

Ulrike Borst

Diagnostik und Wissen in der psychiatrischen Klinik: Bis wohin nützlich, ab wann hinderlich?

(Erstveröffentlichung 2003 in: Familiendynamik 28(2), S. 201-218, Klett-Cotta Verlag)

"Die Herren Ornithologen", versetzte Goethe, „sind wahrscheinlich froh, wenn sie irgendeinen eigentümlichen Vogel nur einigermaßen schicklich untergebracht haben; wogegen aber die Natur ihr freies Spiel treibt und sich um die von beschränkten Menschen gemachten Fächer wenig kümmert.“
(Eckermann - Gespräche mit Goethe in den letzten Jahren seines Lebens)

Übersicht:

Ausgehend von der eigenen professionellen Entwicklung in psychiatrischen Kontexten wird der Zusammenhang von Diagnostik und der Anwendung von Wissen in der Psychiatrie beleuchtet. Als Gegenpol werden systemische Standpunkte zur Diagnostik und zum Expertenwissen aufgeführt. Dem Diagnostikverständnis der Psychiatrie und der Ablehnung von „Störungswissen“ durch viele Systemiker wird dann das Begegnungskonzept der systemischen Therapie Meileners gegenübergestellt. An zwei Fallbeispielen wird gezeigt, wie Diagnostik, Anlassproblem und Therapie in individuellen Krankheitsgeschichten interagieren, welches Wissen genutzt und wieder zurückgestellt wurde und wie das Dilemma zwischen Expertentum und Fallverstehen in der therapeutischen Begegnung aufgelöst werden konnte. Das zwiespältige Verhältnis der Systemtherapie zur Diagnostik hat viel nützliches Wissen aus der Therapie verbannt und gerade in der Psychiatrie zu einer Marginalisierung der Systemtherapie geführt. Daher wird es zur Revision vorgeschlagen. Zur Professionalisierung psychiatrisch Tätiger und zum Umgang mit Diagnostik wird ein Vorschlag unterbreitet.

Summary: Diagnostics and knowledge in the psychiatric hospital: Useful or obstructive?

The connection between diagnostics and application of knowledge in psychiatric contexts is examined. It is contrasted with systemic points of view concerning diagnostics and expertise, which are leading to an approach of „not-knowing“. As a synthesis, the Meilen concept of encounter is introduced. With two examples it is demonstrated, how diagnosis, presented problem and therapy interact in individual case history, what knowledge is used and abandoned again, and how the dilemma between expertise and understanding by encountering was solved. The negative attitude of systemic therapy toward diagnostics, which lead to banishing of useful knowledge from therapy and therefore brought systemic therapy in a marginal position within psychiatric institutions, is proposed for revision. A suggestion for professionalisation of psychiatric help and the professional use of diagnostics is made.

Meine Geschichte mit der Diagnostik

Noch zu Schulzeiten veranlasste mich mein jugendlicher Helferdrang, mich jeden Sonntag in einem süddeutschen Landeskrankenhaus als Laienhelferin nützlich machen zu wollen. Wir wurden auf der Station FU-1 (Frauen unruhig eins) eingesetzt, was damals eine gängige diagnostische Kategorie darstellte. Sinnlos war diese Kategorie nicht, bedeutete sie doch, dass wir damit rechnen mussten, dass uns die eine oder andere Patientin beim Spaziergang davonlief. Die Schwestern nahmen das nicht tragisch, wir auch nicht. Was die Patientinnen uns erzählten, war nicht von dieser Welt und faszinierte mich so, dass ich wissen wollte, was mit ihnen los war, und anfang, Psychologie zu studieren.

In der Psychopathologie-Vorlesung in Zürich war ich beeindruckt, wie C. Scharfetter im Gespräch mit Patienten eine Nähe und Intimität herstellen konnte, die die Patienten vergessen ließ, dass hundert Studenten zuhörten, und sie dazu brachte, ihre Geschichte zu erzählen. Die nachträglich gelieferten Diagnosen vergaß ich schnell wieder, die Geschichten nicht.

Im Hauptstudium im medizinisch geprägten Düsseldorf verwirrten mich die scheinbar exakten Zuordnungsregeln und unterschiedlichen Taxonomien psychischer Störungen. Ich löste mein Problem mit Auswendiglernen und bestand die Diplomprüfungen, ohne von persönlichem Leid und Freud der Patienten eine Ahnung zu haben.

Für die Promotion untersuchte ich eine Gruppe von schizophrenen Patienten auf ihre evozierten Potentiale, während sie Aufmerksamkeitsaufgaben zu erfüllen hatten. Mich beschlich der Verdacht, dass die Unterschiede zwischen meinen Versuchspersonen weit größer sein könnten als die Gemeinsamkeiten. Ich hatte aber Glück, die Ergebnisse waren trotzdem signifikant und ich promovierte.

Zu Beginn meiner klinischen Tätigkeit war ich stolz auf meine Diagnostik, die ich mit Hilfe halbstrukturierter Interviews durchführte. Angeregt durch meine Fragen, fingen die Patienten an, Geschichten zu erzählen; ich unterbrach sie laufend, um im Interviewleitfaden vorwärts zu kommen. Später bekam ich Freude am Ändern der Diagnosen, mit denen die Patienten von der Akutstation auf meine Schizophreniestation kamen. Gleichzeitig war ich froh, wenn ab und zu jemand mit einer Fehldiagnose kam. Das lockerte die Stimmung in unserer schizophrenen Monokultur ungemein.

In meinen Therapien wurde mir immer wichtiger, mit den Patienten zusammen plausible Erklärungen für ihre Probleme zu finden. Hierbei half mir das Konzept der Basisstörungen (Süllwold & Huber 1986), zu denen so überaus beeinträchtigende Symptome wie Automatismenverlust und Konzentrationsstörungen gehören. Sie taugten zwar weit weniger als die Schneiderschen Erstrangsymptome für eine reliable Diagnose, erwiesen sich aber als weitaus bedeutsamer für die Patienten selbst.

Während und nach meiner systemischen Ausbildung haderte ich zunächst mit der Diagnostik, fand aber bald meinen Frieden und benutze Diagnosen heute so, wie es im Gesundheitswesen verlangt wird. Eine Diagnose ist die Eintrittskarte für die stationäre Behandlung und eine wichtige Legitimation für andere Leistungen der Sozialversicherungen.

Beobachtungen zur beruflichen Sozialisation in der psychiatrischen Klinik

Assistenzärzte im ersten Jahr nach Studienabschluss zeigen sich noch angemessen unsicher, lernbereit und aufgeschlossen. In den hausinternen Fortbildungen, bei Fallvorstellungen und in Verlegungskonferenzen nehmen sie jedoch bald Teil am edlen Wettstreit um die genaueste Kenntnis des ICD-10 und der wissenschaftlich ermittelten Evidenz. Man will sich ja schließlich keine Blöße geben und etwa die Therapie als gemeinsamen Suchprozess bezeichnen. „Wissen ist Macht“ heißt das Motto, und niemand außer dem Chefarzt darf sagen, dass ihm die Diagnose eigentlich egal ist.

Angehörige anderer Berufsgruppen machen selten Karriere in der psychiatrischen Klinik. Pflegekräfte beispielsweise müssen leider sogar ringen um die Anerkennung ihrer Professionalität, und Pflegediagnosen scheinen dabei zu helfen.

Warum denn wird den Diagnosen ein so hoher Stellenwert für das Wissen zugeschrieben? Und welche Art von Wissen wird mit Diagnosen erschlossen?

Diagnosen und Wissen

DIE DIAGNOSE ALS CODE UND DAS „INFORMATIONSPARADOX“: WISSENSZUWACHS UND INFORMATIONSVENSTERLUST DURCH KODIERUNG

Sprache im so genannten „Freitext“ enthält viel mehr Information als ein Code, z.B. eine Diagnose. Diese Information ist jedoch in der Sprache schlecht strukturiert und deshalb schlecht auswertbar. Kodierung stellt ein Beispiel für eine Strukturierung dar, die der Generierung von Wissen dient. Sie vereinfacht jedoch den ursprünglichen Sachverhalt und Informationsgehalt und führt zu Informationsverlust (Straub 2002).

Zudem ist es eine Frage von politischer Tragweite, wer kodiert und klassifiziert. Klassifikationen müssen danach beurteilt werden, ob sie zur Beantwortung bestimmter Fragestellungen geeignet sind. So eignet sich das ICD-10 dazu, Forschungsarbeiten über in Syndrome geclusterte psychische Störungen zu gruppieren. Das Ausmaß des individuellen Leidens und der Behandlungsbedürftigkeit bilden die Codes dagegen nicht ab.

Darum werden psychiatrische Diagnosen bisher auch ausgenommen von den Bestrebungen, die Leistungen im Gesundheitswesen nach „Diagnosis Related Groups“ zu vergüten. Die Behandlungskosten etwa „einer Schizophrenie“ sind schlicht zu variabel. Überhaupt ist fraglich, ob das auf diese Weise strukturierte Wissen für Behandlungsleitlinien im Sinne der evidenzbasierten Medizin taugt. Zu viele andere Variablen spielen eine zu große Rolle (Berner et al. 2000).

Rehabilitationseinrichtungen und Rentenversicherer haben längst erkannt, dass die so genannten „Krankheitsfolgen“ ein wichtigerer Indikator für anfallende Kosten sind. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde zunächst die ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) entwickelt. Mit der Weiterentwicklung zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wechselte der Fokus auf „Gesundheitskomponenten“, womit ein neutraler Standpunkt in Bezug auf die Ätiologie eingenommen wurde: Nun werden auch nicht-krankheitsbedingte Kom-

ponenten des Wohlbefindens wie Bildung und Arbeit kodiert. Die WHO beabsichtigt damit, ergänzend zum ICD-10 ein systematisches Kodierungsschema für weltweite Gesundheits-Informationssysteme zur Verfügung zu stellen. Zur Outcome-Messung und zur Erhebung des Behandlungsbedarfs psychiatrischer Patienten eignet es sich weitaus besser als das ICD-10.

Psychiatrische Diagnosen taugen also nur begrenzt für gesundheitspolitische Zwecke. Zur Strukturierung von Wissen mögen sie geeignet sein; es gilt allerdings zu bedenken, dass es rekursive Effekte gibt zwischen dem, was wissenschaftlich ermittelt wird, und dem, was dann der Selbstdeutung von Menschen und Kulturen dient.

Paradigmata der Diagnostik und das zu Grunde liegende Wissen

Im Brockhaus ist zu lesen: „Diagnose (griech.: Unterscheidung): 1. methodische Erforschung der Merkmale eines Lebewesens oder Gegenstandes, um ihn mit bereits bekannten Begriffen erfassen zu können. 2. das Erkennen einer Krankheit auf Grund der durch Anamnese (Vorgeschichte), Beobachtung und Untersuchung festgestellten Krankheitszeichen und Befunde“ (Der Neue Brockhaus 1984)

Im weiten Sinne stellt die Diagnostik also einen Prozess der Passung von (Vor-) Wissen und Problemschilderung / -darstellung dar. Das Wissen kann Wissen über Krankheiten, Familienkonstellationen und häufige Familienprobleme, Normen und Normabweichungen im statistischen und testdiagnostischen Sinne, psychische Funktionen und ihre Störungen oder über Bedingungen des Verhaltens sein. Das Wissen entstammt Bereichen der Geistes-, Sozial- oder Naturwissenschaft oder ihrer Kombinationen.

Blankenburg (1979) definiert einige Paradigmata, mit denen die Psychiatrie ihren Gegenstand zu erfassen und bezeichnen versucht. Ich beschränke mich hier auf eine Aufzählung von Modellen, die mir aktuell das Denken in psychiatrischen Kliniken zu repräsentieren scheinen.

- Medizinisches Krankheitsmodell – nosologische Diagnostik: Beschwerdeschilderungen und Problembeschreibungen werden vom Diagnostiker als Zeichen (Symptome) für Krankhaftes gesehen. Bestimmte Symptomverbände (Syndrome) werden dann als Krankheit bezeichnet. Das Stellen einer Diagnose bedeutet hier die Zuordnung eines klinischen Zustandsbildes zu einer Krankheitskategorie (Bsp: ICD-9). Die Nosologie versammelt Wissen um Krankheitsbilder, Ätiologien, Differentialdiagnosen und Prognosen.
- Psychiatrisches Störungsmodell – operationalisierte Diagnostik: Psychische und psychopathologische Phänomene werden beobachtet und beschrieben. Theoretisches Hintergrundwissen ist nicht nötig: Man braucht lediglich eine hinreichend genaue Beschreibung des diagnostischen Prozesses (Algorithmus), um zur Diagnose zu gelangen. (Bsp: ICD-10, DSM-IV). Nicht deskriptiv erfassbare Kriterien bleiben unberücksichtigt. Dadurch wird die Diagnose reliabel, aber nicht unbedingt valide. Die Ursache der Störung interessiert nicht mehr. Die operationalisierte Diagnostik versammelt Wissen um diagnostische Entscheidungsschritte, die notwendig sind, um zu möglichst reliablen Zuordnungen zu kommen. Die Brauchbarkeit für gesundheitspolitische Entscheidungen und für die Indikation von Psychotherapie wird stark angezweifelt (Hohage 2001). Das Desinteresse an den subjektiven Erfah-

rungen der Patienten wird selbst von renommierten Vertretern des Fachs kritisiert (z.B. Hell 2000).

- Psychoanalytische Theorie – operationalisierte psychodynamische Diagnostik: In einem multiaxialen System werden Patienten im Hinblick auf ihr Krankheitsverhalten und ihre Behandlungsvoraussetzungen, ihre Beziehungen, ihre Konflikte und ihre Struktur beurteilt (Arbeitskreis OPD 1996). Den vier Achsen liegen Konstrukte der psychoanalytischen Theorie zu Grunde, mit deren Hilfe die entsprechenden Skalen und Items entwickelt wurden. Ziel ist die Schaffung eines validen Instruments, das die Planung einer psychodynamischen Therapie unterstützt.
- Psychotherapeutisches Bedingungsmodell – Diagnostik als hermeneutischer Entwurf (am Beispiel verhaltenstherapeutischer Modellbildung): Ziel der Diagnostik ist eine funktionelle und strukturell-topographische Beschreibung von Verhalten auf allen verfügbaren Betrachtungsebenen, nicht hingegen die Einordnung in eine Taxonomie. Hauptverfahren ist die Verhaltens- und Bedingungsanalyse, die dem Stichprobenansatz der experimentellen Psychologie entlehnt ist. Diagnostik und Therapie sind eng verknüpft in einem hermeneutischen Zirkel zwischen Theoriebildung und empirischer Überprüfung. Die Diagnostik liefert die Indikationsstellung und einen Handlungsentwurf für die Psychotherapie. Sie ist Mittel zur Zieldefinition. (Bach 2000). Die Bedingungsanalyse basiert auf Wissen über Lernen und spezifischen Techniken zur Veränderung von Verhalten.
- Modell gestörter Beziehungen – relationale Diagnostik: Das Bedürfnis, Beziehungen – und besonders Beziehungen in der Familie – zu klassifizieren, führte zu ausgefeilten diagnostischen Instrumenten (Übersicht bei Cierpka 1996). Hierin versammelt sich Wissen über statistisch häufige Problemkonstellationen.

Diagnostik und Kommunikation: Systemische und verwandte Standpunkte

KYBERNETIK 2. ORDNUNG

Sobald Kontextfaktoren und der soziale Phänomenbereich in die Diagnostik einbezogen wird, wird es komplizierter. Problembeschreibungen und Konflikte des Klienten müssen nun als Konstrukte der Selbstbeobachtung, Beschreibung und Erklärung des Klienten gesehen werden, die den Diagnostiker zu seiner Beschreibung, Erklärung und Bewertung anregen. Der Diagnostiker stellt aktiv und interaktiv her, was er nur zu beobachten meint (Stierlin 2001). Objektivität und Reliabilität geraten in Zweifel.

SOZIALKONSTRUKTIONISTISCHE AUFFASSUNGEN UND DIE ROLLE DER SPRACHE

Gergen (1994) nennt es einen „Zyklus fortschreitenden Kränkels“, dass sich die Anzahl der von der Fachwelt benannten Störungen im vergangenen Jahrhundert vervielfacht hat und dass Erklärungen häufig auf der Ebene des Individuums angesiedelt werden. Durch die Beschreibung und Benennung werden die Phänomene real: Wenn z.B. im DSM-IV alle existierenden Verhaltensprobleme beschrieben und geordnet werden, erhalten sie eine Bedeutung, die für die Konstruktion des Selbst des so Beschrie-

benen wesentlich ist. Die Beschreibungen konkretisieren Identitäten, die den Menschen begrenzen. Die Schritte, die er tut, werden dysfunktionalisiert. Dadurch wird suggeriert, dass immer mehr Menschen immer häufiger professionelle Behandlung aufsuchen sollten.

Die Diagnose impliziert auch, dass eine Beziehung besteht zwischen einem Experten, der Wissen besitzt, und einem Nicht-Experten, der Hilfe benötigt. Die sozialkonstruktivistische Perspektive dagegen lokalisiert psychologisches Wissen innerhalb eines soziohistorischen Kontextes und sieht es als eine Form diskursiver Aktivität (Gergen 1985). Sprache dient hierbei dem Zweck, uns mit anderen zu koordinieren, nicht als Repräsentation und Ausdruck der „Natur der Dinge“. Somit macht es Sinn, den Klienten in den diagnostischen Prozess einzubeziehen, dadurch die Diagnosestellung aus dem Bereich des privaten Diskurses herauszuholen und zu einer miteinander geteilten Untersuchungsform und zu einem wechselseitigen Entdeckungsprozess zu entwickeln. An Stelle der Idee einer objektiven Messung von Pathologie tritt die Formulierung als Teil einer Erzählung oder eines Diskurses. Neue, hoffnungsvolle Erzählungen stehen mindestens ebenbürtig neben „problemgesättigten Erzählungen“ (White & Epston 1994). Spätestens hier mündet der diagnostische in den therapeutischen Dialog. Ein diagnostischer Monolog dagegen würde sich gegenüber Veränderung isolieren und die Möglichkeiten therapeutischer Veränderung beschneiden. - Eine ausgeprägte Version dieser Haltung ist die des „Nicht-Wissens“ (Anderson & Goolishian 1974). Der Therapeut beschäftigt sich nicht mit den Ursachen ausser bis zu dem Punkt, wo sie Teil der Geschichten verschiedener Menschen bilden.

ZEICHENTHEORIE

Ganz besonders in der Psychiatrie, aber auch in der Psychosomatik sind Symptome nicht einfach die beobachtbaren Wirkungen von im Körper verborgenen, krankmachenden Ursachen. Sie sind vielfach Zeichen, durch Sprache vermittelt und an einen Adressaten gerichtet. In ihnen schwingen ikonische Zeichen (sensorische Qualitäten) und indexikalische Zeichen (die auf etwas hinweisen, wie Rauch auf Feuer) in wechselndem Ausmaß mit (von Uexküll 2001, in Anlehnung an Peirce). So ist das Klagen über Schmerz (symbolisch) und die Schonhaltung (indexikalisch) mit Schmerz (ikonisch) verbunden, das Verhältnis der drei Zeichen zueinander ist aber variabel. Nur der Therapeut, der sich um Verstehen der Zeichen bemüht, erhält Zugang zur ikonischen Erlebniswelt des Patienten. Der kommunikativen Kompetenz des Therapeuten kommt also eine entscheidende Bedeutung zu.

Kritik an den Extremen: Anwendung von Wissenschaft vs. Nicht-Wissen-Wollen

Die evidenzbasierte Medizin versteht sich als „angewandte Wissenschaft“ mit einer hierarchischen Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis. Wissenschaftsanwendung erfordert aber, die Position eines Beobachters zweiter Ordnung einzunehmen, „das heißt: lernen müssen, zu beobachten, was die Wissenschaft (und dann: die einzelnen Disziplinen, Fächer, Forschungsrichtungen, Problemstellungen) an Realitätskonstruktionen ermöglichen und was nicht.“ (Luhmann 1994). Sieht man dagegen Symptome als Zeichen an den, der sich um Verstehen bemüht (Uexküll 2001), werden berichtete

psychische Symptome v.a. zu symbolischen Zeichen, Zeichen für Lebensthemen, aktuelle Krisen bzw. Reaktionsweisen in Krisen.

Was in therapeutischen Sitzungen geschieht, ist dann vor allem Interaktion, keinesfalls Anwendung von Wissenschaft. Buchholz (1998) führt Belege dafür an, dass die therapeutische Interaktion den wesentlich höheren prädiktiven Wert für das Therapieergebnis hat als die diagnostische Klassifikation. In der Umwelt der Interaktion darf Diagnostik und die Verknüpfung mit wissenschaftlich ermittelten Ergebnissen dann wohl vorkommen. Beides ist aber nicht der Zweck der Interaktion.

Den Affekten kommt in der Interaktion eine wesentliche Rolle zu; gleichzeitig eignen sie sich besonders wenig für die „objektive“ Diagnostik: Sie sind am stärksten abhängig vom Interaktionspartner und vermutlich am wichtigsten für Veränderung. Die so genannten „now moments“ (Stern et al. 2001) sind gekennzeichnet durch einen hohen affektiven Gehalt und eine Instabilisierung des Ausgangszustandes. Sie enthalten mehr Potenzial für Veränderung als das so genannte „moving along“. Empirische Untersuchungen des Therapieprozesses und die Verknüpfung mit dem Therapieerfolg belegen diesen Zusammenhang (Krause & Merten 1996).

In der systemischen Theoriebildung herrscht häufig – im Gegensatz zur Anwendung von Wissenschaft – das andere Extrem des Nicht-Wissen-Wollens. Ludewig (1999) beschreibt, wie in der Geschichte der systemischen Therapie das Wissen immer mehr in den Hintergrund geriet, ja sogar verleugnet wurde. Besonders das Wissen über Störungen war und ist tabu. In psychiatrischen Institutionen, und vielleicht nicht nur dort, hat das zu einer Marginalisierung der systemischen Therapie geführt. Nicht umsonst ist sie allenfalls als Zusatzverfahren akzeptiert bei Psychotherapeuten, die zuvor schon eine „richtige“ Psychotherapieausbildung absolviert haben.

Für Patienten kann die Ablehnung von „Störungswissen“ fatale Auswirkungen haben. Abgesehen von der Gefahr, dass organische Ursachen psychischer Störungen übersehen werden, wenn man die Störungen nicht sehen will, stellt das Nicht-Beachten etwa der kognitiven und der biologischen Ausstattung eines Patienten eine wenig nützliche Haltung dar. Ich bevorzuge es jedenfalls, zuerst zu erkennen, mit welchen (ganz persönlichen, z.B. kognitiven) Problemen jemand fertig werden muss, bevor ich Veränderungen von problematischem Verhalten anstrebe.

Simon & Retzer (1998) machen mit ihren „therapeutischen Schnittmustern“ bereits einen Schritt in Richtung Diagnostik und störungsspezifischer Therapie. In ihrem sehr anregenden Fragenkatalog kommen allerdings Fragen zu individuellen (ikonischen) Problemen nicht vor. Deren Bedeutung für die Patienten kann aber trotz Nicht-Beachtung durch den Therapeuten nicht geleugnet werden. Wenn nach dem Erleben nicht gefragt wird und dann noch der Therapeut und der Patient die Veränderbarkeit von Verhalten sehr unterschiedlich einschätzen, kann das die Therapie behindern. Selbstverständlich behindert auch die zementierende Wirkung einer in Stein gemeißelten Diagnose die Entwicklung (Schweitzer & Weber 1997). Die Krankheitsmodelle der Patienten und ihrer Familien müssten demnach aufgeweicht, nicht jedoch völlig und vor allem vorschnell aufgelöst werden.

Fallverstehen in der Begegnung und Veränderung in der Therapie

Der scheinbare Widerspruch zwischen dem durch Klassifikation strukturierten Wissen und dem Nicht-Wissen des Therapeuten, der den Geschichten seiner Patienten zuhört, wird im Meilener Konzept (Welter-Enderlin & Hildenbrand 1996) aufgelöst. Therapie wird hier als „Fallverstehen in der Begegnung“ und als Zusammenwirken zweier Achsen gesehen. Im Vordergrund steht in der Regel die Begegnungsachse, die den Therapeuten in seinem professionellen Kontext mit dem Patienten in seiner als problematisch beschriebenen Lebenspraxis verbindet. Die zweite Achse, die Wissensachse, bleibt in der Regel im Hintergrund. Sie verbindet Menschenbilder und Wissenschaft mit dem therapeutischen Handwerkszeug.

Als zentrale Komponente professionellen therapeutischen Handelns wird die Urteilskraft im Sinne von Gadamer (1993) gesehen, mit deren Hilfe allgemeines Wissen und eine besondere Fallsituation in einen Zusammenhang gebracht werden. Ergänzt wird sie durch eine gesunde Respektlosigkeit gegenüber der Theorie, weil deren unkritische Anwendung auf den Fall „die therapeutische Manövrierfähigkeit und Kreativität einschränkt“ (Cecchin et al. 1992, S. 9) und das Fallverstehen behindert. - Techniken wiederum unterstützen die Urteilskraft, ersetzen sie aber nicht, da sie nicht am konkreten Fall orientiert sind.

Urteilskraft wird im Verlauf der therapeutischen Erfahrung gebildet und bedient sich mehrerer theoretischer Entwürfe und Techniken. Neben den Regeln diagnostischer und therapeutischer Technik ist aber vor allem die Begegnungsfähigkeit Grundlage allen therapeutischen Handelns. Die Weiterentwicklung des Meilener Konzepts trägt der Rolle der Affekte für die Begegnung Rechnung, indem zunächst die affektive Rahmung therapeutischer Prozesse untersucht wird (Welter-Enderlin & Hildenbrand 1998).

Die Wissensachse tritt nur dann in den Vordergrund, wenn nicht genügend habituell ausgebildete Verhaltensweisen zur Verfügung stehen. Man greift auf Manuale zurück oder reflektiert, wenn kein Handlungsdruck vorhanden ist, sein Handeln, indem man mit Bekanntem vergleicht.

Am Anfang der eigenen Berufslaufbahn und am Anfang jeder Therapie gerät man leichter in solche Situationen. Die Interaktion ist noch nicht eingespielt, der Rückgriff auf Bekanntes verständlich. Nur sollte die Theorie, das Manual, die Technik nun nicht die Oberhand gewinnen. Sie können allenfalls Hypothesen generieren oder zu Probehandlungen führen, die auch wieder aufgegeben werden können. Erst dann wird aus Diagnostik und therapeutischer Technik eine für den Einzelfall maßgeschneiderte Therapie.

Zur Illustrierung mögen die folgenden beiden Fallbeispiele dienen.

FALLBEISPIEL 1: VON DER „MISCHPSYCHOSE“ ZUR SYSTEMISCHEN PAARTHERAPIE

Frau P., 1941 in Deutschland geboren, kam 1990 mit der Diagnose einer schizoaffektiven Störung auf unsere Schizophreniestation. Es handelte sich damals um die zwölfte von insgesamt 15 psychiatrischen Hospitalisationen.

Frau P. ist das älteste von sechs Kindern ihrer Mutter. Sie wurde unehelich geboren; ihren Vater kennt sie nicht. Ihre Mutter heiratete zehn Jahre später einen deutlich jüngeren Mann. Sie lag häufig mit depressiven

Verstimmungen im Bett, so dass Frau P. sich als Kind viel um die anwachsende Geschwisterschar kümmern musste. Im Alter von 17 Jahren lernte sie ihren späteren Mann kennen. Zwei Jahre später heirateten sie und wanderten in die Schweiz aus. Nach der Geburt des zweiten Kindes, im Alter von 26 Jahren, verfiel Frau P. in eine schwere postpartale Depression. Sie wurde mit Elektroschocks behandelt. Weitere Hospitalisationen folgten; Frau P. zeigte wechselweise depressive und manische Zustandsbilder. In letzteren kam es jeweils zu heftigen Streitereien mit ihrem Mann, der dann jeweils Trennungsabsichten äußerte und als Hauptproblem die fehlende sexuelle Ansprechbarkeit seiner Frau angab.

Im Rahmen früherer Hospitalisationen hatte Frau P. gelegentlich psychotisch anmutende Äußerungen gemacht. So hatte sie etwa nachts geschrien, der Stiefvater sitze an ihrem Bett. Außerdem war aufgefallen, dass sie manchmal die Augen geschlossen hielt und völlig abwesend erschien, was von den Therapeuten als Zeichen von Halluzinationen gedeutet wurde. Die Diagnose einer Mischpsychose wurde gestellt. Während der siebten Hospitalisation wurde Frau P.'s mittlerweile erwachsene Tochter über das genetische Risiko aufgeklärt, ebenfalls mit einer solchen psychiatrischen Krankheit behaftet zu sein. Ihr wurde davon abgeraten, Kinder zu bekommen.

Bei uns zeigte sich Frau P. jeweils leicht bis mittelschwer depressiv. Sie konnte aber auch sehr resolut auftreten und die jungen schizophrenen Männer auf der Station zu mehr persönlicher Sauberkeit und zum Lehren der Aschenbecher anhalten. Auf Grund der Diagnose einer schizoaffektiven Störung ließen wir ihr eine psychoedukative Gruppenbehandlung mit dem Namen „Psychose – was tun?“ und eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Depressionsbehandlung angedeihen, die Frau P. dankbar annahm. Die Wirkungslosigkeit zeigte sich in häufigen „Rückfällen“, die vor allem aus Streitigkeiten des Paares mit anschließender gedrückter Stimmungslage von Frau P. bestanden. Wir änderten die Diagnose in „Bipolare affektive Störung“.

In den Einzelgesprächen berichtete Frau P. recht bald vom sexuellen Missbrauch durch ihren Stiefvater. Sie habe auch früheren Therapeuten schon davon erzählt, das Thema sei aber nicht aufgegriffen worden. Ihr Mann wisse nichts davon. - In einer früheren Paartherapie sei über Sexualität nie gesprochen worden. Da sie als normalerweise temperamentvolle Frau ihren eher zurückhaltenden Mann recht dominiert habe, habe die Therapeutin damals befunden: „Ihre Depression ist seine Chance.“

Der Zusammenhang der Missbrauchs-Erfahrung mit den aktuellen sexuellen Problemen des Paares wurde Frau P. mit der Zeit deutlich. Im Rahmen der 14. Hospitalisation wurde mit einer Paartherapie begonnen, die nach Entlassung von Frau P. ambulant fortgesetzt wurde. Zunächst wurden einige Mythen über Sexualität in Frage gestellt, und das Paar erprobte neue Formen von Intimität und Zuwendung. Nach 18 Sitzungen öffnete Frau P. schließlich das Geheimnis um den sexuellen Missbrauch. Herr P. reagierte zunächst mit Wut über die entgangenen sexuellen Freuden, später mit Verständnis für seine Frau. Viele der als psychotisch eingestuften Symptome erschienen nun in einem anderen Licht; Herr P. verstand, dass seine Frau während der ersten Klinikaufenthalte in großer Not gewesen war, aber noch nicht aussprechen konnte und wollte, was sie ihm nun, Jahrzehnte später, unter dem Schutz der Therapie sagen konnte.

Frau P. kam 1995 ein letztes Mal für wenige Tage in die Klinik, nachdem ihre Mutter gestorben war. Ihr zuliebe hatte Frau P. ihre Eltern noch oft besucht. Sie beschloss, ihren Stiefvater auch weiterhin nicht mit seinen Taten zu konfrontieren, stellte aber die Besuche bei ihm weitgehend ein. Seither hat keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung mehr stattgefunden. Frau P.'s leichte Stimmungsschwankungen werden vom Hausarzt mit einem Antidepressivum behandelt.

An Frau P.'s Geschichte kann man verschiedene Epochen der Psychiatriegeschichte ablesen, die sich in den Diagnosen widerspiegeln. Der „Mischpsychose“ wurde eine genetische Ätiologie zugeschrieben (nosologische Diagnostik). Die „schizoaffektive Störung“ entstand durch sorgfältiges Auszählen, wie viele psychotische Episoden mit und wie viele nicht mit affektiven Symptomen versehen waren (operationalisierte Diagnostik). Die „bipolare affektive Störung“ entstand nach noch genauerem Hinsehen und der Feststellung, dass die psychotischen Symptome Merkmale der Depression waren. Die verhaltenstherapeutische Behandlung baute auf Verhaltensanalysen auf, die völlig unidirektional wirkende und unmittelbare Auslöser für depressive Denkfehler dingfest machte und die Patientin zum Umdenken in ähnlichen Auslösesituationen

veranlassen sollte. (Wäre sexueller Missbrauch in den 70er-Jahren schon ein Thema gewesen und hätte es die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ damals schon gegeben, wäre Frau P. auch eine Kandidatin für diese Diagnose gewesen.)

Eine Veränderung wurde jedoch erst durch unbefangenes therapeutisches Zuhören eingeleitet. Die Erweiterung der Problemdefinition um die Probleme des Mannes und die gemeinsamen Probleme war der nächste Schritt. Der Abbau gemeinsam gepflegter Mythen trug entscheidend zur Problemlösung bei. Das Angebot einer Erklärung für Frau P.'s Stimmungsschwankungen und für ihre sexuellen Bedürfnisse half dabei.

FALLBEISPIEL 2: VON DER „POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG“ ZUR SYSTEMISCHEN EINZELTHERAPIE

Herr A. stammt aus Bosnien und kam 1992 als Flüchtling in die Schweiz. Er trat wegen anhaltender, aber wechselnder Schmerzen in das große somatische Spital der Kantonshauptstadt ein: Meist waren Rücken und Kopf betroffen, aber auch in Beinen oder Armen tat es ihm weh. Nachts schreckte Herr A. häufig auf. Bilder aus dem Krieg, den er größtenteils in Konzentrationslagern verbracht hat, tauchten dann blitzartig wieder auf. Wenn er sich an die Geschehnisse im Lager erinnerte, musste er auch tagsüber heftig würgen. Zu Hause hielt er es kaum noch aus. Seine Frau und die vier Kinder – die Tochter war schon zwanzig – schrie er häufig an. Am Arbeitsplatz häuften sich die Fehlzeiten, der Arbeitgeber hatte schon mit Kündigung gedroht.

Im Spital wurde keine organische Ursache der Schmerzen festgestellt. Nur sein Bluthochdruck und der Diabetes stellten Krankheiten dar, für die es klare Behandlungsleitlinien gab. Um dem Mann dennoch zu helfen, wurden schlussendlich zehn verschiedene Medikamente verordnet. - Als Herr A. eines Tages einer Krankenschwester gegenüber Selbstmordgedanken äußerte, wurde ein Psychiater hinzu gezogen. Dieser diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung und überwies Herrn A. in die psychiatrische Klinik.

Kurz nach dem Eintritt in die Psychiatrie erfuhr Herr A., dass seine Tochter sich verlobt hatte. Er war empört, dass er nicht gefragt worden war, und brach den Kontakt zur Tochter ab. Am Telefon war vom Sohn zu erfahren, dass Herr A. durch seine Krankheit daheim kaum noch als Familienoberhaupt akzeptiert werde.

Die psychotherapeutische und medizinische Behandlung ging nun Hand in Hand. Die Psychologin, die die Fallführung übernommen hatte, begann mit Hilfe eines Dolmetschers, sich die Lagererlebnisse schildern zu lassen. Im gleichen Zeitraum vermittelte die Bewegungstherapeutin Herrn A. elementare Kenntnisse in Entspannungstechniken. Die Ärztin setzte allmählich die verschiedenen Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmedikamente ab. Der Sozialarbeiter nahm mit Einverständnis von Herrn A. Kontakt zum Arbeitgeber auf, um über einen schrittweisen Wiedereinstieg am Arbeitsplatz zu verhandeln.

Nun wurden in den psychotherapeutischen Sitzungen die Erinnerungen an die Erlebnisse vertieft, nachdem Herr A. zunächst jeweils seine Entspannungsübungen gemacht hatte. Trotzdem war jede Sitzung wieder belastend, und Herr A. schwitzte jedes Mal stark. Er lernte aber, aus dem Lager an einen „sicheren Ort“ zurück zu kehren – dies alles in der Vorstellung. Die Psychologin achtete darauf, dass die Erinnerungen nicht überwältigend wurden. Auch das Therapiezimmer war ein sicherer Ort, der Dolmetscher und die Psychologin inzwischen vertraute Personen. – Nach den Vorstellungsübungen, die jeweils nur etwa zwanzig Minuten dauerten, stellten sie noch viele Fragen zur Lebenssituation vor dem Krieg und erfuhren, dass Herr A. in seinem Heimatort ein wohlhabender und angesehener Mann war. Er sagte, er sei der glücklichste Mann der Welt und „ein Mann wie ein Bär“ gewesen. In der Schweiz fühle er sich dagegen immer noch fremd.

Bereits nach der dritten Vorstellungsübung gingen die Symptome langsam zurück. Nach der sechsten Übung sagte Herr A. dann plötzlich, nun sei es ihm viel wichtiger, über die Situation in der Familie zu sprechen. Er stehe inzwischen völlig isoliert da, weil sich Frau und Söhne auf die Seite der verstossenen Tochter geschlagen hätten.

Die Psychologin plante ein Familiengespräch. Frau A. war jedoch so auf Distanz zu ihrem Mann gegangen, dass sie mehrere Termine platzen ließ. Also musste es auch anders gehen: Die psychotherapeutischen Gespräche hatten nun den Schwerpunkt auf der Rolle, die Herr A. in seiner Familie hatte. Der älteste Sohn hatte inzwischen beinahe die Rolle des Familienoberhaupts übernommen, Herr A. schien ein wenig abgeschoben worden zu sein in die Klinik. Mit seinem Ärger über die Verlobung der Tochter stand er alleine da. Bei der Erhebung des Genogramms und der Erörterung der dazugehörigen Familiengeschichten stellte sich heraus, dass Herr A.s beide Schwestern ohne Zustimmung der Eltern geheiratet hatten und Herr A. damals als Ältester eine versöhnende Rolle zwischen Vater und Schwestern eingenommen hatte. Diese Parallele („Die Frauen der Familie A. machen, was sie wollen“) begann ihn zu amüsieren. Er kam allmählich zu der Erkenntnis, dass er eigentlich nur seine Tochter vor einer unglücklichen Ehe mit einem womöglich gewalttätigen Ehemann schützen wollte, und dass er das am besten tun konnte, indem er den zukünftigen Schwiegersohn kennen lernt.

Vier Monate nach Eintritt wurde Herr A. zu seiner Familie entlassen. Er war nun bereit, seine Tochter und ihren Verlobten in die Familie aufzunehmen. Er begann zunächst probeweise, zu 50% am alten Arbeitsplatz zu arbeiten. Die Schmerzen waren zwar nicht ganz verschwunden, sie schienen Herrn A. aber weniger zu plagen. Das Würgen war ganz verschwunden. Er schlief meistens durch, Schlafmittel brauchte er dazu nicht mehr. Die Zahl der Medikamente hatten sich bis zum Austritt von zehn auf drei reduziert.

Herr A. bekam zunächst eine Vielzahl somatischer Diagnosen, die ganz im Sinne der ICD-10-Philosophie additiv und ätiologie-neutral waren. Durch die Verknüpfung mit Ereignissen seiner Biographie bekamen sie allmählich einen Zusammenhang und eine Ursache. (Mit der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ durchbricht die ICD-10 übrigens bereits das Prinzip, auf ätiologische Überlegungen verzichten zu wollen.) Aber auch mit der neuen psychiatrischen Diagnose war dem Kontext nicht Genüge getan: Zwar reduzierte die „richtige“ evidenzbasierte Technik der imaginativen Traumatherapie die Symptome, aber erst die Berücksichtigung der familiären Situation führte schlussendlich zur Entlassung aus der Klinik. Wäre der Fokus auf Herrn A. und seinen Symptomen geblieben, wäre er womöglich heute noch bei uns.

Holt psychiatrisches Wissen in die systemische Therapie!

Wenn wir Ludewigs (1999) Vorschlag folgen und die unterschiedlichen Diskurse beachten, so sollten wir im wissenschaftlichen und soziopolitischen Diskurs kein Problem mit unserem psychiatrischen Wissen haben, ebenso wenig wie im Diskurs mit anderen Therapeuten über unsere Arbeit. Im Diskurs mit dem Betroffenen über seine subjektiven Einschätzungen und Selbstbeschreibungen dagegen müssen wir das Wissen hinter die Begegnung stellen, um zu verstehen. Dennoch ist das Wissen hoffentlich da und hilft beim Reflektieren.

- Profunde Kenntnisse der Psychopathologie helfen, in den Selbstbeschreibungen und im Verhalten der Patienten deren ikonische Umwelt zu erkennen und folglich zu erkennen, in welchen Bereichen der Patient den Ansprüchen seines soziokulturellen Kontextes nicht mehr genügt, wo er ansprechbar ist, auf welchem Stand seine Selbstrettungsversuche sind, und was er vom Therapeuten braucht (Scharfetter 1990). Dies geschieht unabhängig von der deskriptiv-kategorialen Funktion der Psychopathologie, die vorwiegend dem Diskurs der Fachleute dient.
- Wenn Ergebnisse aus Hirnforschung, Neurophysiologie und -psychologie, Neurobiologie, Immunologie und Humangenetik in das Feld der Psychotherapie Eingang finden, können sie beim Ausloten von Veränderungsmöglichkeiten helfen. Die The-

rapeutin kann „...unter Einbeziehung ihres gesamten Wissens Fragen [zu] stellen, die ein möglichst rasches Ankoppeln an Vorhandenes und Förderliches ermöglichen. Hierzu muss sie aber Selektionen treffen, die hoffentlich geleitet sind von Wissen, Erfahrung, Mut und Bescheidenheit“ (Ludewig 1999, S. 133). Hier käme also die Urteilskraft sensu Gadamer (1993) zum Einsatz.

Veränderungen wiederum erreichen wir nicht nur durch kognitive Verstörungen, wie sie bisher meist Gegenstand systemischer Theoriebildung waren. Momente mit hoher affektiver Ladung und affektive „Verstörungen“ oder Überraschungen sind vermutlich sogar wichtiger. Sie entstehen wahrscheinlich häufig sekundär und unbeabsichtigt als Folge kognitionsbetonter Interventionen. Die Rolle der Affekte des Therapeuten ist wahrscheinlich größer als bisher gedacht (vgl. Krause & Merten 1996). Die Kunst des Therapeuten besteht dann nicht nur in der richtigen Fragetechnik und in der affektiven Rahmung des therapeutischen Prozesses, sondern auch in der Herstellung solcher Momente.

Im ersten Fallbeispiel habe ich, damals noch wenig reflektiert, einige dieser Momente durch geduldiges, nicht-erschreckendes Wissenwollen erreicht. Im zweiten Beispiel war es die Frage nach der Heirat der Schwestern und meine spontane, erstaunte Reaktion auf die Mitteilung, dass Herr A. damals der Vermittler war, was die Veränderung gefördert hat. Hätte ich jedoch nicht zuvor „leitliniengerecht“ auf die präsentierte Symptomatik reagiert, wären wir wahrscheinlich nie an diesen Punkt gelangt. Entscheidend war der gemeinsame Wechsel der Beschreibung vom „sehr kranken Mann“ und „entthronten Familienoberhaupt“ zum kompetenten Vermittler und Beschützer in seiner Familie. Der kompetente Umgang mit der psychiatrischen Symptomatik war dafür ein wichtiger Zwischenschritt.

Ein Vorschlag zum professionellen Gebrauch von Wissen, Diagnostik und Diagnosen

Die eingangs mitgeteilte Beobachtung, dass Diagnosen und Wissen in der Psychiatrie allzu leicht in den Vordergrund gelangen, hinter dem die Begegnung zurück steht, soll hier nun in einen Vorschlag münden, wie stattdessen professionelle Entwicklung stattfinden könnte.

LEITFRAGEN ZUM HINTERFRAGEN VON DIAGNOSEN

- Was ist das Ziel der Diagnosestellung?
- Welche Bedeutungen hat die Diagnose für die Beteiligten?
- Für wen ist die Diagnose wichtig?
- Welche Fragen, glaubt man, beantwortet die Diagnose?
- Welche Informationen glaubt man dadurch zu gewinnen?
- Was soll die Diagnose mitteilen und wem?
- Was sollen die einzelnen Symptome mitteilen und wem?

- Ist die Diagnose respektvoll?
- Wie kann die Diagnose sinnvoll für alle Involvierten sein?
- Wie kann sie kollaborativ, maßgeschneidert und nützlich sein?
- Welche Entwicklungen behindert die Diagnose?
- Wo hilft die Diagnose bei Entwicklung?
- Was würdest Du (die Familie, die Versicherung...) in der Therapieplanung / in der Interaktion anders machen, wenn die Diagnose nicht XY lauten würde?
- Unter welchen Umständen würdest Du die Diagnose aufgeben bzw. ändern?
- Auf welches Wissen greifst Du zurück, ausgehend von Deiner Diagnose? (Cave: Wissen über Verläufe kann in self-fulfilling prophecies münden)
- Welche Einschränkungen erlebt der Patient in der Lebenspraxis? Wieviel davon erklärt die Diagnose?
- Was mutest Du dem Patienten alles nicht zu auf Grund Deiner Diagnose?

REFLEXION IN DER SUPERVISION

Das Begegnen-Können muss unter Supervision geübt werden. Hierzu sollte viel häufiger als üblich Videotechnik eingesetzt werden. Fragen, die Supervisor und Supervisand gemeinsam beantworten sollten:

- Ist es gelungen, Momente der Begegnung herzustellen?
- Wie hat der Therapeut sein Wissen eingesetzt?
- Welche Rolle hatten die Fragen / die affektive Rahmung / die affektiven Reaktionen des Therapeuten auf den Verlauf der Sitzung / die affektiven Äußerungen des Patienten / auf die „Sprünge“ aus dem „moving along“ der Sitzung?

Jegliche professionelle Entwicklung sollte auf das Ziel ausgerichtet sein, Wissen und Techniken, die aus den unterschiedlichsten Paradigmata hervorgegangen sind, für die Ausbildung eines Habitus nutzbar zu machen, in dessen Zentrum immer die therapeutische Begegnung steht. Vom systemischen Menschenbild geprägt ist die Begegnung dann, wenn die Rolle des Therapeuten an ihrem Zustandekommen berücksichtigt wird, wenn sie den Patienten zu Perspektivenwechseln anregt, und wenn sie durch passende affektive Rahmung und Überraschungsmomente zu neuen Denkweisen, affektiven Reaktionen und Handlungen ermutigt.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, H., Goolishian,, H.A. (1992): Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. Z. System. Therapie 10: 176-189

Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern (Huber)

- Bach, M. (2000): Diagnosen und ihre Bedeutung für die, die sie gebrauchen. *Systeme* 14: 3-15
- Berner, M.M., Rüter, A., Stieglitz, R.-D., Berger, M. (2000): Das Konzept der „Evidence-based Medicine“ in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 71: 173-180
- Blankenburg, W. (1979): Psychiatrie und Philosophie. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Möller, C., Strömgen, E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* Bd. 9. Berlin (Springer)
- Buchholz, M.B. (1998): Sprachliche Interaktion und Diagnose. *System Familie* 11: 47-59
- Cierpka, M. (1996): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin (Springer)
- Gadamer, H.-G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Gergen, K.J. (1985): The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40: 266-275
- Gergen, K.J. (1994): *Realities and relationships*. Cambridge (Harvard University Press)
- Gergen, K.J., Hoffmann, L., Anderson, H. (1997): Diagnose – ein Desaster? Ein konstruktivistischer Dialog. *Z. System. Ther.* 15: 224-241
- Hell, D. (1998) : Gibt es die Schizophrenie? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 149: 51-53
- Hohage, R. (2001): ICD-10-Diagnosen in der psychotherapeutischen Praxis. Eine Kritik. *Psychotherapeut* 46: 110-114
- Krause, R., Merten, J. (1996): Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. *Z. Psychosom. Med.* 42: 261-280
- Laireiter, A.-R. (2001): Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 46: 90-101
- Ludewig, K. (1996): Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Keller, T., Greve, N. (Hrsg.): *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn (Psychiatrie-Verlag)
- Ludewig, K. (1999): „Überlebensdiagnostik“ – eine systemische Option. *Kontext* 30: 121-135
- Luhmann, N. (1994): *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Scharfetter, C. (1990): Bemerkungen zur sogenannten Negativsymptomatik Schizophrener. In: Möller, H.-J. , Pelzer, E. (Hrsg.): *Neuere Ansätze zur Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik*. Berlin (Springer)
- Schweitzer, J., Weber, G. (1997): „Störe meine Kreise“. *Psychotherapeut* 42: 197-210
- Simon, F.B., Retzer, A. (1998): „Therapeutische Schnittmuster“ – Ein Projekt. *Familiendynamik* 23: 197-215
- Stark, T. (2000): Evidence-based Medicine, der Arzt und der Patient. *Schweizer. Ärztezeitung* 81: 1120-1122
- Stern, D.N. et al. (2001): Die Rolle des impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 51: 147-152

- Stierlin, H. (2001): Welche Rolle spielt die Diagnostik in der systemischen Psychotherapie? Psychotherapeut 46: 134-139
- Straub, H.R. (2002): Das interpretierende System. Wolfertswil (Z/I/M)
- Süllwold, L., Huber, G.(1986): Schizophrene Basisstörungen. Berlin (Springer)
- von Uexküll, T. (2001): Braucht die Medizin ein Menschenbild? Fundamenta Psychiatrica 15: 7-11
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (1996): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (1998): Gefühle und Systeme. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)
- White, M., Epston, D. (1994): Die Zähmung der Monster. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)