

STEFAN GEYERHOFER

VON DEN MITTELN UND DEN ZWECKEN DER SYSTEMISCHEN THERAPIE

Eine kritische Auseinandersetzung mit der „Kybernetik 2“ – und eine Erinnerung an den Nutzen störungsspezifischen Wissens in der Systemischen Therapie*



ICH MÖCHTE in diesem Beitrag etwas fortsetzen, das in der deutschsprachigen Szene systemischer Therapie noch wenig Tradition hat, in anderen Sprachräumen aber bereits abgeschlossen ist – nämlich eine kritische Auseinandersetzung mit jener

erkenntnistheoretischen Diskussion, die die Systemische Therapie der letzten Jahre stark geprägt hat und meist mit dem Begriff „Kybernetik 2. Ordnung“ (kurz Kybernetik 2) umschrieben wird. Da ausreichend viel Schriftmaterial verwendet wurde, um die Errungenschaften jener Entwicklung darzustellen, will ich mich auf die weniger beachteten Nebenwirkungen konzentrieren und überblicksmäßig ein paar davon zur Diskussion stellen. Zu Beginn aber eine Klarstellung.

Man kann drei Ebenen von Beschreibungen unterscheiden. Erstens eine epistemologische Ebene, die das Zustandekommen menschlicher Erkenntnis beschreibt. Wir nennen sie hier erkenntnistheoretische Modelle. Der Konstruktivismus wäre ein Beispiel dafür – neben vielen anderen. Eine zweite Ebene – ich nenne sie hier Klinische Modelle – beschreibt das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung von Problemen, Störungen, Krankheiten. Die meisten Therapieschulen haben solche Modelle entwickelt, die Psychoanalyse, ebenso wie die Verhaltenstherapie und auch die Systemische Therapie. Als dritte Ebene unterscheiden wir die Ebene therapeutischen Handelns – also jene Ebene, in der wir beschreiben, was wir als TherapeutInnen tun, um Leidenszustände unserer KlientInnen zu reduzieren.

Spannenderweise gibt es zwar wechselseitige Einflüsse zwischen diesen Ebenen der Beschreibung, trotzdem stehen sie in großer Unabhängigkeit voneinander. Wir können nämlich ohne Probleme KonstruktivistInnen sein und Verhaltenstherapie machen, wir können glauben, die Welt da draußen existiert so, wie wir sie sehen, und gute SystemikerInnen sein. Wir SystemikerInnen haben den Konstruktivismus nicht gepachtet. Wir tun

aber oft genug so. Und wie unabhängig die zweite und die dritte Ebene sind wissen all jene, die sich schon einmal in Therapieschulen-übergreifende Diskussionen begeben haben, bei denen man oft die Erfahrung macht: „Ah, ihr macht das eh so wie wir, ihr nennt es nur anders!“ Denn oft sind wir uns im therapeutischen Tun sehr ähnlich, wir beschreiben es nur auf der Ebene klinischer Erklärungsmodelle in anderen Worten.

Was aber ist in der Entwicklung der Systemischen Therapie passiert? Die Ebenen haben sich vermischt. Der Konstruktivismus und in seiner Gefolgschaft die Kybernetik 2 wurden fast zum klinischen Modell ernannt, und über zehn Jahre lang befassten wir uns mehr mit Fragen nach dem Status von BeobachterInnen und generellen Fragen der Machbarkeit von Aussagen in und über Therapie. Es besteht kein Zweifel darüber, dass diese Diskussion jene therapeutische Haltung gefestigt hat, die uns SystemikerInnen von Beginn an am Herzen lag, und uns heute auszeichnet. Aber das steht nach all den Jahrzehnten außer Frage, niemand rüttelt an dieser Haltung. Wir dürfen daher die Entwicklung auch einer kritischen Evaluation unterziehen und uns ihre Nebenwirkungen vor Augen führen.



Ebenen von Beschreibung

Da fällt zuerst eine begriffliche Verwirrung auf. Denn in dem Begriff „konstruktivistische, systemische Therapie“ werden eben jene Ebenen miteinander verknüpft, die zwei völlig unterschiedliche Beschreibungsebenen darstellen (siehe Abbildung). Wollten wir mit dem Begriff darauf hinweisen, dass wir uns im Klaren sind, dass auch unsere systemischen Erklärungsmodelle eben nur Modelle sind? Oder soll der Begriff schon im Namen Implikationen für unser therapeutisches Handeln aufzeigen? Oder was sonst wollten wir damit kundtun? Vor

* Zusammenfassung eines Kurzvortrags in der ÖAS, Wien am 14.5.2009, im Rahmen einer Veranstaltung zum Thema „Sollen wir wieder wissen, wo's langgeht? Der Umgang mit ExpertInnenwissen in der systemischen Therapie“

allem in welchem Kontext? Meine Befürchtung ist, es handelte sich ganz stark um Letzteres. Wir haben die Ebene Klinischer Modellbildung übersprungen, ignoriert und vernachlässigt und haben direkte Schlüsse aus der Erkenntnistheorie auf unser Handeln im Therapie- raum gezogen. Diese Entwicklung hatte einige nicht unbeachtliche Nebenwirkungen.

Erstens richtete der jahrelange „Epistobabel“ (ein Ausdruck, den Ludwig Reiter einmal verwendete) unseren Fokus im Schreiben, Denken und Forschen auf eben jene scheinbar direkt vorhandene Verbindung zwischen Epistemologie und therapeutischem Tun und verhinderte zugleich in beträchtlichem Maße die Weiterentwicklung klinischer Erklärungsmodelle in der Systemischen Therapie – zumindest im deutschsprachigen Raum. Das vieldiskutierte Handbuch von Schweitzer und Schlippe (2007) zeigt zwar zum einen auf, welche Entwicklungen auf dieser Ebene es sehr wohl gab und gibt. Es zeigt aber ebenso deutlich (wenn nicht deutlicher) auf, was in den letzten 15 bis 25 Jahren alles nicht passiert ist.

Zweitens kam es mit der zunehmenden Vermischung der Erklärungsebenen zu einer Verunsicherung Systemischer TherapeutInnen bezüglich ihres bereits vorhandenen Fachwissens und ihrer klinischen Erfahrung. Sollte das auf einmal alles nichts mehr wert sein? War es uns mehr hinderlich als nutzbringend? Sollten wir so „tun, als ob“ wir nichts wussten, oder sollten wir auf einmal wirklich nichts mehr wissen? Und was war auf einmal mit all den Interventionen, die wir gelernt hatten? Sie sollten nutzlos sein, weil man doch ein sich selbstorganisierendes System eh nicht verändern konnte? Es entwickelte sich eine gewisse Interventionsfeindlichkeit. Sogar die Begriffe „Intervention“, „Abschlussintervention“ oder die Verwendung von „Hausaufgaben“ bekamen einen negativen Beigeschmack, waren auf einmal „out“, wenig sinnvoll und nutzbringend, und wurden zu systemischen „Unwörtern“ deklariert. Die Folgen dieser Verunsicherung auf der Ebene therapeutischen Tuns waren nicht zu über-

sehen. Systemische TherapeutInnen begannen, sich in ihren Möglichkeiten einzuschränken. Statt ihre Mittel zu erweitern, verabschiedeten sie sich von jenen Frage-techniken und therapeutischen Methoden, die auf einmal nicht mehr theoriekonform – oder in diesem Fall eigentlich „epistemologiekonform“ – waren. Bei der Auswahl der Methoden schien nicht entscheidend, wie effizient diese waren, wie sehr sie mit klinischen Erklärungsmodellen konform gingen, sondern eher, ob sie einen Hauch von Ungleichheit in der Verantwortungsauf-

ZUERST FÄLLT EINE BEGRIFFLICHE VERWIRRUNG AUF. DENN IN DEM BEGRIFF „KONSTRUKTIVISTISCHE, SYSTEMISCHE THERAPIE“ WERDEN EBEN JENE EBENEN MITEINANDER VERKNÜPFT, DIE ZWEI VÖLLIG UNTERSCHIEDLICHE BESCHREIBUNGSEBENEN DARSTELLEN.

teilung zwischen TherapeutIn und KlientIn andeuteten oder gar eine Hierarchie im Therapieraum unterstützten. Ich kann mich erinnern, als in Kreisen narrativ arbeitender KollegInnen überlegt wurde, dem Reflektierenden Team noch eine weitere Facette hinzuzufügen, in der die KlientInnen die reflektierenden TherapeutInnen fragen sollten, warum sie gerade diese Frage gestellt oder jene Hypothese formuliert haben.

WARUM DIESE REDUKTION in unseren therapeutischen Mitteln? Sie waren doch über viele Jahre erfolgreich gewesen? Wurden sie hintangestellt, weil sie nicht mehr effizient oder weil sie, wie oben vermutet, nicht „epistemologiekonform“ waren? Dabei wollen unsere KlientInnen eines mit großer Sicherheit: TherapeutInnen, denen ein möglichst großer, theoriekonformer Handlungsspielraum zur Verfügung steht. Und das umso mehr, als wir als TherapeutInnen in der Beziehung mit unseren KlientInnen doch die Verantwortung über die Mittel der Therapie tragen.

In einigen extremen Ausprägungen schien sich Systemische Therapie fast schon auf bloße Haltung zu reduzieren. Jede Frage, die eine Einflussnahme auf das KlientIn-

nensystem implizierte, wurde als interventionistisch oder manipulativ erkannt. Manche von uns wurden an Watzlawick et al (1969) erinnert, der uns in den Gründungszeiten der Systemischen Therapie schon aufgezeigt hatte, dass es ganz und gar unmöglich sei, nicht zu beeinflussen, wenn zwei Menschen in Interaktion treten. Dass diese Einflussnahme eine wechselseitige ist, und dass KlientInnen gar nicht selten sogar mit der Erwartung in Therapie kommen, bei erwünschten Veränderungen unterstützt und damit explizit beeinflusst zu werden, schien vergessen zu sein. Sie kommen auch, weil sie diese Veränderungen nicht alleine schaffen konnten. Wir ließen KlientInnen mit diesen berechtigten Erwartungen oft alleine, wenn sie uns am Ende einer Stunde um Ratschläge baten. So als wäre es verboten, jemandem direkt zu sagen, was sie/er machen sollte – auch wenn sie/er es gerne gehört hätte und vielleicht gerade deshalb zu einem/r Experten/in gekommen war. „So wie jemand nicht nicht kommunizieren kann, können wir auch nicht nicht beeinflussen. Beeinflussung wohnt jeder menschlichen Kommunikation inne“ schreibt Weakland (1995). „Unabweichlich beeinflussen wir unsere KlientInnen, unabweichlich beeinflussen sie uns. Die einzige Wahlmöglichkeit, die uns bleibt, ist, es unreflektiert oder sogar mit versuchter Leugnung zu tun oder bewusst und mit Verantwortung.“ (Weakland, 1995)

Zur Frage des „Nicht Wissens“ schreibt Niel-Dolzer (2008) trefflich. „Wir werden nicht versuchen, es besser zu wissen als unsere KlientInnen, aber wir brauchen dazu nicht unwissender zu sein als sie“. „Es macht einen Unterschied, ob ich ‚Nichts weiß‘, oder ob ich auf Grundlage von langjähriger, theoretischer Auseinandersetzung und praktischen Lernprozessen so tue, als ob ich nichts wüsste“. „Nicht Wissen“ bleibt damit eine Haltung, eine Intervention und wird nicht zum kognitiven Zustand der TherapeutInnen (Niel-Dolzer, 2008). Den „Eiertanz“ rund um dieses ExpertInnenwissen kennt Kaimer (1990) auch von sich selbst. Ich glaube etwas zu wissen, glaube aber, nicht glauben zu dürfen, dass dieses Wissen besser oder nützlicher ist, als das Wissen anderer.“ Das geht in Fachzeitschriften oder mit KollegInnen noch gerade mal gut. Mit StudentInnen, SupervisandInnen und KlientInnen muss das zu widersprüchlichen Botschaften (und damit möglicherweise

zu double binds) führen. Er schlägt vor „sich ruhig offen zu unserer Erfahrung und unseren Fähigkeiten zu bekennen, um so auch angreifbarer und kritisierbarer zu werden.“ (Kaimer, 1990)

UND WARUM AUCH diese Scheu und dieses Herumdücken? Natürlich wissen unsere KlientInnen über ganz Vieles Bescheid, einschließlich ihrer Lösungen. Natürlich kennen sie ihr Problem besser als alle anderen. Natürlich haben sie Ressourcen, die es gilt zu nutzen. Aber wenn wir auf Grund unserer Erfahrung, unserer Aus- und Weiterbildung, unserer Überlegungen nicht wirklich einen Wissensvorsprung und eine Expertise über das Zustandekommen, die Aufrechterhaltung und die Reduktion von Leidenszuständen haben, sollten wir dann nicht, so wie es Kaimer (1990) in seinem Schussatz fordert, „konsequenter Weise aufhören für diese Arbeit Geld zu nehmen, aufhören uns TherapeutInnen oder BeraterInnen zu nennen, aufhören in Fachzeitschriften Artikel zu schreiben?“ Ein Eingestehen dieses Wissens und dieses ExpertInnentums erleichtert uns auch die Verantwortungsaufteilung im Therapieprozess. Denn während „die KlientInnen die Zwecke der Behandlung bestimmen, sind wir TherapeutInnen die ExpertInnen in den Mitteln, diese zu erreichen“. (Weakland, 1995)

Der Vorteil dieser kritischen Haltung jedem Störungswissen gegenüber war nicht unbedeutend. Wir mussten keine klinischen Fachbücher mehr lesen und konnten die Weiterentwicklung störungsspezifischer Modelle der Medizin und anderen Therapieschulen überlassen. Nach dem Motto: Wenn es eh nur hinderlich ist, warum darüber nachdenken oder es gar beforschen? Immerhin sind es ja alles nur Konstrukte. Inwieweit diese Konstrukte auch hilfreich sein können, wurde nicht mehr diskutiert – oder nur mehr unter vorgehaltener Hand. Was blieb, war die Verunsicherung bei jenen KollegInnen, die das Gefühl hatten, man kann dieses Wissen nutzbringend in Therapien einbringen oder mit ausreichendem Wissen sogar bestimmte Fehler vermeiden. Vielleicht wäre die Frage nicht „ob“ oder „nicht“, sondern „wie viel“ an störungsspezifischem Wissen wir auch in der Systemischen Therapie brauchen können, und wie wir es dann zum Nutzen unserer KlientInnen

zur Anwendung bringen können? Wir können dieses Wissen haben und nutzen, ohne dabei jene Haltung zu verlassen, die uns eigen ist – die der neugierig Unwissenden.

Ein weiterer „Vorteil“ dieser kritischen Haltung gegen jegliches Störungswissen war die Möglichkeit, damit die bereits zu Gründungszeiten der Systemischen Therapie begonnene Opposition zur traditionellen Psychiatrie weiterzuführen und angesammeltem Fachwissen aus diesem Gebiet mit kritischer Ablehnung entgegenzutreten. Dabei hat sich die Systemische Therapie weltweit, und auch im deutschsprachigen Raum, bereits in eben jenem Feld zu etablieren begonnen. Eine radikale Ablehnung alles klinischen Fachwissens wie zur Blütezeit der „Kybernetik 2“ war für die Integration wenig förderlich, sondern verschärfte eher die Isolation Systemi-

WENN WIR AUF GRUND UNSERER ERFAHRUNG, UNSERER AUS- UND WEITERBILDUNG, UNSERER ÜBERLEGUNGEN NICHT WIRKLICH EINEN WISSENSVORSPRUNG UND EINE EXPERTISE ÜBER DAS ZUSTANDEKOMMEN, DIE AUFRECHTERHALTUNG UND DIE REDUKTION VON LEIDENSZUSTÄNDEN HABEN, SOLLTEN WIR DANN NICHT „KONSEQUENTER WEISE AUFHÖREN, FÜR DIESE ARBEIT GELD ZU NEHMEN, AUFHÖREN, UNS THERAPEUTINNEN ODER BERATERINNEN ZU NENNEN, AUFHÖREN, IN FACHZEITSCHRIFTEN ARTIKEL ZU SCHREIBEN?“

scher TherapeutInnen im psychosozialen Feld und im Gesundheitswesen. Wir waren und sind damit kaum anschlussfähig. Meine Befürchtung ist, dass wir uns mit dieser radikalen Position die Chance auf wechselseitige Anerkennung und ein voneinander Lernen erschwert haben. Diese Einschätzung belegen Beobachtungen aus dem englischen Sprachraum. Dort hat die kritische Auseinandersetzung mit der „Kybernetik 2“ bereits vor einigen Jahren stattgefunden. Family Process zum Beispiel

widmet sich seit Langem wieder mehr der Weiterentwicklung und auch Beforschung störungsspezifischen Wissens und klinischer Erklärungsmodelle, sowie deren Implikation auf die therapeutische Handlungsebene. Eine Motivation dafür war die ausstehende Integration systemischer Therapiekonzepte in die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, sowie in zunehmendem Maße auch in die Erwachsenenpsychiatrie. Ich will damit zwei Dinge nicht sagen: Erstens, dass eine kritische Haltung der traditionellen Psychiatrie gegenüber fehl am Platz ist. Im Gegenteil. Auch dort ist noch ein langer Weg zu gehen. Und zweitens, dass bei uns gar nichts passiert sei. Das Gegenteil ist der Fall. Gerade aus dem Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie ist die Systemische Therapie heute nicht mehr wegzudenken. Für diese Erfolge mussten wir uns aber anschlussfähig machen und

uns beidseits des Atlantiks von ein paar radikalen Positionen verabschieden. Entwicklungen im Bereich störungsspezifischer Psychotherapiekonzepte im französischen und italienischen Sprachraum, wo die „Kybernetik 2“ nie den Stellenwert hatte wie im deutschsprachigen Raum, bestätigen diese Beobachtungen.

Was aber hat uns im deutschsprachigen Raum gehindert, eine kritische Auseinandersetzung mit der „Kybernetik 2“ konsequent weiterzuführen, dort wo sie begonnen

wurde? Bereits 1994 hat Reiter in einer Diskussion rund um die Arbeiten von Graf (1994) und Zitterbart (1994) darauf hingewiesen, wie wichtig eine kritische Reflexion dieser Fragen ist, und hat uns gemeinsam mit Greve (1994) daran erinnert, dass Erkenntnistheorie nicht als Leitlinie klinischer Theoriebildung herangezogen werden kann. Wo die Hindernisse lagen, weiß ich nicht, hoffe aber, dass die begonnene Diskussion auch diesbezüglich Antworten geben kann. Vielleicht haben berufs-

politische Faktoren dazu beigetragen? Oder gab es eine Verhärtung der Position, als manch andere KollegInnen auf einmal wieder besonders klar wussten, wie Systeme auszusehen hatten und welcher Ordnung sie zu gehorchen hätten? Auf jeden Fall kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass wir die „Kybernetik 2“ und den Konstruktivismus über die Jahre zum systemischen Dogma erklärt haben. Lassen Sie uns diese Position nicht verwerfen, aber lassen Sie uns daran kratzen – im Sinne einer kritischen Evaluation. Wir bleiben damit auf gutem, festen Boden systemischer und auch konstruktivistischer Grundwerte.

ADJ. PROF. MAG. STEFAN GEYERHOFER

Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeut und Lehrsupervisor in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien (ÖAS), Mitbegründer des Instituts für Systemische Therapie (IST) in Wien und Adj. Prof. für Psychologie an der Webster University, Mitbegründer und Vorstandsmitglied des „European Network for Brief Strategic and Systemic Therapy. www.geyerhofer.com

LITERATUR:

Graf, Pedro (1994): Gegen den radikalen Konstruktivismus – für eine kritisch realistische Systemtheorie. Zeitschrift für Systemische Therapie, 12, S 44–57.

Greve, Werner (1994): Philosophie als Ressource. Psychologische Rundschau, 45, S 24–36.

Kaimer, Peter (1990): Kommentar zu dem Artikel von Jürgen Hargens und Uwe Grau: Kooperieren, Reflektieren, Öffentlich Machen. Skizze eines systemischen Ansatzes auf konstruktivistischer Basis. Systeme, 4 (2), S 156–157.

Niel-Dolzer, Evelyn (2008): Erste Überlegungen zum Artikel „Neue Medien und Psychotherapie“ von Helmut de Waal. Systemische Notizen, 8 (2), S 36–42.

Reiter, Ludwig (1994): Brauchen wir eine (neue) Epistemologiediskussion? Zeitschrift für Systemische Therapie, 12(3), S 174–176.

Schweitzer, Jochen & von Schlippe, Arist (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung 2: Das störungsspezifische Wissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Watzlawick, Paul, Beavin, Janet & Jackson, Don D. (1969): Menschliche Kommunikation. Hans Huber, Bern.

Weakland, John H. (1995): Konversation – aber von welcher Art. Systeme, 9(2), S 6–15.

Zitterbart, Walter (1994): Unfrisierte Gedanken zu Grafs Konstruktivismuskritik. Zeitschrift für Systemische Therapie, 12, S 57–60.

WEITERBILDUNGSREIHE

**PROBLEMSPEZIFISCHE
SYSTEMISCHE THERAPIE**



la:sf
Lehranstalt für
systemische
Familientherapie

ÖAS
Österreichische Arbeitsgemeinschaft
für Systemische Therapie und
systemische Studien

SEPTEMBER 2011 BIS SEPTEMBER 2012
mit in- und ausländischen Vortragenden:

**Reinhold Bartl (Ö), Dezsö Birkas (H), Helmut Bonney (D),
Mony Elkaim (B), Stefan Geyerhofer (Ö), Ilka Hoffmann
(D), Roberta Milanese (I), Giorgio Nardone (I), Martin
Ritsch (Ö), Christoph Thoma (Ö), Carmen Unterholzer (Ö),
Tiziana Verbitz (I)**

Näheres im beigelegten ausführlichen Folder.
Der Folder ist auch auf den Homepages der Veranstalter
www.la-sf.at (unter Fortbildung) und www.oeas.at
downloadbar.