

Christian Fehringer

Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können?

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, ob wir Störungswissen brauchen, bzw. unter welchen Bedingungen wir welches Wissen wann und wozu benötigen, und welche Kriterien für die Entscheidungen relevant sind. Komplexe biologische, psychische oder soziale Systeme weisen Merkmale von Vernetztheit und Rekursivität aller beteiligten Komponenten und Prozesse auf und gewinnen damit ihre Autonomie. Personen befinden sich in einem permanenten Prozess der selbstorganisierenden Bedeutungs- und Informationserzeugung: Sie konstruieren ihre Wirklichkeit in ständigen Wechselwirkungsprozessen mit der Umwelt. Neben personenzentrierten Ideen ist für diese Arbeit das Konzept der Autopoiese wesentlich. Damit verbunden sind konstruktivistische Überlegungen und Gedanken zur Kybernetik zweiter Ordnung, die „Objektivität“ durch Beobachtung zweiter Ordnung ersetzt. Wir beobachten wie andere zu ihren Unterscheidungen kommen und was dadurch sichtbar oder unsichtbar wird. „Wissen“ repräsentiert also nicht Dinge, sondern Unterscheidungen. Auf unser Tätigkeitsfeld bezogen heißt das, wir bekommen es nicht mit den Problemen an sich zu tun, sondern nur und ausschließlich mit den Problem-Sichtweisen der Klienten in Bezug auf ihre Situation.

Stichwörter: Autopoiese, Konstruktivismus, Kybernetik, Störungswissen.

Abstract: Do we need knowledge of psychopathology in order to be able to work in a person-centred way? This article looks at the question of whether we need knowledge of psychopathology, that is, under which conditions we need which kind of knowledge when and for what, and which criteria are relevant for our decisions. Complex biological, psychological or social systems provide evidence that all involved components and processes are interconnected and recursive, and thus gain autonomy. Persons are in a permanent process of developing meaning and information in a self-organised way: They construe their reality in continuous processes of interaction with their environment. Apart from person-centred ideas, the concept of autopoiesis is also relevant to this article. Connected with this are constructivist reflections and thoughts on second order cybernetics, which replaces “objectivity” by second degree observation. We observe how others come to their decisions and what then becomes visible or invisible. So, “knowledge” does not represent objects, but distinctions. That means that in our work we are not dealing with the problems themselves, but only and exclusively with the way clients look at their problems in their personal situation.

Keywords: Autopoiesis, constructivism, cybernetics, psychopathological knowledge.

Einleitung

Seit der Erfindung des Wortes „Psychotherapie“ gibt es zwar ein unausgesprochenes Einverständnis, dass es so etwas wie Psychotherapie gibt, aber eine eindeutige Definition die den wissenschaftlichen Ansprüchen aller genügt, fehlt bisher. Worüber reden Therapeuten¹ verschiedener Ausrichtungen, wenn sie von ihrer Therapie sprechen? Vom Durcharbeiten kindlicher Traumata, von konkreten Verstärkungsplänen, vom empathischen Begleiten emotionaler Erlebnisinhalte oder vom Bedeutungsgehalt umfassender sozialer Systeme? Beim Versuch einer Definition ist es unerlässlich, sich der

verschiedenen Ebenen des Erlebens gewahr zu sein. Revensdorf (1991, S. 12f) beschreibt sie als existentielle, psychologische, kognitive, emotionale, und handelnde Ebene, sowie als Ebene der Primärfamilie und als Ebene des sozialen Kontexts.

Wenn nicht präzise bestimmt werden kann, was Psychotherapie ist, wenn effektive psychotherapeutische Strategien ihre Wirkung nur in besonderen sozialen Situationen entfalten, was bedeutet dann die Frage nach Störungswissen, nach der Effektivität psychotherapeutischer Verfahren? Definitionen sind schwer zu erstellen, bleibend ist das Bedürfnis zu beschreiben, was Psychotherapeuten tun – oder zu tun meinen.

Womit Psychotherapie auch immer beauftragt ist, sie soll jedenfalls auch Effektivität garantieren, um in Verhandlungen mit Kassen fundiert argumentieren zu können. Slunecko (1994) weist

1 Die weibliche Form ist inkludiert.

darauf hin, dass die Verhaltenstherapie den Preis für die größte Effektivität nicht zuletzt deswegen so regelmäßig gewinnt, weil ihre wissenschaftstheoretische Verwandtschaft zu den herkömmlichen empirischen Designs am größten ist. Slunecko stellt auch die grundlegende Frage nach dem Gegenstand von Psychotherapie, danach, was denn Psychotherapie eigentlich ist? Wird mit dem „Was“ nach der platonischen Idee von Psychotherapie gefragt, wie das Strotzka (1978, S. 4)² tut, oder ist phänomenologisch nach dem Wesen der Psychotherapie zu fragen, d. h. wie sie erlebt wird, um welchen Seinszustand es sich dabei handelt. Im ersten Fall sprechen wir „über“ die Psychotherapie, als ob wir einen Standpunkt oberhalb oder außerhalb von ihr einnehmen, im zweiten Fall begehen wir uns weiter in die Psychotherapie hinein und würden einen phänomenologischen Ausgangspunkt nehmen (Slunecko, 1994).

Zur Frage des Kontextes von Theorie und Praxis

Mein Anliegen in diesem Beitrag ist eindeutig: Ich trete dafür ein, die Essenz des therapeutischen Prozesses, die therapeutische Beziehung, vom Kontext des Klienten und von seinen Möglichkeiten her zu erarbeiten. Das bedeutet, sich der Subjektivität der Erfahrung des therapeutischen Prozesses zu stellen und persönlich Erfahrenes zur Sprache zu bringen. Die persönliche Erfahrung wird von der Person existenziell und als Gesamtes erlebt und hat ihre Geschichte. Sie ist eingebettet in den jeweiligen Lebenskontext und liegt damit außerhalb der naturwissenschaftlichen Disziplinen, die auf Wiederholbarkeit, Nachprüfbarkeit und Austauschbarkeit gerichtet sind. Persönliche Erfahrung aktualisiert sich in einzelnen Wahrnehmungen. Dieser je einzigartige Prozess wird in den exakten Wissenschaften ausgespart, weil diese stets und ausschließlich am Resultat interessiert sind, an einem Ergebnis, das sich wieder und wieder ablesbar wiederholt. Dieser ausgeprägte naturwissenschaftliche Ansatz relativiert sich zwar in der Regel durch phänomenologisch-hermeneutisches Herangehen auch im Kontext der medizinisch geprägten Psychotherapie, aber allein der Sprachgebrauch in den verschiedenen Kliniken ist trotz dieser phänomenologischen Herangehensweise eindeutig, wenn diagnostiziert wird, dass die Klientin z. B. diese oder jene Störung *hat*, und der Behandlungsplan daher so oder so zu sein hat.

Aber vermutlich ist diese Antwort zu einfach und mein Anliegen zu naiv. Denn psychotherapeutische Grundlagenforschung heißt, den Prozess der Verwissenschaftlichung der Psychotherapie, ihren Weg von der Praxis zur Theorie, nachzuzeichnen und zwar mit all den Veränderungen, die sich daraus ergeben. Slunecko (1994) weist darauf hin, dass solange Psychotherapie als so etwas wie ein Handwerk verstanden wird, sie ein Beurteilungskriterium des Handwerks heranziehen kann: den Erfolg, die Effektivität in der Lebenswelt. Aber das wäre nur ein Aspekt. Theorie kann sich jedoch nicht allein über Erfolg legitimieren, ihr stellen sich andere Beurteilungskriterien; traditionelle wie Widerspruchsfreiheit und Falsifizierbarkeit, modernere wie Reflexions- und Diskursfähigkeit. In der laufenden Diskussion werden die Beurteilungsniveaus aber relativ unreflektiert vermischt bzw. gegeneinander ausgespielt. In aller Regel wird in der gängigen Evaluationsforschung das Beurteilungskriterium des Handwerks für das der Wissenschaft ausgegeben, bzw. zur wissenschaftlichen Legitimierung herangezogen (Slunecko, 1994, S. 128ff). Aufgabe einer Grundlegendiskussion ist es auch, jene charakteristische Verkürzung bewusst zu machen, die sich aus der Fokussierung auf das Erfolgskriterium ergibt. Bei dieser Art von Effizienzorientierung an Heilungsziffern handelt es sich um eine erstarrte Form von Praxisverständnis – um ein Praxisverständnis, das eben die therapeutische Tätigkeit wegdenkt, die das gemeinsame Gestalten einer bedeutsamen Beziehung, in der Veränderungspotentiale vorhanden sind, ausblendet und das nur das Resultat im Auge hat. Praxis lässt sich aber nicht nur im Endergebnis auflisten, sondern umfasst eine Abfolge von subtilsten Prozessen, die man über das Endprodukt niemals Teil für Teil rekonstruieren kann (Slunecko, 1994, S. 131).

Eine weitere Facette des Theorie-Praxis Problems beschreibt Reiter (1995, S. 193ff), wenn er darauf hinweist, dass es in dieser Auseinandersetzung nicht nur um interpersonelle Konflikte geht (zwischen Forschern auf der einen und Praktikern auf der anderen Seite), sondern recht häufig auch um intrapersonelle Schwierigkeiten, wenn Forscher therapeutisch tätig sind oder Therapeuten forschen. Dieser Konflikt zwischen den Anforderungen zweier Systeme mit verschiedenen Leitunterscheidungen (Wissenschaft versus therapeutische Praxis) innerhalb einer Person ist jedoch kein Thema wissenschaftlicher Kommunikation, sondern wird überwiegend von psychischen Systemen abgearbeitet (Reiter, 1995, S. 194). Praktiker sind mit der Bewältigung kritischer Schwellen und Gefährdungen menschlicher Lebensführung befasst. Und obwohl im Bereich von Psychotherapie eine zunehmende Verwissenschaftlichung von Handlungsgrundlagen zu beobachten ist, meint Reiter, dass es keine problemlose Anwendung von wissenschaftlichem Wissen geben kann. Aus dieser oft ignorierten Tatsache leitet sich das besondere Spannungsverhältnis von Theorie und Forschung auf der einen und Praxis auf der anderen Seite ab. Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme stellen oft unabdingbare und wichtige Komponenten in Situationen dar,

2 Eine Beschreibung mit großer Akzeptanz bietet Strotzka (1978, S. 4), der Psychotherapie folgendermaßen definiert: „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig.“

in denen Nichtwissen und Unsicherheit vorherrschende Merkmale sind. Reiter vertritt die Auffassung, dass die zunehmende Verwissenschaftlichung von Praxis ein Dilemma mit sich bringt. Die zunehmend komplexer werdende Wissensbasis macht es unmöglich, ein unproblematisches Verhältnis zur Handlungspraxis zu unterhalten, da in den Handlungsvollzügen mitrealisiert wird, auf wieviel Nichtwissen und Ungewißheit sie beruhen. Weitere wesentliche Kennzeichen moderner Professionen sind ihre zunehmende Klientenorientierung und die Durchsetzung des Primats des Handlungsbezuges. Letzterer führt dazu, dass die Relation Handeln/Nichthandeln zum entscheidenden Bezugspunkt der Orientierung des Professionellen in der Beziehung zum Klienten wird. Wie in der Medizin kann auch in der Psychotherapie und in der psychosozialen Beratung vom „einheitsstiftenden Vorrang des Handelns“ gesprochen werden (Reiter, 1995, S. 196).

Und noch ein Hinweis ist angebracht. Luhmann (1990) sieht für das „harte“ Wissenschaftssystem, in dem auch die Medizin angesiedelt ist, als binären Code „wahr/falsch“ festgelegt; das System therapeutischen Handelns folgt aber einer anderen Sinnorientierung. Am Beispiel der Medizin, sagt Luhmann, könne gezeigt werden, wie schwierig oder unmöglich es ist, therapeutisches Handeln in theoretisch befriedigender Weise einem codierten Typ von Kommunikation zuzuordnen, um nicht die Diskursebenen ständig zu (ver-)wechseln.

Luhmann führt dies darauf zurück, dass das System der Krankenbehandlung keine Theorie über sich selbst entwickelt hat und dass es in diesem Teilsystem der Gesellschaft um mehr geht als um das Gelingen von Kommunikation, nämlich um die Veränderung organischer und psychischer Systeme, also um Systeme in der Umwelt sozialer Systeme. Zu hinterfragen ist auch die Sinnhaftigkeit einer zweiwertigen Logik in diesem Zusammenhang. Die Metapher von „Gesundheit“ und „Krankheit“ bestimmt die Wahrnehmung, greift aber zu kurz, weil sie nur einen Kampfkontext skizziert: Krankheit muss bekämpft werden, Krebsgeschwüre, Tumore müssen ausgemerzt werden, eine bestimmte Symptomatik soll weg. Reiter (1995, S. 196f) befasst sich mit der Frage, ob Medizin daher nicht sinnvollerweise im Funktionssystem der Wirtschaft untergebracht werden sollte. Aber welche Konsequenzen hätte diese Entwicklung, wenn Psychotherapie ebenfalls ausschließlich im Funktionssystem der Wirtschaft, nach Kriterien des Wissens hinsichtlich einer bestimmten Ursache und damit eines linear kausalen Wissens bezüglich der Behandlungsstrategie, bedacht werden müsste?

Welchen Rahmen bietet der Personzentrierte Ansatz?

Die Personzentrierte Psychotherapie hat eine andere Herangehensweise. Sie versucht die Potenzialität der Person auf der Basis ihrer Anliegen und unter Würdigung der bisherigen Lebensstrategien zu

verstehen, ohne in die Versuchung oder unter den Zwang zu geraten, zu pathologisieren, Störungen zu definieren, und ein durch den Sprachgebrauch verdichtetes Wissen der Person überzustülpen.

Eckstein (1989, S. 39) argumentiert in diesem Sinn mit Jaspers, der in der Pathologisierung von Personen eine Festschreibung sieht, weil die Feststellung des Wesens eines Menschen einer Erledigung gleichzusetzen ist, die bei näherer Betrachtung abwertend ist und überdies die Kommunikation abbricht. Nicht unerwähnt sei hier zusätzlich, dass eine therapeutische Beziehung zudem eine grundsätzliche Gleichwertigkeit voraussetzt, um nicht zwei Klassen von Menschen entstehen zu lassen, nämlich Gestörte und Nicht-Gestörte.

Psychotherapie kann unter personenzentrierten Prämissen aber auch als Frage der Lebenskunst beschrieben werden. Wenn jemand in Unruhe über sein Leben und sich selbst gerät, fragt die Person: „Wie lebe ich richtig? Welche Art zu leben entspricht mir? In welchen Zusammenhängen lebe ich? Wie lassen sich Zusammenhänge, wie lassen sich Beziehungen herstellen, in denen ich leben kann?“ „Wer bin ich?“ ist die Frage nach dem Selbstverständnis der Person, die wählt und sich selbst gestaltet. Brauchen Therapeuten dafür Störungswissen?

Gibt es befriedigende Antworten auf diese Fragen, die einander wechselseitig bedingen, wo eine endgültige Klärung kaum möglich sein dürfte. Es werden Antworten auf Fragen gesucht, die im therapeutischen Raum erörtert werden können, aber in der Lebenspraxis erprobt und verantwortet werden müssen. Es stellt sich der Sinn der Gestaltung eines Lebens in Frage. „Wozu auch überhaupt gestalten?“, wird gefragt. Die Frage nach dem „Wozu“ ist eine in Therapien oft gestellte Frage. Hier kann an eine Unterscheidung von Aristoteles erinnert werden. Aristoteles beschreibt zwei menschliche Handlungstypen, die sich wie Bauen und Wohnen zueinander verhalten. Das Bauen geschieht um des Hauses willen und kommt mit dessen Fertigstellung an sein Ende. Aristoteles nennt solches Tun *Poiesis* – Herstellung. Das Wohnen geschieht hingegen nicht um eines anderen willen, sondern erfüllt sich in sich selbst. Aristoteles nennt solches Tun *Praxis* – Lebensvollzug. Man kann erkennen, worin die restriktive Wirkung der oft gestellten Frage „wozu?“ besteht. Sie reduziert Praxis zur *Poiesis* – also das Leben auf ein Leben zur Herstellung. Welches Wissen brauchen Therapeuten für die Aushandlungen dieser existenziellen Themen? Brauchen sie Störungswissen? Wie heißen diese Störungen?

Mein Anliegen hier besteht darin, altgediente und bewährte Argumente zu präsentieren, die Personzentrierte Psychotherapie aus der Verankerung der Medizin herauszulösen vermögen und durch geeignetere Modelle wie Beziehung, Gespräch, Begegnung, aber auch Kommunikationsmuster, Diskursgenauigkeit und Narrative zu ergänzen. Konkret bedeutet die Aufgabe kontextangemessen eine differenzierende – oder besser: viele differenzierende – Antworten den unterschiedlichsten Kontexten entsprechend zu finden. Das kann bedeuten, dass personenzentriertes therapeutisches Arbeiten

kein Störungswissen benötigt, auch kein Wissen über Lösungen, aber es kann in bestimmten Zusammenhängen durchaus nützlich sein, erworbenes Wissen und wissenschaftliche Vorstellungen über bestimmte Phänomene anbieten zu können. Die Frage ist also nicht, ob wir Störungswissen brauchen, sondern *unter welchen Bedingungen wir welches Wissen für wen, wann und wozu brauchen*.

Der Kontext von Störung und Krankheit

Ich möchte daran erinnern, dass der Störungsbegriff im medizinischen Kontext defizitorientiert und zugleich mechanistisch ist. Tatsächlich scheint es aber sinnvoll und notwendig, diesen Begriff beizubehalten, um den Diskurs nicht noch komplizierter werden zu lassen. Festzuhalten ist auch, dass der Begriff „Störung“ im ICD-10 einen deutlichen Fortschritt darstellt, im Vergleich zur althergebrachten Psychopathologie und deren Krankheitseinheiten.

Die Autoren der ICD-10 verabschieden sich von absoluten Entitäten und verwenden deskriptiv-phänomenologische, an Beobachungskriterien orientierte Bezeichnungen. Stigmatisierende Begriffe wurden aus dem Diagnoseinventar eliminiert. Alte Krankheitseinheiten wurden aufgelöst, um wiederum mehr psychische Einzelphänomene beobachten zu können und sie beschreibend zu erfassen. Diese Entwicklung wurde mit Beginn der 80-er Jahre eingeleitet. Der Begriff „Krankheit“ wurde durch den Begriff der „Störung“ ersetzt; das verdeutlicht die Bestrebung, diagnostische Begriffe als Mittel der Kommunikation einzusetzen. Die Resonanz auf die ICD-10 ist uneindeutig und reicht von „viel zu wenig radikal“ bis zur Einschätzung, dass sie „unerträglich vage und verwaschen“ sei. Mir wurde von Kollegen und Kolleginnen berichtet, dass in bestimmten Kliniken in der BRD und in Österreich wegen der Neuerungen der ICD-10 auf den Kodex verzichtet wird. Man darf dabei auch nicht vergessen, dass der deutschsprachige Raum sich als das Kernland der europäischen Psychiatrie und damit der Endogenitäts-Hypothese versteht.

Die Begriffe „Störung“ und „Krankheit“ bedeuten in der Medizin zuallererst, dass eine Abweichung von einer sonst normalen Funktionsweise vorliegt. Die Frage ist nur, wer das definiert. Es gibt keine konsensfähige wissenschaftliche Gesundheitstheorie. Gesundheit wird zum nicht hinterfragbaren Wert, zum Grundrecht erhoben, doch es bleibt unklar, was im Einzelfall als „krank“ oder „gesund“ zu bewerten ist. Es gibt vor allem in der Psychotherapie kein allgemein akzeptiertes Kriterium der Normalität. In der Medizin stellt sich die Situation anders dar: Da ist es sinnvoll von Abweichungen von der Normalität zu sprechen. In der Psychotherapie gelten andere – gesellschaftliche wie subjektive – Voraussetzungen.

Und noch etwas ist von wesentlicher Bedeutung: Gesundheit wird immer mehr zum nicht hinterfragbaren Wert, zum Grundrecht erhoben. Gesundheit als höchstes Gut ist aber auch nicht mehr abwägbar. Für das höchste Gut muss alles getan werden. Wir leben

in einer Zeit der real existierenden Gesundheitsreligion, in der erstarrte (Finanzierungs-)Systeme „effizient“ gemacht werden müssen, um Gesundheit auch wieder bezahlbar zu machen. Krankheiten, Störungen müssen beseitigt, bekämpft werden. Eine effektive Lösung, basierend auf gesichertem Wissen, mit qualitätssichernden Nebenmaßnahmen muß gewährleistet sein. Aber ist eine Sehnsucht nach ständig verlängertem Leben und immer währendender Gesundheit je finanzierbar?

Um also etwas als eine Störung zu erkennen, muss ein Wissen über den ungestörten Verlauf vorliegen. Aber Menschen sind keine Maschinen. Dort genügt es, den Aufbau und die Funktionsweise zu kennen, um Störungen zu orten und zu reparieren. Menschen setzen sich aber aus verschiedenen, komplex und rekursiv miteinander agierenden Systemen zusammen. Weder eine präzise Kenntnis über den prinzipiellen Aufbau des „Wesens Mensch“, noch präzise Beobachtungen über die Funktions- bzw. Arbeitsweise versetzen uns in die Lage, zu einer gegebenen Zeit, in einem bestimmten Kontext den aktuellen Zustand einer Person zu erfassen. Es kann daher bei einer Person weder die klare Feststellung einer etwaigen Störung noch die Durchführung einer „Reparatur“ erwartet werden.

Was bedeutet daher das bisher Gesagte? 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 um die Chancen im Bereich des Psychischen und in bestimmten sozialen Kontexten, um zu einem überdauernden Wissen von Störungen und den damit verbundenen Lösungen zu gelangen? Eine bisherige Psychopathologie mit ihrer Vielfalt an geschichtlich entstandenen Krankheitsbildern hält einer wissenschaftstheoretischen Überprüfung kaum stand und hilft auch nicht weiter.

Nehmen wir jene theoretischen Vorschläge ernst, die als *Autopoiese*³ oder Selbstorganisationstheorie formuliert werden und in der Chaostheorie angedacht sind, muss von der verständlichen Sehnsucht Abschied genommen werden, eines Tages über ein solides, überdauerndes Wissen darüber zu verfügen. Wir haben es zu jeder Zeit mit sich wandelndem Wissen zu tun, mit der Herausforderung, keine sichere Basis zu haben, aber trotzdem in existentiellen

3 Das Konzept der Autopoiese (griech.: autos = selbst, poiein = machen) wurde von den Neurophysiologen Maturana und Varela eingeführt. Das Ziel der beiden war es, die Organisation lebender Systeme zu erklären, indem jene Organisationsform beschrieben wird, die ein System als eine autonome Einheit konstituiert, welche im Prinzip alle für lebende Systeme charakteristischen Phänomene generieren kann, sofern die notwendigen historischen Voraussetzungen gegeben sind (Maturana, 1982, S. 141ff). Autopoietische Systeme erzeugen durch ihr Operieren fortwährend ihre eigene Organisation. Ablaufende Prozesse beziehen sich auf sich selbst. Diese Systeme koppeln sich über ihren Kontakt mit der Umwelt an ihr Medium an und sind dadurch überlebensfähig. Die Umwelt greift aber nicht steuernd ein, sondern stellt ihre Komplexität lediglich zur Verfügung. Das bedeutet, dass jeder Umweltkontakt ein autopoietisches System zu Selbstkontakten aktiviert. Daher entscheidet das System, nicht die Umwelt, welche „Informationen“ erzeugt und als bedeutsam bewertet werden (S. 191ff).

Situationen handeln zu müssen. Als ein Beispiel für die Komplexität therapeutischer Kontexte kann die Geschichte des kleinen Mädchens, mit dem ich an einer Klinik arbeitete, dienen.

Das knapp achtjährige Mädchen war stationär aufgenommen worden, da es ständig das elterliche Haus demoliert hatte. Das Mädchen hatte Tapeten zerrissen, Fensterscheiben zerschlagen, Wände, Türen und Türstöcke beschmiert und elektrische Leitungen beschädigt. Das Kind bekam von den an der Klinik tätigen Experten eine Vielzahl von Diagnosen mit dazupassenden fundierten Begründungen, der jeweiligen theoretischen Ausrichtung entsprechend. Ich konnte mit dem Kind ein paar Wochen arbeiten, ohne dass sich irgendeine Veränderung oder Besserung eingestellt hat. Das Mädchen ruinierte weiterhin das Haus der Eltern bei Wochenendbesuchen. Meine Beziehung zu dem Kind entwickelte sich gut und wir unterhielten uns, spielten, machten Spaziergänge. Das ärztliche Personal der Klinik war erstaunt, dass das Kind in der Therapie so unauffällig war. Eines Tages spielten wir eine Szene auf einem Bauernhof, auf dem viele Kinder und Erwachsenen zusammenlebten und der Großvater immer mit Instandhaltungsarbeiten des Hofes beschäftigt war. Im Zuge dieses Spiel stellte sich Folgendes heraus: Die Ursache für die unerklärlichen Vandalenakte des Mädchens lag darin, dass der Großvater nach dem Tod seiner Frau gesagt hatte, dass er jetzt noch ein paar Reparaturen im Haus fertig stellen werde und dann auch sterben kann, weil er seiner Frau nachfolgen möchte. Für das Mädchen war es daher folgerichtig, den Tod des geliebten Großvaters dadurch zu verhindern, dass sie ihm ständig neue Arbeit verschaffte. Indem es möglich war, diese Situation für das Mädchen aufzuklären, konnte auch seine vermeintliche Zerstörungswut beendet werden.

Im medizinischen Kontext wurden wissenschaftlich fundierte, sehr differenzierte Diagnosen von den Ärzten entworfen, mögliche Störungen benannt, um das Kind behandeln zu können. Aber all dieses Wissen blieb ohne therapeutische Resonanz. Eine Überlegung in diesem Zusammenhang sollte also auch in die Frage münden, was wann, wozu und für wen, und auch wie lange etwas als förderliches Wissen zu betrachten ist, und wo ein situativer Index in Erwägung zu ziehen ist.

Kurzer Exkurs über den Umgang mit Wissen

Ich möchte nochmals Überlegungen von Niklas Luhmann erwähnen. Nach Luhmann (1990) ist Wissen immer aktuell und immer nur im Beobachten von Beobachtern gegeben. Symbole für Dauer und Beständigkeit wirken praktisch als Kürzel, welche die Operationen psychischer und sozialer Systeme mit Hilfe von Konstanzunterstellungen erleichtern. Versteht man Beobachten als aktuelle, vorübergehende Operation, verliert auch Wissen die Eigenschaft von etwas, das man „haben“ und „behalten“ kann. An die Stelle solcher Bestandsvorstellungen tritt die Frage, wer was unter welchen

Bedingungen aktualisiert. Damit tritt an die Stelle der Frage „Was ist?“ die Frage „Wie wird selektiert?“ Eine Diagnose kann daher auch als geographischer Hinweis gesehen werden: Welche Klinik ist mit welchem Forschungsprojekt befasst, und welches Erkenntnisinteresse ist vorhanden?

Luhmann sieht ein zentrales Merkmal der Operationen, die zum Aufbau von Konstanz führen, in deren Wiederholbarkeit. Dies bewirkt einen sinnstiftenden Prozess mit doppeltem Effekt. Verschiedenes wird auf Identisches reduziert, und dies kann wiederum im Folgenden auf andere Situationen generalisiert werden. Als Ergebnis dieses doppelseitigen Prozesses von Identifizierung und Generalisierung entsteht nach Luhmann eine „konkrete Vertrautheit mit der Welt“. Wissen bündelt somit Beobachtung, bringt gegen Enttäuschung abgesicherte Erwartungen hervor und sorgt so für eine ausreichende Kontinuität. 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 dann die Wissenschaftergemeinde. Diese befindet sodann über die Kriterien der Wiederholbarkeit über die Akzeptanz von Erwartungen.

Luhmann unterscheidet einen normativen und einen kognitiven Erwartungsstil. 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, die Struktur zu ändern, damit die Irritation eingepasst werden kann. Im anderen Fall heißt es, die Struktur fest zu halten und die Störung zu externalisieren. Die Störung erscheint somit als Korrektur bedürftiges 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.

Dieser kurze Ausflug in die Gedankenwelt Luhmanns, der die immanente zeitliche Begrenztheit von Wissens deutlich macht, bedeutet für mein Thema hier, dass Wissen immer neu aktualisierte Randbedingungen bereitstellt, um das Denken und Handeln von 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 zu Grunde, nicht zuletzt auch jene, auf welche Weise wir mit unserem Wissen umgehen wollen. Dabei bewegen wir uns zwischen zwei Extremen: Bewahren wir unser Wissen um jeden Preis oder sind wir bereit, es zur Disposition zu stellen? Mit Bezug auf unser Fach ist zu entscheiden, ob wir Störungswissen als bewahrungswürdige und so normative Sinnggebung betrachten wollen oder ob wir in der Tradition des personenzentrierten Denkens verbleiben und jedes Wissen als

bloß aktuelle, bestmögliche Orientierung unseres Handelns in einer bedeutsamen Beziehung handhaben wollen. Das bedeutet natürlich nicht, um es nochmals deutlich zu sagen, dass sich Therapie in einem theoriefreien Raum abzuspielen hat. Es ist aber der Hinweis angebracht, dass „Wissen“ von Krankheitsmodellen, von theoretischen Konstrukten, über die „wissenschaftliches“ Einverständnis herrscht, sehr wohl die Einstellung Klienten gegenüber bestimmt, bevor man die Person überhaupt noch wahrgenommen hat.

Im Hinblick auf eine klinische Theorie und die Gestaltung der therapeutischen Praxis schließen sich hier wichtige Fragen in Bezug auf „Bewahren“ oder „zur Disposition Stellen“ an. Nämlich erstens, auf welcher Grundlage wird welcher Erwartungsstil gewählt und zweitens, auf welche Weise wird mit Irritationen und Enttäuschungen umgegangen? Die Beantwortung dieser Fragen findet oft auf der Basis von Wertungen statt und verweist auch auf die Bereiche der Ethik und auch des Gewissens. Dort vereinen sich zu guter Letzt die zwei genannten Stile um kontinuierlich absichernde Erwartungen zu bilden, nämlich Wissen und Norm. Angesichts der Nichtentscheidbarkeit geht die Unterscheidung nach „wahr/unwahr“ in jene nach „erwünscht/unerwünscht“ über, und beide werden zum Kontext der jeweils anderen. Wir kennen die Redewendung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zu handeln. Das ist auch der Bereich in dem sich drei zentrale Elemente von Krankheitstheorien, nämlich Beschreibung, Erklärung und Bewertung, deutlich machen und auch vermischen (Retzer et al., 1989, S. 214ff).

Zur Frage der Verantwortlichkeit im Umgang mit Wissen im therapeutischen Prozess

Es ist ein Balanceakt. Es soll darum gehen, mit offenen Augen mit den Konzepten des Bewahrens und des Zur-Disposition-Stellens umzugehen und deren Sinn und Nutzen auszuloten. Und eben auch nicht aus den Augen zu verlieren, dass es sich um Modellbildungen zum Nutzen der Klienten handelt, und nicht um die Wahrheit einer bestimmten therapeutischen Richtung, die zu verteidigen ist. Fundiertes Grundwissen über Krankheitsphänomene zum Zweck der Kommunikation im Behandlungs- bzw. Arbeitskontext, gehört zum Muss eines jeden Psychotherapeuten. Wissen um die Grundlagen der Psychotherapie ist aber differenzierter zu betrachten. Denn dieses Wissen kann sowohl nützlich als auch verführend sein. Es kann nützlich sein, wenn es einen passenden Rahmen für das Handeln bietet, es kann verführend sein, wenn es zu objektivierenden normativen Generalisierungen verleitet.

Es gibt Situationen, in denen Wissen aus pragmatischen Gründen genutzt werden kann, denn alles andere würde Zeit, Geld und Energie kosten. Die Frage, die sich stellt, heißt nicht, ob solches Wissen auch vor dem Hintergrund personenzentrierten Denkens anwendbar und vertretbar ist, sondern vielmehr, auf welcher Basis die Entscheidung dafür zu fällen ist. Es wäre vermessen zu behaupten,

dass eine noch so erfolgreiche Anwendung solchen Wissens auf eine einfache Umsetzung von Störungswissen in Lösungswissen zurückgeht; dass theoretische Überlegungen, wie denn diese Störungen und deren Behandlung zu verstehen seien, hierdurch endgültig geklärt wären. Der Anspruch zu klären, wie denn Störungen verstanden werden könnten, ist jeder therapeutischen Theorie eigen, aber therapeutischer Erfolg begründet trotzdem niemals die wissenschaftliche Wahrheit einer klinischen Theorie. Was uns diese Wissensmodelle 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 welches Wissen und ein damit verbundenes Handeln wirkt, welches Vorgehen bei bestimmten Klienten welche Auswirkungen haben wird.

Die Person als bio-psycho-soziales Wesen ist immer in ihrem höchstpersönlichen Kontext zu sehen. Daran hat sich der therapeutische Zugang zu orientieren. Bei magersüchtigen Jugendlichen hat der Grad und der Kreislauf der entwickelten Unterernährung vorrangige Bedeutung. Es ist auf die persönliche „Gestimmtheit“ zu achten, es ist mit zu überlegen, ob Medikation angebracht erscheint. Weiters ist zu schauen, wie die gezeigte Symptomatik in der je individuellen Entwicklungsgeschichte verstanden werden kann. Ein jugendlicher Klient von mir sah zum Beispiel seine Magersucht, mit der er auch sein Wachstum kontrollierte, im Verlauf der Therapie als notwendige „Auszeit“, um für eine neue Anforderungsstufe, das Erwachsenwerden mit all seinen Konsequenzen, gewappnet zu sein. Oder eine junge Frau erzählte nach einer Vielzahl von Gesprächen vom „Ursprung“ ihrer Essstörung: Sie wollte der Neurodermitis-Erkrankung ihrer Schwester, die in der Familie eine zentrale Bedeutung bekommen hatte, etwas entgegen halten, was genauso wichtig genommen wird. Diese Strategie war erfolgreich, der Preis aber hoch. Es kann daher in der Therapie versucht werden, in der je individuellen Entwicklungsgeschichte eine Metapher für das Geschehen zu finden, eine neue Erzählung in der sich der Klient wiederfindet und sich auch bewegen kann.

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung wird immer wieder darauf hingewiesen, dass schwere Traumata subkortikal ablaufen und nachhaltige Veränderungen im limbischen System hinterlassen. Daher ist eine besondere Therapieform vonnöten: die EMDR-Technik (Shapiro, 1998). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine von Francine Shapiro entwickelte klinische Behandlungsmethode von Trauma-Opfern. Es ist ein integratives Therapiemodell, das verhaltenspsychologische, kognitive, psychodynamische, körperorientierte und systemische Elemente umfasst. Die Methode nutzt Augenbewegungen und andere Techniken der Rechts-Links-Stimulation um die Aufarbeitung beunruhigender Gedanken und Erinnerungen zu ermöglichen. Es gibt dazu beeindruckende Sofortergebnisse, genauso wird aber auch auf die Psychosegefahr dieser Technik hingewiesen, wenn sie nicht in einem höchst sensiblen, multidimensionalen Therapiekonzept eingebunden ist.

Es gibt kein Patentrezept. Klienten sprechen auf ein durchdachtes Therapiekonzept an, genauso wie auch eine massive Entlastung durch ein paar Gespräche feststellbar ist oder wie das schützende Klima einer Station Entlastung bringen kann. Was am meisten hilft, ist in der Regel das, was der individuellen Situation am ehesten entspricht. Was an angesammeltem Wissen dazu hilfreich sein kann, ist vermutlich auch von Therapeut zu Therapeut verschieden. Wesentlich ist auch, wie stimmig und authentisch Therapeuten mit ihren Konzepten umzugehen vermögen.

Die Idee, theoretische Konstrukte seien in der Praxis direkt anzuwenden und umsetzbar, um „die Sache in den Griff zu kriegen“, ist illusorisch. Wo es um die Unberechenbarkeit nichtlinearer, komplexer, doppelt kontingenter Beziehungsdynamik geht, ist hinsichtlich instruktiver Interventionen Bescheidenheit geboten. Anzuerkennen ist, dass es in einer psychosozialen Praxis darum geht, mit Personen, die einer je eigenen autopoietischen Struktur unterliegen, zu verhandeln, und dass deren Verhalten sich als Ergebnis einer inneren Dynamik ständig in nicht prognostizierbarer Weise verändern kann. Nicht nur Personenzentrierte Therapeuten verweisen ausdrücklich auf die Relativität klinischer Vorerfahrungen mit ähnlich gelagerten Fällen und damit auf die Einzigartigkeit jeder neuen Begegnung zwischen Therapeut und Klient. Nichts ist so praktisch und damit so verlockend wie eine gute Theorie, und die Versuchung, einer erfolgreichen, funktionierenden Theorie Wahrheitsstatus einzuräumen, ist ebenfalls sehr verführerisch.

Ich teile die Ansicht von Autoren, dass es kein endgültiges Expertenwissen des Therapeuten hinsichtlich psychischer Entwicklung gibt (Cecchin, Lange & Wendel, 1992). Das wesentliche Kriterium für die Beurteilung von Geschichten im therapeutischen Prozess scheint ihre Überzeugungskraft im Sinn von Kohärenz und Kontinuität im Rahmen der bisherigen Lebensgeschichte der Klienten zu sein. Max Frisch (1975, S. 45) schreibt in seinem Roman „Mein Name sei Gantenbein“: „Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält.“ oder an anderer Stelle: „Ein Mann hat eine Erfahrung gemacht, jetzt sucht er die Geschichte seiner Erfahrung“ (S. 8). Wenn man diese Idee für therapeutisches Arbeiten übersetzt, bedeutet es die Formulierung eines Unterschieds zwischen einem Ereignis, einer Erfahrung und einer Geschichte, die man sich selber darüber erzählt. Durch dieses Erzählen wird die Person zum Autor der eigenen Geschichte(n), und erlebt die Möglichkeit, sich nicht nur als ein Erleidender seines Lebens wahrzunehmen. In einer radikal konstruktivistischen Sichtweise gibt es keine Unterscheidung von Wirklichkeit und Erzählung. Die Person ist Autor ihrer Geschichte und letztlich die Geschichte selbst, die sie und andere von ihr erzählen. Mit dieser potenziellen Geschichtenvielfalt kann ich in meinen Therapien gut arbeiten.

Nicht zu vergessen ist, dass auch im Einsatzbereich von Psychopharmaka Wissen geboten ist. Und zwar nicht nur beim verschreibenden Mediziner sondern beim Psychotherapeuten selbst. Schwer leidenden Klienten die Medikation zu verweigern, ist in der Regel

ein Kunstfehler. Trotzdem 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, ein aus der Not des Handlungsdruckes gewachsenes Wissen. Dennoch wird es als Folge einer langjährigen Wiederholungspraxis zuweilen als regelrechtes Wissen gewertet. Bei allem normativen Druck ist es nötig, offen zu bleiben für Unerklärbares. Üblicherweise wird in der Psychiatrie aber so verfahren, als verfüge man über kognitives Wissen, und man übersieht, dass es sich um normatives Wissen handelt. Eine differenzierende Betrachtung, die sich der Kontextbezogenheit und Temporalität unseres Wissens bewusst ist, ist angebracht.

Resümee

Ich verstehe diesen Beitrag als ein personenzentriertes Argumentieren dafür, dass behutsames, flexibles, problem- und personbezogenes Einbeziehen von „allgemeinem Wissen“ über Menschen und deren Lebensproblemen in dem Ausmaß stattfindet, wie es nötig ist, ohne im Einzelfall die Einzigartigkeit der Person aus den Augen zu verlieren. Es erscheint sinnvoll, in manchen Bereichen Identisches zu entdecken. Es sollten daraus aber nicht Generalisierungen und Typologisierungen vorgenommen werden.

Was können Personenzentrierte Therapeuten von Störungswissen erwarten? Vor allem Verständigung, Orientierung und eine gewisse Absicherung untereinander und damit Teilnahme an einem gemeinsamen Diskurs. Wesentlich ist, dass Wissen permanent einem Wandel unterzogen ist. Man „hat“ es nicht, sondern man wendet es an. Die Frage ist nicht „Was ist?“, sondern vielmehr „Wie wird was ausgewählt und verwendet?“ Dies führt geradewegs in den Bereich der persönlichen Verantwortlichkeit derjenigen, die „Wissen“ anwenden und im günstigen Fall in einen gemeinsamen Diskurs darüber einbringen. Wir sind herausgefordert, wirksam und verantwortungsvoll zu handeln, ohne immer genau zu wissen, was unser Handeln im Einzelfall auslösen wird. Kausale Erklärungen können in den Naturwissenschaften legitim und angemessen sein, aber nur dann, wenn der Beobachter genau weiß, für welchen Phänomenbereich sie gelten sollen (Ludewig, 1993, S. 71). Aus dieser Entscheidungsverantwortung hilft kein noch so etabliertes Wissen heraus, zumindest nicht in der therapeutischen Arbeit mit Menschen. Wollen wir professionell arbeiten, führt kein Weg daran vorbei, unser Wissen zu nutzen, ohne zu vergessen, dass dieses Wissen immer nur vorläufigen Charakter hat.

Personenzentrierte Psychotherapie argumentiert auf gegebener wissenschaftlicher Basis; sie „hat“ Wissenschaft zur Verfügung, um sich in der *scientific community* mitteilbar und verhandlungsfähig zu machen. Personenzentrierte Psychotherapie gibt der Wissenschaft jeden möglichen und erdenklichen Raum, aber sie kann Wissenschaft

bei Bedarf auch beiseite lassen. Ihre Praxis als Lebenspraxis, zu der auch philosophische Selbstbesinnung gehört, überschreitet die zu engen Grenzen bestimmter Formen von Wissenschaftlichkeit.

Es geht nicht ohne Lehrbuchwissen, aber Personenzentrierte Psychotherapie lebt vermutlich eher von den Nebenwirkungen; vom nebenher laufenden Austausch von Weltansichten, vom Aushalten des Noch-nicht-Lösbaren, vom „richtigen“ Wort zur „rechten“ Zeit, das einem wie zufällig einfällt, von humorvollen Momenten, vom spontan entstehenden Witz, von unerwarteten intellektuellen wie emotionalen Erkenntnissen. Personenzentrierte Psychotherapie bedarf keiner Behandlungstechnik, sondern der Fähigkeit, sich gemeinsam mit dem Klienten der Frage zu stellen, welches Leben wie zu leben wert wäre. Ihr Wesen liegt eher in der erzählerischen Anregung, als in der medizinischen, zielgerichteten Intervention. Diese Art, therapeutisch zu arbeiten, spricht unsere Klienten als Person an, weil wir ihnen keine erstarrten Behandlungspläne auferlegen. „Wer nur einen Hammer hat, konstruiert die ganze Welt als Nagel“, lautet ein Sprichwort. Das sollte Therapeuten nicht passieren. Es geht nicht ums Beobachten, sondern ums Dabei-Sein. Für das Höchstpersönliche einer Person scheinen freie Erzählformen, Bilder, Metaphern die geeigneten Ausdrucksformen zu sein. Sich das Leben zu erzählen, wechselseitig Bilder dazu zu entwerfen, ist eine Form der Empathie, und es ist ein eindrucksvolles Angebot der Teilnahme am Leben des anderen.

Zum Schluss formuliere ich zusammenfassend erneut mein Anliegen: Psychotherapie ist nicht Teil der Medizin mit ihrer Leitmetapher des Kampfes gegen die Krankheiten. Psychotherapie hat in ihrer Praxis eine philosophische Dimension, nämlich in der Arbeit an der eigenen Person, an den eigenen Auffassungen, Bedeutungsgebungen, höchstpersönlichen Wahrgebungen. Psychotherapie ist, wie in personenzentrierter Praxis oft schon hingewiesen wurde (Land, 1992), eher eine Kunstform, in der Lebensereignisse nicht mit objektiver Präzision wiedergegeben werden, sondern vom Klienten in

porträrierender, essayistischer Weise dargestellt werden können; mit dem Vorteil, dass der Künstler, der Klient, natürlich darin auch selbst mit enthalten ist. Eine höchstpersönliche Erzählung wandelt unverbundene Ereignisse in persönliche Erlebnisse um, indem sie eben nicht eine pedantische, sondern eine phantastische Beschreibung nutzt und damit ein sinnlich wirksames Bild entstehen lässt. Ein Klient beschreibt dies sehr anschaulich, wenn er aus diesem sinnlich erlebten Bild seine bisher bloß „gedachten“ zukünftigen Möglichkeiten leibhaftig zu spüren beginnt. Narrative sind nicht Feststellungen von Wahrheiten, sondern individuelle, kognitiv-imaginative Vorstellungen und sprachliche Darstellungen, die deutlich machen, dass Therapie vermutlich nie in allgemeiner Weise definiert werden kann, aber immer in individueller Weise umsetzbar ist. Narrative gewinnen ihre Bedeutung aus dem Wechselspiel von Wahrnehmung und Ausdruck, aus der Symbolisierung, der hörbaren und spürbaren Differenz, die in der therapeutischen Beziehung, im therapeutischen Dialog stattfindet. Es gibt keine objektiven Interpretationen einer Lebenserzählung. Jede neue Interpretation erzeugt neue Verstehensweisen und bewirkt eine Kontextveränderung. Identität wird nicht postuliert, sondern wird in Frageform gebracht. „Ein Satz, ein Wort, hat keine Bedeutung (...), die ihm gleichsam von einer von uns unabhängigen Macht gegeben wurde, so dass man eine Art wissenschaftlicher Untersuchung anstellen könnte, um herauszufinden, was das Wort wirklich bedeutet. Ein Wort hat die Bedeutung, die ihm jemand gegeben hat“ (Wittgenstein, 1984, Bd. 5, S. 52).

Der Klient braucht die Chance, gegen unsere Theorien Recht zu behalten. Vermutlich liegt die bedeutendste therapeutische Aufgabe darin, unser Wissen nicht dafür zu nutzen, das letzte Wort zu haben, sondern es ist vielmehr unsere Phantasie herausgefordert, immer wieder ein nächstes Wort zu finden. Denn: „Nur im Fluss des Lebens haben die Worte ihre Bedeutung“ (Wittgenstein, 1984, Bd. 7, S. 468).

Literatur

- Aristoteles, (1970). *Metaphysik. Schriften zur Ersten Philosophie*. Stuttgart: Reclam
- Cecchin, G., Lange, J. & Wendel, R. (1992). Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. Für mehr Eigenständigkeit in der systemischen Praxis. *Familiendynamik*, 3, 3–18.
- Eckstein, R. (1989). *The language of psychotherapy*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin.
- Frisch, M. (1975). *Mein Name sei Gantenbein*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Jaspers, K. (1990). *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin: Springer
- Land, D. (1992). Manchmal spiele ich Weisen, die ich noch nie zuvor gehört habe. In P. Frenzel, P.F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 263–276). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Ludewig, K. (1993). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Clett-Kotta.
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maturana, H. R. (1982). Biologie der Sprache. Die Epistemologie der Realität. In H. R. Maturana (Hrsg.), *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H. R. & Varela, F. (1984). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- Reiter, L. (1995). Das Konzept der klinischen Nützlichkeit. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 3, 138–163.
- Retzer, A. (1989). Eine Katamnese manisch-depressiver und schizoaffektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik*, 1, 214–235.
- Revensdorf, D. (1991). Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte. In J. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte*. Tübingen: dgvt .
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Sluneko, T. (1994). Plädoyer für einen Grundlagendiskurs in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 2, 128–136.
- Spence, D. (1994). Narrative persuasion: Contemporary thought. In C. Ahlers (Hrsg.), *Möglichkeit und Grenzen narrativer Hermeneutik. Zeitschrift für systemische Therapie*, 2, 112–138.
- Strotzka, H. (1978). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Von Foerster, H. (1993a). Wissen und Gewissen. In S. Schmidt (Hrsg.), *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Von Foerster, H. (1993b). *Kybernetik*. Berlin: Merve.
- Von Glasersfeld, E. (1991). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper.
- Wittgenstein, L. (1984). *Werkausgabe in 8 Bänden. Bd. 5: Eine philosophische Betrachtung; Bd. 7: Bemerkungen über die Philosophie der Psychologie*. Frankfurt/Main.

Autor

Mag. Christian Fehring, Jg. 1953. Psychotherapeut, Supervisor, Coach in freier Praxis. Ausbilder und Lehrtherapeut im IPS der APG.

Korrespondenzadresse

Mag. Christian Fehring, A-1090 Wien, Rotenlöwengasse 13/15; fehringer@chello.at.