

erschienen/published/publicado in/en:
Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.),
Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive
Berlin, Heidelberg (Springer) 1988, S. 231-249.

Eine erweiterte Neuauflage liegt unter dem gleichen Titel seit 1997 (S. 305-329) vor.

Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme ¹

Kurt Ludewig

Voraussetzungen

Dieser Beitrag erkundet in Anlehnung an zeitgenössische erkenntnis- und systemtheoretische Auffassungen Sinn und Nutzen des Konzepts "Problem" (bzw. "Problemsystem") als Ausdruck für ein interaktionelles, sprich systemisches Geschehen für die klinische Praxis im psychosozialen Bereich. Er trägt Grundzüge einer Sichtweise zusammen, wonach das "Hervorbringen" (s. unten) klinischer Probleme (sonst Symptome oder psychische Krankheiten genannt) nicht als bloßes, noch so geschultes Konstatieren angeblicher Fakten, sondern als Aktivität eines Klinikers² betrachtet wird, die auf diesen zurückverweist und ihn daher unvermeidlich mit definiert.

Mit Hilfe der 1984 verfügbaren systemisch-kybernetischen Ideen war ich damals zu der Folgerung gelangt, dass Symptome als semantische Reduktionen erst im Vollzug einer (klinischen) Beziehung zwischen Menschen jeweils in den Rollen als Kliniker und Patient/en

¹ Der vorliegende Beitrag ist eine Weiterentwicklung eines Vortrags gleicher Zielsetzung mit dem Titel "Symptom - Bindeglied einer klinischen Beziehung", der am 9. November 1984 im Rahmen der 20. Hamburger psychiatrisch-medizinischen Gespräche an der Universität Hamburg gehalten wurde. Er ist meiner langjährigen Chefin, Frau Professor Dr. med. Thea Schönfelder, aus Anlass ihrer Emeritierung im März 1987 gewidmet.

Für ihre Durchsicht und sprachliche Verbesserung des Manuskripts danke ich Ludger Diekamp, Ulrich Hausa und Hans Kowerk herzlichst; für ihre wertvollen Anmerkungen Marianne Krüll, Egbert Steiner und Heinz von Foerster.

² Unter dem Begriff "klinisch" (bzw. "Kliniker") werden hier solche Aktivitäten zusammengefasst, die von Angehörigen psychosozial helfender Berufe, ob in Kliniken oder anderen Einrichtungen wie Beratungsstellen und Praxen, in diagnostischer und/oder therapeutischer Absicht geleistet werden. Das Kürzel "klinisch" soll zum einen über die zu enge und nicht mehr zeitgemäße Benennung "Arzt-Patient-Beziehung" hinausführen, zum anderen aber gegenwärtig halten, dass, solange über Therapie geredet wird, das sog. medizinische Modell implizit mit verwirklicht wird.

entstehen und dabei diese Beziehung kennzeichnen. Metaphorisch gesprochen wurden Symptome als das - kommunikative - "Bindeglied", d.h. als das Thema einer ad hoc entstandenen klinischen Beziehung bzw. eines klinischen Systems verstanden, etwa eines "psychotischen Systems" (vgl. Ludewig et al. 1984). Sie wurden insoweit als Bindeglieder verstanden, als Verlaufsform und Auflösung des so "gebundenen" psychosozialen Systems in jedem Moment von der Einschätzung dieser "Bindung", sprich des Symptoms abhängt. Kommunikativ gewertet, hafteten jedoch "Symptome" nicht mehr einzelnen Menschen oder gar Familien an. Sie brauchten also weder als strukturelle Eigenschaft noch als erworbene Disposition oder Dysfunktionalität von Einzelpersonen, Familien oder Gruppen betrachtet zu werden. Somit war sowohl die psychopathologische Analogie psychosozialer Probleme zu organischen Erkrankungen als auch das sozialpsychologische Abweichungskonzept im Bezug auf vorherrschende Normen (vgl. Keupp 1972) überwunden.

Der vorliegende Beitrag folgt einem bereits eingeschlagenen Weg (vgl. Ludewig 1986a/b, 1987a/b/c, 1988). Er nimmt seinen theoretischen Ausgang in der Hauptsache in den Auffassungen des Neurobiologen Humberto Maturana (1982, 1985a/b; Maturana & Varela 1987; Méndez et al. 1988) und sozialtheoretisch in der Theorie sozialer Systeme des Soziologen Niklas Luhmann (1984). Er hat zum Ziel, den Leser einzuladen, die Phänomene, die Anlass für das Tätigwerden des Kliniklers sind, vom Standpunkt einer kompromisslosen erkenntnistheoretischen Position zu überdenken, nämlich von einer auf Weiterentwicklungen der Theorie Maturanas gründenden Position (persönliche Mitteilung, Hamburg 1986). Diese Position beinhaltet insofern eine radikale konstruktivistische Sicht, als sie auf jeden Bezug auf eine Objektwelt, die den Bereich der Aussagen (von Beobachtern) transzendiert, verzichtet. Maturana zufolge ist es der "Beobachter" - ein "Lebewesen in Sprache" bzw. ein Mensch -, welcher Wirklichkeit im Vollzug der Arbeitsweise seines kognitiven Apparats konstituiert, und zwar im Sinne des Festsetzens bzw. Erschaffens (vgl. auch Bateson 1982; v. Glasersfeld 1981, 1987; Piaget 1973). Der Beobachter operiert so, dass er in der Praxis seines Lebens sowohl das "Material" als auch die Muster, sowohl die Systeme als auch deren Umwelt, sowohl die anderen als auch "sich selbst" konstituiert und konstant erhält. In Abweichung von einer transzendentalen Ontologie, welche die Existenz der Welt als vom Beobachter unabhängig betrachtet, spricht hier Maturana von einer "konstitutiven Ontologie", welche allerdings in der Auslegung v. Foerstlers eher einer "konstitutiven Ontogenese" - einem Werden im Werden - entspricht (persönliche Mitteilung, Hamburg 1987). Der Verzicht auf jeden Bezug auf eine Objektwelt erwies sich für Maturana als zwangsläufig, zumal jede Verankerung von Erkenntnis in der Objektwelt implizit oder explizit das Vorliegen eines Mechanismus voraussetzt, der dem Erkennenden zwischen den Ergebnissen seines eigenen Operierens und der Wirkung ihm fremder Reize zu unterscheiden ermöglicht. Nur so wäre die Behauptung nachvollziehbar, dass der Erkennende in "objektiver" Übereinstimmung mit der (Außen)welt existiert. Über einen solchen Mechanismus aber, der sicher zwischen innen und außen, zwischen Illusion und Perzeption zu unterscheiden erlaubt, scheinen wir, wenn wir den Erkenntnissen neurophysiologischer Forschung folgen, offenbar nicht zu verfügen (vgl. Maturana 1982; Maturana u. Varela 1987).

"Das" Uni-versum erweist sich hiernach als das "Versum" eines Beobachters (statt einer Welt). Und dennoch muss ich mich nicht als solipsistisches, einsam in meiner Innerlichkeit gefangenes Wesen begreifen, zumal ich spreche. Als Mensch, ein erst durch "In-Sprache-Sein" konstituiertes Wesen, lebe ich in sprachlicher Koordination mit anderen. Und um mich als Mensch zu begreifen, muss ich mindestens die Existenz eines anderen, mir gleichenden, autonomen Wesens annehmen, das mit mir zusammen die Konsensualität aufbaut, aus der heraus ich mich als Mensch erkennen kann. Das heißt, mein "Uni-versum" muss mit den "Uni-

versen" der anderen in komplexer Vernetzung koordiniert sein, es muss inmitten eines "Multi-versums" existieren (vgl. Méndez et al. 1988; auch v. Foerster 1981, 1985). Diese Koordination individueller Welten in Sprache tritt, Maturana zufolge, bei der Verwirklichung der menschlichen Struktur in der Praxis menschlichen Lebens zwangsläufig auf. Es handelt sich um ein biologisches Phänomen, welches er "*linguaging*" nennt. Dieser Begriff ist m.E. unübersetzbar, da z.B. "Versprachlichen" und "In-Sprache-Sein" zwar den gemeinschaftlichen Prozess der Realitätserzeugung bezeichnen, jedoch eine bereits vorliegende kodifizierte Sprache voraussetzt und den Aspekt außer Acht lassen muss, dass es sich hier um die Prozesse des menschlichen Miteinanders handelt, die dessen Lebensweise kennzeichnen. Insofern sollte diese Wortschöpfung Maturanas am ehesten mit einer Wortschöpfung wie z.B. "*Linguieren*" übersetzt werden. Menschliche Koexistenz erweist sich als ein unaufhörlicher Prozess des Linguierens, der als Metakoordination auf primären kommunikativen Strukturkoppelungen (phänomenologisch im Stil des Lausens bei den Affen) aufbaut. Als Verhaltenskoordination über Verhaltenskoordinationen eröffnet das Linguieren mittels Symbolgebrauch (Worte, Gesten) enorme Dimensionen ihrer Kombination und Abstraktion, und es erzeugt so die spezifische Art menschlichen Zusammenlebens, nämlich des Zusammenlebens "in Sprache".

In Ermangelung der Möglichkeit zur objektiven, d.h. beobachterunabhängigen Erfassung von Welteigenschaften kann die Verständigung unter Menschen - eigentlich - nicht mit dem Rückgriff auf Objektivität erlangt werden. Die Validierung von Aussagen und Wahrnehmungen findet somit nicht an deren Übereinstimmung mit "der Wirklichkeit" statt, sondern an der Übereinstimmung zwischen Beschreibungen unterschiedlicher Herkunft, sei es unterschiedlicher Organe im individuellen Fall oder unterschiedlicher Individuen - beispielsweise durch Verhandlung und Konsens. Diese (Binnen)validierung, die ohne Bezug auf äußere Größen auskommen muss, nennt Maturana *Objektivität-in-Klammern*. Folgt man diesem Argument, so findet man sich in einer (Realität), d. h. auch "in Klammern" wieder, die im Sinne v. Foersters (1981) auf Gemeinschaft und Konsens und nicht auf (Außen)welt verweist. Die Klammern um diese Realität sollen sie zwar von keiner anderen unterscheiden, zumal eben von keiner anderen gesprochen werden kann. Sie sollen jedoch daran erinnern, dass alles für "real" Gehaltene, so sehr es für die Praxis des Zusammenlebens bindend und hilfreich sein kann, keine (objektive) unveränderliche, sondern eine sozial-sprachliche und daher verhandlungsfähige Leistung beinhaltet.

Das Bezogensein allen Erkennens und Wissens auf den Beobachter ordnet mithin alle Begründungen, einschließlich der wissenschaftlichen, einer sozialen Zustimmung unter. Der Bezug auf das angebliche Sosein der Welt als Letztbegründung enthüllt sich immer als Bezug auf einen sozialen Bereich. Argumente führen grundsätzlich auf Glaubwürdigkeitskriterien zurück, und diese sind per se sozialer Natur. Dies tritt besonders deutlich im Bereich des Sozialen hervor, zumal dort Argument und Gegenstand demselben Beschreibungsbereich angehören und dieser keine sinnvolle Versachlichung zulässt. Da dies prinzipiell für alle Arten von Aussagen gilt, trifft es auch für jene aus dem Bereich psychopathologischer und psychotherapeutischer (Realitäten) zu. Diese zu hinterfragen ist - so gesehen und nicht zuletzt eingedenk der moralischen Konsequenzen dieser (*Realitäten*) für Patienten und Kliniker - eine vornehmliche Aufgabe klinischer Reflexion. Das Ergebnis davon kann aber, wie aus oben Dargelegtem hervorgeht, kein "wahreres" Verständnis der Natur psychosozialer Probleme und ihrer Lösungen sein. Es kann jedoch den Bezugsrahmen, an dem der Kliniker seine Praxis orientiert, vielfältiger ("multi-verseller") gestalten. Mit diesem Ziel im Auge nähere ich mich der m.E. wichtigsten Frage klinischer Theoriebildung, nämlich der Frage nach den Anlässen, die dazu führen, dass der Kliniker aufgesucht wird. Ich versuche, auf diese Frage vom oben

dargelegten Standpunkt aus einzugehen und dabei die Verlockungen objektivistischer Abkürzungen zu meiden.

Probleme: Strukturkoppelung oder Kommunikation?

Kommunikation als basale Operation sozialer Systeme gehört dem Bereich des nicht Beobachtbaren an. Sie kann vom Beobachter zwar erschlossen, aber nie unmittelbar "gesehen" (oder "gehört") werden. Der Beobachter spricht dann von Kommunikation (bzw. gegenseitiger Verstörung bzw. Perturbation, vgl. Maturana u. Varela 1987), wenn er - ob als Teilnehmer oder Außenstehender - "sieht" (bzw. "hört"), dass die Verhaltensweisen von Individuen, die er so als zusammengehörend betrachtet, zunehmend kongruenter, "ko-operativer" (d.h. aufeinander bezogener operierend) werden. Daraus kann er schließen, dass diese Kongruenz das Ergebnis gegenseitig ausgelöster Strukturveränderungen bei den Teilnehmern darstellt. Der Beobachter nimmt also an, dass im Verlauf dieses Prozesses irgendein Ausmaß einander korrespondierender Angleichung der kognitiven Struktur der Beteiligten vollzogen wurde. Diesen mehr oder weniger umfassenden Veränderungsprozess nennen Maturana und Varela (1987) "ko-ontogenetisches Driften", sein Ergebnis "Strukturkoppelung". Geschieht dies zudem in Sprache, so kommt es zu jener Metakoordination, aus welcher der Bereich "linguierter" menschlicher Koexistenz hervorgeht.

Aus der Sicht des Biologen Maturana bezieht diese infolge sozialer Koordination entstandene Strukturveränderung jeweils den ganzen Menschen ein. Soziale Interaktion geschieht - verkörpert - im Organismus; sie beansprucht daher die gesamte organische Struktur und löst erst dadurch emotionale und kognitive Prozesse aus (vgl. Maturana 1985 a; Maturana u. Varela 1987; Krüll et al. 1987). Aus der Sicht des Soziologen Luhmann (1984), der vorschlägt, soziale Phänomene dezidiert ohne Rückgriff auf Verdinglichung zu analysieren, d. h. ohne Rückgriff auf den "konkreten Menschen", interessiert hierbei allenfalls die "Person" als soziologisches Wesen (d.h. als Bündelung der eigenen und fremden Verhaltenserwartungen an ein Individuum). Der Begriff "Mensch" hingegen, ein aus höchst heterogenen Systemen - Organsystemen, Nervensystem, psychisches System - zu einem konkreten Ganzen synthetisiertes Konzept, eigne sich nicht für die Rede von sozialen Phänomenen.

Diese beiden gewiss nicht neuen Standpunkte wissenschaftlicher Reflexion über soziale Phänomene muten zunächst "akademisch" an und daher praktisch wenig relevant. Sie verkörpern "nur" die bekannten Perspektiven biologischer und sozial wissenschaftlicher Standpunkte. Dennoch stellen sie die Konzeptualisierung der klinischen Tätigkeit vor bedeutungsvolle Entscheidungen (vgl. Steiner u. Reiter 1986). Denn diese Tätigkeit findet mitten im Überlappungsbereich der Geltung sowohl individueller (bio-psychologischer) als auch sozialer Gesichtspunkte statt und sollte daher weder ausschließlich biologisch oder soziologisch, sondern anhand psychosozialer Gesichtspunkte beschrieben werden.

Zur Verdeutlichung der Relevanz beider kontroverser Standpunkte kann man sich dieselben als Pole einer Dimension denken, die wie folgt verläuft:

Soziale Systeme bestehen
aus konkreten Menschen und ihrer Vernetzung durch Strukturkoppelung (Maturana)
versus
aus Kommunikation und ihrer Vernetzung durch Anschlussbildung (Luhmann).

Die Folgen dieser Standpunkte für eine systemisch konzipierte Theorie klinischer Tätigkeit können anhand der Gegenüberstellung der folgenden Übersicht gezeigt werden. Diese Übersicht resümiert schematisch die Argumente aus der betreffenden Literatur (s. oben) und ergänzt sie hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz. Für eine ausführliche Ableitung der dargelegten Argumente sei hier aus Platzgründen auf die Originalliteratur verwiesen.

Gegenüberstellung der Positionen: Strukturkoppelung vs. Kommunikation und ihre klinisch Relevanz	
<i>"Strukturkoppelung"</i>	<i>"Kommunikation"</i>
<i>Annahmen</i>	
<p>Soziale Systeme resultieren im Vollzug der Autopoiese (autonomer Selbsterzeugungs- und Selbsterhaltungsprozess bei Lebewesen) von Menschen. Soziabilität und Menschsein sind untrennbar, Menschsein verwirklicht sich in versprachlichter sozialer Vernetzung.</p> <p>Die Elemente sozialer Systeme sind folglich Menschen. Sie stellen strukturelle Koppelungen dritter Ordnung her (nach Zellen und Organismen).</p> <p>Die Struktur sozialer Systeme bildet sich im Zuge des gemeinsamen Driftens, sprich der Strukturkoppelung zwischen den Beteiligten als Verwirklichung ihrer biologischen Struktur.</p> <p>Die Geschichte des sozialen Systems ist die Geschichte kongruenter Strukturveränderung der Beteiligten.</p> <p>Die Grenzen sozialer Systeme ergeben sich aus der spezifischen relationalen Dynamik unter den Teilnehmern.</p>	<p>Soziale Systeme resultieren aus dem autopoietischen Prozess des Anschließens von Kommunikation an Kommunikation (wobei unter Kommunikation ein Prozess zu verstehen ist, der erst im Verstehen beim anderen vollzogen wird).</p> <p>Die Elemente sozialer Systeme sind folglich Kommunikationen.</p> <p>Die Struktur sozialer Systeme entsteht aus der spezifischen Art, wie die Beteiligten das Problem ihrer grundsätzlichen Intransparenz füreinander lösen (das Problem der doppelten Kontingenz, vgl. Luhmann 1984). Dabei bilden die Beteiligten Verhaltenserwartungen, welche - allmählich stabilisiert - die Anschlussfähigkeit der einzelnen Kommunikationen gewährleisten und zur Struktur des Systems werden.</p> <p>Die Geschichte des sozialen Systems ist der Verlauf erwartungsbildender (unsicherheitsbehebender) Prozesse.</p> <p>Die Grenzen sozialer Systeme sind Sinn- grenzen. Die System-Umwelt-Differenz bildet sich im Vollzug sinnstiftender Selektionen aus kommunikativen Handlungen.</p>

Klinische Konsequenzen

Soziale Systeme können ganz oder teilweise zum Problem werden, wenn sie einem Beobachter anhand entsprechender Kriterien so "auffallen" und diese Feststellung in einem sozialen Bereich akzeptiert wird (vgl. Ludewig 1983; Méndez et al. 1988).

"Klinische" Systeme entstehen, wenn klinisches Tun als geeignetes Mittel zur Problemlösung angesehen wird.

Therapie stellt die strukturelle Koppelung zwischen den Mitgliedern eines problemhaften Systems und Therapeuten dar.

Ziel der Therapie ist die Auslösung einer "signifikanten Verstörung" bei einem oder mehreren Beteiligten eines problemhaften Systems, so dass ihre darauffolgende Strukturveränderung zur Veränderung der anderen Systemmitglieder und so zur (Auf)lösung des Problems führt.

Probleme sind stabilisierte Konflikte und so das Thema eigenständiger sozialer Systeme, die - um einen Konflikt entstanden - sich kommunikativ (d.h. autopoietisch) erhalten. Sie können, aber müssen nicht, mit anderen "natürlichen" Systemen deckungsgleich sein (vgl. Luhmann 1984, Kapitel 9; Goolishian u. Anderson, in diesem Band; Ludewig 1987a).

"Problemsysteme" gehen in "klinische Systeme" über, wenn ihre Auflösung mit Hilfe klinischer Kommunikation erwartet wird.

Therapie versteht sich als die Kommunikation (Konversation), in welche die Problemmunikation (das Problemsystem) übergeht und dabei desintegriert.

Ziel der Therapie ist die Auflösung des Problemsystems durch Konversation, d.h. durch einen neuen, mit dem Problem inkompatiblen Diskurs.

Aus dieser Gegenüberstellung lässt sich ersehen, welche Folgen die ausschließliche Entscheidung für einen der beiden Standpunkte erwarten lässt. Je nachdem nämlich, wie soziale Systeme begriffen werden, müssen "Probleme" in systemischer Sicht unterschiedlich konzeptualisiert werden und so auch das dazu passende therapeutische Vorgehen. Dies macht sich daran fest, ob Therapie auf die Veränderung der Menschen, die das Problem erzeugen, ausgerichtet wird oder auf die Auflösung der je spezifischen Kommunikation um das Thema "Problem".

Versteht man Menschen als die Komponenten von sozialen Systemen, muss jede beabsichtigte Veränderung dieser Systeme über die Veränderung der Komponenten, d.h. der Menschen konzipiert werden. Das Ziel einer Therapie ist dann eine - signifikante - "Verstörung" (vgl. Ludewig 1983), das Mittel der Wahl, die Intervention. Damit ist hier ein mehr oder weniger zielorientierter, quasi strategischer Umgang mit den Menschen gemeint, die das Problem im Vollzug ihrer Strukturkoppelung gemeinsam hervorbringen. Der Therapeut orientiert hierfür sein Vorgehen an Hypothesen, die er über Art und Weise der Beteiligung der einzelnen Individuen an der Strukturierung des Systems aufstellt.

Versteht man andererseits Kommunikationen als die Komponenten von sozialen Systemen, so bietet sich als Mittel des verändernden Umgangs die Konversation an. Damit ist hier der dialogische, konversierende, aufeinander bezogene Aufbau eines mit dem Problem möglichst inkompatiblen Diskurses gemeint. Dabei ist es prinzipiell uninteressant, ob die beteiligten

Personen sich in ihren "Grundeigenschaften" ändern oder "bloß" eine andere Auswahl aus ihrem Verhaltensrepertoire treffen. Denn das Beenden einer Kommunikation setzt keineswegs voraus, dass die beteiligten Personen ihre Fähigkeit, eine solche Kommunikation zu führen, verloren hätten. Dies gilt für einnässende Kinder, abmagernde und halluzinierende Jugendliche, gewalttätige Eltern, sich verfolgt fühlende und niedergeschlagene Mittvierziger/innen sowie zerstreute Alte.

Die Schwierigkeit für beide Standpunkte, wenn man Menschen weder als "triviale Maschinen" (vgl. v. Foerster 1985, 1987) noch als "instruierbare" Systeme (vgl. Maturana 1983) betrachtet, liegt im Umgang mit dem sog. "Therapeutendilemma", d.h. mit der Einlösung des therapeutischen Imperativs: *"Handele wirksam, ohne je im voraus zu wissen wie, oder zu welchem Ergebnis es führen wird!"* (vgl. Ludewig 1986b). Unter der prinzipiellen Annahme der strukturdeterminierten Autonomie von Lebewesen (im Sinne Maturanas) sind weder die Effekte von (noch so genau geplanten) Interventionen noch die von (noch so klugen) Konversationsabläufen im voraus bestimmbar. Denn diese Effekte werden immer von der Struktur des/der Patienten im Rahmen der Struktur des jeweiligen sozialen Systems Therapie bestimmt. Und hierzu können sowohl Intervention als auch Konversation angemessene Auslöser sein (s. unten).

Im Hinblick auf die Evaluation von Therapie (bzw. sonstiger klinischer Tätigkeit) ist ebenfalls aus beiden Perspektiven mit Schwierigkeiten zu rechnen: Die Evaluation von auf Verstörung beruhenden Therapien muss nachvollziehbar machen, dass die "erzielten" Veränderungen auf Veränderung in der Struktur der Beteiligten zurückzuführen sind. Da aber diese in den Bereich des nicht Beobachtbaren hineinfallen, steht eine solche Evaluation vor dem altbekannten Problem, Erschlossenes mittels weiterer Erschließungen zu bewerten. Gleiches gilt für die Therapie als Konversation, zumal Konversation, die sich erst im Verstehen durch den anderen verwirklicht und daher als nützlich erweisen kann, ebenfalls keine direkte Beobachtung zulässt. Bei seiner Evaluation ist der Beobachter auf die Aussagen der Teilnehmer angewiesen, und diese können untereinander sehr differieren. Beispiele hierfür ergeben sich fast zwangsläufig, wenn zwei unterschiedlich strukturierte Institutionen an der Definition und Bewertung des Problems beteiligt sind, etwa einerseits Gerichte, Schulen, Jugendämter und Klinikleitungen, andererseits Therapeuten vor Ort.

Davon ausgehend, dass beide Sichtweisen im Hinblick auf Therapie praktische und theoretische Vorteile erbringen, versuche ich im folgenden das Phänomen "Problem" (als Anlass zur klinischen Tätigkeit) weder allein an konkrete Menschen noch allein an reine Kommunikation anzubinden, um so der einengenden Entscheidung für einen der beiden Standpunkte auszuweichen. Hierzu bediene ich mich des Konzepts "Mitglied", welches, ohne dasselbe wie Mensch, Person, Kommunikation oder Rolle zu bezeichnen, alle diese Konstrukte gewissermaßen impliziert, indem es sie je auf ein spezifisches soziales System bezieht. Ein "Mitglied" ist nämlich, je nach Blickwinkel der Beobachtung, immer ein Mensch, wird immer von einer Person erzeugt, existiert nur kommunizierend, beinhaltet eine Rolle und ist - das scheint mir das Wichtigste - keine isoliert vorkommende Entität. Mitglieder gibt es nur im Bezug auf bestimmte Systeme. Die polarisierende Frage also, ob die Veränderung von sozialen Systemen nur als Folge der Strukturveränderung der Beteiligten (über ihre Verstörung) möglich erscheint (vgl. Maturana 1985 a; Hejl 1987) oder hingegen im Zuge des Nachlassens der sie bindenden Kommunikationen zustande kommt, wird damit beantwortet, dass in der unauflösbaren Verknüpfung zwischen Mitglied, Kommunikation und sozialem System die Veränderung des einen unausweichlich auch die simultane Veränderung des anderen impliziert.

Mitglied, Kommunikation und Grenze: das soziale System

Die Beschreibung sozialer Systeme kann auf vielerlei Art und Weise stattfinden (siehe z.B. obige Übersicht). Will man jedoch eine klare "logische Buchhaltung" einhalten (Ludewig 1986a) und keine verdinglichende Analogie zu physikalischem und/oder organismischen Modellen betreiben, sollte ihre Beschreibung mit Hilfe von Merkmalen geschehen, die dem sozialen Bereich eigen sind (vgl. Parsons 1951; Luhmann 1984). Hierzu erscheint es zweckmäßig, soziale Systeme als zeitliche, am Vollzug von Ereignissen und Prozessen erkennbare Einheiten zu betrachten. Da der Beobachter - der auch Teilnehmer sein kann - seine Beobachtungen nicht an räumlich lokalisierbaren Merkmalen festmachen kann (drei nebeneinander Stehende können ein soziales System bilden oder auch nicht), ist er darauf angewiesen, die von Moment zu Moment ablaufenden und gleich wieder vergehenden Handlungen unter den Teilnehmern anhand von spezifischen Zuordnungskriterien einer Struktur zuzurechnen. Luhmann schlägt hierzu vor, die Struktur sozialer Systeme als eine im Prozess ihres Entstehens allmählich aufgebaute Erwartungsstruktur zwischen den Beteiligten im Bezug auf einen Sinn zu verstehen. Sinn ist hier operationalisiert als die spezifische Selektionsweise, wonach einzelne Handlungen zwischen Personen als kommunikative Akte qualifiziert und einem sozialen System zugeordnet werden. Am Sinn des Systems stellt sich die Kontinuität der Handlungen her, am Sinn orientieren sich die Verhaltenserwartungen, anhand derer die einzelnen Kommunikationen an andere Kommunikationen anschließen. Für den Beobachter erweist sich somit die Identifizierung sozialer Systeme als "Sortierungsproblem", d.h. als jenes Problem, das entsteht, wenn nur in der Gegenwart vorkommende Handlungen bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu einem Sinnzusammenhang zu sortieren sind. Hierfür greift der Beobachter mehr oder weniger absichtlich auf semantische Reduktionen zurück, und zwar entweder in Form eigener Kriterien (z.B. strukturelle Muster) oder in Form der von den Mitgliedern erbrachten Definitionen des eigenen Systems. Der Beobachter kann auch systemübergreifende Kategorien heranziehen, die in Form von Normen oder Konsens gesellschaftlich vorliegen (z.B. hinsichtlich krimineller Taten, des menschlichen Umgangs etc.). Wie sie auch immer entstanden sein mögen, neigen solche Ordnungskategorien dazu, sich zu verselbständigen; man braucht alsdann keineswegs ein irgendwie definiertes "schizophrenes" Verhalten vor Augen zu haben, um von "dem Schizophrenen" bzw. "der Schizophrenie" zu sprechen. Kurzum, der Beobachter befindet sich bei der Beschreibung sozialer Systeme vor der Schwierigkeit, die Mittel, die er zu deren Beschreibung verwendet, leicht aus der Hand verlieren zu können, d.h. das Zweckdienliche solcher Reduktionen als erkenntnisfördernde "Vor-Urteile" leicht in ihre "objektivierte" Umkehrung geraten zu lassen, nämlich in zwingende, "selbstverständliche" Vorurteile. Denn semantisch einmal Entschiedenes wird leicht zum Bestandteil der Welt des Beobachters - und dies mit allen Konsequenzen.

Der Beobachter trifft Unterscheidungen. Diese im Operieren seiner kognitiven Struktur vor einem Hintergrund gemachten Unterschiede bilden die Einheiten seiner Erkenntnisse. Die Welt des Beobachters, sein "Uni-versum", d.h. die von ihm so erlebte Konstanz und Einheitlichkeit seiner selbst und seiner Welt entsteht im zirkulär-geschlossenen Operieren seiner Kognition, d.h. im Prozess der Synthetisierung und Aufrechterhaltung innerer Kohärenzen im Beobachter. Hierauf weisen einerseits die Arbeiten von (Experimental)epistemologen wie G. Bateson, H. von Foerster, H.R. Maturana und J. Piaget hin, und andererseits die älteren Arbeiten von Sozialpsychologen wie F. Heider und L. Festinger sowie die Arbeiten der neueren kognitiven Psychologie. Von Foerster (1985) folgert hierzu, dass jede Kenntnis über die Welt mit der (Er)kenntnis der Arbeitsweise des Beobachters beginnen sollte, wenn man nicht Objektivismus betreiben will.

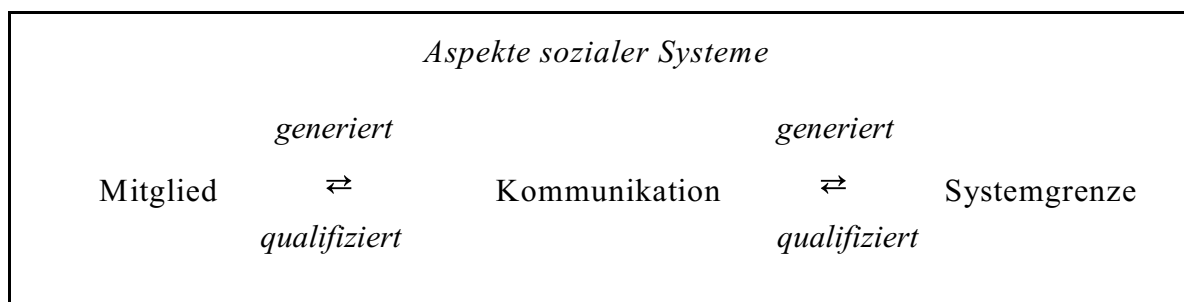
Der Mechanismus, dessen Arbeitsweise die Bestandteile der Wirklichkeit des Beobachters hervorbringt, ist im Detail nicht bekannt. In Anlehnung an neurophysiologische Forscher (v. Foerster 1985, 1987; Maturana u. Varela 1987; Varela 1986) kann jedoch festgehalten werden, dass diese Arbeitsweise weder als "Aufnahme" oder "Sammlung" noch als "Speicherung" von "Informationen" aus der Außenwelt beschrieben werden kann. Kognition (und auch Erinnerung) geschieht vielmehr nur in der Gegenwart, d.h. immer neu. Im Sinne der Formalisierung durch v. Foerster (1987) kann das Hervorbringen von Einheiten, inneren Kohärenzen und Identitäten als Ergebnis fortlaufender rekursiver Operationen dieses Mechanismus mit den eigenen Zuständen bis zur Stabilisierung eines Eigenverhaltens aufgefasst werden. Hiermit ist die Selektion und Stabilisierung zunehmend kohärenter Handhabungsweisen der ebenfalls in der Praxis des Lebens hervorgebrachten "Welten" ("Multi-versen") gemeint. Im Verlauf dieses Operierens mit eigenen Zuständen werden Kohärenzen bzw. Muster aufeinander abgestimmter Kognitionen und Handlungen in Bezug auf bestimmte Sachverhalte erbracht (erlernt), welche - solange sie sich als viabel bzw. wirksam erweisen (vgl. v. Glasersfeld 1981; Varela 1986) - im Umgang mit gleichen Sachverhalten wiederholt zur Anwendung kommen. Daher kann man, je nachdem, welchen Sachverhalt man als Beobachter im Auge hat, von solchen Kohärenzen als von mehr oder weniger umfassenden operativen Einheiten sprechen. Diesem Verständnis nach ist es dem Beobachter überlassen, je nach Sachverhalt jene zu dessen Handhabung als effektiv erkannten Operationen zu in sich geschlossenen Funktionseinheiten zusammensetzen. Insbesondere im sozialen Bereich muss der Beobachter nicht von monolithischen Identitäten wie ganzen "Personen" oder gar "Menschen" ausgehen, um Handlungskomplexe zu verankern. Er kann die fast zwangsläufig in den Bereich der Verdinglichung führende Ansicht vermeiden, wonach z.B. eine "Person" mit jeweils "einem Teil" ihrer selbst zugleich oder nacheinander verschiedene, miteinander unverbundene Aktivitäten (z.B. Rollen, Mitgliedschaften) verkörpere, während der "Rest" mit etwas anderem befasst sei. Statt dessen können solche jeweils voneinander unterscheidbaren Tätigkeitskomplexe als eigenständige Identitäten betrachtet werden. So lassen sich sowohl einfache Kohärenzen, wie z.B. die ein kurzes Begrüßungszeremoniell ausführende, als auch komplexe, wie Person, Mensch und Mitglied, als jeweils in sich geschlossene Funktionseinheiten definieren, die insofern eigenständig sind, als ihre vollständige operationale Beschreibung mit der anderer solcher Handlungskomplexe nicht identisch ist. Anstatt also kognitiv-operative Handlungsmuster als integralen Bestandteil einer größeren Einheit zu bezeichnen, lassen sich solche Muster als eigenständige Funktionseinheiten abgrenzen. (Handlungs)identität wird hier nicht allein auf die Organisation (im Sinne Maturanas 1982) eines gegenständlich beschreibbaren Wesens beschränkt, sondern auf jene Einheiten erweitert, die vom Beobachter unter Angabe der miteinander koordinierten kognitiven und funktionalen Operationen, die sie konfigurieren, beschrieben werden können. (Handlungs)identität wird also als Einheit von der Differenz und der sie hervorbringenden Operation verstanden.

Als jeweils eigenständige Identitäten bekommen Mensch, Person und Mitglied ihre Bedeutung im Hinblick auf den sozialen Hintergrund, vor dem sie unterschieden werden, sowie auf den Sachverhalt, zu dessen sozialer Handhabung diese Konstrukte herangezogen werden. Das Konzept "Mensch" gewinnt Bedeutung vor dem Hintergrund der Menschheit und im Bezug auf die Verwirklichung des Menschlichen, der Begriff "Individuum" im Hinblick auf Gesellschaft und die Verwirklichung gesellschaftlicher Phänomene (vgl. Hejl 1987). Diese Begriffe bezeichnen also Einheiten, die, vom sozialen Hintergrund abgetrennt, zur Beschreibung sozialer Phänomene herangezogen werden. Sie definieren jeweils einen eigenständigen Phänomenbereich, nämlich den Bereich ihrer möglichen Interaktionen und so ihrer Beobachtung (vgl. Maturana u. Varela 1987, Ludewig 1986a).

Insofern aber, als genannte Begriffe nur im sozialen Kontext unterscheidbar, sprich erkennbar sind, ist mit ihnen immer eine Mitgliedschaft gemeint. Ob man von "Mensch", "Individuum" oder von "Person" redet - man meint immer ein Mitglied, nämlich ein Mitglied der Menschheit, der Gesellschaft oder eines Personensystems. Daher schlage ich vor, den Begriff "Mitglied" mit Blick auf seinen Nutzen hinsichtlich der Verwirklichung klinischer Sachverhalte zu erkunden.

Als *Mitglied* lässt sich jede kognitiv-operative Einheit im Sinne des oben Dargelegten bezeichnen, die mindestens eine bestimmte Operation vollzieht, der von mindestens einer anderen Einheit entsprochen wird. Diese Bedingung ist im Minimalfall dann erfüllt, wenn alle als Mitglieder Angesehenen zum einen die Existenz des betreffenden sozialen Systems anerkennen und zum anderen auf die Frage, ob sie dazu gehören (direkt oder durch eine äquivalente Prozedur), bejahend antworten (vgl. Ludewig 1986a). Ist das nicht der Fall, so hat die unterstellte Mitgliedschaft allenfalls für den Beobachter (der einer sein kann, der sich als Mitglied eines konsensuell nicht nachweisbaren Systems betrachtet und so gewissermaßen "daneben" stehen kann), ansonsten jedoch wenig Signifikanz. Mit Luhmanns "Sinn" als Grundlage für die Ausdifferenzierung von sozialen Systemen im Hinterkopf, erweist sich der von Mitgliedern implizit oder explizit, tatkräftig oder ideell gemeinschaftlich anerkannte Sinn ihres Zusammengehörens - metaphorisch gesprochen - als ihr "Bindeglied". Dieses stellt das Thema ihrer "Ko-Operation" dar, d. h. ihrer aufeinander und auf den gemeinsamen Sinn hin ausgerichteten Handlungen. Mit der Emergenz eines Sinnzusammenhangs jedweder Art einhergehend, entstehen sowohl die Mitglieder als auch die einzelnen Kommunikationen, sowie die Grenze des sich dabei bildenden sozialen Systems. Erst dann können System, Elemente und Relationen unterschieden (erkannt) werden, zumal die Mitglieder im Vollzug ihrer Mitgliedschaft vermittels ihrer Kommunikation miteinander einen Sinn (einen Text oder ein Thema), dadurch eine Grenze und somit eben auch die soziale Einheit selbst konstituieren und aufrechterhalten. Dadurch, dass im Fall des sozialen Systems sowohl die Elemente - die Mitglieder - als auch die Relationen - die aneinander anschließenden Kommunikationen - zeitlicher Natur sind und so nicht vergegenständlicht werden können, erweist sich die isolierte Betrachtung von Mitgliedern und Kommunikationen ohne Bezug auf das jeweils andere als wenig sinnvoll. Man kann dabei leicht der Versuchung erliegen, entweder das Mitglied zu verdinglichen oder die Kommunikationen zu entmenschlichen. Dies beides mag in der abstrakten Diskussion unproblematisch sein, es ist aber hinsichtlich der Konzeptualisierung klinischer Tätigkeit jeweils hinderlich oder steril. Ich ziehe es daher vor, weder Organismen als menschlich miteinander kommunizierende, noch Kommunikationen als von selbst aneinander anschließende zu betrachten. Es sind m.E. vielmehr Menschen, die als Mitglieder im Vollzug ihrer kommunikativen Interaktionen soziale Systeme konstituieren.

Der konzeptuelle Vorteil bei der Verwendung des Begriffs "Mitglied" im systemischen Denkkontext anstelle anderer Interpunktionen lässt sich anhand des folgenden Schemas veranschaulichen.



Aus dem hier dargestellten Bedingungsgefüge zwischen Mitglied, Kommunikation und Systemgrenze geht hervor, dass "Mitglied" - anders als Mensch oder Person - eine eigenständige Einheit bezeichnet, einen der Kognition und Kommunikation fähigen Operator, dessen Existenz immer an ein bestimmtes System gebunden ist, und zwar an das System, welches das Mitglied wiederum im Vollzug seines Operierens mit konstituiert. Ebenso verhält es sich mit den einzelnen Äußerungen (irgend welchen Verhaltensweisen), die im Vollzug der Mitgliedschaft erzeugt und erst von der Grenze, die in ihrem Vollzug erzeugt wird, als kommunikativ qualifiziert werden. Mitglied, Kommunikation und Grenze erzeugen und qualifizieren sich gegenseitig und konfigurieren simultan und voneinander untrennbar ein soziales System.

Das Mitglied kann formal als ein Operator bezeichnet werden, dessen Operieren ausschließlich an den Aufbau und an die Erhaltung eines sozialen Systems gebunden ist. Die Bedingung für die Existenz eines solchen Operators ist, dass er mindestens einen Zustand seiner Operationen infolge einer Kognition mit den Operationen der anderen abstimmen kann. Im minimalen Fall kann dieses Operieren die einmalige Entrichtung des Mitgliedsbeitrags eines mehr oder weniger anonymen Vereins sein, im sehr extremen Fall die Ausrichtung eines Großteils der aktuellen Handlungsmöglichkeiten eines Menschen auf die Mitgliedschaft hin, wie etwa im Prozess des Verliebtseins oder des akuten Psychotischseins. Hier, wie in allen anderen Fällen, wird Mitgliedschaft durch die Operation des Kommunizierens, d.h. der Beteiligung verwirklicht, welche wiederum mindestens eine Dyade voraussetzt. Diskontinuitäten, Widersprüche, "Unpassendes" im Verkörpern der Mitgliedschaft, im aufeinander bezogenen Operieren der Mitglieder, können - je nach Systemtyp - Ursprung von neuen Kommunikationssystemen, d. h. von Problemen werden.

Kurzum, unter Mitglied wird ein sozialer Operator bzw. eine soziale Einheit verstanden, die an der Schnittfläche zwischen individuellen und systemischen Schemata unterschieden werden kann. Sie belegt gewissermaßen den Überlappungsbereich zwischen individuellen Identitäten (kognitiv-operativen Kohärenzen) und Rollen (als soziologischen Abstraktionen bzw. Operationsbeschreibungen). Für die Beschreibung eines Mitglieds trifft immer zu, dass es sich um einen Menschen handelt, der aufgrund seiner kognitiven und operativen Möglichkeiten in Kommunikation mit anderen eine Rolle verkörpert und so ein bestimmtes soziales System mit konstituiert. Das Mitglied "Therapeut" eines klinischen Systems beispielsweise beinhaltet sowohl den Menschen - den "linguierenden Organismus" - als auch die Person - das individuelle Bündel an ihn gerichteter Verhaltenserwartungen -, sowie eine Rolle als Beschreibung der Haltungen und Aktivitäten, anhand deren Erfüllung Therapie verwirklicht wird. Und dennoch bezeichnet "Mitglied" etwas anderes als Mensch, Person und Rolle.

Als kommunizierender Operator definiert "Mitglied" einen spezifischen Phänomenbereich, dessen Vorkommen immer an das Vorkommen dieses bestimmten Systems gebunden ist. Die Rede vom Mitglied erfordert daher immer den Bezug auf ein bestimmtes System. Als eine an die Koppelung mit anderen gebundene kohärente Einheit ist "Mitglied" weder auf "Person" noch auf "Rolle" reduzierbar, geschweige denn auf "Mensch". Losgelöst von der oben besprochenen Kontroverse zwischen biologischen und soziologischen Standpunkten, erweist sich das Mitglied als eine kommunikative Einheit, die aus der Sicht des Beobachters innen biologisch und außen soziologisch ist. Bezüglich der Implikationen des Konzepts "Mitglied" für die klinische Theorie sehe ich zwei wichtige Vorteile:

- Therapie muss nicht auf die unbeobachtbare Veränderung einer Person oder gar eines Menschen ausgerichtet werden; es genügt hierfür, die Auflösung der Mitgliedschaft in

einem Problemsystem anzustreben.

- Die Definition des Therapeuten bzw. seiner Rolle muss berücksichtigen, dass sie immer nur von einem Menschen kraft seiner persönlichen Möglichkeiten als Mitglied in einem nicht standardisierbaren, je eigens strukturierten klinischen System verwirklicht wird.

Problemsystem, klinisches System

Die Konsequenzen der bisherigen Reflexion für die klinische Theorie werden hier an der Frage nach denjenigen Problemen, d. h. Anlässen, behandelt, die zur klinischen Tätigkeit führen. Auf die Konsequenzen für die Konzeptualisierung von Therapie wird andernorts gezielter eingegangen (vgl. Ludewig, 1987c); eine weitere Arbeit thematisiert die Konsequenzen für die Evaluation klinischer Tätigkeit (Ludewig 1988).

Zunächst ein Beispiel:

Während der 4 Grundschuljahre schreibt ein Kind undeutlich und verkrampft. Die Lehrerin ist gelassen. Sie hält dies für den persönlichen Stil des Jungen und ist guter Hoffnung, dass er mit der Zeit besser schreiben wird. Der Junge kommt auf das Gymnasium und trifft dort auf eine junge, besonders motivierte Lehrerin, die kürzlich eine Fortbildung zum Thema Legasthenie absolviert hat. Das Schreiben des Jungen fällt dieser Lehrerin auf. Sie informiert die Mutter, die unsicher wird und den Jungen zu einer Vorstellung beim Schulpsychologen anmeldet. Dieser wird angesichts der Sorge der Mutter ebenfalls beunruhigt und meldet infolge bestimmter von ihm erfragter Informationen den Jungen in einer Kinderpsychiatrie zur ambulanten Untersuchung an. Dort, als ginge es um die Überspitzung einer makabren Dramaturgie, wird aufgrund eines routinemäßig abgeleiteten EEG eine bislang nie manifest gewordene Epilepsie diagnostiziert, zudem der Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung usw., usw.

Diese leider weder erfundene noch seltene Geschichte kann an jeder Stelle, an der weitere Beteiligte hinzukommen, angehalten und versuchsweise in eine andere Richtung weitergedacht werden. Das Ergebnis: verschiedene Diagnosen. Und das ist nichts Neues (siehe z.B. Rosenhan 1981). Es kommt dabei zum Ausdruck, was in der Genese jeder psychosozialen Auffälligkeit rekonstruiert (aber nie sicher vorausgesagt) werden kann. Nicht ein Verhalten oder dessen Fehlen selbst ist das Problem, sondern die Kommunikation, die es zu einem Problem macht, d. h. das soziale System, welches sich um ein Problem konstituiert (vgl. Goolishian u. Anderson, in diesem Band; Ludewig 1987a). Sollte dabei die Überwindung des Problems in einer Therapie gesucht werden, d.h. werden ein oder mehrere Therapeuten in den Umgang mit dem Problem mit einbezogen, so geht das sog. "Problemsystem" in ein "klinisches System" über (welches freilich auch von neuem zu einem Problemsystem werden kann).

Damit sinnvollerweise von einem *Problem* gesprochen werden kann, muss ein wiederholtes Ereignis - und sei es nur ein gedachtes: "Wenn ich bzw. er/sie das oder das täte ..." - im Rahmen eines dabei *ad hoc* entstehenden kommunikativen Zusammenhangs nach irgendwelchen Kriterien als negativ, unpassend, unerwünscht, leidvoll usw. beurteilt werden. Zum Zweck der Verständigung sollte hier jedoch eingeschränkt werden, dass es sich bei Problemen in diesem Verständnis implizit oder explizit um *veränderungsfähige* Zusammenhänge handeln muss. Anderenfalls könnten Probleme nicht von anderen "negativen" Themen unterschieden werden, die ihrem Charakter nach unveränderlich sind, z.B. der Umgang mit manchen chronischen Körpererkrankungen. Es ist also erst die Kommunikation, die ein Problem benennt, welche zum

Problem wird. Wird dagegen die negative Bewertung, die das Problem konstituieren würde, nicht kommuniziert (d. h. von jemand anderem "verstanden" bzw. akzeptiert), so kann auch kein Problem entstehen. Bloßes "Erleben" - eine nur unter der Annahme einer inneren Kommunikation vorstellbare Denkkategorie - und nicht im sozialen Bereich akzeptierte Mitteilungen können insofern kein Problem bilden, als sie keine kommunikative Anschlussfähigkeit bewirken und so auch keinen Sinn machen. Wäre beispielsweise der Junge im obigen Beispiel auf eine andere Lehrerin gestoßen, hätte es dieses Problem vermutlich nicht gegeben. Die 4 Jahre Grundschule erbrachten eben kein Problem. Und wenn die Diagnose "Epilepsie" keinen Anklang findet, wird sie vermutlich auch kein Problem werden.

Problemsysteme entstehen also um die Anerkennung eines Problems. Als soziale Systeme entwickeln sie eine eigene Struktur, die aber keine sie auszeichnende Eigenheit im Sinne sonderbarer Strukturierung und/oder Geschichte erkennen lässt (vgl. Luhmann 1984, Kap.9). Strukturelle und Verlaufsbesonderheiten, die das Problemsystem in einem gegebenen Fall kennzeichnen, können unter anderen Bewertungsbedingungen alles andere als Probleme darstellen und umgekehrt. Man stelle sich z. B. das Entsetzen in einer Familie von "Dieben" in einem armen Land vor, in der das jüngste Kind das Stehlen verweigert und lieber zur Schule gehen will! Das eigentümliche an Problemsystemen liegt weder in ihren Anfangsbedingungen (aus fast jeder Situation kann ein Problem entstehen) noch in den gefundenen Lösungen (die nicht selten problemfördernd sind, vgl. Watzlawick et al. 1974). Das Eigentümliche liegt allein in ihrem Thema: ein Problem. Das Problemsystem zählt jene zu ihren Mitgliedern, die an der Erzeugung und Erhaltung dessen beteiligt sind, was als Problem bewertet wird. Es zählt aber auch diejenigen dazu, welche die Bewertung einer Situation als Problem "erfolgreich" (akzeptierterweise) ausgesprochen haben - ob sie an dem, was als Problem gilt, direkt beteiligt sind oder nicht. Handelt es sich beim Bewerter um einen "Außenstehenden", etwa einen Polizisten, Arzt, Richter oder Nachbarn, so ist dieser (Mit)begründer und - zumindest zeitweilig in der Anfangsphase - auch Mitglied des Problemsystems. In der weiteren Entwicklung des Problemsystems kann sich allmählich eine stabile Struktur gebildet haben, so dass einige der ursprünglichen Mitglieder ausscheiden und andere Mitglieder das System in vergleichbarer Weise aufrechterhalten (man denke z.B. an Familienfeindschaften).

Zur Feststellung eines Problems bedarf es also eines Erkennenden, der zum Anfang eine Unterscheidung macht und die Einheit "Problem" hervorbringt. Hierzu hat er sich wie auch immer gearteter Kriterien bedient, die jedoch um so "erfolgreicher" sind, je eher sie im Konsensbereich seiner Bezugsgruppe liegen. Denn zur Begründung eines Problemsystems muss es einen anderen geben, der das hervorgebrachte Problem bestätigt. Ob die Kriterien, anhand derer die Beurteilung "Problem" möglich ist, idiosynkratischer, gruppenspezifischer, gesellschaftlich normativer oder moralischer Natur sind, spielt keine wesentliche Rolle, sofern diese Bewertung anschlussfähig ist, d. h. eine weitere Kommunikation nach sich zieht und so zur Bildung eines Problemsystems führt.

Für die Zwecke dieses Beitrags reicht die vorliegende Problembeschreibung aus. Präzisere Definitionen von Problemen sowie die Theorie zu ihrer Entstehung finden sich in der einschlägigen Literatur. Hier sei nur cursorisch auf zwei neuere Auslegungen eingegangen: Luhmann (1984, Kap.9) sieht den Beginn eines Problemsystems im Konflikt. Damit meint er die Kommunikation, die an das Äußern eines "Nein" als Reaktion auf eine mitgeteilte Erwartung anschließt. Dabei entstehe ein eigenständiges soziales System, welches nicht selten von Mitgliedern anderer Systeme, z.B. Familien, erzeugt und als kommunikative Handhabung des dabei verewigten Konfliktes behalten wird.

Zum anderen sei auf die - wohl in nächster Zeit erscheinende - Ausarbeitung dieses Themas durch Maturana et al. verwiesen (vgl. Méndez et al. 1988). Diese Autoren legen den Beginn eines Problems in eine leidvoll erlebte Negation der eigenen Weltsicht durch jemand anderen, der meint, objektiver zu sehen und so der Wahrheit näher zu stehen. Der Ursprung von Problemen liegt danach in der Nichtakzeptanz des anderen als einen hinsichtlich des Hervorbringens von "Welten" Gleichberechtigten. Vom Abgelehnten wird dies im emotionalen Gekoppeltsein mit den anderen ("*emotioning*") als eine Verletzung erlebt, die kettenartig weitere Reaktionen dieser Art auslöst. Obwohl beide Auffassungen Probleme in einem mehr oder weniger existentiellen Widerspruch sehen, unterscheiden sie sich in ihren Folgerungen: hier emotional frustrierte, leidvoll gekoppelte Menschen, dort an "Nein" anschließende Kommunikation; hier ein biologischer, dort ein kommunikationstheoretischer Erklärungsversuch.

Die traditionelle klinische Praxis (Psychiatrie, klinische Psychologie) stellt für den Umgang mit den gesellschaftlich in ihre Obhut überantworteten Problemen eine zweiphasige Strategie zur Verfügung: Zuerst diagnostische Zuordnung (bzw. "Verstehen"), dann darauf eingestellte Behandlung. Der Kliniker behilft sich angesichts der grundsätzlichen Intransparenz seines Anvertrauten mit zwei Zuordnungen: Zum einen klärt er nach vorgeschriebenen (z.B. psychopathologischen) Kriterien ab, ob sein Gegenüber (sei es als einzelner oder als Mehrpersonensystem) "tatsächlich" negativ (krank, dysfunktional, abweichend, auffällig usw.) zu bewerten ist. Zum anderen trifft er eine Entscheidung darüber, ob das von ihm bereits negativ Bewertete auch als "klinisches Problem" betrachtet werden soll, d.h. ob es mit den Mitteln seines Faches, der "Therapie", gelöst werden kann. (Um es klar zu sagen: Dies kann auch in dem Entschluss zum Ausdruck kommen, einen Randalierenden in die Psychiatrie und nicht ins Gefängnis einzuschließen.) Ist das nicht der Fall, wird der/die andere an passender erscheinende Institutionen verwiesen.

Die erste Zuordnung trifft der Kliniker anhand eines Klassifikationsschemas, welches aus Begriffen besteht, die nicht Beobachtbares auf dem Wege semantischer Reduktionen einzuordnen erlauben. Anhand generalisierter Erwartungsklassen wie "Neurose", "Psychopathie", "Psychose", "Psychosomatose" usw. ist der Kliniker in der Lage, komplexe und eigentümliche kommunikative Zusammenhänge auf wenige Sammeltypen zu reduzieren und sein Handeln danach zu richten. Gleichgültig, ob die "Störungen" in den Organismus, in die Psyche (anhand welcher Konstrukte auch immer), in die Familie oder in andere "natürliche" Systeme hineingedacht werden, gemeinsam ist allen diesen Bestimmungen, dass sie kognitive Vereinfachungen eines "klinischen" Beobachters darstellen, die bei ihm im Prozess des Einhaltens seiner eigenen Identität auftreten. Bei dieser (reduktionistischen) Anwendung von allgemeinen Klassen auf den Einzelfall wird nicht nur der Patient, sondern auch der Kliniker mit "normiert". Denn, gewollt oder ungewollt, orientiert sich von da an die weitere Entfaltung der klinischen Interaktion an der Einschätzung der diagnostizierten "Störung", und das engt beide ein, den Patienten und den Kliniker. (Daher verwundert es nicht, dass die vorgeschriebenen Vorgehensweisen traditioneller Klinik selten so wie vorgesehen zur Anwendung kommen.) Zugespißt formuliert heißt dies, dass "festgefahrene" Patienten, die im Hervorbringen ihrer individuellen und sozialen Welt Probleme erzeugt haben, auf "festgefahrene" Kliniker treffen, die ihre eigene innere und soziale Kohärenz unter Bezugnahme auf Invarianten für den allgemeinen Fall hervorbringen. Die Probleme des klinischen Alltags sind damit programmiert: Ärger, Widerstand, Abbruch, Entwertung, Machtkampf, "*non-compliance*", "*burn-out*" und klinische "*folie-à-deux*" bzw. "endlose Therapie". Sie treten offenbar im Zuge der Verwirrungen einer Kommunikation auf, die von den Beteiligten auf mindestens zwei Ebenen gleichzeitig

geführt wird, nämlich auf den Ebenen persönlich-sozialer und normativ-institutioneller Bezogenheit.

Das Konzept "*Problemsystem*" bietet hierzu eine Alternative. Fern von der Notwendigkeit, auf Generalisierungen zurückgreifen zu müssen, um das Angenommene, aber nicht Beobachtbare einzuordnen, verlässt sich der Kliniker auf diejenigen, die behaupten, ein Problem zu haben. Dadurch, dass er dies als Kommunikation und nicht als "Ding" versteht, geht er von dessen Veränderungsfähigkeit aus. Dem Kliniker bleibt also nur noch zu prüfen, und zwar im Hinblick auf das Kriterium der Redlichkeit, ob er selbst über die Erfahrung und das Wissen verfügt, um mit dem vorgelegten Problem hilfreich umgehen zu können, bzw. ob er in einem relativen Ausmaß darüber verfügt, falls ihm niemand mit größerer Kompetenz diese Aufgabe abnehmen kann. Die erste Überlegung eines so denkenden Kliniklers ist also nicht diejenige, wie der/die Patient/in diagnostisch einzuordnen ist (zumal dies nicht einmal hilfreich ist), sondern welche Erwartungen er an seine Mitgliedschaft in einem gemeinsamen klinischen System mit den Mitgliedern dieses Problemsystems gerichtet sieht und ob er diese erfüllen zu können meint. Und hierfür habe ich als Kliniker, der ich bemüht bin, weder meine Patienten noch mich selbst zu normieren, kein Patentrezept. Es bleibt mir nicht erspart, auf dem Grat zwischen Hilfsbereitschaft und Selbstschutz zu wandern und immer wieder neu zu entscheiden, d.h. Verantwortung für mein Handeln zu übernehmen. Diese Gratwanderung bleibt auch dann unvermeidlich, wenn ich statt von Therapie nur noch von "Gesprächen" rede, denn die anderen Mitglieder dieses Gesprächsystems kommunizieren auf ihre Art und Weise und orientieren sich vermutlich nicht an meiner Begrifflichkeit.

Folgerungen

Die Rede von Problemsystemen ist nicht "wahrer" als die Terminologie der traditionellen Psychopathologie oder anderer Konstruktionen. Dennoch sehe ich darin theoretische und pragmatische Vorteile gegenüber anderen Konzepten. Ich möchte meine Überlegungen dazu thesenartig zusammengefasst wiedergeben:

- Problemsysteme sind organisatorisch und strukturell von anderen sozialen Problemen nicht zu unterscheiden. Ihre Existenz wird von den Mitgliedern anhand ihrer Kriterien festgestellt. Eine autorisierte Außeninstanz sowie eine klinische Klassifikation erweisen sich für ihre Feststellung als überflüssig, ihre "Pathologisierung" erübrigt sich.
- Die Ursachen für die Entstehung von Problemsystemen (ihre Ätiologie und Genese) erweisen sich als weitgehend beliebig, denn aus jeder noch so liebevollen, zuverlässigen Verbindung können gravierende Probleme entstehen.
- Die Prognose der Entwicklung von Problemsystemen verbleibt mangels überzeugender Alternativen im Bereich der Intuition des Beobachters, der unausweichlich kontextuell und also systembezogen urteilt.
- Mitglied eines Problemsystems kann prinzipiell jeder werden, der entweder eine persönliche Affinität zum Thema oder zu den anderen Mitgliedern hat oder in eine "geeignete" besondere Situation geraten ist. Je nach der Art jedoch, wie die Personen bei der Gestaltung der Mitgliedschaft in einem Problemsystem hinsichtlich des betreffenden Themas zusammenpassen, entfaltet sich die Struktur des Systems und die Involviertheit der jeweiligen Personen.

- Probleme erfüllen keine bereits vor ihrem Erscheinen feststellbare Funktion, zumal derselbe Zusammenhang, der hier zum Problem wurde, unter anderen Umständen ganz anders hätte ausfallen können.
- Probleme können, wie andere soziale Systeme auch, in andere Systeme übergehen oder spontan desintegrieren. Dass sie häufig stark beanspruchend und langlebig sind, geht wohl auf die oft starke emotionale Beteiligung der Mitglieder zurück, zumal Widerspruch, Frustration, Konflikt starke Motivatoren sind, wie uns z.B. die sozial psychologischen Experimente der Berliner Schule der 30er Jahre um Kurt Lewin zeigen.
- Problemsysteme sind als soziale Systeme nie "fehlerhaft", denn sie folgen ihrer eigenen Logik. Die Bewertung "Problem" gehört definitionsgemäß zur kommunikativen Struktur des Systems, sie ist daher ein passender Bestandteil und kein Fehler. Die Therapie der Problemsysteme muss folglich ihre Auflösung und nicht ihre Reparatur (Morphogenese) anstreben.
- Problemsysteme können aus anderen sozialen Systemen hervorgehen, ihre Beschreibung überschneidet sich aber mit der des Ursprungssystems nicht. Die Therapie einer Ehe oder einer Familie ist ein pragmatisches Vorgehen und keine Notwendigkeit (vgl. Ludewig 1986a). Der pragmatische Vorteil liegt darin, dass die Personen, die Mitglieder eines Problemsystems sind, auch Mitglieder anderer Systeme sein können. So können die beispielsweise in Familiengesprächen gemachten Erfahrungen der Veränderung oder Auflösung auch der Mitgliedschaft in Problemsystemen zugute kommen. Der Therapeut sollte jedoch abwägen, ob der nach seiner Einschätzung zu erwartende Vorteil bei der Einbeziehung von Familienangehörigen nicht mit unverhältnismäßig großer Belastung derselben einhergeht, falls er sie als nicht unmittelbar an der Gestaltung des Problemsystems beteiligt sieht. (Ich denke z.B. an den häufigen Fall unbeteiligter Geschwister, Großeltern und anderer Verwandter.)
- Problemsysteme bestehen aus Mitgliedern und nicht aus Personen. Therapie beinhaltet deshalb die Auflösung der Mitgliedschaft bzw. im übertragenen Sinne die Stilllegung des Operators "Mitglied" und nicht die Veränderung der beteiligten Personen. Wird hingegen die strukturelle Veränderung der Person als das Ziel betrachtet, so handelt es sich dann - diesem Verständnis nach - eher um Erziehung (z.B. "Nacherziehung") als um Therapie (vgl. Ludewig 1987b).
- Für die intendierte Auflösung des Problemsystems ist das Wissen um die Person jedes Mitglieds nur insoweit notwendig, als die Unkenntnis für den Verlauf der Therapie hinderlich ist, etwa durch ungewollte, zufällige Auslösung von "Widerständen" bei den Patienten. Zuviel Kenntnis über die Mitglieder des Problemsystems kann nur in sehr intensiver und extensiver Kommunikation erbracht werden und so Anlass zur durch die Therapie selbst ausgelösten Verlängerung der Therapiedauer sein.

Probleme erscheinen nach allem bisher Gesagten nur in Kommunikation vorstellbar. Eine hierauf eingestellte Therapie muss also ebenfalls auf Kommunikation abheben. Sie muss eine Konversation sein, die zur Bildung einer mit dem Problem inkompatiblen Kommunikation führt, in der sich die Problemkommunikation auflöst. Die methodische Folgerung muss allerdings nicht zwangsläufig die sein, dass Therapie vornehmlich oder gar ausschließlich Ausübung von

Rhetorik zu sein habe. Therapeutisches Vorgehen kann zwar dialogisch bzw. dialektisch konzipiert sein (vgl. Maranhao 1986), v.a. wenn der Therapeut ein kompetenter Rhetoriker ist; es kann aber ebenso gut auf Interventionen hinauslaufen, wie etwa die neuere Arbeit der Gruppe in Milwaukee um Steve de Shazer (1985, 1986) zeigt. Die einander ausschließende Polarisierung von Intervention und Konversation (s. oben) beinhaltet einen nicht einlösbaren Anspruch auf Wahrheit und so einen überflüssigen Verzicht auf Vielfalt.

Schlussbemerkung

In diesem Beitrag habe ich sozusagen Material gesammelt, aus dem eine "systemisch" begründete und daher integrative Beschreibung klinischer Praxis hervorgehen kann. Es wurde versucht, die in der klinischen Theorie aufgekommene Kontroverse zwischen biologischen und soziologischen Standpunkten, ohne diese nur zu verwässern, mit Blick auf Klinisches zu integrieren. Intervention im Sinne der Verwendung "interventiver" Techniken wurde dem Oberbegriff "Konversation" untergeordnet, zumal technisches Eingreifen durchaus verzichtbar, eine nicht "konversierende" Therapie hingegen ganz und gar undenkbar ist.

Trotz aller integrativen Absicht in diesem Beitrag möchte ich nun zum Ende begrüßen, dass dieses Buch - dem Titel nach - Wege von der Familientherapie zu einer systemischen Perspektive aufzuzeigen versucht. Denn der Verzicht auf "Familientherapie" beinhaltet m.E. einen zweifachen Vorteil: Zum einen wird dabei von der Benennung einer (wie könnte es anders sein?) beliebigen Zusammensetzung anwesender Personen (warum nicht Nachbarschafts- oder Vereinstherapie?) zugunsten der Benennung einer theoretischen Perspektive Abstand genommen, in der dieses Therapieverständnis verankert ist (womit ich keineswegs das historische Verdienst der ersten "Familientherapeuten" schmälern möchte). Zum anderen - und dies ist ungleich wichtiger - können wir endlich damit aufhören, den Mitgliedern von Familien zu suggerieren, ihre Familien seien fehlerhaft, ihre Kommunikation inadäquat, ihre Liebe mangelhaft, ihre Sinnesorgane unterentwickelt, ihre Interaktion pathogen. Und das ist ein ethischer Gewinn!

Literatur

- Bateson, G. (1982), *Geist und Natur*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Foerster, H. von (1981), Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick, P. (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München (Piper), S. 37 -60
- Foerster, H. von (1985), *Sicht und Einsicht*. Braunschweig (Vieweg).
- Foerster, H- von (1987), Entdecken oder Erfinden - Wie lässt sich Verstehen verstehen. In: Rotthaus, W. (Hrsg.), *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund (modernes lernen), S. 22-58.
- Glaserfeld, E. von (1981), Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P. (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München (Piper), S. 24-35
- Glaserfeld, E. von (1987), Wissen ohne Erkenntnis. *Delfin* VII: 20-23
- Hejl, P.M. (1987), Zum Begriff des Individuums. Bemerkungen zum ungeklärten Verhältnis von Psychologie und Soziologie. In: Schiepek, G. (Hrsg.) *Systeme erkennen Systeme*. München Weinheim (PVU), S. 115-154
- Keupp, H. (1972), *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. München Berlin Wien (Urban & Schwarzenberg).
- Krüll, M., N. Luhmann, H.R. Maturana (1987), Grundkonzepte der Theorie autopoietischer Systeme.

- Neun Fragen an Niklas Luhmann und Humberto Maturana und ihre Antworten. *Z. systemische Therapie* 5: 4-25.
- Ludewig, K. (1983), Die therapeutische Intervention. In: Schneider, K. (Hrsg.), *Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann), S. 78-95
- Ludewig, K. (1986a), Von Familien, Therapeuten und Beschreibungen - Vorschläge zur Einhaltung der ‚logischen Buchhaltung‘. *Familiendynamik* 11: 16-28
- Ludewig, K. (1986b), To be direct or indirect - that is a question! In: de Shazer, S., R. Kral (eds.), *Indirect approaches in therapy*. Rockville (Aspen), pp. 77-83
- Ludewig, K. (1987a), Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek, G. (Hrsg.), *Systeme erkennen Systeme*. München Weinheim (PvU), S. 155-173
- Ludewig, K. (1987b), Therapie und Erziehung - Widerspruch oder Ergänzung? In: Rotthaus, W. (Hrsg.), *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund (modemes lernen), S. 90-100.
- Ludewig, K. (1987c), 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludewig, K. (1988), Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludewig, K., R. Schwarz, H. Kowark (1984), Systemische Therapie mit Familien von ‚psychotischen‘ Jugendlichen. *Familiendynamik* 9: 108-125
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Maranhao, T. (1986), *Socratic Dialogues and Therapeutic Discourse: A Cultural Critique*. Madison (Wisconsin University Press).
- Maturana, H.R. (1982), *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H.R. (1983), Reflexionen: Lernen oder ontogenetische Drift. *Delfin* 11: 60-71.
- Maturana, H.R. (1985a), Biologie der Sozialität. *Delfin* V: 6-14.
- Maturana, H.R. (1985b), Reflexionen über Liebe. *Z. systemische Therapie* 3: 129-131.
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1987), *Der Baum der Erkenntnis*. Bern München Wien (Scherz).
- Méndez, C.L., F. Coddou, H.R. Maturana (1988), The bringing forth of pathology. *Irish J. of Psychology* 9: 144-172.
- Parsons, T. (1951), *The Social System*. New York (Free Press).
- Piaget, J. (1973), *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- Rosenhan, D.L. (1981), Gesund in kranker Umgebung. In: Watzlawick, P. (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München (Piper).
- Shazer, S. de (1985), *Keys to solution in brief therapy*. New York (Norton).
- Shazer, S. de, I.K. Berg, E. Lipchik, E. Nunnally, A. Molnar, W. Gingerich, M. Weiner-Davis (1986), Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. *Familiendynamik* 11: 182-205
- Steiner, E., L. Reiter (1986), Zum Verhältnis von Individuum und sozialem System: Hierarchie, strukturelle Koppelung oder Interpenetration? *Familiendynamik* 11: 325-342
- Varela, F.J. (1986), *The science and technology of cognition. Emerging trends*. Paris (Ecole Polytechnique).
- Watzlawick, P., J.H. Weakland, R. Fisch (1974), *Lösungen*. Bern (Huber).