

REALITÄT UND KONSTRUKTION IN PSYCHOTHERAPIE: SINN UND UNSINN DIESER UNTERSCHIEDUNG ¹

KURT LUDEWIG, MÜNSTER, WESTFALEN

EINFÜHRUNG

Die systemische Therapie kann als eine Weiterentwicklung aus den Familientherapien der 1960er und 1970er Jahre betrachtet werden. Als eigenständigen Ansatz der Psychotherapie entsteht sie zu Beginn der 1980er Jahre. Ihr unmittelbarer Vorläufer war die systemische Familientherapie aus Mailand. Die Initialzündung gab, so wie ich es rekonstruieren kann, Paul Dell im Jahr 1981 in Zürich (vgl. Dell 1982, 1982a). Während der damaligen mittlerweile legendären Tagung des Zürcher Instituts für Ehe und Familie erschütterte Paul Dell mit seinem Vortrag die Welt der Familientherapie, in dem er einen Großteil ihrer konzeptionellen Grundpfeiler - Information, Familienregel, Homöostase - gründlich demolierte. Theoretisch gestützt auf die Erkenntnisse zeitgenössischer Biologen und anderer Naturwissenschaftler wie Humberto Maturana, Francisco Varela, Ilya Prigogine und Heinz von Foerster löste Paul Dell eine Revolution im Bereich der Psychotherapie. Nicht nur die Familientherapie, sondern die gesamte Psychotherapie wurde auf der Basis eines konstruktivistischen Verständnisses von Realität, Systemen und Menschen in eine neue Dimension des Denkens verlegt. Diese neuen Ideen harmonisierten zwar mit den vorangegangenen von Paul Watzlawick und Mara Selvini Palazzoli, sie setzten sie aber in einen breiteren theoretischen Kontext um. In der Tat hatte eine neue Ära der Psychotherapie begonnen.

Nicht lange nach Dells Vortrag in Zürich veröffentlichte im Jahr 1982 die nordamerikanische Fachzeitschrift *Family Process* Aufsätze von Paul Dell, Bradford Keeney und Steve de Shazer. Obwohl diese Beiträge sich untereinander etwas unterschieden, zumal sie unterschiedliche Positionen beinhalteten, deuten sie alle auf einen theoretischen Wandel in Richtung auf Konstruktivismus (oder Radikalen Konstruktivismus) hin. Diese Ideen fanden zunächst unter Familientherapeuten nur

¹ Erweiterte Version eines subplenaren Vortrags am IV. EFTA-Kongress vom 26.-30. Juni 2001 in Budapest. Weitere verarbeitete Versionen sind erschienen in:

- Realtà e costruzione in psicoterapie: senso e non senso di questa distinzione. In: Webpage Lundbeck Italia/Congressi (EFTA 2001)

- Réalité et construction: sens et non-sens de cette distinction. In: *Generations* 25: 25-28, 2002.

- Reality and Construction in Psychotherapy: Sense and Nonsense of this Distinction. In: *Human Systems* 14: 69-82, 2003.

- Realidad y construcción en psicoterapia: Sentido y sinsentido de esta distinción. *Mosaico* 43: 56-65, 2009.

teilweise Akzeptanz. Hinter den Kulissen war zu erfahren, dass viele Leser von Family Process ihren Ärger durch Briefe an den Herausgeber geäußert hatten oder ihr Abonnement ganz und gar abbestellten. Bekannte Familientherapeuten wie Bebe Speed, Jay Haley und auch Mara Selvini reagierten darauf ziemlich kritisch. Es war offensichtlich, dass eine "Veränderung" stattgefunden und so auch eine ernsthafte Krise im Feld ausgelöst hatte.

Rund 20 Jahre nach ihrer Einführung ist es nun an der Zeit, das Spezifische an diesem neuen Ansatz zu überprüfen und neu zu bewerten, also seine theoretischen Grundlagen und seine praktische Umsetzung. Es ist an der Zeit, Bilanz zu ziehen und die Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Das dürfte zu entscheiden helfen, was davon wert ist zu behalten und was eher zu verwerfen ist. Da ich persönlich das Glück hatte, gleich zu Anfang an der "systemischen Bewegung" beteiligt zu sein und im deutschsprachigen Bereich zu ihrer Fortentwicklung beizutragen (vgl. Ludewig 1992, 2002) fühle ich mich berechtigt, eine kritische Bestandaufnahme dieser Entwicklungen vorzunehmen. Zu diesem Zweck fokussiere ich in diesen kurzen Aufsatz auf einige der zentralen Aspekte systemischer Therapie und beurteile ihre Bedeutung im Sinne einer Kosten-Nutzen Analyse (Evaluation).

Zuvor möchte ich, um Missverständnissen vorzubeugen, meinen theoretischen Standpunkt gleich zu Anfang verdeutlichen: Ich verstehe unter *systemischer Therapie* die Verwendung systemischen Denkens als Denkraum für das Verstehen dieser Praxis und wiederum *systemisches Denken* als eine umfassende Denkweise über den Menschen, die sich epistemologisch auf den zeitgenössischen Konstruktivismus und ontologisch auf die Systemtheorien bezieht.

REALITÄT UND KONSTRUKTION: WIDERSPRÜCHLICHE KONZEPTE?

Im Hinblick auf Psychotherapie behaupte ich, dass beides - Realität und Konstruktion - nützliche und nicht widersprüchliche Konzepte sind. Allgemein gesagt, beziehe ich „Konstruktion“ auf den Bereich des Wissens und „Realität“ auf das Feld der Praxis. Theoretisch folge ich hier der Aussage Humberto Maturanas, dass „*Alles Gesagte von einem Beobachter gesagt wird*“. Diese allgemeine ontologische Aussage weist darauf hin, dass alles, womit wir es zu tun haben, unsere Konstruktionen als Beobachter (in-Sprache) sind. Es gäbe darüber hinaus gehende keine Alternative, ein objektives bzw. universell gültiges Wissen zu erlangen, welches über die Möglichkeiten menschlicher Kognition hinausreicht. Auf der anderen Seite macht es von einem pragmatischen Standpunkt Sinn zu behaupten, dass *Realitäten* für alle praktischen Belange existieren. Dieses Argument gilt, egal ob es sogenannte "harte Realitäten" oder "Beziehungsrealitäten" betrifft, das heißt, ob es sich auf Objekte, Formen oder Diskurse bezieht. Theorie und Praxis unterschiedlichen Existenzbereichen (oder Phänomenbereichen) zuzuweisen, berücksichtigt die Tatsache aus, dass Theoretiker und Praktiker unterschiedliche Diskurs erzeugen. Diese können auch dann, wenn sie sich widersprechen, in

ihrem jeweils relevanten Phänomenbereich durchaus valide sein. Während sowohl Praktiker als auch Theoretiker ihre Handlungen und Empfindungen konsistent als real “erleben”, kann die rationale Reflektion darüber nichts anderes als “Konstruktionen” erbringen. Verschiedene Existenzbereiche zu unterscheiden, folgt dem, was Humberto Maturana unter Einhaltung einer klaren „*logischen Buchhaltung*“ beschreibt. Damit sollte jene Absurditäten beendet oder mindestens begrenzt werden, die entstand, als einige Autoren und Therapeuten Konstruktivismus als eine allgemeine Erlaubnis zur beliebigen Erzeugung von Realitäten missverstanden haben. Ein solche Einschätzung kann ja nur von einem grundlichen Fehlverständnis herrühren, zumal systemisches Denken niemals zu einem Driften ins Niemandsland der Beliebigkeit und Willkür ermutigt hat.

Was ist Realität? Zunächst kann behauptet werden, dass *real das ist, was reale Auswirkungen hat*. Systemisches Denken distanziert sich vom objektivistischen Postulat, dass die Existenz von Realität unabhängig von den kognitiven Handlungen von Beobachtern nachzuweisen sei. Systemisches Denken behauptet hingegen unter Fokussierung auf den Beobachter, dass alles “relevant” Existierende auf die kognitiven Fähigkeiten von Menschen zurückgeht. Begründet in Erkenntnissen der biologischen Kognitionswissenschaft stützt diese Behauptung die uralte epistemologische Schlussfolgerung, dass alles Erkennen letztlich Konstruktion sei. Dies könnte aufgefasst werden, als würde der individuellen Kognition und so auch der Subjektivität ein starkes Gewicht beigemessen werden. Das ist jedoch nicht so, denn ein moderner Konstruktivismus impliziert keineswegs, dass Realitäten nur subjektiv oder willkürlich entstünden. Ganz im Gegenteil! Realitäten entstammen der spezifischen Operationalität strukturell gekoppelter Nervensysteme oder, anders gesagt, der aufeinander eingestellten Operationalität kommunizierender Beobachter. Menschliches Beobachten kann nur solche Realitäten hervorbringen, zu denen die strukturell determinierte menschliche Kognition fähig ist. Dennoch sind solche durch Beobachten (in-Sprache) hervorgebrachte Realitäten für alle praktischen Belange verbindlich und unausweichlich; und sie bleiben so, bis sie durch andere noch besser passende oder noch nützlichere ersetzt werden. So gesehen, ist alles, was wir Menschen als real wahrnehmen oder nur für real halten, zugleich real und konstruiert. Alles intersubjektiv Konsensualisierte ist auf der pragmatischen Ebene der Betrachtung real und zugleich auf der Ebene der Reflektion eine Konstruktion.

Wie real ist real? Vom systemischen Denken lernen wird, dass die Qualität einer Realität keine inhärente Charakteristik derselben ist, sondern das Ergebnis eines Evaluationsdiskurses oder das Ergebnis einer Attribution von Beobachtern, die ähnliche Validitätskriterien verwenden. Das Objektivitätskriterium, welches eine Übereinstimmung zwischen Wahrnehmung und Objekt verlangt, ist schon deshalb nicht erfüllbar, weil das Objekt nur über Kognition zugänglich ist. Deshalb sollte das Objektivitätsgebot durch ein passenderes Kriterium ersetzt werden, welches sowohl die Handlungen als auch die Motive der Beobachter einbezieht. Zu diesem Zweck hat Ernst

von Glasersfeld das Kriterium der "Viabilität" vorgeschlagen. Danach sind Handlungen und Begriffe dann gültig, wenn sie zu den Zwecken, wofür die verwendet werden, passend sind. Persönlich ziehe ich es vor, jenen kommunikativen Vorgang, der die in Frage stehenden Beschreibungen erbringt, in den Vordergrund zu stellen. Hierfür bietet sich das Konzept der "*kommunikativen Brauchbarkeit*" an. Danach ist eine Erkenntnis dann brauchbar, wenn sie verschiedenen Beobachtern ermöglicht, zu vergleichbaren Ergebnissen zu gelangen.

Evaluation. Systemisches Denken verzichtet auf Objektivität und befreit dadurch den wissenschaftlichen Diskurs von metaphysischen Annahmen über eine unerreichbare Realität. Neben dem angestrebten Effekt, früheren Fehldeutungen entgegenzuwirken sagt dieses Denken nichts über eine "an-sich-Realität", die über die Möglichkeiten des Beobachtens hinausginge, aus. Systemisches Denken widersteht der Versuchung, die Existenz einer über die menschliche Kognition hinausgehende Realität zu bestätigen oder zu negieren. Systemisches Denken schließt sich vielmehr der bescheidenen Einschätzung an, dass alles, was wir über die Welt sagen können, auf solche Welten begrenzt ist, die wir durch den Prozess des Lebens konstituieren.

In der Psychotherapie erlaubte die Übernahme der konstruktivistischen Erkenntnistheorie die Entstehung eines neuen Verfahrens - der systemischen Therapie. Dieser Ansatz ermöglicht, Theorie und Praxis der Psychotherapie weitgehend frei von Objektivismen und anderen logischen Fehldeutungen zu vertreten. Insofern erweist sich als einen der wichtigsten Vorteile, die systemisches Denken der Psychotherapie eingebracht hat, die Befreiung von inadäquaten Postulaten. Dieser Vorteil zeigt sich deutlich in der Wahl der Methodologie, aber auch im Bereich der empirischen Prozess- und Outcome-Forschung. Die Outcome-Forschung in der Psychotherapie war bisher traditionell an das Konzept der Kausalität gebunden. Unterschiede zwischen Prä-/Post-Messungen unter kontrollierten Bedingungen durch gut operationalisierte Maßnahmen werden unter der als Beleg für kausale Veränderungen gedeutet. Solche Prozeduren gelten gegenwärtig als anerkannten wissenschaftlichen Standard. Das aber beinhaltet eine enorme Herausforderung für den systemischen Ansatz: Will er wissenschaftliche Anerkennung erlangen, muss er sich unter gültigen Bedingungen als empirisch nützlich erweisen, will er aber konsistent systemisch bleiben, sollte er weder auf ein fragwürdiges Konzept von linealen Kausalität noch auf übliche Mythen und übermäßig vereinfachte Klassifikationen geistiger Prozesse zurückgreifen. Eine Forschungsstrategie ist also notwendig, welche die augenscheinliche praxisbezogene Evidenz systemischer Praxis in solide evidenzbasierte Ergebnisse übersetzt. Eine Möglichkeit, dieses Dilemma aufzulösen, wäre zum Beispiel die Verwendung neuartiger mathematischer Methoden, wie sie in der Chaostheorie und der Synergetik erarbeitet wurden. Guenter Schiepek (vgl. z.B. 1999) führt seit Jahren ein solches Projekt in Deutschland mit zum Optimismus verleitenden Ergebnissen durch.

REALITÄT UND PSYCHOTHERAPIE

Für Klienten und Therapeuten als Beteiligte an einem therapeutischen Prozess hat die Frage, ob es eine vom Beobachter unabhängige Realität gibt oder nicht, wenig oder keine Relevanz. Leiden führt Menschen zum Aufsuchen einer Psychotherapie und, da Leiden eine schmerzhaft erlebte Emotion ist, kann es dabei kaum einen Grund geben, die Realität oder Konstruktivität dieser Motive zu diskutieren. Vom Standpunkt des reflektierenden Therapeuten oder Theoretikers aber erweist sich die für den Klienten unmittelbare Evidenz dieser Realität als diskutabel. Der Diskurs darüber kann zu unterschiedlichen Interpretationen und Beurteilungen führen. Diese Disharmonie zwischen Klienten und Therapeuten bezüglich ihrer jeweiligen Einschätzungen kann sich im Hinblick auf die Entstehung einer fruchtbaren therapeutischen Beziehung als durchaus hilfreich erweisen. Therapeuten hingegen, die sich zu eng mit dem Klienten verbinden, dürften weniger hilfreich sein. Denn Therapeut und Klient verblieben in Folge gleicher Konstruktionen mit gleichen Empfindungen. Eine solche Situation könnte die geringen "Freiheitsgrade", die der Therapeut im Vergleich mit seinem Klienten auf Grund seiner kognitiver Naivität und emotionaler Distanz zum präsentierten Problem hat, leicht verwischen. Diese eigentümliche Dynamik, dass Distanz nützlicher als Nähe sein kann, widerspricht gewissermaßen den üblichen Erwartungen. Sie scheint aber von den in der Psychotherapie vorkommenden Prozessen affektiver Regulation herzurühren. Unter präziser Beobachtung der Mimiken von Klienten und Therapeuten während einer therapeutischen Sitzung belegen einige neuere Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung, dass je nach Problem und speziellen Eigenschaften der Klienten eine kontinuierliche emotionale Reziprozität zwischen Therapeut und Klient ein gutes Ergebnis verhindern kann (vgl. Merten 2001). Eine gegenseitige Bestätigung bzw. Parallelität der Empfindungen macht hingegen Sinn, wenn statt Veränderung Tröstung oder Mitgefühl angestrebt wird. Im Fall von Therapie findet sich der Therapeut / die Therapeutin in der paradoxen Lage wieder, das Verständnis des Klienten über sich selbst zugleich anzunehmen und abzulehnen und dabei ebenfalls dem Klienten zugleich empathisch nahe und emotional distanziert sein zu müssen. Wege zu finden, um sinnvoll mit diesen Widersprüchen umzugehen, ist eines der wesentlichen Anliegen der klinischen Theorie.

EINE KLINISCHE THEORIE DER SYSTEMISCHEN THERAPIE

Der Gegenstand einer systemisch begründeten klinischen Theorie kann als eine Abfolge verschiedener sozialer Systeme mit unterscheidbaren Kommunikationen betrachtet werden (vgl. Ludewig 1992). Dieser Vorschlag macht sich die zeitgenössische Systemtheorie zu Nutze, die vom deutschen Soziologen Niklas Luhmann vorgelegt wurde (vgl. z.B. Luhmann 1984, 1997). Dabei sind es nicht Menschen die Komponenten eines sozialen Systems, sondern kommunikative Einheiten (Kommunikationen). Wie es im nächsten Kapitel ausführlicher erklärt wird, diese Umdefinition der Zusammensetzung sozialer Systeme erweiterte enorm die Perspektive. Es konnte verzichtet werden, Familien und andere sozialen Systemen als von "ganzen Personen" oder aus anderen als

dem sozialen Phänomenbereich stammenden Einheiten zusammengesetzt zu betrachten, Kommunikationen und nicht Personen als Komponenten eines sozialen Systems zu betrachten, ermöglicht es, die in einer therapeutischen Situation involvierten Prozesse - Problem, Diagnostik, Intervention, Evaluation - als eine temporäre Sequenz von unterscheidbaren sozialen Systemen und nicht als Prozess einer strukturellen Einheit wie zum Beispiel einer Person oder eines sozialen Systems aufzufassen.

Demzufolge stellen die Antworten auf die Fragen nach den Gründen und Geschehnissen, die eine therapeutische Maßnahme notwendig machten, ein Hauptziel der klinischen Theorie dar. Von einem systemischen Standpunkt könnte diese Frage durch die Beschreibung einer Abfolge von mindestens vier Typen von sozialen Systemen beantwortet werden, die im Verlauf einer Therapie aufeinander aufbauen, ohne ihre Eigenheit zu verlieren. Diese sind: 1) ein Problemsystem, 2) ein Hilfe suchendes System, 3) ein unspezifisches Hilfesystem und 4) ein spezifisches Hilfesystem, z.B. ein Therapie-System.

INDIVIDUELLE UND INTERAKTIONELLE PROBLEME

Um eine systemische klinische Theorie zu formulieren, muss zuerst jene besondere Situation identifiziert werden, die Menschen zum Aufsuchen einer Therapie motivieren. Solche Situationen werden traditionell als "Probleme" bezeichnet². Die Familientherapie als Vorgängerin der systemischen Therapie hielt sich an die Tradition und begnügte sich damit, Probleme als strukturelle Konflikte oder Defizite, als dysfunktionelle Muster oder kommunikative Störungen eines sozialen Systems, meistens eine Familie, zu definieren. Harry Goolishian, einer der innovativsten Pioniere der systemischen Therapie, formulierte in der Mitte der 1980er Jahre ein neues genuin systemisches Konzept: das Konzept des *problem-determined-system* (vgl. Anderson, Goolishian et al. 1986). Dabei tat er im Grunde nicht viel mehr, als das traditionelle Konzept auf den Kopf zu stellen und zu behaupten, dass nicht soziale Systeme Probleme erzeugen, sondern dass Probleme soziale Systeme erzeugen.

Diese Idee hatte mit Blick auf die klinische Theorie eine revolutionäre Wirkung. Zu Ende gedacht, bot sich dieses Konzept an, um damit die traditionellen Auffassungen von Psychopathologie ganz und gar zu ersetzen. Es konnte über klinisch relevante Probleme gedacht werden, ohne sich an eine von der Medizin und den Naturwissenschaften metaphorisch abgeleitete Semantik anzulehnen, zumal diese zur Verwendung unangebrachter Konzepte wie geistige Krankheit und psychische Störung verführen. Goolishians Konzept fokussiert auf Kommunikation und soziale Systeme. Angereichert

² Dieser Begriff ist irreführend, denn er verleitet zu der Annahme, dass Probleme - ein eigentlich mathematischer Begriff - in der Regel ihre Lösung implizieren. Menschliche "Probleme" stellen hingegen Themen von Kommunikation oder Bewusstsein dar und sind daher nicht lösbar, sondern allenfalls (auf)lösbar. Dennoch halte ich mich hier an diesen Begriff, zumal er bereits eingeführt und überall verwendet wird.

mit einem wachsenden Interesse für die in jeder Therapie unausweichlich aufkommenden emotionalen Prozesse half das Konzept Goolishians, der systemischen Therapie eine präzisere theoretische Begründung zu geben. Darüber hinaus trug es dazu bei, die systemische Therapie in einem im Vergleich mit früheren Ansätzen erweiterten Rahmen deutlicher zu positionieren, nämlich im Bereich der sozialen Phänomenologie, die ihre Wurzeln zwar in der Biologie und der Psychologie hat, dennoch aber über eigene Charakteristiken verfügt (*bio-psycho-sozialer Ansatz*).

Im Sinne dieses neuartigen Konzepts können die klinische relevanten menschlichen Probleme als Folge eines missglückten Versuchs betrachtet werden, eine Irritation (Perturbation, Verstörung, Störung), die alarmierend genug ist, um Leiden auszulösen, zu bewältigen. Diese Irritation überfordert - als Stress - die Bewältigungsmöglichkeiten eines Systems. Es kann weder adäquat reagieren noch sich zurückziehen. In der Folge kann ein persönliches "Problem" entstehen, welches je nach Wirkungsgrad als individuelles "*Lebensproblem*" verbleibt oder zu einem kommunikativen "*Problemsystem*"³ wird. Ein charakterisierendes Merkmal menschlicher Probleme, ob als Lebensproblem oder Problemsystem, ist ihre Stabilität in der Zeit. Probleme müssen, um fortbestehen zu können, andauernd reproduziert werden. Das gilt ganz egal, ob es sich um einen inneren Monolog oder um ein ritualisiertes kommunikatives Muster handelt, denn sie bestehen aus einer nicht endenden Wiederholung desselben (*more-of-the-same*). Alternative Gedanken und/oder Kommunikationen, die den Horizont eventuell erweitern und so vom Problem ablenken oder es ganz und gar ersetzen könnten, haben kaum eine Chance, sich durchzusetzen. Die das Problem unterhaltenden Gedanken bzw. Kommunikationen reduzieren sich nach und nach zu einem Muster der sich permanent selbst reproduzierenden Wiederholungen. Die beteiligten Personen können sich dieser Stagnation bewusst sein, können sich aber wiederum darauf verlassen, dass es mindestens nicht schlimmer wird.

Nach rund zehn Jahren der Arbeit mit dem neuen Konzept des Problemsystems begann insbesondere der systemische Therapeut Tom Levold (vgl. z.B. Levold 1997) unter Rückgriff auf Ergebnisse aus der aktuellen Säuglingsforschung (vgl. Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery 1999) die universelle Angemessenheit des Konzepts zu hinterfragen. Levold schlug vor, zwischen den kommunikativen und emotionalen Aspekten von Problemen zu unterscheiden. Er beklagte den Umstand, dass das subjektive Erleben und alle daran beteiligten emotionalen Aspekte kaum in der vorherrschenden klinischen Theorie berücksichtigt würden. Im Unterschied dazu plädierte er dafür, die entsprechenden Konzepte durch solche zu ergänzen, die das subjektive Erleben einbeziehen, ohne aber den kommunikativen Aspekt außer Acht zu lassen. Mein Konzept des *Lebensproblems* (vgl. Ludewig 1998) schien diese Forderung zu erfüllen,

³ Den deutschen Begriff *Problemsystem* führte ich als allgemeinere Bezeichnung nach Erweiterung des Goolishian'schen Konzepts des *problem-determined systems* mit kommunikativen und emotionalen Aspekten ein (vgl. Ludewig 1988a, 1992).

zumal es die Tatsache berücksichtigt, dass die emotionalen Dispositionen einen entscheidenden Einfluss auf alle Prozesse des menschlichen Lebens haben (vgl. Ciompi 1997). Das Verhältnis von Lebensproblem und Problemsystem liegt im Kern der klinischen Reflektion und beinhaltet daher eine zentrale Leitdifferenz für die klinische Theorie. Mit dieser Unterscheidung vor Augen, können individuelle und interaktionelle Probleme jeweils als Einheiten betrachtet werden, die sich rekursiv verflechten, ohne aber ihre operationale und strukturelle Unabhängigkeit aufzugeben; sie können also als strukturell gekoppelte Systeme verstanden werden.

Evaluation. Die Ergänzung von interaktionellen mit individuellen Problemen öffnete das systemische Feld für die Diskussion und Kooperation mit anderen Ansätzen der Psychotherapie. Im Bereich der systemischen Therapie stellt die wechselseitige Beeinflussung von Lebensproblemen und Problemsystemen einen zentralen Aspekt der klinischen Reflektion dar.

DIE AUFGABEN DES THERAPEUTEN

Eine Methodologie der Psychotherapie muss sich auf Handlungen beziehen, die geeignet sind, den Dynamiken, die das präsentierte Problem aufrecht erhalten, entgegenzuwirken. Im Bereich der systemischen Therapie ist dieses Ziel aus verschiedenen Perspektiven, angegangen worden, die sich von einer direkten Orientierung am Problem bis hin zu einer ausschließlichen Lösungsorientierung erstrecken. Im Einklang mit den hier vertretenen Grundannahmen wird dieses Ziel durch eine Kombination kommunikationstheoretischen Aspekten nach Luhmann mit neueren emotionstheoretischen Entwicklungen (vgl. z.B. Stern 1985, Maturana 1988, Ciompi 1997) angestrebt. Diese Kombination enthält die notwendigen Elemente, um therapeutische Veränderung als Auflösung von Lebensproblemen und/oder Problemsystemen aufzufassen.

Lebensproblem und Problemsysteme als repetitive Denk- und Verhaltensmuster erhalten einen sogar unangenehm empfundenen *status quo* aufrecht, weil keine Möglichkeit gesehen wird, die Folgen einer Veränderung präzise vorauszusagen. Es ist unklar, ob ein nächster Schritt erleichternd wirken oder sogar eine Verschlechterung der Situation mit gesteigertem Leiden auslösen wird. Unter diesen Bedingungen erscheint **keine** Veränderung als das einzige, was Sicherheit bietet. Unter solchen Umständen verbleibt man lieber in der andauernden Wiederholung eines repetitiven Musters verfangen. Deshalb erweist sich eine Unterbrechung des Wiederholungsmusters als unerlässlich, um die erhoffte Veränderung zu ermöglichen. Das wäre ein Leichtes, wenn die Beteiligten sich nicht aus Angst vor einer Verschlimmerung davon abhielten. Der Therapeut ist daher aufgefordert, dem Klienten ermutigende, Sicherheit bietende Randbedingungen zu schaffen, die ihm erlauben, Risiken einzugehen und ungewisse Handlungen zu probieren, statt mit Wiederholungen fortzufahren. Der Therapeut muss hierfür gewissermaßen eine "artistische Balance" einhalten zwischen einerseits einer

empathischen Wertschätzung des Klienten und seiner Berechtigung, so zu sein, wie er ist, **und** andererseits zugleich einer Geringschätzung des Problems und dessen Existenzberechtigung. Durch dieses Balancieren kann dem Klienten gleichzeitig die stabilisierende emotionale Sicherheit vermittelt werden, die eine Destabilisierung des Problems ermöglicht. Die Klienten werden dadurch angeregt, einen “Wechsel der Präferenzen” vorzunehmen, das heißt, ihr Augenmerk vom Problem auf mögliche Alternativen und andere Ressourcen umzulenken, die geeignet sind, das Problem zu ersetzen. In diesem Sinne kann systemische Therapie generell als soziale Aktivität definiert werden, die zum Ziel hat, günstige Randbedingungen für die Selbstveränderung des Klienten zu schaffen (Hilfe zur Selbsthilfe).

Durch den theoriekonformen Verzicht auf lineale Kausalität kann sich die systemische Therapie nicht mehr auf kausale Prinzipien stützen, um geeignete therapeutische Interventionen zu gestalten. Mit dieser Einschränkung vor Augen befindet sich der Therapeut mitten in dem, was ich das “**Therapeutendilemma**” nenne, das lautet: „*Handle wirksam, ohne im Voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslösen wird!*“. Der Therapeut, der dieses Dilemma ernst nimmt, verzichtet darauf, die Ziele der Therapie selbst zu bestimmen und ebenso darauf, Veränderung kausal zu planen. Er versucht vielmehr, die Klienten zu ermuntern, ihre eigenen Wünsche und Anliegen auf eine Weise zu formulieren, die das therapeutische Handeln anleiten kann. Dem Therapeuten obliegt es im Wesentlichen, einen für hilfreiche therapeutische Gespräche geeigneten Kontext zu gestalten. Hierfür bietet sich an, Schritt für Schritt den Pfad zu verfolgen, der mit der Annahme des präsentierten Problems beginnt, mit der Formulierung eines Anliegen und eines darauf bezogenen, machbaren Auftrags zu vereinbaren, fortschreitet und mit dem Entwurf eines in den vorangegangenen Schritten begründeten Vertrags vollzogen wird.

Evaluation. Der Verzicht auf eine einfache lineale Kausalität war einer der wichtigsten Beiträge systemischen Denkens für die Psychotherapie. Dieser Verzicht hat leider einige Therapeuten dazu verleitet, den Einfluss biografischer Ereignisse und generationaler Vermächtnisse auf die Klienten gänzlich zu missachten. Wenn alles, was zählt, Kommunikation oder “Sinn machen” ist, wie Niklas Luhmann sagt, enthüllt sich dies im Verlauf der aktuell produzierten und reproduzierten Handlungen, um einen kommunikativen Ablauf in Gang zu halten. Diese Handlungen stellen Ereignisse dar, die anders als im Bereich der Dinge und der räumlichen Existenz keinen substanziellen Bestand haben, der kausal oder zwingend wirken kann. So gesehen, gibt es aus einer theoretischen Perspektive keine Notwendigkeit, die Berichten, mit denen die Klienten ihre Probleme erklären, als einzig mögliche Wahrheit zu akzeptieren. Das könnte sogar kontraproduktiv sein, denn es würde unwillkürlich die Vermutungen, unter denen die Klienten leiden, bekräftigen. Hinsichtlich des präsentierten Problems erscheint es vielmehr empfehlenswert, Gianfranco Cecchins Vorschlag zu beherzigen und im Hinblick auf das Problem und die es unterhaltenden Narrativen eine Haltung der Respektlosigkeit (*irreverence*) einzunehmen (vgl. Cecchin et al. 1993). Auf der anderen

Seite ist aber zugleich zu berücksichtigen, dass jedes „Sinn machen“ sich für alle praktischen Zwecke als wahrhaftig und real erweist. Eine Entwertung dessen, was dem Klienten Sinn macht, wäre deshalb nicht nur beleidigend, sondern auch für den Verlauf der Therapie nachteilig. Deshalb ist auch hier die Einhaltung einer klaren „logischen Buchhaltung“ erforderlich, die eine Vermengung von Phänomenbereichen zu vermeiden hilft. Denn die empathische Akzeptanz der Realität des Klienten und die Hinterfragung ihrer unausweichlichen Notwendigkeit müssen sich nicht widersprechen.

Ein anderes praktisches Problem, das in Folge der Übernahme systemischen Denkens auftreten kann, erwächst aus einer zu engen Anbindung an die Postulate von anerkannten Autoritäten des Feldes. Solche Postulate als zwingende Vorschriften aufzufassen, kann zwar vom Unbehagen angesichts konstruktivistischer Freiheit erleichtern, zugleich aber auch zu ernsthaften Konflikten führen. Ein Therapeut zum Beispiel, der lösungsorientiert arbeitet, könnte sich angesichts bestimmten Problemlagen im Konflikt wiederfinden, zwischen einer problem- und einer lösungsfokussierten Handlungsweise entscheiden zu müssen („problem-talk“ vs. „change-talk“ or „solution-talk“, vgl. z.B. de Shazer 1988). Systemisch gesprochen, birgt jedes Thematisieren eines Problems die Gefahr, eine unerwünschte Stabilität zu bestätigen. Dabei kann sich das Wissen um ein Problem als unerheblich erweisen, zumal Steve de Shazer deutlich gezeigt hat, dass der Aufbau einer „Lösung“ nicht mit dem des Problems decken muss. Für die Überwindung bzw. Lösung des Problems ist eine gründliche Kenntnis davon nicht notwendig. Ein „solution-talk“ entspricht eher der Dynamik von Veränderung als ein „problem-talk“. Dennoch kann dies in der Praxis zu einem Hindernis werden, das nicht nur pragmatisch hindert, sondern auch unethisch ist. Wie bereits erwähnt, benötigen die Menschen, die in einem repetitiven Problemmuster verfangen leiden, im Allgemeinen ein sicheres Gefühl, bevor sie die Risiken einer Veränderung auf sich nehmen. Dazu kann ein aufmerksames Zuhören der Problembeschreibung entscheidend beitragen. Denn während einige Klienten von einer direkten Orientierung auf Lösungen profitieren, ziehen andere es vor, über ihre Problem angehört zu werden. Da die Wirkung solcher Maßnahmen nicht vorausgesagt werden kann, sollte der Therapeut für das jeweilige Bedürfnis des Klienten offen sein, und je nach Lage „problem-talk“ oder „solution-talk“ betreiben, ohne dabei zu vergessen, dass Therapie letztendlich Veränderung anstrebt

DAS DILEMMA DER DIAGNOSTIK

Die nächste zu bewältigende Herausforderung bei der Formulierung einer klinischen Theorie aus systemischer Perspektive resultiert aus dem Diagnostikproblem. Ein systemischer Therapeut, der im Einklang mit dem „normalen Diskurs“ von Klinischer Psychologie und Psychiatrie verbleiben will, findet sich rasch in einem anscheinend unlösbaren Dilemma wieder. Er muss konventionell akzeptierte Klassifikationsschemata wie ICD oder DSM verwenden und zugleich über deren Unzulänglichkeiten bewusst bleiben. Denn diese Klassifikationen sind nicht mehr als semantische Generalisationen,

die einen Komplex von Variablen zu einer kategorischen Konstanz mit eigener Struktur zusammenfassen (vgl. Luhmann 1984). Mit dem Ziel, Komplexität und Variabilität zu erhalten und bemüht, keinem vereinfachenden Reduktionismus leichtfertig zu verfallen, muss der systemische Therapeut auch hier eine schwierige Balance zwischen reduktionistischen und konstruktivistischen Vorgaben zu halten versuchen. Angesichts eines solchen Dilemmas schloss die systemische Therapie nach Übernahme des Konstruktivismus als leitende theoretische Orientierung die Diagnostik (Psychodiagnostik, Familiendiagnostik usw.) radikal aus. Viele der von systemischen Therapeuten wie Steve de Shazer eingebrachten innovativen Techniken ermöglichten es, ohne vorherige diagnostische Einschätzung nützlich zu intervenieren. Harry Goolishians Beitrag hierzu war, eine Haltung des "Nicht-Wissens" einzuführen. Das sollte Therapeuten helfen, auf diagnostisch begründete Interventionen zu verzichten und den Klienten als den geeigneten Experten für seine eigenen Belange zu betrachten (vgl. Anderson & Goolishian 1992). Persönlich fand ich einen Ausweg aus dem Diagnostikdilemma im Konzept der "Überlebensdiagnostik" (vgl. Ludewig 1999). Dieses Konzept appelliert an die Therapeuten, eine Haltung des Interesses (oder der Neugierde im Sinne Cecchins 1988) für alle solche Aspekte aus dem Leben des Klienten einzunehmen, die ihm erlaubt haben, bis zur Gegenwart zu überleben. Eine solche Haltung legt es nahe, nach Ressourcen, Alternativen, Ausnahmen und was auch immer nützlich sein kann, um das Augenmerk des Klienten vom Problem abzulenken und es für Alternativen zu öffnen. Mit dieser Haltung als leitende Orientierung ist dann möglich, den Klienten als Experten zu betrachten, ohne die Expertise der Klinikern zu entwerten oder zu ignorieren.

Evaluation. Systemisches Denken ermahnt uns, unangebrachte Logiken zu vermeiden und Phänomene nicht von dem einen zum anderen Phänomenbereich zu reduzieren. Die Reduktion von Lebensproblemen und Problemsystemen auf somatische Störungen oder andere pathologische Bedingungen erweist sich als Ausdruck einer fehlerhaften "logischen Buchhaltung". So hilfreich diese Mahnung für die Fortentwicklung therapeutischer Konzepte war, so sehr hat sie zuweilen auch zu schädlichen Übertreibungen geführt. Dies ist der Fall, wenn genuin organische Störungen wie zum Beispiel spezielle Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern, einige psychotische Beeinträchtigungen und regelrechte neurologische Erkrankungen allein als Ergebnis von beispielweise stressender Kommunikation oder Familienkonflikten behandelt werden. Um eine klare Linie zu halten, bietet sich hier an, eine Methode des *screenings* anzuwenden, die zwischen hauptsächlich organischen Zuständen und menschlichen "Problemen" unterscheidet und in komplexen Fällen erlaubt, die verschiedenen beteiligten Faktoren sorgfältig zu gewichten. Die meisten derzeit vorhandenen Methoden stammen allerdings von einem andersartigen Bezugsrahmen und müssten daher genauer auf die systemischen Belange eingestellt werden.

DIE TECHNOLOGIE VON INTERVENTIONEN

Systemische Therapie hat in den letzten 20 Jahren nur wenige spezielle Techniken entwickelt wie zum Beispiel das zirkuläre und konstruktive Fragen, die Externalisierung, das Reflektierende Team und die Dekonstruktion. Das stellt aber kein unüberwindbares Problem dar, zumal es keine theoretische oder praktische Notwendigkeit gibt, systemische Praxis auf eine spezielle Technologie zu reduzieren. Systemische Therapie ist mit der Absicht entstanden, eine neue Denkweise auf den Bereich der Psychotherapie anzuwenden. Deshalb hat sie einen Großteil ihrer Bemühungen darauf verwendet, eine mit systemischen Denken vereinbare therapeutische Haltung zu formulieren und weniger auf die Entwicklung neuer Techniken. So lange der Therapeut über seine Arbeit und seine Handlungen innerhalb einer systemischen Rahmens reflektiert, kann er sich frei fühlen, Techniken, die in anderen Ansätzen entwickelt wurden, einzubeziehen. Jede Technik, die fähig ist, dem Klienten ein hinreichendes Sicherheitsgefühl zu vermitteln, um das Risiko einer Veränderung einzugehen, kann hilfreich sein. Eine Möglichkeit herauszufinden, ob eine bestimmte Technik geeignet oder nicht ist, ergibt sich in der Berücksichtigung der folgenden Kriterien: *Nutzen* bezüglich der Therapieziele, *Schönheit* bezüglich der Auswahl der Interventionen und *Respekt* bezüglich der interpersonellen Haltung zwischen Therapeut und Klient (vgl. Ludewig 1988, 1989).

Evaluation. Die Formulierung einer systemisch begründeten therapeutischen Haltung hat sich in der Praxis bewährt. Das bestätigt das weltweit wachsende Interesse an systemischer Weiterbildung. Allerdings haben manche der vorgeschlagenen Haltungen wie beispielsweise Sparsamkeit, Geduld und Respekt einige Therapeuten zu einer übertriebenen Passivität fehlgeleitet, das heißt, abzuwarten, bis der Klient erste Schritte in Richtung auf eine "kokreierte Lösung" unternimmt. Ich sehe persönlich keine Notwendigkeit für eine derartige Drosselung der therapeutischen Aktivität. Klienten respektvoll als "Experten ihres Lebens" zu betrachten, bedeutet nicht, dass der Therapeut sich zurücklehnen und abwarten sollte, bis der Klient arbeitet. Es gibt viele Klienten, die aus den verschiedensten Gründen nicht imstande sind, Unterschiede und Veränderungen von sich aus einzuleiten. Das gilt für jüngere Kinder aber auch für schwer behinderte und gestörte Erwachsene. Grundsätzlich auf Ratschlägen und Strukturierung oder sogar auf das Hervorrufen gesunder Reaktionen aus Prinzip zu verzichten, könnte unter Umständen einen Mangel an Empathie für die Situation des Klienten bzw. eine unachtsame und respektlose Haltung des Kliniklers enthüllen. Offen bleibt aber dabei die Frage, welche Maßnahme und welche Haltung im jeweiligen Fall empfehlenswert und annehmbar ist. Auch hier ist vor Ort ein Balancieren zwischen Möglichkeiten unausweichlich und eine genaue Beachtung der Reaktionen bzw. *feedback* der Klienten.

ZUM SCHLUSS

Der systemische Ansatz der Psychotherapie verortet sich phänomenologisch in dem dazu passenden Bereich des Sozialen, zumal alles, was in Therapie passiert, Kommunikation

ist. Ein wesentlicher Vorteil, der von der Übernahme systemischen Denkens erwachsen ist, war die Loslösung der Psychotherapie von ihrem historisch entstandenen ausschließlichen Bezug zum objektivistischen Denken. Da aber der Mensch nur unter Einbeziehung der unterschiedlichen Typen von Systemen - biologischen, psychischen und sozialen Systemen -, die ihn konstituieren, angemessen zu verstehen ist, sollte Psychotherapie als komplexe **soziale** Wechselwirkung zwischen ebenfalls komplexen multisystemischen **bio-psycho-sozialen** Einheiten, nämlich Menschen, verstanden werden.

Systemisch gesehen sind Menschen Lebewesen, die zugleich individuell **und** sozial eingebunden leben, also im Sinne Maturanas Lebewesen in-Sprache. So gesehen, kann der Mensch nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung seiner Biologie **und** seines "Linguierens" bzw. in-Sprache-Seins adäquat verstanden werden (vgl. Ludewig 1992). Der Mensch sollte weder zu einem *homo biologicus* noch zu einem *homo sociologicus* reduziert werden. Dabei sollte darüber hinaus bedacht werden, dass das **ICH** Folge einer existenziellen Unterscheidung von einem **DU** darstellt. Demzufolge stellt erst das **WIR** als soziales System, das aus **ICH** und **DU** als Komponenten besteht, die Bedingungen für die Entstehung von **ICH** und **DU** bereit. Diese rekursive generative Beziehung zwischen dem Individuum und dem sozialen System nenne ich das *systemische Prinzip*. Es trägt dem Rechnung, dass Menschsein erst mindestens zu zweit entsteht, und dass die Menschheit im sozialen System wurzelt..

Als Kind des ausgehenden 20. Jahrhunderts, als das wissenschaftliche Denken die vom Reduktionismus geerbten Blockaden begonnen hatte zu überwinden, erlaubt uns systemisches Denken, die Komplexität jener die menschliche Existenz konstituierenden biologischen, psychischen und sozialen Aspekten simultan zu betrachten, ohne sie aufeinander reduzieren zu müssen. Der Hauptvorteil dieser Denkweise für die Psychotherapie lag in ihrer Rückverlagerung in einen humanistischen Rahmen. Dadurch war sie von ihrer konzeptionellen Abhängigkeit von den Naturwissenschaften sowie von der Last einer ausschließlich realistischen und individualistischen Einstellung befreit.

Zusammenfassend hoffe ich, auf nachvollziehbare Weise gezeigt zu haben, dass die Vorteile systemischen Denkens für Theorie und Praxis der Psychotherapie die damit entstehenden unausweichlichen Einschränkungen und Schwierigkeiten überwiegen. Darin erkenne ich einen guten Grund, die Weiterentwicklung der systemischen Therapie weiterhin voranzutreiben und vermeiden zu helfen, dass ihre kennzeichnenden Qualitäten im diffusen Strom der traditionellen Ansätze verwässert werden.

LITERATURHINWEISE

- Anderson, H., H.A. Goolishian, G. Pulliam, L. Winderman (1986), The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In Efron, D.E. (ed.), *Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies*. Brunner/Mazel, New York, pp. 97-122.
- Anderson, H., H.A. Goolishian (1992), Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Z. systemische Therapie* 10, 176-189.
- Cecchin, G. (1987), Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process* 26, 405-413; dtsch. (1988): Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13: 190-203.
- Cecchin, G., G. Lane, W.A. Ray (1993), *Respektlosigkeit. Eine Überlebensstrategie für Therapeuten*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Ciampi, L. (1997), *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Dell, P.F. (1982), Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process* 21: 21-41; dtsch. Über die Homöostase hinaus: Auf dem Weg zu einem Konzept der Kohärenz. In: Dell PF (1986): *Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie*. Dortmund (modernes lernen). S. 46-77.
- Dell, P.F. (1982a), From systemic to clinical epistemology. Zürich (Institut für Ehe und Familie), *Zusammenhänge* 3: 51-78; dtsch. (1984), Von systemischer zur klinischen Epistemologie. I. Von Bateson zu Maturana. In: *Z systemische Therapie* 2: 147-171.
- Fivaz-Depeursinge, E., A. Corboz-Warnery (1999), *The Primary Triangle*. Basic Books, New York.
- Levold, T. (1997), Problemsystem und Problembesitz: die Diskurse der sexuellen Gewalt und die institutionelle Praxis des Kinderschutzes. Teil I. *System Familie* 10: 21-31.
- Ludewig, K. (1988a), Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer: 231-249.
- Ludewig, K. (1988b), Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1, 103-114.
- Ludewig, K. (1987), 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. In: *Zeitschrift für systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludewig, K. (1992), *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Ludewig, K. (1998), Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie? In: Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (eds.), *Gefühle und Systeme - Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, pp. 52-76.

- Ludewig, K. (1999), "Ueberlebensdiagnostik" - eine systemische Option. *Kontext* 30 (2), 121-135.
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Luhmann, N. (1997), *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Maturana, H.R. (1988), Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument, *Irish J. Psychology* 9, 25-82.
- Merten, J. (2001), *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schiepek, G. (1999), *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung*. Vardenhoeck & Ruprecht, Goettingen.
- Stern, D.N. (1985), *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.