narrativen erzeugen Systeme ihre Probleme und was sind dann jeweils spezifische lösungsorientierte Sprachspiele).
- **den Konstruktivismus mit der Wende der Kybernetik I. Ordnung zur Kybernetik II. Ordnung.** Die Wende zum Konstruktivismus bzw. zur Kybernetik II. Ordnung ist in der Systemtherapie das Pendant zur kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie in den 70er Jahren. Verhaltenstherapeuten kommt dieses neue systemische Denken insofern entgegen, als nicht mehr wie am Anfang der Systemtheorie von einem vorgegebenen, objektiv untersuchbaren „System“ ausgegangen wird mit vorgegebenen Systemelementen wie Molekülen in der Physik oder Menschen in sozialen Feldern, sondern von *Verhalten in Systemen*. Die entscheidenden Systemelemente sind jetzt „systemische

Operationen“, bei menschlichen Systemen also Verhaltensweisen und Kommunikationen; im intrapsychischen Geschehen Kognitionen, Gedanken, Bilder und Emotionen. Radikaler formuliert: Diese systemischen Operationen erzeugen wiederum die Operationen des Systems und so auch dessen Elemente selbst in ihrer Autopoiese (Selbsterzeugung) – das System ist nicht vorgegeben, sondern erzeugt sich selbst. Die „Realität“ draußen in der Welt wird vom System nicht abgebildet, sondern von diesem nach eigenen Gesetzen „errechnet“ oder konstruiert im Kontext sozialer Sinngemeinschaften. Für Verhaltenstherapeuten / Psychotherapeuten besonders relevant ist, dass die Beschreibung, Benennung und Erklärung von Symptomen / Krankheiten und damit das „Therapieren“ dann selbst auch „nur“ Bestandteil solcher Operationen sind im „System Psychotherapie“. Therapie wird also zu einem eigenen System, das wiederum von einem Beobachter beschrieben werden könnte. Die Art, wie ein Symptom darin beschrieben, benannt und erklärt wird, beeinflusst das Symptom selbst – eine zirkuläre Bedingung von Symptom und Symptombeschreibung innerhalb einer Person ebenso wie in einer sozialen Gemeinschaft. Daraus ergeben sich z.T. ganz neue therapeutische Ansätze, die im Curriculum gelehrt werden: Wege und Methoden zur Erfassung solcher „Realitätserrechnungen“ von Klienten und ihren Systemen (hier von Krankheiten und Symptomen durch die daran Beteiligten inklusive der Therapeuten und anderer Experten) sowie die Veränderung solcher „Wirklichkeitskonstruktionen“.

- **die Wirkvariable „Kontextsensibilität“:** Die „Errechnung“ von Realitäten, die Beschreibung von Symptomen und die Initiierung neuen Handelns im „System Psychotherapie“ geschieht immer in und vor einer Umwelt, die den Kontext des Therapiesystems darstellt. Zu diesem gehören auf Therapeutenseite: Die Person des Therapeuten selbst (als etwas befremdliche Schlussfolgerung aus dem Konzept der Autopoiese des „System Therapie“), die Therapieschulen, Kostenträger von Therapien, der institutionelle Rahmen, in dem diese stattfinden, die Berufsorganisationen des Therapeuten und natürlich privat die Einbindung in seine eigene Herkunftsgeschichte. Gleiches gilt für Patienten. Diese Umwelten prägen das Denken und Handeln *in* der Therapie, ob man das will oder nicht. Für die Art und Weise dieser Kontextprägungen offen zu sein, soll der Begriff der Kontextsensibilität ausdrücken. Diese Sensibilität (hier natürlich des Beobachters II. Ordnung) ist die Voraussetzung dafür, sich nicht unbedacht von Kontextvariablen abhängig zu machen und sich dann unbewusst von ihnen bestimmen zu lassen. Sie ist also ein Merkmal von Freiheit für das Therapieren (was sich dann in Kreativität und Humor zeigen kann).
- **die systemische Selbsterfahrung:** Ausgebildete VT'ler haben genug Selbsterfahrung hinter sich. Dennoch gilt es, sie um systemspezifische Elemente zu erweitern: Eine Rekonstruktion der Entwicklung der „therapeutischen Persönlichkeit“ vor dem Hintergrund ihrer Konstruktion durch die Herkunftsfamilie und dieser in der Mehrgenerationenpers-

pektive. Es geht also darum zu verstehen, inwieweit der Therapeut sich als Produkt der ihn generierenden Systeme im Privaten und auch im Professionellen verstehen lernt (als Beobachter II. Ordnung von sich selbst). Und es geht natürlich auch darum, dass Verhaltenstherapeuten „das Systemische“ an sich selbst erfahren.

- **die systemische Technologie:** Wie jede andere Therapieschule hat auch der systemische Ansatz seine Techniken, die vorgestellt und z.T. eingeübt werden: Zirkuläres Fragen. Erfassung und Veränderung von Wirklichkeitskonstruktionen. Entfaltung von optionserweiternden Möglichkeitskonstruktionen. Reframing – Umdeutung. Musterunterbrechende Verschreibungen. Aufstellungs-, Konstellations- und Skulpturarbeit. Ressourcenorientierung. Ressourcenaktivierung. Lösungsorientierte Gesprächsführung. Erkennen und Nutzen von Paradoxien. Management von Instabilitäten (Krisenkompetenz).
- **Zur Didaktik: Im weinheimtypischen Stil** werden Theorievermittlung, Selbstreflexion, praktisches Üben und Supervision eng miteinander verflochten, ebenso das Arbeiten im Plenum, in Kleingruppen und in Triaden. Der Unterschied zwischen dem systemischen und verhaltenstherapeutischen Ansatz kann immer wieder an schulübergreifenden *therapietypischen Konstrukten* aufgezeigt werden, z. B. an den Begrifflichkeiten „Therapieziel – Therapiemotivation – Intervention und Technik – Kognition – Veränderung – Widerstand – Beeinflussung usw.“

Literatur

- Grawe, K., Donati, R., Benauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, pp. 140-145.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Bern: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann! Klaus Grawe im Gespräch mit Steffen Fliegel. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3/2005, pp. 691-701.
- Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorff, D. (1982). Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Heidelberg / New York: Springer.
- Hand, I. (1986). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In: Kisker, K. & P. et al. [Hrsg.]: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1, S. 277-307.
- Heekerens, H. P. (1988). Behaviorale Ansätze in der Arbeit mit Familien. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 9(3), pp. 151-167.
- Heekerens, H. P. (1989). Familientherapie und Erziehungsberatung. Heidelberg: Asanger.
- Heekerens, H. P. (1993). Behavioral-systemische Ansätze bei der Behandlung von Verhaltensstörungen. In: Petermann, F. & Petermann, U.: *Angst und Aggression bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Förderung und Therapie*. München: Quintessenz, pp. 77-89.

- Honneth, A. (2006). Verdinglichung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (2004). Personenzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. In: Schlippe, A. v. & Kriz, W. C. [Hrsg.]. Personenzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 13-67.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal, 4(1), pp. 12-20.
- Lieb, H. (1997). Einführung der Paar- und Familientherapie in die Psychotherapierichtlinien: Doppelstunden möglich – Begriff der Paar- und Familientherapie vorerst abgelehnt. In: Mitgliederbrief der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten Nr. 2, pp. 4-5.
- Lieb, H. (1995). Verhaltenstherapie und Systemtheorie. Zur Kontrolle menschlichen Verhaltens. Ein Beitrag zur Paradigmadiskussion in der Psychotherapie. Regensburg: Roder.
- Lieb, H. (1998). Persönlichkeitsstörung. Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lieb, H. (2007). Kontextsensibilität. Eine systemische Wirkvariable in der Psychotherapie. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. v. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simon, F. B. (2006): Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Heidelberg: Carl-Auer.
- Südow, K. V., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., Retzlaff, J. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. Psychotherapeut, 51, pp. 107-143.
- Südow, K. V., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer-Rother, J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Welsch, W. (1991). Unsere postmoderne Moderne. Weinheim: VCH Acta humaniora.

Dr. Hans Lieb
Luitpoldstraße 3-9
67480 Edenkoben
hans.lieb@if-weinheim.de