

Unveröffentlicht /unpublished /inédito:

Vortrag am **9. November 1984** bei den 20. Hamburger psychiatrisch-medizinischen Gesprächen:
"Die Bedeutung des Symptoms bei Kindern und Jugendlichen".
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf der Universität Hamburg.

SYMPTOM - BINDEGLIED EINER "KLINISCHEN" BEZIEHUNG

KURT LUDEWIG

Die Bedeutung von Bedeutung

Der Inhalt des vorliegenden Aufsatzes kann in sinngemäßer Abwandlung eines Zitats von Wittgenstein aus seinen Bemerkungen über die Grundlagen der Mathematik folgendermaßen umschrieben werden: Was ich liefern möchte, ist kein Beitrag über Kuriositäten, sondern über Ideen, an denen niemand gezweifelt hat und die nur deshalb dem Bekanntwerden entgehen konnten, weil sie sich ständig vor unseren Augen herumtreiben.

Getreu meines Selbstverständnisses als systemischer Therapeut werde ich mich im Folgenden um eine Umdeutung bemühen, nämlich um die Umdeutung des Begriffs "Symptom", zumindest im psychopathologischen Gebrauch. Diese Fragestellung wird übergreifend behandelt und nicht nur auf die Bedeutung des Symptoms bei Kindern und Jugendlichen beschränkt, denn es ist das Anliegen dieses Aufsatzes zu einer allgemeinen Erkenntnistheorie des psychiatrischen und klinisch-psychologischen Tuns beizutragen, d.h. des Tuns, das Symptome benennt und Therapien gestaltet, zumal dieses Tun im wesentlichen nicht altersspezifisch ist.

Die Bedeutung von Verhaltensweisen entsteht bekanntlich in sozialen Kontexten, und zwar je nachdem, wie diese von den Beteiligten wahrgenommen und eingeschätzt werden. Umdeuten heißt hingegen, die kontextuellen Bedingungen, unter denen gedeutet wird, zu verändern. Denn, in einen neuen Kontext eingebettet, wird eine bis dahin geltende Bedeutung zunächst verstört und alsdann von einer anderen abgelöst. In meinem Versuch, den Begriff Symptom umzudeuten, werde ich diesen in einen anderen als den bislang üblichen psychopathologischen Kontext einbetten. Symptome, die immer soziale Deutungen sind, werden mit Blick auf die soziale Interaktion betrachtet und daher in den sozialen Kontext eingebettet, in dem sie entstehen, nämlich in "klinischen" Beziehungen, d.h. in solchen Beziehungen, in denen diagnostisch und therapeutisch gearbeitet wird.

Aus den Ergebnissen kommunikationstheoretischer Forschung (vgl. Watzlawick et al. 1969) wissen wir, dass die Verständigung zwischen Menschen erst dadurch möglich ist, dass wir uns in sozialen Beziehungen gegenseitig deuten, d.h. den Verhaltensweisen des jeweils anderen eine Bedeutung zumessen. Insofern sind die Teilnehmer an einer sozialen Interaktion grundsätzlich Beobachter voneinander, die sich gegenseitig deuten. Deutungen stellen somit das sinngebende Bindeglied von sozialen Beziehungen dar. In diesem Sinne, kann man eine soziale Interaktion als einen Prozess der Koordination von Deutungen betrachten. Eine Kommunikation ist mithin das Ergebnis der strukturellen Koppelung zwischen Beobachtern, die sich kognitiv in Übereinstimmung miteinander gebracht haben (vgl. Maturana 1982). Da aber in einer Kommunikation die Teilnehmer ihre Identitäten jeweils erhalten, d.h. nur Teilnehmer einer zeitlich begrenzten strukturellen Koppelung werden, kann man annehmen, dass sie jeweils ihre kognitiven Bereiche voneinander getrennt erhalten. Insofern können wir annehmen, dass die Bedeutungen - welcher Art auch immer -, die in sozialen Interaktionen gewonnen werden, grundsätzlich im Kopf des jeweiligen Beobachters entstehen und daher prinzipiell subjektiv sind. Um Verständigung zu ermöglichen, bedürfen sie also der intersubjektiven Abstimmung. Die soziale Bedeutung von Verhaltensweisen entstammt folglich der subjektiven Deutung eines Beobachters, der mit einem anderen Beobachter interagiert, der seinerseits ebenfalls deutet.

Es kann ferner angenommen werden, dass subjektive Bedeutungen bzw. soziale Erkenntnisse im Zusammenwirken von mindestens drei Aspekten in der Person des Beobachters entstehen. Diese sind sein Verhalten, seine Unterscheidungsmöglichkeiten und seine Episteme, wobei unter Epistemen die erkenntnisleitenden subjektiven Weltbilder, Erklärungen, Denkmuster und Konzepte eines Menschen zu verstehen ist. Der Beobachter hat im Verlauf seines Lebens ein System von Epistemen aufgebaut, mit denen er seine Wahrnehmungen vergleicht und sie damit einordnet. Hierzu muss er in der Lage sein, Unterschiede zu machen, d.h. zwischen Etwas und dessen Hintergrund bzw. Kontext zu unterscheiden, d.h. er muss in der Lage sein, zu erkennen (bzw. Unterschiede zu schaffen, vgl. Bateson 1982). Und unterscheiden kann er nur dann, wenn er sich aktiv verhält, d.h. wenn er handelnd Unterschiede schafft. Erst aus der wechselseitigen, rekursiven Vernetzung zwischen Verhalten, Unterschieden und Epistemen ist ein Beobachter in der Lage, dem Beobachteten eine Bedeutung zu geben (s. Abb.).

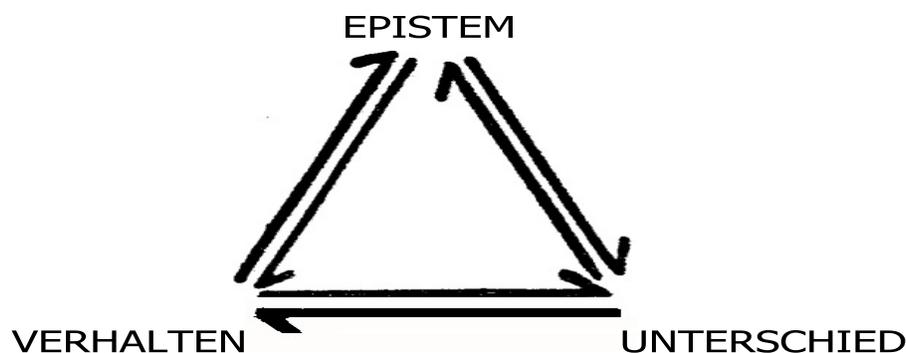


Abb. Die Rekursivität des subjektiven Erkenntnisprozesses

Die Bedeutung von Verhaltensweisen entsteht also im Wechselspiel zwischen der kognitiven Struktur eines Beobachters, d.h. zwischen seinem Verhalten, Unterscheiden und Epistemen, und dessen Abstimmung mit der kognitiven Struktur anderer Beobachter. In Anlehnung an den chilenischen Biologen und Erkenntnistheoretiker Humberto Maturana (1982) können wir demnach eine soziale Beziehung als die Verhaltensabstimmung zwischen autonom operierenden Beobachtern verstehen, die einen konsensuellen Bereich geschaffen haben, d.h. eine Kommunikation, eine Übereinstimmung bzw. einen Konsens. Kommunikation heißt also die Herstellung eines konsensuellen Bereiches, in dem die Beteiligten sich darüber einig geworden sind, wie sie ihre subjektiven Deutungen miteinander teilen können. In systemtheoretischer Sicht bedeutet also Kommunikation die strukturelle Koppelung voneinander autonomer Systeme - Individuen -, die ein übergeordnetes, zusammengesetztes soziales System geschaffen haben.

Symptom und Wirklichkeit

Wenn Bedeutungen konsensuelle Abstimmungen im sozialen Kontext sind, können wir im Einklang mit zeitgenössischen Epistemologen wie Bateson (1981, 1982), Maturana (1982), Varela (1979) und von Foerster (i.Dr.) behaupten, dass das, was wir für Realität halten, eben das derzeit geltende Ergebnis der konsensuellen Abstimmung in der Gemeinschaft von *deutenden Beobachtern* ist.

Es würde den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen, wenn hier eine vollständige logische Ableitung dieser Behauptung angeführt werden sollte. Es sei deshalb hingewiesen auf die Arbeiten Heinz von Foersters (1981), der zu dem Schluss gelangt, dass Realität mit Gemeinschaft gleichzusetzen sei. Wissenschaft wäre in diesem Sinne das Ergebnis der konsensuellen Abstimmung in der Gemeinschaft der nach wissenschaftlichen Spielregeln deutenden Beobachter. Auf diese Auffassung von Realität als Ergebnis eines Konsenses zwischen autonomen Subjekten (vgl. Maturana 1982) lässt sich folgern, dass das Kriterium für das Zutreffen von sozialen Deutungen nicht die Übereinstimmung mit einer vorgefundenen Realität sein kann. Um soziale Deutungen zu überprüfen, ist es vielmehr erforderlich, neuartige kommunikative Kriterien aufzustellen (s. unten).

Folgen wir diesen Gedanken, so erweist es sich als sinnvoll, statt von einer von uns unabhängigen Realität zu sprechen, welche wir ohnehin nicht abzubilden in der Lage sind (vgl. Maturana 1982), lieber von einer kommunikativen, von uns gemeinschaftlich wirksam geschaffenen Wirklichkeit zu sprechen. In der wissenschaftlichen Theorie nennt man diese Auffassung "Konstruktivismus". Sie verzichtet auf die *Möglichkeit* "objektiver Abbildung", zumal erkannt worden ist, dass jede Beschreibung von Realität grundsätzlich der Logik des Beobachters und nicht der des Beobachteten folgen muss (vgl. Maturana 1982, Varela 1979). Diese Auffassung legt es zudem nahe, unsere Bemühungen um Erkenntnis nicht mehr auf das zu Beobachtende zu legen, sondern vielmehr auf die Struktur des Beobachters. Mit den Worten von Foersters (i.Dr.) sollte es uns darum gehen, nicht mehr eine Wissenschaft von den Sachen sondern eine Wissenschaft vom Beobachter zu begründen. Denn, um mit Wittgenstein zu reden, über das, worüber wir nicht sprechen können, sollten wir lieber schweigen.

Die Relevanz dieser Auffassung für unsere klinische Praxis ist vielfältig. Zunächst befreit sie uns von dem in unserer Denktradition entstandenen Zwang - gewissermaßen von der Aufgabe des

Sisyphos -, die verborgene Wahrheit der Welt anhand weniger Symptome entziffern zu müssen. Zumal wir infolge unserer kognitiven Beschaffenheit ohnehin nichts anderes leisten können, als von den Bildern der Welt zu reden, die wir uns selbst konstruieren.

In unserer Situation als *Kliniker*¹ sind wir nunmehr davon befreit, unser klinisches Tun am Maßstab einer zweifelhaft objektiven Realität überprüfen zu müssen. Wir sind vielmehr gehalten, hierfür neue Kriterien aufzustellen. Diese sollen dem Rechnung tragen, dass Erkenntnisse und Bedeutungen, so z.B. Symptome, Krankheiten und Therapien, von uns *erzeugte* und deshalb auch zu *verantwortende* "Wirklichkeiten" sind. Hierauf komm ich aber später ausführlicher zurück.

Zunächst zum Begriff "Symptom" im psychopathologischen Gebrauch. Die etymologische Herkunft dieses Begriffs - das Zusammentreffen, das Zusammenfallen - findet Niederschlag in der naturwissenschaftlichen Medizin als das Zusammentreffen von Zuständen auf verschiedenen Beobachtungsebenen. Diese sind einerseits beobachtbare Zeichen und andererseits unterstellte zugrunde liegende Krankheitszustände. Aus objektiv-wissenschaftlicher Sicht hat ein klinischer Beobachter möglichst präzise und im Einklang mit geltenden Konzepten die Merkmale auszumachen, die in ihrem Zusammentreffen über die Existenz einer Krankheit entscheiden lassen. Um dies zu leisten, wird von einem Kliniker ausdrücklich erwartet, dass er sich selbst als *Deutender* möglichst objektiviert bzw. objektiv instrumentalisiert. Denn er hat den Zustand seines Patienten objektiv zu erkennen und zu beschreiben, ohne sich dem Vorwurf der Subjektivität auszusetzen. Zudem hat er die Aufgabe, die von ihm erkannte Störung auf eine nachgewiesene Ursache zurückzuführen. Gelingt ihm Letzteres nicht, so muss er sich vorerst mit sogenannter symptomatischer Beschreibung und entsprechender Therapie begnügen, was aber im Hinblick auf die geltende Theorie, die objektive Beschreibung und kausale Therapie abfordert, unbefriedigend ist.

Diese Sichtweise wird in der Wissenschaftstheorie "naiver" bzw. objektivistischer Realismus genannt (vgl. Holzkamp 1972). Im psychiatrischen Denken tritt sie als alternative zu Gott gegebenen bzw. schicksalsgebundenen Erklärungen zusammen mit den Folgen der industriellen Revolution des 19. Jahrhunderts auf, d.h. mit dem Siegeszug des Menschen über die Sachen, u.a. auch über die organischen Erkrankungen. Diese Sichtweise bildet die erkenntnistheoretische Grundlage der naturwissenschaftlichen Medizin und Psychologie.

Die objektivistische Auffassung von psychischer Krankheit und Symptomen beruht in der Hauptsache auf folgenden Denkvoraussetzungen:

- ▶ Es gibt Verhaltensweisen, die in der Regel nicht auftreten, so dass, wenn sie auftreten, sie eben Anzeichen bzw. Symptome für einen verborgenen Krankheitszustand (oder einen anderen abnormen Zustand wie z.B. Kriminalität) sein müssen; und
- ▶ ein geschulter Beobachter muss in der Lage sein, solche Anzeichen objektiv zu deuten und somit das verborgene Krankheitsbild (bzw. den zugrunde liegenden abnormen Zustand) zu entschleiern.

¹ Mangels einer besseren umfassenden Bezeichnung fasse ich von nun an der Vereinfachung halber unter der Bezeichnung "Kliniker" alle im psychiatrisch-psychologischem Bereich Tätigen zusammen, also Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten usw., welche Verhaltensweisen als Symptome bewerten und Therapie betreiben, unabhängig davon, ob sie tatsächlich in Kliniken arbeiten.

Damit der Beobachter dies leisten kann, muss er sich in einer vorgegebenen Weise verhalten, um somit "wahrheitsgemäß" zu erkennen und seine Erkenntnisse wiederum in ein übergeordnetes Konzept einordnen zu können. Nimmt man diese Forderung ernst, so verlangt sie im Endeffekt die "Normierung" des Klinikers, der sich bei seinen Bemühungen modellgerecht zu verhalten und seine subjektive Struktur aus- bzw. gleichzuschalten.

Wäre diese hier der Veranschaulichung halber bewusst überzeichnete Forderung einzuhalten gewesen, so wäre die natürliche Folge die Automatisierung des Klinikers gewesen. Zwischen Kliniker und Patient wäre es zu einer Gegenüberstellung zwischen "Objekten" gekommen. Es braucht nicht betont zu werden, dass dies nie möglich gewesen ist. Kurzum: es hat in der naturwissenschaftlich begründeten Psychiatrie und klinischen Psychologie nie eine befriedigende Übereinstimmung zwischen Theorie und Praxis geben können. Denn Menschen, Kliniker und Patienten sind viel zu komplex beschaffen, als dass sie auf eine Theorie von "Objekten" zu reduzieren gewesen wären.

Die "klinische" Beziehung

Seit dem Anfang des 20. Jahrhunderts bahnt sich in den Naturwissenschaften und erst seit kürzerem auch in den Verhaltenswissenschaften eine andere Sichtweise an. Im Bereich der Naturwissenschaften ist diese Perspektive von Capra (1983) als "Wendezeit" und im Bereich der Psychotherapie von Guntern (1980) als "kopernikanische Wende" bezeichnet worden. Diese neuartige Sichtweise der Welt wird "systemisch" genannt, sie basiert im wesentlichen auf Erkenntnissen der Systemtheorie und der Kybernetik. Sie setzt zwar in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung neue Akzente, ihre Bezeichnung als "Wende" erweist sich aber aus geschichtsphilosophischer Perspektive als etwas überzogen.

Im Hinblick auf das Thema des vorliegenden Aufsatzes nämlich auf die Bedeutung von Symptomen, lassen sich aus dieser Sicht in Abweichung von der oben genannten Tradition folgende Voraussetzungen formulieren (vgl. Maturana 1982):

- ▶ Alles, wovon wir reden können, ist das Produkt unserer kognitiven Struktur, d.h. jede Erkenntnis und jede Bedeutung ist das Erzeugnis eines Beobachters, ob er von Wirklichkeit, Symptomen, Krankheiten oder von was auch immer redet und
- ▶ damit wir auch darüber reden können, müssen wir uns mit anderen im Rahmen einer sozialen Beziehung abgestimmt haben, d.h. wir müssen einen konsensuellen Bereich geschaffen haben.

Diese auf den ersten Blick vielleicht banal wirkenden Feststellungen sind jedoch für unsere Tätigkeit als Kliniker von bedeutsamer Tragweite. Sie beinhalten, dass wir uns nicht mehr als Detektive zu begreifen brauchen, die anhand von Indizien auf der Suche nach "wahren" Krankheiten sind. Wir können uns vielmehr verstehen als Mitkonstrukteure einer neuen Beziehungswirklichkeit, der sog. "therapeutischen Wirklichkeit".

Unsere Aufgabe ist in diesem Sinne, nach Möglichkeiten zu suchen, um mit unserem Patienten neue Kontexte zu bilden, in denen ihre bisherigen Episteme, d.h. ihre Denk- und Erkenntnismuster eine Umdeutung erfahren kann. Denn in der rekursiven Vernetzung zwischen Epistemen und

Verhaltensmustern bedeutet die Umdeutung von Epistemen zwangsläufig eine Veränderung im Verhalten.

In einem Bild: Statt distanzierter Kunstkritiker zu sein, die sich Bilder genau anschauen und bewerten, sind wir nunmehr Maler, die an der Gestaltung der Bilder mitwirken. Wobei diese Haltung allerdings beinhaltet, dass wir bereit sein müssen, als Mitgestalter neuer Beziehungswirklichkeiten, uns auch selbst darin mit zu entwickeln, statt auf die Bestätigung unserer Vorstellungen zu bestehen. Denn in der Auseinandersetzung mit unserem Patienten werden wir zwangsläufig *beteiligte Mitglieder* eines neuen sozialen Systems, einer neuen Beziehungswirklichkeit, welche wir das therapeutische System bzw. die therapeutische Wirklichkeit nennen können (vgl. Ludewig 1983, Ludewig und Schwarz 1984, Ludewig et al. 1984).

Im Zuge des bisher Gesagten lässt sich nun der Kreis schließen, dessen Zeichnung weiter oben angefangen worden war, nämlich der Kreis, um dessen Verlauf das Symptom umgedeutet wird.. Aus konstruktiv-systemischer Sicht bezeichnet ein Symptom nicht mehr das Zusammentreffen von Zeichen mit einem inneren Zustand in einem Individuum oder einer Familie, es kann vielmehr verstanden werden als das Ergebnis des Zusammentreffens von Menschen, Kliniker und Patienten, die sich im Rahmen des gemeinsam geschaffenen neuen sozialen Systems Therapie über die Bedeutung eines Verhaltens als veränderungsbedürftig zuerst einig geworden sind, um alsdann mit der Gestaltung neuer Wirklichkeiten zu beginnen. Das Symptom erweist sich aus dieser Sicht als das semantische, sinngebende Bindeglied einer "klinischen" Beziehung.

Die Legitimierung eines Verhaltens als Symptom ist immer und nur Aufgabe eines Klinikers, d.h. eines qua Beruf dafür zuständigen. Gerade dies ist aber der Schlüssel zu einer neuen Beziehung, in der vielfältige und unvorhersagbare Bedeutungen entstehen können. Und diese können um so sinnvoller und reichhaltiger sein, je "offener" und flexibler die Episteme, d.h. die Konzepte und Erkenntnismuster des Klinikers sind. Treffen aber Kliniker und Patienten mit jeweils starren, "unkorrigierbaren" Epistemen bzw. Konzepten zusammen, so dürfte in der Regel nur die Zementierung "alter" Wirklichkeiten zu erwarten sein.

Die Konstruktion von Wirklichkeit: Ein klinisches Beispiel

Vor ca. 2 Jahren suchte uns eine Familie in der Poliklinik unserer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Auffällige Merkmale dieser Familie waren, dass beide Kinder, der 9-jährige Sohn und die 6-jährige Tochter schwere Formen einer Neurodermitis zeigten. Der Vater litt zudem seit längerem unter depressiven Zuständen und die Mutter machte den Eindruck eines abgemagerten, überforderten Menschen. Seit der Geburt des ältesten Kindes hatte man in der Familie keine Zeit der Gesundheit mehr erlebt. Entweder zeigte der Junge generalisierte Ekzeme oder diese tauchten bei der Tochter auf, als wenn die Kinder sich dabei ablösen würden. Die Ehe der Eltern schien praktisch eher der Vergangenheit anzugehören. Die full-time mit dem Einsalben des Jungen beschäftigte Mutter schlief auf der einen Hälfte des extra dafür zersägten Ehebettes im Schlafzimmer des Sohnes, da dieser jede Nacht mehrmals vor Juckreiz aufwachte. Der Vater verbrachte seinerseits die Nächte auf der anderen Hälfte des Ehebettes im Arbeitszimmer, wo er allerdings wenig schlief, da er grübelte. Alles in allem ein bedrückendes Bild!

Bei dem ersten Gespräch, das ich allein mit der Familie geführt hatte, bekam ich den Eindruck eines chronischen, vermutlich unlösbaren Problems. Mich plagten viele Fragen. Unter anderem fragte ich mich im üblichen psychosomatischen Sinne, ob die Hauterkrankung Ausdruck intrapsychischer Konflikte oder gar von Abgrenzungsproblemen z.B. in einem symbiotischen Beziehungsgeflecht sei. Aus familiendynamischer Sicht fragte ich mich, ob die Hautekzeme ein Symptom für Beziehungsstörungen, vor allem in der Ehe der Eltern darstellten, oder ob die Beziehungsprobleme eher Begleitumstände des jahrelangen Ringens mit einer allergischen Störung waren, wofür sogar genetische Faktoren angeführt werden konnten, da der Vater als Kind Asthmatiker gewesen war. Kurzum, ich war bestrebt, mir die Situation in der Familie begreiflich zu machen, ich suchte sie wahrheitsgemäß zu verstehen.

Die Antwort auf meine Fragen bekam ich aber erst in der zweiten Sitzung mit der Familie, die wir im Rahmen unseres Arbeitskreises für systemische Therapie an unserer Abteilung führten (vgl. Ludwig et al. 1984). Meine Co-Therapeutin war eine Ärztin, d.h. jemand, der zwar das therapeutische Konzept mit mir teilte, darüber hinaus aber als Frau und Medizinerin neue Aspekte in die Therapie einbrachte. Das Erstaunliche an dieser Sitzung war, dass im Nachhinein keiner unter den beobachtenden Kollegen hinter der Einwegscheibe nachvollziehen konnte, was mich bei der ersten Sitzung so beunruhigt hatte. Denn ganz dazu im Gegenteil die Familie zeigte sich diesmal lebendig, kooperativ und keineswegs so erdrückend, wie ich sie zwei Wochen zuvor erlebt hatte.

Ich bin mir sicher, dass man diesen Wahrnehmungsunterschied mit einer Unzahl in sich stimmigen, nachvollziehbaren Deutungen erklären könnte. Man könnte beispielsweise von Übertragungen, Gegenübertragungen, Lerneffekten, Kontextabhängigkeiten, innerfamiliären Funktionen und Delegationen, Endogenitäten, Periodizitäten oder gar von der Macht des Femininen reden. Mir wurde jedoch klar, dass es die Art meiner Frage gewesen war, die mich verwirrt hatte. Denn sie waren von der Art gewesen, auf die es so viele Antworten gibt, wie es Menschen gibt, die sich darüber Gedanken machen oder sich an Konzepte halten. Denn ich hatte mich eigentlich gefragt, wie die "wahre" Situation in der Familie zu verstehen sei. Gerade aber diese nach objektiver Wahrheit verlangende Frage hatte mich gelähmt.

Die Arbeit im Team ermöglichte uns, eine günstigere Perspektive zu finden. Unter anderem beschlossen wir, die Hautekzeme und all die anderen Merkmale, die unveränderbar erschienen, aus dem Blickfeld zu verlieren. Statt dessen konzentrierten wir uns auf die Unterschiede im Lebensstil zwischen der norddeutschen Mutter und dem südeuropäischen Vater. Wir beschlossen unsere Interventionen auf die Bestätigung von Gegensätzen auszurichten, nämlich auf solche Gegensätze wie zwischen Weiblichkeit und Männlichkeit, zwischen nord- und südländischen Gepflogenheiten sowie zwischen Fragen der Pflicht und der Freude. Diese von uns gewählte "Wirklichkeit" war ein für uns passender Arbeitskontext, zumal meine Kollegin Norddeutsche ist und ich aus Südamerika stamme.

Diese für uns sehr eindrucksvolle und lehrreiche Therapie wurde zu unserer längsten der letzten sechs Jahre. Wir beendeten sie nach einem Jahr nach insgesamt 11 Sitzungen. Ein weiteres Jahr später erfuhren wir im Rahmen einer katamnestischen Nachbefragung, dass kurz nach der Beendigung der Therapie die Hautekzeme bei beiden Kindern aufgehört hatten, ein Problem zu sein.

Das Problem der Bewertung: Systemische Kriterien

Dass wir die Deutung von Verhalten als immer relativ zu einem sozialen Prozess verstehen, bedeutet der Verzicht auf absolute Wahrheiten und somit auf die Möglichkeit, unser Tun objektiv abzusichern. Diese erkenntnistheoretisch begründete Entscheidung stellt uns aber vor ein neues Problem, nämlich vor die Notwendigkeit, verbindliche Bewertungskriterien für das klinische Handeln aufzustellen, die aus dem Dilemma der Diagnostik führen, d.h. aus dem Dilemma zwischen unmöglicher Objektivität und willkürlicher Subjektivität.

An anderer Stelle habe ich mich bemüht, -allgemeine Kriterien aufzustellen, die eine Bewertung und eine Orientierung für die therapeutische aber auch für die klinische Tätigkeit im allgemeinen ermöglichen sollen (Ludewig und Schwarz 1984b, Ludewig 1982, Ludewig 1984). Diese Kriterien sind: die Notwendigkeit des pragmatischen Nutzens, des ästhetischen Schaffens und der Einhaltung humaner und ökologischer, d.h. ethischer Übereinkünfte.

Pragmatisches Kriterium

Die Bewertung eines Verhaltens als Symptom markiert den Beginn einer klinischen Beziehung. Das Symptom wird mithin zum sinngebenden Bindeglied dieser Beziehung, zumal diese nur solange existiert, wie das Symptom bzw. dessen Äquivalente für noch existent gehalten werden. So gesehen, hat der Kliniker Aufgaben zu erfüllen, die in ihrer Vielfalt leicht Anlass zur logischen Verwirrung sein können, d.h. zur Nichteinhaltung dessen, was Maturana und Varela (1984) die "logische Buchhaltung" nennen. Hiermit ist gemeint, dass Beschreibungen und Erklärungen nur dann angemessen sind, wenn sie sich auf den Phänomenbereich beziehen und diesen nicht überschreiten, für den diese Beschreibungen und Erklärungen angemessen sind. Der Kliniker ist in der Gefahr der logischen Verwirrung, weil er zugleich in verschiedenen Phänomenbereichen tätig ist. Er eröffnet die klinische Beziehung, indem er das Symptom benennt, er hat zu dessen Veränderung beizutragen und er hat schließlich die klinische Beziehung zur rechten Zeit zu beenden. Er ist also ein maßgeblich Beteiligter, der aber zugleich Beobachter und Beurteiler seiner eigenen Beteiligung zu sein hat (vgl. Ludewig 1983).

Will nun der Kliniker die Folgen einer möglichen Verwirrung vermeiden, so ist es sinnvoll, auf die Frage nach der Bedeutung eines Symptoms zu verzichten. Denn er würde unweigerlich in seinen Antworten zum großen Teil sich selbst wiederfinden. Nützlicher ist es, sich von vornherein auf die Herstellung eines neuen, für Veränderungen günstigen Kontextes zu konzentrieren. Am Kriterium des Nützlichen orientiertes Handeln erfordert also die Konzentration auf Veränderung, d.h. auf das *Erfinden* passender und förderlicher Umdeutungsmöglichkeiten, statt auf das Ent- oder Aufdecken "wahrer" Zusammenhänge.

Somit stellt sich dem Kliniker nicht mehr die Frage, ob er "richtig" oder "wahrheitsgemäß" gedeutet hat, sondern ob er konstruktiv und mithin hilfreich gedeutet hat. Das heißt, ob sein Verhalten die festgefahrenen Denk- und Handlungsmuster seines Patienten in dessen Lebenskontext, z.B. seiner Familie, so weit "verstört" hat, dass dies ein Anstoß für eine Veränderung war (vgl. Dell 1984, Keeney 1984, Ludewig 1983, 1984, Ludewig et al. 1984).

Nützlich ist im Endeffekt die Veränderung. Aber Veränderung allein ist kein ausreichendes Kriterium für klinisches Handeln, zumal dieses Handeln eingebettet in sozialen Kontexten geschieht, in denen nur bestimmte Möglichkeiten der Veränderung für heilsam gehalten werden. Um den Sinn der Veränderung einschätzen zu können, bedarf es also zusätzlicher Gesichtspunkte. Hierfür halte ich die Berücksichtigung von ästhetischen und ethischen Kriterien für sinnvoll.

Ästhetisches Kriterium

Als Klinker stehen wir immer wieder vor der Aufgabe, neue Beziehungsmuster mitzugestalten. In diesem Sinne befinden wir uns also mit unserem Tun in nächster Nähe zum Schaffen eines Künstlers, der mit einem gegebenen Material neue Muster knüpft (vgl. Stierlin 1983). Von Künstlern und von der Ästhetik können wir lernen so z.B. das Kreationen umso schöner sind, je eher in ihnen die Beschaffenheit des eigentlichen Materials zur Geltung kommt (vgl. z.B. Adorno 1967, Bense 1982, Eco 1972). Für unser klinisches Tun heißt dies, an das "Material", d.h. an unsere Patienten im Sinne des ästhetischen Imperativs des Kybernetikers Heinz von Foerster (1981) heranzugehen, welcher lautet: *"Willst du erkennen, lerne zu handeln"*. Es ist unsere Aufgabe in diesem Sinne, aktive, sozusagen "materialgerecht" arbeitende Mitgestalter zu sein. In anderen Worten ist es unsere Aufgabe, aktiv an der Konstruktion neuer, passenderer Wirklichkeiten mitzuwirken, welche aber umso sinnvoller sind, je eher sie den strukturellen Mustern unserer Patienten bzw. Familien entsprechen.

Ethisches Kriterium

Wir können unser klinisches Tun nicht mehr mit der möglichst getreuen Erfüllung objektiver Ansprüche rechtfertigen. Deshalb müssen wir uns auf die Übernahme subjektiver Verantwortung verlassen, und zwar in zweifacher Hinsicht: Wir sind verantwortlich für die Episteme bzw. Sichtweisen, die wir übernehmen und an denen wir unser Handeln leiten, und auch dafür, wie wir diese mit denen unserer Patienten koordinieren. Das ethische Kriterium für unser Handeln ist nunmehr die Art von Realität, die wir in unserer Subjektivität zusammen mit der Subjektivität unserer Patienten gestalten. Und da aber diese Realität immer eine Abstimmung zwischen Subjekten, die voneinander unabhängig operieren, ist, sind die Grenzen unserer Deutungen dort, wo die Autonomie des anderen anfängt (vgl. Ludewig und Schwarz 1984 a).

Diese ethische Forderung an den Kliniker findet Ausdruck in dem von Heinz von Foerster formulierten ethischen Imperativ, der lautet: *"Handele stets so, dass weitere Möglichkeiten entstehen!"* (1981). Übersetzt auf die klinische Praxis heißt das, dass der Kliniker Bedingungen für die Bildung eines humanen Kontext zu verwirklichen hat, in dessen Rahmen der Patient seine Möglichkeiten in der ihm gemäßen Weise erweitern kann. Ein Weg hierzu ergibt sich aus dem Versuch, mit dem Patienten zu kooperieren (vgl. de Shazer 1982), statt ihn zu klassifizieren, anzuleiten oder gar nach unseren Maßstäben zu verändern zu versuchen. Dies dürfte umso leichter gelingen, je weniger wir mit "normierten" Vorstellungen, d.h. mit einem reduzierten Weltbild, unseren ohnehin epistemisch reduzierten Patienten begegnen (vgl. Ludewig 1984).

Nachwort

In meinen Ausführungen habe ich versucht, die Denktradition in Psychiatrie und klinischer Psychologie um eine erweiternde Perspektive zu ergänzen, sozusagen mit einer anderen "Brille",

anhand eines anderen, des systemischen Paradigmas. Ich habe den Begriff Symptom als Zusammenreffen von Personen statt von Merkmalen umgedeutet, als das sinngebende Bindeglied einer klinischen Beziehung. Statt auf objektives Verstehen habe ich mein Augenmerk auf konstruktive Interventionen gelegt, nämlich auf Handlungen, die zur Schaffung von nützlichen, schönen und ethischen Wirklichkeiten beitragen. Das Anliegen des vorliegenden Aufsatzes ist als Ergänzung des Bestehenden und nicht als "Wende" zu verstehen. Denn es ist meine Überzeugung, dass klinisches Tun immer konstruktiv gewesen ist. Es geht mir also allein darum beizutragen, dass das ohnehin seit jeher auf Beziehung orientierte Tun des Klinikers einen dazu passenden theoretischen Rahmen bekommt. Dies soll dazu verhelfen, dass wir von dem Widerspruch loskommen, unser praktisches Tun ständig von unseren Theorien abkoppeln zu müssen.

LITERATUR

- Adorno, T.W. (1967): *Ohne Leitbild - Parva aethetica*. Stuttgart (Suhrkamp).
- Bateson, G. (1981): *Ökologie des Geistes*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Bateson, G. (1982): *Geist und Natur*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Bense, W. (1982): *Aesthetica*. Baden-Baden (Agis).
- Capra, F. (1983): *Wendezeit*. Bern (Scherz).
- Dell, P.F. (1984): Von systemischer zur klinischen Epistemologie. I. Von Bateson zu Maturana. *Z. systemische Therapie* 2: 147-171.
- de Shazer, S. (1982): *Patterns of Brief Family Therapy*. New York (Guilford Press).
- Eco, U. (1972): *Einführung in die Semiotik*. München (Fink).
- Foerster, H. von (1981): Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick, P. (Hrsg.): *Die erfundene Wirklichkeit*. München (Piper), S. 39-60.
- Foerster, H. von (i. Dr.): *Sicht und Einsicht. Versuche einer operativen Erkenntnistheorie*. Braunschweig: Vieweg.
- Guntern, G. (1980): Die kopernikanische Wende in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. *Familiendynamik* 5: 2-41.
- Holzkamp, K. (1972): *Kritische Psychologie*. Frankfurt (Fischer).
- Keeney, B.P. (1983): Was ist eine Epistemologie der Familientherapie? *Z. systemische Therapie* 1(2), 1-22.
- Ludewig, K. (1983): Die therapeutische Intervention. In: Schneider, K. (Hrsg.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann).
- Ludewig, K. (1984): The "Ten Commandments plus One" - our translation of systemic theory into therapy theory, practice and evaluation. Hamburg: unveröff. Manuskript.
- Ludewig, K. (1982.): Verstehen, Anleiten oder ‚Verstören‘? Der systemische Ansatz in Theorie und Praxis. Tübingen (DGVT Tagungsbericht).
- Ludewig, K., R. Schwarz (1984a): Systemische Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. Stuttgart (Enke), S. 93-98.
- Ludewig, K., R. Schwarz (1984b): Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. in: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. Stuttgart (Enke), S. 99-107.

- Ludewig, K., R. Schwarz, H. Kowark (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., F. J. Varela (1984): *El árbol del conocimiento*. Santiago (Editorial Universitaria).
- Stierlin, H. (1983): Familientherapie: Wissenschaft oder Kunst? *Familiendynamik* 8: 364-377.
- 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).