

8 Implikationen für die familientherapeutische Arbeit im Iran

Mit den in dieser Studie herausgearbeiteten Perspektiven möchte ich zur Relativierung der an naturwissenschaftlich-universalistischen Mustern orientierten psychologischen und psychotherapeutische Konzepte im Iran beitragen. Für die professionelle therapeutische Praxis wäre eine solche Relativierung wichtig. Anknüpfend an die in den vorausgegangenen Kapiteln (vgl. Kap. 2.5, 4, 5, 6) diskutierte kulturelle Spezifik individual-psychologischer Prozesse, möchte ich nun deren Konsequenzen im Feld der familientherapeutischen Arbeit mit iranischen Familien aufzeigen. Im Vorfeld ist anzumerken, dass Therapieausbildungen im Iran (noch) nicht in dem Ausmaß angeboten werden, wie es in vielen westlichen Ländern (Simon et al., 1999) der Fall ist, weshalb im engeren Sinne im Iran nicht von "Therapie" oder Therapieerfahrungen gesprochen werden kann. Die weitgehend vorherrschenden und seit der letzten Dekade stärker beachteten professionellen Hilfsangebote im psychosozialen Bereich lassen sich eher als Beratungen charakterisieren. Für die künftige Entwicklung wäre wichtig, dass schon in der Frühphase dieses Prozesses, kulturell differenzierende Ansätze in das therapeutische Feld einfließen. Neben der Bezugnahme auf die kulturpsychologisch orientierte Literatur bringe ich auch eigene familientherapeutische Erfahrungen im Iran in die Diskussion ein.

8.1 Kulturell-philosophische Aspekte im Therapieprozess

Im Kapitel 2.5 wurde in Anlehnung an Santisteban et al. (2002) dargestellt, dass die Wertorientierung der Menschen in unterschiedlichen Kulturen wichtige Anhaltspunkte dafür liefert, wie sie ihre in einem spezifischen historischen und soziokulturellen Kontext eingebettete Lebenswelt und ihre Beziehung zu ihr konstruieren. Ähnlich wie Santisteban et al. betonen auch andere Forscher(innen) und Praktiker(innen) (u.a. Jalali, 1982; Mcgoldrick et al, 1982; Good und Good, 1984; Kleinman, 1996; Tseng et al., 2001), dass sich die aus diesen Wertorientierungen und kulturellen Besonderheiten ableitbaren Dimensionen auf den therapeutischen Prozess

maßgeblich auswirken. Sie sollten daher in den therapeutischen Prozess integriert werden. So hebt Tseng in diesem Zusammenhang hervor, dass

"interpersonal therapies, including family and group therapies, whose main focus is working on interpersonal relations, are very much need of cultural adjustment" (Tseng, 2001: 8).

Zum vielschichtigen Weltverständnis vieler Iraner(innen) gehört u.a. auch der Glaube an übernatürliche und nicht erforschbare Kräfte, die sich der Kontrolle der Menschen entziehen. Den zentralen Bestandteil dieses Glaubenssystems bilden die religiösen Vorstellungen, die sich u.a. in der wohl gängigsten linguistischen Metapher "*omid be khoda*" ausdrücken, was in etwa "*Gott weiß es besser*" bedeutet. Sich im Schutz und in der Relation zu einer übergeordneten Instanz zu fühlen bzw. sich dem Willen und der Vernunft (*hekmat*) dieser Instanz unterzuordnen, gewährt den Betroffenen Sicherheit und innere Ruhe (Ahmadi und Ahmadi, 1998). Der Fatalismus oder die weit verbreiteten Konzepte der *Taghdir* oder *Sarnevesh*, die in etwa "*vorbestimmtes Schicksal*" bedeuten, werden dadurch verstärkt und fließen somit in das Alltagsleben der Iraner(innen) sowie in ihren alltäglichen Sprachgebrauch ein.

Diese Orientierung ähnelt der von Kluckhohn und Strodtbeck (1961) konzeptualisierten und von zahlreichen Autor(inn)en übernommenen Dimension "Person-Nature", der zufolge aufgrund grundlegender Wertorientierungen in manchen Gesellschaften bestimmte Lebensumstände und -ereignisse als gegeben akzeptiert werden und folglich deren Veränderung nicht angestrebt wird (vgl. Kleinman, 1996; Santisteban et al., 2002). Die besonders in Krisensituationen durchaus protektiv-hilfreiche Metapher des Schicksals übernimmt teilweise die Verantwortung für psychisch bedrückende Geschehnisse, relativiert aber gleichzeitig die Bedeutung bzw. die Effektivität einer irdisch-akademischen Interventionsform. Mehr noch, eine solche Orientierung kann den oft diskutierten Widerstand in einem psychotherapeutischen Prozess verstärken, da die Veränderbarkeit des vermeintlich Schicksalhaften bestritten wird. Daraus erklärt sich auch die Funktionalität des multiplen Systems der Hilfesuche im Iran (vgl. 2.5).

Ein anderer philosophisch-kultureller Faktor, der sich ebenfalls auf den therapeutischen Kontext auswirken und eine Therapieplanung im westlichen Sinne erschweren kann, ist das dreidimensionale und nahezu grenzenlose Zeitverständnis der Iraner(innen), das von der fernen Vergangenheit bis in die unendliche Zeit des Jenseits nach dem Tode reicht. Das irdisch-materielle Leben erscheint lediglich als eine Übergangsphase oder Prüfstation vor nächsthöheren Entwicklungsstufe, die von begrenzter Bedeutung ist (vgl. Kap. 4.1.2). Diese Orientierung ist überwiegend in den islamischen Vorstellungen und Vorschriften verankert und wird gegenwärtig von staatlicher Seite besonders forciert. Die mehrdimensionale Zeitorientierung der Iraner(innen) beinhaltet zugleich eine andere, stark auf das irdisch-gegenwärtige Leben ausgerichtete Dimension. Diese Orientierung ist besonders in den allgegenwärtigen poetischen Werken von namhaften Dichtern wie Khayyam und teilweise auch Hafes vertreten. Hier gilt „life is short, we should enjoy the present“ (Jalali, 1982: 292). Die von Kluckhohn und Strodtbeck (1961) konzeptualisierte Dimension der „Time-Orientierung“ in diversen Kulturen ist also auch hier relevant.

8.2 Zur Beziehung zwischen Helfern und Hilfesuchenden

Wie im sechsten Kapitel ausgeführt, überwiegen in iranischen zwischenmenschlichen Beziehungskontexten statusdifferenzierende oder vertikale Strukturen. Diese Strukturen sind insbesondere in solchen Interaktionskontexten anzutreffen, die durch Outside-Inside-Differenzierung markiert sind. Im therapeutischen Kontext erheben sie einen Therapeuten zu einer Autoritätsperson. Die Autoritätsfrage im therapeutischen Kontext bildet per se kein iranspezifisches Merkmal und ist ein vielfach diskutierter Aspekt auch innerhalb der westlichen Therapiemodelle. Aus der Perspektive der etablierten Therapiemodelle, wie z.B. der strukturellen Familientherapie (Minuchin) oder der strategischen Familientherapie (Haley) und ihr nahe stehender Ansätze, wie der Mailänder Schule um Selvini- Palazzoli et al., wird die führend-direktive Position des Therapeuten explizit befürwortet (v. Schlippe et al., 1998; Simon et al., 1999; Stierlin, 2003).

Beziehungen zu Autoritätspersonen sind im Iran von Spannungen und Ambivalenzen begleitet. Das wichtigste Moment in solchen Beziehungen ist der gleichzeitige Respekt und Widerstand gegenüber den Autoritäten. Dieser Aspekt erschwert die Herstellung eines relativ klar umrissenen Arbeitsbündnisses, das in fast allen therapeutischen Ansätzen als Grundvoraussetzung zur Erreichung der definierten Therapieziele erachtet wird. Die Folge ist oft die lässige Beachtung oder sogar deutliche Vermeidung der therapeutischen Empfehlungen seitens der Hilfesuchenden. Besonders problematisch ist dabei, dass Hilfesuchenden, dem Axiome des Respektes folgend, gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin zwar ihren Willen zur Kooperation kundtun, dessen Empfehlungen später jedoch kaum beherzigen (vgl. Wen-Shing Tseng, 2001).

Ein weiterer Faktor, der den Aufbau einer therapeutischen Beziehung beeinflusst, ergibt sich aus der im sechsten Kapitel diskutierte scharfe *Outside-(birun)-Inside-(darun)-Differenzierung*. Dieser Differenzierung zufolge erscheint der Therapeut als ein Outsider oder Fremder, der in die Intimsphäre bzw. den nur Familienmitgliedern vorbehaltenen *darun* einzudringen versucht. Dies macht die kontextuale Erörterung der Lage und die Besprechung der Konfliktsituationen auf der intimen und emotionalen Ebene besonders schwer. Meistens brauchen die Familien viel Zeit, um die Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten/der Therapeutin zu prüfen und um über intime Themen sprechen zu können. Hier entsteht häufig die paradoxe Situation, dass die Hilfesuchenden einerseits von der Therapie schnelle Wirkung erwarten, andererseits selbst jedoch eine schnelle Wirkung blockieren. Nicht selten kommt es gerade beim Erreichen des gewünschten Vertrauensgrads zum Abbruch der Therapie, weil das Vortragen intimer Angelegenheiten vor einem fremden Therapeuten vielen Familienmitgliedern unheimlich erscheint. Dies bedeutet allerdings nicht zwingend, dass die Familie es aufgibt, nach anderen Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Hilfesuchende Iraner(innen) sind viel mehr als "doctor shoppers" (Jalali, 1982: 307) bezeichnet worden.

Meine eigene therapeutische Erfahrung deutet darauf hin, dass Ehemänner mit viel größerer Vorsicht und Skepsis fremde Interventionen, darunter professionelle Hilfestellungen in familialen Angelegenheiten, zulassen, als Ehefrauen. Aus den von

mir geführten 100 Sitzungsprotokollen über die ersten familientherapeutischen Sitzungen im Zeitraum zwischen 2002 und 2003 geht hervor, dass in 81 Fällen die Frau die Inanspruchnahme des professionellen-familientherapeutischen Hilfeangebots angeregt hatte, während in elf Fällen eine gemeinsame Entscheidung des Ehepaares dem Besuch zugrunde lag und lediglich in acht Fällen der Mann die treibende Kraft für den Besuch war. Es empfiehlt sich daher, zugleich auf geschlechtsspezifische Aspekte im Therapieprozess genauer zu achten. Beispielsweise sollte ein männlicher Therapeut zumindest in der Initialphase der Therapie versuchen, eine engere Beziehung zu dem Ehemann bzw. dem Familienvater herzustellen. Das würde einerseits den Respekt des Therapeuten gegenüber den familialen Konzepten von Outside-Inside-Differenzierungen unterstreichen. Andererseits würden die Männer dadurch stärker in den therapeutischen Prozess einbezogen, was die Erfolgsaussichten der Therapie wesentlich steigern würde.

8.3 Kulturspezifische Überlegungen zum therapeutischen Vorgehen im Iran

Die Entscheidung für eine angemessene Behandlungsstrategie hängt eng mit den Erwartungen zusammen, die die hilfeschuchenden Personen an die Therapie stellen. Dies entlastet jedoch den Therapeuten nicht von der Verantwortung, seinerseits den konkreten soziokulturellen Kontext, in dem eine Therapie stattfinden soll, möglichst genau einzuschätzen. Die in den vorausgegangenen Kapiteln diskutierten Aspekte können nun zur Markierung von Umrissen der therapeutischen Handlungsräume im Iran angewendet werden.

Der/die indigen orientierte Therapeut/Therapeutin im Iran hat zu beachten, dass Iraner(innen) ihr 'Selbst' und ihr Selbstwertgefühl stark über ihre Beziehungen zu anderen definieren (vgl. Kap. 4, 5, 6). Diese Beziehungen schließen in hohem Maße die Familienmitglieder, Verwandtschaft aber auch Freunde ein. Die Analyse der Familiendynamik im Kapitel sechs hat gezeigt, dass die Entwicklung der Selbstbilder im Iran interdependent erfolgt, weshalb individuelle Interessen i.d.R. den gemeinschaftlichen Interessen untergeordnet werden. Interpersonelle Grenzen sind

durchlässig. Dem zufolge scheint die Berücksichtigung der sozialrelationalen Basis des kommunikativen Kontextes in Therapiesituationen von zentraler Bedeutung zu sein. Die Grundeinheit der psychologisch-psychotherapeutischen Untersuchungen, die auf eine Diagnose bzw. auf bestimmte Interventionsformen hinauslaufen, bilden die zwischenmenschlichen und insbesondere die familialen Beziehungen (vgl. Schaabani, 1995 im Kap. 4.1; Tseng & Streltzer, 2001: 265ff.). Es ist daher zu erwarten, dass individual-psychologische Interventionsstrategien westlicher Herkunft, wie etwa die Förderung der Individuation bei einzelnen Familienmitgliedern durch diverse Techniken der "Selbstverwirklichung" oder die Forcierung der innerfamilialen Separationsprozesse als Gefahr für die familiäre Kohärenz gesehen werden und daher auf Ablehnung stoßen. Aussichtsreicher wäre es, primär die gemeinsame Verantwortung aller Familienmitglieder für den Familienzusammenhalt, insbesondere die der Eltern zu betonen. Separate Therapiesitzungen mit Jugendlichen sollen in Konsultation mit den Eltern entschieden und koordiniert werden (vgl. Jalali, 1982; Santisteban et al. 2002; Kap. 2.5). Auch bei Einzeltherapien, wo die Erwartungen der hilfesuchenden Person und der therapeutische Rahmen, individuelle Behandlungsstrategien eher begünstigen, sollte die sozialrelationale Basis nicht ignoriert werden. Anderenfalls würde der Therapeut/die Therapeutin die hilfesuchende Person in eine Art Quarantäne-Zustand versetzen, der nach Verlassen des therapeutischen Settings schnell zusammenbrechen kann. Erfahrungswerte aus anderen kultursensiblen Therapien bestätigen diese Feststellung. So geben beispielsweise Dwairy und van Sickle (1996) zu bedenken, dass in Gesellschaften, in denen der Individualismus keine allgemeine Akzeptanz findet, ein im westlichen Sinne erreichter individueller Therapieerfolg in größere familiäre und soziale Konflikte einmünden kann. "In such cases the alleviation of the internal conflict will result in a new external conflict" (Dwairy & Van Sickle, 1996; zit. n. Bernstein, 2001:113). Mit Watzlawick (1999) ist anzunehmen, dass in solchen Fällen, die (falsche) Lösung das Problem bildet.

Aufgrund der in den Kapiteln 6 und 8.2 erörterten Aspekte über die scharfe Outside-Inside-Differenzierung sollte der Therapeut von Beginn an starke Emotionsäußerungen auch bei seinen Klienten kontrollieren und häufiger mit

therapeutischen Metaphern arbeiten. Denn starke Emotionsausdrücke gegenüber einer "outside" stehenden Person, wie dem Therapeuten zu zeigen, bedeutet eine grobe Verletzung der familialen Grenzen. Die therapeutische Beziehung wird flexibler, wenn dem indirekten, aber auch manchmal direkt geäußertem Wunsch der Klient(inn)en nach Informationen über Privatleben der Therapeut(inn)en seitens Therapeut(inn)en entsprochen wird bzw. wenn diese bereit sind von sich aus einiges darüber einzubringen. Vor allem, wenn Kinder den therapeutischen Fokus bilden, kann sich dieser Wunsch in explizite Erwartung an den Therapeut(inn)en transformieren. "Wie würden Sie es bei Ihrem Kind machen"? "Haben Sie überhaupt ein Kind(er)"? Hier werden die Therapeut(innen) nicht nur als Expert(inn)en, sondern auch als Eltern angesprochen. Solche Beziehungsfragen können unter Umständen, z.B. wenn sich herausstellt, dass der/die Therapeut(in) selbst kein Kind hat oder gar unverheiratet ist, und umgekehrt, eine größere Bedeutung erlangen als das eigentlich geplante Behandlungsprogramm der Therapeut(inn)en (vgl. auch Jalali, 1982; Bernstein, 2001).

Eine zentrale Erwartung der Klient(inn)en an den Therapeuten basiert auf der Vorstellung von dessen Identität als omnipotenter Experte mit nahezu unbegrenzten Kompetenzen. Dem zufolge fordern viele iranische Hilfesuchenden von dem Therapeuten bereits nach einer einzigen Therapiesitzung eine Diagnose und rasche und angemessene Lösungsvorschriften. Stellt der Therapeut beispielsweise Fragen wie "Wie erklären sich Ihre Situation"? oder "Können Sie sich vorstellen, wie Sie aus dieser Situation herauskommen könnten?", sorgt er für Irritationen und Verwunderung bei den Klient(inn)en, weil sie seine Kompetenz anzweifeln. Die Antwort lautet i.d.R. "Wenn wir es wüssten, wären wir nicht hier" oder "Sie sind doch der Experte und sollten es wissen". Kooperatives Verhandeln zwischen Therapeut(inn)en und Klient(inn)en über die Kontextklärung und Therapieziele oder den therapeutischen Prozess als eine KO-Evolution oder als "a shared journey" wahrzunehmen, wie es im westlichen Therapiemodellen vorkommt, entspricht explizit nicht den Erwartungen der Klient(inn)en im Iran und wird als Schwäche des Therapeuten bewertet.

Eine andere Rolle, die häufig auf die Therapeut(inn)en übertragen wird, ist die des Schiedsrichters. Demnach erwarten Klient(inn)en klare 'Urteile' oder Stellungnahmen von Experten zu Beziehungsproblemen. Solche 'Rechtssprüche' oder Stellungnahmen werden dann als wegweisend für künftige Stresssituation akzeptiert und gelten deshalb als unanfechtbar und ultimativ. Diese Erwartung ist bei Eheproblemen häufiger als in anderen Problembereichen zu beobachten.

Meinen therapeutischen Erfahrungen zufolge scheinen die iranischen Hilfesuchenden und Familien an lösungsorientierten Ansätzen mit konkreten Lösungsvorschlägen und damit verbundenen schnellen Wirkungen interessiert zu sein. Daher kann angenommen werden, dass eine vergangenheitsbezogene Problemverarbeitung nach psychodynamischen Therapiemodellen nicht die gewünschte Effektivität bewirken. Hier lautet die Maxime also: Keine Probleme analysieren, sondern Lösungen konstruieren. Anstatt eine Analyse der Pathologie und der störungsauslösenden Momente in den therapeutischen Mittelpunkt zu rücken, soll von Beginn an durch die Aktivierung von Ressourcen und Fähigkeiten der Ratsuchenden, an Konstruktion praktikablen Lösungen gearbeitet werden. Übertragen auf westliche Therapiemodelle heißt dies, dass die lösungsorientierten und kurzzeittherapeutischen Ansätze, die an die Therapie herangetragenen Erwartungen am angemessensten erfüllen.

Auf der Grundlage meiner therapeutischen Arbeit mit Familien habe ich eine für den iranischen Kontext passende anamnestiche Technik entwickelt, die ich im nächsten Abschnitt skizzieren möchte. Dabei handelt es sich um einen Entwurf, der durch künftige therapeutische Erfahrungen im Hinblick auf allgemeine Fragen der Indikation, Erfolg bzw. Misserfolg überprüft und gegebenenfalls zu einem Modell erweitert werden kann.

8.4 Die „Tagesverlaufs-Technik“

Eine erfolgsversprechende Therapie im Iran sollte sich primär auf der Handlungsebene bewegen. Ausgehend von dem holistisch-systemischen Paradigma, das keine Dichotomien und künstlichen Zerteilung der emotionalen, mentalen und

behavioralen Komponenten zulässt, und der therapeutischen Konsequenz daraus, dass sich Veränderungen in einem Bereich auf andere Bereiche auswirken, gilt es heraus zu finden, auf welcher Ebene eine effektive therapeutische Beziehung und damit einhergehenden Arbeitsallianz zwischen Therapeut(in) und Klienten(in) aufgebaut werden kann.

Für iranische Paare und Familien ist es nahezu typisch, dass sie in der ersten Sitzung, unaufgefordert und möglicherweise gegen die Arbeitsplanung des Therapeuten/der Therapeutin, eine ziemlich ausführliche Biographie ihrer Beziehung sowie einschneidender und konfliktstiftender Lebensereignisse liefern. Derartige Erzählungen beanspruchen normalerweise zwei Drittel der Sitzungsdauer und geben oft im erstem Augenblick Anlass zu der Vermutung, dass sich die Hilfesuchenden während der therapeutischen Sitzungen eine Analyse ihrer Vergangenheit erhoffen und ihre ausführlichen Erzählungen als Gesprächsgrundlage dafür anbieten. Doch das Gegenteil ist der Fall. Die Paare und Familien nehmen durch ihre Erzählungen eine vergangenheitsbezogene Analyse ihrer Beziehung vorweg. Auf diese Weise tragen die Leute zur Aufrechterhaltung der Outside-(*birun*)-Inside-(*darun*)-Differenzierung bei und vermeiden tief gehende emotionale Auseinandersetzungen in Anwesenheit des Therapeuten. Die i.d.R. genau vorgetragene Chronologie der Ereignisse, die sachliche Art der Darstellung und schließlich die eigenen Kommentare der Klient(inn)en zu ihrer Vergangenheit implizieren folgende Botschaft an den Therapeuten: "Unsere Vergangenheit postulieren wir so, Sie wissen jetzt auch das Notwendigste darüber, lassen Sie uns nun aber zum aktuellen Stand übergehen". Die Bereitschaftserklärungen der Betroffenen, die familiäre Kohärenz erhalten zu wollen, beinhalten zugleich Komponente des Konzepts *Ghozash*t (vgl. 4.1.2) und fordern den Therapeuten zum schnellen Handeln auf.

Die Tagesverlaufs-Technik als ein erfahrungsnahes Konzept ermöglicht einen raschen und reibungslosen Zugang zu den alltäglichen Realitäten und Bedeutungssystemen der ratsuchenden Familien. Dabei werden die Familienmitglieder, vor allem das Ehepaar schlicht und einfach danach gefragt, wie sie normalerweise formell ihren Alltag gestalten. Konkret werden sie dann darum

gebeten, exemplarisch einen durchschnittlichen Tag (24 Stunden) in der Letzen Woche zu schildern. Einige zentralen Fragen, die leitend wirken können, sind:

- Wann stehen die Familienmitglieder auf? Wer steht am frühesten auf und weckt die anderen?
- Frühstückt die Familie zusammen, oder wird das anderes gehandhabt?
- Wie kommen die Kinder in die Schule?
- Gibt es mittags eine gemeinsame Mahlzeit?
- Gibt es in der Familie fixierte Zuständigkeitsbereiche?
- Gibt es in der Familie gegenseitige Anerkennung?
- Wie gestaltet die Familie ihre Freizeit?
- Wer spricht zu Hause mit wem am meistens?
- Werden zu Hause getrennte Zimmer beansprucht?
- Gibt es regulierte Schlafzeiten?
- Gehen die Kinder früher als Eltern, mit ihnen oder später ins Bett?

Ein weiterer zentraler Aspekt, der besondere Achtung verdient, ist die Erforschung der Qualität der Beziehungen zu den eigenen Herkunftsfamilien und zu der des Partners (vgl. Kap. 5 und 6). Dies kann im nächsten Schritt des Gespräches erörtert werden.

- Wie oft sehen Sie Ihre Eltern oder Geschwistern bzw. die Ihres Partners?
- Wie verhalten sich Ihr Partner und Kinder in Anbetracht ein geplantes Wiedersehen mit ihnen?
- Wann ist Ihr nächstes Treffen vorgesehen?

Schon bei der Beantwortung dieser Fragenserie kommen Emotionen zum Ausdruck, die für die Einschätzung der familialen Kommunikationsmuster und die Qualität der Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern aufschlussreich sein können. Gleichzeitig werden dadurch alle Familienmitglieder in den Therapieprozess einbezogen, was die familiäre Kohärenz stärken und die Motivation der einzelnen Mitglieder steigern kann.

Im nächsten Schritt werden die Anwesenden nach ihren Veränderungswünschen bezüglich ihres formalen Alltagslebens gefragt. Die Antworten hierauf implizieren i.d.R. für die Familie tragbare Lösungsmöglichkeiten, die noch durch einen Experten systematisiert und "abgesegnet" werden müssen. Meine Erfahrungen deuten darauf

hin, dass viele Familien mit Hilfe des Therapeuten auf diese Weise für sich nützliche Handlungsperspektiven erarbeiten, die nach dem Prinzip des "Schmetterlingseffektes" (v. Schlippe et al., 1998), das im Therapiekontext "kleine Interventionen, große Wirkungen" bedeutet, wichtige Veränderungen bewirken können.