

Systemische Therapie und das »störungsspezifische Wissen«

Ein Streitgespräch¹

Tom Levold, Wolfgang Loth, Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer

Arist von Schlippe (AvS): Ich möchte kurz schildern, wie es zu diesem Buch² gekommen ist. Am 18. Dezember 2004, ich war noch Vorsitzender der SG, traf sich in Köln eine größere Gruppe, u. a. die Vorstände der beiden Gesellschaften, Kurt Ludewig und Jürgen Kriz, um eine Grundsatzentscheidung darüber zu treffen, ob wir noch einmal den Weg gehen, uns um die Anerkennung der systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat zu bemühen oder nicht. Zwei Jahre vorher hatten wir ja die sogenannte Kölner Erklärung der SG formuliert, mit der wir uns aus diesem Prozess zurückgezogen hatten. Unsere Idee war, die Ablehnung durch den Wissenschaftlichen Beirat als ein Zeichen und »Geschenk« zu nehmen, dass wir sozusagen unbeschadet von irgendwelchen politischen Zwängen unsere systemische Identität weiterentwickeln können. Und in diesem Kontext der Kölner Erklärung machte mir damals dieser 18. Dezember 2004 heftig Bauschmerzen.

Aber es fiel die Entscheidung, wir machen das noch mal, und eine Arbeitsgruppe um Kirsten von Sydow wurde mit der Erstellung einer Expertise beauftragt. Dann entstand zwischen Jochen Schweitzer und mir die Überlegung, diese Expertise zu sekundieren mit einem Praxisbuch, das einfach selbstbewusst und prägnant sagt: »Wir sind auch in der Lage, in eurer Liga mitzuspielen, wir haben auch Ahnung in den klassischen klinischen Feldern.« Das war der erste Grundstein.

Jochen Schweitzer (JS): Ein zweiter Grundstein war, dass wir als PID-Herausgeber ja beschlossen hatten, störungsspezifische Hefte zu machen. Also ein Heft über Depressionen, ein Heft über Borderline usw. Arist und ich standen immer wieder vor der Frage: Wer schreibt denn als Systemiker was über Borderline,

1 Verkürzte Fassung einer fast zweistündigen Podiumsdiskussion, die am 18.04.2008 auf der Jahrestagung der Systemischen Gesellschaft in Berlin stattfand. Aus Platzgründen konnten die Moderation durch Hagen Böser sowie Beiträge aus dem Publikum nicht berücksichtigt werden.

2 Schweitzer, J., Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (3. Aufl. 2009).

wenn kein Systemiker glaubt, dass es das gibt, usw.? Unsere Kollegen sagten: »Naja, wahrscheinlich arbeitet ihr einfach nicht mit wirklich schwer gestörten Menschen. Wahrscheinlich habt ihr nur immer diese Beziehungsprobleme, die wir mit F43.2 Reaktive Konfliktreaktion kodieren.« Das war Kontext Nr. 1.

Kontext Nr. 2 war, dass etwa in dieser Zeit in der Medizin die sogenannte Leitliniendiskussion losging. In Leitlinien soll »evidenzbasiert« beschrieben werden: Was macht man bei Depressionen, Rheuma, Diabetes usw.? Da kommt Systemtherapie nirgends vor, weil Systemiker meist nicht schreiben, was man bei den einzelnen Beschwerdebildern macht. Mein Eindruck war, dass Systemtherapie vollkommen aus diesen klinischen Diskurs heraus verschwindet, obwohl sie da therapeutisch umfangreich angewandt wird. Wie schafft man es, dem schieren diskursiven Verschwinden einer therapeutischen Realität etwas entgegenzusetzen? Das waren zumindest von meiner Seite die beiden Motive, diesem Buch diesen störungsspezifischen Kick zu geben.

AvS: In Bezug auf die Ausrichtung an der ICD-10 war unser Anliegen die Quadratur des Kreises, nämlich Störungsbilder auf der Phänomenebene aufzunehmen, uns vorzustellen, was jemand mit einer Depression in einem psychiatrischen Kontext meint, ohne den ganzen Rattenschwanz an Ätiologie und Prognose und Erklärung usw. mitzumachen.

Wolfgang Loth (WL): Als ich das Buch gelesen habe, dachte ich: »Das rezensiere ich nicht, das ist der Rückschritt.« Den Hintergrund habe ich verstanden, aber genau deswegen hatte ich die Bauchschmerzen. Ich würde es gern ein wenig unhandlicher und spannender machen und auf die grundsätzliche Ebene gehen. Mein Eindruck ist, dass bei all diesen zugestanden notwendigen, wichtigen, nachvollziehbaren Schritten auf dem Weg zur Beantragung der Anerkennung die Tools und Techniken einfach überhandgenommen haben, auch wenn das in Richtung des angestrebten Ziels sinnvoll sein sollte. Ich möchte auch begründen, warum ich diese Entwicklung dennoch für einen Nachteil halte.

Auf der Ebene von Tools und Techniken kann meiner Meinung nach die Unterscheidung zu anderen Therapieverfahren nicht substantiell durchgehalten werden. Auch wenn sich Techniken und Tools aus dem systemischen Denken ableiten lassen, brauchen sie letztlich für die Anwendung keinen systemischen Kontext. Auf der Ebene der Tools geht es eklektizistisch zu. Auf dieser Ebene ist das Lehrbuch II eine Steilvorlage für andere Verfahren zu sagen: Haben wir auch, können wir auch, wollen wir auch.

Deswegen mein Plädoyer: Auch wenn es sinnvoll für diesen Antrag sein mag, das zu betonen und zu unterstreichen, führt es in dieser Form zu Prägnanztendenzen in Richtung einer Technisierung der systemischen Therapie. Im Hinblick auf unsere Positionierung als eigenes Verfahren vermissen ich im Gegensatz zu der Überbetonung der Techniken, z.B. eine klinische Theorie im Sinne von Kurt Ludewig oder auch die Theorie nicht-linearer dynamischer Systeme. So unter-

schiedlich die auch in ihrer Ableitung und im Duktus sind, kommen sie zu relativ ähnlichen Vorstellungen über das Wesen von Therapie. Auf dieser Grundlage fußt mein Einwand, dass in dieser Form die Unterscheidung zu anderen Verfahren nicht wirklich substantiell durchzuhalten ist.

Tom Levold (TL): Ich finde spannend, dass ihr in eurer Darstellung, wie das Buch zustande gekommen ist, ausgesprochen harmlos dahergekommen seid. Die Idee eines Serviceangebotes für alle, die mal wissen wollen, was es so in dem Bereich gibt, ist für mich gar nicht das Problem mit diesem Buch, das habe ich auch in meiner Rezension hervorgehoben. Systemische Therapeuten haben von Anfang an Leute mit Diagnosen wie Depressionen, Borderline usw. gesehen, aber immer versucht, das Ganze in einen konzeptuellen Rahmen hineinzubringen, der von der medizinischen Nosologie weggeht. Insofern ist es erst mal ein interessanter Schritt, im Sprachspiel wieder in die andere Richtung zu gehen und zu schauen, wie geht man mit bestimmten Problemen um oder was ist das gesammelte Fachwissen dazu – das ist nicht der Punkt.

Der Punkt ist eigentlich der Anspruch des Buches. In der Einleitung wird es als therapie- und beratungspraktisches Geschwister zur Wirksamkeitsstudie über die systemischer Therapie/Familietherapie der Forschungsgruppe um von Sydow ausgewiesen. Die Programmatik dieses Buches beinhaltet also nicht nur eine Servicekomponente, sondern hat eine direkt politische Perspektive, über die wir hier sprechen müssen. Der andere Punkt, den ich auch entscheidend finde, ist der komplette Theorieverzicht. Wenn man nicht auf Theorie verzichtet hätte, hätte dieses Buch so nicht geschrieben werden können.

Und das ist jetzt die Frage: Welchen Stellenwert hat eigentlich systemische Theorie für die systemische Therapie in Bezug auf die Zukunft, auf politische Entscheidungen, die zu fällen sind, in Bezug auf Anerkennung, aber auch in Bezug auf die Positionierung überhaupt im psychosozialen oder im Gesundheitssystem? Im Kern geht es für mich darum, ob wir uns in irgendeiner Weise in ein medizinisches Paradigma einordnen oder ob die systemische Therapie als ein sozial- und geisteswissenschaftlich fundiertes interaktives Verfahren eine eigenständige Identität erhalten kann, das wäre für mich der Fokus der Diskussion.

AvS: Ich denke, man muss die beiden Ebenen sehr deutlich unterscheiden. Ohne den Kontext des Psychotherapeutengesetzes, der Beantragung der Anerkennung usw. wäre das Buch sicherlich nicht so entstanden, möglicherweise auch, jedenfalls, was meine Seite anbetrifft, vielleicht im ersten Kapitel ein bisschen radikaler formuliert worden. Was den Theorieverzicht betrifft, müsste ich Tom fragen, hast du vielleicht einfach mittendrin angefangen zu lesen?

TL: Jedes Wort, von Anfang an!

AvS: Dann kennst du ja auch unsere Aussage, dass »Krankheit« eigentlich in dem ganzen Buch durchgängig in Anführungszeichen geschrieben werden müsste, dass wir das aus pragmatischen Gründen nicht tun, ebenso wie wir auch den Begriff »Patient« benutzen, mit all dem Wissen um die problematischen Implikationen, dass für uns systemische Therapie im Wesentlichen erst mal so etwas ist wie eine angewandte Erkenntnistheorie, die sich nicht aus der Praxis herleitet, sondern umgekehrt. Von daher irritiert mich deine Aussage, das Buch verzichte völlig auf Theorie. Eigentlich wollten wir gerade in diesem ersten Kapitel das sozialwissenschaftliche Krankheitsmodell komplett besetzen, das z.B. von der Verhaltenstherapie in den 1970er Jahren ganz verlassen wurde. Wir wollen genau in diese Lücke hineingehen, die da gerissen worden ist. Das war mein Anspruch jedenfalls.

TL: Darf ich das präzisieren? Zu schreiben: »Wir setzen in diesem Buch Krankheit in Anführungszeichen, denken sie uns dann aber jeweils wieder weg, weil es sonst zu kompliziert wird«, ist keine Theorie.

AvS: Das habe ich jetzt aber auch nicht gesagt!

TL: Wenn ich ein Buch schreibe, in dem ich die Orientierung an diagnostischen Etiketten als Programm, als Gliederung wähle, dann muss ich theoretisch begründen können, warum ich das mache. Ihr habt das praktisch begründet, diese Begründung ist ja auch konsistent, aber es fehlt die Theorie dazu. Das ist ein Lehrbuch, in dem nicht steht, was überhaupt Diagnosen, was Klassifikationen sind, wie sich das historisch und paradigmatisch herleitet, es enthält keine Kritik der Diagnostik, das ist für mich zu wenig. Wenn es ein Lehrbuch sein soll, müsste man zumindest auf eine Menge an theoretischen Diskussionen und Vorarbeiten, die es schon gibt, Bezug genommen werden.

Die Frage ist wichtig: Wie geht man mit Sprache um? Für mich ist es nicht damit getan, probierhalber einen Begriff wie Krankheit oder Diagnose zu nehmen und dann weiter zu argumentieren, denn in dem Moment, in dem wir uns für einen Begriff entscheiden, ob mit Anführungszeichen oder ohne, nehmen wir eine Selektion vor. Diese Selektion kanalisiert in gewisser Weise das, was im Anschluss dann noch argumentativ noch möglich ist oder nicht. Die Idee, man könnte sozusagen das Anführungszeichen konsequent einfach immer begleitend mitdenken, funktioniert nicht, denn wenn wir ausreichend lange über Krankheit in Krankheitsbegriffen reden, dann fangen wir auch an, in Krankheitsbegriffen zu denken. Und meine Frage ist: Wollen wir das und können wir uns das leisten?

JS: Ich will dir zugestehen, dass nicht viel explizite Theorie drin ist. Ich denke aber, dass da einiges an impliziter Theorie enthalten ist, die ich gern noch mal explizieren möchte. Aus meiner Sicht ist implizit eine Theorie des Krankheitskonzepts als ambivalentes Konzept enthalten. Neben negativen Konsequenzen

wie Verdinglichung, Stigmatisierung, Ausgrenzung, usw. hat das Krankheitskonzept auch sehr positive Aspekte, für die es meines Erachtens zurzeit (noch?) keine bessere gesellschaftliche Alternative gibt. Implizit steckt also die Idee darin, dass die einseitige Kritik am Krankheitskonzept zu kurz greift. Das Buch versucht, das an vielen praktischen Beispielen aufzuzeigen. Zweitens steckt die Idee darin, dass in diesem Dreischritt von Störungsbild, Beziehungsmustern und Entstörungen, von der Beschreibung von Symptomen über die Beschreibung von Beziehungsmustern hin zu den dazu passenden Weisen, darüber zu sprechen, implizit weiterhin die alte systemische Idee enthalten ist, von einer Beschreibung eines auf eine Person bezogenen Symptombildes in einem mehrschrittigen Prozess zur Auflösung dieser einseitigen Beschreibung zu kommen.

Aber implizit tun wir gut daran, in einer Gesellschaft, die mit dem Krankheitsbegriff zumindest im Gesundheitswesen lebt, zunächst einmal klar und anschaulich zu beschreiben, was das ist, das es im nächsten Schritt oft zu verflüssigen gilt. Implizit ist damit auch einiges über die verschiedenen Sprachspiele gesagt, in denen wir als Systemiker mehrsprachig operieren sollten. Darüber hinaus bietet das Buch auch implizit eine Reintegration von Erfahrungen aus der Zeit vor 1980, also von Arbeitsweisen aus der Kybernetik 1. Ordnung, und versucht, diese wieder in das Bewusstsein der systemischen Therapie zurückzubringen, mit vielen Fallbeispielen.

AvS: Wir haben nicht die Idee gehabt, eine systemische Rekonstruktion psychiatrischer Krankheiten und eine systemische Rekonstruktion der ICD-10 vorzunehmen, die pragmatische Frage war, wie können wir uns ankoppeln an ein Feld, wie können wir dialog- oder diskursfähig sein in diesem Gesundheitssystem.

TL: Dazu eine Vermutung. Der erste Antrag der systemischen Verbände, den Günter Schiepek damals mit seinem Materialband unterlegt hat, ist ja unter anderem daran gescheitert, dass er versuchte, genau diesen Kernbestand systemischen Denkens mit hineinzubringen. Und jetzt könnte man vermuten, dass eine theoretische Fundierung im zweiten Anlauf vermieden worden ist, um nicht von vornherein eine neue Niederlage zu erleiden. Also ein motivierter Verzicht auf Theorie und kein Versehen oder Platzmangel.

WL: Ich bin damals Anfang der 1970er Jahre in die »Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie« eingetreten, weil die zum emanzipatorischen Denken in der Psychotherapie beigetragen hat. Wenn man etwa in den 1973er Kongressband über »Gesundheitspolitische und grundlagentheoretische Standpunkte« schaut, könnte einen Wehmut erfassen. Dann musste ich erleben, wie die sich im Laufe der Zeit in ihr Gegenteil verkehrt haben. Später fühlte ich mich in der Gesprächstherapie beheimatet und musste sehen, wie die sich zum Affen machen und ihre eigenen Gedankengänge aufgeben mussten, nur um irgendwie anerkannt zu werden – mit welchem Effekt, wissen wir jetzt.

George Albee schreibt unter der Überschrift »Selling our Souls to the Devil«, wie die klinischen Psychologen in den USA nach dem Zweiten Weltkrieg auf der Konferenz in Boulder/Colorado beschlossen haben, sich in der Behandlung von Kranken an den Kriterien der »American Psychiatric Association« zu orientieren, mit der Bemerkung, das habe die Einschwörung auf ein invalides und un-reliables System bedeutet, doch die Bezahlung war gut.

Meine Überzeugung ist, wenn wir das so reduzieren auf den Wunsch, unbedingt in ein System hineinkommen zu wollen, in dem es zumindest jetzt noch Geld gibt, und ich wette, das wird es nicht mehr lange geben, dann konzentrieren wir unsere Kraft und unsere Ideen darauf, etwas zu stützen und länger noch drinzubleiben, das es nicht mehr lange gibt. Anstatt das auszubauen, was wir können und was uns unterscheidet, auch wenn das jetzt noch kostet.

JS: Ich plädiere überhaupt nicht dafür, die systemische Therapie jetzt störungsspezifisch auszurichten. Unsere Idee war, zu zeigen, ich sag es mal ganz salopp, das können wir auch störungsspezifisch darstellen. Und dafür gibt es auch eine Geschichte und eine Plausibilität. Es ist überhaupt nicht unsere Idee zu sagen, Therapie funktioniere meist störungsspezifisch, und systemische Therapie solle vorwiegend störungsspezifisch arbeiten.

TL: Ich glaube, es geht gar nicht um Praxis. Jeder Therapeut, jede Therapeutin macht in der Praxis etwas anderes als das, was hinterher auf Tagungen erzählt wird oder was in Büchern steht oder wie auch immer, das ist bei allen Therapieverfahren das Gleiche. Die Untersuchung der Differenz von Theorie und Praxis wäre eine interessante Forschungsfrage. Hier geht es aber nicht um Praxis, sondern um eine Form der Beschreibung von Praxis, die sich an bestimmten Kriterien orientiert. Und die Frage ist: Sind das die bestmöglichen Kriterien, an denen sich die systemische Praxis orientieren kann?

Ich würde gern eine Stelle aus dem »Geschwisterbuch« zitieren, an dem Jochen auch beteiligt war, die ich ganz spannend finde, weil sie eine Aussage darüber macht, was systemische Praktiker tun. Die machen nämlich systemische Diagnostik. »Systemische Diagnostik orientiert sich an den klassischen Ansätzen klinischer Diagnostik, zum Beispiel ICD-10, DSM 4, standardisierte Fragebögen, Interviews und Beobachtungsverfahren, weist darüber hinaus aber auch noch folgende Besonderheiten auf, nämlich Erfassung von Symptomatiken und Problemen von Inpatient und sozialem Kontext«. Zweites Zitat: »In der systemischen Therapie/Familientherapie wird zunächst, wie in jeder anderen Therapie, die Symptomatik des Inpatienten, orientiert an der ICD-10, durch explorationsstandardisierte Interviews oder Fragebögen diagnostiziert.«

Ich finde, das ist eigentlich nicht das, was systemische Therapeuten machen, ich kenne keinen. Ich kenne Projekte, in denen das gemacht wird, um hinterher zu bestimmten Beschreibungen zu kommen, eine Form der Beschreibung, die ich akzeptieren könnte, wenn man sagen will: Das ist das Futter, das man dem

Ausschuss, dem Beirat vorwerfen muss, damit die so einen Antrag durchwinken, dann wäre das eine subversive Aktion. Nur wenn das sozusagen unter der Hand, ohne dass man das eigentlich möchte, zu einer Form der Selbstbeschreibung von systemischer Praxis wird, dann kommen wir in Schwierigkeiten. An dieser Stelle fehlt der theoretische Über- oder Nebenbau.

Ich nehme jetzt gern zurück, dass da nichts von Theorie drin ist, es ist ganz viel Theorie drin, die ist aber nicht expliziert. Zur Frage der Diagnostik gibt es aber einen systemischen Diskurs. Wenn der da mit hineingenommen worden wäre, hätte das die strategische Option der Studie offensichtlich geschwächt. Aber warum steht da »Lehrbuch« auf dem Umschlag und nicht »Materialsammlung zur Unterfütterung eines Antrages«. Das Lehrbuch richtet sich nämlich an uns, die Systemiker, und nicht an den Wissenschaftlichen Beirat.

JS: Unangenehm berührt war ich, als du die Stelle aus der Expertise vorgelesen hast. Man muss dazu sagen, an der Endformulierung dieser Expertise waren zwölf Menschen mit zum Teil extrem heterogenen Gedankengängen beteiligt. Die Expertise ist ein Konsensprodukt. Wer dabei war, weiß, wie lange zum Teil über Telefonkonferenzen die Auseinandersetzung über jedes einzelne Wort ging. Mit diesen beiden Zitaten bin ich selber nicht glücklich, hinter denen stehe ich individuell so nicht, die wurden aber als Ergebnis der Konsensfindungsprozesse dort so geschrieben und werden von mir mitverantwortet.

Ich stimme Arist nicht darin zu, dass wir das Buch auch anders hätten schreiben können. Ich hatte das Gefühl, damit schreiben wir das Buch in einer Weise, mit der wir etwas ins Feld hineinbringen, das wir so nicht haben. Die verschiedenen anderen Variationen, die es damals auch hätte nehmen können, hätten viel mehr anderen Büchern geähnelt, die wir schon hatten. Es war schon zwischen uns beiden eine bewusste Entscheidung, etwas zu tun, was einen Kontrast zu dem darstellte, was wir und auch die Szene sowieso gemacht haben. Kontrastwirkung war beabsichtigt, aber nicht notwendig aus der Schwesternschaft zu dem anderen Buch heraus.

AvS: Also für mich war das jetzt ungenau gesagt. Für mich ist es ja nicht so, dass zwangsläufig dieses Buch so geschrieben wurde, sondern das erklärte sich aus der Entscheidung vom Dezember 2004 heraus. Wir haben es übrigens nicht nur für die Systemiker geschrieben. Wir hatten schon auch das Bild, dass wir mit dem Buch auch massiv an andere Schulen herangehen wollten und sagen: »Hier, guckt euch das an, da gibt es aus der systemischen Ecke eine ganze Menge Handlungswissen, und nehmt das gefälligst ernst«, das war schon die Idee.

Eine Sache, die mich sehr beschäftigt, würde ich dir, Tom, auch zugeben, das ist, dass sich die Pragmatik natürlich auch verändert in dem Moment, in dem man einen Begriff so benutzt. Wir haben ja schon angefangen im Lehrbuch, die Anführungszeichen wegzulassen, wir hätten die eigentlich konsequent überall drin lassen müssen, aber die wären wahrscheinlich im nächsten Buch dann irgendwann

verschwunden, und irgendwann beginnt dann ein Begriff – die Beschreibung verändert das Beschriebene –, etwas zu verändern.

Ich weiß nicht, wie man das verhindern könnte, denn Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen funktioniert so. Systemische Therapie wird nach der Anerkennung und nach der Einbindung in Curricula nicht mehr dieselbe sein, die sie vorher ist. Die einzige Hoffnung, die ich habe, ist, dass das Gesundheitssystem sich vielleicht auch verändert als Konsequenz. Da muss man natürlich sehen, was ist die langlebigere Größe, was ist der Ordner, wer wird verklavt ...

WL: Ich danke dir erst mal für die schöne Übersetzung dessen, was ich mit Prägnanztendenzen meinte, wenn du sagst, ich habe keine Idee, wie wir im nächsten Buch hätten verhindern können, dass dann die Führungszeichen wegkommen. Genau das, so meine ich, wird sich einschleifen. Es wird sich einschleifen, denn das, was sich verkauft, und »Störung sells«, wird den Diskurs bestimmen und das andere wird wegfallen. Der Umgang mit Sprache ist also keinesfalls banal oder eine rein technische Frage.

Wenn du, Jochen, eben das Bild gebrauchst, in verschiedenen Sprachen zu sprechen, so fällt mir ein Zeitungsbericht über die Erfahrung der Mitglieder des Europäischen Parlaments ein, wo ja jeder Text in alle Sprachen der Mitgliedsländer übersetzt werden muss. Die Erfahrung zeigt, dass die Interaktion zwischen Parlamentariern der gleichen Sprachgruppe intensiver war als die Interaktion zwischen Parlamentariern innerhalb der gleichen Parteiengruppe. Hinzu kommt, dass die Konzentration auf das Englische als Lingua franca, dessen die Wenigsten in allen Feinheiten mächtig sind, zu einer zunehmenden Konzentration auf die technischen Aspekte der Dinge, über die da geredet wird, führen. Technisierung kann dazu führen, dass man vergisst, wo man herkommt oder was man eigentlich sagen will.

JS: Also, ich möchte jetzt gern aufhören zu verteidigen, warum wir das gemacht haben, und ein bisschen zum Angriff übergehen. Ich glaube, dass wir unsere eigenen Gedankengänge in Richtungen weiterentwickeln müssen, mit denen wir uns zurzeit nicht beschäftigen, weil wir es bislang noch nicht müssen. Es ist ziemlich klar, dass sich auch das Gesundheitswesen ändern müsste, weil in der jetzigen Form viele Richtlinien nicht sehr sinnvoll sind. Das denken aber nicht nur die Systemiker, sondern inzwischen auch eine Reihe von Verhaltenstherapeuten, auch einige Psychoanalytiker, die ich vor allem über diesen Kontext von »Psychotherapie im Dialog« kennenlerne.

Ich nenne mal ein Beispiel. Das ambulante Psychotherapiefinanzierungsgesetz läuft nach dem Motto: »Am Anfang musst du viel tun, damit du eine Therapie finanziert bekommst. Die ersten fünf Sitzungen werden schlecht bezahlt und dann mache am besten einen Antrag, mit dem du dann 180 Therapiestunden bewilligt bekommst. Diesen Klienten hast du dann über zwei Jahre und siehst ihn jede Woche, das ist zunehmend weniger Anstrengung und wird gut bezahlt, damit

kannst du eine Kassenpraxis gut planen.« Ich sage dies ein bisschen salopp. Das führt dazu, dass wir überall, trotz der weltweit wahrscheinlich höchsten psychotherapeutischen Versorgungsdichte außer in wenigen Universitätsstädten – und selbst da – riesige Wartelisten haben, sodass eigentlich nur diejenigen Leute einen Psychotherapie-Platz bekommen, die stabil genug sind, um das durchzuhalten. Das ist eine positive Selbstselektion. Und es ist vollkommen klar, dass die Beschwerdebilder, die in der systemischen Therapie gut evaluiert sind, Sucht, Schizophrenie, Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen, in den Psychotherapiepraxen nur minderheitlich auftauchen.

Die eine Offensive wäre, zu überlegen, wie denn ein Kassensystem sein müsste, in das wir gut reinpassen mit unserem Können und das auch Ansprüchen an Versorgungsgerechtigkeit, an Niedrigschwelligkeit, an schnelle und zeitnahe Reaktionen tatsächlich genügt. Ein Vorschlag wäre z. B. eine degressive Finanzierung der Therapiesitzungen. Also, frühe Sitzungen gut, spätere Sitzungen immer noch gut, aber immer weniger gut bezahlen. Dann könnte man auch mit durchschnittlich 20 Sitzungen systemischer Therapie, wie ich sie verstehe, eine Praxis gut und verlässlich führen. Man bekäme z. B. 300 Euro fürs Erstgespräch und fürs sechzigste Gespräch noch 30 oder 40 Euro. Dann kann man sich erlauben, dass da auch zwischendrin einer ausfällt oder nicht kommt und man keine Warteliste führt. Das wäre eine Richtung, die wir gehen sollten. Welches Gesundheitswesen stellen wir uns denn eigentlich vor? Nach welchen Kriterien kommt man da in die Psychotherapie hinein? Wie wird da abgerechnet? Welches Verhalten wird da über die Steuermechanismen bevorzugt?

TL: Den Themenwechsel finde ich jetzt ein bisschen schnell. Für mich ist noch die Frage, was heißt das denn überhaupt, im Gesundheitssystem zu arbeiten? Wie sieht denn das Gesundheitssystem überhaupt aus? In der systemtheoretischen Debatte des Gesundheitssystems gibt es doch hochspannende Diskussionen. Die Epistemologie der Medizin ist über 150 Jahre alt und seitdem hat sich im medizinischen Mainstream nicht mehr viel getan. Die Fortschritte in der Medizin seit 1850 beziehen sich auf Notfallmedizin, auf Technik, auf Akutbehandlung. Alles, was mit Kontextbedingungen, mit Einbettung von Problemen, Störungen und Krankheiten in systemische Relationen zu tun hat, taucht da überhaupt nicht auf. Das halte ich für einen ganz wichtigen Punkt. Die systemische Therapie hat sich unter anderem aus der Kritik an diesem System entwickelt. Wenn wir jetzt sagen, wir wollen aber in das System rein, stellt sich die Frage, ob wir dann als Preis dafür bezahlen, dass wir unsere theoretische Kritik an dem Modell wieder zurücknehmen? Dann wären wir ja gewissermaßen ganz normale »Einwohner« dieses Gesundheitssystems.

AvS: Ich würde gerade sagen, wir zahlen diesen Preis nicht. Also, das ist für mich das große Missverständnis der Kritik an diesem Buch, dass ihr sagt, wir benutzen nicht nur das Vokabular, sondern auch die ganzen psychiatrischen Schemata. Wir

versuchen in den ersten Kapiteln, gerade deutlich zu machen, dass wir uns da nicht ankoppeln wollen. Ich halte es für einen Riesenfehler, überhaupt den Begriff Krankheit für einen Bereich zu benutzen, der ohne die Art und Weise, wie in psychischen und sozialen Systemen Sinn konstituiert wird, überhaupt nicht denkbar ist. Alles das, was wir als psychische Krankheiten bezeichnen, ist für mich mit einem riesigen Kategorienfehler verbunden. Wir kommen aber aus pragmatischen Gründen gleichzeitig nicht umhin, uns an den Diskurs im Gesundheitswesen anzuschließen.

Man könnte auch sagen: Wir sind zwischen Scylla und Charybdis. Entweder versinken wir irgendwo in der Marginalisierung, dann stehen, wie das mal in einem Verhaltenstherapie-Buch stand, aus der systemischen Therapie einige Techniken zur »Nutzung« an, das zirkuläre Fragen beispielsweise. Dann wird die systemische Therapie ausgeschlachtet, ausgeweidet und dann ist das systemische Modell im Eimer. Oder die große Gefahr, die ich auch sehe, wir werden komplett geschluckt und verlieren unsere Identität in diesem riesigen Moloch Gesundheitssystem bei dem Versuch, anschlussfähig zu sein an die Diskurse und gleichzeitig explizit und pointiert eine andere Art von Krankheitsmodellen zu vertreten. Das ist der Versuch der Quadratur des Kreises.

TL: In der Tat. Aber ich glaube, wir können hier nicht Pragmatik gegen Theorie ausspielen, wir haben ja alle eigene Praxis. Wenn ich eine Supervision auf einer Sucht-Aufnahmestation mache, dann sehe ich auch, dass es für das Personal hilfreich ist, zu sagen, die Leute sind krank, weil sie dann besser mit denen umgehen können, die verwaht, verdreht und stinkend mit vier Promille eingeliefert werden. Das ist doch völlig klar. Da geht es nicht darum zu sagen: »Leute, verabschiedet euch jetzt mal von dem Krankheitsbegriff.« Mir ging es eher darum, welche Diskurse führen wir selbst, und da würde ich die politischen und die epistemologischen Diskussionen nicht trennen wollen. Das können wir nicht nacheinander diskutieren. Wir können nicht sagen: »Okay, wir diskutieren ein bisschen über Theorie, da sind wir alle einer Meinung, dann gucken wir hinterher, was wir jetzt pragmatisch mit dem Antrag machen.«

Ich frage mich, in welcher Form führt die Formulierung, die Darstellung dessen, wovon wir hier reden, selber schon dazu, dass sich das Ergebnis verändern kann in eine bestimmte Richtung, und zwar ohne dass wir das selber explizit machen. Das ist mein Problem auch mit diesen Büchern. Sie erfüllen viele gute Zwecke, aber es wird zu wenig reflektiert, was wir denn da gerade machen. Wir müssen uns aber beim Konstruieren unserer Wirklichkeiten zuschauen und die Beobachtungen unserer eigenen Konstruktion sozusagen mitlaufen lassen. Das meine ich mit dem Satz über die theoretische Unterkomplexität. In jedem unserer Sätze stecken implizite Theorien. Deshalb müssen wir Selbstbeobachtung mitlaufen lassen. Das ist die Stärke des systemischen Ansatzes von Anfang an gewesen.

Das zweite von dir genannte Problem teilen wir auch mit anderen Ansätzen. Darüber haben wir noch gar nicht gesprochen. Der Antrag verlangt ja die Erfüllung bestimmter Bewertungskriterien, die wir uns nicht selber ausgedacht haben, die aber folgenreich dafür sind, was politisch anerkannt wird oder nicht. Vor zwei Jahren gab es in Bonn eine sehr interessante Tagung über »Das Unbehagen in der Psychotherapie«, wo noch eine ganz andere Front sichtbar wurde. Die Front ist doch nicht »systemisch gegen Gesundheitswesen«. Vielmehr gibt es einen Konflikt zwischen denjenigen Therapieschulen, die in der Therapie eine bestimmte Interaktionsform sehen, in der bestimmte Gegenstände, Probleme, Fragestellungen interaktiv verhandelt und mit Bedeutung belegt werden, und einem medizinischen Modell, in der für eine solche Perspektive kein Platz ist. Wenn man jetzt in das medizinische System in irgendeiner Weise einbezogen werden will, kann man diese Sichtweise vielleicht pflegen, aber sie bringt einem gar nichts ein – oder man muss sie vielleicht sogar verleugnen, weil das, was als Standard gilt, nicht vereinbar mit einer hermeneutischen, sinnbezogenen Interaktionsperspektive ist. Das muss man kritisieren.

Eine spannende Erfahrung aber, die ich mit meiner Rezension gemacht habe, sind Rückmeldungen, wie ich so eine Rezension schreiben könnte? Wir müssten doch sozusagen jetzt alles dafür tun, dass wir im Hinblick auf das Ziel »Antrag durchkriegen« möglichst einheitlich rüberkommen und die ganze systemische Bewegung dahintersteht. Die Kritik nach dem Motto: »Im Grunde genommen hast du ja recht, aber kannst du uns das nicht drei Jahre später sagen«, fand ich bemerkenswert.

WL: Ich gebe euch recht, dass es wegen der Anerkennung notwendig ist, mit diesem Krankheitsbegriff zu operieren, wie auch immer. Wenn es aber in der Zielrichtung darum geht, die Anerkennung in einem Gesundheitssystem zu erreichen, dann interessiert letztlich nicht unsere Idee von Krankheit, sondern unsere Idee von Wirksamkeit. Wenn man das systemisch ernst nimmt, sind wir relativ festgelegt. Wird Wirksamkeit trivial oder nicht trivial gedacht? Systemisch ist es nicht trivial gedacht, sonst ist es kein systemischer Gedanke mehr, sondern nur noch ein vielleicht auf andere Weise hilfreicher oder was auch immer. Wir haben also das, was wir für richtig halten, nachzuweisen unter der Prämisse, dass das eben nicht trivial umsetzbar ist. Das geht aber z. B. nicht, wenn wir uns an den vier Fragen orientieren, die im Ärzteblatt für die Beurteilung neuer Methoden oder Verfahren angegeben werden. Spätestens bei der dritten oder vierten Frage sind wir raus. Nämlich bei der Prämisse, dass man die allgemeinen Faktoren ausschließt und nur die Spezifität der jeweiligen Methode nachzuweisen hat. Das ist mit systemischen Mitteln nicht mehr zu machen. Wenn wir der Überzeugung sind, unser Ansatz ist dennoch vernünftig, hilfreich und auch zukunftsweisend, dann muss notfalls der Preis sein, dafür erst mal nicht bezahlt zu werden.

AvS: Also, ich würde euch eigentlich beiden tendenziell zustimmen. Diesen Begriff der Selbstbeobachtung finde ich ganz gut. Hier ist ja eigentlich auch ein System dabei, sich selbst zu beobachten. Da würde ich auch zugeben, das haben wir in dem Buch nicht reflektiert. Wir waren nicht an dem Punkt, zu gucken, was bedeutet das, dass wir das Buch gerade jetzt schreiben. Und das finde ich eigentlich ganz hilfreich, denn wenn wir uns selbst beobachten im Bezug auf das Gesundheitssystem, finde ich stark paradoxe Züge in dem, was hier passiert.

Wir haben nämlich zwei Systeme mit völlig unterschiedlichen Leitunterscheidungen und völlig unterschiedlichen Funktionslogiken. Das Gesundheitssystem operiert auf der Leitunterscheidung gesund/krank und die systemische Therapie auf einer völlig anderen, jedenfalls nicht gesund/krank. In dem Moment, wo die beginnen, sich zu überlappen, ist man permanent in der pragmatischen Paradoxie. Gehorche ich der einen Funktionslogik, gehorche ich der anderen nicht und umgekehrt. Und das ist das, was das Ganze so unhandlich macht, so viel Reibung erzeugt und warum auch die Emotionen so heftig sind dabei. Der Begriff der Selbstbeobachtung ist für mich wirklich ein ganz guter Schlüssel, aus dieser Reibung einmal herauszugehen und zu gucken: Was passiert da eigentlich?

WL: Ich denke, das Gesundheitssystem ist nicht nur ein Behandlungssystem, sondern mindestens genauso ein Handelssystem, in der die Frage lautet: Wird damit Geld gemacht oder nicht, ist es bezahlbar oder nicht? Das sind mindestens genauso wichtige Unterscheidungen im Gesundheitssystem wie die, ob es hilft oder nicht.

AvS: Nein, nein. Gesund/krank ist die primäre Leitunterscheidung im Gesundheitssystem, die regelt, ob du Zugang hast oder nicht.

WL: Wenn das wirklich nur um gesund/krank ginge, dann ist zumindest wieder die Frage zu klären, was bedeutet gesund/krank? Heißt gesund, nicht berechtigt, und krank, berechtigt zu sein, etwas in Anspruch zu nehmen?

AvS: Das Entscheidende ist, dass die Leitunterscheidung, auf dem das Gesundheitssystem funktioniert, und die Leitunterscheidung, auf dem die systemische Therapie funktioniert, einfach nicht kompatibel sind und dass wir sie auch nicht kompatibel kriegen, aber gleichzeitig, wenn wir bezahlt werden wollen, irgendwie versuchen mussten, in dieses Reibungsfeld hineinzugehen.

JS: Ich würde gern von dem Verbiegungsdiskurs wegkommen. Der ist ja sehr defensiv. Da ist eine Macht, an die man sich anpassen muss, und dann formt man sich danach. Ich höre von manchen Systemikern in den letzten Jahren von einer vermeintlichen Alternative: verbiegen oder vornehm draußen bleiben, die ich für unsinnig halte. Meine Idee wäre: frontal hinein und zwar gleich auf drei Ebenen in die Offensive gehen.

Die Erste haben wir schon diskutiert. Ich glaube, dass wir vom Know-how der Systemiker viele Ideen darüber haben, wie das psychotherapeutische Versorgungssystem besser funktionieren kann als das jetzige, die wir auch schon in vielerlei Weise praktizieren. Die finden Anhänger und ich halte die auch langfristig für durchsetzbar. Also, wie ich beschrieben habe: starke Finanzierung früher Therapiesitzungen, anderes Timing, Erleichtern von aufsuchendem Arbeiten, von Mehr-Personen-Settings, Aufhebung der Trennung von Kinder- und Erwachsenentherapie usw. Ich glaube, da sollten wir rangehen.

Zweitens sollten wir an das Thema heran, was den Beitrag systemischer Therapie für eine – ich sage das mal vorsichtig – allgemeine Psychotherapie oder integrative Psychotherapie angeht. Wenn ich Wolfgang Loths Rezensionen ab und zu lese, dann weiß ich aus denen, dass die Psychotherapieforschung ja festgestellt hat, dass nur ein kleiner Teil der Wirksamkeit methodenspezifisch ist. Ein großer Teil hat mit personaler Kompetenz zu tun. Für die Logik einer Zulassung nach Schulen gibt es empirisch nur begrenzte Evidenz. Ich vermute, dass die Aufteilung in Schulen, wie wir sie jetzt haben, in zehn bis fünfzehn Jahren vorbei sein wird und meine Idee ist, dass wir in dem, was sich dort entwickeln wird, eine wesentliche Rolle spielen sollen. Ich halte systemische Therapie aufgrund ihres Konzeptes von Komplexität für das basalste Grundlagungsverfahren, das wir zurzeit in der Psychotherapie haben. Also nicht für ein Sonderspezialverfahren, sondern für das basalste Grundlagungsverfahren. Und daran sollten wir arbeiten. Das heißt aber auch, dass wir noch stärker schauen, was die Anderen machen und was unsere Beiträge dazu sind.

Eine dritte und letzte Idee für ein offensives Vorgehen liegt im Umgang mit der Eigenlogik des biologischen Systems bei Erkrankungen. Kleines Beispiel: Eine Mutter, deren Tochter sich immer wegen einer Neurodermitis kratzt, sagt dann, wahrscheinlich ist es meine Beziehung zu meiner Tochter, ich liebe sie nicht so sehr. Oder ein Ehepaar: Sie hat Rheuma und beide denken, wenn unserer beider Paarbeziehung besser wäre, dann würden diese rheumatischen Schübe nicht so häufig kommen. Wir kennen alle Fälle, wo ein weiches Krankheitskonzept, ein beziehungsorientiertes Krankheitskonzept sowohl die Beziehung als auch das Krankheitsgeschehen komplizierter machen, und wo sozusagen ein hartes Krankheitskonzept, das ist jetzt einfach diese Haut oder das ist eine genetische Mutation, die da vom Opa zu mir herüberggesprungen ist, dazu führen kann, dass keiner Schuld daran ist, keiner kann was dafür ...

Letzter Satz noch dazu: Die Biologie hat sich ja verändert. Die ganzen Ideen über neuronale Plastizität und dass die Synapsen dort wachsen, wo sie trainiert werden, auch noch in fortgeschrittenem Alter, das hat ja doch enorme Veränderungen gebracht. Wenn Familientherapeuten z. B. Therapie bei ADHS als Interaktion zwischen verschiedenen Gehirnen in einer Familie diskutieren, sind das, so finde ich, ganz interessante Ansätze. Bei Neurodermitis sind wir ja zurückhaltender, das Krankheitskonzept infrage zu stellen, als wir es bei Psychosen oder bei Depressionen sind. Also in der Auseinandersetzung mit dem biologischen

System sehe ich eine Entwicklungslinie. Mein Plädoyer wäre, in diese drei Richtungen offensiver zu voranzugehen. Unser Buch hat da sozusagen nur einen Zwischenschritt gemacht, also ein Ankoppeln erleichtert, ohne welches wir nicht zwischendrin vollkommen aus dem medizinischen System herausfallen könnten. Jetzt wäre es an der Zeit, sich da nicht weiter zu verbiegen, sondern zu versuchen, das System sehr mitzugestalten, Ausgang offen.

AvS: Das geht ja schon fast ein bisschen in Richtung Schlussworte. Ich wollte noch auf eine Sache sekundierend eingehen, nämlich dass die gegenwärtigen Kontextbedingungen auch die Entstehung von Feindbildern begünstigen, etwa wenn wir immer wieder mit entsprechenden Affekten über Leute nachdenken, die im Wissenschaftlichen Beirat ständig Kleinholz machen. Wir müssen aber auch sehen, dass sich auch auf der anderen Seite eine ganze Menge tut und verändert. Auch im Kontext von »Psychotherapie im Dialog« haben wir die Erfahrung gemacht, dass sich auch bei den Leuten aus den anderen Therapieschulen, die konkret mit Systemikern kooperieren, unheimlich viel verändert. Also, wenn z. B. so jemand wie Steffen Fliegel als Verhaltenstherapeut sagt, dass durch die Auseinandersetzung mit Jochen und mir sich sein Bild davon, was Psychotherapie bedeutet, verändert und dass er das in die Verhaltenstherapie mit hineinbringt, dann sind das für mich auch ermutigende Zeichen, die letztlich genau das unterstützen, was Jochen gesagt hat: Es lohnt sich, hineinzugehen und in Kontakt zu kommen. Aber wir sollten uns nicht der Illusion hingeben, dass wir dabei unverändert bleiben, sondern das wird auch uns verändern und wir wissen nicht wie.

TL: Ich möchte noch einmal darauf kommen, wie wir beobachten, wie der Begriff Krankheit benutzt wird. In bestimmten Kontexten können wir diesen Begriff auf eine bestimmte Art und Weise gebrauchen. Dadurch treffen wir aber keine Entscheidung, dass wir in Zukunft Krankheit zum Leitbegriff machen. Wir können ja nicht über diese ganzen Dinge sprechen, ohne ständig Metaphern zu gebrauchen. Es wäre ja Unsinn zu glauben, wir würden hier über Begriffe sprechen können mit dem Ziel einer definitorischen Festlegung, die dann tatsächlich etwas Gültiges für welche Zeit auch immer beinhalten würden. Stattdessen benutzen wir eigentlich ständig Bilder.

Eines der verführerischsten Bilder überhaupt ist das der Krankheit, das ja selbst schon eine Metapher ist. Die Alternative zu einer Metapher, um Michael Buchholz zu zitieren, ist aber kein Begriff, sondern nur eine andere Metapher. Spannend ist nun die Frage, ob wir eine Qualität im Diskurs haben, die uns erlaubt, ständig so etwas wie eine Metaphernrotation zu betreiben. Das hieße immer wieder alternative Beobachtungsmöglichkeiten hinzuzufügen, um deutlich zu machen, dass wir uns nicht so vorschnell in die Falle begeben, einem Begriff zu folgen, den wir selber uns auferlegt haben und der dann unsere weitere Sicht und Denkweise kanalisiert. Da fehlt mir etwas an dem Buch.

Wenn man das aber macht, kann man sich z. B. auch darüber unterhalten, was macht man mit dem Begriff Depression. Den benutzen wir doch auch. Wir reden auf Tagungen darüber, dass dieser Begriff so ontologisierend ist, und in der Kaffeepause erzählt man sich dann, welche Kollegen einem gerade irgendwie besonders depressiv vorkommen, das heißt, es ist sowieso in unseren Alltagskonzepten drin. Spannend wird es in der Reflexion, was machen wir jetzt damit? Die muss man aktiv betreiben. Wenn dann gesagt wird: »Dann ist es auch gar keine wirkliche Krankheitslehre, da kriegt ihr leider die Anerkennung nicht«, dann hat man womöglich das Problem auch zu schlucken. Zum Stichwort Marginalisierung, das am Anfang kam: Das ist ein interessanter Punkt. Was wird denn da marginalisiert? Ich würde sagen, wenn die systemische Therapie nicht anerkannt wird, dann sind wir in einer peripheren Position – wie zuvor auch. Das würde jetzt mein Selbstwertgefühl nicht maßgeblich schmälern. Ich bin da sehr ambivalent. Umgekehrt würde ich auch sagen: Wenn nichts anerkannt wird, ist es auch okay. Vielleicht lassen sich dann womöglich andere Dinge weiter fortführen, auch an inhaltlichen Diskursen.

Ich sehe allerdings schon die Gefahr, dass man sich, ohne das wirklich zu bemerken, also relativ subtil, in Sprachspiele hineinbegibt, die dann auf Dauer so etwas wie eine Eigendynamik entwickeln, aus der man nicht mehr herauskommt. Das halte ich nicht für trivial, sondern für eine echte Gefahr. Insofern finde ich auch die Metapher des Dolmetschens falsch, weil es eben nicht darum geht, aus einer Sprache in eine andere zu übersetzen. In der Praxis müssen wir dauernd Anschlussmöglichkeiten schaffen, um jemandem zu erklären, der die systemischen Konzepte nicht kennt, was damit vielleicht gemeint ist. Aber das ist nicht dolmetschen. Anschlussfähigkeit herstellen heißt, auch eine Koppelung zwischen unterschiedlichen Denksystemen herzustellen und Anregungen zu geben, dass man das interessant findet. Dolmetschen ist eigentlich etwas anderes, nämlich nach Möglichkeit eine Eins-zu-eins-Übertragung von Begriffssystemen hinzubekommen, und das ist eine ganz andere Dimension, wo die Gefahr, dass man dann eben in solche Wahrheitsdiskussionen reinkommt, auch viel größer ist.

Zum Abschluss möchte ich sagen, dass ich die Diskussion gut fand. Ich würde gern mit dem Gefühl hier herausgehen, dass diese Diskussion eröffnet und nicht beendet worden ist und dass sie auch von diesem Buch wegkommt. Es ist schon deshalb ein wirklich besonderes Buch, weil es eine Diskussion in Gang gebracht hat, die seit einigen Jahren in der Luft lag und die keiner geführt hat. Es hat also eine Katalysatorwirkung und ich hoffe, dass das Thema weiterläuft, sowohl in den verbandspolitischen Diskussionen als auch auf den Tagungen und in den wissenschaftlichen Auseinandersetzungen. Wenn es gelingt, diesen Faden nicht aufzugeben, dass der sich nicht in Pragmatik verliert, dann wäre ich eigentlich schon sehr zufrieden.

AvS: Also, für mich lag heute der Schlüssel im Begriff der Selbstbeobachtung. Ich nehme mit, dass wir kontinuierlich die Selbstbeobachtung weiter vorantreiben.

Das andere ist, und dabei habe ich mich fast erschrocken: Wir haben ja bislang fast unter völligem Verzicht auf den Begriff der Macht diskutiert. Das gibt dem Ganzen natürlich noch mal einen zusätzlichen Aspekt, dass wir uns ja in dieser Situation als die Unterlegenen in einem Machtspiel erleben. In diesem Zusammenhang gefällt mir dann auch diese Idee, frontal in die Offensive zu gehen.

WL: Zwei Punkte. Der eine betrifft den Satz, den Harlene Anderson heute früh gesagt hat: »Trust uncertainty.« Für mich macht es einen Unterschied, ob ich sage: Vertrauen in Unsicherheit oder Vertrauen in Ungewissheit. Ich würde für Ungewissheit plädieren und Sicherheit versuchen zu erreichen durch eine Verge-
wisserung in dem, weshalb ich was tue. Und der zweite Punkt: Die Arbeit geht weiter.

JS: Ich habe alles gesagt.

Literatur

- Albee, G. W. (1998). Fifty years of clinical psychology: Selling our soul to the devil. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 189–194.
- Cramer, M., Gottwald, P. (Hrsg.) (1973). Verhaltenstherapie in der Diskussion. Gesundheitspolitische und grundlagentheoretische Standpunkte. Vorträge auf dem 5. Kongress der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie e.V. (= Sonderheft der »Mitteilungen der GVT e.V.).
- Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2006): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Korrespondenzadresse: Tom Levold, Eiler Str. 16, 51107 Köln; E-Mail: tom@levold.de