

Systemische Haltung und störungsspezifisches Wissen – vom Entweder-oder zum Sowohl-als-auch¹

Stefan Geyerhofer, Martin Ritsch, Christoph Thoma

Zusammenfassung

Wir möchten in diesem Beitrag etwas fortsetzen, das in der deutschsprachigen Szene Systemischer Therapie erst eine sehr kurze Tradition hat, in anderen Sprachräumen seit Langem 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 zweiter Ordnung“ – kurz „Kybernetik 2“ – umschrieben wird. Wir wollen uns dabei auf die noch wenig beachteten Nebenwirkungen dieser Metatheorie oder mehr noch den Nebenwirkungen der jahrelangen Beschäftigung damit konzentrieren und überblicksmäßig ein paar davon zur Diskussion stellen. Es soll unter anderem aufgezeigt werden, wie diese Diskussion die Integration störungsspezifischen Wissens in Konzepte Systemischer Therapie im deutschsprachigen Raum erschwert hat.

Schlüsselwörter: störungsspezifisches Wissen, Kybernetik zweiter Ordnung, Konzepte Systemischer Therapie im deutschsprachigen Raum, Metatheorie und deren Nebenwirkungen

Abstract

With this article we would like to continue a discussion that has been closed in other countries but has a rather brief tradition in German speaking countries – a critical reflection of an epistemological idea and its influence on Systemic Therapy known as “Second Order

1) Initiiert wurde der Beitrag ursprünglich durch eine Veranstaltung zum Thema „Sollen wir wieder wissen, wo's langgeht? Der Umgang mit ExpertInnenwissen in der systemischen Therapie“, 2009 in der ÖAS in Wien. Eine gekürzte Fassung dieses Artikels erschien unter dem Titel „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“, 2011 in den Systemischen Notizen.

Cybernetics“ or “Cybernetics 2.“We will focus on the side effects of this Meta theory or better the side effects of the ongoing discussion about it, and specify a few of these. We want to show how this discussion has restrained the integration of problem specific knowledge and theories into systemic thinking and systemic therapy in the German speaking countries.

Keywords: problem specific knowledge, Second Order Cybernetics, concepts systemic therapy in German speaking countries, meta theory and side effects

Einleitung

Die Geschichte dieses Beitrags ist die Geschichte eines jahrelangen Hin-und-hergerissen-Seins. Immer wieder hatten wir uns ausgetauscht, den Artikel weiterbearbeitet, ihn wieder weggelegt – je nach Ereignissen in unserem Umfeld. Als das Lehrbuch von Schweitzer und Schlippe (2006) herauskam, legten wir ihn weg. Als wir von 2011 bis 2012 unter dem Titel „Problemspezifische Systemische Therapie“ den erfolgreichsten Weiterbildungslehrgang in der Geschichte von ÖAS und Lasf organisierten, nahmen wir ihn angeregt durch die Feedbacks der TeilnehmerInnen wieder zur Hand. Als Hans Lieb sein Buch Störungsspezifische Systemtherapie – Konzepte und Behandlung (2014) herausbrachte, lag er wieder für Monate unberührt herum. „Wozu noch?“, fragten wir uns. Aber wenn wir dann so Sätze lasen wie: „Die Anerkennung² rief große Freude und Stolz ebenso wie Bedenken und Sorge hervor. Befürchtet wurde, dass die systemischen Konzepte sich an ein medizinisches Krankheitskonzept und störungsspezifische Behandlungsstrategien würden anpassen müssen, also das Systemische verlieren würden“ (Oestereich 2012), dann war die Motivation wieder da. Es war und ist uns nach wie vor zu viel Entweder-oder in dieser Diskussion.

Drei Ebenen von Beschreibungen

Vorweg wollen wir den Versuch einer Klärung unternehmen. Man kann drei Ebenen von Beschreibungen unterscheiden. Erstens eine epistemologische Ebene, die das Zustandekom-

2) Der WBP hatte 2008 die Systemische Therapie in Deutschland als Psychotherapieverfahren anerkannt.

men menschlicher Erkenntnis beschreibt. Wir nennen sie hier erkenntnistheoretische Modelle. Der Konstruktivismus wäre ein Beispiel dafür – neben vielen anderen. Eine zweite Ebene – wir nennen sie hier klinische Modelle – beschreibt das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung von Problemen, Störungen, Krankheiten einschließlich Theorien der Veränderung. 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, mit dem Ziel, Leidenszustände unserer KlientInnen zu reduzieren.

Wechselseitige Einflüsse zwischen den Ebenen der Beschreibung sind möglich, trotzdem existieren sie prinzipiell unabhängig voneinander. Wir können nämlich ohne Probleme KonstruktivistInnen sein, aber uns mittels kognitiver Theorien und Lerntheorien das Zustandekommen von Problemen oder Erkrankungen erklären und erfolgreiche Verhaltenstherapie machen. Wir können glauben, die Welt da draußen existiert so, wie wir sie sehen, tatsächlich und gute Systemische TherapeutInnen 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 therapieschulenübergreifende 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.



Abbildung 1: Ebenen von Beschreibung

Konstruktivismus und Kybernetik 2 wurden fast zum klinischen Modell ernannt

In der Entwicklung der Systemischen Therapie haben sich die Ebenen vermischt. Der Konstruktivismus und in seiner Gefolgschaft die Kybernetik 2 wurden fast zum klinischen Modell ernannt und viele Jahre lang befassten wir uns mehr mit Fragen nach dem Status von BeobachterInnen, der prinzipiellen Veränderbarkeit von Systemen und generellen Fragen der Machbarkeit von Aussagen in und über Therapie. Schwer auszumachen, wo die Initialzündung für diese Entwicklung war. Vielleicht war es schon ganz zu Beginn, als Paul Dell 1981 die Ideen von Maturana und Varela am Züricher Kongress erstmals einer breiteren TherapeutInnenschaft vorstellte und so zur „epistemologischen Wende“ im deutschsprachigen Raum beitrug? Dell hat seinen Beitrag später (1987) unter dem Titel „Klinische Erkenntnis“ publiziert, was schon im Titel eine Vermischung der beiden ersten Ebenen implizieren könnte. Es ist schwer zu sagen, wo die Vermischungen begannen, aber es besteht kein Zweifel darüber, dass die irgendwann entfachte Diskussion jene therapeutische Haltung unterstützt und gefestigt hat, die zwar auch vorher schon existierte, aber nun in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückte und in einem viel größeren Ausmaß Teil unserer systemischen Identität wurde. Aber diese steht nach all den Jahrzehnten unserer Meinung nach außer Frage, niemand rüttelt an dieser Haltung – weder irgendwer in den eigenen Kreisen noch außerhalb unserer Therapieschule, auch nicht die Versicherungsträger³. Wir dürfen daher die Entwicklung auch einer kritischen Evaluation unterziehen und uns ihre Nebenwirkungen vor Augen führen.

Vermischung der Ebenen

Da fällt zuerst eine begriffliche Verwirrung auf. Denn in dem Begriff „konstruktivistische systemische Therapie“ werden eben jene Ebenen miteinander verknüpft, die zwei oder sogar drei völlig unterschiedliche Beschreibungen darstellen (siehe Abbildung 1). Wollten wir mit dem Begriff darauf hinweisen, dass wir uns im Klaren sind, dass auch unsere systemischen

3) An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Autoren ihren Beitrag aus Sicht der österreichischen Therapiesituation heraus verfasst haben, in der die Systemische Therapie so wie alle anderen großen Therapieschulen seit vielen Jahren anerkannt ist und eine direkte Rückverrechnung mit den Versicherungsträgern – Kassenvertrag, genauso möglich ist wie eine Teilrefundierung bei privat niedergelassenen TherapeutInnen.

Erklärungsmodelle eben nur Modelle – also Konstruktionen sind? Oder soll der Begriff schon im Namen Implikationen für unser therapeutisches Handeln aufzeigen? Oder was sonst wollten wir damit kundtun? Vor allem in welchem Kontext? Was ist eine konstruktivistische systemische Therapie im Unterschied zu einer nicht konstruktivistischen systemischen Therapie? Was unterscheidet sie von einer z. B. konstruktivistischen Verhaltenstherapie? Unsere Befürchtung ist mehr die Folge: Wir haben über Jahre hinweg die Ebene klinischer Modellbildung übersprungen, ignoriert oder zumindest vernachlässigt und haben direkte Schlüsse aus der Erkenntnistheorie auf unser Handeln im Therapieraum gezogen. Diese Entwicklung hatte einige nicht unbeachtliche Nebenwirkungen, auf die wir im Folgenden eingehen wollen.

Es geht nicht darum, erkenntnistheoretische Überlegungen aus dem Therapieraum zu verbannen. Es geht uns darum, sie am richtigen Platz – nämlich einer metatheoretischen Ebene – zu belassen. Der Konstruktivismus hilft uns an einer wichtigen Stelle im Therapieprozess, nämlich dann wenn wir mit unseren Erklärungen und Beschreibungen (klinische Modelle) nicht mehr weiterkommen, wenn sie für die KlientInnen keinen Sinn ergeben, wenn sie uns nicht mehr neugierig sein lassen, uns nicht mehr Leitlinien sind für weitere Fragen oder Interventionen. Dann ist der Moment gekommen, diese Erklärungen in Frage zu stellen und uns daran zu erinnern, dass sie nicht Abbilder der Wirklichkeit sind, sondern Konstruktionen und dass unsere Erklärungen für die Realität unserer KlientInnen nicht passend sein könnten und wir daher von ihnen ablassen sollten. Solange unsere Erklärungsmodelle jedoch für KlientInnen Sinn machen, uns unterstützen bei der Formulierung von Fragen und Interventionen, solange sie uns helfen die erwünschten Veränderungen zu erreichen, solange dürfen wir auf sie vertrauen. So wie wir unserer Wahrnehmung im Alltag vertrauen, die uns „vorgaukelt“, es gäbe einen dreidimensionalen Raum. Wie uns unsere Wahrnehmung täuscht, wissen alle, die sich gerne mit optischen Täuschungen beschäftigen, einmal die Gelegenheit hatten mit Umkehrbrillen zu leben oder in San Francisco das „Exploratorium“ besucht haben. Spätestens dann stellen sie ihre Wahrnehmung in Frage. Trotzdem vertrauen wir im Alltag auf sie – so als ob sie Abbild der Wirklichkeit wäre. Ähnliches gilt vielleicht auch für den Alltag im Therapieraum. Störungsspezifisches Wissen, unsere therapeutischen

Solange unsere Erklärungsmodelle für KlientInnen Sinn machen, dürfen wir auf sie vertrauen

Erfahrungen, die Erfahrungen betroffener KlientInnen und anderer TherapeutInnen, unsere Hypothesen über das Zustandekommen und die Chronifizierung von Problemen, Störungen oder Krankheiten können uns Leitlinie sein im oft nicht leicht zu strukturierenden Prozess therapeutischen Tuns – so als ob sie die Wirklichkeit abbilden. Sind sie uns und unseren KlientInnen keine Hilfe mehr, wenn wir mit ihnen „anstehen“, dann sind sie in Frage zu stellen.

Mangel an Störungsspezifischen Erklärungsmodellen

Aber welche Nebenwirkungen hatte die intensive Auseinandersetzung mit diesen Metatheorien im deutschsprachigen Raum? 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 viel diskutierte Handbuch von Schweitzer und Schlippe (2006) zeigt zwar zum einen auf, welche Entwicklungen auf dieser Ebene es zu diesem Zeitpunkt sehr wohl gab. Es zeigt aber ebenso deutlich, wenn nicht deutlicher auf, was alles nicht passiert ist in den letzten 20 bis 25 Jahren. Als Hans Lieb (2015) exemplarisch störungsspezifische Konzepte aus der älteren und jüngeren Geschichte der Systemischen Therapie auflistet, spannt er den Bogen von den Forschungsarbeiten der Bateson Gruppe zur Schizophrenie über Minuchins Arbeiten zur Psychosomatik, die Arbeiten der Mailänder Gruppe zur Magersucht, die frühen Arbeiten der Heidelberger Gruppe bis zu Kleins Arbeiten zur Sucht (2002), den Ansätzen zur Depression von Jones und Asen (2002) bis zu den Arbeiten von Schweitzer und von Schlippe (2006) und Schumacher (2008). Der Absatz bleibt trotzdem kurz. Und lässt man die Beiträge aus der Zeit vor der „kybernetischen Wende“ weg, wird es noch überschaubarer. Die deutschsprachigen AutorInnen danach lassen sich fast an einer Hand abzählen und wiederholen sich. Einschränkend muss erwähnt werden, dass Liebs Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und er sie vor allem in der jüngeren Vergangenheit auf den deutschsprachigen Raum beschränkt. Aber die Relation bleibt verblüffend.

Für uns ist spannend zu sehen, welche Initialzündung das Lehrbuch von Schweitzer und von Schlippe (2006) aber ausgelöst haben dürfte. 11 Jahre später ist die Situation auch im deutschen Sprachraum eine komplett andere. Es gibt systemische Bücher zu fast allen Störungsgruppen, Hans Liebs Buch zur Störungsspezifischen Systemtherapie (2014) hat das „Tabu“ auch im Carl-Auer Verlag gebrochen und unter seiner und Wilhelm Rotthaus Herausgeberschaft erscheint seit 2015 eine ganze Buchreihe mit dem Übertitel „Störungen systemisch behandeln“. Wir hätten das nicht für möglich gehalten, als wir vor vielen Jahren begannen diesen Beitrag zusammenzustellen. In der Reihe finden sich mittlerweile Bücher zur Depression und Dysthymia (Ruf 2015), zur Suizidalität von Kindern und Jugendlichen (Rotthaus 2017), zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (Korittko 2016), Persönlichkeitsstörungen (Wagner, Henz u. Kilian 2016), Bipolare Störungen (Ruf 2017), Schizophrenie und schizoaffektive Störungen (Ruf 2014), kindlichen Ängsten (Rotthaus 2015), Alkoholabhängigkeit (Klein u. Schmidt 2017) und ebenfalls bereits angekündigt zu sozialen Ängsten (Schweitzer, Hunger, Hilzinger 2017). Die Entwicklung überrascht uns nicht. Immerhin hatten wir 2011 schon riesigen Zulauf, als wir in Kooperation ÖAS und Lasf⁴ einen 13-teiligen Lehrgang zur störungsspezifischen Systemischen Therapie organisierten. Wir trafen damals mit unseren Inhalten auf ein großes Interesse unter systemischen KollegInnen. „Das ist das, was in der Ausbildung zu kurz gekommen ist“, war der Tenor zahlreicher Rückmeldungen. Christoph Thoma hatte schon einige Jahre zuvor (Thoma 2009) ein Buch zum systemischen Verständnis von Ängsten herausgegeben, am Institut für Systemische Therapie in Wien hatten Carmen Unterholzer und Stefan Geyerhofer (Geyerhofer u. Unterholzer 2008, 2009, 2009) ein systemisches Konzept zu Burnout und Erschöpfungssyndrom erarbeitet, und mit seinen DVD Projekten versucht das IST seit Jahren systemische Konzepte für die Psychoedukation zur Magersucht (2008), Depression (2011), Schizophrenie (2013) und zum ADHS (2016) umzusetzen – angeregt durch eine Idee von Yasunaga Komori und aufbauend auf der Idee des Externalisierens (White 1988; White und Epston 2002), die uns hilft Person und Krankheit (Diagnose) zu trennen und ihre wechselseitigen Einflussmöglichkeiten aufzuzeigen.

4) Zwei der drei österreichischen Ausbildungsvereine für Systemische Therapie

Den Sessel, der einem im Weg steht, ein Stück weit auf die Seite zu schieben, schafft Platz für mehr Bewegungsfreiheit

Faszinieren tut uns aber die Geschwindigkeit, in der jetzt störungsspezifische systemische Konzepte publiziert werden. „Die Rehabilitation störungsspezifischen Wissens findet gerade statt“, waren sich zahlreiche ExpertInnen am „Diagnosen Kongress“ („Was ist der Fall? Und was steckt dahinter?“) in Heidelberg im späten Frühling dieses Jahres einig. Es scheint nur mehr Unterscheidungen zu geben zwischen jenen, die mitmachen, aber die Kybernetik 2 mit hinüberretten wollen, und jenen, die entweder immer schon eine größere Distanz zu diesen Metakzepten hatten oder sie sich nun geschaffen haben. Den Sessel, der einem im Weg steht, ein Stück weit auf die Seite zu schieben, schafft Platz für mehr Bewegungsfreiheit. Und wie frei man sich bewegen kann, wenn die Distanz zur Kybernetik 2 größer ist, zeigen die Arbeiten von Nardone (1997, 2003, 2005) und seinem Team in Italien, die zu zahlreichen Störungsbildern sowohl systemische Erklärungsmodelle als auch daraus resultierende spezifische Fragetechniken und Interventionen entwickelt haben, oder im deutschsprachigen Raum das Systemische Lehrbuch von Kirsten von Sydow (2015) oder Wagner, Henz & Kilians Buch zu Persönlichkeitsstörungen (2016).

Wir brauchen uns nicht zu verstecken. International und auch bei uns ist einiges passiert! In der Therapie von Burnout zum Beispiel gilt es heute auf Grund klinischer Erfahrungen, aber auch auf Grund der Forschung fast schon als fahrlässig, in der Diagnose und Behandlung auf Kontextfaktoren (Belastungsfaktoren im Job, private Zusatzbelastungen wie Pflegefälle, Krankheit, Schulden etc.) kein Augenmerk zu legen (vergleiche dazu: Geyerhofer u. Unterholzer 2008, 2009, 2009). In die Therapie von Magersucht haben systemische Konzepte und Interventionen schon vor Jahren Einzug gehalten und haben einen fixen Bestandteil in ambulanten und stationären Therapieprogrammen weltweit. Auch außerhalb unserer eigenen Therapieschule wissen KollegInnen um die Bedeutung von Kontextfaktoren dieser Erkrankung (Beziehungsgestaltung in der Familie, gesellschaftlicher Druck auf Mädchen und Burschen, Diätwahnsinn, Peergruppe usw.) Bescheid, was dazu geführt hat, dass wir in der Behandlung von Magersucht zumeist Kombinationstherapien von Einzel- und Familientherapien finden – sinnvollerweise auch deshalb, weil die KlientInnen immer jünger werden und die Kontextfaktoren daher an Bedeutung gewonnen haben. Die systemischen Interventionen von Nar-

done, Verbitz und Milanese (2005) oder das Externalisieren der Magersucht sind fast schon Standards geworden, um KlientInnen möglichst früh zu motivieren den Kampf gegen die Krankheit aufzunehmen (vergleiche Sanders 1996; Institut für Systemische Therapie 2008). Die Systemische Therapie hat dazu beigetragen, dass die ambulanten und stationären Therapien für Magersucht heute besser sind als noch vor 20 Jahren und die Sterblichkeit trotz steigender Erkrankungszahlen gesunken ist. Es macht Sinn, unser Fachwissen bei der Entwicklung störungsspezifischer Therapieprogramme einzubringen.

Aber noch einmal einen Schritt zurück. Was hat uns eigentlich im deutschen Sprachraum gehindert, das was jetzt so blüht, schon früher zu machen? Spätestens mit der „kybernetischen Wende“ in der Systemischen Therapie mussten wir uns von der Idee verabschieden, als PsychotherapeutInnen unabhängige BeobachterInnen der KlientInnen sein zu können. Konsequenterweise war dies zugleich ein Abschied vom herkömmlichen KlientInnen-Diagnosen-Interventions-System: wenn ich weiß, welche Diagnose meine KlientInnen haben, muss ich nur mehr die richtigen Interventionen setzen, damit sie geheilt werden. Ist bei dieser Verabschiedung möglicherweise ein folgenreicher Irrtum passiert? Haben wir aufgrund dieser Einsicht auf die Weiterentwicklung klinischer Modelle verzichtet, weil sie so eng mit herkömmlichem Diagnoseverständnis verbunden sind? Haben wir kein Augenmerk mehr darauf gelegt, passende Alternativen zu suchen und zu finden? Möglicherweise sind wir an dem Punkt einem Entweder-oder-Denken verfallen, das wir im therapeutischen Kontext oft als Muster von Problemaufrechterhaltung kennen: Wenn wir schon keine unabhängigen TherapeutInnen sein können, müssen wir auf alle Erklärungsmodelle von Störungen verzichten.

Dabei gibt es in der Systemischen Therapie jede Menge brauchbare Ideen und Ansätze, die uns aus diesem Schwarz-Weiß-Denken befreien können. Die Metapher oder das Modell, Störungsbilder als Landkarten zu begreifen, ist ein gutes Beispiel dafür. Michael White und David Epston (White u. Epston 2002; White 2007) haben uns aufgezeigt, wie strukturiert wir in der Therapie arbeiten können, ohne auf unser Erfahrungswissen verzichten zu müssen und trotzdem eine konsequent systemische Haltung einnehmen zu können. Sie verwenden als erkenntnistheoretische Grundlage die Diskurstheorie von

Entweder-oder-Denken als Problemaufrechterhaltung

Störungsbilder als Landkarten

Foucault, bleiben aber nicht dabei stehen, sondern entwickeln darauf klinische Modelle der Entstehung von Störungen. Sie verzichten zwar auf störungsspezifisches Wissen, benennen Störungsfelder als Landkarten, die uns TherapeutInnen helfen, einen Therapie-Weg zu finden, ganz ähnlich wie es Lieb (2014) vorschlägt.

Nardone und Portelli (2005) haben uns mit der Idee „Knowing through changing“ einen eleganten Ausweg aus dem scheinbaren Dilemma gezeigt. Im therapeutischen Handeln gewinnen wir durch Fragen und Interventionen mehr und mehr Erkenntnisse über das Zustandekommen und die Chronifizierung von Problemen und „Störungen“. Die Diagnose steht plötzlich nicht mehr am Anfang, sondern am Ende des Prozesses. Die erkenntnistheoretische Grundhaltung dient ihnen dazu, die wissenschaftliche Arbeit der Erkenntnisgewinnung umzudrehen und ein Modell zu entwickeln, wie wir im therapeutischen Arbeiten konsequent systemisch arbeiten können, ohne darauf verzichten zu müssen, spezielles Wissen über bestimmte Störungsbilder zu erarbeiten.

Ideen interaktiver Diagnostik

Aus jedem Einzelfall kann ich durch Reflexion Wissen generieren, das in der Gesamtschau Muster und Grunddynamiken von einzelnen Störungen aufzeigen kann. Natürlich werden dadurch auch bestehende Diagnose-Schemata wie das DSM oder das ICD in Frage gestellt, da diese die Benennung und Beschreibung von Symptomen und oft nicht ausreichend grundlegenden Dynamiken der Entstehung und Chronifizierung von Störungen darstellen. In einer italienisch-französischen Koproduktion haben Wittezaele und Nardone (2016) die Idee dieser „systemisch operativen Diagnostik“ weiterentwickelt. Das Verstehen spezifischer Logiken rund um das Zustandekommen und die Chronifizierung von Störungsbildern kann helfen zu klinischen Erklärungsmodellen zu kommen, aber auch konkrete Ideen zur Unterbrechung dieser Muster aufzeigen. Was am Anfang oft notwendige Adaptionen auf die konstanten Umweltveränderungen waren (Vermeidung oder Kontrollversuche der Situation, Emotion oder Bewertungsversuche durch andere ...) kriert durch die rigide Fortsetzung oft noch größeres Leid. Diese Idee interaktiver Diagnostik haben die Autoren versucht auf möglichst viele Störungsgruppen umzusetzen. Wir warten dringend auf die Übersetzung des Buches ins Deutsche oder Englische.

In ganz ähnliche Richtung argumentieren hypnosystemische KollegInnen, allen voran Gunther Schmidt, wenn sie uns aufzeigen, wie man Probleme als Lösungsversuche verstehen kann, die deshalb chronifizieren, weil sie funktionieren. Die Idee ist nicht neu. Sie ist schon in den Arbeiten von Erickson zu finden und wurde von Haley (1976), Weakland, Fisch, Watzlawick, Segal (1974, 1982) und anderen VertreterInnen der problemorientierten Systemischen Therapie als versuchte Lösungen beschrieben – jene Lösungsversuche, die KlientInnen, Angehörige, aber auch oft TherapeutInnen entwickeln, um das Problem in den Griff zu bekommen. Oftmals sind es eben diese Versuche, die dazu beitragen, dass ein Problem aufrecht bleibt und chronifiziert. Bei Ängsten, Zwängen und Panikattacken, bei Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie oder bei Suchterkrankungen macht ein solches Verständnis jede Menge Sinn und hilft uns, zu weiteren Hypothesen und Fragen zu kommen. Und dass Psychotherapie eine von Hypothesen geleitete Behandlungsform ist, wurde in Österreich sogar gesetzlich verankert. Das Gesetz schreibt vor, dass TherapeutInnen ihr Handeln auf Hypothesen und theoretische Modelle über das Entstehen und die Aufrechterhaltung von Problemen, Störungen oder Krankheiten stützen. Unabhängig von gesetzlichen Regelungen finden wir das vor allem fachlich sinnvoll.

Die Frage der Diagnosen

Die Kritik am ICD und am DSM ist berechtigt und oft diskutiert (gut zusammengefasst z. B. bei Tomm 2001). Die Kritik an der Einseitigkeit dieser Kritik ist wahrscheinlich ebenso berechtigt und noch weniger gut dokumentiert (Spitzcok von Brisinski 1999; Borst 2003; Geyerhofer 2011; Lieb 2014). Es macht Sinn, zwischen Diagnosen an sich und Diagnosemanualen zu unterscheiden. Wobei wahrscheinlich weder das eine noch das andere per se schlecht vs. gut oder hilfreich vs. gefährlich ist. In erster Linie sind Diagnosen Benennungen, Beschreibungen, manchmal auch mit Erklärungen versehen. Zur Gefahr werden sie erst durch den Umgang damit. Lassen sich TherapeutInnen in ihrer Neugier einschränken, indem vorgefasste Meinungen als unumstößliche Wahrheiten im Therapieraum stehen, dann sind sie schlecht. Werden sie zur Stigmatisierung, zur Bewertung verwendet, so ist unsere Kritik berechtigt, denn dann tragen sie zur Erkrankung oder zur Chronifizierung bei oder nehmen Hoffnung auf Veränderung.

„Knowing through changing“

Aber Diagnosen können auch Hoffnung geben. Eine Klientin von mir (SG) war sofort beruhigt, als ich ganz ruhig und gelassen sagte, dass die furchterregenden Zustände, die sie bereits einige Male erleben musste und die sie mir gerade beschrieben hatte, in unserer Fachsprache Panikattacken heißen. Später gestand sie: „Ab diesem Moment wusste ich, ich bin in den richtigen Händen. So wie Sie das gesagt haben, klang es so, als würden Sie solche Sachen jede Woche hören!“ Und dass Hoffnung und positive Veränderungserwartung zu einem der wichtigsten Erfolgsfaktoren in der Therapie zählen, wissen wir spätestens seit den Arbeiten von Hubble, Duncan & Miller (2000, 2001). Und natürlich machen auch differentialdiagnostische Überlegungen Sinn. Dass zum Beispiel Zwangsrituale Lösungsversuche für Ängste sein können und deshalb chronifizieren, weil sie kurzzeitig zur Reduktion der Angst⁵ führen, aber auch zur vermeintlichen Kontrolle wahnhafter Vorstellungen⁶ oder zum Abbau von Spannungen⁷ dienen können. Das therapeutische Vorgehen wird sich unterscheiden, abhängig davon, wofür die Rituale ursprünglich oder aktuell die versuchten Lösungen darstellen. Dass Panikattacken hoch mit Überlastungssituationen korrelieren und daher auch mit Burnout, hilft uns, über die Therapie des Symptoms hinauszuschauen und KlientInnen auch bei der Veränderung überlastender Lebensumstände zu unterstützen, und kann Therapie somit nachhaltiger machen. Und über Zusammenhänge zwischen Depression oder Paranoia und Schwerhörigkeit Bescheid zu wissen, kann die Wahl therapeutischer Mittel durchaus beeinflussen. Gerade diese differentialdiagnostischen Beispiele sind schöne Beispiele für die zuvor diskutierte systemische Idee eines „Knowing through changing“, bei dem Diagnosen nicht am Beginn eines Therapieprozesses stehen, sondern irgendwo dazwischen oder sogar erst am Ende.

Und dass wir uns der Diagnosen-Frage nicht entziehen können, zeigt auch die Beobachtung, dass immer mehr KlientInnen bereits mit Diagnosen ins Erstgespräch kommen – nicht aus irgendeinem Diagnosemanual oder aus einem Befund, sondern aus dem Internet oder sozialen Netzwerken. Aus einer vielleicht

5) Z. B. Waschwang

6) Ein Klient von mir musste in regelmäßigen Abständen am „handy“ einen „code“ eingeben, um die Verbindung zum chinesischen Geheimdienst zu unterbrechen.

7) Z. B. Ritzen, Haut aufkratzen

natürlichen Sehnsucht nach Verstehen, nach Erklärungen und nach Sicherheit begeben sich KlientInnen auf die Suche und werden heutzutage schnell fündig. Früher musste man sich ein ICD, ein Fachbuch oder zumindest ein Selbsthilfebuch kaufen, heute ist alles online – und das mit jeder Menge Kommentaren. Gespräche rund um Diagnosen bieten auch eine Chance der Beziehungsgestaltung in frühen Phasen der Therapie. Es kann gelingen Ängste zu nehmen, Vertrauen zu schaffen oder wie oben erwähnt Hoffnung zu generieren.

Verantwortungsbewusst eingesetzt, glauben wir, dass störungsspezifisches Wissen hilfreich sein kann im Prozess der Psychotherapie. Wir glauben auch, dass Diagnosen nicht per se gut oder schlecht sind. Erst durch ihre Anwendung können sie Schaden zufügen oder auch hilfreich sein. Allzu großer Respekt vor Diagnosen und ihren Manualen ist fehl am Platz. Man erinnere sich nur an die geringe Reliabilität und Validität des ICD oder des DSM oder an die extremen Unterschiedlichkeiten verschiedener Diagnosen in verschiedenen Ländern/Kulturen. Es handelt sich um Listen mit Namen, dazugehörigen Beschreibungen und eventuell auch Erklärungskonstruktionen. Natürlich sind die Namen oft mit Bildern verbunden – sowohl in uns TherapeutInnen als auch bei KlientInnen. Deshalb ist sorgfältig und verantwortungsvoll damit umzugehen, wie mit Sprache insgesamt. Scheu aber ist nicht angebracht. Vielleicht wollte uns Tom Levold auch in diese Richtung motivieren, als er in seinem Eröffnungsvortrag am Kongress in Heidelberg das Publikum an ein Zitat Karl Menningers aus dem Jahr 1958 erinnerte: „Namen bezeichnen keine Krankheitsformen, sie beruhigen nur die Ärzte und beeindrucken die Verwandten.“ Wir erinnern uns diesbezüglich besonders gerne an Aussagen von Simon (1990, 2012) oder Cecchin et al. (1993), die uns neben einem 100-prozentigen Respekt vor unseren KlientInnen und ihren Leidenszuständen wenig bis kaum Respekt vor Diagnosen gelehrt haben.

Es wäre außerdem naiv anzunehmen, KlientInnen machen sich kein Bild von uns. Manche dieser Bilder haben vielleicht sogar Namen – eventuell auch mit Beschreibungen und dazu passenden Erklärungen. Wer weiß, vielleicht sind sogar Diagnosen dabei?

Verunsicherung dem eigenen Wissen gegenüber

Eine zweite Nebenwirkung aus der Vermischung der Erklärungsebenen scheint die Verunsicherung Systemischer TherapeutInnen bezüglich ihres bereits vorhandenen Fachwissens und ihrer klinischen Erfahrung zu sein. 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? Eine radikale Ablehnung von Diagnosen und störungsspezifischem Wissen ist für KollegInnen in den meisten Kliniken kaum machbar, erschwert auch für andere die Kooperation mit Zuweisenden und Kostenträgern. Lieb (2014) zeigt in einem netten Beispiel auf, wie diese Ankoppelungsprobleme auch die Arbeit mit KlientInnen erschweren können.

*Systemische
TherapeutInnen
wissen nicht, sie
„nehmen an“*

Aber sind wir hier nicht schon wieder in einem Entweder-oder verstrickt? Ein Ausweg scheint so einfach: Systemische TherapeutInnen wissen nicht, sie „nehmen an“. Das „vorhandene Wissen“ dient zunächst uns TherapeutInnen, um allgemeine und spezielle Annahmen in Form von Hypothesen für uns und den Therapiekontext zu formulieren und auf Brauchbarkeit – nicht auf Gültigkeit im Sinne von Wahrheit – zu überprüfen.

Wir generieren Fragen aus unseren Hypothesen, entwickeln vielleicht sogar Interventionen. Wir überprüfen sie im laufenden Prozess des Arbeitens und verwerfen sie als unpassende Konstrukte, wenn sie uns nicht weiterhelfen. Solange sie uns und damit den KlientInnen helfen, warum ihnen nicht ein Stück weit folgen? Und natürlich kommen unsere Hypothesen nicht einfach aus dem Nichts oder basieren auf purer Intuition, sondern aus Erfahrungen aus vergangenen Therapien, aus Fortbildungen, Büchern, Artikeln, aus Gesprächen mit KollegInnen im Rahmen von Supervision und Intervision. 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?

Diese Argumentation hat auch auf metatheoretischer Ebene die Struktur eines Paradoxons: Therapie also als Versuch, das Unmögliche herzustellen – entlang einer Annahme, dass dies nicht möglich sei! Man könnte in Anlehnung an Seligman etwas polemisch von „selbstaufgelegter Hilflosigkeit“ sprechen.

Zudem birgt die Fokussierung auf ein Element eines kybernetischen Prozesses die Gefahr, den einzelnen Systembestandteilen Macht und Eigenschaften zuzuschreiben, die sie nicht besitzen.

Begreift man Klientensysteme als autopoietische Systeme, so können im Therapiekontext TherapeutInnen zu KlientInnen nur eine Umwelt darstellen, nachdem sich Klient/in und Therapeut/in „strukturell gekoppelt“ haben. Er/sie ist aber nicht ohne Einfluss auf ihn/sie – und umgekehrt. Und diesen Einfluss gilt es, nutzbringend im Sinne des vereinbarten Therapiezieles einzusetzen. D. h., der relevante Fokus gemäß Systemtheorie und den Annahmen der Kybernetik 2. Ordnung wäre weder der/die Therapeut/in noch der/die Klient/in mit seinen/ihren Möglichkeiten/Nicht-Möglichkeiten, sondern die Beziehung zwischen beiden. Der Beziehungsgestaltung durch TherapeutInnen kommt so zentrale Bedeutung zu. Heinz von Foersters ethischer Imperativ „Handle stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten größer wird!“, ist somit eine Aufforderung zur Varianz in der Beziehungsgestaltung durch uns TherapeutInnen. Einzelne Positionen, wie etwa jene des „Nichtwissens“, sind ebenso wie bestimmte Interventionstechniken zwar a priori weder „falsch“ noch „richtig“ noch „gut“ noch „böse“, sie stellen jedoch entlang des Spektrums der Möglichkeiten nur jeweils *eine* von vielen therapeutischen Umweltparametern dar! Therapeutisches Handeln verlangt also Flexibilität. In diesem Sinne wären klinische Erkenntnisse und Modellbildungen lediglich als Angebot für Varianz zu verstehen.

Unter dieser Prämisse wären TherapeutInnen als „BeobachterInnen“ gemäß Kybernetik 2 nicht als passive „beteiligte BeobachterInnen“ im ursprünglichen Wortsinn zu verstehen, sondern als „flexibel und variant Handelnde“, als sich stets verändernde Umwelt, als variantes „Rauschen“, aus dem die KlientInnen ihre jeweilige eigene Realität erzeugen – um eine Metapher von Heinz von Foerster zu verwenden.

Wie wir aus der Psychologie wissen, verliert ein invarianter Dauerreiz mit der Zeit seinen Reizcharakter. Zur Erzeugung von Erstmaligkeit, eines „Unterschieds, der einen Unterschied macht“, ist also von Seiten der TherapeutInnen ein permanenter Anpassungsprozess an die Wirklichkeitsbildung der KlientInnen und gleichzeitig ein permanenter Unterscheidungs-

prozess zur Ermöglichung von Erstmaligkeit, abseits von reduktionistischen, selbstbeschränkenden Beschreibungen, notwendig. Um einen Unterschied zu kreieren, könnten wir in diesem Zusammenhang von einer „Kybernetik pi“ sprechen.

Die kritische Einstellung störungsspezifischen Wissens gegenüber hatte starke Konsequenzen im Ausbildungskontext. Für erfahrene TherapeutInnen war das natürlich wesentlich leichter, klinische Modelle in Frage zu stellen, sie aber trotzdem im Hinterkopf zu behalten. Angehende TherapeutInnen hingegen haben diesen Verzicht als Mangel erlebt. In zahlreichen Lehrtherapie- oder Supervisionsstunden wurde deutlich, wie verunsichert sie viele Ausbildungsstunden erlebten, weil ihnen konkrete klinische Erklärungsmodelle gefehlt haben oder alte, die sie z. B. aus dem Psychologiestudium mitgenommen und in ihrer bisherigen Praxis erprobt hatten, auf einmal in Frage standen, ohne aber eine systemische Alternative angeboten zu bekommen. Das hat in vielen Fällen zu einem Vertrauensverlust gegenüber Ausbildungsinstitutionen geführt.

Wir können Wissen nutzen, ohne dabei jene Haltung zu verlassen, die uns eigen ist – die der neugierig Unwissenden

Ein Vorteil dieser kritischen Haltung jeden Störungswissens gegenüber war nicht unbedeutend. Wir mussten keine klinischen Fachbücher mehr schreiben, ja nicht einmal 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, darüber schreiben 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 oder in ihrer bisherigen Laufbahn auch die Erfahrung gemacht hatten, man kann dieses Wissen nutzbringend in Therapien einbringen oder sogar mit ausreichendem Wissen bestimmte Fehler vermeiden. Wie es Borst (2003) schon formuliert hat: Vielleicht ist die Frage nicht, „ob schon“ oder „ob 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.

Einschränkung therapeutischer Möglichkeiten

Mit der „Kybernetik 2“ 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 mancherorts im deutschsprachigen Raum zu systemischen „Unwörtern“ deklassiert. Die Folgen dieser Verunsicherung auf der Ebene therapeutischen Tuns waren nicht zu übersehen. Systemische TherapeutInnen begannen sich in ihren Möglichkeiten einzuschränken. Statt ihre Mittel zu erweitern, verabschiedeten sie sich von jenen Fragetechniken 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 Verantwortungsaufteilung zwischen TherapeutIn und KlientIn andeuteten, Ausdruck von ExpertInnentum und daraus direkt abgeleiteter Machbarkeit von Veränderung waren oder Machtverhältnisse und Hierarchie im Therapieraum unterstützten.

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, mit klinischen Erklärungsmodellen konformer Handlungsspielraum zur Verfügung steht. Und dass umso mehr als wir als TherapeutInnen in der Beziehung mit unseren KlientInnen doch die Verantwortung über die Mittel der Therapie tragen.

In extremen Ausprägungen schien sich Systemische Therapie fast schon auf bloße Haltung zu reduzieren. Jede Frage, die eine Einflussnahme auf das KlientInnensystem implizierte, wurde als interventionistisch oder manipulativ erkannt. Manche von uns wurden an Watzlawick et al. (1969) erinnert, die uns in den Gründungszeiten der Systemischen Therapie schon aufgezeigt hatten, dass es ganz und gar unmöglich sei, nicht zu beeinflussen, wenn zwei Menschen in Interaktion treten. Dass diese Einflussnahme eine wechselseitige ist (vergleiche Geyer-

In extremen Ausprägungen schien sich Systemische Therapie fast schon auf bloße Haltung zu reduzieren

hofer und Komori 1999, 2004, 2005) 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 soll – auch wenn sie/er es gerne hören würde 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).

Die Mittel und die Zwecke in der Systemischen Therapie

Zur Frage des „Nichtwissens“ 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“. „Nichtwissen“ 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).

Dabei sollten wir auch nicht übersehen, dass ein wesentlicher Wirkungsfaktor im therapeutischen Arbeiten – unabhängig von

der jeweiligen Fachrichtung – die Vertrauenswürdigkeit von TherapeutInnen ist. Sie ist auch nach Hubble, Duncan und Miller (2000, 2001) zentrales Element jenes Wirkfaktors, den sie als „therapeutische Beziehung“ zusammenfassen. Wenn ich KlientInnen nicht vermitteln kann, dass ich ihnen mit meinen Mitteln helfen kann, wird mein Erfolg in der Therapie sicherlich geringer sein. Auch hier könnte uns ein ausgeprägtes Entweder-oder-Denken in die falsche Richtung lenken: wenn ich als Therapeut/in nicht auch Experte/in sein darf, muss ich eine konsequente Haltung des Nichtwissens einnehmen. Damit verwechseln wir, wie oben beschrieben, eine systemische Grundhaltung mit dem kognitiven Zustand der Hilflosigkeit oder der Konfusion.

Und warum auch diese Scheu und dieses Herumdrücken? 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 Schlusssatz 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 ExpertInnenstatus verhindert ein Abdriften in Beliebigkeit und erleichtert uns auch die Verantwortungsteilung im Prozess einer Psychotherapie. Denn während „die KlientInnen die Zwecke der Behandlung bestimmen, sind wir TherapeutInnen die ExpertInnen in den Mitteln, diese zu erreichen“ (Weakland 1995).

Vakuum hat Tendenzen sich zu füllen ...

Der stattgefundene Verzicht auf die Entwicklung oder Weiterentwicklung eigener klinischer Modelle hat ein Vakuum erzeugt, das sich an so mancher Stelle systemischer Entwicklungsgeschichte von selbst wieder gefüllt hat. Teilbereiche der Systemischen Therapie haben sich mehr und mehr verselbstständigt und treten als eigenständige Ansätze auf. Denken wir an die Institutionalisierung der Aufstellungsarbeit, an trauma-

„Nichtwissen“ als Intervention und nicht als kognitiver Zustand

therapeutische Ansätze, narrative oder „kooperative“ Ansätze, die Arbeit mit Teilen und die Entwicklung der hypnosystemischen Ansätze in der Therapie. Dabei könnten all diese Methoden oder Richtungen einen integrativen Bestandteil einer Systemischen Therapie bilden. In der individuellen Praxis muss jede/r interessierte PsychotherapeutIn diese Integrationsleistung derzeit selber leisten.

Möglicherweise liegt der Grund für eine solche Zersplitterung in der fehlenden Stütze, die ein klinisches Modell auf einer sicheren erkenntnistheoretischen Grundlage bieten könnte. Die Erkenntnistheorie soll mir als Wissenschaftler eine sichere Basis bieten, um Forschung zu betreiben. Eine gute klinische Theorie hat den Vorteil, Sicherheit im alltäglichen therapeutischen Handeln zu erleben. Die Erkenntnisse aus der Forschung bieten die Grundlage für ein professionelles Arbeiten in der Praxis. Die Erkenntnistheorie für sich allein kann dies nicht leisten, sonst müsste auch jede/r Psychotherapeut/in konsequenterweise ein philosophisches Grundstudium absolvieren, um diese sichere Basis zu erhalten. Der Konstruktivismus oder ein kybernetisches Denken können diese Stütze nicht bieten, ein sicheres Auftreten gegenüber KlientInnen zu erreichen. Es ist auch nicht ihre Aufgabe! Sie sollen Erkenntnisgewinn erklären – und sind keine klinischen Erklärungsmodelle. Mit dem Verlust oder durch den Verzicht auf klinische Modelle ist für viele TherapeutInnen eine wichtige Stütze weggefallen.

Aus diesem Defizit heraus hat der Verzicht auf klinische Modelle wahrscheinlich sogar dazu beigetragen, die systemische Grundhaltung ins Wackeln zu bringen. Denken wir an den esoterischen Boom in der psychotherapeutischen Szene, an zugegeben oft reizvollen, fast mythischen Zugängen zur Realitätserklärung. Denken wir an den enormen Zuspruch, den Hellingers Art der Aufstellungsarbeit in unserer Szene (vor allem oder fast ausschließlich im deutschsprachigen Raum) hatte und der nicht nur frei von jeder wissenschaftlichen systemischen Theoriebildung, sondern auch fern ab unserer systemischen Haltung war. Oder aktuell das Auftauchen einer neuen „wissenschaftlichen Religion“, der Neurobiologie. Plötzlich taucht an allen Ecken und Enden neurobiologisches Wissen auf, um psychotherapeutische Annahmen, systemisches Denken, Empathie usw. biologisch zu erklären. Dabei fällt vor allem der unkritische Umgang mit Ergebnissen aus der neurobiologischen

Forschung auf. Die Theorien und Annahmen aus der Neurobiologie werden leichtfertig ohne Prüfung übernommen. Da scheint ein starkes Bedürfnis nach Rechtfertigung eigener Annahmen im Spiel zu sein. Fast scheint es, als ob ein neuer „Biologismus“ durch die Hintertür eingeführt werden soll.

Jede Theorie ist gewissermaßen eine Konstruktion und extrem formuliert auch eine Art Selbsttäuschung oder Selbstbetrug, ein notwendiger Betrug, um bestimmte Annahmen machen zu können. Dabei sollte aus einer wissenschaftlichen Herangehensweise eine Theorie so gebaut sein, dass sie durch Erfahrung verändert oder korrigiert werden kann. Bei vielen neurobiologischen Annahmen können wir diese Möglichkeit noch nicht entdecken.

Man ist fast erinnert an die Rezeption der Freud'schen Theorien in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Wie von Ritsch (1991) beschrieben, waren die neuen Annahmen von Freud damals so reizvoll, dass man sie vorerst total abgelehnt, dann aber meist doch alle sehr unkritisch übernommen hatte. Ludwig Wittgenstein (1984) hat dazu treffend bemerkt: „Freud hat uns durch seine phantastischen Pseudo-Erklärungen, gerade weil sie geistreich sind, einen schlimmen Dienst erwiesen. Jeder Esel hat diese Bilder nun zur Hand, mit ihrer Hilfe Krankheitserscheinungen zu ‚erklären‘.“ Dabei möchten wir gar nicht die grundlegenden Errungenschaften der Freud'schen Theorien in Frage stellen. Viele seiner „reizvollen“, aber mittlerweile überkommenen Annahmen jedoch spuken noch immer in den Köpfen nicht nur analytischer TherapeutInnen herum.

Und ähnlich scheint jetzt die Rezeption neurobiologischer Theorien zu funktionieren. Aber welchen Preis müssen wir möglicherweise dafür zahlen? Geben wir nicht viel von den Errungenschaften jahrelanger psychotherapeutischer Arbeit und Erkenntnis auf? Werden dadurch nicht zentrale systemische Annahmen über Störungsdynamiken, die Möglichkeit der Veränderung von Beziehungsdynamiken im familiären Bereich oder anderen relevanten Systemen relativiert? Nehmen wir da nicht auch viel zurück, von dem was uns als eine sichere Grundlage in der psychotherapeutischen Praxis bisher hilfreich war? Derzeit scheint die Neurobiologie die wesentlichen Annahmen wie die zentrale Funktion von Empathie, aber auch ethische Grundhaltungen der Achtsamkeit und des gegenseitigen Res-

Eine Theorie sollte so gebaut sein, dass sie durch Erfahrung verändert oder korrigiert werden kann

pekts zu unterstützen. Wären diese Theorien aber nicht genauso verwendbar für Annahmen, die unseren Grundhaltungen und moralischem Denken konträr wären?

Konsequent systemisch, streng methodisch nah am therapeutischen Geschehen

Uns erscheint hingegen jenes Wissen wesentlich sicherer und sinnvoller, das aus der direkten therapeutischen Tätigkeit und der Lösung von Problemen gewonnen werden kann: konsequent systemisch, streng methodisch nah am therapeutischen Geschehen.

Systemische Therapie und Psychiatrie – die Frage der Anschlussfähigkeit

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 allen klinischen Fachwissens wie zur Blütezeit der „Kybernetik 2“ war für die Integration wenig förderlich, sondern verschärfte eher die Isolation Systemischer TherapeutInnen im Gesundheitswesen. Wir waren und sind damit kaum anschlussfähig. In seiner Leitunterscheidung zwischen Systemischer Therapie und Gesundheitswesen spricht sich auch Lieb (2015) für eine Ankoppelung aus und weist auf die Notwendigkeit von systemischen Konzepten für Krankheit, Störungen, Symptome im Allgemeinen, aber auch für spezifische Störungsbilder hin.

Unsere Befürchtung ist, dass wir uns mit so mancher extremen, erkenntnistheoretischen Position die Chance auf wechselseitige Anerkennung und ein Voneinander-Lernen erschwert haben. Hans Lieb (2011, 2014, 2015) sieht diese Chance auch, wenn er vom „Wirkfaktor Kontextsensibilität“ schreibt. Wir haben als SystemikerInnen einen „fast angeborenen“ Blick auf Kontextfaktoren. Das kann helfen mit einem kritischen Blick auf jene Umweltfaktoren im Gesundheitssystem zu achten, die wir oft allzu schnell übernehmen, jene Konstrukte, Erwartungen aus der Welt des Gesundheitssystems, die in das aktuelle Geschehen in der Therapie hineinspielen – in die Köpfe der

TherapeutInnen, in die Beziehung zu KlientInnen, oder Einfluss nehmen auf das Ergebnis der Therapie (Lieb 2011, 2015).

Diese Einschätzung belegen auch Beobachtungen aus dem englischen Sprachraum. Dort hat die kritische Auseinandersetzung mit der „Kybernetik 2“ bereits vor vielen Jahren stattgefunden. *Family Process* zum Beispiel widmet sich seit Langem wieder mehr der Weiterentwicklung und auch Beforschung störungsspezifischen Wissens und klinischer Erklärungsmodelle sowie der Implikation dessen 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. Wir wollen 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 (Ausnahmen gibt es auch in Österreich) heute nicht mehr wegzudenken. Immer wieder werden auch in der Erwachsenenpsychiatrie ganze Programme, Stationen, sogar Kliniken – Psychiatrische Rehabilitations- ebenso wie Akutkliniken – von SystemikerInnen mitgestaltet und „umgebaut“. Die systemische Wühlmaus, wie Harry Merl (1997), der früher eine systemische Station auf der Erwachsenenpsychiatrie in Linz leitete, unsere Einflussnahme im System Psychiatrie einmal nannte, ist aktiv. Natürlich wird sie dort besonders erfolgreich sein, wo ihr von der Leitung Wohlwollen und Platz zuerkannt wird. Aber Hans Liebs Hoffnung (Lieb 2015) und die Beobachtungen von Jochen Schweitzers Forschungsgruppe (Haun et al. 2012), dass sich Teile des Gesundheitssystems durch die Begegnung mit Systemischer Therapie verändern, können wir aus österreichischen Beobachtungen bestätigen.

Erst vor wenigen Monaten haben wir das Konzept für die systemische Neuausrichtung eines der größten psychiatrischen Krankenhäuser Österreichs und der angeschlossenen Rehabilitations-Klinik erhalten. Für solche Projekte müssen wir uns aber anschlussfähig machen und uns von ein paar radikalen Metapositionen distanzieren. Das Entweder-oder, das sich auf erkenntnistheoretischer Ebene in einigen Punkten aufzeigt, verhindert so ein gutes Sowohl-als-auch auf Ebene klinischer

Radikale Ablehnung allen klinischen Fachwissens, verschärfte die Isolation systemischer TherapeutInnen im Gesundheitswesen

Erklärungsmodelle und im therapeutischen Tun. Wenn wir uns erinnern, dass „Nichtwissen“ eben eine Haltung ist und kein kognitiver Zustand, wenn wir Verantwortung übernehmen für unsere gesammelten Erfahrungen und unseren Teil der Expertise, dann müssen wir die, TherapeutInnen im Gesundheitswesen oft zugeschriebene, ExpertInnen-Macht (Lieb 2015) nicht dekonstruieren. Das Paradoxon, das Lieb (2014, 2015) beschreibt, löst sich auf, Gleichzeitigkeit und Gleichwertigkeit wird möglich und unsere Haltung, unsere Identität bleibt ungefährdet.

Die Frage, die sich stellt, ist: Haben wir mehr Einfluss, wenn wir mit dabei sind oder wenn wir unsere Kritik von außerhalb des Systems kundtun? Wir glauben, dass sich ein System leichter von innen verändern lässt. Beobachtungen in der österreichischen Psychiatrie bestätigen diese Vermutung. Nicht anschlussfähig zu sein, heißt auch, nicht einflussfähig zu sein.

Was hat uns gehindert?

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 Ludwig Reiter in einer Diskussion rund um die Arbeiten von Graf (1994) und Zitterbarth (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. Oder in anderen Worten: Der Konstruktivismus ist ein Werkzeug zur Erklärung unseres Erkenntnisprozesses, kein klinisches Erklärungsmodell (siehe Abbildung 1). Lassen Sie uns dieses Werkzeug pflegen und schätzen – aber nicht missbräuchlich verwenden.

Wir haben uns oft gefragt, warum diese metatheoretische Fixierung ein auf den deutschsprachigen Raum begrenztes Phänomen ist? Ist es, weil so viele Gründerfiguren des Konstruktivismus aus dem deutschsprachigen Raum kommen? Ist es, weil Luhmann gerade mal auf Deutsch verständlich ist (und das nicht einfach) und es außer der englischen keine brauchbaren Übersetzungen von ihm gibt? Wir sind zu keinem Schluss gekommen. Aber vielleicht ist es das, was von Sydows Systemisches Lehrbuch von anderen unterscheidet und es so erfri-

Der Konstruktivismus ist ein Werkzeug, kein klinisches Erklärungsmodell

schend anders macht: Sie bekennt sich zu einem „gemäßigten Konstruktivismus, der die Bedeutung ‚richtiger‘ Beobachtung zugunsten einer Orientierung an therapeutisch nützlichen Beschreibungen, die die Gestaltungs- und Entscheidungsräume erweitern“ (von Sydow 2015), relativiert. Damit grenzt sie sich von der „radikalkonstruktivistischen empirie- und diagnosekritischen Haltung vieler deutschsprachiger SystemikerInnen“ ab.

Wo die Hindernisse wirklich lagen, wissen wir nicht, hoffen aber, dass die fortlaufende Diskussion auch diesbezüglich Antworten geben kann. Möglicherweise haben berufspolitische Faktoren dazu beigetragen, so wie es jetzt auch kein Zufall ist, dass die Diskussion rund um die Anerkennung der Systemischen Therapie in Deutschland und die Verhandlungen mit den Krankenkassen die Diskussion wieder anregen. War es eine Trotzreaktion? Wollte man nach der Kränkung bewusst anders sein? 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 können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, dass wir im deutschsprachigen Raum die „Kybernetik 2“ 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, festem Boden systemischer und auch konstruktivistischer Grundwerte.

Literatur

- Borst U (2003) Diagnostik und Wissen in der Psychiatrischen Klinik. Bis wohin nützlich, ab wann hinderlich? *Familiendynamik* 28(2):201-218
- Cecchin G, Lane G, Ray WA (1993) Respektlosigkeit: Eine Überlebensstrategie für Therapeuten. Carl-Auer, Heidelberg
- Dell P (1987) Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie [= systemische studien, Bd. 1]. verlag modernes lernen, Dortmund
- Fisch R, Weakland JH, Segal L (1982) *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. Jossey – Bass, San Francisco, CA [deutsch 1987: Strategien der Veränderung. Klett-Cotta Stuttgart]
- Geyerhofer S (2011) 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. *Systemische Notizen* 01/11: 6-10

- Geyerhofer S, Komori Y (1999) Die Integration poststrukturalistischer Modelle der Familienkurzzeittherapie. In: Watzlawick P, Nardone G (Hrsg) Kurztherapie und Wirklichkeit. Piper, München, S. 237-259
- Geyerhofer S, Komori Y (1999) Die Integration Poststrukturalistischer Modelle in der Kurzzeittherapie. *Systeme* 13(2):130-143
- Geyerhofer S, Komori Y (2004) Integrating Poststructuralist Models of Brief Family Therapy. *European Review of Brief Strategic and Systemic Therapy* 1:46-64
- Geyerhofer S, Komori Y (2005) Integrating Poststructuralist Models of Brief Therapy. *J of Brief Therapy* 4(1,2):103-122
- Geyerhofer S, Unterholzer C (2008) Burnout aus systemischer Sicht: Auf dem Weg zu einem systemischen Verständnis von Burnout und Erschöpfungssyndrom. *Systeme* 22(2):177-200
- Geyerhofer S, Unterholzer C (2009) Systemische Ansätze in der Behandlung von Burnout. Hilfreiche Strategien im Umgang mit dem Burnout Syndrom in Psychotherapie, Supervision und Coaching. *Systeme* 23 (1):5-25
- Geyerhofer S, Unterholzer C (2009) Die Behandlung von Burnout – Individuum und Kontext. *Psychotherapie im Dialog* 10 (3):222-229
- Graf P (1994) Gegen den radikalen Konstruktivismus – für eine kritisch realistische Systemtheorie. *Z f systemische Therapie* 12(1):44-57
- Greve W (1994) Philosophie als Ressource. *Psychologische Rundschau* 45:24-36
- Haley J (1976) *Problem Solving Therapy: New Strategies for effective Family Therapy*. Jossey-Bass, San Francisco
- Haun M, Kordy H, Ochs M, Zwack J, Schweitzer J (2012) Langfristige Wirkungen systemtherapeutisch erweiterter stationärer Psychiatrie im Erleben von PatientInnen, MitarbeiterInnen und externen KooperationspartnerInnen. *Systeme* 26(2):142-169
- Hubble M, Duncan B, Miller S (Hrsg) (2001) *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. verlag modernes lernen, Dortmund
- Institut für Systemische Therapie (1997) *Galilei und die Wühlmaus. Systemische Ansätze in der Psychiatrie*. Krammer, Wien
- Institut für Systemische Therapie (2008) *Ana Ex – Wie die Magersucht siegt und wie sie scheitert (DVD)*. Carl-Auer, Heidelberg
- Institut für Systemische Therapie (2011) *Morton Mies – Wie die Depression siegt und wie sie scheitert (DVD)*. Carl-Auer, Heidelberg
- Institut für Systemische Therapie (2013) *Vreni Shizzo – Wie die Schizophrenie siegt und wie sie scheitert (DVD)*. Carl-Auer, Heidelberg
- Institut für Systemische Therapie (2016) *Ronnie Rocket – Wie das ADHS siegt und wie es scheitert (DVD)*. Carl-Auer, Heidelberg

- Jones E, Asen E (2002) *Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle*. Borgmann, Dortmund
- Kaimer P (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):156-157
- Klein R (2002) *Berauschte Sehnsucht: Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. Carl-Auer, Heidelberg
- Klein R, Schmidt G (2017) *Alkoholabhängigkeit*. Carl-Auer, Heidelberg
- Koritko A (2016) *Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Carl-Auer, Heidelberg
- Lieb H (2011) Kontextsensibilität: Eine aus der Systemtheorie abgeleitete Wirkvariable. In: Schindler H, Loth W, von Schlippe J (Hrsg) (2012) *Systemische Horizonte*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 25-38
- Lieb H (2014) *Störungsspezifische Systemtherapie: Konzepte und Behandlung*. Carl-Auer, Heidelberg
- Lieb H (2015) Was muss eine Systemtherapie im Gesundheitswesen bewältigen, um eine Systemtherapie im Gesundheitswesen zu bleiben? *Systeme* 29(1):5-22
- Merl H (1997) Die systemische Wühlmaus im System Psychiatrie. In: Institut für Systemische Therapie (Hrsg) *Galilei und die Wühlmaus. Systemische Ansätze in der Psychiatrie*. Krammer, Wien, S. 36-52
- Miller S, Duncan B, Hubble M (2000) *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Nardone G (1997) *Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien*. Hans Huber, Bern
- Nardone G (2003) *Systemische Kurztherapie bei Essstörungen: Einführung und Fallstudien*. Hans Huber, Bern
- Nardone G, Portelli C (2005) *Knowing through changing: The Evolution or Brief Strategic Therapy*, Crown House Pub Ltd, Bancyfelin, Carmarthen, Wales
- Nardone G, Verbitz T, Milanese R (2005) *Prison of Food: Research and Treatment of Eating Disorders*. Karnac, London
- Niel-Dolzer E (2008) Erste Überlegungen zum Artikel „Neue Medien und Psychotherapie“ von Helmut de Waal. *Systemische Notizen* 8(2):36-42
- Oestereich C (2012) Vom Gegenwind zum Aufwind – eine Erfolgsstory des systemischen Denkens in unterschiedlichen Handlungsfeldern. In: Molter H, Schindler R, von Schlippe A (Hrsg) *Vom Gegenwind zum Aufwind: Der Aufbruch des systemischen Gedankens*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- Reiter L (1994) Brauchen wir eine (neue) Epistemologiediskussion? *Z f systemische Therapie* 12(3):174-176
- Ritsch M (1991) Freud und Wittgenstein. Eine sprachphilosophische Untersuchung der Psychoanalyse. Diplomarbeit Institut für Psychologie der Universität Innsbruck
- Rotthaus W (2015) Ängste bei Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer, Heidelberg
- Rotthaus W (2017) Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer, Heidelberg
- Ruf GD (2014) Schizophrenien und schizoaffektive Störungen. Carl-Auer, Heidelberg
- Ruf GD (2015) Depression und Dysthymia. Carl-Auer, Heidelberg
- Ruf GD (2017) Bipolare Störungen. Carl-Auer, Heidelberg
- Sanders MJ (1996) Eating Disorders in Adolescence. In: Steiner H (Hrsg) *Treating Adolescents*. Jossey-Bass, San Francisco, S. 223-261.
- Schumacher B (2008) Systemische Angsttherapie – in einer Sitzung. Teil 1. *Familiendynamik* 33(1):16-33
- Schumacher B (2008) Systemische Angsttherapie – in einer Sitzung. Teil 2. *Familiendynamik* 33(2):177-193
- Schweitzer J, von Schlippe A (2006) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung 2: Das störungsspezifische Wissen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schweitzer J, Hunger C, Hilzinger R (2017) *Angst*. Carl-Auer, Heidelberg
- Seligman M (1979) *Erlernte Hilflosigkeit*. Urban & Schwarzenberg, München
- Simon FB (1990) *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*. Carl-Auer, Heidelberg
- Simon FB (2012) Die andere Seite der „Gesundheit“. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer, Heidelberg
- Spitzcok von Brisinski I (1999) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Z f Systemische Therapie* 17(1):43-51
- Sydow K v (2015) *Systemische Therapie*. Aus der Reihe: Wege der Psychotherapie. Ernst Reinhardt, München
- Thoma C (2009) *Angsten und Ent-Angsten: Systemische Kurztherapie bei Angstdynamiken*. ISKAM-Independentverlag, Amstetten
- Tomm K (2001) *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*. Carl-Auer, Heidelberg
- Wagner E, Henz K, Kilian H (2016) *Persönlichkeitsstörungen*. Carl-Auer, Heidelberg
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD (1969) *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Hans Huber, Bern

- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York, Norton [Deutsch 1992: *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Hans Huber, Bern]
- Weakland JH (1995) Konversation – aber von welcher Art? *Systeme* 9(2): 6-15 [Original: 1993. *Conversation – But what kind?* In: Gilligan S, Price R (Hrsg) *Therapeutic Conversation*. Norton, New York, S. 136-145
- Weakland JH, Fisch R, Watzlawick P, Bodin AM (1974) *Brief Therapy: Focused Problem Resolution*. *Family Process* 13(2):141-168
- White M (1988) The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. *Dulwich Centre Newsletter, Summer (special edition)*: 3-21
- White M (2007) *Maps of narrative practice*. WW Norton, New York [deutsch 2010: *Landkarten der narrativen Therapie*. Carl-Auer, Heidelberg]
- White M, Epston D (2002) *Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie*. Carl-Auer, Heidelberg
- Wittezaele JJ, Nardone G (2016) *Une logique des troubles mentaux*. Editions du Seuil, Paris
- Wittgenstein L (1984) *Über Gewißheit*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Zitterbarth W (1994) Unfrisierte Gedanken zu Grafts Kostruktivismuskritik. *Z f Systemische Therapie* 12:57-60

Mag. Stefan Geyerhofer
 Institut für Systemische Therapie
 Am Heumarkt 9/2/22
 1030 Wien
 e-mail: geyerhofer@geyerhofer.com
www.geyerhofer.com | www.ist.or.at

Mag. Martin Ritsch
 Systemische Praxis
 Claudiastraße 14/2
 6020 Innsbruck
 e-mail: ritsch@systemische-praxis.at
www.systemische-praxis.at

Dr. Christoph Thoma
 ISKAM
 Preinsbacherstraße 94
 3300 Amstetten
 e-mail: office@iskam.at
www.iskam.at