

Erschienen in: **Systeme** 14(1): 31-46, 2000.

Brauchen wir Störungswissen, um lösungsorientiert zu arbeiten?

von Kurt Ludewig, Hamburg/Münster

*"Mitbürger, Freunde, Römer, hört mich an,
begraben will ich Cäsar, nicht ihn preisen..."
William Shakespeare, Julius Cäsar.*

Zusammenfassung

Der konversationale zusammen mit dem lösungsorientierten Ansatz läuteten eine revolutionäre Wende der Systemischen Therapie ein. Wissen, ob als Störungs- oder Lösungswissen war nicht mehr gefragt, sondern statt dessen eine Haltung des Nicht-Wissens. 15 Jahre nach dieser von Harry Goolishian und Steve de Shazer initiierte Bewegung ist es an der Zeit, Bilanz zu ziehen und noch so erleichternde einseitige Festlegungen zu korrigieren. Dieser Beitrag setzt sich mit Wissen um Störungen und Lösungen sowie mit Wissen im allgemeinen auseinander und bietet systemisch konsistente und praktikable Alternativen zu den genannten, ideologieverdächtigen Positionen. Im Endeffekt wird hier für eine Haltung der Offenheit plädiert, die pragmatisch zwischen Alternativen wählt, ohne sich dem einen oder anderen Extrem zu verschreiben. Darin erweise sich der Vorteil systemischen Denkens für die Praxis.

Summary

Conversational and solution-oriented approaches initiated a revolutionary shift within systemic therapy. Not knowledge was anymore asked for but an attitude of not-knowing. 15 years after the introduction of these ideas by Harry Goolishian and Steve de Shazer it is now time to strike the balance and to correct some of results. This essay analyzes the underlying assumptions regarding knowledge in general and especially as they are related to disorders and solutions in clinical practice. It offers some systemically consistent and practical alternatives to the named positions avoiding ideology. In sum, it pleads for an attitude of openness that enables to pragmatically select from alternatives without falling into extremes. This is seen as the most important contribution of systemic thinking to clinical theory and practice.

Einleitung

Der vorliegende Aufsatz ist eine gering überarbeitete Fassung meines Vortrags gleichen Namens bei der Tagung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie und Systemische Studien vom 24.-25. September 1999 in Semmering. So sehr die Einladung zu dieser Tagung mich geehrt und gefreut hat, so sehr hat sie mich auch gewundert. Ich fragte mich ernsthaft, ob nicht hier der Bock zum Gärtner gemacht würde. Denn ich habe mich viele Jahren bemüht, ohne die Differenzen von normal/gestört und Problem/Lösung auszukommen. Meine Verwunderung gab jedoch nach, als ich bedachte, daß die Veranstalter sich etwas dabei gedacht und bestimmte Erwartungen an mich haben mußten, sonst hätten sie eben

einen anderen Referenten gewählt. Den einen tieferen Sinn der Einladung beschloß ich dennoch, nicht weiter zu entziffern. Es reichte aus zu wissen, daß ich aufgefordert war, im Rahmen einer Tagung der österreichischen systemischen Therapeutinnen und Therapeuten Stellung zu einem Thema beziehen, welches in letzter Zeit meistens umgangen wurde. Und das war an sich anregend genug. Mir schien es ohnehin, als wäre ich in eine Phase der persönlichen Bekenntnisse geraten. Letzten Herbst bei der DAF-Tagung des Jahres 1998 in Frankfurt wurde ich aufgefordert, mich zu einer systemischen Diagnostik zu bekennen (vgl. Ludewig 1999a). Etwas später, bei der 1998er Wissenschaftlichen Tagung der Systemischen Gesellschaft in Hamburg, bejahte ich in Grenzen den Sinn von Selbstreflexion (Selbsterfahrung) in der systemischen Weiterbildung (vgl. Ludewig 1999b). Bei der ÖAS-Tagung 1999 sollte ich dann klar sagen, ob ich als systemischer, lösungsorientierter Therapeut Störungswissen benötige oder nicht. Und das geschah im Kontext einer Tagung, in der diese Frage bereits bei der Ankündigung offensichtlich geklärt war. Ein Blick auf das Programm und man konnte sich des Eindrucks nicht erwehren, daß Systemische Therapie und Störungswissen zusammengehören. Die Hauptvorträge des ersten Vormittags sowie die Arbeitsgruppen der Nachmittage befaßten sich fraglos mit Diagnosen und störungsspezifischen Arbeitsweisen. Das wäre vor wenigen Jahren eine Blasphemie gewesen!

Wenn aber die lang anhaltende Diskussion früherer Tage, ob Störungswissen mit Systemischer Therapie überhaupt kompatibel ist, bereits de facto geklärt war, müßte ich dann mein Thema als nostalgische Beschäftigung mit einer überkommenen Frage auffassen? Ging es nur noch darum, das Störungswissen und die störungsspezifischen Behandlungskonzepte anderer Ansätze in den systemischen Ansatz einzugliedern? Wäre auch hier das Bonmot der Systemischen Therapie angebracht, daß da, wo ein Entweder-Oder war, ein Sowohl-als-auch entstehen sollte? Und wenn es so wäre, dann aus welcher Motivation heraus? Ging es darum, das viel beklagte Anderssein der Systemischen Therapie zu überwinden und uns in den bequemeren *main-stream* zurück zu begeben? Wäre also *political correctness* angesagt? Oder ging es vielmehr um das ernstere Anliegen, konfessionelle Festlegungen aufzugeben und alles zu nutzen, was bessere Professionalität in Aussicht stellt? Das würde Klaus Grawe gefallen. Oder schließlich anders gefragt: Würde ich antreten, um Bewährtes der Systemischen Therapie gegen den Sog der Zeit hinüber zu retten, also aufzufordern, daß wir bei unserem Credo bleiben? Oder würde ich gar die Aufgabe haben, den Trauerzug einzuläuten, der die Haltung des Nicht-Wissens zum Grab trägt? Wie Sie an diesen einleitenden Sätzen bereits merken können, was mir angesichts meines Themas aufkam, waren Fragen über Fragen über Fragen.

Im Verlauf des ersten Tages der Tagung ließ mich ein Ohrwurm nicht in Ruhe. Es waren die ersten Sätze jener bekannten Begräbnisrede, die nach Shakespeare von Marc Anton anlässlich der Beerdigung Julius Cäsars gehalten wird. An dem von Brutus angestifteten Meuchelmord an Julius Cäsar reagierte Marc Anton mit einer ebenso subtil leidenschaftlichen Huldigung Cäsars wie einer subtilen Anklage des Mörders. Es waren also nicht nur Fragen, die mir angesichts des Themas aufkamen, sondern auch eine seltsame Beklommenheit von der Art, die auftritt, wenn man Liebgewonnenes und Bewährtes angesichts des Realitätsdrucks zur Disposition stellt. Denn schließlich

hatte die konversationale Wende der Systemischen Therapie neben der allzu einseitigen Ablehnung jeden Wissens zugleich eine großartige Befreiung erbracht, nämlich aus den Fesseln früherer, objektivistischer Setzungen über Störungen und Lösungen. Und nun gilt es, diesen fast paradiesischen Zustand der Befreiung einzuschränken. Kein Wunder, daß mein Ohrwurm Begräbnis, Meuchelmord und Anklage zum Thema hatte. Andererseits war diese Befreiung mit hohen Kosten verbunden. Viele systemische Therapeutinnen und Therapeuten, die sich daran orientierten, wurden ob ihres Erfahrungs- und sonstigen Wissens unsicher. Man ging des öfteren dazu über, das Wissen um Störungen und Lösungen öffentlich zu verleugnen und es allenfalls hinter vorgehaltener Hand zu ventilieren. Und das ist zugestandenmaßen kein guter, sondern ein korrekturbedürftiger Zustand. Schließlich ist Systemische Therapie kein sektiererischer, ideologischer Ansatz, der an noch so erleichternden Setzungen festhält, sondern die ernst gemeinte Umsetzung einer wissenschaftlichen Denkweise, das systemische Denken, in die Praxis der Leidensminderung. Und als eine solche Praxis hat sich die Systemische Therapie im *offenen Diskurs* zu bewähren.

Bei meiner nun folgenden Stellungnahme könnte ich es mir einfach machen und zum Beispiel behaupten, daß lösungsorientiertes Arbeiten kein Störungswissen benötigt. Im Gegenteil, ein sog. Störungswissen ist für diese Art des Arbeitens geradezu störend. Steve de Shazer und andere Vertreter kurzzeittherapeutischer Lösungsorientiertheit würden mir beipflichten, und das könnte mir genügen. Ebenso einfach wäre es auch, zu behaupten, daß der systemische Ansatz in toto kein Störungswissen benötigt, nicht einmal Wissen überhaupt. Das würde Harry Goolishian erfreuen. Schließlich war die Systemische Therapie unter anderem angetreten, um die bisherige Verankerung der Psychotherapie in der Medizin zu überwinden, und die Psychopathologie durch geeignetere Modelle aus dem Bereich des Sozialen, nämlich Kommunikation, Diskurs, Narrative zu ersetzen.

Mit einer solchen Stellungnahme würde ich mir aber zwei weitere Probleme einhandeln: Zum einen wäre mein Beitrag bereits nach dieser Einleitung beendet; zum anderen müßte ich innerlich erröten, denn bei einer solchen Leichtfertigkeit würde meine Glaubwürdigkeit nicht einmal vor mir selber bestehen. Da mir keine dieser beiden Ausgänge gefällt, nehme ich mein Thema ernst und versuche, eine differenzierte, eigentlich: differenzierende Antwort zu finden. Diese wird heißen, um das Ende vorwegzunehmen: Lösungsorientiertes Arbeiten benötigt kein spezifisches Störungswissen, nicht einmal Lösungswissen, aber beides kann unter bestimmten Umständen nützlich sein. Die Frage ist also nicht, ob wir Störungswissen, sozusagen *an-sich*, benötigen, sondern wann und wozu. Und um diese Frage anzugehen, möchte ich zuerst einige begriffliche Bestimmungen unter die Lupe nehmen und sie nach Möglichkeit differenzieren. Meinen persönlichen Part hierbei sehe ich darin, mit auszuloten, welche Erweiterungen der bisherigen klinischen Theorie notwendig wären, um gegebenenfalls störungsspezifisches Denken und Handeln zu integrieren, nebenher auch einzuschätzen, um welchen Preis diese Erweiterungen eingekauft würden. Dabei werde ich versuchen, mich nach bestem Wissen und Gewissen mit Fragen des Wissens und Gewissens zu befassen.

Von Störungen und Lösungen

Weder der Störungsbegriff hat mich je überzeugt, noch sympathisiere ich besonders mit dem Lösungsbegriff. Der Störungsbegriff kommt mir arg mechanistisch vor, der Lösungsbegriff wiederum arg angelsächsisch. Dennoch behalte ich im folgenden diese Begriffe bei, um den Diskurs nicht noch zusätzlich zu erschweren. Dabei verkenne ich nicht, daß der Begriff "Störung", wie er in den neueren ICD-10-Katalog übernommen wurde, für die deutschsprachige Psychiatrie ein ziemlicher Fortschritt gegenüber der tradierten Psychopathologie und deren Krankheitseinheiten bedeutet. Die Autoren der ICD-10 verabschieden sich von solch alt würdigen Entitäten wie Neurose und Psychose und ersetzen sie durch deskriptive, an Beobachungskriterien orientierte Bezeichnungen. Man spricht neuerdings von neurotischen und psychotischen Störungen. Ein kleiner Schritt, sagen einige, eine unerträgliche Verwischung, sagen die anderen. Zumindest in Deutschland, der Wiege der europäischen Psychiatrie und so auch der Endogenitätshypothese, gibt es psychiatrische Kliniken, die wohl wegen dieser Erneuerungen auf die Benutzung von den ICD-10 ganz und gar verzichten.

Was bedeutet nun "Störung"? In Wörterbüchern findet man keine klare Antwort. Zu Störung stehen mehrere Synonyma nebeneinander, etwa Ablenkung, Unterbrechung, Hemmung bzw. eine irgendwie hervorgerufene Beeinträchtigung. Diesen Begriffen ist gemeinsam, daß sie alle eine Abweichung von einer sonst normalen Funktionsweise implizieren. Um also eine Störung zu erkennen, muß ein Wissen über den ungestörten Ablauf vorliegen. Dies dürfte ein geringes Problem sein, wenn es etwa Mechanismen betrifft. Da selbst komplexe Maschinen von Menschen erdachte und gebaute Systeme sind, reicht es aus, deren Aufbau und die Arbeitsweise zu kennen, um Störungen auszumachen und eventuell zu reparieren. Bei nicht-trivialen Maschinen im Sinne von Foersters ist dies schon komplizierter. Bei solchen Systemen können sich im Lauf der Zeit Veränderungen im Aufbau und Ablauf einstellen, die weit vom ursprünglichen Konstruktionsprinzip liegen. Die biologischen Systeme gehören zu diesen "Maschinen", und sie setzen sich zudem aus verschiedenen, komplex und rekursiv miteinander interagierenden Systemen zusammen. Weder präzise Kenntnisse über deren prinzipiellen Aufbau noch präzise Beobachtungen ihrer Arbeitsweise versetzen in die Lage, zu einer gegebenen Zeit den aktuellen Zustand des Systems präzise zu erfassen. Daher kann bei diesen Systemen weder die klare Feststellung einer etwaigen Störung noch die einfache Durchführung einer Reparatur erwartet werden.

Der Umgang mit diesen Komplexitäten hat die Geschichte der Medizin bis heute geprägt. Interessanterweise forderte bereits Hippokrates auf, die Heilkunst als ausgewogenes Verhältnis von Allgemeinem und Besonderem zu betreiben und so im Einzelfall das allgemeine Wissen um den Menschen und seine Krankheiten auf das Individuelle auszurichten (vgl. z.B. Glaser 1967). Eine vernünftige Medizin, die ihrer erfahrungswissenschaftlichen Tradition treu bleibt, geht ohnehin auf Abstand von Festlegungen, die Allgemeines mit Besonderem vermengen und endgültige, wahre Erkenntnisse suggerieren. Die Geschichte der Psychiatrie und in deren Gefolge der Klinischen Psychologie zeugt von einer immerwährenden Auseinandersetzung mit diesem Verhältnis. Ein mehr oder minder mißglücktes Produkt dieses Ringens stellt die Psychopathologie dar. Ein unguter Nebeneffekt davon zeigt sich manchmal in der

Neigung, das 150 Jahre alte Postulat Griesingers, daß Geisteskrankheiten Hirnkrankheiten seien, zu mißbrauchen und es auf die einfache Formel zu erweitern, daß alle psychischen Probleme wie somatische Krankheiten zu betrachten seien.

Was heißt andererseits "Lösung" bzw. "Lösungswissen"? Es liegt wohl auf der Hand, daß Lösungen nur im Zusammenhang mit Problemen auftreten können. Eng gesehen, landen wir hier schnell bei den formalen Wissenschaften. In der Mathematik sind es Gleichungen, in der Logik Syllogismen, die es zu lösen gilt. Probleme dieser Art haben aufgrund ihrer Formulierung meistens eine einzig richtige Lösung; sie tragen, sozusagen, ihre Lösung in sich. Im Bereich menschlichen Erlebens und menschlicher Interaktionen dürfte dieser Art von Problemen nicht vorkommen. Die Anwendung von Problem und Lösung auf psychische und soziale Systeme entspricht hier einer auf den angelsächsischen Sprachgebrauch zurückgehenden, metaphorischen Redewendung. Dort hat man "problems", und man strebt nach "solutions". Im Deutschen hat sich diese Redensart - wohl oder übel - ebenfalls etabliert. Man spricht zum Beispiel in der Systemischen Therapie von Problemen, Lebensproblemen, Problemsystemen, dementsprechend auch von Lösungen. Persönlich bin ich mit dieser Diktion nicht besonders glücklich. Sie suggeriert, daß Menschen Probleme "haben", die man auch "lösen" könne.

Legen wir hingegen eine zum sozialen Phänomenbereich passendere Diktion zugrunde, heißt es dann, daß Menschen allenfalls Probleme *machen*, also intrapsychisch oder kommunikativ erzeugen und reproduzieren. Diese Art von Problemen, die aktiv erzeugt werden, kann definitionsgemäß nicht lösbar, geschweige denn, heilbar sein. Solche Probleme können bestenfalls beendet werden. Lebensprobleme als subjektiv erlebte Belastung mit Wiederholungsstruktur können unter bestimmten Bedingungen an Aktualität verlieren und so vergessen werden. Problemsysteme als zur Kommunikation gewordene Lebensprobleme lösen sich auf, wenn sie nicht weiter reproduziert werden (vgl. Ludewig 1992).

Gegenüber dem Lösungsbegriff sind mir lieber Begriffe, die sich auf die Operationen beziehen, die eine Beendigung des Problems zur Folge haben. Da bieten sich Begriffe wie Bewältigung oder Verwindung an. Beide Begriffe implizieren, daß ein aktuelles Problem durch geeignete alternative Aktivitäten ersetzt und so bewältigt wurde. Ein Problem wäre dann verwunden, wenn dessen Wiederholungsstruktur auf dem Wege der Aktivierung von Ressourcen destabilisiert und durch Umfokussierung auf Alternativen abgelöst worden wäre. Hier spreche ich von einem "Wechsel der Präferenzen". Außerdem implizieren beide Begriffe, daß es sich hier nicht um eine für alle Zeiten geltende Lösung oder Heilung handelt, sondern um eine aktuelle Umdisposition, die aber jederzeit reaktiviert werden kann. Denn wir haben es nicht mit Entzündungen oder Tumoren zu tun, die man rückbilden oder herausoperieren kann, sondern um Themen des Selbsterlebens oder des miteinander Kommunizierens, die entweder fortgeführt oder aufgegeben werden.

Trotz aller semantischer Schwäche des Lösungsbegriffs halte ich dennoch gern am Konzept der Lösungsorientiertheit fest. Die Einführung eines alternativen Konzepts, etwa Bewältigungs- oder Verwindungsorientiertheit wäre ohnehin eine müßige und kaum durchsetzbare Umbenennung. Ich halte an Lösungsorientiertheit fest, weil damit

eine Option für den Therapeuten oder Berater gemeint ist, die ihn von einem unmäßigen Wühlen an den Problemkonstruktionen seiner Klienten ablenkt und seine Aufmerksamkeit statt dessen auf problembewältigende Aspekte umlenkt. Lösungsorientiertheit verstehe ich nicht als eine bloß technologische Handlungsweise, die sich im Stellen konstruktiver oder Wunderfragen erschöpft, sondern als eine Haltung, die für therapeutische und andere, damit verwandte Prozesse hilfreich sein kann.

Was bedeutet die Rede von Störungen und Lösungen für die sog. psychischen Probleme? Wenn man selbst in der organischen Medizin mit unvorhersagbaren Variationen und komplexen Wechselwirkungen zu rechnen hat, die im Einzelfall alles Wissen um Krankheit und Gesundheit auf den Kopf stellen können, wie steht es mit unseren Chancen, im Bereich des Psychischen und Sozialen zu einem überdauernden Wissen um Störungen und Lösungen zu gelangen? Die bisherige Psychopathologie mit ihrer Vielfalt geschichtlich entstandener Krankheitsbilder hält einer wissenschaftstheoretischen Überprüfung kaum stand und hilft hier nicht weiter; ebenso wenig die Klinische Psychologie mit ihrer Schlagseite in Richtung auf einen diskutablen Behaviorismus. Demgegenüber zeichnet sich die Systemische Therapie durch das theoretisch wohl begründete Bekenntnis aus, Menschen auf der Basis ihrer Anliegen und unter Würdigung ihrer bisherigen Lebensstrategien zu helfen, ohne sie zu pathologisieren. Um also eine theoretisch saubere Berücksichtigung von Störungs- und Lösungswissen im systemischen Ansatz zu leisten, benötigt die bisherige klinische Theorie einiger Erweiterungen.

Über das Wissen: ein Exkurs

Kurz eingeschoben, erlaube ich mir, in wenigen Sätzen darauf zu schauen, was unter Wissen verstanden werden kann. Wie bereits angemerkt, geht es hier um die Frage, was wir wann, wozu und für wen als Wissen betrachten wollen. Nehmen wir jene theoretischen Vorschläge ernst, die von den Naturwissenschaften als Autopoiese, Selbstorganisation und Chaos, von den Sozialwissenschaften in Begriffen von Sinn, Kommunikation und sozialer Realität hervorgebracht wurden, müßten wir Abschied von der verständlichen Sehnsucht nehmen, eines Tages über ein solides, überdauerndes Wissen über irgend etwas zu verfügen. Was uns bliebe, wäre die beunruhigende, aber auch tröstliche Zuversicht, daß wir es zu jeder Zeit mit sich wandelndem Wissen zu tun haben: Man weiß, daß man nicht weiß, und doch muß man handeln. Da dies aber nicht leicht auszuhalten ist, benötigen wir, um uns in der Welt zurecht zu finden, ein Mindestmaß an anschlussfähigen Selbstverständlichkeiten, also Wissen. Dennoch müssen wir, wenn wir mit den Gedanken Maturanas, Luhmanns und anderer ähnlich Denkender übereinstimmen, akzeptieren, daß alles Wissen Ergebnis der Operation eines Beobachtens bzw. Unterscheidens im Hier-und-Jetzt ist und keine von uns unabhängige Abbildung realer Gegebenheiten.

Nach Luhmann (1990) ist Wissen immer aktuell und immer nur im Beobachten von Beobachtern gegeben. Symbole für Dauer und Beständigkeit wirken praktisch als Kürzel, die die Operationen psychischer und sozialer Systeme mit Hilfe von Konstanzunterstellungen erleichtern. Versteht man Beobachten als aktuelle, sofort vergehende Operation verliert auch Wissen die Eigenschaft von etwas, das man "haben" und

"behalten" kann. An die Stelle solcher Bestandvorstellungen tritt die Frage, wer was wann und unter welchen Bedingungen aktualisiert. Damit tritt an die Stelle der Frage "was ist?" die Frage "wie wird selektiert?".

Ein zentrales Merkmal der Operationen, die zum Aufbau von Konstanz führen, ist deren Wiederholbarkeit. Dies bewirkt einen sinnstiftenden Prozeß mit doppeltem Effekt: Verschiedenes wird auf Identisches reduziert, und dies kann im folgenden auf andere Situationen generalisiert werden. Als Ergebnis dieses doppelseitigen Prozesses von Identifizierung und Generalisierung entsteht nach Luhmann eine "konkrete Vertrautheit mit Welt". Denn Wissen bündelt somit Beobachtungen, bringt gegen Enttäuschung abgesicherte Erwartungen hervor und sorgt so für eine ausreichende Kontinuität der Welt. Damit ist freilich nichts über die Güte oder gar Wahrheit des Wissens gesagt, sondern nur etwas über dessen Operationalität. Die weiterführende Frage, ob Wissen wahr oder unwahr ist, beschäftigt die Wissenschaftlergemeinschaft. Diese befindet über die Kriterien der Wiederholbarkeit und über die Akzeptanz von Erwartungen.

Luhmann unterscheidet zwei Formen des Erwartungsstils, den normativen und den kognitiven Stil. Beim normativen Erwartungsstil werden die Erwartungen auch im Enttäuschungsfall durchgehalten; beim kognitiven Erwartungsstil werden sie im Enttäuschungsfall korrigiert. Kognitiv stilisierter Sinn kommt als Wissen vor, normativ stilisierter Sinn als Recht. Um mit den Irritationen im Enttäuschungsfall umzugehen, gäbe es nach Luhmann zwei Metaregeln: Die eine lautet: ändere die Struktur, damit die Irritation eingepaßt werden kann; im anderen Fall heißt es: halte die Struktur fest und externalisiere die Störung als korrekturbedürftiges Vergehen der Umwelt. Spätestens an dieser Stelle verdeutlicht sich ein immanentes Problem des Wissens: Ist es auf Konstanz ausgerichtet, muß es normativ gehandhabt werden; bleibt es offen, bietet es wenig Sicherheit an.

Dieser kurze Exkurs in die Gedankenwelt Luhmanns, die uns in die immanente Temporalität des Wissens führt, nutze ich, um das Wissen um menschliches Erleben und Kommunikation, so auch um Störungen und Lösungen in unserem Bereich zu problematisieren. Im Ergebnis heißt es, daß Wissen immer neu aktualisierte Randbedingungen bereitstellt, um das Denken und Handeln vom Moment zu Moment zu orientieren. So gesehen, kann es uns nicht mehr um die Frage gehen, ob Wissen als solches akzeptabel ist oder nicht, sondern darum, welches Wissen wir wann und für welche Zwecke akzeptieren wollen. Dieser Frage liegen Entscheidungsprozesse zugrunde, nicht zuletzt auch jene, auf welche Weise wir mit unserem Wissen umgehen wollen. Und dabei bewegen wir uns zwischen zwei Extremen: Wir bewahren unser Wissen um jeden Preis oder sind bereit, es zur Disposition zu stellen. Mit Bezug auf unser Fach ist zu entscheiden, ob wir Störungswissen und Lösungswissen als bewahrungswürdige und so normative Sinngestaltungen betrachten wollen, oder ob wir in der Tradition des "grundlosen" systemischen Denkens verbleiben und jedes Wissen als bloß aktuelle, bestmögliche Orientierung des Handelns handhaben wollen.

Im Hinblick auf die klinische Theorie und die Gestaltung der Praxis schließen sich hier wichtige Fragen an. Diese sind: 1) Auf welcher Grundlage welcher Erwartungsstil gewählt und 2) auf welche Weise mit Irritationen und Enttäuschungen umgegangen wird. Diese Fragen gehören im Bereich der Psychotherapie zu den im Sinne von

Foersters echten, weil unentscheidbaren Fragen. Deren Beantwortung ist durch einseitigen Rückgriff auf Wissen meistens vergeblich; sie findet eben auf der Basis von Wertungen statt. Daher verweisen solche Fragen auf die Domäne der Ethik und so auch des Gewissens. Dort vereinen sich zu guter Letzt die zwei genannten Stile, kontinuierlich absichernde Erwartungen zu bilden, nämlich Wissen und Norm. Angesichts des Nicht-Entscheidbaren geht die Unterscheidung nach wahr/unwahr in jene nach erwünscht/unerwünscht über, und beide werden zum Kontext der jeweils anderen. Dies kommt in dem volksmündlichen Satz bestens zum Ausdruck, der auffordert, nach bestem Wissen *und* Gewissen zu handeln.

Gratwanderung

Im folgenden begeben mich auf eine komplizierte Gratwanderung, bei der ich darauf achten möchte, weder dem simplizistischen Sog eines alles erklärenden Störungswissens, noch dem nicht minder simplizistischen Sog eines angeblichen Lösungswissens zu verfallen. Dabei möchte ich aber zugleich, um im Bild der Gratwanderung zu verbleiben, weder den einen noch den anderen Abgrund aus den Augen verlieren. Es soll mir also darum gehen, offenen Auges mit diesen zwei Konzepten umzugehen, deren Sinn und Nutzen auszuloten und dabei, nach Möglichkeit, doch auf meinem Grat zu bleiben. Nebenher möchte ich jene globalen Behauptungen relativieren, die verheißen, daß Therapien ohne jegliche Expertise durchgeführt werden könnten. Demgegenüber möchte ich ausdrücklich dazu stehen, daß ich als jemand, der seit mehr als einem Viertel Jahrhundert klinisch mit Menschen arbeitet, irgendeine Menge an Wissen angesammelt und so eine gewisse Expertise erworben hat.

Es sei schon hier angemerkt, daß ein Grundwissen über biologische Phänomene zum Zweck differentialdiagnostischer Abwägungen zum Muß eines jeden Psychotherapeuten gehören soll. Dies erscheint mir so banal, daß es hier keiner weiteren Erörterung bedarf. Das Wissen aber um die Grundlagen der Psychotherapie ist differenzierter zu betrachten. Denn dieses Wissen, vor allem mit Bezug auf Lösungen im allgemeinen und auf Lösungswege im besonderen, kann sowohl nützlich als auch gefährlich sein. Es kann nützlich sein, wenn es einen passenden Rahmen für das Handeln bietet, es kann aber gefährlich sein, wenn es zu objektivierenden normativen Generalisierungen verleitet.

Im Hinblick auf die uns interessierenden Probleme gehe ich im folgenden von der differenztheoretischen Prämisse aus, daß jede Erkenntnis ihr Komplement enthält, zumal sie einem Akt des Unterscheidens, des Vergleichens entspringt. Die Formulierung eines Problems wird explizit oder implizit gegen Alternativen vorgenommen. Die Klientin leidet nicht nur unter einem Problem, sondern sie kennt auch alternative Zustände ohne dieses Problem. Sonst gäbe es in ihrem kognitiven Bereich das Problem nicht. Dabei dürfte die Kehrseite des Problems kein bloßes Nicht-Problem und kein beliebiger Zustand sein, sondern eine Klasse von Zuständen beinhalten, die im pragmatischen Sinne alternativ zum Problem sind.

Von dieser Komplementarität von Problem und Alternativen leben die lösungsorientierten Ansätze. Sie bauen bekanntlich darauf auf, daß die Aktivierung

von derzeit ungenutzten Alternativen die Klientin in einen mit dem Problem inkompatiblen Zustand versetzen kann. Ob die Therapeutin über ein noch so breites Repertoire an möglichen Lösungen verfügt oder nicht, ist hierfür nur bedingt relevant. Im Idealfall erweist sich die Kompetenz der Therapeutin vor allem darin, daß sie die Rolle einer angemessenen Anregerin und Begleiterin übernimmt und dabei ihre eigenen Vorstellungen zurückhält. Denn mit Blick auf die spezielle Situation der Klientin, kann die Therapeutin naturgemäß nicht wissen, wo die nützlichen Alternativen liegen.

Über Kausalität und Komplexität

In den sog. harten Wissenschaften sind in den letzten Dekaden nicht von ungefähr Sichtweisen entstanden, die einfache Kausalitäten problematisieren und Komplexität mittels angemessen komplexer Relationen beschreiben und behandeln. Die Theorien der Selbstorganisation und der Synergetik, die Systemtheorien und die Chaostheorie sind dafür passende Beispiele. Folgt man Heinz von Foerster müßte man gar behaupten, daß einfache Ursache-Wirkungsfunktionen allenfalls im seltenen Fall der sog. trivialen Maschine vorkommen, nicht jedoch in der sonstigen Realität.

Schließt man mit Bezug auf unsere Arbeit, daß wir es niemals mit trivialen Phänomenen zu tun haben, dürfte sich das Anliegen, nach einfachen Ordnungen zu suchen, von selbst erübrigen. Dennoch gibt es bekanntlich Situationen, in denen die Wahl komplexer Theorien und Methoden aus pragmatischen Gründen verfehlt wäre. Das würde Zeit, Geld und Energie kosten, ohne im Gegenzug eine Steigerung des Nutzens zu erbringen. Eine Behandlung von hunderten von Stunden auf der Basis von freien Assoziationen und freischwebender Aufmerksamkeit, um akut aufgetretene Panikattacken zu lindern, wäre heutzutage ein quasi absurdes Unternehmen. Es gibt also Situationen, in denen der Einsatz von kausal erdachten Standardverfahren unmittelbar Hilfe verspricht und daher zu bevorzugen ist. Das ist zum Beispiel der Fall bei eindeutig eingrenzbaeren Problemen wie monosymptomatischen Phobien oder Zwängen, monotraumatischen Belastungsreaktionen und anderen engumschriebenen Phänomenen. Hier dürfte in aller Regel ausreichen, eines der erprobten Standardverfahren anzuwenden. Systematische Desensibilisierung, Expositionsbehandlung, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und andere Techniken aus dem behavioristischen Arsenal haben sich als einfach zu handhabende Methoden mit guten Ergebnissen erwiesen. Lösungsorientierte Techniken führen ebenfalls in kurzer Zeit zu diesem Ziel. Von der pragmatisch geleiteten Anwendung dieser oftmals manualisierten Maßnahmen abzusehen, würde in solchen Fällen an einen Kunstfehler grenzen.

Die Frage, die sich hier stellt, ist also nicht, ob solche Techniken auch auf dem Hintergrund systemischen Denkens anwendbar sind oder nicht, sondern vielmehr, auf welcher Basis die Entscheidung dafür zu fällen ist. Denn keiner wird wohl behaupten, daß die noch so erfolgreiche Anwendung solcher Techniken auf eine einfache Umsetzung von Störungswissen in Lösungswissen zurückgeht und, daß das theoretische Problem, wie diese Störungen und deren Behandlung zu verstehen sind, hierdurch endgültig geklärt wäre. Denn alles, was uns diese Techniken liefern, ist eine manualisierte Pragmatik, die in vielen, "geeigneten" Fällen nützlich ist. In anderen,

wohl komplexeren Situationen, ist das nicht der Fall. Im Endeffekt weiß man nie im voraus, ob und welche Techniken bei einer bestimmten Klientin nutzen werden.

Die Anwendung erfolgreicher Techniken befreit uns Therapeuten nicht vom sog. "Therapeutendilemma", welches angesichts der Undurchschaubarkeit und Unbestimmbarkeit der Menschen füreinander lautet: "Handle wirksam, ohne im voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslöst!" (vgl. Ludewig 1992). Eine erste Hilfe im Umgang mit diesem Dilemma bietet die alte medizinische Maxime des "nil nocere" (nicht schaden bzw. Schaden meiden). Die Abwägung, wodurch der geringste Schaden zu erwarten ist, bildet zusammen mit der Forderung, günstige Randbedingungen für Veränderungen im Sinne des Hilfesuchenden herzustellen, den praktischen Kern der Systemischen Therapie. Um Letzteres zu gewährleisten, liegen in der Systemischen Therapie allerhand methodische Vorschläge vor, auf die ich in diesem Rahmen nicht einzugehen brauche (vgl. z.B. v. Schlippe & Schweitzer 1996, Schiepek 1999). Im Sinne aber der Schadensverhütung, gilt es abzuwägen, ob in einer bestimmten Situation der Einsatz einer einfachen, in ihrer Wirkung durchaus potenten Maßnahme angebracht ist oder, ob in diesem bestimmten Einzelfall eher der Verzicht darauf den geringsten Schaden anzurichten verspricht. Und diese Entscheidung erfordert wie jede andere Entscheidung zugleich Risikobereitschaft und Besonnenheit. Dafür aber, daß diese Entscheidung mit der gebotenen Umsicht getroffen werden kann, bedarf es des Wissens um die Maßnahme selbst und um das einzukalkulierende Risiko bei deren Verwendung. Deshalb erscheint es mir unumgänglich, daß diese Maßnahmen als regulärer Bestandteil einer jeden Ausbildung zum Psychotherapeuten gelehrt werden. Das würde manchem Klienten eine unnötige Wanderung durch die Therapieschulen ersparen.

Ähnliches läßt sich für den Einsatz von Psychopharmaka behaupten. So sehr eindrucksvoll die Wirkung mancher Anxiolytika, Antidepressiva, Neuroleptika oder gar von der EKT (Elektrokrampftherapie) in vielen Fällen sein mag, so läßt sich nicht im Einzelfall vorhersagen, ob und wie die erwartete Wirkung eintreten wird, noch viel weniger, um welchen Preis. Daher ist auch hier Wissen notwendig, und zwar nicht nur beim ausgewiesenen Anwender, sondern auch bei Psychotherapeuten schlechthin. Einem schwer depressiven oder einem akut psychotischen Menschen Medikamente zu verweigern, grenzte ebenfalls an einen Kunstfehler. Dennoch ist auch hier Umsicht und Abwägung geboten. Denn auch hier deckt sich das Wissen um die wahrscheinliche Wirkung im allgemeinen keineswegs eindeutig mit der spezifischen Wirkung im Einzelfall. Das Wissen der Psychiatrie ist in aller Regel ein pragmatisches, aus der Not des Handlungsdrucks gewachsenes und kein endgültig abgesichertes Wissen. Dennoch wird das vorhandene Wissen wohl als Folge einer langjährigen Wiederholungsstruktur zuweilen als regelrechtes Wissen gewertet, und das führt nicht selten zu ungunstigen Entwicklungen. Man verfährt alltäglich in der Psychiatrie, als verfügte man über kognitives Wissen und übersieht, daß es sich um normatives handelt.

Wohl gemerkt, ich spreche keineswegs den bisher genannten Behandlungsansätzen, ob als Standardverfahren der Psychotherapie oder der Psychiatrie, ihre Berechtigung ab. Vor allem angesichts akuten und schweren Leidens stellen sie eine derzeit unumgängliche Option dar. Ich plädiere vielmehr für eine differenzierende Betrachtung, die sich über die Kontextbezogenheit und Temporalität unseres Wissens

bewußt ist und bei allem normativen Druck offen bleibt für Unerklärbares. Darüber hinaus plädiere ich im Kontext der Psychiatrie für eine besonnene Indikationsstellung auf der Basis bestmöglicher, sprich: systemischer, oder genauer: intersystemischer Diagnostik. Damit ist eine Sichtweise gemeint, die nicht nur die beteiligten Systeme gesondert beachtet, sondern auch deren Wechselwirkung. Im Bereich der Psychotherapie plädiere ich wiederum für eine genaue Erarbeitung des Anliegens des Klienten. Erst dies schafft die Voraussetzungen für die Vereinbarung dieses Anliegens mit den Möglichkeiten der Helfer mittels eines realisierbaren Therapieauftrags. Der Auftrag definiert dann den Bereich, in dem der Helfer von einem mündigen Klienten ermächtigt wird, zu intervenieren. Ein solches Vorgehen gewährleistet, daß die Wünsche und Möglichkeiten des Klienten angemessen berücksichtigt, und daß der Therapeut verantwortbare Entscheidungen treffen und danach handeln kann (vgl. Ludewig 1999c).

Versuch einer Vereinbarung: Problemlinderung vs. Problembewältigung

Um das komplexe Entscheiden des Therapeuten zu erleichtern, erscheint es mir sinnvoll, das bisherige Spektrum der klinischen Theorie durch eine Hilfskonstruktion oder Leitdifferenz versuchsweise zu ergänzen. Es handelt sich um die Unterscheidung zwischen einer intensiven, akuten Problemlinderung und einer extensiven, ressourcenbezogenen Problembewältigung. Diese Differenz von *Problemlinderung/ Problembewältigung* dürfte hilfreich sein, um im Auge zu behalten, daß es sich bei diesen beiden Vorgehensweisen um unterschiedliche Phänomene mit jeweils anderer Operationalität handelt. Diese Differenz erinnert zwar an alte Kontroversen zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse, nebenher auch an jene zwischen Familientherapien, die auf rasche Effektivität oder auf Entwicklungsförderung ausgerichtet sind, sie beruht aber auf andersartigen Kriterien. Hier geht es im wesentlichen nicht um die Unterscheidung von Verhaltens- und Musterveränderung einerseits und Strukturveränderung oder Fortentwicklung andererseits, sondern vor allem um eine schematische Orientierung, die es dem Therapeuten erlaubt, zu unterscheiden, was er im Sinne des Klienten wie und zu welchem Zweck zu tun hat.

Im Fall der akuten Problemlinderung im intensiven Ansatz orientiert man sich sinnvollerweise an der Differenz von *Problem/Nicht-Problem*. Dies kann sowohl die Anfangsphase als auch den gesamten Verlauf einer Therapie bestimmen. Viele der potenten verhaltens- und kurzzeittherapeutischen sowie psychopharmakologischen Maßnahmen wirken wohl auf der Basis dieser Differenz. Nichts spricht meines Erachtens dafür, daß noch so beeinträchtigende Problemlagen nur infolge einer extensiven Therapie überwunden werden können. Bekanntlich vergehen manche klinisch relevante Probleme von selbst oder allein durch Wirkung der Zeit, mitunter nicht selten durch Zufall oder durch unspezifische Veränderungen der Lebensweise. Andere wiederum überdauern jede Therapie, oder sie werden zum Bestandteil des Lebensstils. Kommt es aber zur Durchführung einer Psychotherapie, vergehen viele klinische Probleme in Kürze nach Einsatz von standardisierten, "störungsspezifischen" Maßnahmen. In solchen Fällen, in denen ein intensiver, auf rasche Problemlinderung ausgerichteter Ansatz zum Zuge kommt, spielt die therapeutische Beziehung eine wohl untergeordnete Rolle. Es muß zwar zu einem tragfähigen Kontakt zwischen Therapeut und Klient kommen, der Therapeut ist aber implizit durch den vereinbarten Auftrag

ermächtigt, als Experte aufzutreten und den Verlauf der Therapie zu bestimmen. In diesen Fällen ist das Vorhandensein eines angemessenen Störungswissens vermutlich erleichternd; das Vorhandensein von störungsspezifischen Lösungswissen gepaart mit spezifischer Ausbildung und beruflicher Erfahrung dürfte darüber hinaus unerlässlich sein.

In den Fällen aber, in denen das Anliegen der Klienten auf die Bewältigung eines komplex eingebetteten Problems hindeutet, dürften andere, extensiv gemeinte Überlegungen angebracht sein. Problembewältigung zielt nicht darauf, den Klienten rasch in den Zustand eines Nicht-Problems überzuführen, sondern im Sinne des ethischen Imperativs von Foersters darauf, zu einer Erweiterung der Anzahl der Wahlmöglichkeiten beizutragen. Durch Mobilisierung von Ressourcen kommt es zu einer Erweiterung der Möglichkeitshorizonts, und dies kann sich auf die Wiederholungsstruktur des Problems destabilisierend und auf die oftmals eingeschränkte Wahrnehmung der Klienten defokussierend auswirken. Der Klient ist wieder in der Lage, aus seinen Ressourcen zu wählen und andere, nach Möglichkeit mit dem Problem inkompatible Optionen zu aktivieren. Die leitende Differenz in diesen Fällen könnte heißen: *Problemfokus/Fokuserweiterung*. Die Therapeutin wird hier bemüht sein, bei der Formulierung eines Anliegens im Sinne einer realisierbaren Zukunftsvision behilflich zu sein. Ihre Fragen und Interventionen wird sie darauf richten, vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen zu aktivieren. In manchen Fällen wird sie darüber hinaus eine anleitende Funktion übernehmen, um beim Ausbau bisher vernachlässigter Alternativen zu helfen. Dabei wird sie den Veränderungsprozeß begleiten, ohne ihr eigenes Störungswissen oder Lösungswissen in den Vordergrund zu stellen. In diesem Sinne wird es hier im besonderen Maße auf die Qualität der therapeutischen Beziehung ankommen. Die Dauer der Therapie ergibt sich aus dem Therapieauftrag und muß *per se* weder lang noch kurz sein. Darüber hinaus kann eine extensiv ausgerichtete Therapie zu gegebener Zeit und im Hinblick auf bestimmte Problemanteile durchaus Elemente aus den Standardverfahren einschließen.

Bezogen nun auf mein an anderer Stelle vorgeschlagenes Vier-Felder-Schema zur operationalen Einordnung der vier Grundarten des Helfens - Anleitung, Beratung, Begleitung und Therapie (vgl. Ludewig 1992) - läßt sich die hier vorgeschlagene Differenzierung wie folgt zuordnen: Eine intensive, auf die akute Linderung eines Problems ausgerichtete Maßnahme enthält im wesentlichen Elemente von Anleitung und Therapie. Unter Verwendung von Wissen über Störungen und Lösungen übernimmt der Therapeut die Führung des Prozesses, um so rasch wie möglich zur Beilegung der problemerhaltenden kognitiven, kommunikativen und Verhaltensaspekte beizutragen. Auf der anderen Seite enthält eine auf Erweiterung und Ressourcenaktivierung ausgerichtete, extensive Maßnahme in der Hauptsache Elemente der Beratung und Begleitung. Eigentliche Therapie als Form des Helfens, die eine möglichst rasche Beseitigung des Problems anstrebt, tritt hier allenfalls als Element eines komplexeren Prozesses auf. Beides, ein intensiver und ein extensiver Ansatz, können sinnvoll und hilfreich sein. In der Systemischen Therapie gibt es keinen prinzipiellen Grund, dem einen oder anderen Vorgehen den exklusiven Vorrang zu geben. Denn schließlich passen wir unsere Arbeit an die Erfordernisse der Situation und an das Anliegen unserer Klienten an.

Beispiele

Erlauben Sie mir zum Schluß meiner Ausführungen, etwas Fleisch an den Knochen anzubringen und drei Beispiele aus meiner eigenen Arbeit vorzustellen und kritisch zu beleuchten.

Adoleszenzmagersucht. Aus Gründen, die ich hier nicht analysieren möchte, habe ich in meinem beruflichen Werdegang eine langdauernde Affinität zur Behandlung von Magersüchtigen entwickelt. Selbst in den Zeiten, in denen ich ziemlich unerbittlich gegen den Gebrauch von Diagnosen polemisiert habe, hatte ich nie Probleme, von "der" Magersucht zu sprechen. Der Grund hierfür liegt auf der Hand: Man erkennt diese Mädchen ohne jegliches Störungswissen, sozusagen, auf den ersten Blick. In den ersten Jahren meiner klinischen Tätigkeit hielt ich mich an die damals gültigen Vorgaben und brachte es fertig, lange Therapien mitzugestalten, ohne mich je um das Gewicht oder um das Essen zu kümmern. In einer späteren Phase, bereits in der Selvinischen Ära, stürzte ich mich auf die Familien und war bemüht, sie mit Hilfe von seltsam klingenden, sog. paradoxen Interventionen, zu verunsichern. Einige Jahre später wurde ich wieder milder und begann, die Magersucht als ein Liebesproblem zu begreifen. Mittlerweile verlangte ich als Bedingung für Familien- und Einzelgespräche ein vorbestimmtes Minimalgewicht. In letzter Zeit wenden wir auf einer Station der münsteraner Kinder- und Jugendpsychiatrie einen "trifokalen Ansatz" an (vgl. Ludewig 1999d). Ganz im Takt mit dem Zeitgeist betrachten wir das Phänomen Magersucht intersystemisch als ein bio-psycho-soziales Problem, welches deshalb von allen drei Seiten angegangen werden muß: In biologischer Sicht interessiert uns der Kreislauf von Unterernährung, der zur weiteren Unterernährung führt; daher müssen die Mädchen wöchentlich an Gewicht zunehmen. Nebenher setzen wir gelegentlich Antidepressiva ein. In psychologischer Sicht greifen wir auf Umdeutungen zurück. Die Magersucht wird als störrischer Flaschengeist externalisiert, der die Macht über das Mädchen und dessen Familie übernommen hat. Als Gegner dieses Geistes externalisieren wir eine noch mächtigere Figur, nämlich einen diätetischen Plan. Dieser ist so kaltherzig und unveränderbar definiert, daß er dem Sucht-Geist überlegen ist. Auf diese Weise entschärfen wir den Kampf um das Essen und entfachen statt dessen zwischen Plan und Magersucht einen "Kampf der Giganten". Diese Externalisierungen erlauben es, das Mädchen großzügig zu unterstützen und alle Beteiligten von Schuldgefühlen, aber auch von aggressiven und überprotektiven Tendenzen zu bewahren. Gezielte psychotherapeutische Gespräche werden erst nach Erreichen eines vorbestimmten Gewichts geführt. In sozialer Hinsicht kümmern wir uns auch um die Familien und deren kommunikativen Gewohnheiten sowie um die soziale Reintegration der Mädchen.

Mit diesem therapeutischen Programm streben wir eine intensive Problemlinderung und eine extensive Bewältigung gleichzeitig an. Bezüglich der intensiven Problemlinderung übernehmen wir die Verantwortung für den somatischen Bereich und bestimmen selbst die "Lösungswege". Der extensive Anteil geht vom Anliegen der Patientin und ihren Familienangehörigen aus. So weit, so gut! Nur: Eine kürzlich durchgeführte, erste empirische Bestandaufnahme der bisherigen Verläufe zeigt uns, daß sowohl die Mädchen, die von unserem Programm profitierten und keinen Rückfall erlitten, als auch jene, die nach der Entlassung wieder an Gewicht verloren, in ihren

Beurteilungen eines gemeinsam hatten: Keine der beiden Gruppen maß den Familienproblemen große Bedeutung zu. Für die Professionellen aber, ob Arzt, Familientherapeut, Krankenschwester oder Kunsttherapeut, standen hingegen die Familienprobleme an erster Stelle. Nun, wer hat hier Recht? Die Mädchen oder wir Profis mit all unserem Störungswissen? Einen ersten Hinweis zur Klärung dieser Frage gewannen wir aus einem anderen Teil der Untersuchung. Die einzigen, die zum Zeitpunkt der Entlassung ihren Zustand trotz beträchtlicher Gewichtszunahme als ungünstig beurteilten, waren die Mädchen, die später einen Rückfall erlitten. Die Professionellen und die Eltern waren hingegen zu diesem Zeitpunkt einstimmig der Meinung, daß es auch diesen Mädchen gut ginge. Sie werden mir gewiß beipflichten, daß ein solches Ergebnis nachdenklich stimmt: *Doctor knows best, or clients know better?*

Posttraumatische Belastungsstörung. Die Literatur der letzten Jahre weist bezüglich dieses Problems eine Fülle neuer Einsichten auf. Man hört unter anderem, daß schwere Traumata subkortikal ablaufen und nachhaltige Veränderungen im limbischen System hinterlassen. Daher würden landläufige Psychotherapiekonzepte nicht greifen. Bezüglich eines dazu passenden Lösungswissens hören wir, daß eine bestimmte Technik - die EMDR-Technik (vgl. Shapiro 1997) - beeindruckende Sofortergebnisse ermöglicht. Andererseits hört man auch, daß solche Maßnahmen bei "falscher Indikation" gelegentlich auch Verwirrung bis hin zur psychotischen Dekompensation auslösen können. Von Kliniken, in denen mit langjährig sexuell mißbrauchten Frauen gearbeitet wird, hören wir, daß eine solche Technik, wodurch auch immer sie wirkt, nur im Kontext eines multidimensionalen Therapiekonzepts anzuwenden sei.

Unsere Erfahrung mit sexuell traumatisierten Jugendlichen zeigt uns, daß es kein Patentrezept für alle Fälle gibt. Wir haben Jugendliche kennengelernt, die von einem komplexen, multidimensionalen Therapieansatz profitiert haben, aber auch andere, die nach nur ein paar Gesprächen erleichtert waren. Andere wiederum schienen viel mehr vom freundlichen Milieu einer komfortablen Klinik zu profitieren, in dem sie behütet und versorgt wurden. Die spezifische Traumatherapie schien bei ihnen kaum Spuren zu hinterlassen. Auch hier schien dem jeweiligen Mädchen das am meisten zu helfen, was ihrer individuellen Situation entsprach, nicht aber unser Störungs- und Lösungswissen an sich. Dennoch möchte ich hier einräumen, daß das neuere Wissen um diese Probleme unserem therapeutischen Team vermutlich hilfreich war, eine diesem Problem adäquatere Haltung zu entwickeln. Dies dürfte sich im Sinne eines sog. unspezifischen Effekts auf die Behandlung auszuwirken.

Angststörung. Kürzlich entließen wir eine junge Frau von 18 Jahren aus einem langen stationären Aufenthalt. Sie war wegen einer Spinnen- und einer BSE-Phobie (Angst vor dem Rinderwahnsinn) aufgenommen worden. Die Spinnenphobie war mittlerweile infolge einer ambulant durchgeführten systematischen Desensibilisierung weniger dramatisch geworden. Wegen der BSE-Phobie aber, die auf alles, was nur im entferntesten Rindfleisch enthalten konnte, generalisiert war, war sie kaum noch in der Lage, einen normalen Alltag zu organisieren. Sie hatte aufgehört, die Berufsschule zu besuchen und hielt sich weitgehend nur in ihrem verbarrikadierten Zimmer auf. Im Verlauf des stationären Aufenthalts wurde deutlich, daß sie ganz auf ihre Eltern angewiesen war und es noch nie geschafft hatte, mit Gleichaltrigen auszukommen. Sie

litt unter einer immensen Angst vor dem Erwachsenwerden. Erste Versuche, mit ihr "störungsspezifisch", sprich: anti phobisch, zu arbeiten, brachten sie an den Rand einer psychotischen Krise. Sie mußte medikamentös behandelt werden. In den Maße aber, in dem wir dazu übergegangen sind, mir ihr eine für sie erträgliche Lebenssituation zu erarbeiten, fing sie von selbst an, Rindfleisch zu essen. Nach einigen Monaten war sie bereit, in eine Einrichtung des betreuten Wohnens umzuziehen. Ein extensiver Therapieansatz erwies sich hier als vorteilhaft.

Was besagen diese drei Beispiele alltäglicher jugendpsychiatrischer Praxis? Zum einen beinhalten sie den Versuch, auf der Basis eines intersystemisch begründeten Denkansatzes allgemeines Störungswissen mit individuellen Besonderheiten des Einzelfalls sowie intensive Problemlinderung mit extensiver Problembewältigung zu verbinden. Zum anderen erinnern diese Beispiel daran, daß nicht allein wir und unser Wissen für Verlauf und Erfolg dieser Maßnahmen bestimmend sind, sondern die Art und Weise, wie unsere Bemühungen zu unseren Patientinnen und Patienten passen.

Zum Schluß

Bei meinen Ausführungen ging es mir alles andere als darum, wie man bei uns in Chile sagt, Amerika neu zu entdecken. Ich verstehe meinen Beitrag als ein Plädoyer für ein behutsames, problem- und klientenbezogenes Einbeziehen von "allgemeinem Wissen" über Menschen und deren Lebensprobleme, aber ohne den Einzelfall aus den Augen zu verlieren. Es erscheint mir nach wie vor sinnvoll, zum Beispiel am Verlauf der Magersucht Identisches zu entdecken. Das erlaubt aber nicht, daraus zu generalisieren und alle Magersüchtigen untereinander gleichzusetzen. In diesem Sinne sei hier erneut an Hippokrates erinnert, der aufforderte, bei jeder Therapie das Allgemeine dem Besonderen anzupassen.

Was können wir - systemische Therapeuten - von Wissen und Expertentum erhoffen? Ich meine, in erster Linie Zuversicht und Verständigung untereinander; darüber hinaus, Orientierung und eine gewisse Absicherung gegen die Tendenz, alle unseren Klienten mit derselben Gießkanne zu begießen. Denn Wissen ist in jeder Hinsicht permanent dem Wandel unterzogen. Wissen "hat" man nicht, sondern man wendet es an. Die Frage ist nicht "was ist?", sondern vielmehr "wie wird was ausgewählt und verwendet?". Und dies führt geradewegs in den Bereich der persönlichen Verantwortlichkeit derjenigen, die Wissen anwenden. Es dient dem sauberen Denken, aber auch unserer Psychohygiene, uns immer wieder zu vergegenwärtigen, daß wir bei allem Wissen immer nur Beobachter bleiben, die unsere Entscheidungen nach bestem Wissen *und* Gewissen treffen. Daher meine anderenorts synthetisierte, ethische Forderung: "Werde dir bewußt, daß *Du* entscheidest!" (vgl. Ludewig 1992). Und aus dieser Verantwortung hilft uns kein noch so etabliertes Wissen heraus, zumindest nicht, in der therapeutischen Arbeit mit Menschen.

Dem gegenüber liegen die Nachteile einer "wissenden" Haltung auf der Hand: Man ist geneigt, der "Versuchung der Gewißheit" zu erliegen und die Eier, die man selbst versteckt hat, wiederzufinden. Man läuft Gefahr, die eine oder die andere Dummheit im Sinne Hofstätters zu begehen: Man sieht den Baum vor lauter Wald, oder den Wald vor lauter Bäume nicht. Man behandelt selbstgestellte Diagnosen mit Hilfe

störungsspezifischer Verfahren und mißachtet vor lauter Wissen die je eigenen Belange der einzelnen Klienten. Oder man fokussiert so intensiv auf den Einzelnen, daß der Blick für das Gesamte abhanden geht. Wollen wir professionell bleiben, führt kein Weg daran vorbei, unser Wissen zu nutzen, wohlwissend, daß Wissen immer vorläufig ist und sich selbst gegenüber blind sein kann.

Letzten Endes erscheint mir die Frage, ob ein eng gefaßter lösungsorientierter Ansatz Störungs- und Lösungswissen benötigt oder nicht, wenig ergiebig. Denn Psychotherapeuten kommen hoffentlich nur selten als *tabula rasa* vor. Relevanter erscheint es mir, daran zu erinnern, daß wir, systemische Therapeuten, jedenfalls gut beraten sind, auf dem beschriebenen Grat zu bleiben und weder dem einen noch dem anderen Sog zu verfallen. Mit den Worten Francisco Varelas (1976) auf den Punkt gebracht: *Not one, not two, ... but one and two!*

Literatur

- Glaser, H. (1967): *Das Denken in der Medizin*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (1999a): "Überlebensdiagnostik" - eine systemische Option. *Kontext*, Heft 2, im Druck.
- Ludewig, K. (1999b): Selbstreflexion in der systemischen Weiterbildung - zum Sinn und Unsinn eines traditionellen Vorgehens. *System Familie*, im Druck.
- Ludewig, K. (1999c): Therapieziele in der Systemischen Therapie. In: Ambühl, H. & B. Strauss (Hrsg.): *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, S. 251-275.
- Ludewig, K. (1999d): Der Kampf der Giganten: Magersucht vs. Plan. Anregungen für die stationäre Arbeit mit magersüchtigen Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann, M. & W. Burr (Hrsg.): *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund: Borgmann, S. 117 -142.
- Luhmann, N. (1990): *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schiepek, G. (1999): *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von, J. Schweitzer (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shapiro, F. (1997): *EMDR - der erlösende Blick*. Paderborn: Junfermann.
- Varela, F.J. (1976): Not one, not two. *CoEvolution Quarterly* 11: 62-67.

Zum Verfasser

Dipl.-Psych. Dr. phil. Kurt Ludewig
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
 Westfälische Wilhelms-Universität Münster
 Schmeddingstr. 50, D - 48149 Münster
 und
 Institut für systemische Studien
 Neumünstersche Straße 14, D-20251 Hamburg