

Nicht ob, sondern wie – Überlegungen aus Anlass einer professionellen Beziehungsstörung

Wolfgang Loth

Eine Vorsicht

„Eine organismische Sicht kann zu einer umfassenderen Synthese führen und zu einer besseren Anpassung an die Probleme, mit denen wir konfrontiert sind – vorausgesetzt, wir sind uns bewusst, dass auch eine solche Sicht ihre Begrenzungen hat und dass alle unsere intellektuellen Schemata nichts anderes sind als ein bescheidener Versuch, einige Spuren des großen Plans der Realität nachzuzeichnen.“ Ludwig von Bertalanffy¹

Zeit zum Anstoßen? oder lieber „Bitte nicht stören!“?

Wohl wahr, wenn es um die Existenz geht, hört der Spaß auf – zumindest dann, wenn kein Spielraum mehr aufscheint, der unterschiedliche Erfahrungen mit der Existenz zulässt, oder Erfahrungen für sie. Existenz wäre Basis, Spielraum Überbau, Marx hin oder her. Die Erfahrung von Spielraum beruhigt: wir sind noch im Überbau, Kontingenz sorgt für Aussicht auf mehr. Der Eindruck hingegen von „Spielraum geschlossen“ ändert das deutlich: die Ware wird knapp, die eigene Tasche zum Kompass. Angst kommt von Enge und sie nährt sich dann gut. Das kostet. Was (und wer) im Spielraum vermutlich (auch) ohne Problem anerkannt werden kann, wird in der Enge *non grata*, will sagen, dem gönnt man nur noch die Gräten. Dem Einwand sei Dank, dass Gräten – nimmt man's genau – nicht nur der Rest sind, der übrig bleibt, sondern auch das Rückgrat und, wenn man so will, auch die Essenz des aufrechten Gangs. So wird es jetzt spannend: Lässt sich vom Rückgrat leben (existenziell), wenn es als Essenz zwar aufrecht daherkommt, doch ohne Mitgift? Womit sich ein Thema erschließt, ob es passt oder nicht: wieviel verträgt Anerkennung? Wieviel Ungleichgewicht, bis sie zum Wortgeklingel wird? Wieviel Asymmetrie, bis von ihr nichts mehr erkennbar ist? Wieviel Vorschrift verträgt eine Beziehung, und wie nennt sie sich dann?

Verfolgt man die Frage der Anerkennung für die Systemische Therapie in den letzten Jahren, könnte es scheinen, als ließe sich eine Gretchen-Frage erkennen: Wie hältst Du's mit der Störung? Mit dieser Frage, genauer: mit der sie nähernden Thematik der Störung lässt sich ein Schauplatz beziehen, der einen Inhalt so griffig anbietet, dass es eine Lust zum Streiten wäre, ginge es darum. Ich möchte in diesem Beitrag sowohl die inhaltliche Seite

1) 1951, S. 311, Übers.: W. L.

des Themas aufgreifen, aber auch deutlich machen, dass ich dieses Thema für einen Popanz halte. Der Engpass, der sich mittlerweile für systemisch arbeitende HelferInnen in der Anerkennungsfrage aufgetan hat, korrespondiert zwar m. E. mit Unklarheiten im Umgang mit dem Störungsbegriff (auch auf systemischer Seite), doch „richtig eng“ wird mir das erst durch etwas anderes. Dazu später mehr.

Was macht den Umgang mit dem Störungsbegriff so sensibel? Zunächst einmal scheint es mir sinnvoll, den Kontext ernst zu nehmen, in dem „Störung“ als Begriff seine Dienste tut. Denjenigen, die eine Finanzierung an nachweisbare Leistungen koppeln (definiert über spezifische Ergebnisse), kann ja die Logik nicht rundheraus abgesprochen werden. Um zu solcherart definierten Leistungen zu kommen, muss ein Betätigungsfeld beschrieben werden, in dem es möglich ist, von einem (aus Sicht des öffentlichen Interesses) nicht akzeptablen Zustand A in einen (wieder aus Sicht des öffentlichen Interesses) akzeptablen Zustand B zu gelangen mit Hilfe von Maßnahmen, die eingrenz- und damit zählbar sind.

Das hat, aus einer bestimmten Perspektive, durchaus Vorteile: mit dem Vorhandensein von Zählbarem lassen sich die Bedingungen von Bezahlen präzisieren und eichen. Das ist ökonomisch in mancherlei Hinsicht. Außerdem kann man das, geschichtlich betrachtet, durchaus als eine Folge der Aufklärung beschreiben, die sich in der Entwicklung der Technik vollendet: Menschen können etwas bewirken und zu Verhältnissen beitragen, in denen sie noch mehr bewirken können. Und in der Folge und auf dem Rücken der Aufklärung können sie das in Begriffen beschreiben, die es sowohl ermöglichen Veränderungen vernünftig zuzuschreiben als auch dabei Vergleiche anzustellen: die Zahl macht's. Und doch: Genau in dieser Erfüllung der Aufklärung in Form technologiefähiger Überlegungen kommt sie auch zu ihrem Ende, wenn es um Emanzipation geht: Aus dem Individuellen wird der „Fall“, aus dem unvertrauten Inhalt die zählbare Reduktion auf Vergleichbares. Aus der Auseinandersetzung mit Eigen-Sinnigem wird die Einsetzung in eine Position auf der Normalverteilungskurve.

Und warum Störung? Warum nicht Können? Weil sich Können nur im Falle seines öffentlichkeitswirksamen Fehlens zur Legitimation von Maßnahmen eignet. Wenn jemand auch bei regennasser Bewölkung die Sonnenuhr lesen kann, wird das erst dann zum öffentlichkeitswirksamen Thema, wenn er daraus einen Wahrheits- oder gar Herrschaftsanspruch ableitet, zum Beispiel. Und auch das erst dann, wenn er das mit untauglichen Mitteln durchzusetzen trachtet und dabei andere so sehr stört, dass deren eigenes Gestörtsein auf eine Störung beim anderen bezogen werden kann. Dies kann Maßnahmen nach sich ziehen, die gezahlt und bezahlt werden können, weil als öffentlich nützlich beschreibbar, und als spezifisches Handeln hin auf einen bestimmten Gegenstand: eine Störung. Und durch die Beschreibung der Störung in spezifischer Weise lässt sich wiederum ausdifferenzieren, wer etwas von der Störung versteht (die, die sie beschreiben können), wer etwas davon (zu haben) hat (die, die – so oder so – gestört sind bzw. waren), und schließlich, wer bestimmen darf, wer beschreiben kann, was beschrieben werden muss.

Zurück zum Engpass. Einerseits gibt es also einsehbar Gründe, weshalb eine Störungsfrage als Eintrittskarte benutzt werden kann, eine professionelle Seriosität und Kompetenz nachzuweisen. Andererseits jedoch haben systemisch orientierte und ausgebildete HelferInnen ihre Kompetenz überwiegend auf dem Überwinden der Störungsnotwendigkeit gegründet. Auch dies allerdings nicht von Beginn an. Vor der sogenannten konstruktivistischen Wende war das Zielen auf störungsspezifische Erleichterung durchaus gewollt. Das machte zwar Sinn und konnte sich unter Umständen sogar als emanzipatorisch verstehen, etwa als Befreiung aus der verschuldenden Rolle einer „schizophrenen Mutter“. Dieses schwere Fromm-Reichmannsche Geschütz wurde von Bateson et al. (1956) zwar relativiert, doch dürfte es auch weiterhin keine reine Freude gewesen sein, sich nun „nur“ noch als schizophrenieförderliche/r MitproduzentIn von unentrinnbaren Doppelbindungen zu Ungunsten eines „Opfers“ betrachten zu müssen. Und auch bei späteren Übersetzungen individueller Störungszuschreibungen in gemeinschaftliche Qualitäten blieb es leicht beim störungsspezifischen Indikativ: „hat“ oder „ist“ (z. B. Simon 1988²).

In den beiden letzten Jahrzehnten entwickelten sich systemische Blickgewohnheiten dann weit über den Tellerrand störungsspezifischer Erfassungen hinaus. Der Einfluss konstruktivistischen und konstruktionistischen Denkens im konzeptuellen Bereich (z. B. Watzlawick 1985, Gergen 2002) und der korrespondierende Einfluss lösungs- und ressourcenorientierter Konzepte im praktischen Bereich (z. B. de Shazer 1996, Schemmel & Schaller 2003, White 2007³) wurden prägend. Strong (2000) erfasst mit dem Begriff der „*collaborative influence*“ das Wesen dieser Entwicklung m. E. präzise. Nicht mehr der möglichst exakte, Veränderung steuernde Eingriff von außen ist die maßgebliche Denkfigur, sondern das möglichst zielenrichtige Teilnehmen an einem eigendynamischen Prozess der Förderung von hilfreichen Alternativen zum Beklagten, unter gleichzeitiger Beachtung der Notwendigkeit für professionelle HelferInnen, ihr Beistehen nachvollziehbar zu beschreiben und damit überprüfbar zu machen (Loth 1998).

Der Engpass also: einerseits hat sich in den Strukturen einer ausdifferenzierten Gesellschaft ein Begründungs- und Handlungszusammenhang herausgebildet, der das Herstellen von zählbaren Einheiten fordert als Basis für das Zur-Verfügung-Stellen von Mitteln. Und Störungen lassen sich sowohl leichter zählen als auch in ihrer öffentlichen Wirkung leichter auf Handlungsnotwendigkeiten beziehen. Auf der anderen Seite können aber auch systemisch orientierte HelferInnen auf durchdachte Argumente zurückgreifen, die ein Hilfehandeln nicht in erster Linie auf Störungen aufbauen, sondern auf Motivationen und Ressourcen. Um es zuzuspitzen: im einen Fall ist Störung eine Bedingung, im anderen ein brauchbarer Ausgangspunkt. Im einen Fall ist Störung daher Gegenstand externer Definition, im anderen

2) siehe: <http://www.kopiloht.de/fbs88.htm>

3) siehe: <http://www.kopiloht.de/whitemps.pdf>

Fall ist Störung ein Thema innerhalb gemeinsamer Suche nach Sinn. Aus dem einen ergibt sich eher die Absicht, etwas beenden zu wollen, aus dem anderen eher das Fördern von bevorzugten Alternativen.

Diese beiden unterscheidbaren professionellen Kulturen bilden durch ihr reines Vorhandensein noch nicht den Engpass. Der Engpass ergibt sich vor allem durch das Behindern der Möglichkeit, dass beide ihre Kompetenzen in fairer Konkurrenz anbieten können. Erst bei fairer Konkurrenz könnten sich Konstellationen entwickeln, die die Vorteile und Kosten der jeweiligen Angebote vergleichbar machten, inklusive des Berücksichtigens von Passungen, und hier wiederum inklusive der Passung für diejenigen, die sich lieber störungsspezifisch behandeln lassen wollen und dies auch bekommen können⁴. Der Engpass ergibt sich somit daraus, dass ein Teil derjenigen, die in dieser Konkurrenz wirken, einen Anspruch erheben (und zurzeit auch haben), diese Konkurrenz zu unterbinden. Ich nenne dies eine professionelle Beziehungsstörung.

Ich möchte die professionelle Beziehungsstörung illustrieren mit Hilfe eines Interviews von D. Schulte im Deutschen Ärzteblatt, genauer, anhand der Implikationen und Konsequenzen der dort im Namen des WBP getroffenen Aussagen. Des Weiteren möchte ich dafür plädieren, den Unterschied zwischen den erkennbaren Perspektiven nicht zu verwischen und sich nicht auf die andere Seite der Konkurrenz zu schlagen. Es gilt, so mein Vorschlag, etwas Erreichtes auf andere Art zu schützen als dadurch, sich durch Anpassung unkenntlich zu machen.

Aspekte einer professionellen Beziehungsstörung

In einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt äußerte sich D. Schulte kürzlich (2008) in seiner Eigenschaft als alternierender Vorsitzender des WBP zu neuen „Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren“. Schulte unterscheidet dort, gemäß den neuen Richtlinien, zwischen:

- *Verfahren* = „komplexe therapeutische Ansätze, auch Schulen genannt, die ein bestimmtes theoretisches Verständnis von psychischen Störungen und ihrer Behandlung haben“ (S. 55)
- *Methoden* = „spezielle Vorgehensweisen, die in der Regel bei nur einer spezifischen Störung oder Störungsgruppe eingesetzt werden“ (S. 55; Bsp.: EMDR, interpersonelle Psychotherapie!).

4) Zum Konzept der Passung vgl. Eckert & Biermann-Rathjen (2004). Die AutorInnen plädieren mit Rückgriff auf dieses Konzept und entsprechende empirische Befunde für eine „differentielle Indikation für Psychotherapie“.

Da es hinsichtlich Verfahren kaum Wahrscheinlichkeit für eigenständige neue Ansätze gebe, gehe es in erster Linie darum, die Methoden auf ihre Tauglichkeit hin zu untersuchen, die zur wissenschaftlichen Anerkennung streben. Schulte skizziert vier Fragen des WBP an diese neuen Methoden:

- Ist die Methode wirksam?
(► Heilt oder lindert sie Störungen mit Krankheitswert?)
- Erfolgt der Nachweis per wissenschaftliche Kriterien?
(► Sind Effekte objektiv feststellbar und replizierbar?)
- Werden die Effekte tatsächlich durch die Behandlung ausgelöst?
(► Sind die Effekte spezifischer Natur oder allgemeines Artefakt?)
- Erweisen sich die Verfahren (sic!) unter den Bedingungen des Gesundheitssystems als machbar?
(► Sind sie arbeitsalltagstauglich oder nicht?)

Das wären nun die Fragen, vor denen die Systemische Therapie steht, so wie sie Schulte und der WBP anbieten. Angenommen es machte Sinn, die Prämissen und Praxiserfahrungen Systemischer Therapie in Bezug auf ihre Anschlussfähigkeit an diese „Bedingungen des Gesundheitssystems“ zu überprüfen und eventuelle Anpassung zu leisten, dann müsste Systemische Therapie m. E.

- a) ihre erkenntnistheoretischen Prämissen im Hinblick auf den Begriff „Störung mit Krankheitswert“ klären,
- b) ihre erkenntnistheoretischen Prämissen hinsichtlich der Linearität/Nichtlinearität von Sinnprozessen überprüfen (bzw. die Annahme zirkulärer Prozesse),
- c) auch ihre Position im Hinblick auf die Bedeutung Allgemeiner/bzw. Gemeinsamer Faktoren überprüfen
- d) und schließlich sich mit dem Dilemma auseinandersetzen, dass der Nachweis, ob Systemische Therapie sich unter den Bedingungen des gegenwärtigen Gesundheitssystems als machbar erweisen kann, nur dann möglich ist, wenn Rahmenbedingungen erlaubt und finanziert werden, dies in vivo zu überprüfen. Das Einräumen fairer Bedingungen für diese Möglichkeit geschieht jedoch nur dann (wenn überhaupt), wenn sich Systemische Therapie vorher bereits den Bedingungen der Etablierten angepasst hat. D. h.: die Plausibilität systemischer Grundpositionen kann nicht als Ergebnis erwiesen werden, weil sie im Vorfeld preisgegeben werden mussten, um einen anerkannten Nachweis führen zu dürfen.

Dazu im Folgenden einige vertiefende Überlegungen und Anmerkungen.

Erkenntnistheoretische Prämissen im Hinblick auf den Begriff „Störung mit Krankheitswert“ klären

Die Klinische Theorie Systemischer Therapie hat mittlerweile einen Entwicklungsstand erreicht, der nur schwer mit dem Konzept „Störung mit Krankheitswert“ in Einklang gebracht werden kann – wenigstens dann, wenn es um eine kohärente Theorieverfassung gehen sollte. Im Hinblick auf eine eventuell angestrebte Theorie-Integration kann ich mir das eigentlich nur als ein notdürftiges Zusammenwürfeln vorstellen. Zur Erinnerung: Kurt Ludewig (2002) spricht von der „Tradition des ‚grundlosen‘ systemischen Denkens“ (S. 72) und formuliert unmissverständlich: „Im systemischen Verständnis strebt Therapie nicht die Beseitigung einer Störung oder die Heilung einer Krankheit, sondern die Erfüllung eines mit dem Klienten vereinbarten ‚Auftrags‘ an“ (S. 50). Und genauso deutlich: „Nicht Heilung als Überwindung einer Krankheit findet statt, sondern der Ersatz leidvoller, destruktiver Handlungen durch andere, die angemessener sind und in aller Regel bereits im Repertoire des Betroffenen vorliegen“ (S. 64)⁵.

Anders als im Bereich der Theorie wird das Thema im Bereich der Praxis eher nicht so heiß gekocht, auch nicht im Bereich systemischer Praxis. Die Störungsfrage macht hier vermutlich weniger Eindruck, sondern wird als Eintrittskarte oder notwendiges Übel je nach Gewissen mehr oder weniger bissig abgehandelt. Die im Praxisalltag dominierenden eklektizistischen Tendenzen erleichtern das vermutlich (vgl. Lambert et al. 2004⁶, Norcross 2005⁷). Für PraktikerInnen dürfte die Erkenntnis in der Regel kein Problem sein, dass auch bei vorliegender gleicher Diagnose kaum zwei wirklich gleichartige KlientInnen vorzufinden sind. Clarkin & Levy (2004, S. 199) weisen darauf hin und beklagen, dass nichtdiagnostische KlientInnenvariablen trotz ihrer Relevanz für das Ergebnis in den diagnosefixierten Konzepten kaum vorkommen. Der „Krankheitswert“ ist in der Praxis im Prinzip keine Störungs-, sondern eine Finanzierungsspassung. Dass diese pragmatische Anpassung an Vorgaben genau diesen in die Hände spielt, sie sozusagen realitätsweise härtet, ist eine andere Frage ... (und trotz ihrer logischen Vorzüge womöglich nicht handlicher als die, ob es auf die Dauer nicht besser gewesen wäre, sich weiter im Paradies zu langweilen).

Praktisch also ließe sich vermutlich passabel mit den Vertracktheiten der Frage umgehen, ob es dann zwei Arten systemischer Diagnosen/Diagnostik geben sollte:

- systemische Diagnosen als Zuordnungsmaßnahmen zu diagnosespezifischen Behandlungen auf dem Weg zu definierten Normbereichen? (gefordert)
- systemische Diagnosen als Medien zur Orientierung beim Eröffnen von Möglichkeitsräumen mit der Option, sie bis zu einem vereinbarten Ende lebenspraktisch zu erschließen? (systemisch lebendig)

5) siehe: <http://www.kopiloht.de/kleit.htm>

6) siehe: <http://www.kopiloht.de/hbpb5.pdf>

7) siehe: <http://www.kopiloht.de/hbint.pdf>

Passabel lässt sich damit natürlich nur dann umgehen, wenn die herrschenden Vorgaben ebenfalls zwischen theoretischem Anspruch und praktischer Flexibilität unterscheiden. Tun sie das nicht, sondern fordern auch noch den Nachweis ein, dass auch im praktischen Alltag die Theorie zu gelten habe, wären inquisitorische Verhältnisse womöglich nahe liegend.

Erkenntnistheoretische Prämissen hinsichtlich der Linearität/Nichtlinearität von Sinnprozessen überprüfen (bzw. hinsichtlich der Annahme zirkulärer Prozesse)

Systemische Ansätze haben die Idee des partnerschaftlichen Umgangs miteinander nicht gepachtet. Was sie von anderen unterscheidet, scheint mir eher zu sein, dass sie sich von ihrem Kernverständnis her erst einmal kaum anders entscheiden können. Aus systemischer Sicht sind genau genommen sämtliche Ideen über Einflussnahme und einseitiges Wirken begründungspflichtig. In anderen Therapietraditionen scheint mir das eher umgekehrt zu sein, hier müsste man begründen, wieso das eigene Nehmen von Einfluss zu relativieren sei, in Beziehung zu setzen zu der Beziehung, in der Einfluss genommen wird, oder gegeben, je nachdem. Wie auch immer, ich gehe davon aus, dass auch ein Konzept wie Störung mit Krankheitswert im Rahmen eines kollaborativen Verständnisses von Hilfen genutzt werden kann. Und auch die Vorstellung inhaltlicher Expertenschaft von TherapeutInnen schließt nicht prinzipiell aus, dass die Zusammenarbeit partizipativ und kollaborativ angelegt ist. Ein gutes Beispiel dafür scheint mir O'Connors Beschreibung seiner „aktiven Behandlung“ von Depression zu sein (O'Connor 2001⁸). Mir scheint jedoch nahe zu liegen, dass Therapiekonzepte auf systemtheoretischen Grundlagen im Kern anders argumentieren. Sie achten darauf, Alternativen zu den mechanistischen Metaphern zur Verfügung zu stellen, die die herkömmlichen klinischen Konzepte durchziehen. Jürgen Kriz formuliert das plastisch: bei klinischen Prozessen wie „Zielfindung“, „Bewältigung“ oder „Kontrolle“ werde „in einer Weise gesprochen, die eher an das Schmieden eines Werkstücks oder an das Ausbeulen einer Blechdose erinnert als an die Veränderung der selbstorganisierten Struktur eines Wasserfalls oder an Interventionen in ein komplexes ökologisches Gleichgewicht“ (2004, S. 14).

Und wie anders gehen systemtheoretisch fundierte klinische Konzepte das Thema an? M. E. lässt sich das gut mit der Zusammenfassung von Sinn und Zweck einer systemwissenschaftlichen Psychologie illustrieren, wie sie Strunk & Schiepek (2006) geliefert haben. Ihre Ausarbeitung ergibt ein prägnantes, auch für die Praxis brauchbares Bild⁹. Systemwissenschaftliche Psychologie untersucht und beschreibt (mit mathematisch formalisierten Mitteln),

8) siehe: <http://www.kopilothe.de/oconn.htm>

9) siehe: <http://www.kopilothe.de/strunk.pdf>

- ob und wie ein „System“ seine Organisation / seine Struktur aktiv aufrechterhält, und
- wie systemeigenes Veränderungspotenzial angeregt und genutzt wird / werden kann,
- so dass das System „bereit“ wird, die unausweichlichen Fluktuationen innerhalb seiner „eigenen“ Prozesse für eine signifikante Veränderung aufzugreifen und für eine Zeit eine neue Struktur anzunehmen.

Diese Beschreibung korrespondiert nahezu nahtlos mit den konzeptionellen Überlegungen Ludewigs (s. o.). Sowohl die systemwissenschaftlichen als auch die systempraktischen Ausarbeitungen umschreiben somit ein übereinstimmendes Feld.

Position überprüfen im Hinblick auf die die Bedeutung Allgemeiner / bzw. Gemeinsamer Faktoren

Indem in der Fragestellung das Wirken „allgemeiner“ Faktoren diskreditiert und stattdessen der Nachweis spezifischer Wirkfaktoren gefordert wird, ergibt sich ein weiterer schwerwiegender Dissens. Der Begriff des Wirkfaktors sei „in einem systemwissenschaftlichen Verständnis unzutreffend“, konstatieren Haken & Schiepek (2006, S. 453) in ihrem herausragenden und detaillierten Entwurf¹⁰. Erst „in ihrem Wirkgefüge können ‚Faktoren‘ veränderungsrelevant werden. Es sind biologische, psychische und soziale Prozesse und deren Interaktionen, die ‚wirken‘ und nicht die Einzelfaktoren – eine Erkenntnis, die dem aktuellen Stand der Psychotherapieforschung entspricht und weitgehend Konsens findet (...). Statt Einzelfaktoren aufzuzählen oder zu prüfen, sollten die Konstellation und die Geschichte des Systems, seine Stabilitätsbedingungen und sein Verhältnis zu relevanten Umwelten untersucht werden“ (ebd.). Ähnlich wie bei der Wirkung psychotroper Substanzen auf das Gehirn könne eine „Veränderung identischer chemischer Kontrollparameter (...) in Abhängigkeit von (...) Systembedingungen zu völlig unterschiedlichen Wirkungen (Ordnungsparameter-Dynamiken) führen“ (ebd.)¹¹.

Es ist eine erkennbar schwierige Frage, wie solche systemwissenschaftlichen Prämissen der Systemischen Therapie zum gegenwärtigen Goldstandard der „Evidence Based Practice in Psychotherapy“ (EBPP) passen, zur Randomized Control Trial (RCT; siehe: APA 2006). Vielleicht wäre es zunächst einmal sinnvoll, auch die RCT als etwas „Gemachtes“ zu verstehen, als etwas, das Sinn macht(e) in einem konkreten motivationalen und gesellschaftlichen Kontext. Wie kam es zur RCT?

Wampold (2001, 2002) skizziert, wie und in welchem Rahmen die RCT in den 1920er und 1930er Jahren entwickelt wurde. Das Ziel war, die Wirksamkeit von Interventionen unab-

10) siehe: <http://www.kopilothe.de/hakschiep.pdf>

11) Was im Übrigen auch ein „guter alter Hut“ ist seit der wegweisenden Veröffentlichung von Schachter & Singer (1962) zu kognitiven, sozialen und physiologischen Determinanten emotionaler Zustände.

hängig von den Intervenierenden nachzuweisen. Wieso bot sich dieses Ziel an? Nun, das RCT-Design wurde ursprünglich amerikanischen Schulräten verkauft als eine Möglichkeit, die Motivation oder andere unscharfe Humanfaktoren der üblicherweise schlecht bezahlten, üblicherweise weiblichen Lehrkräfte außen vor zu lassen und Effekte ausschließlich auf bestimmte Lehr-Interventionen zurückzuführen, die dann ähnlich standardisiert angewandt werden konnten wie z. B. eine Autoproduktion.

Ein nächster Anwendungsbereich ergab sich mit der Entwicklung und dem Verkauf agrartechnischer Produkte. Auch hier gab es einen motivationalen Hintergrund: der begnadete Statistiker Ronald Fisher konnte seine Arbeiten nicht in dem damals für akademische Karrieren entscheidenden Fachjournal unterbringen und akzeptierte daher – eher der Not gehorchend – eine Anstellung in einer agrartechnischen Forschungsanstalt. Dort entwickelte er seine Verfahren weiter und RCT-Designs trugen dann dazu bei, bestimmte agrartechnische Verfahren zu entwickeln, die nicht mehr auf die Erfahrung oder andere anfällige Variablen von Farmern angewiesen waren.

Schließlich kam es zur Anwendung in der Medizin. Das RCT-Design bediente das Interesse der pharmazeutischen Industrie am Nachweis des Primats von Mittel über Mittler: „Das Ziel der modernen Medizin war es, den Gedanken nach vorne zu bringen, dass der Nutzen jeglicher medizinischer Behandlung das Ergebnis der physiochemischen Eigenschaften der Medikation war und nicht das Ergebnis der Erwartungen der PatientInnen, ihrer Hoffnungen oder anderer psychologischer Prozesse. Auf diese Weise begründete sie die spezifische Wirkung (specificity) derjenigen Ingredienzien der Medikation, von denen behauptet wurde, sie seien aktiv wirksam“ (Wampold 2001, S. 72, Ü.: WL).

Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass der RCT-Ansatz beabsichtigt, genau das als Störvariablen auszuschalten, was nachweislich in psychosozialen Hilfesystemen am meisten wirkt: die Allgemeinen (oder Gemeinsamen) Faktoren (vgl. Hubble et al. 1999¹², Lampropoulos 2000, Castelnovo et al. 2004, Lambert 2005, Wampold 2007). Darüber hinaus müsste man selbst dann, wenn man der Idee einer eindeutigen Zuordnung von Behandlung zu Störung folgen möchte, zur Kenntnis nehmen, dass auch das peinliche Befolgen von RCT-Standards keine Ergebnisse garantiert. Lambert (2007) weist darauf hin, dass unter RCT-Bedingungen ca. 35-40 % der PatientInnen keine Verbesserung erzielten und sich die Lage von 5-10 % verschlechterte.

Zum Dilemma des nur durch Selbstaufhebung führbaren Nachweises

Vielleicht ist es kein Zufall, dass Schulte in seinem Interview bei diesem vierten Aspekt nicht mehr von Methoden spricht, sondern von Verfahren (s. o.). So, wie es der WBP im Sinn hat, hätte Systemische Therapie den Nachweis ihrer Wirksamkeit mit Mitteln zu erbringen, die

12) siehe: <http://www.kopiloht.de/hubbetal.htm>

ihrem Wesen nicht entsprechen, insofern als Ergebnis nur zeitigen könnten: das Verfahren wirkt, weil es unsere Bedingungen akzeptiert hat. Oder: es wirkt nicht, weil es nach den Definitionen unseres Wirkverständnisses nicht wirkt. Der Nachweis „es wirkt aus eigener Kraft und mit eigenen Mitteln gemäß dem Zeugnis derjenigen, denen die Hilfe galt“ kann nicht erbracht werden, da die Durchführung dieses Verfahrens in dieser Form nicht erfolgen darf, zumindest nicht im nachweisrelevanten Format.

Es hilft – sozusagen – nichts: Das Gesundheitssystem ist nur zum Teil ein System, das nach der Leitunterscheidung funktioniert: Hilft das oder hilft das nicht? Ein wesentlicher Teil läuft nach einer anderen Leitunterscheidung: Lässt sich damit Geld machen oder nicht? Mit anderen Worten: Das Gesundheitssystem ist nicht nur ein Behandlungssystem, sondern auch ein Handelssystem, auf dem die Gesetze des Marktes gelten. Beim Nachweis der Machbarkeit hat Systemische Therapie es nicht nur mit Wirksamkeitsfragen zu tun, sondern (mindestens) genauso mit Kostenfragen. Es geht nicht nur um „wissenschaftliche Nachweise“, sondern auch um „Marktkonkurrenzen“. Und so verwundert es nicht, wenn zu lesen ist¹³, dass bei der Bekanntgabe der AutorInnen für die 5. Auflage des DSM (DSM-V) durch die American Psychiatric Association ebenfalls zur Mitteilung kam: „Mehr als die Hälfte der Autoren meldete Einkünfte von der Pharmaindustrie an“. Der Leitautor W. Carpenter jr. (Univ. Maryland) hatte allein in den letzten drei Jahren Gelder von 13 Firmen erhalten.

Genug davon? Leider nicht, es sei denn, man wäre schon durch mit „Disease Mongering“. Hinter diesem Begriff verbirgt sich eine zunehmend aggressivere Vermarktungsstrategie von Erkrankungen und Störungen. Im Jahr 2006 veröffentlichte die Public Library of Science in ihrer Internet-Zeitschrift für Medizin eine Reihe von Artikeln dazu (Healy 2006; Tiefer 2006; Woloshin & Schwartz 2006). Bereits 1992 hatte L. Payer die Strategien des „Disease Mongering“ offengelegt: Eine normale Funktion so beschreiben, dass es klingt wie, damit sei etwas nicht in Ordnung und sollte behandelt werden; eine größtmögliche Population damit in Zusammenhang bringen; nahe liegende körperliche Empfindungen als Anzeichen von Symptomen deuten; die richtigen Leute finden, die das streuen und pushen; spezifische Rahmung entsprechender Themen; selektiver Gebrauch von Statistiken; Technologie als risikofreie Magie promoten sowie normale Symptome, die alles und nichts bedeuten können, so darstellen, dass es wie ein Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung wirkt. Moynihan et al. (2008) stellen fest, dass Disease Mongering mittlerweile zu einem Bestandteil der globalen Debatte um die Gesundheitsfürsorge geworden sei.

Auch wenn diese Formen neueren Datums zu sein scheinen, im Prinzip sind es keine neuen Erfahrungen. Die Diskussion ist schon älter und manche haben dafür harte Worte gefunden. George Albee etwa beklagte (2005), dass und wie sich die Klinische Psychologie in den

13) Deutsches Ärzteblatt vom 7. Mai 2008: (vgl.: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/newsdruck.asp?id=32287>)

USA nach dem 2. Weltkrieg in das medizinisch-psychiatrische Denken hineinziehen ließ. Er drückt es so aus, dass man sich aussuchen kann, ob sie über den Tisch gezogen wurden oder sich kaufen ließen. Wie auch immer, er spricht vom „Abstieg der American Psychological Association“. Und an anderer Stelle wird er noch deutlicher, wenn er seine Einschätzung auf die Formel bringt, die Klinische Psychologie in den Vereinigten Staaten habe dem Teufel ihre Seele verkauft (1998).

„We were competitive but we listened to each other“
Salvador Minuchin¹⁴

Und was heißt: „Nicht ob, sondern wie“?

Bisher ging es mir darum, die – gewollten oder ungewollten – Aspekte einer professionellen Beziehungsstörung zu skizzieren. Mir war wichtig, die Fallstricke einer vordergründig sachlich erscheinenden Argumentation zu benennen, die es m. E. unmöglich macht, ihren Forderungen ohne Preisgabe der eigenen Identität zu folgen. Ich habe anfangs angedeutet, dass die Fallstricke sich m. E. nicht in erster Linie über den Begriff der „Störung“ ergeben, sondern über die asymmetrisch-festgezurzte Form, in der darüber zu sprechen sei.

Prinzipiell lässt sich auch mit dem Begriff der „Störung“ kollaborativ und in Einklang mit systemischen Positionen sprechen¹⁵. Lieb (2007) hat dazu einige interessante Überlegungen veröffentlicht und dabei zwischen *Störungsorientierung* und *Störungsrelevanz* unterscheiden. Die Orientierung auf Störung zeige sich „in deren gezieltem Fokus [auf] Diagnose, Ätiologie und Therapie spezifischer Störungen“ (S. 181). Von Störungsrelevanz spricht Lieb bei Ansätzen, „die heilende Auswirkungen auf Störungen haben, obgleich oder sogar weil deren therapeutischer Fokus sich nicht gezielt auf die Veränderung von Störungen richtet“ (S. 181). Es spricht m. E. auch aus systemischer Sicht nichts dagegen, in solchem Sinn mit dem Begriff der Störung zu arbeiten.

Ich möchte Liebs Überlegungen noch etwas erweitern und verschiedene Blickwinkel verdeutlichen, unter denen mit dem Begriff der Störung operiert werden kann. Wenn ich etwa zwischen einer Konzentration auf Störung und dem Akzeptieren von Störung unterscheide sowie unterscheide zwischen festgelegtem (manualisiertem) und ideographischem (frei verhandeltem) Vorgehen, ergibt sich ein Vierfelderschema (siehe Abbildung 1). Spezifisch systemische Konzepte im kollaborativen Sinne ließen sich auf diese Weise auch für den Umgang mit dem Störungsbegriff beschreiben, insbesondere im Hinblick auf die Idee „störungsspezifischen Ressourcenwissens“. Querverbindungen zu den Konzepten Salutogenese (Antonovsky 1997¹⁶) und Resilienz (Werner 1999, 2006) ergeben sich dabei wie von selbst (siehe auch Klemenz 2003).

14) In Stagoll 2002, S. 122 („Wir waren im Wettstreit miteinander, doch wir hörten uns auch zu.“)

15) In diesem Zusammenhang halte ich z. B. Reiters Konzept der Klinischen Konstellation für einen anregenden Impuls (Reiter 1990, 1993).

16) siehe: <http://www.kopiloht.de/anto.htm>

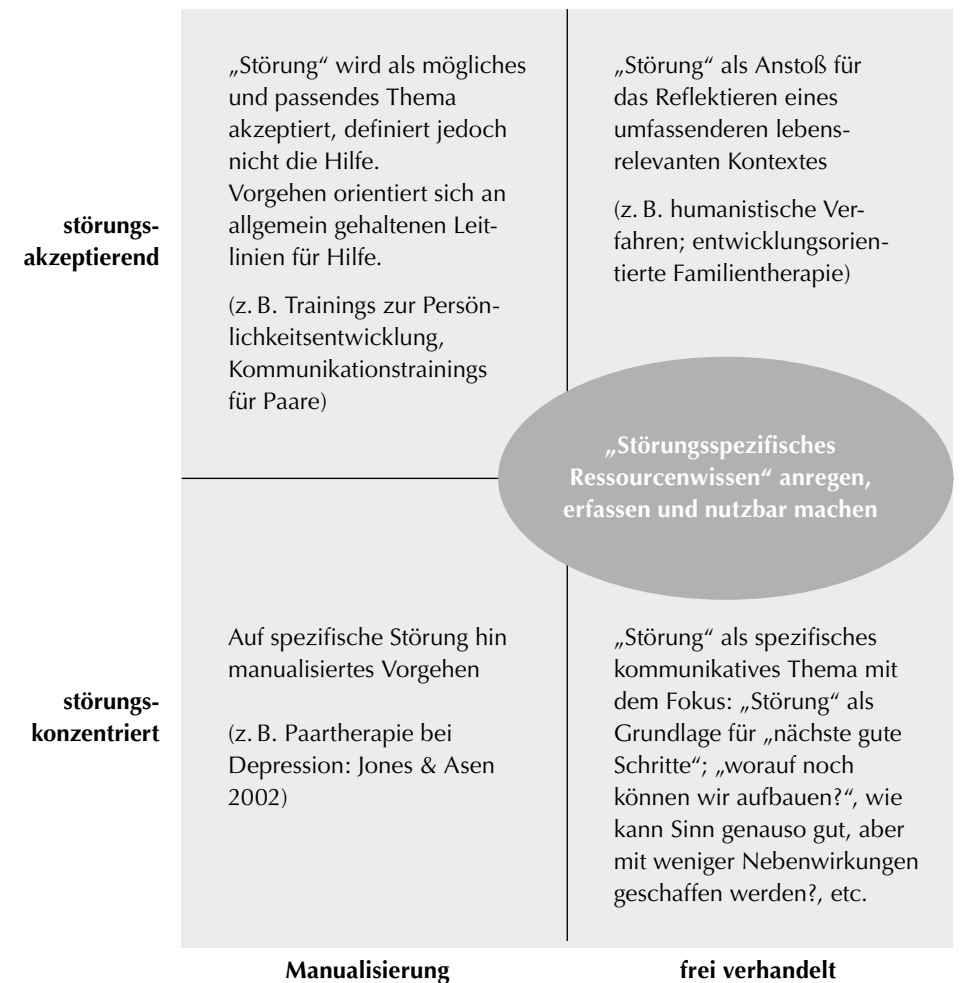


Abbildung 1: Vier idealtypische Möglichkeiten der Rolle, die „Störung“ im therapeutischen System einnehmen kann

Wie also? Kurze Skizze eines systemischen Verständnisses unserer Arbeit

Die entscheidende Wurzel systemischer Konzepte von Hilfe sind die Systemtheorien. Auch wenn sich daraus eine enge Beziehung zwischen beiden Bereichen ableitet, macht es m. E. Sinn, sie zu unterscheiden. „Systemisch“ orientiert sich an „systemtheoretisch“, ist aber für mich nicht dasselbe. Das Systemische besteht m. E. in dem Versuch, ein Wissen über komplexe Prozesse und ein Handeln in komplexen Prozessen miteinander in eine konstruktive Beziehung zu bringen:

- man kann sehr gut in komplexen Prozessen handeln, ohne über ein komplexes Wissen darüber zu verfügen (z. B. mit Hilfe von Intuition, mit Hilfe authentischer Bereitschaft zur Begegnung, mit unerschrockenem Respektieren¹⁷, o. ä.),
- und man kann einen reichhaltigen Fundus an Wissen über komplexe Prozesse erzeugen und darüber verfügen, ohne darin zu handeln (hier siede ich *System-Theorie* an).

Wenn beides zusammenkommt, ein gedankliches Rüstzeug („Wissen“) über komplexe Prozesse und ein komplexitätsgerechtes Handeln, lässt das unter Umständen auf „systemische Therapie“ (etc.) schließen. Was wäre mit komplexitätsgerechtem Handeln gemeint? Zentral: die damit verbundene Unschärfe nicht zu leugnen, sondern kommunikativ zu nutzen. Das heißt: Die Auswahl aus den Handlungsoptionen geschieht als gemeinschaftliches Erfassen dessen, was gelten soll, und wie das anerkannt werden kann, wie es zum Ausgangspunkt für einen nächsten guten Schritt gemacht werden kann. Praktische Orientierung und Transparenz ergeben sich aus dem Klären von Aufträgen (z. B. Ludewig 2005, S. 80) sowie aus dem zieldienlichen Orientieren an „Generischen Prinzipien“ (als der praxistauglichen Übersetzung der Selbstorganisationstheorie: z. B. Haken & Schiepek 2006, S. 436-441). Die Auswahl aus den Handlungsoptionen ergibt sich dabei nicht aus einer trivialisierenden Aussage über das So-Sein ohne Kenntlichmachen der eigene Beteiligung¹⁸. In der Literatur zur Systemischen Therapie gibt es mittlerweile viele Beispiele für das Transparentmachen eigenen Bemühens um das nachvollziehbare Übersetzen theoretischer Erwägungen in praktisches Wagen (z. B. Hoffman 1996, Loth 1998, Lipchik 2002¹⁹, Ludewig 2002, Hoyt 2004²⁰, Hoyt & Malinen 2004, Hargens 2004, 2005, Tsirigotis 2005).

17) Den Begriff des „unerschrockenen Respektierens“ hat Jürgen Hargens geprägt und vielfach in seiner Bedeutung kenntlich gemacht (z. B. Hargens 2004 (Siehe: <http://www.kopiloth.de/jhanfa.htm>)).

18) Daher reibe ich mich in der Diskussion um das „Lehrbuch II“ (Schweitzer & von Schlippe 2006) so sehr an dem Begriff Lehrbuch im Hinblick auf störungsspezifisches Wissen, weil es ein externes Wissen von außen über die Dinge als das eigentlich Professionelle und Identitätsstiftende rahmt. Ich stoße mich nicht an Heuristiken über störungsspezifische Fragen, wie ich mich auch nicht an Intuition an sich störe. Beides nährt unsere Profession und deren prozedurales Handlungswissen (Siehe: <http://www.kopiloth.de/lb2.pdf>).

19) siehe: <http://www.kopiloth.de/lip.htm>

20) siehe: <http://www.kopiloth.de/hoyt.pdf>

Spezifisch systemisch wird es für mich erst durch die ebenso behutsame wie nachhaltige Art, zum Wirken auf zwei sich ergänzende Weisen beizusteuern:

- im Drinnen des Prozesses zu einem Klima beitragen, in dem es möglich wird, Optionen zu erweitern und Alternativen zum Beklagten zu fördern, und
- aus der Außenperspektive dieses Geschehens für komplexitätsgerechte Transparenz sorgen.

Mit komplexitätsgerechter Transparenz meine ich die Bereitschaft, auf trivialisierende Vereinfachungen zu verzichten. Stattdessen wird kenntlich gemacht, wie ich mein Beistehen auf welcher von mir bevorzugten Grundlage gestaltet habe. Dies schließt ein, wie ich auf die damit verbundenen Reaktionen geachtet habe, und auch, wie ich das in Verbindung bringe zu Überlegungen im Fachdiskurs. Für Letzteres eignen sich m. E. besonders Überlegungen zur Bedeutung partizipativer Konzepte sowie Überlegungen und Forschung zur Bedeutung von Allgemeinen Faktoren, KlientInnen-Variablen, Kooperation und Selbstwirksamkeit. Und was noch? Vielleicht ein kurzer Rückblick auf die „Vorsicht“ zu Anfang – Bescheidenheit hatte von Bertalanffy angemahnt als Voraussetzung für umfangreichere Synthese und fittere Einstellung hinsichtlich der Probleme, mit denen wir konfrontiert sind. Bescheidenheit paart sich gut mit dem Bewusstsein für das Risiko, mit dem wir es zu tun haben – als „Handeln unter Unsicherheit und mit Risiko“ bezeichnet Willke Therapie (1988, S. 41).

Systemtheoretisches Wissen und Systemische Therapie nehmen Rücksicht darauf, dass „in komplexen Wirkungszusammenhängen jedes Handeln mehr nichtintendierte als intendierte Wirkungen hat“ (ebd.). Nährt das nicht Furcht und Zurückhaltung? Nein, das nährt Vorsicht und Rücksicht sowie Selbst-Bewusstsein. Die Einsicht in die Notwendigkeit des Risikos und in die daraus resultierende Notwendigkeit konstruktiven Kooperierens wird zu einem Nährboden für die Bereitschaft, die eigenen Prämissen immer wieder zu überprüfen. Die eigenen Prämissen sowie die eigenen Übersetzungen dieser Prämissen in Lebensentwürfe, Neigungen und Abneigungen (und Weiteres) als Basis dafür zu beachten, wie wir unsere Aufmerksamkeit auf das lenken, was die Rat- und Hilfesuchenden uns mitteilen als ihre Version von Problemen, möglichen Lösungen und sinnvollem Leben. Selbst-Bewusstsein als Grundlage für einen ermutigenden Umgang mit Ungewissheit. Das lässt sich vielleicht nicht immer zählen, aber es könnte sich auszahlen. Mit Willkes Worten: „Die Geschichte korrigierender Interventionen in der Psychotherapie ähnelt derjenigen in Pädagogik, Medizin, Kriminologie oder Entwicklungspolitik: seit Prokrustes wenig Neues“ (ebd., S. 41). Ich denke, wir haben Grund zu der Annahme: da hätten wir mehr zu bieten – vorausgesetzt, wir interessieren²¹ uns dafür.

21) interesse (lat.) = dazwischen sein, verschieden sein, gegenwärtig sein, Anteil nehmen. Es gäbe – bei Interesse – also eine Reihe von Möglichkeiten. Wir hätten zu tun, miteinander.

Aussichten

„Manchmal werde ich verstrickt oder fühle mich düpiert, aber diese Risiken sind besser als damit anzufangen, mein Gegenüber als ein diagnostisches Exemplar anzusehen, als einen verrückten Fall oder als ein medizinisch-juristisches Risiko. Wir brauchen alle unsere Polarsterne oder Magnete, damit wir nicht von einem Meer der Dekonstruktion überflutet werden, aber einer der besten Wege, Burn-out zu vermeiden, ist es, die Arbeit miteinander zu teilen und sich mit dem Positiven zu verbünden.“

Michael Hoyt²²

„Ich las ein interessantes Buch von Alex Kerr (...), das heißt ‚Lost Japan‘. In einer Passage (...) beschreibt er, wie er an einer Tee-Zeremonie teilnahm und einer der Teilnehmenden unbeabsichtigt den Teebehälter umstieß und den Inhalt über die gesamte Tatami-Matte verstreute. Alle waren versteinert, bis der Tee-Meister sagte: ‚Was ist das Angemessene, das in einer solchen Situation gesagt werden sollte? Sie sollten sagen: ‚Schau mal, wie schön!...‘ Es kann sein, dass Sie so etwas in ihrem ganzen Leben nicht noch einmal zu sehen bekommen. ... Schauen Sie und bewundern Sie es!‘ Ich liebe das! Verdammt, ich wünschte, ich könnte dieses Bewusstsein festhalten.“

Michael Hoyt²³

„Nur wer den Stillstand im Fortschritt kennt und achtet, wer schon einmal, wer mehrmals aufgegeben hat, wer auf dem leeren Schneckenhaus gegessen und die Schattenseite der Utopie bewohnt hat, kann Fortschritt ermessen.“

Günter Grass²⁴

Literatur

- Albee, G.W. (1998). Fifty years of clinical psychology, Selling our soul to the devil. *Applied and Preventive Psychology*, 7, pp. 189-194.
- Albee, G.W. (2005). The Decline and Fall of the American Psychological Association. *MSPP News* [Ed.: The Michigan Society for Psychoanalytic Psychology] October 2005, Volume 15, No. 3. <http://www.mspp.net/albee.htm>.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist* 61(4), pp. 271-285.
- Bateson, G., D. D. Jackson, J. Haley, J. H. Weakland (1956). Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Bateson, G., D. Jackson, R. Laing, T. Lidz, L. Wynne et al. [Eds.] *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, pp. 11-43.
- Bertalanffy, L. v. (1951). General System Theory: A New Approach to Unity of Science. I. Problems of General System Theory. *Human Biology* 23, pp. 303-312.
- Castelnuovo, G., E. Faccio, E. Molinari, G. Nardone, A. Salvini (2004). A critical review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and Common Factors perspective in Psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review* 1, pp. 208-224.

22) 2004, S. 224, Ü.: W. L. (aus Kapitel 13 „How I Embody a Narrative Constructive Approach“)

23) In Hoyt & Malinen 2004/2006, S. 156f.

24) „Aus dem Tagebuch einer Schnecke“, Göttingen: Steidl (1972/1997, S. 325)

- Clarkin, J. F. & K. N. Levy (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In: Lambert, M. J. [Ed.] *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. New York: Wiley, pp. 194-226.
- de Shazer, S. (1996). „... Worte waren ursprünglich Zauber.“ *Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis*. Dortmund: modernes lernen.
- Eckert, J. & E.-M. Biermann-Rathjen (2004). Zur Notwendigkeit einer differentiellen Indikation für Psychotherapie. In: Schlippe, A. v. & W. C. Kriz [Eds.] *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 192-211.
- Gergen, K. (2002). *Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Haken, H. & G. Schiepek (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hargens, J. (2004). *Aller Anfang ist ein Anfang. Gestaltungsmöglichkeiten hilfreicher systemischer Gespräche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hargens, J. [Ed.] (2005) „... und mir hat geholfen ...“ *Psychotherapeutische Arbeit – was wirkt? Perspektiven und Geschichten der Beteiligten*. Dortmund: borgmann.
- Healy, D. (2006). The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. *PLoS Med* 3(4): e185 [im web: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030185>]
- Hoffman, L. (1996). *Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie. – Die Entwicklung systemischer Praxis*. Dortmund: modernes lernen.
- Hoyt, M. F. (2004). *The Present is a Gift: Mo' Better Stories from the World of Brief Therapy*. Lincoln, NE: iUniverse.
- Hoyt, M. F. & T. Malinen (2004). „Burn In, Not Out“: A Conversation about Truth and Beauty in Brief Therapy. In: Hoyt, M. F. [Ed.], S. 182-206 [deutsch (2006): „Burn In, Not Out!“ – Über Aufrichtigkeit und Schönheit in der Kurztherapie. *Systema* 19(2), pp. 149-168].
- Hubble, M. A., B. L. Duncan, S. D. Miller [Eds.] (1999). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association [in Teilen deutsch (2001): *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: modernes lernen].
- Jones, E. & E. Asen (2002). *Wenn Paare leiden – Wege aus der Depressionsfalle*. Dortmund: modernes lernen.
- Klemenz, B. (2003). *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kriz, J. (2004). *Personzentrierte Systemtheorie – Grundfragen und Kernaspekte*. In: Schlippe, A. v. & W. C. Kriz [Eds.] *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 13-67.
- Lambert, M. J. (2005). *Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than “Placebo Effects”*. *J. of Clinical Psychology* 61 (7), pp. 855-869.
- Lambert, M. (2007). *Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care*. *Psychotherapy Research* 17(1), pp. 1-14.

- Lambert, M. J., S. L. Garfield, A. E. Bergin (2004). Overview, Trends, and Future Issues. In: Lambert, M. J. [Ed.] Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th ed. New York: Wiley, pp. 805-821.
- Lampropoulos, G. (2000). Definitional and Research Issues in the Common Factors Approach to Psychotherapy Integration: Misconceptions, Clarifications, and Proposals. *J. of Psychotherapy Integration* 10(4), pp. 415-438.
- Lieb, H. (2007). Systemtherapie trifft Verhaltenstherapie. Systemkompetenz meets Störungskompetenz in Theorie und Praxis. *Psychotherapie im Dialog* 8(2), pp. 177-187.
- Lipchik, E. (2002). *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy. Working with Emotions and the Therapeutic Relationship*. New York, London: The Guilford Press.
- Loth, W. (1998). *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln klinischer Kontrakte*. Dortmund: modernes lernen.
- Ludewig, K. (2002). *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (2005). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Moynihan, R., E. Doran, D. Henry (2008). Disease Mongering Is Now Part of the Global Health Debate. *PLoS Med* 5(5): e106 [im web: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0050106&ct=1>, 31.05.2008].
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In: Norcross, J. C. & M. R. Goldfried [Eds.] *Handbook of Psychotherapy Integration*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, pp. 3-23.
- O'Connor, R. (2001). *Active Treatment of Depression*. New York/London: W.W. Norton.
- Payer, L. (1992). *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. New York: Wiley (zit. aus: Tiefer (2006)).
- Reiter, L. (1990). Die depressive Konstellation. Eine integrative therapeutische Metapher. *System Familie* 3, pp. 130-147.
- Reiter, L. (1993). Die depressive Konstellation. Ein systemisch-integratives Konzept. In: Hell, D. [Ed.] *Ethologie der Depression. Familientherapeutische Möglichkeiten*. Stuttgart/Jena: Gustav Fischer, pp. 99-124.
- Schachter, S. & J. E. Singer (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review* 69, pp. 379-399.
- Schemmel, H. & J. Schaller [Eds.] (2003). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schulte, D. (2008). Interview, «Die Hürde wird etwas höher». *Deutsches Ärzteblatt/PP/ Heft 2/2008*, pp. 55-57.
- Schweitzer, J. & A. v. Schlippe (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simon, F. B. (1988). *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Stagoll, B. (2002). Setting the House on Fire: The Melbourne Interview With Salvador Minuchin. *Australian and New Zealand J of Family Therapy* 23(3), pp. 121-127.
- Strong, T. (2000). Collaborative Influence. *Australian and New Zealand J of Family Therapy* 21(3), pp. 144-150.

- Strunk, G. & G. Schiepek (2006). *Systemische Psychologie. Eine Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. München: Spektrum Akademischer Verlag Elsevier.
- Tiefer, L. (2006). Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Med* 3(4): e178 doi:10.1371/journal.pmed.0030178 [im web: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0030178>].
- Tsirigotis, C. (2005). in Zusammenarbeit mit C. Laverda). „Sie hat mir einfach ihr Gehör geschenkt ...“ Ein Beratungsprozess im Kontext von Hörschädigung und CI-Rehabilitation zwischen Intuition und Selbstorganisation. In: Hargens, J. [Hg], pp. 99-121.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology* 10(2), pp. 69-86.
- Wampold, B. E. (2002). An examination of the bases of evidence-based interventions. *School Psychology Quarterly* 17, pp. 500-507.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist* 62(8), pp. 857-873.
- Watzlawick, P. [Ed.] (1985). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. München: Piper.
- Werner, E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. [Eds.] *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Ernst Reinhardt, pp. 25-36.
- Werner, E. (2006). Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann. In: Welter-Enderlin, R. & B. Hildenbrand [Eds.] (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer, pp. 28-42.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: W.W. Norton.
- Willke, H. (1988). Systemtheoretische Grundlagen des therapeutischen Eingriffs in autonome Systeme. In: Reiter, L., E. J. Brunner & S. Reiter-Theil [Eds.] *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 41-50.
- Woloshin, S. & L. M. Schwartz (2006). Giving Legs to Restless Legs: A Case Study of How the Media Helps Make People Sick. *PLoS Med* 3(4): e170 doi:10.1371/journal.pmed.0030170 [im web: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030170>, Zugriff 31.05.2008].

Wolfgang Loth
www.kopilothe.de