

Erschienen in: *Zeitschrift für systemische Therapie* 5: 178-191, 1987

10 + 1 LEITSÄTZE BZW. LEITFRAGEN¹

GRUNDZÜGE EINER SYSTEMISCH BEGRÜNDETEN KLINISCHEN THEORIE IM
PSYCHOSOZIALEN BEREICH²

KURT LUDEWIG

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Würdigung seiner Herkunft in Mailand wird der Entwurf einer systemisch begründeten Klinischen Theorie dargelegt. Dem vorangestellt sind eine Bestimmung des Adjektivs "systemisch" und der Voraussetzungen, die systemische Theorien wissenschaftlich erfüllen sollen. Im Rahmen der Darstellung des eigentlichen Theorieentwurfs wird hier insbesondere auf die formale und methodische Definition der Therapie im psychosozialen Bereich eingegangen. Diese Überlegungen münden schließlich in der Aufstellung von 10+ 1 "Leitsätzen" bzw. "Leitfragen", die dem Therapeuten als Orientierung seiner Praxis dienen können.

10+ 1 Guidelines or Guide-Questions. An Outline for a Systemic Clinical Theory

After having acknowledged Milan as its point of departure, an outline for a systemically grounded clinical Theory in psycho-social domain is presented. For this, "systemic" is first defined in congruence with the underlying theory of knowledge (Maturana, von Foerster and others). It follows a reflection about the conditions of science deriving from such an understanding. Its implications for dealing with clinical phenomena lead to an operational definition of (psycho-social) therapy which, in turn, is reformulated into 10 + 1 "Guidelines" (or "GuideQuestions"). These intend to be both theoretically coherent and of practical orientation for the therapist at work.

Von Mailand nach Hamburg: Das Mailänder Erbe

In kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist es buchstäblich unvermeidbar, mit sozialen Systemen statt allein mit einem Patienten zu arbeiten. Insoweit arbeiten wir an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätskrankenhauses Eppendorf

¹ Der vorliegende Beitrag ist eine Weiterentwicklung eines 1984 geschriebenen, seitdem mehrmals revidierten und bisher nicht veröffentlichten Aufsatzes mit dem Titel "Ten Commandments (plus One) - A Brief Outline for a Systemic Theory of Therapy, Practice, and Evaluation".

² Der Begriff "klinisch" (bzw. "Kliniker") wird hier als Generalbezeichnung für alle Tätigkeiten verwendet, die von Angehörigen psychosozial helfender Berufe, ob in Kliniken oder anderen Einrichtungen wie Beratungsstellen und Praxen, in diagnostischer und/oder therapeutischer Absicht geleistet werden.

in Hamburg seit Jahrzehnten familienbezogen³. Ich selbst habe zum Beispiel in meiner ersten Zeit in der Abteilung den Seiltanz vollbracht, anhand individuumsbezogener Therapiekonzepte mit Familien und anderen Lebensgemeinschaften zu arbeiten, ohne dabei in Konflikte zu geraten oder überhaupt recht zu wissen, dass ich ständig Tomaten und Damenschuhe in einen Topf warf. 1978 aber, nachdem allerhand Wandel in unserem Arbeitskontext passiert war, wurde ich unerwartet mit einem Buch konfrontiert, das, aus meiner damaligen Sicht beurteilt, Wunderheilungen" versprach. Es war "*Paradoxon und Gegenparadoxon*", das erste Werk der Mailänder Gruppe um Mara Selvini Palazzoli (1978). Zwei Tage nach Beginn der Lektüre dieses Buches hatte ich meine erste "paradoxe" Intervention verfasst und sie den Eltern eines Patienten zugeschickt. 14 Tage später hatten meine damaligen Mittherapeuten auf der Jugendstation unserer Abteilung, Rosemarie Schwarz und Rudolf Dürr, und ich eine Arbeitsgruppe für Familientherapie gegründet. Von da an sprachen wir einige Jahre lang auf "Italienisch" (mit deutschen Worten) mit unseren Patienten, schrieben viele Briefe an zu Hause gebliebene Familienmitglieder usw. Und die Ergebnisse, soweit davon gesprochen werden kann, waren nicht einmal schlecht (vgl. Ludewig et al. 1984). "Klinisch" konzentrierte sich unsere gemeinsame Arbeit auf einen Nachmittag in der Woche, den wir als Lernsituation betrachteten. Inhaltlich spezialisierten wir uns auf Familien mit psychotischen Jugendlichen, die bei uns stationär gelegen hatten; wir arbeiteten aber auch mit Familien mit verschiedenen anderen Problemen. Der Arbeitsgruppe, die heute noch besteht, haben viele Kollegen und Kolleginnen angehört. Sie ist heute fester Bestand der Struktur unserer Abteilung geworden, was allerdings für ihre erste Zeit nicht behauptet werden kann. Wir wurden ignoriert bis bekämpft und gar zeitweilig "Die Vierer-Bande" betitelt. Einiges hatte sich verändert, und wir wussten nicht, damit umzugehen. Die Stationen wurden immer leerer, da wir zu schnell entließen; die Mitarbeiter aus dem nicht-akademischen Bereich reagierten verärgert, da wir nicht mehr an sog. therapeutischer Gemeinschaft und Milieuthérapie interessiert waren und uns statt dessen auf ambulantes Arbeiten konzentrierten. Wir waren vermutlich zu sehr vom Neuen begeistert und daher eine Spur zu missionarisch, naseweis und blind für unseren Arbeitskontext (vgl. Ludewig u. von Villiez 1984).

1982 wagten wir die erste hierauf bezogene Publikation (vgl. Ludewig 1982). Somit war ein Aspekt hinzugekommen, der es erforderlich machte; unsere Ideen präziser zu formulieren und ihre Verständlichkeit mit Blick auf unsere Leser/innen zu reflektieren. Es reichte nicht mehr aus, das Neueste aus Mailand - z.B. Selvini Palazzoli et al. (1981)- zu rezipieren, um es sofort nach Erhalt praktisch auszuprobieren. Wir hatten uns in eine Lage versetzt, die es erforderlich machte, Begriffe und Konzepte zu (er-)finden, die **unserer** Arbeit angemessen waren. Damit hatte ein langsames Abdriften aus der Treue zu Mailand begonnen, das nach der ersten Begegnung mit Paul Dell 1981 in Zürich eine deutlichere Richtung bekam (vgl. Dell 1984). Es setzte sich fort im Zuge unserer Auseinandersetzung mit den 1982 in *Family Process* erschienenen Arbeiten über Ästhetik in der Therapie (vgl. Allman 1982; Keeney u. Sprenkle 1982), über epistemologische Aspekte der Therapie (vgl. Keeney 1982), über .den "unvermengten" Gebrauch von Konzepten wie Homöostase, Information und Kausalität (vgl. Dell 1982) und über Kooperation als Grundeinstellung der Patienten anstelle von Symmetrie und "Widerstand" (vgl. de Shazer 1982). Die Begegnung mit Humberto Maturana und Heinz von Foerster stand von da an fest auf dem Programm. Sie fand 1984 in Calgary statt und brachte

³ In diesen Aufsatz fließt das Ergebnis unzähliger Stunden gemeinsamer therapeutischer Arbeit und theoretischer Diskussion ein. *Stellvertretend* für alle, von und mit denen ich gelernt habe, möchte ich hier folgenden Freunden/innen herzlich danken: Rosemarie SCHWARZ, Rudolf DÜRR, Hans KOWERK, Ludger DIEKAMP und Ulrich HAUSA sowie Humberto Maturana, Harry GOOLISHIAN, Steve de SHAZER und Heinz von Foerster.

in ihrem Schlepptau die persönliche Bekanntschaft mit Harry Goolishian und Steve de Shazer mit.

1984 gründeten wir aus der Arbeitsgruppe heraus das Institut für systemische Studien e.V., um uns die Möglichkeit zu geben, vor Ort zu lernen und zu lehren. 1985 kamen dann Humberto Maturana und Francisco Varela nach Hamburg, um uns das Erkennen des Erkennens beizubringen (vgl. Maturana & Varela 1987), später Steve de Shazer, um uns seine Kunst der Kurztherapie vorzuführen (vgl. de Shazer 1985). Es folgten 1986 Tom Andersen, der Erfinder des "reflecting teams" (vgl. Andersen 1987) und Harry Goolishian, der Verfechter des "problem-determined systems" (vgl. Goolishian & Andersen, i. Dr.), sowie 1987 Paul Dell, der wichtige Beiträge zur systemischen Therapie geleistet hat (vgl. Dell 1986) und Heinz von Foerster, der liebenswerte Philosoph unter den Kybernetikern (vgl. v. Foerster 1985). Und trotz scheinbar zunehmender Entfernung von (Ur-)Mailand stellte ich interessanterweise jedesmal, wenn ich Luigi Boscolo und Gianfranco Cecchin getroffen habe, fest, dass unsere Entfernung zu ihnen eher kleiner statt größer geworden war.

Vor dem Hintergrund dieser hier kurz skizzierten Wanderung von Mailand nach Hamburg trägt der vorliegende Aufsatz Grundzüge unseres gegenwärtigen Verständnisses von psychosozialer Therapie zusammen. Er folgt einem bereits eingeschlagenen Weg (vgl. z.B. Ludewig 1983, 1987a, 1987b) und schließt unmittelbar an eine ausführliche Darstellung unseres Verständnisses der Anlässe an, die zur Therapie führen, also des **Problem-Systems** (vgl. Ludewig, im Druck). Nach einer komprimierten Darlegung des hier vertretenen Verständnisses einer "systemischen" Sichtweise und deren Einbettung in den Bereich wissenschaftlichen Denkens werden Grundbestandteile einer systemischen klinischen Theorie skizziert, also einer allgemeinen Theorie des psychosozialen klinischen Tuns. In der Aufstellung eines methodischen Rahmens für die Arbeit des Therapeuten mittels 10+ 1 "Leitsätzen" (bzw. "Leitfragen") folgt ein Vorschlag zur Operationalisierung von Therapie und Therapeut, der es vermeidet, den Extremen eines sterilen Methodologismus oder eines willkürlichen Subjektivismus zu verfallen. Diese Sätze erheben den Anspruch, in Form von umfassenden Merksätzen dem systemischen Denken theoretisch kongruent und zugleich für die Praxis der Therapie hilfreich zu sein. Der Aufsatz schließt mit einem empirischen "Nachwort", in dem eine erste pragmatische Erkundung der operationalen Brauchbarkeit der Leitsätze beschrieben wird.

Das Adjektiv "systemisch"

Das Adjektiv "systemisch" wird derzeit mit derart vielfältigen Bedeutungen verwendet, dass es droht, inhaltsleer zu werden. Im Bereich der psychosozialen Therapie fällt dieser Begriff in eher loser Bestimmung mit Ausrichtungen der Familientherapie zusammen, die sich theoretisch mehr oder minder explizit auf Gregory Bateson (1982) und/oder Humberto Maturana (1982) beziehen. In strenger Auslegung, d.h. da, wo Begriffe beginnen, operabel und daher sinnvoll zu werden, trifft man bei der Bestimmung des Begriffs "systemisch" auf wenig Klarheit. Um nicht noch mehr zu dieser Unklarheit beizutragen, beginne ich diesen Aufsatz mit einer Bestimmung dessen, was in den weiteren Ausführungen unter "systemisch" zu verstehen sein wird.

Unter "systemisch" wird hier eine allgemeine Sichtweise der Welt verstanden, die Systeme zur Einheit ihres Denkens macht. Diese Sicht impliziert eine Theorie des Seins, des Erkennens und des Werdens, die als Orientierung für die Praxis des Lebens dient. Diese Orientierung lässt sich der Einfachheit halber anhand von sechs Sätzen zusammenfassen:

(1) Alles Gesagte wird von einem Beobachter gesagt

Auf diesen Aphorismus reduzieren die Biologen und Erkenntnistheoretiker Humberto Maturana und Francisco Varela (1987) die Kernaussage ihrer Theorie, welche sich in der letzten Konsequenz als eine Theorie des Beobachters erweist. Aus diesem augenscheinlich selbstreflexiven, tautologischen Satz führt keine Operation, die an ihm vorgenommen werden könnte, heraus. Jedes Operieren an und mit diesem Satz führt unvermeidlich auf den Satz selbst, so z.B. etwa die Fragen "wer sagt das?" oder "der Satz ist falsch!", da beide von einem Beobachter Gesagtes beinhalten. Insofern gewinnt dieser erste Satz erst an Bedeutung, wenn seine Bestandteile, d.h. das Gesagte und der Beobachter, vom Beobachter spezifiziert werden.

(2) Der Beobachter ist ein "linguierendes" Lebewesen

Maturana (1982) schlägt vor, den Beobachter anhand zweier kennzeichnender Merkmale zu definieren: Er ist ein Lebewesen, das in-Sprache, d.h. "linguaging" bzw. "linguierend" (vgl. Ludewig; im Druck) lebt. Mit dieser Bestimmung erweist sich der Beobachter zum einen als eine Einheit, die als Lebewesen alle Bedingungen der lebendigen Organisation, d.h. alle Eigenschaften und Beschränkungen biologischer Systeme, erfüllt (vgl. Maturana & Varela, 1987) und zum anderen als "linguierendes" Wesen einen Bereich struktureller Koppelung mit Artgenossen erzeugt, der, einmal entstanden, unentrinnbar ist: der Bereich menschlicher Sozialisation. Ohne auf Details einzugehen (dafür sei hier auf die Originalliteratur verwiesen), ist hiernach der Beobachter als ein strukturdeterminiertes und operational geschlossenes Wesen zu verstehen, dessen Organisation die Verwirklichung der Autopoiese seiner Bestandteile zur Grundlage hat. Er ist autonom organisiert und so weder von außen "instruierbar" noch bestimmbar, sondern allenfalls verstörbar (bzw. perturbierbar). Zudem impliziert diese Bestimmung des Beobachters, dass er - zusätzlich zu der allen Lebewesen inhärenten Koordination ihres *Verhaltens* mit dem *Verhalten* anderer Lebewesen - mittels Symbolgebrauch eine Verhaltenskoordination **über** Verhaltenskoordinationen erbringen kann. Im Zuge dieser Metakoordination, in der die unmittelbare Koordination des *Verhaltens* durch den Gebrauch von Symbolen (Worten, Gesten) ergänzt/ersetzt wird, entsteht ein Koppelungsbereich unzählbarer Kombinationen und Erweiterungen, eine linguierete Welt also, die den eigentümlichen Existenzbereich des Menschen ausmacht. Der Beobachter - der Mensch - entsteht erst in Sprache; erst vor dem Hintergrund einer linguierten Koexistenz kann die Kommunikation entstehen, welche Beobachtung zum Thema hat.

(3) Alles Gesagte bringt der Beobachter in Kommunikation hervor

Aus der Definition des Beobachters als Lebewesen im obigen Sinne folgt, dass Kognition das Produkt innerer korrelativer Zusammenhänge zwischen Zuständen eines geschlossen operierenden Systems und nicht Abbildung äußerer Reizkonstellationen darstellt (vgl. Maturana & Varela 1987, von Foerster 1985). Kognition entsteht im Prozess der Hervorbringung von Unterschieden - Einheiten - aus dem Hintergrund aufgrund der Arbeitsweise einer kognitiven Struktur, die dabei ihre eigene Konstanz aufrechterhält. Aus der Sicht des Beobachters kann dann von Kognition gesprochen werden, wenn er "sieht", dass ein Lebewesen "effektiv" handelt, d.h. lebt (vgl. Varela 1986). Dass Beobachter jedoch keine solipsistischen Wesen sind, die einsam in sich abgeschlossen existieren, geht daraus hervor, dass sie mit Artgenossen sprachlich gekoppelt sind. Die Welt der Beobachter resultiert aus der linguierten Koordination der einzeln hervorgebrachten kognitiven Welten; sie steht daher eine konsensuell erbrachte Gemeinsamkeit multiverseller "Ansichten" dar, und kein objektiv fassbares Universum.

(4) Realität ist folglich = (Realität)

Wenn alles Gesagte von Beobachtern in Kommunikation hervorgebracht wird, die über keinen Mechanismus zur sicheren Abbildung äußerer Verhältnisse verfügen (vgl. Maturana & Varela 1987), und über den Bereich des Gesagten (laut Satz 1) nicht hinausgegangen werden kann, so folgt, dass die Welt des Beobachters trotz aller ihr zugesprochenen Gewissheit eine (Realität) - in Klammern - darstellt. Hier wird Maturanas Vorschlag, Objektivität in Klammern zu setzen, auf Realität erweitert, um daran zu erinnern, dass trotz der Tatsache, dass Menschen sich als in **einem** Universum lebend begreifen, es keine Möglichkeit gibt, eine universelle Welt zu erfassen. Folgt man diesem erkenntnistheoretischen Vorschlag, muss (Realität) als ein "errechnetes" Aggregat von Multiversen verstanden werden. Daher die Klammern um (Realität), die erinnern sollen, dass jede Begründung in letzter Konsequenz auf Konsens, und nicht auf unabhängiges Sein verweist.

(5) Ein System ist eine durch einen Beobachter hervorgebrachte Einheit, die er als zusammengesetzt betrachtet.

In Abhebung auf die dargestellten Grundlagen konstruktivistischer Seins- und Erkenntnistheorie lässt sich nun ein System als Ergebnis der kognitiven Tätigkeit eines Beobachters definieren, der eine Einheit vom Hintergrund unterscheidet und sie als aus interrelationierten Elementen zusammengesetzt betrachtet. Ein System ist also eine Konstruktion des Beobachters.

(6) "Systemisch" bezeichnet eine Sichtweise, die Systeme zu ihrem Gegenstand macht.

Insofern Satz (6) auf den Beobachter und dessen Aussagen verweist, führt (6) auf (1) zurück. Will man beispielsweise "systemische Therapie" bestimmen, so kann man sich von Satz (6) zu (1) hoch arbeiten: Man kann sagen, dass "systemisch" hier den erkennenden und praktischen Umgang mit einem als Therapie definierten sozialen Phänomen bezeichnet, welches in sozialen Systemen geschieht. Systemische Therapie befasst sich mit Systemen, in denen die sie bildenden Mitglieder (s. unten) eine mehr oder minder gemeinsam hervorgebrachte und als Problem bewertete (Realität) mit Hilfe von Therapeuten im Zuge ihrer kommunikativen Interaktion durch eine andere, weniger belastende (Realität) ersetzen. Eine Therapie kann dann also als systemisch bezeichnet werden, wenn sowohl das Problem als auch dessen Lösung als kommunikative Zusammenhänge betrachtet werden, die im Rahmen von sozialen Systemen erzeugt werden.

Voraussetzungen systemischer Wissenschaft

Folgt man der obigen Bestimmung des "Systemischen", so findet man sich wissenschaftstheoretisch schnell abseits vom Geltenden wieder. Der Beobachter nämlich, der über keine Apparatur verfügt, mittels derer er mit Gewissheit die Richtigkeit seiner Annahmen am Vergleich mit "der" Wirklichkeit belegen kann, muss auf das grundlegende Geltungskriterium traditioneller Wissenschaft, die Objektivität, verzichten. Der systemisch denkende Wissenschaftler ist also gehalten, Geltungskriterien aufzustellen, die mit seinem Denken kongruent sind. Die Konstruktivisten haben angesichts dieser neuen Lage ihr Wissenschaftsverständnis umorientiert, und zwar von der Suche nach Wahrheit auf die Brauchbarkeit von Wissen, von Deskription auf Problemlösung, von der Forderung nach Objektivität auf die in sprachlicher Interaktion erbrachte Intersubjektivität (vgl. Schmidt 1987). Auch der traditionelle Unterschied zwischen Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften kann aufgegeben werden, sofern kein Unterschied mehr zwischen den Gegenständen dieser Disziplinen festgestellt werden kann: Es handelt sich bei ihnen allen um Aussagen von Beobachtern. Als ein Hauptkriterium konstruktivistisch-wissenschaftlichen Wissenserwerbs hat

sich der Nutzen bzw. das "Passen" oder die Viabilität verwendeter Methoden und erzielter Ergebnisse herausgestellt (vgl. v. Glasersfeld 1986, Varela 1986). Maturana und Varela (1987) schlagen hierzu vor, wissenschaftliche Aussagen auf die Formulierung von Konzepten zu beschränken, die das Generieren beobachtbarer Phänomene in akzeptabler Weise be- und vorschreiben. Hat man das Ziel aufgegeben, wissenschaftliche Erkenntnisse als in einer absoluten Realität verankert anzusehen, zumal dies eine nicht erreichbare Objektivität voraussetzt, so fällt jede wissenschaftliche Aussage auf ihren Urheber zurück und auf jene, die bereit sind, diese zu akzeptieren. Die Spielregeln der Wissenschaftlergemeinschaft bedürfen einer Erneuerung. Es müssen nämlich Regeln aufgestellt werden, wonach die Plausibilität vorgegebener Nützlichkeit und ihre intersubjektive Akzeptanz eingeschränkt werden kann.

Im Bereich psychosozialer Therapie haben Nutzen und Viabilität in ihrer Übernahme aus der Medizin lange Tradition. Nutzen liegt zumeist dann vor, wenn das definierte Problem nachgelassen hat. Auch sog. systemische Therapeuten/Forscher werten nach wie vor ihre "Therapieergebnisse" am angeblichen Nutzen entweder ihrer Maßnahmen oder deren Effekte, natürlich im Sinne mehr oder minder "abgesicherter" kausaler und finaler Attributionen. Die Fragen aber, wann Veränderungen als Veränderung gilt, ob Veränderung gleich Veränderung ist oder wie hoch der Preis sein darf, um den Veränderungen noch angestrebt werden soll, findet zumeist nur am Rande Beachtung. Die Gefahr eines utilitaristischen Aktivismus ist nicht gering. Ginge es in der Therapie letztlich nur um Viabilität, so könnte sich der Theoretiker darauf beschränken, Technologien zu erfinden, die unter Umständen, um optimal viabel zu sein, der Kontrolle durch den Patienten entzogen werden sollten. Der Therapeut wäre somit von seiner Verantwortlichkeit entbunden, zumal er nur zu nutzen vorhätte.

Wohl in diesem Sinne ist es zu verstehen, dass gerade in der systemisch orientierten Therapie den vorrangig pragmatischen Technologien wie dem "Paradoxieren" in den letzten Jahren das Moment des Ästhetischen entgegengehalten wurde (vgl. Allman 1982, Keeney & Sprengle 1982, Stierlin 1983, Ludewig et al. 1984).

Die in ihrer pionierhaften Begeisterung wenig um die Abwägung des Nutzens bemühte systemische Therapie mußte sich dabei gar das Missverständnis einhandeln, für eine reine Technologie gehalten zu werden (vgl. Hoffman 1987). Wie jedoch alle polaren Kontroversen kann auch diese zwischen Pragmatik und Ästhetik auf einer höheren Abstraktionsebene aufgelöst werden. Wir schlagen hierzu vor, den Wert therapeutischer Aktivitäten sowohl aus pragmatischen Erwägungen des Nutzens als auch aus ästhetischer Einschätzung des therapeutischen Prozesses gleichzeitig zu beurteilen, und diese Beurteilung auf die beides enthaltende Dimension des Ethischen zu beziehen (z.B. Ludewig et al. 1984). Eine Therapie gilt hiernach dann als gelungen, wenn im Hinblick auf die obigen Kriterien das definierte Problem auf dem Wege schöner und humaner Interaktionsformen einer Lösung näher gebracht wird. Diese Bewertungskriterien legen jedoch keine verabsolutierten Maßstäbe fest, zumal Nutzen, Schönheit und Güte Wertkategorien sind, die immer auf den jeweils Beurteilenden zurückverweisen. Ob manche Lobotomien, Stereotaxien, Elektroschocktherapien und psychopharmakologische Ruhigstellungen hiernach als gelungene Therapien gelten können, muss jeweils auf den Kontext, in dem sie angewandt wurden, und auf die Begründung ihrer Verwendung durch den Therapeuten bezogen werden. Anderenfalls sind diese, wie auch alle anderen Maßnahmen, nicht beurteilbar. Die problematische Illusion, man bräuchte nur "Effizienz" nachzuweisen, kann getrost aufgegeben werden.

Eine klinische Theorie bedarf also Beschreibungen, Erklärungen und Methoden, deren Geltung nicht auf absolute Wahrheiten bezogen wird. Ob ihr Nutzen durch die Berücksichtigung ästhetischer und ethischer Gesichtspunkte ergänzt werden muss, oder ob der Theoretiker seiner Arbeit andere Kriterien zugrunde legt, auf jeden Fall muss er die Werte explizieren, anhand derer der Sinn seiner Theorie nachvollzogen werden kann. Ohne die Möglichkeit des Rückgriffs auf Objektivität erweist sich jede Theorie als im Endeffekt an ihre Verfasser gebunden und so an ihre Entscheidungen und ihre Verantwortlichkeit. Eine wertfreie Theorie kann es somit nicht geben, zumal ihr Wert ihr Geltungskriterium ist. Die im folgenden zusammengetragenen Grundzüge einer Klinischen Theorie beziehen ihren Sinn aus dem Versuch, eine klinische Tätigkeit zu beschreiben, die hinsichtlich ihres Ziels als nützlich, schön und human gelten kann.

Grundzüge einer Klinischen Theorie

Eine systemisch begründete Klinische Theorie im psychosozialen Bereich muss die Phänomene, die dem Bereich klinischen Tuns zugeordnet werden, in einen kohärenten und praktikablen Zusammenhang bringen. Sie muss zum einen die Anlässe eingrenzend beschreiben, die das Tätigwerden des Kliniklers auslösen, d.h. die "Probleme". Je nachdem, wie diese Frage theoretisch geklärt wird, wird zugleich die Grundlage für alle weiteren theoretischen und praktischen Erwägungen festgelegt. Je nachdem nämlich, ob diese Anlässe beispielsweise in Analogie zu organischen Erkrankungen, Defekten oder Dysfunktionalitäten bzw. als Ausdruck innerpsychischer oder familiärer Konflikte, Defekte, Defizite oder Dysfunktionalitäten verstanden werden, leitet sich hieraus eine bestimmte Operationalität ab, die jeweils spezifische Versionen von Diagnostik, Ätiologie, Pathogenese und Pathologie sowie eine hieraus abgestimmte Therapie festlegt.

Eine umfassende Klinische Theorie muss zusätzlich zur Beschreibung der Probleme, die zum Klinikler führen, eine Erklärung ihrer Entstehung (Ätiologie, Pathogenese), eine Methodik zu ihrer Erkennung (Diagnostik) und ihrer Beseitigung (Therapie) sowie eine Methodik der Kontrolle dieser Maßnahmen (Ausbildung, Supervision und Evaluation) angeben. Wie aus allem Dargelegten hervorgeht, muss auch hier der Beginn beim Beobachter liegen. Der Beobachter - der auch eine der beteiligten "Personen" sein kann - beurteilt anhand dazu geeigneter Kriterien die beobachteten Personen als Mitglieder eines gemeinsamen sozialen Systems. Hierzu bedient er sich Kriterien, die ihm ermöglichen, das Verhalten dieser Personen in irgendeinem Umfang als miteinander kongruent zu betrachten und dies (einem) anderen Beobachter(n) in nachvollziehbarer Weise mitzuteilen. Ohne detailliert darauf einzugehen - für eine ausführliche Darstellung dieses Themas sei auf Ludewig (im Druck) verwiesen -, wird hier davon ausgegangen, dass diese Personen (aus der Sicht des Beobachters) jeweils selbständig definierbare soziale Operatoren generieren, nämlich "**Mitglieder**", deren einzig relevante Operation im "Entrichten" der vorgesehenen Beiträge liegt, d.h. im Erzeugen der kommunikativen Beiträge, die dazu geeignet sind, an die Beiträge der anderen Mitglieder anschließen (vgl. Luhmann 1984). Als Mitglied wird hier eine eigenständig definierbare soziale Einheit betrachtet, deren Beschreibung jedoch die Feststellung mindestens einer Operation voraussetzt, welche in einem anderen Mitglied eines gemeinsamen Systems Entsprechung findet. Im Minimalfall ist diese Bedingung durch die Aussage: "Ich bin Mitglied des ..." oder durch die Entrichtung eines finanziellen Mitgliedsbeitrags bei einem Club erfüllt. Im Maximalfall nähert sich die Beschreibung der Person an die Beschreibung der Operationen des von ihr erzeugten Mitglieds, und sie werden fast deckungsgleich, etwa in Ausnahmezuständen intensivsten Erlebens wie im Verliebtsein oder in der psychotischen Krise. In allen Fällen hat aber das Mitglied die Operationen der Mitgliedschaft durch kommunikative Akte vollzogen. Da die

basale Operation des Mitglieds Kommunizieren ist, setzt dessen Existenz die Existenz von mindestens einem anderen Mitglied voraus, mit dem es zusammen ein soziales System konfiguriert. Ein Mitglied ist also eine soziale Einheit, die nur als kommunizierend vorkommt, d.h. beim Aufbau eines Sinnzusammenhangs. Ein Mitglied kann nicht isoliert vorkommen. Mitglied, Kommunikation und Sinngrenze stellen sich gegenseitig bedingende Aspekte eines sozialen Systems dar. Ihre jeweilige Existenz ist untrennbar an die Existenz der beiden anderen gebunden (vgl. Ludewig, im Druck). Ein Mitglied kann nur von einem Menschen, einer Person erzeugt werden; dessen Definition überschneidet sich jedoch nicht mit der des Menschen oder der Person. Mensch, Person und Mitglied stellen Unterscheidungen eines Beobachters dar, die unterschiedliche Phänomenbereiche spezifizieren.

Soziale Systeme stellen Sinnzusammenhänge dar, die nur zeitlich (d.h. nicht räumlich) erkennbar sind. Die Kommunikation zwischen den Mitgliedern - ihr "Bindeglied" sozusagen - kann allein mit Blick auf das sie verbindende Thema als zusammengehörend erkannt werden. Daher unterscheidet die Abbildung den Prozess eines sozialen Systems anhand der möglichen Themen, an denen es erkennbar ist. Ein soziales System kann ein Problem oder etwas anderes als Thema entwickelt haben. Dafür, dass vom Problem gesprochen werden kann, muss ein Beobachter - der auch Mitglied des Systems sein kann, aus dem heraus das Problem entwickelt wird - etwas als ein Problem bewertet haben. Hierbei müssen zwei Bedingungen erfüllt werden: a) Die betreffende Bewertung muss ausgesprochen worden sein, und zwar entweder ausdrücklich oder implizit durch Aufsuchen eines "Zuständigen für Problemlösung" (anderenfalls handelt es sich um ein "erlebtes" Problem, das keine soziale Relevanz und so auch keine für eine Klinische Theorie hat); b) diese Bewertung (als ärgerlich, leidvoll, unmöglich usw.) muss von jemand anderem "akzeptiert" bzw. bestätigt, d.h. kommunikativ angeschlossen werden (anderenfalls bleibt es zwar ausgesprochen, aber sozial irrelevant). Sind diese beiden Bedingungen erfüllt, lässt sich vom **Problem-System** sprechen (vgl. Goolishian & Anderson 1987; Luhmann 1984; Ludewig 1987a; im Druck). Ein Problem-System ist definiert als ein soziales System, dessen Mitglieder um das Thema "Problem" kommunizieren. Die Rede von Problem-System ermöglicht es, die Formulierung einer Klinischen Theorie, die aus systemischer Sicht von der uneinlösbaren Forderung nach einer "verstehenden", deskriptiven oder gar prädiktiven Diagnostik befreit ist (vgl. Ludewig 1987a). Handelt es sich nämlich bei Problemen um das Thema bestimmter sozialer Systeme, die weder organisatorisch noch strukturell einzigartig sind, besteht die Aufgabe des Helfers darin, geeignete Methoden für die Lösung von Problemen zu entwerfen und anzuwenden. Er ist also davon befreit, Hypothesen über seine Patienten in Anlehnung an Nosologien oder Typologien aufzustellen, deren Nutzen fraglich ist. Er braucht nur zu entscheiden, ob er es sich zutraut, mit dem ihm anvertrauten Problem sinnvoll umzugehen. Hat sich das Problem-System an einen Kliniker um Hilfe gewandt, und hat dieser sich auf eine Kommunikation mit den Mitgliedern des Problem-Systems eingelassen, so hat sich ein **Klinisches System** gebildet. Und bietet der Kliniker als Mittel der Lösung des Problems Therapie an, so ist das klinische System in ein **Therapeutisches System** übergegangen. Erfüllt alsdann die Therapie ihr Ziel, so löst sich die Mitgliedschaft der beteiligten Personen auf. Anderenfalls sind "therapiegene" Probleme entstanden oder das Problem-System bleibt bestehen.

Dieses einfache Schema der "Genese" einer Therapie (statt einer Pathogenese) mündet schließlich in die Notwendigkeit, sie im oben dargelegten Verständnis systemischer Denkart formal und inhaltlich zu spezifizieren. Hinsichtlich der hier unberücksichtigten Aspekte - Ausbildung, Supervision und Evaluation - sei auf Ludewig (1985, in Vorb.) verwiesen.

Therapie

Am allgemeinsten lässt sich Therapie im psychosozialen Bereich zunächst als das soziale System beschreiben, welches beim Zusammenkommen von mindestens zwei Personen entsteht, wenn eine von ihnen ein oder mehrere Probleme mit Hilfe eines Therapeuten zu lösen versucht. Hiernach müssen mindestens drei formale Bedingungen ihres Zusammentreffens erfüllt werden, damit das von ihnen generierte soziale System als Therapie erkannt werden kann:

- a) Mindestens einer der Beteiligten muss seine Mitgliedschaft als die eines Therapeuten definieren, d.h. im Einklang mit seiner Auffassung der Therapeuten-Rolle;
- b) mindestens ein anderer der Beteiligten muss den Therapeuten ex- oder implizit (z.B. durch Erscheinen und Teilnehmen) als solchen akzeptieren und so seine Handlungen auf das kommunikative Angebot des Therapeuten ausrichten, d.h. das zur Mitgliedschaft als Patient (Klient, Kunde) erforderliche Verhalten erzeugen; und zwar innerhalb einer prinzipiell begrenzten Zeitdauer.

Therapie stellt somit den kommunikativen Zusammenhang dar, den Personen in den Rollen als Therapeut und Patient erzeugen, erhalten, verwirklichen und beenden. Therapie kann formal als eine Weiterentwicklung eines klinischen Systems zu einem therapeutischen mit dem Ziel seiner eigenen "Auflösung" betrachtet werden. Als ein soziales System, in dem ein Problem-System aufgeht, verwirklicht sich Therapie als Prozess einer Konversation, d.h. eines dialogischen Prozesses, der anders als bei anderen Systemen statt der Etablierung einer dauerhaften Kommunikation geradezu deren Vermeidung anstrebt. Therapie intendiert definitionsgemäß einen konversationalen Prozess entstehen zu lassen, der zum Aufbau neuer Wirklichkeiten führt und nicht zu einer Kommunikation im Sinne Maturanas (1982), zumal Kommunikation, so verstanden, zunehmend mehr Redundanz enthält und so weniger Neues hervorbringt.

Die Aufgaben des Therapeuten lassen sich in diesem Sinne auf vier Hauptbereiche reduzieren: Er hat zur Entstehung, Erhaltung, Verwirklichung und Beendigung des therapeutischen Systems beizutragen. Dafür, dass ein therapeutisches System entstehen kann, bietet sich der Therapeut als Therapeut an. Im Folgenden bemüht er sich um ein Verhalten, das dafür geeignet ist, dass seine Patienten solange wie nötig dabei bleiben und nicht vorzeitig abrechen. Zudem ist es seine Aufgabe, beizutragen, dass "signifikante" Veränderungen, d.h. als im Bezug auf das Therapieziel für bedeutsam gehaltene Veränderungen auftreten können. Und schließlich liegt es an ihm, die rechtzeitige Auflösung des Therapiesystems nicht zu versäumen.

Methodische Reflexion

Im Hinblick auf die Orientierung seiner Praxis benötigt der Therapeut einen methodischen Rahmen. Ohne methodisches Konzept wären Ausbildung, Supervision und Evaluation der Therapie nicht möglich; ihre Durchführung wäre zudem beliebig und nicht nachvollziehbar. Der systemisch orientierte Therapietheoretiker steht jedoch bei der Aufstellung einer dem systemischen Denken angemessenen Methode vor einer Reihe von Schwierigkeiten. Die erste, grundlegende Schwierigkeit erwächst aus dem systemisch-konstruktivistischen Verständnis menschlicher Struktur als "nicht-triviale Maschine" (vgl. von Foerster 1985). Lebewesen sind aufgrund ihrer kreisgeschlossenen Operationalität und so grundsätzlichen Autonomie keiner "instruktiven" Interaktion zugänglich (vgl. z.B. Maturana u. Varela 1987). Menschen sind im Rahmen von sozialen Interaktionen allenfalls "verstörbar" (perturbierbar, irritierbar, anregbar), aber nicht bestimmbar. Ob und in welchem Ausmaß eine "Verstörung" stattfindet, bestimmt immer die Struktur des eventuell "Verstörten". Die Annahme also, der Therapeut wirke auf

seine Patienten kausal, erweist sich als unhaltbar. Die behauptete Effektivität von Interventionen verweist immer auf Attributionen des Behauptenden und sagt nichts über den angesprochenen Prozess aus. Wenn aber Therapie nicht bloßes Agieren sein soll und kausale Effektivität ausgeschlossen ist, so steht der Therapie-Theoretiker (sowie der Therapeut jedesmal von Neuem) vor einem unerfüllbar erscheinenden Imperativ, also vor dem Dilemma: *“Handle wirksam, ohne je im voraus wissen zu können, wie oder wohin die vollzogene Maßnahme hinführen wird”*.

Eine Methodologie der Therapie muss daher einen Weg aus diesem Dilemma auf tun. Anderenfalls muss Therapie diese grundsätzliche Schwierigkeit entweder ignorieren und auf eine gedachte Kausalität hin aufbauen oder Gefahr laufen, sich im fruchtlosen Nihilismus zu verlieren. Führt man sich die Lösungen vor Augen, die einzelne Therapieschulen zu diesem Dilemma erbracht haben, lassen sie sich jeweils auf einer Dimension lokalisieren, die zwischen den Polen "Sei Du selbst!" und "Folge den Anweisungen!" verläuft. Je nach theoretischem Standpunkt wird Therapie hauptsächlich eher der mehr oder minder antrainierten Humanität des Therapeuten überlassen oder dem Vollzug raffinierter Methoden, die gerade diese Subjektivität auszuschalten versuchen. Die Therapieeffekte werden dementsprechend eher den Eigenschaften des Therapeuten oder der Methode zugeschrieben.

Im Folgenden wird ein Weg vorgeschlagen, der beide Aspekte zu integrieren versucht. Hierfür wird zunächst geprüft, anhand welcher der folgenden Gesichtspunkte Therapie methodisch am günstigsten begründet und so operabel gemacht werden kann. Folgende Möglichkeiten der Begründung liegen vor: An den Ergebnissen der Therapie, an der Vorweg-Festlegung der stattfindenden Interaktionen, an der Zeitdauer und/oder an der operationalen Vorbestimmung der Mitgliedschaft der Beteiligten: Therapeut und/oder Patient (Klient).

Die Operationalisierung der Therapie anhand ihrer Resultate verlangt anzunehmen, dass therapeutische Maßnahmen zum einen ursächlich wirken und zum anderen so wirken, dass ihr Ergebnis genügend eindeutig auf sie zurückgeführt werden kann. Unter dieser Annahme ließen sich im Nachhinein nützliche von unnützen Maßnahmen unterscheiden, je nachdem wie diese mit den Ergebnissen korrelieren. Dies erfordert jedoch eine "Trivialisierung", d.h. die Behandlung der an der Therapie Beteiligten samt ihrer Probleme als "triviale Maschinen" (vgl. von Foerster 1985). Diese Annahme beruht nämlich auf einem Input-Output-Modell unkomplizierter linearer Kausalität. Aus allem bisher Gesagten erscheint dieser Weg über Gebühr vereinfachend und daher wenig überzeugend. Den Weg wiederum zu wählen, erfolgsversprechende Handlungsweisen des Therapeuten a priori festzulegen, setzt zwar keine unbedingte Trivialisierung der Beteiligten voraus, statt dessen aber eine Normierung des Therapeuten in einer Weise, die ihn zum Replizierer vorgeschriebener Handlungen macht und so daran hindert, auf das je aktuelle Geschehen in der Therapie einzugehen. Für eine derartige Einschränkung des Therapeuten liegt jedoch keine Notwendigkeit vor. Die Bestimmung von Therapie anhand einer wie auch immer im voraus festgelegten Dauer dürfte schwierig zu begründen sein. Es bleibt also nur noch die Möglichkeit, Therapie über die Bestimmung der beteiligten Mitglieder zu beschreiben. Und von den beiden hierzu zur Verfügung stehenden Möglichkeiten - Therapeut und Patient - scheidet insofern der Patient (das Problem-System) aus, als jedes darauf basierende Konzept auf eine Selektion möglicher Patienten angewiesen wäre: Eine bewertende Diagnostik wäre erforderlich, die einerseits zwischen der Qualität der dargebotenen Problemen und andererseits zwischen der "Eignung" der Betroffenen zum Patientensein zu unterscheiden hätte. Und hierfür gibt es keine plausible Notwendigkeit,

geschweige denn eine moralische Berechtigung. Es bleibt also nur noch der Therapeut als der Komplex, an dem eine systemisch konzipierte Methode der Therapie ansetzen kann.

10 + 1 "Leitsätze" bzw. "Leitfragen" des Therapeuten an sich selbst

In den vorangegangenen Ausführungen habe ich zu zeigen versucht, dass Therapie sinnvollerweise nur an den Aktivitäten des Therapeuten festgemacht werden kann. Eine therapeutische Methode muss also einen Rahmen vorschreiben, der die Mitgliedschaft in einem therapeutischen System als Therapeut umreißt. Dafür also, dass Therapie geschehen kann, muss die (Binnen-)Struktur einer spezifisch zu definierenden Mitgliedschaft in einem sozialen System verwirklicht werden, d.h. ein methodisches Programm. Therapie macht derjenige, der sich wie ein Therapeut verhält. In dem Maße aber, in dem Therapie definitionsgemäß ein soziales System konstituiert, an dem zusätzlich zum Therapeuten ein oder mehrere Patienten/Klienten (Mitglieder eines Problem-Systems) teilnehmen, beinhaltet die Verwirklichung der Therapeutenrolle selbstredend die Einbeziehung seiner Patienten.

Tabelle 10+ 1 Leitsätze. zur Orientierung des Therapeuten bzw.
 10+ 1 Leitfragen des Therapeuten an sich selbst

AufgabenbereichLeitsätzeLeitfragen

A. Erzeugung eines therapeutischen Systems durch Generierung eines Therapeuten	1. Definiere Dich als Therapeut! 2. Sieh Dich positiv!	Übernehme ich Verantwortung als Therapeut? Stehe ich zu meinen Möglichkeiten?
B. Erhaltung des therapeutischen Systems	3. Orientiere Dich am Klienten! 4. Werte positiv! 5. Beschränke Dich! 6. Sei bescheiden!	Gehe ich von meinen Klienten aus? Suche ich nach Positivem? Konzentriere ich mich auf das Nötigste? Erkenne ich Lösungen als ihre Leistung an?
C. Verwirklichung von Therapie im Sinne der Anregung zu signifikanten Veränderungen	7. Bleibe beweglich! 8. Frage konstruktiv! 9. Interveniere sparsam!	Wechsele ich meine Perspektiven Stelle ich Fragen, die weiterführen? "Verstöre" ich behutsam?
D. Auflösung des therapeutischen Systems	10. Beende rechtzeitig!	Kann ich schon beenden?
... und	+ 1 Befolge nie blind Leitsätze!	Habe ich sie auf mich im Rahmen dieses therapeutischen Kontextes bezogen?

Zum Zweck der Absteckung eines Rahmens, innerhalb dessen der Therapeut und so Therapie verwirklicht werden, werden im folgenden zehn Sätze vorgeschlagen (vgl. Tabelle). Sie beinhalten den Versuch, die wesentlich erscheinenden Aspekte der hier erörterten Theorie in Form von kurzen und prägnanten Imperativen bzw. Fragen, die dennoch umfassend und theortretreu sind, in die Praxis der Therapie umzusetzen. Eine Eingrenzung des Operators "Therapeut" wird hiermit vorgeschlagen, die sowohl die Erfordernisse dieser Rolle als auch die persönlichen Möglichkeiten ihrer Ausführenden, sowohl die Aufgaben des Therapeuten - Erzeugung, Erhaltung, Verwirklichung und Beendigung der Therapie - als auch das Ziel der Therapie - der Beitrag zur Entstehung eines für die Problemlösungen günstigen sozialen Milieus - einbezieht. Die 10 + 1 Sätze stellen **eine** Lösung des oben angesprochenen Dilemmas dar. Sie sind so spezifisch ist, dass daran Therapie orientiert werden kann, und zugleich so unspezifisch, dass sie auf die Eigenart der jeweiligen Therapien angepasst werden kann. In ihrer ersten Fassung entstanden diese Sätze im Jahr 1984 (Dass es 10 und nicht 9 oder 11 wurden, hat offensichtlich mit einer gewissen Überlieferung in Sachen Verhaltensregelung zu tun: 10 ist eben eine runde Zahl!). Ihrer Konstruktion wurden zusätzlich zu allem bisher Erwähnten folgende Kriterien übergeordnet zugrundegelegt: Die Sätze sollen es ermöglichen, nützliche, schöne und humane Therapien zu gestalten.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die 10 + 1 Leitsätze für die Orientierung des Therapeuten zusammen mit den entsprechenden 10+ 1 Leitfragen des Therapeuten an sich selbst den vier Aufgabenbereichen des Therapeuten zugeordnet sind. Nach meiner Erfahrung aus Aus- und Fortbildungssituationen lässt sich unterschiedlich lang über die einzelnen Sätze diskutieren. Ihren Sinn gewinnen sie jedoch nicht daher, dass sie im Sinne ihres Verfassers verstanden werden, sondern erst wenn sie vom jeweiligen Therapeuten auf seine immer neu entstehende Praxis übertragen werden. Deshalb werden die Sätze hier nicht ausführlich besprochen. Zur Orientierung jedoch einige Hinweise: Sätze 1 und 2 betreffen den wechselseitigen Zusammenhang zwischen Person und Rolle; Sätze 3-6 ermuntern den Therapeuten dazu, mit seinen Patienten zu kooperieren: Satz 3 erinnert daran, dass es auf die Struktur der Patienten ankommt; Satz 4 trägt dem Rechnung, dass soziale Systeme, auch Problem-Systeme grundsätzlich fehlerfrei ihrer eigenen Logik folgen; Satz 5 warnt vor der Versuchung, "therapiegene" Therapie zu betreiben; Satz 6 führt vor Augen, dass Patienten sich ändern, wenn sie sich ändern. Die Sätze 7-9 geben dem Therapeuten Hinweise, wie er das Therapieziel - Problemlösung - so rasch, direkt und wenig störend wie möglich erreichen kann. Satz 10 schließlich führt in seiner Unbestimmtheit unweigerlich auf Satz 1 wieder zurück bzw. auf den jeweiligen Therapeuten als den einzigen Regler seiner Aktivitäten. (+ 1) wiederum relativiert den Inhalt aller zehn Sätze - wie könnte es anders sein? - auf die Art und Weise, wie der Therapeut seinen gegenwärtigen Umgang mit bestimmten Patienten in einer bestimmten Therapiesituation einschätzt.

Empirisches Nachwort

Die Brauchbarkeit der 10+ 1-Leitsätze als Mittel zur Beschreibung der Arbeitsweise systemischer Therapeuten wurde kürzlich von Claudia Wörpel (1986) im Rahmen eines Forschungsprojekts untersucht. Dafür operationalisierte sie die ersten neun Sätze mittels einer Rating-Skala von 17 Items. Diese Items erwiesen sich insoweit als nützlich, als damit fünf knapp trainierte Beurteiler therapeutische Aktivitäten mit hoher Übereinstimmung und zufriedenstellender Konzepttreue einschätzen konnten. Die fünf Beurteiler schätzten an verschiedenen Tagen je drei Erstsitzungen von vier Therapeuten aus Videoaufzeichnung ein, die alle nach systemischen Gesichtspunkten arbeiten. Die Ergebnisse zeigen u.a., dass die Items sich

am optimalsten durch drei Faktoren repräsentieren lassen. Die ersten beiden Faktoren entsprechen den üblicherweise bei der Untersuchung zwischenmenschlicher Interaktionen gefundenen Dimensionen, sei es in der Erziehungspsychologie (z.B. Schaefer 1959: Kontrolle vs. Autonomie und Liebe vs. Hass) oder in der neueren Familienforschung (z.B. Olson et al. 1983: rigide bis chaotische Anpassungsform und verstrickte bis lose Kohäsion). Offenbar handelt es sich bei solchen Dimensionen um Grundformen menschlicher Semantik. Hofstätter (1966) bezog sie auf die stereotypen Aspekte männlicher und weiblicher Selbstverständnisse (Instrumentalität / Emotionalität). In der hier referierten Untersuchung wurden sie jeweils als **Rollenübernahme** (Strukturierung, Professionalität, Souveränität, Fragenstellen usw.) und **Zuwendung** (Kooperation; Neutralität, gutes Arbeitsklima, Akzeptanz usw.) bezeichnet. Beide Faktoren erklärten jeweils 36 und 12% der totalen Varianz. Der dritte Faktor scheint hingegen etwas spezifischer auf systemisches Therapieverständnis bzw. systemische **Intervention** hinzuweisen: positive Konnotation, sparsames Intervenieren, neue Zusammenhänge herstellen. Dennoch so spezifisch für "systemische Therapeuten" sind diese Items nicht: Offenbar sind Therapien aus der Sicht außenstehender Beurteiler untereinander viel ähnlicher, als wir es glauben wollen.

Der Gewinn bei dieser Operationalisierung geht m.E. allerdings aus etwas anderem hervor. Anhand der Items war es möglich, die vier untersuchten Therapeuten danach zu beurteilen und miteinander zu vergleichen, ob sie tatsächlich ein gemeinsames Konzept verwirklichten. Hierfür wurde geprüft, ob die vier Therapeuten ähnliche Profile in den drei Faktoren bei allen drei Therapien zeigten und ob ihre Arbeitsweise im internen Vergleich über alle Sitzungen hinweg konsistent blieb. Die Ergebnisse erstaunen nicht: Aus der Sicht der Beurteiler verwirklichen die vier Therapeuten trotz weitgehender Ähnlichkeit weder rigide dasselbe Konzept - es kommt persönlicher Stil zur Geltung -, noch sind sie durchgehend intern konsistent bei allen Therapien - der jeweilige Kontext macht sich offenbar bemerkbar. Der praktische Wert dieser Ergebnisse liegt darin, dass der Therapeut darüber, wie seine Arbeit gesehen wird, operationale Rückmeldung bekommen kann: Eine Erleichterung für das Lernen.

LITERATUR

- Allman, L.R. (1982): The aesthetic preference: Overcoming the pragmatic error. *Family Process* 21: 43-56.
- Andersen, T. (1987): Systemisches Denken und systemisches Arbeiten in Nordnorwegen. *Z. systemische Therapie*. 5: 95-100.
- Bateson, G. (1982): *Geist und Natur*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Dell, P.F. (1982): Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process* 21: 21-41; (dtsh. in: Dell, P.F. (1986): *Klinische Erkenntnis*. Dortmund: modernes lernen).
- Dell, P.F. (1984): Von systemischer zur klinischen Epistemologie. I. Von Bateson zu Maturana. *Z. systemische Therapie* 2(7): 147-171.
- de Shazer, S. (1982): Some conceptual distinctions are more useful than others. *Family Process* 21: 71-84.
- de Shazer, S. (1985): *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig: Vieweg.
- Glaserfeld, E. von (1986): Wissen ohne Erkenntnis. *Delfin* VII: 20-23.
- Goolishian, H.A., Anderson, H.D. (im Druck): Language systems and therapy: An evolving idea. In: Reiter, L., Brunner, E. J., Reiter-Theil, S. (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin/New York: Springer, im Druck.
- Hoffman, L. (1987): Jenseits von Macht und Kontrolle: Auf dem Wege zu einer systemischen Familientherapie "zweiter Ordnung". *Z. systemische Therapie* 5: 76-93.

- Hofstätter, P.R. (1966): *Einführung in die Sozialpsychologie*. Stuttgart: Kröner.
- Keeney, B.P. (1982): What is an epistemology of family therapy? *Family Process* 21: 153-168;. (dtsh. *Z. systemische Therapie* 1(2): 1-22, 1983).
- Keeney, B.P., Sprenkle, D.H. (1982): Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process* 21: 1-19.
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ludewig, K. (1982): Gesichtspunkte für die Beendigung einer Familientherapie aus systemischer Sicht. In: Junkers, G. et al. (Hrsg.): *Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern*. Tübingen/Köln: DGVT/GwG, S. 85-89.
- Ludewig, K.. (1983): Die therapeutische Intervention. In: Schneider, K. (Hrsg.): *Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn: Junfermann.
- Ludewig, K.. (1985): Aspekte, Probleme, Lösungen, Bedenken einer systemischen Therapieausbildung - eine persönliche Sicht? *Z systemische Therapie* 3: 132-140.
- Ludewig, K. (1987a): Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek, G. (Hrsg.): *Systeme erkennen Systeme*. Weinheim/München: PVU, 155-173, 1987a.
- Ludewig, K. (1987b): Therapie und Erziehung - Widerspruch oder Ergänzung? In: Rotthaus, W. (Hrsg.): *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund: modernes lernen, 90-100.
- Ludewig, K. (im Druck): Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme. In: Reiter, L., Brunner, E. J., Reiter-Theil, S. (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin/New York: Springer, im Druck.
- Ludewig, K. (in Vorb.): Evaluation in der systemischen Therapie. *System Familie* 1, 1988.
- Ludewig, K., Villiez, T. von (1984): Warum systemische Therapeuten Systeme wie die Psychiatrie nicht vermeiden sollten. *Z.systemische Therapie* 2(5): 29-38.
- Ludewig, K., Schwarz, R., Kowerk, H. (1984): Systemische Therapie mit Familien von "psychotischen" Jugendlichen. *Familiendynamik* 9: 108-125.
- Maturana, H.R. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H.R., Varela, F. J. (1987): *Der Baum der Erkenntnis*. Bern: Scherz.
- Olson, D.H., Russen, C. S., Sprenkle, D. H. (1983): Circumplex model of marital and family system: VI. Theoretical update. *Family Process* 22: 69-83.
- Schaefer, E.S. (1959): A circumplex model for maternal behavior. *J. Abnormal & Social Psychology* 59: 226-235.
- Schmidt, S.J. (1987): Der Radikale Konstruktivismus: Ein neues Paradigma im interdisziplinären Diskurs. In: Schmidt, S.J. (Hrsg.): *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt: Suhrkamp, 11-88.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1981): Hypothesieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6: 138-147.
- Stierlin, H. (1983): Familientherapie: Wissenschaft oder Kunst? *Familiendynamik* 8: 364-377.
- Varela, F.J. (1986): *The Science and Technology of Cognition. Emerging Trends*. Paris: ecole polytechnique.
- Wörpel, C. (1986): Zur systematischen Beschreibung der Arbeitsweise systemisch arbeitender Therapeuten. Universität Hamburg: unveröff. Diplom-Arbeit, Psychol. Institut.

Anschrift des Verfassers:

Kurt Ludewig

Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Univ.-Krankenhaus Eppendorf

Martinistrasse 52, 2000 Hamburg 20

und

Institut für systemische Studien e.V. , Schaeferstrasse 33, 2000 Hamburg 6