

Erschienen/ published /publicado in/en:

Schiepek, G. (Hrsg.),

Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und methodische Bedingungen systemischer Diagnostik.

München, Weinheim (Psychologie Verlags Union), 1987.

VOM STELLENWERT DIAGNOSTISCHER MASSNAHMEN IN SYSTEMISCHEM VERSTÄNDNIS VON THERAPIE

KURT LUDEWIG

1. Psychodiagnostik

In der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts vollzieht sich im Bereich der psychosozialen Therapie und somit auch der Psychodiagnostik¹, wohl im Zuge von Veränderungen der Sichtweisen in der Philosophie und den Naturwissenschaften, ein Wandel der theoretischen Grundlagen. Der Blick verlagert sich von der Betrachtung einzelner Ursachen und Bedingungsbeziehungen zunehmend auf die Beobachtung von Prozessen, die den Beobachter in das Beobachtete prinzipiell einschließen. Einheit des Denkens ist ein aus Beobachter und Beobachtetem zusammengesetztes System. Damit ist die Wissenschaft aufgefordert, anstelle weiterer Theorien über die Welt eine umfassende Theorie des Beobachters zu entwerfen, die dem Verständnis Rechnung trägt, dass alles, wovon geredet wird, von einem Beobachter hervorgebracht worden ist (vgl. von Foerster, 1985; Maturana, 1982; Maturana & Varela, 1984).

Der vorliegende Beitrag setzt an diesen Punkt der historischen Entwicklung der Diagnostik an. Er untersucht den Stellenwert bzw. die Notwendigkeit einer Psychodiagnostik im Kontext eines "systemischen" Verständnisses von psychotherapeutischen Aktivitäten. Hierbei ist mit "systemisch" ein nicht weiter präziertes Kürzel gemeint, das für eine allgemeine Theorie von Systemen bzw. für eine wissenschaftliche Orientierung steht, wie sie von Autoren wie Humberto Maturana (1982; 1983), Francisco Varela (1979), Heinz von Foerster (1984), Niklas Luhmann (1984) und anderen postuliert wurde. Der Verzicht auf eine weitere Präzisierung des Adjektivs "systemisch" trägt der Auffassung Rechnung, dass es sich um die Bezeichnung für eine selbstreferentielle (rekursive, sich

¹ Die Verwendung der Begriffe "Psychodiagnostik" und "Psychotherapie" erwies sich zur näheren Eingrenzung dieser Gebiete etwa gegenüber medizinischen Auffassungen trotz gewichtiger Bedenken (s.unten) als unvermeidbar.

auf sich selbst beziehende) Sicht- bzw. Denkweise handelt, die sich als solche von selbst permanent im Wandel erhält. Es ist eine Denkweise gewissermaßen ohne "Nullpunkt" (ohne festen Bezug) und sollte daher angemessenerweise mit einem Adjektiv statt mit einem Substantiv bezeichnet werden. Trotz dieser Komplikation und der Tatsache, dass "systemisch" nicht immer und überall mit gleicher Bedeutung verwendet wird, grenzt dieser Begriff ein Gebiet des Denkens zumindest soweit ein, dass es (Psycho-)Therapieformen, Zeitschriften usw. geben kann, die diesen Namen tragen. Das mit "systemisch" bezeichnete Gebiet umfasst Aspekte verschiedenster Disziplinen und Positionen wie Kybernetik, Systemtheorie, Ökologie, Ästhetik, Konstruktivismus. Es lässt sich am ehesten als das ergänzende Gegenstück zum Gebiet des "analytischen" umschreiben.

Diagnostik wird hier vor dem Hintergrund einer systemisch orientierten Sicht menschlichen Erkennens behandelt. Die Darstellung erfolgt durch einen *klinisch*² tätigen Psychotherapeuten und beschränkt sich daher auf den Aspekt einer klinischen Psychodiagnostik. Diagnostische Bemühungen wie Selektion und Plazierung, forensische Begutachtung und Operationalisierung von Persönlichkeitstheorien (Testpsychologie) werden hier nicht einbezogen, denn sie gewinnen ihren Sinn aus ganz anderen Bezügen als die sog. klinische Psychodiagnostik. und bedürfen deshalb eines anderen Begründungszusammenhanges.

Der vorliegende Aufsatz handelt vom Stellenwert einer Psychodiagnostik als Bestandteil psychotherapeutischer Prozesse. Bevor aber auf die Beantwortung dieser Fragestellung eingegangen werden kann, wird der sich permanent wandelnde Stand systemischer Konzeptbildung mit Bezug auf soziale Systeme und Therapie aktualisiert und somit die theoretische Grundlage für die Beantwortung dieser Fragestellung vorbereitet. Hierfür wird nach kurzer Erörterung des Problems einer therapiebezogenen Psychodiagnostik eine systemisch begründete Definition von Psychotherapie vorgeschlagen, welche in eine Auseinandersetzung mit der Definition von sozialen Systemen überleitet. Bei dieser Auseinandersetzung sollen vor allem die kontroversen Standpunkte einer biologischen (Maturana) und einer soziologischen (Luhmann) Sichtweise erläutert und im Hinblick auf ihre Praxisrelevanz vereinbart werden. Dieser Diskussion folgt eine Einführung in das Konzept des Problem-Systems (Goolishian), welches einen Ausweg aus immer noch pathologisierenden Therapietheorien aufzeigt und zur Auffassung von Therapie als Konversation (Maranhao) geradewegs hinführt. Diese aufeinander aufbauende Diskussion zunächst unverbunden erscheinender theoretischer Konzepte dient dann schließlich als Grundlage für die Entscheidung, auf das Bemühen einer therapieeröffnenden oder -begleitenden Psychodiagnostik zu verzichten.

2. Das Problem

Klinisch tätige Psychologen klagen häufig darüber, dass sie in der Praxis mit dem im Studium erlernten Wissen über Psychodiagnostik entweder nichts Sinnvolles anfangen können oder es ohne direkten Bezug zum psychotherapeutischen Tun anwenden. Testung und Therapie werden oft als voneinander unabhängige Verfahrensweisen gehandhabt. Entsprechendes ist von Psychiatern zu

² Unter der Bezeichnung "klinisch" ("Kliniker") werden im folgenden alle Tätigkeiten und Tätigkeitsfelder zusammengefasst, in denen die Lösung von Lebensproblemen mit professionellen Mitteln versucht wird, unabhängig davon, ob dies im Rahmen von Kliniken oder in anderen psychosozialen Institutionen (Beratungsstellen, Therapieinstituten usw.) geschieht.

hören. Ihre zuweilen sehr differenzierten diagnostischen Erwägungen führen zur Verordnung von wenigen Standardmedikamenten. Zudem belegt die empirische Literatur der Psychiatrie, dass die Zuordnung von Patienten zu nosologischen Kategorien weder intersubjektiv abgesichert noch besonders therapierelevant ist (vgl. z.B. Dörner, 1975). Dennoch wird daran festgehalten, dass eine gründliche Diagnostik der Therapie vorauszu gehen habe.

Ähnlich verhält es sich mit der post-factum-Diagnostik, d.h. mit der Effektivitätskontrolle abgeschlossener Therapien. Die zur Absicherung von Therapieeffekten eingesetzten Tests scheinen eher Artefakte zu erzeugen (vgl. z.B. in Pawlik, 1976). Man hat entweder MMPI-Profile "behandelt" oder Veränderungen erzielt, die uninteressant waren, oder man kann überhaupt keine objektivierbaren Veränderungen feststellen, obwohl die Patienten zufrieden sind usw. Der um Wissenschaftlichkeit bemühte Therapeut sieht sich vor ein schwieriges Problem gestellt: einerseits lässt sich das ihm relevant Erscheinende nicht unbedingt, wie wissenschaftlich gefordert, anhand von Populationsparametern ausdrücken, andererseits werden seine Beschreibungen des Einzelfalls wissenschaftlich nicht ernst genommen.

Die Folge ist die in den Humanwissenschaften seit jeher viel beklagte Polarisierung von Wissenschaft und Praxis. Der Wissenschaftler, der auf Anerkennung in Fachkreisen angewiesen ist, neigt dazu, "mehr desselben" (vgl. Watzlawick et al., 1969) zu tun: die Instrumente (z.B. Tests) und statistischen Modelle werden verfeinert, es werden Prozesse statt nur Vorher-Nachher-Differenzen untersucht, es kommen probabilistische und entscheidungstheoretische Strategien hinzu, weiterhin ausgiebige Befragungen, die mit kaum nachvollziehbaren mathematischen Verfahren ausgewertet werden. Alles in allem, die Diagnostik wird zur Domäne von Datenverarbeitungsexperten. Der Praktiker andererseits springt von einem Verfahren zum nächsten oder er bleibt unbekümmert haften an einmal Gelerntem; er gibt es auf, sich wissenschaftlich auf dem Laufenden zu halten und geht den Gurus nach und belächelt den mahnenden Wissenschaftler, allerdings nicht ohne einen Anflug schlechten Gewissens. Kurzum, es lässt sich - und zwar viel genauer als in diesen Zeilen möglich - zeigen, dass die traditionelle Psychodiagnostik ihr Ziel bei weitem nicht erreicht hat, nämlich die immer präzisere Erfassung von Ist-Zuständen zum Zweck der Planung von Interventionen auf der Grundlage zuverlässiger Prognosen. Dass dennoch daran festgehalten wird, rührt wohl daher, dass im allgemeinen einmal gültig gewordene Auffassungen, gleichgültig wie nützlich oder unnützlich sie sind, beibehalten werden (vgl. Kuhn, 1967).

3. Therapiebezogene Psychodiagnostik

Seit einiger Zeit beschränkt sich die Anwendung von Psychodiagnostik im klinisch-psychologischen Bereich zunehmend darauf, Mittel zur Optimierung von Therapieplanung zu sein (vgl. z.B. Pawlik, 1976). Diese Beschränkung scheint einen Kompromiss darzustellen zwischen dem Aufgeben früherer Erwartungen an eine möglichst objektive Erfassung - Diagnose - tatsächlicher Zustände und dem Festhalten daran, dass es der Therapeut sei, der die Ziele und folglich auch die Schritte einer Therapie zu bestimmen habe. Der diagnostische Prozess bestehe also darin, den Unterschied zwischen Zuständen vor der Therapie (Ist-Zuständen) und zu erwartenden Zuständen nach erfolgreicher Therapie (Soll-Zuständen) abzuschätzen, um daraufhin die einzelnen (Lern-)Schritte, aus denen die Therapie bestehen soll, zu konzipieren. Dieser Prozess kann auch therapiebegleitend angelegt sein, indem die Abstände zwischen den Messzeitpunkten (z.B. entsprechend der Abfolge

der Therapiesitzungen) verringert werden, so dass der Therapeut seine Aktivitäten nach den Ergebnissen der Prozessdiagnostik richten kann. Diese allgemeine Sichtweise des diagnostischen Prozesses - sie wird von den meisten psychotherapeutischen Richtungen vertreten - beruht offenbar auf der Annahme, dass Therapie erst dann sinnvoll sei, wenn der Therapeut "Wissen" darüber erlangt hat, was er zu tun habe. Und dies könne nur dann möglich sein, wenn er das von ihm Erkannte mit seinen Zielen und Methoden in Einklang bringt.

Auch die meisten Vertreter der sog. Familientherapie - bislang die wohl neueste Richtung im Bereich der Psychotherapie - folgen implizit dieser Auffassung (vgl. Liddle, 1983). Das Augenmerk richtet sich zwar nicht so sehr auf die Ist-Zustände des Patienten, sondern direkter auf die stattfindenden Veränderungsprozesse während der Therapie. Dennoch liegt auch diesen Therapiemodellen das sog. medizinische Modell zugrunde. Denn es ist nach wie vor der Therapeut, dem die Aufgabe zufällt, aus den berichteten bzw. "gezeigten" Problemen (Klagen, Verhaltensweisen, interaktionellen Sequenzen oder familiären Strukturen) seine funktionalen Muster zu knüpfen, d.h. diagnostische Modelle zu entwerfen. Erst dann, nach dieser diagnostischen "Entdeckung" des "eigentlichen" Problems - dies kann ein verborgener Konflikt, ein Zusammenreffen ungünstiger innerer und äußerer Faktoren, ein redundantes Kommunikationsmuster, eine bestimmte Familienkonstellation usw. sein - sei der Therapeut in der Lage, eine spezifische therapeutische Strategie einzuschlagen (vgl. z.B. Haley, 1977; Selvini Palazzoli et al., 1978). Eine vorgeschaltete Phase des diagnostischen Erkennens und Einordnens wird auch in der Familientherapie für unverzichtbar gehalten (vgl. Schiepek, 1985; auch verschiedentlich in Keeney, 1983).

Die Auseinandersetzung innerhalb der Therapierichtungen und zwischen ihnen um den Stellenwert diagnostischer Bemühungen hat eine lange Geschichte. Unter den Richtungen, in denen Diagnostik für irrelevant gehalten wurde, befindet sich zum Beispiel die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (vgl. Rogers, 1951; Tausch, 1986). Bei diesem Ansatz steht das Verhalten des Therapeuten im Mittelpunkt. Es wird angenommen, dass optimales Therapeutenverhalten günstige Bedingungen für die Veränderung des Patienten schafft. Die Verhaltensweisen des Patienten werden, mit Ausnahme von selbstexplorierenden Äußerungen, nicht besonders registriert oder beurteilt. Eine gezielte Psychodiagnostik findet mithin nicht statt.

Aus systemischer Sicht lässt sich in einer ersten Annäherung feststellen, dass das Gemeinsame an diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten darin besteht, dass beide Aspekte einer sozialen Interaktion, nämlich einer klinischen Gesprächssituation beinhalten. Ein Gespräch (ein Dialog, eine Konversation) kann allgemein als ein Prozess aufgefasst werden, in dem miteinander interagierende Menschen Handlungen erzeugen, die sich aufeinander beziehen und dabei eine Kommunikation bzw. ein Netz von kommunikativen Handlungen aufbauen (vgl. Luhmann, 1984; Maturana, 1982). In dem Maße, in dem ein Gespräch zu einem "klinischen", d.h. zu einem wie auch immer auf die Lösung von Lebensproblemen bezogenen Gespräch wird, erweist sich die Unterscheidung der konstituierenden Handlungen in diagnostisch-entdeckende und interventiv-verändernde als eine vom Beobachter allein aufgrund seiner Kriterien vorgenommene Interpunktion. Es handelt sich um eine Unterscheidung, die zudem wegen der unentwirrbaren Verflechtung der Handlungen des Diagnostikers/Therapeuten und des/der Patienten kaum zu leisten ist. Die Interpunktion entstammt einem Verständnis des klinischen Gesprächs, das dieses in Analogie zu einem Experiment begreift:

ein Subjekt sei dabei in der Lage, ein anderes Individuum (Objekt) zuerst objektiv zu erfassen, um an ihm danach kontrollierte, zielgerichtete Operationen vorzunehmen. Spätestens aber im Lichte der Ergebnisse sozialpsychologischer Untersuchungen zur Beziehung zwischen Versuchsleiter und Versuchsperson in experimentellen Situationen (vgl. z.B. den Rosenthal-Effekt oder das Milgram-Experiment) muss man annehmen, dass eine saubere Trennung zwischen Subjekten und Objekten sozialer Handlungen nicht einmal in besonders kontrollierten Experimentalsituationen möglich ist. Um so weniger dürfte dies bei den viel unkontrollierbareren sozialen Bedingungen einer klinischen Interaktion der Fall sein.

4. Psychotherapie

Psychotherapie findet - allgemein gesprochen - statt, wenn Individuen zusammenkommen, um zu versuchen, Lebensprobleme unter Einbeziehung professioneller Hilfe zu lösen. Das soziale System "Therapie" bildet sich, wenn:

1. mindestens ein Individuum in Bezug auf ein anderes die *Rolle des Therapeuten* übernimmt, d.h. nach den wie auch immer gesellschaftlich definierten Erwartungen an diese Rolle handelt;
2. mindestens ein anderes Individuum, welches einen oder mehrere Aspekte seiner Existenz als *Problem* definiert, die zum Therapeuten reziproke *Patientenrolle* (Klient, Kunde) übernimmt, d.h. die Rolle desjenigen, der
3. innerhalb einer *begrenzten Zeitspanne* seine Probleme zum Thema der Beziehung zum Therapeuten macht.

Diese Definition von Therapie enthält die Merkmale, die nötig sind, um das System "Therapie" von allen ähnlichen sozialen Systemen unterscheiden zu können. Auf dieser abstrakten Ebene bezeichnet die Definition das zeitlich begrenzte Zusammenspiel (da es ohne zeitliche Begrenzung in eine andere Art von Zusammenspiel, z.B. in eine Dauerbeziehung, übergehen würde), das zwischen den *Systemmitgliedern* Therapeut und Patient um das Thema "Problem" stattfindet. Sie ist bewusst allgemein gehalten, damit sie ohne inneren Widerspruch unterschiedliche Betrachtungen von sozialen Systemen umfassen kann. Dabei ist es nämlich gleichgültig, ob soziale Systeme aus biologischer Sicht als aus Menschen (Maturana, 1983) oder aus soziologischer Sicht als aus Handlungen (Luhmann, 1984) bestehend angesehen werden. Durch die Verwendung des unspezifischen Rollenbegriffs *Mitglied* wird impliziert, dass diese Rollen zwar von konkreten Menschen wahrgenommen werden müssen, um von Therapie sprechen zu können. Damit ist jedoch nicht festgelegt, dass diese Personen die betreffenden Rollen ganzheitlich wahrnehmen müssen, zumal die Übernahme einer Rolle immer nur einen Ausschnitt des Seins und des Verhaltens eines Menschen betrifft. Die Bestimmung des therapeutischen Systems durch die Rollen von Therapeut und Patient entspricht der logischen Forderung, dass Bestandteile und System im Hinblick auf das Abstraktionsniveau, auf dem sie begrifflich angesiedelt sind, homogen sein sollen. Die Rolle als Bezeichnung für einen Erwartungszusammenhang entspricht der Abstraktheit eines sozialen Systems. In der Praxis erfüllt die Verwendung der Rollenbezeichnung "Therapeut" zudem den Zweck, den jeweiligen Therapeuten daran zu erinnern, dass sein Verhalten am Maßstab der Erfüllung eben dieser Rolle beurteilt wird, die mit anderen sozialen Rollen - Freund, Liebhaber, Coach, usw. - nicht verwechselt werden sollte.

Therapie bedeutet also Erzeugung, Erhaltung und Beendigung des spezifischen sozialen Systems,

das um das Thema "Problemlösung" konstituiert wird. Das dabei entstehende Netz von kommunikativen Handlungen stellt das Ergebnis semantischer Koordinationen zwischen den Beteiligten dar. Diese bringen dabei eine spezifische *soziale Realität* hervor (vgl. Pearce & Cronen, 1980). Diese Realität, d.h. die Geschichte von semantischen Transaktionen im therapeutischen System, besteht im Gegensatz zur Realität tradierter, langlebiger Systeme wie Familie und Gruppe nur so lange, bis das bei der Entstehung des therapeutischen Systems implizit vereinbarte Ziel, dessen Auflösung, erreicht worden ist.

5. Soziale Systeme

Bei der theoretischen Begründung des eminent praktischen therapeutischen Tuns haben sich die theoretischen Auffassungen der Biologen Humberto Maturana und Francisco Varela (1984) als nützlich erwiesen (vgl. z.B. Dell, 1986; Levold, 1984; Ludewig, 1986a, 1986b). Sie legen es nahe anzuerkennen, dass Menschen als operational abgeschlossene, strukturdeterminierte lebende Systeme *autonome* "Wirklichkeitskonstrukteure" sind, die weder als gezielt veränderbar, noch ausschließlich als Produkt ihrer Umwelt, noch als passiv angepasste Wesen verstanden werden können. Dem Therapeuten bzw. dem Therapietheoretiker stellt sich dann allerdings die Frage, wie er, wenn gezielte Veränderung nicht möglich ist, dennoch mit Patienten in nützlicher, passender und ethisch vertretbarer Weise therapeutisch arbeiten soll. Der Therapeut steht vor dem Dilemma, zur Veränderung beitragen zu sollen, ohne je genau zu wissen wie, oder auch nur die Folgen seines Handeins sicher abschätzen zu können. Angesichts dieses sehr praxisrelevanten Dilemmas benötigt der Therapeut eine Theorie, die ihm die Fortführung seines Handelns zu begründen erlaubt.

Mit Hilfe jener der Biologie entnommenen Konzepte war es zunächst nur möglich, bei der Beschreibung von Therapie allgemein von der Herstellung eines sozialen Milieus zu reden, in dem mit dem/den Patienten eine für Veränderungen günstige strukturelle Koppelung entstehen könnte. In diesem Sinne wurden (zum Beispiel von uns) Richtlinien entwickelt, die dem Therapeuten bei der Erfüllung dieser Forderung helfen sollten (vgl. Ludewig, 1984, 1985). Wie jedoch zwischenzeitlich bemerkt wurde, war diese Konzeptualisierung von Therapie allzu nahe daran, verkürzte "Biologismen" zu vertreten, die entweder zu global und daher unpraktisch oder dem eigentlichen "Gegenstand", d.h. den sozialen Handlungen in der Therapie nicht ausreichend angemessen waren (vgl. Levold, 1984; Ludewig, 1986a). Es stand also an, unser therapeutisches Tun entschiedener als bislang wieder vom sozialen Standpunkt her zu reflektieren, ohne jedoch das systemische Denkmodell, das sich als sinnvoll erwiesen hatte, grundsätzlich zu verlassen.

Betrachtet man ein menschliches soziales System als das *Produkt* struktureller Koppelung, d.h. der Kommunikation zwischen Menschen, so muss diesem System eine andere Qualität zugesprochen werden, als sie seinen Erzeugern, d.h. den am Sozialsystem beteiligten physischen Individuen zukommt. Ein soziales System befindet sich aus konsequent biologischer Sicht zwar in Kontinuität mit dem biologischen Phänomenbereich seiner Erzeuger (eine von Bateson 1982 und Maturana 1982, 1983 aufgestellte Forderung), es eröffnet aber darüber hinaus einen neuen Phänomenbereich, nämlich den der sozialen Phänomene. Wenn also über soziale Phänomene gesprochen wird, müssen wir, um die "logische Buchhaltung" (vgl. Maturana & Varela, 1984; Ludewig, 1986a) einzuhalten, diesen Phänomenen eine ontologische Qualität zumessen, die von der seiner Erzeuger verschieden ist und sich daher mit ihr nicht überschneidet. Ohne Berücksichtigung dieser unterschiedlichen

ontologischen Bereiche würden wir verwirrenden Reduktionismus betreiben. Deshalb können wir Maturana (1983) nicht folgen, wenn er "ganze" Menschen als die Bestandteile von sozialen Systemen und das System selbst gewissermaßen als bloßes Milieu ansieht, in dem die beteiligten Individuen ihre Autopoiese und ihre Adaptation verwirklichen. Aus der Position des Biologen mag es verständlich und nachvollziehbar sein, das individuelle Leben ins Zentrum aller Überlegungen zu stellen. Dies trägt aber nicht unbedingt zu einem phänomenologisch angemessenen Verständnis sozialer Systeme bei. Denn eine Definition, die soziale Systeme als aus konkreten Menschen bestehend ausweist, verleiht den *allein* im Handlungsbereich erkennbaren sozialen Systemen eine materialisierte topologische Wirklichkeit, zu der nur das ethische Ansinnen, Kollektive dem Individuum unterzuordnen, berechtigt. Ein solches Ansinnen, so wertvoll es ist, müsste, um überzeugend zu wirken, anhand sozialer Kategorien begründet sein. Andernfalls könnte es allzu leicht als Biologismus abgelehnt werden, wogegen das noch so anziehende Konzept der biologisch begründeten Liebe auch nichts auszurichten imstande wäre (vgl. Maturana, 1985). Es scheint allerdings, als könnte einer Definition sozialer Systeme, die eine ungebrochene Kontinuität des Biologischen in das Soziale hinein postuliert, nur auf der Ebene gesamtgesellschaftlicher Verhältnisse zugestimmt werden. Denn nur auf dieser Ebene, auf der alle irgendwie in Verbindung stehenden Menschen vereinigt sind, könnte man behaupten, dass das umfassende System Gesellschaft aus Menschen und ihren Relationen zusammengesetzt ist, zumal auf dieser Ebene Mitgliedschaft und Person (bzw. Individuum) voneinander nicht mehr zu unterscheiden sind.

Anders als materiell verkörperte Systeme wie Zellen und Organismen existiert ein soziales System in einer Wirklichkeit, die vom Beobachter durch nichts anderes bestimmt werden kann als durch seine Interaktionen mit den Mitgliedern des Systems in ihrer Eigenschaft als *Mitglieder*, z.B. durch Befragung. Es kann keine allgemein gültigen Kriterien geben, anhand derer ein Beobachter in problemloser Einigung mit anderen Beobachtern bestimmen könnte, welches Gebilde für ein soziales System gehalten werden kann, bzw. ob das, was er als ein solches identifiziert hat, auch von den tatsächlich Beteiligten bestätigt wird. So mag beispielsweise eine zufällige "Ansammlung von Menschen einem Beobachter durchaus als ein strukturiertes soziales System vorkommen, ohne dass dies von den Beobachteten selbst bestätigt wird.

In Anlehnung an Luhmann (1984) erscheint es phänomenologisch folgerichtig, soziale Systeme als solche Systeme zu kennzeichnen, die durch *Sinn Grenzen* definiert werden. Damit ist gemeint, dass die Existenz sozialer Systeme auf die kommunikativen Handlungen zurückgeht, die eine Innen-Außen-Differenz zwischen System und Umwelt und somit dessen Grenzen konstituieren. Es sind Sinn Grenzen, welche dem System jene kommunikativen Handlungen zuordnen, die das System bilden. Insofern handelt es sich bei diesen Systemen um temporäre, d.h. nur in der Gegenwart erkennbare Einheiten, die der ständigen Erneuerung bzw. Rekonstruktion bedürfen.

Mitglied. Im Folgenden soll, wenn von einem sozialen System gesprochen wird, ein System gemeint sein, das aus Mitgliedern und ihren auf das System bezogenen Relationen besteht. Dabei wird unter dem Begriff des "Mitglieds" eine zunächst unspezifische Rolle, d.h. ein je nach System variabler Erwartungszusammenhang, verstanden. Die Wahl des Begriffs *Mitglied* hat den Vorteil, zwei miteinander verknüpfte Aspekte zu beinhalten: Zum einen ist ein Mitglied durch ein Bündel von Handlungen gekennzeichnet, die von ihm im Rahmen der Definition des jeweiligen sozialen Systems erwartet werden, d.h. das Mitglied ist als Bestandteil des Systems durch die Eigenart des

Systems definiert. Zum anderen verleiht die Ausführung eben jener erwarteten Handlungen wiederum dem System seine spezifische Wirklichkeit. Mitgliedschaft impliziert also den rekursiven Zusammenhang zwischen der gleichzeitigen Erzeugung des Systems und des Erzeugtwerdens durch das System. Kurzum: unter einem sozialen System wird im folgenden ein durch Mitgliedschaft konstituierter und abgegrenzter Handlungszusammenhang verstanden.

6. Problem-System

Die Betrachtung von sozialen Systemen als Handlungskomplexe statt als topologische Gebilde erlaubt es dem Therapeuten, sich radikal von den trotz aller Beteuerungen noch immer im Hintergrund schimmernden Vorstellungen konkreter Systemstrukturen zu befreien. Der seit langem begonnene Prozess der Entpathologisierung menschlicher Handlungsweisen kommt zu größerer Entfaltung. Denn obwohl seit langem nicht mehr von individueller "psychischer Krankheit" oder von Systemdysfunktionalität gesprochen wird und unter systemischen Therapeuten allenfalls von beobachter-bestimmter Auffälligkeit die Rede ist (vgl. Ludewig, 1983), haftet es unserem Denken weiterhin an, das zur Therapie führende Geschehen als irgendwie in der Struktur eines sozialen Systems, z.B. einer Familie, lokalisiert anzusehen. Diese Familie wird zwar als intrafamiliär funktional betrachtet, ihre funktionale Einpassung in gesamtgesellschaftliche Verhältnisse jedoch als fehlerhaft bzw. auffällig bewertet. Die Aufgabe des Therapeuten besteht entsprechend dieser Perspektive nach wie vor in dem Versuch, eine mangelhafte Struktur zu reparieren.

Der Übergang zur Betrachtung von sozialen Systemen als kommunikative Matrizen bietet hierzu eine Alternative. Damit wird es möglich, Probleme nicht mehr als Bestandteile eines "natürlichen" Systems anzusehen, sondern sie als das Thema, die Struktur einer eigenständigen Handlungseinheit - des *Problem-Systems* - zu definieren (vgl. Anderson et al. 1986). Weiterhin entsteht die Möglichkeit, das *therapeutische System*, d.h. das soziale System, das sich zwischen dem Therapeuten und den Mitgliedern des Problem-Systems bildet, als ein abgegrenztes System zu definieren, dessen einzige Existenzberechtigung in der Übernahme des Problems und damit einhergehend in der Auflösung des Problem-Systems sowie in seiner eigenen späteren Auflösung besteht. Das therapeutische System kann somit auf die Handlungen beschränkt werden, die für die kommunikative Erweiterung des Problem-Systems notwendig und für dessen spätere Auflösung dienlich sind.

Die Definition von Problem-Systemen, d.h. von Systemen, deren Struktur durch die Handlungen gebildet wird, die das Problem erzeugen und erhalten, ermöglicht es, sich von normativen Maßstäben zu lösen. Die Aufmerksamkeit richtet sich nicht mehr auf den Vergleich zwischen manifesten und normativ erwartbaren Zuständen. Es interessiert nicht mehr zu erfahren, wie das um das Problem gebildete System wäre oder zu sein hätte, wenn es um etwas anderes als um dieses Problem entstanden wäre - eine unsinnige Frage! Denn wäre dieses System nicht um dieses Problem entstanden, so hätte es dieses System nie gegeben. Mit anderen Worten: es gibt keine "gesunde" Alternative zu einem Problem-System, es gibt nur die Möglichkeit seines veränderten oder gleichbleibenden Fortbestehens bzw. seiner Auflösung. Deshalb sind Konzepte von Gesundheit, Pathologie und Heilung in diesem Kontext gänzlich irrelevant.

Für den Therapeuten bedeutet diese Veränderung der Sichtweise, dass seine Aufgabe nicht mehr

darin bestehen kann, zu prüfen, ob das präsentierte Problem ein "richtiges", d.h. ein behandlungsbedürftiges ist bzw. welcher Klasse von Problemen es zugeordnet werden soll. Vielmehr erweist es sich als Aufgabe des Therapeuten - sofern er seine Kenntnisse und Möglichkeiten zur Verfügung stellen will - Mitglied in einem um das Thema Lösung erweiterten Problem-System zu werden: dem therapeutischen System. Statt sich als Reparateur eines aus Menschen bestehenden, falsch funktionierenden Apparats zu verstehen, ist der Therapeut ein Erzeuger von Handlungen, die in ihrer rekursiven Koppelung mit der als Problem definierten Kommunikation seiner Patienten eine neue Kommunikation - eine neue Realität - gründen, in die das Problem-System aufgehen und sich auflösen kann.

Bei diesem Prozess bleiben die beteiligten Personen im Hinblick auf die vielen Handlungen und Systeme, die sie außerhalb des Problem-Systems erzeugen, im Prinzip unberührt. Denn eine Therapie kann - anders als etwa eine Ausbildung - nicht zum Ziel haben, Menschen anzustoßen, sich zu verändern, d.h. ein *anderer Mensch* zu werden. Durch die Mitgliedschaft in einem neuen System verändert sich allenfalls die Manifestation des Handlungsrepertoires des Akteurs im Sinne einer Verlagerung auf solche Handlungsweisen, die für die Wahrnehmung der Mitgliedschaft notwendig sind. Dementsprechend verlangt die Bildung eines therapeutischen Systems nicht die "Veränderung" eines Menschen im Sinne einer Modifikation, Zunahme oder Aufgabe von Eigenschaften, sondern die Verlagerung seiner manifesten Handlungen auf die eines Patienten in *diesem* therapeutischen System. Selbst im günstigen Fall einer geglückten Therapie verlernt das Mitglied des Problem-Systems nicht, dieser Mitgliedschaft entsprechend zu handeln, es geht "nur" dazu über, Mitglied eines anderen Systems zu werden, in dem das alte Verhalten unpassend ist. Es ist möglicherweise diese Beschränkung von Therapie auf Auslösung von Vorhandenem, welche dem Phänomen Therapie eine deutliche Eigenständigkeit gegenüber anderen sozialen Phänomenen wie etwa Erziehung oder Disziplinierung verleiht. Denn es lässt sich anhand dieses Kriteriums unterscheiden, ob es dem Therapeuten tatsächlich darum geht, seinen Patienten anzustoßen, seine bereits existierende Struktur in anderer als der bisherigen Weise zu verwirklichen, oder ob es ihm nicht doch darum geht, seinem Patienten in bewusstem oder unbewusstem, eigenem oder fremdem Auftrag eine "bessere" Lebensart beizubringen, die ihn, den Patienten, befähigt, zufriedener im Sinne des Therapeuten zu leben. Im letzteren Fall handelt es sich nicht mehr um Therapie, sondern um "Lebenserziehung" oder ähnliches.

Die Verwendung des Konzepts "Problem-System" anstelle von "sozialem-System-mit-Problem" trägt ebenfalls zur Klärung der Frage bei, ob es die Individuen sind, die aufgrund ihrer individuellen Struktur Probleme erzeugen, oder ob das soziale System es ist, welches die Probleme verursacht: die Frage erweist sich als irrelevant. Denn das betreffende Problem-System ist das Problem, d.h. es ist das Kommunikationsnetz, zu dessen Erneuerung und Erhaltung spezifische Handlungen immer wieder erzeugt werden müssen (vgl. Watzlawick et al., 1974). Die Erzeuger dieser Handlungen, nämlich die Mitglieder des Problem-Systems, können indessen variieren, und sie brauchen keineswegs zugleich Mitglieder eines anderen, gemeinsamen "natürlichen" Systems, wie z.B. einer Familie, sein. Mit anderen Worten: Weder Individuen noch soziale Systeme verursachen Probleme, sondern Probleme sind als solche bewertete soziale Systeme, die sich selbst erzeugen und erhalten (oder auflösen). Diese "Umdeutung" von Problemen zu eigenständigen sozialen Systemen, die für die Theorie der Therapie einschneidende Folgen hat, geht im wesentlichen auf die Arbeitsgruppe um Harry Goolishian in Galveston/Houston, Texas, zurück (vgl. Anderson et al. 1986). Ihre Feststellung

liest sich banal: Probleme *sind* Systeme, statt Systeme *haben* Probleme; sie lenkt aber die Konzeptualisierung von Therapie in ganz andere als die traditionellen Bahnen, und zwar nicht nur im Bereich der Psychotherapie, sondern auch im Bereich der modernen Familientherapie.

7. Therapie als Konversation

Probleme sind im Rahmen von Kommunikation entstandene negative Bewertungen von Handlungskomplexen. Problem-Systeme sind Kommunikationsnetze, d.h. soziale Systeme, die um das Thema "Problem" entstanden sind. Therapie muss also ebenfalls Kommunikation sein, d.h. Argumentation um das Thema "Problem" mit dem Ziel, es zu bewältigen (vgl. Wohlrapp, 1979). Da aber keine Handlung an sich ein Problem ist und wiederum fast jede Handlung unter bestimmten Bewertungsumständen zum Problem werden kann, gibt es für den Therapeuten keine Kriterien, anhand derer er das vorgestellte Problem etwa kraft einer "besseren" Realität bestätigen, verwerfen oder korrigieren könnte. (Tut er es dennoch, so deshalb, weil er es so will.) Verzichtet der Therapeut jedoch darauf, eine derartige Bewertung willkürlich vorzunehmen, so ist er darauf angewiesen, die Sichtweise und die Problemdefinition des anderen als legitim zu akzeptieren. Damit beschränkt sich sein Aufgabenbereich konsequenterweise darauf, sich mit seiner professionellen Erfahrung in den Dienst der Mitglieder des Problem-Systems zu stellen. Folgerichtig spricht man mancherorts in den USA gelegentlich vom "Kunden" (customer) statt vom Patienten oder Klienten. Das gemeinsame Tun von Therapeut und Patient beschränkt sich auf die Erfüllung eines Leistungsvertrages, der den Kauf und Verkauf von spezialisierten Leistungen regelt. Nicht mehr, nicht weniger.

Im strengen Sinne sind auch die Begriffe "Therapie" und "Therapeut" aus dieser Sicht irreführend. Sie entstammen der medizinischen Tradition und wurzeln im Dualismus von handelndem Experten und behandeltem Objekt. Angesichts dieser Situation schlägt Efran (1986) vor, anstatt vom Psychotherapeuten lieber vom "epistemologischen Berater" zu sprechen, d.h. von einem, der sich als Partner für die Reflexion des anderen zur Verfügung stellt. Der norwegische Familientherapeut Tom Andersen spricht vom "reflecting team", d.h. von Beobachtern, die ihre Aufgabe darin sehen, den Patienten ihre bei der Beobachtung des Interviews entstandenen Eindrücke mitzuteilen (Galveston, pers. Mitteilung, 1985). Persönlich fühle ich mich vom Begriff *Maieutik* (bzw. "Maieutiker") angezogen. Dieser auf Sokrates zurückgehende Begriff bezeichnet die Kunst der "Entbindung" von Gedanken im Dialog, und zwar in einer Art und Weise, wie diese Gedanken ohnehin im Entbundenden potentiell vorhanden sind.

In der therapeutischen Situation geschieht eine argumentative Auseinandersetzung zwischen denen, die ein Problem erzeugen und erhalten, und anderen, die sich bemühen, dieses semantische Gebilde "Problem" zu hinterfragen und somit das Problem-System zu "verstören" (vgl. Ludewig, 1983). Die einzelnen strategischen Schritte dieser Argumentation können sehr verschieden sein. Der Therapeut kann sein Gegenüber anregen, das Problem möglichst genau zu beschreiben oder sich Zukunftsperspektiven bezüglich der problematischen Handlungen auszumalen, er kann alternative Beschreibungen/Erklärungen anregen oder erweiterte Kontextualisierungen suggerieren (z.B. mittels einer positiven Konnotation). Zudem kann er die Logik der beklagten Handlungen mit alternativen Logiken konfrontieren, andersartige Verhaltensweisen "verschreiben", die Moral der jetzigen Situation in Frage stellen, usw. Alles in allem, der Therapeut regt die Konstruktion von alternativen Handlungssystemen an, die das Problem-System überwinden. Anders formuliert: Der Therapeut

mennt sich in den das Problem aufrechterhaltenden Diskurs ein und eröffnet damit einen neuen Diskurs.

Bei der sich dabei ergebenden semantischen Koordination zwischen Therapeut und Patient, d.h. bei der Bildung des therapeutischen Systems, handelt es sich um eine Erweiterung des Problem-Systems mit Hilfe von Handlungen, die im Programm dieses Systems zwar vorhanden, aber derzeit nicht zutage treten. Es werden neue argumentative Verknüpfungen hergestellt, die hilfreich sein können. Mit der daraus resultierenden Frage, welche Argumentationsweisen nun hilfreich sein könnten, befassen sich neuere Arbeiten aus den USA. Es handelt sich einerseits um die Arbeit von Stephen Tyler und Tullio Maranhao von der Rice University in Houston, Texas, die sich als Anthropologen das Studium des "Psychotherapeuten-Stammes" vorgenommen haben, und andererseits um die damit verbundene Arbeit der Therapeuten Harold Goolishian und Bradford Keeney. Erste Einblicke in ihre an die sokratische Tradition der dialektischen Methode anknüpfende Untersuchung gaben sie gemeinsam im Herbst 1985 bei der Jahrestagung der American Association of Marriage and Family Therapy in New York.

In einer ersten Zusammenstellung seiner Ideen bemerkte der in den USA lebende brasilianische Anthropologe Tullio Maranhao (1986), dass die therapeutische Arbeit von orthodoxen und ich-psychologischen Psychoanalytikern sowie von strukturellen und systemischen Familientherapeuten am ehesten angewandte Rhetorik darstelle. Daher verwundere es ihn, dass Therapeuten ihr Handeln mit Theorien aus der Biologie, der Kybernetik usw. begründen, die sehr wenig mit ihrer eigentlichen Praxis, nämlich dem Reden, zu tun haben. Er schreibt diesen Umstand dem allgemein herrschenden Glauben an die Naturwissenschaften zu. Allerdings setzten Therapeuten - anders als Priester, Politiker und Lehrer - Rhetorik nicht dazu ein, um von der eigenen Position oder dem eigenen Wissen zu überzeugen. Vielmehr orientiere sich die Argumentation des Therapeuten grundsätzlich am Diskurs seiner Patienten. Bei systemischen Therapeuten komme hinzu, dass sie, im Gegensatz etwa zu Psychoanalytikern und strukturellen Familientherapeuten, keine ausformulierte Theorie vom (gesunden) Menschen und daher auch nicht von Pathologie hätten. Deshalb stünden sie unter den Psychotherapeuten gewissermaßen den Sophisten am nächsten, welche, ohne eine eigene Wahrheit zu vertreten, die reinste Rhetorik kultiviert haben.

Der Vergleich mit den altgriechischen Sophisten spricht insoweit an, als die Psychotherapie und speziell die systemische Therapie eine Methode bzw. eine Praxis darstellen, die auf der Kunst des Redens basiert. Auf systemische Therapeuten trifft weiterhin zu, dass für sie die oberste Orientierung ihrer Praxis in der erfolgreichen Verstörung des Diskurses von Problem-Systemen besteht. Da sie Menschen grundsätzlich als autonome, nicht gezielt beeinflussbare Wesen betrachten, bieten sie ihren Patienten keine Zielvorstellungen an, sondern räumen der eigenständigen Entwicklung von Patienten den Vorrang ein.

Maranhao dokumentiert in seiner Monographie, dass systemische Therapeuten, offenbar mehr intuitiv als beabsichtigt, viele der alten Redetechniken der Sophisten benutzen: Umdeutung, positive Konnotation, Rekontextualisierung, Konfrontation, "Paradoxien", usw. Auch Sokrates habe sich, so Maranhao, rhetorischer Strategien bedient, wenn es ihm darum ging, einen Dialog in seinem Sinne zu beeinflussen - und dies, obwohl er als intimer Feind der Sophisten deren Grundhaltung, eine argumentative Auseinandersetzung um jeden Preis zu gewinnen, ablehnte. Anders aber als die

Sophisten verfolgte Sokrates die Absicht, die in jedem Einzelnen innewohnende Wahrheit mit Hilfe seiner dialektischen Methode zutage zu fördern. Die Parallele zu Tun und Absicht systemischer Therapeuten, dem Patienten bei der Verwirklichung *seiner* Struktur zu helfen, wird offensichtlich.

An der zitierten Arbeit erscheint weniger wichtig, zu entscheiden, ob Therapeuten eher sophistisch oder sokratisch arbeiten. Bedeutsamer erscheint die Aktualisierung der immer wieder diskutierten und dann in Vergessenheit geratenen Erkenntnis, dass Therapie, als eine der wesentlichen sozialen Aktivitäten des Menschen, seit Menschengedenken praktiziert wird, und zwar nicht viel anders als heute (vgl. z.B. Toman, 1980). Die gezielte Beschäftigung mit der eigentlichen Praxis des Psychotherapeuten, nämlich mit dem Dialog, könnte sich als ein wichtiges Glied in der Kette therapiebezogener Perspektiven erweisen. Sie könnte den von der Psychoanalyse begonnenen, von der Verhaltens- und der Gruppentherapie fortgeführten und von der Familien- und der systemischen Therapie in die Gegenwart weitergezeichneten Kreis über die Erkenntnis schließen, dass Therapieformen trotz aller Unterschiedlichkeit Variationen zum Thema Konversation darstellen.

Vergegenwärtigen wir uns zwei Voraussetzungen:

- 1) Soziale Systeme schaffen ihre Wirklichkeiten im Zuge der Koordination von Bedeutungen, d.h. im Diskurs, auf einen Konsens hin;
- 2) jede Erkenntnis beinhaltet eine ethische Verpflichtung, da wir für die Wirklichkeiten, die wir uns selbst schaffen, Verantwortung tragen.

Damit verfügen wir über die Möglichkeit, eine übergeordnete Theorie der Therapie zu formulieren, die in der Auseinandersetzung mit Problem-Systemen, seien dies Individuen oder Gruppen, angemessen im Sinne einer "angewandten Ethik" praktiziert werden kann. Den umgekehrten Schluss aus dieser Einschätzung zu ziehen, nämlich die Technik der Diskursführung zu verbessern, würde die Therapie wieder einmal in die Nähe des sophistischen Opportunismus, d.h. des reinen Technizismus, rücken.

8. Zum Stellenwert der Psychodiagnostik

Nun kann abschließend vor dem Hintergrund des dargelegten Verständnisses von Therapie auf die eigentliche Fragestellung dieses Aufsatzes eingegangen werden. Es dürfte bereits aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein, dass Psychodiagnostik als objektivierende Erkundung und Einordnung von Patienten und ihren Problemen im Rahmen des erörterten Konzepts von Therapie als "entbindender" Konversation mit den Mitgliedern eines wie auch immer zusammengesetzten Problem-Systems irrelevant ist. Dies u.a. aus folgenden Gründen:

- ▶ Objektives Diagnostizieren muss aus epistemologischen Gründen als nicht möglich angesehen werden. Dies um so grundsätzlicher dann, wenn es sich um die Beobachtung und Beurteilung von Menschen innerhalb eines sozialen Zusammenhanges wie dem der Therapie handelt. Eine Aussage des einen über den anderen, die nicht explizit eine Aussage über eine Beziehung beider zueinander beinhaltet, stellt demnach eine willkürliche Vereinfachung dar. Da keine Aussage die Bedingung der Objektivität erfüllen kann, kann sie weder zuverlässig noch valide sein. Der Versuch systemisch orientierter Autoren, Diagnostik angesichts dieser inhärenten Schwierigkeit doch noch im Sinne idiographischer, hypothesenspendender Methodik in den Bereich systemischen Denkens "herüberzuretten" (vgl. z.B. Schiepek, 1985), kann nicht nachvollzogen werden.

- ▶ Diagnostische Prozeduren und therapeutische Maßnahmen sind Formen einer Art von Konversation, in der das Thema naturgemäß das Problem ist. Dadurch aber, dass Diagnostik zum Zweck hat, ein vorhandenes Problem lediglich zu untersuchen, ohne dabei dessen Lösung direkt anzustreben, kann der auf Diagnostik beschränkte Diskurs statt zur Überwindung des Problems zu dessen weiterer Fixierung beitragen.
- ▶ In einer systemischen, diskursiven Therapie beschränkt sich der Therapeut im wesentlichen darauf, Fragen zu stellen, die geeignet sind, den Diskurs des Problem-Systems zu verstören. In diesem Sinne kann das Interesse des Therapeuten nicht darin bestehen, irgendeinen Zustand oder Prozess, sei es idiographisch oder nomothetisch, sei es deskriptiv oder explikativ, festzuhalten. Der Therapeut ist vielmehr bestrebt, sich am Diskurs des/der Patienten zu beteiligen und dabei seine Fragen zu stellen. Seine Aufgabe besteht darin, zur Entstehung, Erhaltung und rechtzeitigen Beendigung des therapeutischen Systems beizutragen. Darum kann er nicht daran interessiert sein, Daten zu erheben oder Prognosen zu stellen. Der Therapeut orientiert sein Handeln weder am Erreichen von vorweggenommenen Zielzuständen noch an von ihm gewollten Effekten, sondern jeweils nur daran, wie sich die Beteiligung des Patienten am gemeinsamen Kommunikationsprozess verändert. Das Bestreben des Therapeuten richtet sich ebenfalls nicht darauf, "stimmige" oder "richtige" Interventionen zu entwerfen, wozu er zuverlässige Daten benötigen würde, sondern eben nur darauf, Fragen zu stellen oder Anregungen zu geben, die günstigenfalls "passend" sind (vgl. von Glasersfeld, 1981). Für die Erfüllung seiner Aufgabe bedarf der Therapeut keiner idealtypischen Lösungswege, sondern nur solcher Wege, die es erlauben, auf das Problem zu verzichten bzw. die zur Auflösung des Problem-Systems führen. Um eine Metapher von Steve de Shazer (1985) zu gebrauchen: Das Tun des Therapeuten soll einer von vielen passenden Schlüsseln zum Schloss "Problem" sein, der den Weg zur Lösung eröffnet.
- ▶ Vielmehr als an der Erhebung der Daten, die das Problem-System bilden, ist der Therapeut daran interessiert, mit seinen Fragen und Behauptungen die *Erzeugung* von neuen Daten anzuregen, die entweder zum Aufbau neuer Handlungssysteme, in denen das Problem-System aufgehen kann, oder zur Auflösung des Problem-Systems führen können. Hierzu bedient sich der Therapeut sinnvollerweise eher unüblicher Denk- und Handlungsweisen, anstatt sich auf die Suche nach bestehenden Handlungsmustern zu machen, die das Problem bislang aufrechterhalten haben. Die Gefahr einer solchen Suche bestünde darin, zum einen die Mitglieder des Problem-Systems unwillkürlich in ihren bisherigen Erwartungen und Erklärungen, die Teil des Problems sind, zu bestätigen, und zum anderen die Patienten ebenso unwillkürlich dazu zu motivieren, ihre Sichtweise entweder durch die des Therapeuten zu ersetzen oder gegen die Auffassungen des Therapeuten zu behaupten (sog. Widerstand).

Es kann zusammenfassend angenommen werden, dass der Versuch, eine (Psycho-)Diagnostik systemisch zu begründen, dem Wunsch entspringt, trotz Annahme der Relativität systemischen Denkens dennoch Gewissheit zu erlangen. Denn bei einer Diagnostik kann es um nichts anderes gehen als um die Erfassung von etwas "da draussen", das vom Beobachter unabhängig existiert. Die von der modernen Erkenntnistheorie mittlerweile auch biologisch untermauerte Behauptung, dass jede Erkenntnis subjektgebunden ist (vgl. Maturana & Varela, 1984; von Foerster, 1985), macht es dagegen erforderlich, den Sinn wissenschaftlichen Handelns statt in der vermeintlichen *Entdeckung* von Wahrheiten in der *Erfindung* von konsensfähigen Erkenntnissen zu suchen. Dies bedeutet aber in letzter Konsequenz, auf erkennende Gewissheit zu verzichten und somit ebenfalls auf die nicht

realisierbare Forderung an eine Diagnostik, "wahre" und mithin sichere Erkenntnisse zu erbringen. Statt auf der Verbesserung diagnostischer Vorgehensweisen zu beharren, sollten wir uns lieber darauf einstellen, mit unseren Patienten in eine soziale Beziehung einzutreten, in der Wirklichkeiten ko-erfunden bzw. ko-erzeugt werden, in denen sich die weitere Reproduktion von problematischen Denk- und Handlungsmustern erübrigt.

Dass der Therapeut sich trotz des Verzichts auf eine gezielte Diagnostik permanent in einem Erkenntnisprozess befindet, der ihm eine Orientierung für sein Tun ermöglicht, ist selbstverständlich. Folglich geht in jede Aktivität des Therapeuten das gesamte Wissen ein, das er vor dem Hintergrund seiner bisherigen Erfahrung als Mensch und Therapeut aus dem aktuellen therapeutischen Prozess gewonnen hat. Diesen unvermeidlichen Prozess des Erkennens, der nicht gezielt die Gewinnung von Daten zum Zweck der Aufstellung von Hypothesen und des Entwerfens von Interventionen anstrebt, als "diagnostischen Prozess" zu bezeichnen, würde diesen Begriff derart ausdehnen, dass jede Erkenntnis Diagnostik heißen müsste. In diesem Sinne soll die Schlussfolgerung dieses Aufsatzes, dass auf Psychodiagnostik im Rahmen einer systemisch konzipierten Therapie verzichtet werden sollte, nur insoweit gelten, als mit Psychodiagnostik ein eigenständiger, nach besonderen Regeln ablaufender Prozess der Datenerhebung und Datenordnung gemeint ist.

LITERATUR

- Anderson, H., H. Goolishian, G. Pulliam & L. Winderman (1986): The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In: Efron, D. (ed.): *Developments in Systemic and Strategic Therapies*. New York (Brunner/Mazel).
- Bateson, G. (1982): *Geist und Natur*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Dell, P.F. (1986): *Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie*. Dortmund, (modernes lernen).
- de Shazer, S. (1985): *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York (Norton).
- Dörner, K. (1975): *Diagnosen der Psychiatrie*. Frankfurt/M. (Campus).
- Efran, J.S. (1986): Sprache: Realitäten, Illusionen und Paradoxien. Ein Gespräch mit Jay S. Efran. *Z. systemische Therapie* 4: 80-87.
- Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig (Vieweg).
- Glaserfeld, E. von (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P. (Hrsg.): *Die erfundene Wirklichkeit*. München (Piper), S. 16-38.
- Haley, J. (1977): *Direktive Familientherapie*. München (Pfeiffer).
- Keeney, B.F. (ed.) (1983): *Diagnosis and Assessment in Family Therapy*. Rockville (Aspen).
- Kuhn, T.S. (1967): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Levold, T. (1984): Einige Gedanken über den Nutzen einer Theorie autopoietischer Systeme für die klinische Epistemologie. *Z. systemische Therapie*, 2: 173-189.
- Liddie, H. A. (1983): Diagnosis and Assessment in Family Therapy: A Comparative Analysis of Six Schools of Thought. In: Keeney, B.F. (ed.), S. 1-33.
- Ludwig, K. (1983): Die therapeutische Intervention. In: Schneider, K. (Hrsg.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann), S. 78-95.
- Ludwig, K. (1984): Ten Guides (plus One) - A Brief Outline for a Systemic Theory of Therapy, Evaluation, and Practice. Hamburg, unveröff. Manuskript.
- Ludwig, K. (1985): Aspekte, Probleme, Lösungen, Bedenken einer systemischen Therapieausbildung - eine

- persönliche Sicht? *Z. systemische Therapie*, 3 : 132-140.
- 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. (Ed.): *Indirect Approaches in Therapy*. Rockville (Aspen).
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Maranhao, T. (1986): *Socratic Dialogues and Therapeutic Discourse: A Cultural Critique*. Madison WI (Wisconsin University Press).
- Maturana, H.R. (1982): *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H.R. (1983): Biología del fenómeno social. Santiago, Manuskript. (dtsh. Biologie der Sozialität, *Delfin* V: 6-14, 1985.)
- Maturana, H.R. (1985): Reflexionen über Liebe. *Z. systemische Therapie* 3: 129-131.
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1984): *El árbol del conocimiento*. Santiago (Edit. Universitaria). (dtsh. *Der Baum der Erkenntnis*. Bern, Scherz 1987, in Vorbereitung.)
- Pawlik, K. (Hrsg.) (1976): *Diagnose der Diagnostik*. Stuttgart (Klett).
- Pearce, W.B., V.E. Cronen (1980): *Communication, Action and Meaning. The Creation of Social Realities*. New York (Praeger).
- Rogers, C.R. (1951): *Client-centered Therapy*. Boston (Houghton Mifflin).
- Schiepek, G. (1985): Möglichkeiten systemischer Diagnostik: Ein Entwurf. *Z. systemische Therapie* 3: 254-269.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Tausch, R. (1968): *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen (Hogrefe).
- Toman, W. (1980): Klassische Psychotherapie: Ihr Nutzen für andere Psychotherapieformen. In: Schulz, W., M. Hautzinger (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie I*. Kongressbericht, Tübingen (DGVT/GwG).
- Varela, F.J. (1979): *Principles of Biological Autonomy*. New York (Elsevier North Holland).
- Watzlawick, P., J.H. Beavin, D.D., Jackson (1969): *Menschliche Kommunikation*. Bern (Huber).
- Watzlawick, P., J.F. Weakland, R. Fisch. (1974): *Lösungen*. Bern (Huber).
- Wohlrapp, H.R. (1979): Handlungsforschung. In: Mittelstraß, J. (Hrsg.): *Methodenprobleme der Wissenschaften vom gesellschaftlichen Handeln*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).