

"Ich werde in jeder Therapie ein anderer sein"

- Ein Gespräch -

Wolfgang Loth, Bergisch Gladbach & Kurt Ludewig, Münster

Vorbemerkung

Nachdem ich (W.L.) mich schon eine Reihe von Jahren mit seinen theoretischen und konzeptionellen Arbeiten auseinandergesetzt hatte, bot sich mir im April dieses Jahres die Gelegenheit, Kurt Ludewig drei Tage lang bei seiner Arbeit in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster zu begleiten und zu beobachten. Mich interessierte besonders der Überschneidungsbereich zwischen Theorie und Praxis. In diesem Zusammenhang fand das folgende Gespräch statt.

W.L.: Eine erste Frage an Dich als jemanden, der im deutschsprachigen Raum wesentliche Beiträge zur konzeptionellen Grundlegung der systemischen Therapie geleistet hat: Wie findest Du es, daß "systemisch" mittlerweile offensichtlich ein so weit verbreitetes Etikett ist?

K.L.: Ich habe gewisse Schwierigkeiten mit diesem Wort, weil es ja sehr viele unterschiedliche Bedeutungen gehabt hat in der Geschichte der Psychotherapie. Meines Wissens war Gregory Bateson der erste, der die Bezeichnung "systemisch" offiziell benutzt hat. Er hat es aber damals eher als Adjektiv von System benutzt, im Sinne von "betreffend systemtheoretisch". Ich habe den Eindruck, daß es in vielen Bereichen tatsächlich als Oberbegriff im Rahmen der Systemtheorie - welcher Art auch immer - verwendet wird. Ich habe versucht, den Begriff -zumindest für mich- zu präzisieren. Natürlich nicht in der Absicht, das für alle bindend zu machen, sondern als einen Begriff zu verwenden, der eine Art des Denkens kennzeichnet: das systemische Denken. Das ruht dann auf zwei Beinen: auf Systemtheorie und auf einer konstruktivistischen Herangehensweise. Ich verstehe Systeme als Konstruktionen mit dem Ziel, Komplexität zu reduzieren, bzw. als Kennzeichnung einer Umgangsweise mit Wirklichkeit. Wenn man sagt: es gibt Systeme, sagt man gleichzeitig damit, daß es Systeme nicht im ontologischen Sinne, sondern im ontierten Sinne gibt. Man erzeugt Systeme, indem man Komplexität reduziert.

Da schließt sich meine nächste Frage an: Systemische Therapie wird ja eher als eine Metastrategie beschrieben. Ich habe manchmal den Eindruck, daß das, was dazu geschrieben wird, auf der einen Seite die Theorieliebhaber beflügelt, auf der anderen Seite für Praktiker sehr handhabbar wirkt. Aber dieser Zwischenbereich -Du definierst ja systemische Therapie auch als das Orientieren der Praxis an Systemtheorie und konstruktivistischer Erkenntnistheorie- dieser Zwischenbereich zwischen Orientieren und Handeln, zwischen Theorie und Praxis, der scheint mir etwas zu kurz zu kommen, oder es scheint schwierig zu sein, ihn zu fassen. Wie siehst Du das?

Also ich teile Deine Skepsis, ob überall so eine Verbindung hergestellt werden kann zwischen abstrakt klingender Systemtheorie und der Alltagspraxis eines Therapeuten. Auf der anderen Seite, wenn man sich die Entwürfe anguckt, die immer wieder als selbstverständlich angenommen werden, sei es Positivismus, sei es Realismus oder analytisches Denken. Die werden nicht hinterfragt. Wenn jemand in der Psychotherapie zum Beispiel sagt: "Ich denke analytisch", meint das in der Regel "Ich denke psychoanalytisch". Es geht dann um die

Verbindung zwischen den einzelnen von mir analysierten Bestandteilen eines psychischen Apparates, darum, diese Verbindung zu verstehen und darauf einzuwirken. Und da wird nicht behauptet, daß es diesen Bruch zwischen Theorie und Praxis gebe. Ich denke, jede Theorie kann ja nur einen allgemeinen Rahmen bieten, der den Praktikern, also den Handelnden als Hintergrund für die Entscheidungen, die sie treffen, dienen kann. Aber ich glaube nicht, daß irgendeine Theorie vorschreiben kann, wie eine bestimmte Praxis auszusehen habe. Ich kann mir vorstellen, daß die Verbindung zwischen Theorie und Praxis eher eine orientierende Anleitung sein kann, so daß die Praktiker sich zumindest fragen können, wie sehr sie stimmig sind mit ihrer zugrundegelegten Theorie, wenn sie handeln oder gehandelt haben. Aber sie werden nie aus der Theorie eine direkte Ableitung für ihr Handeln haben können. Sie werden vielleicht ein Prüfverfahren damit zur Hand haben, aber nicht eine direkte Verbindung in dem Sinne: wenn die Theorie so ist, dann muß die Praxis so sein. Und ich denke, daß die Versuche, eine direkte Ableitung anzubieten, alle gescheitert sind. Die Lerntheorie zum Beispiel zu benutzen als eine Möglichkeit für die Deduktion für die Praxis, so daß man sagen könnte: diese Praxis muß so sein, weil die Lerntheorie uns das vorschreibt, ist gescheitert. Selbst die Theoretiker der Verhaltenstherapie mußten feststellen: So einfach geht das nicht. In der Praxis macht man sehr viele Dinge, die sich pragmatisch ergeben, und wenn man Glück hat, gelingt es einem, das theoretisch zu untermauern. Ähnlich ist das mit der systemischen Therapie. Ob man konstruktive oder zirkuläre Fragen stellt, oder ähnliches, das ist nicht eine konkrete direkte 1:1-Ableitung einer Theorie. Es ist ein pragmatisches Verfahren, das theoretisch nacherklärt werden kann. Allenfalls läßt sich sagen, daß solche Techniken mit dem theoretischen Konzept kohärent sind.

Dennoch könnte man ja davon ausgehen, daß die zwei Bereiche sich gegenseitig anregen müssen. Die institutionelle Lage, die psychotherapie-politische Situation fordern das ja geradezu, daß sie sich verstehen müssen, zumindest aufeinander beziehen müssen. Was sind Deiner Meinung nach im Moment die wichtigsten Fragen aus der Praxis an die Theorie und umgekehrt?

Also wenn ich davon ausgehe, daß eine Theorie sowohl die einschränkenden Bedingungen, die constraints, liefert für eine Praxis, die mit einer Theorie stimmig sein will, andererseits aber auch Möglichkeiten eröffnet, die Praxis voranzutreiben, dann erscheint mir als eine wichtige Frage für die Praxis: Was sollte man lieber unterlassen, wenn man als Praktiker systemisch denken will? Und zu unterlassen wären zum Beispiel realistisch anmutende, objektivistisch anmutende diagnostische Zuordnungen. Zu unterlassen wäre die Vorstellung, man könnte bei Problem A Methode AX anwenden, und es würde zum Ergebnis AY kommen. Dies wäre ein Kindertraum. Auf der anderen Seite, was Praktiker schon benötigen, ist die Kontrolle durch andere, die sich die Praxis ansehen und dann im Hinblick auf dieses Prüfverfahren beurteilen können, ob das, was die Praxis vorgibt zu tun, nachvollziehbar ist und mit dem Denkhintergrund übereinstimmt. Das wäre prüfbar. Wichtiger erscheint mir allerdings, und das wären konkrete Fragen an die Theoretiker, wie man diese Praxis prüfbar machen kann, auch im Hinblick auf zum Beispiel Effektivität. Wenn systemisches Denken davon ausgeht, daß Menschen autonom seien, insofern nicht gezielt instruiert werden können, wie könnte dann eine gesellschaftlich anerkannte Form der Darstellung eigener Ergebnisse entstehen, die nicht in Kollision gerät mit den zugrundegelegten Ideen? Ganz praktisch, eine Frage der Evaluation.

Du hast ja sehr viel Arbeit darauf verwendet, Therapie als soziales System zu beschreiben und versucht, das mit Hilfe des Mitglied-Konzeptes prägnant zu machen. Du definierst Mitglied dabei als etwas Interaktives, als "operationale Kohärenzen". Wenn ich mit KollegInnen darüber diskutiere, gewinne ich jedoch oft den Eindruck, daß das Interaktive nach einiger Zeit in den Hintergrund tritt und das Mitglied dann eher als eine "leibhaftige" Person gesehen wird. Hast Du diese Irritation in Kauf genommen, um eine griffige Beschreibung anbieten zu können oder hattest Du etwas anderes im Sinn?

Also ich wundere mich, daß dieses Konzept des Mitglieds in der systemtheoretischen Literatur bisher kaum Verwendung gefunden hat. Meines Erachtens ist das ein Begriff, der sich von selbst anbietet. Mitglied heißt ja: es muß ein Mitglied von etwas sein. Ein Mitglied allein ist undenkbar. Es gehören mindestens zwei dazu. Das heißt: für die Beschreibung der Komponenten eines sozialen Systems bietet sich der Begriff Mitglied wie von selbst an.

Wie hat sich das praktisch für Dich als nützlich erwiesen?

Wir sprachen eben schon darüber, daß das Verhältnis von Theorie und Praxis nicht als ein 1:1-Verhältnis angenommen werden kann. Theorie wirkt wie eine Art Hintergrundrauschen für praktisches Handeln, so daß ich mir bestimmte Dinge besser erklären kann. Nehmen wir das Beispiel der Therapiesitzungen hier gestern und heute. Ich würde sagen, in der einen Sitzung war ich eine Art "väterlicher Erziehungsberater", wobei ich versucht habe, der Familie das eine oder andere klar zu machen. Heute morgen im Erstgespräch mit der Mutter und einem unruhigen Kind habe ich mich eher wie ein "psychologischer Neuropädiater" verhalten. Im Gespräch mit dem Mädchen, das vorgab, besonders aggressiv zu sein, habe ich wiederum mehr darauf geachtet zu dekonstruieren, usw. Um dies auf den Punkt zu bringen: Da ist mir das Mitglied-Konzept schon nützlich. Therapie, und eben auch Systemtherapie entsteht immer im jeweiligen Moment, in dem die Therapie beginnt. Das heißt: die Komponenten dieses Systems entstehen auch erst an diesem Punkt. Der Therapeut und der Klient, der Kunde, wenn Du so willst, entstehen in Bezug zueinander erst mit Beginn des sozialen Systems Therapie. Davor hat es sie nicht gegeben und danach wird es sie auch nicht geben. Was ich jetzt als Mensch mitbringe, ist eine mehr oder weniger reichhaltige Struktur von Möglichkeiten, aufgebaut auf Erfahrungen, Wissen, usw. Das heißt, mein Expertentum besteht darin, mich anzukoppeln an das, was sie wünschen, und im Hinblick auf das, was ich zusammen mit ihnen leisten kann. Ich werde somit in jeder Therapie ein anderer sein. Das heißt: für mich ist es sehr schwer, auf die Frage zu antworten: wie mache ich Therapie? Im Sinne von z.B.: Da kommt ein magersüchtiges Mädchen in Therapie, was mache ich da? Wie gehe ich mit Anorexie um, wie mit Bulimie, usw.? Ich kann diese Frage so nicht beantworten. Um sie beantworten zu können, müßte ich ein Schema haben, wie ein Therapeut zu sein habe angesichts eines bestimmten Problems. Ich bevorzuge zu sagen, es entsteht eine Kommunikation darüber, und in dieser Kommunikation stimmen sich die Träger dieser Kommunikation darüber ab, was sie voneinander erwarten und wie sie miteinander umgehen. Und eines dieser Mitglieder ist ein Therapeut. Die Verbindung zwischen mir als Mensch und der Mitgliedschaft "Therapeut" ist, soviel Struktur wie möglich zur Verfügung zu stellen, damit die optimale Mitgliedschaft in diesem spezifischen therapeutischen System entstehen und handeln kann.

Du hast ja in Deinem Buch ⁽¹⁾ besonders herausgehoben, wie sehr es darauf ankomme, zwischen Anliegen und Auftrag zu unterscheiden. Was sind für Dich Kriterien, um für Dich zu unterscheiden, ob ein Auftrag schon handhabbar ist? Worauf genau achtest Du dabei?

Letzten Endes -wenn wir davon ausgehen, daß der Therapeut ein Subjekt ist, das seine Situation subjektiv versteht- ist das entscheidende Kriterium die Kohärenz, die Stimmigkeit, die der Therapeut in einem bestimmten Moment an der Hand zu haben glaubt. Der Therapeut meint, einen Auftrag zu haben, wenn er den Eindruck hat, das Anliegen genügend verstanden zu haben und aus dem Anliegen der Hilfesuchenden etwas Machbares, etwas Operationales erarbeitet zu haben, und er meint, im Sinne der Hilfesuchenden zu einem Ergebnis kommen zu können. Dies darüber hinaus irgendwie zu objektivieren oder zu normieren, das wüßte ich nicht, wie man das machen sollte. Therapie bleibt ja ein zwischenmenschliches Geschehen, bei dem alle Beteiligten innerhalb ihrer Möglichkeiten entscheiden, was sie verstanden und nicht verstanden haben, was und woran sie arbeiten oder nicht.

In diesem Zusammenhang: Wie wichtig ist für Dich dieses Konzept der informierten Zustimmung, das ja in letzter Zeit besonders durch die Arbeitsgruppe um Ludwig Reiter in die Diskussion gebracht wird⁽³⁾? Gerade im Kontext dieser Klinik informierte Zustimmung zur Art des Angebots, zur Art des Arbeitens, zur Art der Reduktion des Problems auf etwas Handhabbares zu bekommen?

Ich glaube, "informierte Zustimmung" ist ein komplizierter Begriff, weil er voraussetzt, es wäre möglich zu planen, kausal zu planen. Wenn es möglich ist zu planen, dann kann man z.B. sein Therapiekonzept darlegen, man kann auf die Risiken usw. aufmerksam machen, und man kann sich dazu im voraus eine Zustimmung holen. Das ist das, was Verhaltenstherapeuten z.B. immer gerne versuchen, um damit Transparenz herzustellen. Ich denke aber, daß dies in der systemischen Therapie in vielen Fällen gar nicht möglich ist, weil man nicht davon ausgeht, daß ein Plan erfüllt wird, sondern daß es auf die Dynamik ankommt, die im Verlauf der Therapie entsteht. Dennoch kann man über die Bedingungen informieren, den Rahmen abstecken, in dem Therapie stattfinden wird. Und dann könnte man vielleicht ganz allgemein z.B. über Risiken reden. Das wäre möglich, und das sollte auch gemacht werden. Das wäre das eine. Das andere ist: wenn man es z.B. als Therapeut mit Menschen zu tun hat, die nicht in der Lage sind, ihre Zustimmung zu geben, z.B. mit Kindern, mit Opfern von Gewalt und Erpressung, oder mit Menschen, die in Delinquenz oder in Akten verstrickt sind, bei denen die Problemdefinition oder die Definition von Zielsetzungen nicht notwendigerweise das betrifft, was die beteiligten Menschen tatsächlich wollen. Diese Menschen bieten eine Art Kompromiß an zwischen dem, was man eröffnen kann und dem, was man für sich behalten muß. Ein Beispiel: Es kommt der Vater mit einer Tochter, die seit einiger Zeit ein nächtliches Einnässen zeigt. Man könnte relativ rasch eine Idee entwickeln, wie man dieses Problem verhaltenstherapeutisch oder von mir aus familientherapeutisch behandeln könnte. Es könnte sein, daß dieses aber eine Möglichkeit des Mädchens war zu sagen, mir passiert etwas, ich werde sexuell mißbraucht, was ich nicht mehr haben will, aber nicht ausdrücken kann, weil ich sonst Verrat an meiner Familie übe. Wollte man sich da die Zustimmung holen für eine Therapie der Enuresis, wäre man auf dem Holzweg. Das ist ein Problem, mit dem sich die systemische Therapie bisher wenig befaßt hat. Es stellt sich dann die Frage, wie man Bedingungen schaffen kann, um trotz Geheimhaltung genügende Transparenz zu erreichen. Ich denke, darüber müssen wir noch allerhand nachdenken.

Ist das ein Teil des Hintergrundes für Deine Beschäftigung mit Konzepten in der letzten Zeit, die nicht so sehr nach systemischer Therapie schmecken, wie soziale Kontrolle, Fürsorge. Diese Begriffe tauchen in dem Abstract zu Deinem Viersener Workshop auf: "Helfen mit Gewalt" ...

...mit Fragezeichen...

...mit Fragezeichen, ja⁽³⁾.

Ich denke, daß im systemischen Feld ein Mißverständnis aufgetreten ist. Ein Mißverständnis, das sich koppelt an die Grundaussage von Maturana, daß es keine instruktive Interaktion gibt, also an die grundsätzliche Annahme, daß Menschen autonom sind, und man könne mit ihnen nicht kausal interagieren. Dies stimmt und stimmt nicht. Es stimmt auf der Ebene der biologischen Autonomie, es stimmt nicht auf der Ebene sozialer Interaktionen. Ich kann durchaus etwas tun, was sich für Dich destruktiv auswirkt, und diese Destruktivität kann ich mit großer Wahrscheinlichkeit voraussagen. Gewalt hat eine ähnliche Dynamik: einer handelt in Bezug auf einen anderen, ohne Rücksicht darauf zu nehmen, was mit dem anderen geschieht und welche Antwort der andere darauf gibt. Im weitesten Sinne: er benutzt den anderen als Gegenstand. In diesem Sinne geschieht schon Kausalität in der Handlung, in der einseitig gerichteten Handlung. Zu sagen, es gebe keine instruktive Interaktion, ist somit in dem Sinne richtig, daß keine Struktur einseitig bestimmt werden kann. Man kann aber Strukturen vernichten, verletzen, sowohl psychische als auch biologische, als auch soziale Strukturen. Man kann auch Einfluß nehmen,

sofern man ungefähr weiß, wie bestimmt Systeme funktionieren. Und insofern scheint mir die hier und da im systemischen Feld zu hörende Absage an Gewalt, Kontrolle oder Macht das Produkt eines Mißverständnisses zu sein. Was mir wichtig erscheint, ist, diese Begriffe in Einklang zu bringen mit systemischem Denken, um damit umgehen zu können. Einfach zu sagen, es gebe keine Macht, oder alles sei bloß Machtmetapher, löst kein Problem.

In der Ankündigung zu Deinem Viersener Workshop sprichst Du davon, "Fürsorge und soziale Kontrolle wieder zu nützlichen und wertvollen Elementen im Umgang mit sozialen Systemen zu machen"...

...Sie sind's, sie sollen es auch bleiben. Das sind doch Instrumente des sozialen Miteinanders. Daß es eine Polizei gibt, die ausgestattet ist mit bestimmten Machtbefugnissen, zum Zwecke der Erhaltung der sozialen Ordnung, das wird keiner in Frage stellen. Es gibt wohl keinen, der systemisch denkt und sagen würde: da wir der Macht abschwören, werden wir auf die Polizei verzichten und auf die Selbstorganisation der Gesellschaft hoffen. Das wäre absurd.

Aber es war doch wohl offensichtlich eine ganze Zeit lang so, daß man sich im Bereich der systemischen Therapie schwer getan hat mit -sagen wir mal- den hard facts des Verletzens.

Nun, ich gehe davon aus, daß jedes Denken nun einmal anfangen muß, sich zu konstituieren. Der entscheidende Anstoß der Diskussion gegen Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre war ja, dieses Grundverständnis des Menschen als heteronom bedingbar einmal beiseite zu stellen. Es ging darum zu prüfen, wie weit wir kommen, wenn wir mit einem Autonomiekonzept, einem Selbstorganisationskonzept z.B., operieren? Wie könnte das genutzt werden für die Arbeit in der Therapie zum Beispiel? Und in dieser Zeit, so denke ich, mußte man auf irgendetwas fokussieren. Und zunächst einmal hat man das fokussiert, was einem gangbar erschien. Und am gangbarsten war es natürlich, wenn man es mit Menschen zu tun hatte, die motiviert waren, die nach Therapie gesucht haben, usw. In einem nächsten Schritt hat z.B. De Shazer diese für mich seltsame Unterscheidung zwischen Besuchern, Beschwerdeführern und Kunden vorgeschlagen. Das war schon ein erstes Zugeständnis, daß man mit einem auf Autonomie gedachten Therapiekonzept nicht mit jedem gleich erfolgreich arbeiten kann.

Obwohl ja gerade die De Shazer-Leute eine ganze Reihe von eindrucksvollen Beispielen beschreiben, Arbeit mit Obdachlosen, Junkies, Gewalttätigen. Sieht erst mal so aus, als ob die vor keiner Herausforderung zurückschrecken.

Meiner Meinung nach geht es da zunächst um Motivationsarbeit. Wenn sie nur mit Komplimenten arbeiten bei jemandem, der ein Besucher sein soll, dann erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit dafür, daß der, der da als Besucher eingeschätzt wurde, sich einläßt auf einen Prozeß, in dem er selbst möglicherweise Beschwerden vortragen würde, und in der Folge den Wunsch entwickelt, diese Beschwerden aktiv zu bewältigen. Die Erfahrung zeigt, daß sich das durchaus lohnen kann. Nur, der nächste Schritt ist aber der, und da ist die Systemische Therapie auch zurecht kritisiert worden, sich mit Fragen von Gewalt auseinanderzusetzen, mit jeder Form von Vergewaltigung, jeder Form von Mißbrauch -Mißbrauch ist ein Begriff, der Gegenständlichkeit beinhaltet, ein etwas wie einen Gegenstand gebrauchen-. Das sind die Fragen, die im Moment anstehen, bearbeitet zu werden, um sie in Einklang zu bringen mit dem zugrundegelegten Denkschema. Denn wenn das nicht klappt, dann ist das Denkschema falsch. Wenn es nicht möglich ist, aus einer systemischen Perspektive heraus mit Gewalt konzeptionell und praktisch sinnvoll zu arbeiten, dann taugt die systemische Perspektive auf Dauer gesehen wenig.

Das wäre ...

...der Prüfstein...

...der Prüfstein, ja. In diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal auf den Begriff Respekt zu sprechen kommen. Gerade zu diesem Thema Gewalt hatte ich bislang gelegentlich Schwierigkeiten damit, Respekt zu begründen, sozusagen Respekt als ethischen Imperativ durchzuhalten. Ich habe das dann eingegrenzt auf eine pragmatische Form, im Sinne der Vorannahme: unter geeigneten Bedingungen könnte der auch anders. Was denkst Du, was ist notwendig, um Respekt im Sinn zu halten?

Respekt heißt ja nichts anderes als den anderen zu sehen. Und ich denke, wenn wir prinzipiell davon ausgehen, daß Menschen autonom sind, aber geformt sind durch eine Geschichte von Interaktionen im Verlauf ihrer Lebensgeschichte, dann stellen sich mir als Beobachter oder als Gegenüber eines Menschen zwei Perspektiven dar. Die eine Perspektive ist, ich respektiere den anderen so wie er ist als aktuelles Ergebnis eines Gewordenseins. Andererseits kann ich neben diesem Respekt durchaus den Wunsch haben, mit diesem Menschen nichts zu tun zu haben, oder etwas dazu zu tun, daß der nicht weiter Dinge tut, die mir aufgrund meiner ethischen Erwartungen nicht gefallen. Das heißt: ich würde Verantwortung dafür übernehmen, dafür etwas zu tun, daß er daran gehindert wird, Dinge zu tun, die mir im Hinblick auf das allgemeine Wohl oder auf das Wohl eines anderen zum Beispiel nicht gefallen. Dies heißt nicht, daß man Respekt aufgibt. Ich glaube, es ist durchaus denkbar und machbar, jemanden, der noch so fürchterliche Dinge tut, zu respektieren als einen gewordenen Menschen im eigenen Recht, zugleich aber bestrebt zu sein, diesem Menschen das Handwerk zu legen. Da sehe ich keinen Widerspruch.

Wenn ich das richtig verstehe, ist der weiterführende Begriff der Begriff der Verantwortung, Verantwortung übernehmen für die eigene Auswahl, und das in die Tat umzusetzen.

Ja. Ich habe irgendwann als ethischen Imperativ formuliert: Werde Dir bewußt, daß Du entscheidest, bzw. daß Du auswählst. Entscheiden muß ich, wie ich mich jemandem gegenüber verhalte. Es macht allerdings einen Unterschied, wenn ich das ontologisiere und sage: Das, was er macht, ist an sich falsch, das ist ein falsch existierender Mensch. Dabei würde ich mir aus einer sozusagen übergeordneten Erklärung heraus die Berechtigung holen, ihn zu ändern. Etwas anderes ist es, wenn ich sage: ich finde das, was er macht, für mich nicht akzeptabel, und ich übernehme Verantwortung, etwas dagegen zu tun. Das heißt: ich rede mich nicht auf den Sachzwang moralischer oder sonstiger Normen hinaus. Ich muß auch mit mir klar kommen, wie ich jemanden respektieren kann im Hinblick auf meine eigenen Vorstellungen eines guten Lebens. Respekt heißt ja nicht nur Respekt des anderen, es heißt auch Selbstrespekt. Ich kann durchaus jemanden verstehen, ohne mit dem einverstanden zu sein, was er tut. Das ist banal, das ist alte Pädagogik.

Welche Möglichkeiten siehst Du, die Position der persönlichen Verantwortung für sein Auswählen und Entscheiden unter einen Hut zu bekommen mit Anforderungen der traditionellen Evaluationsforschung? In der momentanen Diskussion zur Psychotherapie-Gesetzgebung spielen ontologisierende Positionen ja doch eine dominierende Rolle.

Die traditionelle Evaluationsforschung geht von normativen Setzungen und von Zustandsbeschreibungen im Sinne von Diagnosen aus. Klinische Diagnosen sind Zustandsbeschreibungen, die von dem abweichen, wie man denkt, daß ein Mensch sein sollte. Also geht es dann darum, diesen Menschen von der diagnostischen Kategorie in eine andere Kategorie der Beurteilung zu bringen, zum Beispiel gesund, oder normal, unauffällig, oder was auch immer. Die Psychiatrieforschung hat bisher mit der Differenz "krank/gesund" gearbeitet und dies für Gegebenheiten gehalten. Die Beseitigung der Zuordnung zu einer Diagnose ist dann ein Maß für den Erfolg einer therapeutischen Maßnahme. Dies setzt voraus, es sei möglich, menschliche Zustände zu objektivieren. Man könnte den anderen sozusagen eindeutig einer Kategorie zuordnen, man könnte schließlich deutlich einen Wechsel in den Kategorien feststellen. Ich halte das für eine illusionäre Erwartung, eine überzogene Erwartung an die

Erkenntnismöglichkeiten. Und ich halte es auch für eine ziemlich respektlose Umgehensweise mit Menschen. Mir scheint es viel wichtiger, wenn wir statt dessen den Unterschied zwischen Anliegen und Auftrag zugrundelegen, und den Arbeitsauftrag, den wir gemeinsam mit den Hilfesuchenden erarbeitet haben, zum Maßstab einer Veränderung machen. Das heißt: wenn man sich vorgenommen hat, ein Ziel X zu erreichen, wäre eine therapeutische Maßnahme dann erfolgreich, wenn es gelungen ist, sich diesem Ziel bzw. den Zwischenzielen anzunähern und die Beteiligten sich darüber einig sind, daß dies auch erreicht worden ist. Auf einer solchen Grundlage, die das Erfüllen des Auftrags in den Vordergrund stellt, kann es gelingen, den gesamten Prozeß einer Therapie als solchen zu identifizieren und zu bewerten. Dabei trägt man dem Rechnung, daß es sich immer um einen bestimmten Prozeß handelt, ohne dies zu abstrahieren oder auf allgemeingültige Diagnosen abzuheben.

Wie siehst Du die Chance, daß sich dieses Denken so weit durchsetzt, daß es sich eines Tages im Kanon anerkannter Verfahren wiederfindet? Im Moment sind die Einschätzungen dazu eher skeptisch, jedenfalls ambivalent.

Das kann sich ändern. Wir wissen ja aus der Geschichte der Wissenschaften, daß die nicht so sehr von Gedanken getragen worden sind, sondern von Menschen. Ich denke, es wird einen Generationenwechsel mit der Zeit geben, so daß die jetzigen Hüter des Bestehenden allmählich abgelöst werden von Menschen, die neue Gedanken und neue Therapien vertreten. Diese werden wissenschaftlich wachsen, darüber forschen. Das wird aber sicherlich noch ein paar Generationen dauern. Die Psychologie ist da offensichtlich ausgesprochen konservativ. Man weiß z.B. aus anderen Wissenschaften, aus den Naturwissenschaften, daß Gedanken wie das Selbstorganisationskonzept, die Autopoiese und Synergetik durchaus einen Eingang in diese Wissenschaften gefunden haben. Die Psychologie als eine schwache Wissenschaft, die es nicht zu tun hat mit harten Daten, sondern wo immer wieder Meinungen, Strömungen regieren, scheint länger zu brauchen, um sich zu trauen, solche Gedanken wie Autonomie aufzunehmen. Aber ich bin guter Dinge, weil ich denke, diese Bewegung ist entstanden, Menschen sind neugierig, suchen nach Neuem, und das ist eine gute Basis. Viele Therapeuten und auch junge Wissenschaftler sind heute sehr interessiert an systemischem Denken, systemischer Therapie, die Hüter der Wissenschaft nicht. Aber das ist eine Frage der Zeit.

¹⁾ "Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis", (1992) Stuttgart: Klett-Cotta.

²⁾ z.B. S. Reiter-Theil et al. (1991), "Informed consent in family therapy. Necessary discourse and practice", *Changes* 9(2): 81-90.

³⁾ "Helfen mit Gewalt?", Workshop auf den 7. Viersener Therapietagen, 5.-7.5.94.

Wolfgang Loth
Steinbrecher Weg 52
51427 Bergisch Gladbach
e-mail: kopiloth@t-online.de

Dr. Kurt Ludewig
Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie
d. Kindes- und Jugendalters
Schmeddingstr.50
48149 Münster