

Erschienen in:

Gripp-Hagelstange, H. (Hrsg.),
Niklas Luhmanns Denken. Interdisziplinäre Einflüsse und Wirkungen.
Konstanz: Universitätsverlag **2000**, S. 227-254.

SYSTEMISCHE THERAPIE - EINE PSYCHOTHERAPIE JENSEITS NORMATIVER GEWISSEIT

KURT LUDEWIG, MÜNSTER

Einteilung

Einleitung

- I. Systemische Voraussetzungen klinischer Theorie
- II. Systemische Therapie
 - 1. Systemisches Denken
 - 1.1. Biologische Grundlagen
 - 1.2. Soziale Grundlagen
 - 1.3 Systemisches Prinzip
 - 2. Soziales System
 - 3. Das Mitglied-Konzept
- III. Klinische Theorie
 - 1. Das Therapeuten-Dilemma
 - 2. Gegenstand
 - 3. Lebensproblem/Problemsystem
- IV. Praxis
 - 1. Problem - Anliegen - Auftrag
 - 2. Aufgaben des Therapeuten

Zum Schluss: Das Erbe Niklas Luhmanns auf einen Blick

Einleitung

Einleitend möchte ich behaupten, dass die Psychotherapie trotz aller anders lautender Beteuerung mancher ihrer theoretischen Verfechter keine Wissenschaft ist, sondern allenfalls eine wissenschaftlich gerahmte, bestenfalls kunstvolle Technologie oder Handlungsweise. Anders als jenes des Wissenschaftlers ähnelt das Berufsbild des Psychotherapeuten vielmehr dem des Geschäftsmannes, der bestimmte Leistungen verkauft und dabei nicht einmal sicher ist, ob seine Ware das leistet, was sie verspricht. Im günstigen Fall sind wir Arbeiter, die gelegentlich über unsere Tätigkeit nachdenken, ansonsten aber meistens handeln, hier und da tagelang im Studentakt, und hoffen, hilfreich zu sein.

Hier lade ich ein, ein Terrain lauter Alltäglichkeit zu betreten und uns in eine fast unanständige Nähe zum Körperlichen zu begeben. Es wird die Rede von Leiden und anderen Emotionen, von Versuch-und-Irrtum und Erzählungen sein, mitunter auch von jener Figur, die nicht zuletzt Niklas Luhmann aus dem Bereich des Aussprechlichen verbannt hat, nämlich vom Menschen. Zu meiner Entlastung füge ich hinzu, dass ich als Psychotherapeut trotz aller Neigung zum sauberen Denken es kaum werde vermeiden können, mit unterschiedlichen Systemtypen zu jonglieren, auch dann, wenn

dies das Gebot einer ordentlichen "logischen Buchhaltung" verletzen könnte¹. Denn dies ist im Bereich der Psychotherapie insofern unumgänglich, als unsere Arbeit an der Schnittstelle zwischen biologischen, psychischen und sozialen Systemen stattfindet. Ich nehme mir also in diesem Band das Vorrecht des Exoten, eben exotisch sein zu dürfen.

Unter Berücksichtigung obiger Bedenken berichte ich im folgenden von den Auswirkungen, die das Denken Luhmanns auf die Konzeptentwicklung und, in der Folge, auch auf die Praxis der Psychotherapie, speziell der Systemischen Therapie gehabt hat. Dabei wird deutlich, dass die Rezeption eines derart umfassenden Theoriegebäudes für das eminent pragmatische Unternehmen Psychotherapie nur punktuell sein kann. Die Übernahme von Partikeln aus diesem Theoriegebäude bedeutet keineswegs eine Luhmannisierung der Systemischen Therapie. Der Wert dieser Übernahme erweist sich vielmehr darin, ein aus der Praxis heraus neu entstandenes Verständnis von Psychotherapie heuristisch angeregt zu haben. Nicht mehr, nicht weniger! Die Gedanken Luhmanns haben in dem Maße, in dem sie im psychotherapeutischen Bereich rezipiert wurden, nicht als Vorschrift, sondern vielmehr als Möglichkeit, als Hilfestellung zur Horizonterweiterung gedient. In diesem Sinne verdankt die Systemische Therapie diesem Denken eine immer deutlicher werdende Erleichterung: Sie hat es ermöglicht, die Psychotherapie aus ihrer bisherigen Verhaftung im Bereich der somatischen Medizin und der Naturwissenschaften zu befreien und auf ihre eigentlichen Wurzeln zurückzuführen, nämlich darauf, dass diese Praxis im Phänomenbereich des Sozialen, also der Kommunikation, geschieht. So ist es - so unglaublich das klingt - erst gegen Ende unseres Jahrhunderts möglich gewesen, Psychotherapie genuinerweise als angewandte Sozialwissenschaft zu begreifen und damit aufzuhören, theoretische Anleihen bei den Naturwissenschaften, insbesondere der Physik und Biologie, zu machen, um sie zu begründen.

Ob im folgenden Konzepttreue zum Denken Luhmanns verwirklicht wird, sollen andere, spezialisierte Kenner, beurteilen. Für mich, dem es von Anbeginn der systemtherapeutischen Bewegung in den frühen achtziger Jahren darum gegangen ist, dieser neuen Praxis eine möglichst klare Begrifflichkeit zu verschaffen, bot das Buch "Soziale Systeme" neben nie endendem Kopfzerbrechen einen Reflexionshintergrund, der es erlaubte, die kommunikative Praxis der Systemischen Therapie neu zu ordnen und die verwendeten Begriffe präziser zu bestimmen. Dies half, das bis dahin vorhandene Praxiswissen der Familientherapeuten zu ergänzen und zusammen mit damals neu aufkommenden Gedanken zur Systemtheorie aus anderen, interdisziplinär angelegten Wissenschaftsgebieten sowie den Argumenten konstruktivistischer Erkenntnistheorie zu einer in sich stimmigen Theorie der klinischen Praxis zu verbinden.

Seit Mitte der achtziger Jahre gehört Niklas Luhmann zu den meist zitierten Autoren in der systemtherapeutischen Literatur. Bereits 1986 setzten sich die Wiener Egbert Steiner und Ludwig Reiter mit den paradigmatischen Modellen, die der Systemischen

¹ Unter "logischer Buchhaltung" versteht Maturana die Einhaltung einer möglichst engen Verbindung zwischen den gewählten Beschreibungen und dem angesprochenen Phänomenbereich, vgl. z.B. Maturana, H.R. & F.J. Varela: Der Baum der Erkenntnis, München 1987.

Therapie zu Grunde lagen, auseinander und stellten neben der hierarchischen Systemtheorie J.G. Millers und der Autopoiese-Theorie H.R. Maturanas die selbstreferentielle, soziale Systemtheorie Luhmanns an herausragende Position². Eine bibliometrische Studie über die Fremdzitate in allen deutschsprachigen Fachzeitschriften zur Familien- und systemischen Therapie ergab, dass Luhmann schon in den Jahren 1986-1985 an erster Stelle der meistzitierten Autoren stand. Unter den meistzitierten Schriften belegte sein Buch "Soziale Systeme" im Zeitraum 1976-1995 den 8. Platz. Auf die Jahre 1993-1995 eingeschränkt, belegte dieses Buch bereits den zweiten, Luhmann als Autor nach wie vor den ersten Platz dieser "Hit-Liste"³. Ich selbst widmete den Elementen der Luhmannschen Theorie ein zentrales Kapitel eines Grundlagentextes zur Systemischen Therapie⁴.

I. Systemische Voraussetzungen klinischer Theorie

Im folgenden skizziere ich einige der zentralen Konzepte Systemischer Therapie, wie *ich sie verstehe*. Die Einschränkung auf *mein* Verständnis soll verdeutlichen, dass dieser sich "postmodern" begreifende Ansatz der Psychotherapie zwar auf einer gemeinsamen, übergeordneten konzeptionellen Plattform steht, zugleich aber so weit ausdifferenziert ist, dass es vermessen wäre, von einer einheitlichen Systemischen Therapie zu sprechen. Das Gemeinsame daran ist, dass sich alle Ansätze mehr oder minder eindeutig auf die gleichen metatheoretischen Vorgaben berufen, insbesondere auf Systemtheorien und Theorien der Selbstorganisation sowie in variablerem Umfang auf gegenwärtige konstruktivistische Positionen⁵. Im Hinblick auf die Praxis ist die Übereinstimmung zwischen den systemtherapeutischen Ansätzen zwar größer als in der Theorie, sie unterscheiden sich dennoch auch hier bezüglich der Intensität, Häufigkeit und Ausschließlichkeit, mit der die verfügbaren Techniken und Methoden eingesetzt werden. Zumindest im deutschsprachigen Raum lassen sich hinsichtlich des Praxisverständnisses zwei allgemeine Trends ausmachen. Diese sind ein "interventionistischer" Ansatz, der mittels geeignet erscheinender Techniken darauf abzielt, die Struktur bzw. das Muster der betreffenden Systeme zu einer Änderung zu veranlassen, und ein "konversationaler" Ansatz, der Therapie unter Abhebung auf Kommunikationstheorien und sozialkonstruktivistische Ansätze als Durchführung hilfreicher Dialoge auffasst. Dieser zweite Ansatz, der sich in den neunziger Jahren

2 vgl. Steiner, E. & L. Reiter: Zum Verhältnis von Individuum und sozialem System: Hierarchie, strukturelle Koppelung oder Interpenetration? In: Familiendynamik 11:325-342, 1986.

3 vgl. Reiter, L., E. Steiner & V. Gotwald: Kontinuität und Wandel - Die Entwicklungsdynamik der deutschsprachigen Familientherapie und Systemischen Therapie aus bibliometrischer Sicht. In: Systeme 11: 4-20, 1997.

4 vgl. Ludewig, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart 1992.

5 In systemtheoretischer Sicht erweist sich diese Anbindung vor allem an der Rezeption und Einvernahme von Ideen aus der Autopoiese-Theorie, der Kybernetik 2. Ordnung, der Synergetik und der Chaostheorie; in konstruktivistischer Sicht in der Rezeption des Radikalen Konstruktivismus, des Sozialen Konstruktivismus und der neueren neurobiologischen Kognitionstheorien. Häufig rezipierte und zitierte Werke zu diesen Themen sind u.a.: Bateson, G.: Geist und Natur. Eine notwendige Einheit, Frankfurt 1982; Gergen, K.J.: The Saturated Self, New York 1991; Haken, H.: Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken, Reinbek 1995; Maturana, H.R.; Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit, Braunschweig 1982; Maturana, H.R. & F.J. Varela, op.cit. 1987; Maturana, H.R.: Was ist Erkennen?, München 1994; Maturana, H.R.: Biologie der Realität. Frankfurt 1998; von Foerster, H.: Sicht und Einsicht. Braunschweig 1985; von Glasersfeld, E.: Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Braunschweig 1987; Schmidt, S.J. (Hrsg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus, Frankfurt 1987; Shotter, J.: Conversational Realities. London 1993; Shotter, J. & K.J. Gergen (eds.): Texts of Identity. London 1989.

weitgehend durchgesetzt hat, lässt sich wiederum in zwei weitere Trends aufteilen, wobei der eine - der hier von mir vertreten wird - einerseits auf der Einbeziehung der Kommunikationstheorie Luhmanns beruht, andererseits auch angelsächsische sozialpsychologische und narrationstheoretische Ansätze einbezieht. Der andere Trend korrespondiert eher mit der naturwissenschaftlichen Inspiration der akademischen Psychologie und beruft sich auf neuere physikalische und mathematische Modelle, wie sie vor allem in der Synergetik und der Chaostheorie entstanden sind. Beide Gruppen beachten einander, wie eine bibliometrische Studien ihrer jeweiligen Zitierpraxis zeigte, kaum⁶. Offensichtlich verdeutlicht sich auch hier ein als konstitutiv anmutendes Merkmal psychotherapeutischer Theoriebildung. Kaum ist ein neuer Ansatz entstanden, kommt es zu voneinander weitgehend unabhängigen Binnendifferenzierungen. Diese, die wohl als Antwort auf den epochal, kulturell und gesellschaftlich bedingten Wandel seines Gegenstand zu werten sind, treiben die dialektische Dynamik der eigenen Weiterentwicklung fort.

II. Systemische Therapie

Systemische Therapie versteht sich als Weiterentwicklung der Familientherapie. Sie lässt sich definieren als *Umsetzung systemischen Denkens* in die Praxis der Hilfestellung bei leidvollen Lebensproblemen mit dem Ziel, zu deren Beseitigung bzw. Linderung beizutragen. Im Unterschied zu ihrem Ursprung in den Familientherapien beschränkt sich die Systemische Therapie nicht auf ein bestimmtes Setting, etwa ein Mehr-Personen-System, sondern sie versteht sich als eigenständiges (Psycho)Therapieverfahren mit prinzipiell uneingeschränktem Anwendungsbereich, und zwar hinsichtlich sowohl der zu lösenden Probleme als auch der möglichen Settings. Auf ihrem Weg zur einer klinischen Theorie hatte die Systemische Therapie zunächst ihren Gegenstand abzugrenzen und eine dazu passende Methodologie zu entwickeln. Als Gegenstand psychotherapeutischer Theorie verstehe ich die Anlässe, die zum Nachsuchen und zum Beginn einer Therapie führen. Aus der jeweiligen Bestimmung des Gegenstands ergeben sich dann Kriterien für die Aufstellung einer Methodologie, die imstande ist, mit diesen Anlässen hilfreich umzugehen. Hierzu sind in den letzten Jahren vor allem im deutschsprachigen Raum verschiedentlich Konzepte vorgelegt worden⁵. Die hier oben verwendete Definition Systemischer Therapie als Umsetzung systemischen Denkens klingt zunächst tautologisch, sie trägt aber eigentlich dem Umstand Rechnung, dass die Systemische Therapie zu Beginn der achtziger Jahre das Projekt beinhaltete, zu erkunden, ob und welche Vorteile die Einbeziehung der damals aufkommenden systemtheoretischen Konzepte für die theoretische Rahmung der Psychotherapie erbringen würde. Die Betonung systemischen Denkens als theoretische Grundlage eines Psychotherapieansatzes erfordert eine kurze, präzisierende Bestimmung dessen, was hier unter systemisch Denken verstanden wird.

6 vgl. Reiter L., E. Steiner: Klinische Synergetik und Selbstorganisation: Ein wissenschaftliches Feld formiert sich. In: Systeme 8: 52-66, 1994. Eine integrative Ausnahme zu der Binnengeschlossenheit beider Felder stellt das kürzlich erschienene Werk von Günter Schiepek "Die Grundlagen der systemischen Therapie", Göttingen 1999.

5 vgl. u.a Simon, F.B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Berlin, 1988; Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin 1988, 1997; Schiepek, G.: Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig 1991; Ludewig, K.: op.cit., 1992; Schlippe, A. von & J. Schweitzer: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 1995.

1. Systemisches Denken

Das Kürzel *systemisches Denken* umfasst die metatheoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie. Die Antwort aber auf die Frage, was systemisch heißt, fällt im Rahmen der Psychotherapie alles andere als eindeutig aus. Das Spektrum der Antworten erstreckt sich von einer diffusen Bezugnahme auf undifferenzierte Ganzheits- und Systemkonzepte bis hin zu elaborierten wissenschaftlichen Programmen, die je nach Standpunkt, erkenntnis-, system-, chaostheoretische o.ä. Positionen bevorzugen. Im vorliegenden Beitrag wird systemisches Denken als eine allgemeine Denkmethode verstanden, die Grundfragen menschlicher Existenz zu ihrem Gegenstand macht und unter Rückgriff auf aktuelle systemwissenschaftliche Erkenntnisse beantwortet. Diese Fragen betreffen auf der metatheoretischen Ebene die Phänomene des Erkennens und des Seins, also Fragen der Epistemologie und der Ontologie und so auch der Ethik; auf der praktischen Ebene betreffen sie u.a. Fragen der Politik, Ökologie und Moral, also auch der Therapie. Systemisches Denken bezeichnet mithin auf der Basis eigener Prämissen und Ableitungen eine Denkkultur mit universellem Anspruch. Der Mensch wird dabei als untrennbar biologisches und soziales Wesen betrachtet.

1.1. Biologische Grundlagen. Systemisches Denken führt in Anlehnung an Erkenntnisse neuerer Neurobiologie jede Existenzbehauptung und jede Weltbeschreibung auf Prozesse des *Beobachtens* zurück. Anders als transzendental motivierte Denksysteme kommt systemisches Denken ohne metaphysische Annahmen über das *An-sich* von Realitäten aus. Es bescheidet sich vielmehr auf die Auseinandersetzung mit jenen Phänomenen, die Menschen (Beobachter) in der Praxis ihres Lebens hervorbringen, das sind: Erfahrungen, Beobachtungen, Beschreibungen, Erklärungen. *„Alles Gesagte wird von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt“*, heißt es bei Humberto Maturana⁶. "Beobachter" meint hier ein Lebewesen, dessen Welt aus den Elementen besteht, die sein Nervensystem als Unterscheidung erzeugt, kognitiv-emotional als Erfahrung erlebt und kommunikativ in Beschreibungen umsetzt. Zu diesen Elementen des kognitiven Bereichs von Beobachtern gehört selbstverständlich auch der Beobachter selbst. Die sprachlich gefassten Beschreibungen bzw. Unterscheidungen des Beobachters bilden dessen kognitiven Bereich - und so die einzig mögliche Realität, zu der er Zugang hat. Der Bereich von Beschreibungen erweist sich somit als phänomenologisch geschlossen (selbstreferentiell) und daher unhintergebar. Denn Beschreibungen sind nur mittels anderer Beschreibungen anschlussfähig. Deshalb haben die Unterscheidungen, die ein Beobachter hervorbringt und kognitiv erfasst, für alle praktischen Zwecke und bis zum Beweis eines Besseren den Charakter des Realen: *„Realität ist ein Bereich, der durch Operationen des Beobachters bestimmt wird“*⁷. Maturana bezeichnet das Gesamt dieser von Beobachtern hervorgebrachten Realitäten als Bereich "konstitutiver Ontologien", um diese von beobachterunabhängig erdachten Ontologien zu unterscheiden. Das traditionelle Wahrheitskriterium der Objektivität als Übereinstimmung von Erkenntnis und Objekt wird zugunsten von Nutzenerwägungen des Erkennens aufgegeben. Passung und Viabilität von Beschreibungen und Erklärungen werden vor

6 vgl. Maturana, H.R., op. cit., 1982, S. 139.

7 vgl. Maturana, H.R., op. cit., 1982, S. 264.

diesem Hintergrund als Gütekriterien des Wissens diskutiert⁸. Mit Blick auf die Belange der Praxis ziehe ich es vor, die Qualität des Wissens an das Kriterium der *kommunikativen Brauchbarkeit* anzubinden. Dieses Kriterium ist dann erfüllt, wenn gezeigt werden kann, dass verschiedene Beobachter mit Hilfe der in Frage stehenden Beschreibung (bzw. Erkenntnis) in der Lage sind, das damit beschriebene Phänomen zu reproduzieren bzw. zu damit angestrebten Zielen zu gelangen.

1.2. Soziale Grundlagen. Systemisches Denken wertet neben der biologischen Ausstattung des Menschen auch dessen an Sprachlichkeit gebundene und daher spezifische soziale Natur als konstitutiv. Die sonst hinderliche Gegenüberstellung von Individuum und Kollektiv wird aufgegeben und durch das Postulat abgelöst, dass Menschen auf unauflösbare Weise zugleich biologisch-individuelle und sozial-kommunikative Wesen sind, also gewissermaßen das altgriechische *zoon politikon* verwirklichen. Die oben erwähnte ontologische Behauptung, dass alles Gesagte - also alles Bezeichnete und so Existierende - von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt wird, beinhaltet, dass Menschen als "linguierende" Wesen nur in menschlicher Gemeinschaft denkbar sind⁹. Beobachten als *linguierendes Unterscheiden* - als Unterscheiden in-Sprache und so als *sozialer Prozess* - erfordert die Existenz einer Gemeinschaft bzw. einer Kultur, in der die überdauernden Bedingungen für erfolgreiches Konsensualisieren - Bedeutungen, Normen, Sitten usw. - gepflegt und tradiert werden.

1.3. Systemisches Prinzip. Systemisches Denkens postuliert eine bio-soziale Identität des Menschen. Unter Verwendung eines differenztheoretischen Schemas der Reflexion im Sinne Luhmanns lässt sich menschliche Existenz am Verhältnis von Ich/Du im Sinne eines wechselseitigen Konstituierungsverhältnisses von Individuum und Gemeinschaft verdeutlichen, also am rekursiven Verhältnis von $\langle \text{Ich/Du} \rightleftharpoons \text{Wir} \rangle$. Dieses Verhältnis dient dann als Grundmatrix oder Leitdifferenz menschlicher Existenz. "Wir" meint hier die Einheit der Differenz von Menschen, die sich selbst nur unter Bezugnahme auf einen jeweils anderen als Person hervorbringen können. "Ich" als Bündelungssemantik für all das, was das Subjekt von anderen unterscheidet, kann als verfügbare Realität erst infolge eines selbstreflexiven Erkenntnisprozesses emergieren. Dies wird im Verlauf eines Differenzierungsprozesses von bzw. eines Vergleichsprozesses mit einem anderen Wesen (Du), dem prinzipielle Gleichartigkeit (Ichhaftigkeit) zugeschrieben wird, vollzogen. Ich und Du bringen sich durch Operationen des Beobachtens im Verlauf sozialer Begegnungen (Kommunikation) gegenseitig hervor und sind sich daher wechselseitig Bedingung für die Existenz (Unterscheidung, Beobachtung) des jeweils anderen. Das "Wir", ein *soziales System*, stellt sowohl die Bedingung für die Differenzierung und so für die Existenz von Ich/Du als auch das Resultat ihrer wechselseitigen Unterscheidung dar. "Wir" als Gemeinschaft beinhaltet die Bedingung der Möglichkeit für Individualität und so für die menschliche Seins- und Lebensweise schlechthin. Darin, in diesem systemischen

⁸ vgl. Glasersfeld, E. v., op.cit., 1987.

⁹ Der Neologismus "Linguieren" (span. *lenguajear*; engl. *to language*) bezeichnet nach Maturana (1982: 236ff.) das Spezifische menschlicher Lebensweise. Darin kommt zum Ausdruck, dass Menschen in der Lage sind, ihr Verhalten mit Hilfe anderer Verhaltensweisen, z.B. Beschreibungen, zu koordinieren, also konsensuelle Verhaltenskoordinationen höherer Ordnung zu erbringen. Anders als Sprechen oder Versprachlichen ist hier nicht eine Verwendung von oder eine Umsetzung in Sprache gemeint, sondern jene für Menschen eigentümliche, andauernde Erzeugung von Sprachlichkeit.

Prinzip, erweist sich das *Systemische* am systemischen Denken.

Das hier kurz skizzierte Verständnis systemischen Denkens knüpft auch an Positionen an, wie sie in unserem Jahrhundert vor allem von Vertretern des personbezogenen Humanismus eingenommen wurden, etwa bei Martin Buber und Gabriel Marcel. Der Begründer der sog. Kybernetik 2. Ordnung bzw. Kybernetik des Beobachtens, Heinz von Foerster¹⁰, hat diesen Doppelbezug menschlicher Erkenntnis auf die Differenz zweier komplementärer Postulate gebracht: *Selbständigkeit* und *Einbezogenheit*. Beobachter sind danach als lebende Organismen autonom und unausweichlich *selbstständig*, zugleich aber als beobachtende Organismen immer Teil ihrer Beobachtungswelt, also einbezogen. Ähnlich argumentiert Maturana. Er konzipiert den Beobachter als biologisches System (Lebewesen), dessen Existenz aber erst im Phänomenbereich der Sprachlichkeit auftritt und nur dort erkannt werden kann¹¹. Der Beobachter operiert hiernach in zwei sich nicht überschneidenden Bereichen: Als Lebewesen im Bereich der (biologischen) Autopoiese, als eigentlicher Beobachter im konsensuellen Bereich des In-Sprache-Seins. Das hier zugrundegelegte Verständnis des Systemischen bietet der systemischen Therapie einen anthropologischen und so metatheoretischen Denkrahmen, der das Denken über Psychotherapie weit über die engen Grenzen einer Praxeologie, etwa der Familientherapien, hinaus an das Denken über den Menschen schlechthin, an dessen Interaktionen und Realitäten anbindet.

2. Soziales System

Mitte der fünfziger Jahre begannen einzelne Psychotherapeuten in den USA, das soziale Umfeld ihrer Patientinnen und Patienten in die Therapie nicht nur als Lieferanten von anamnestischen Daten und Beobachtungen, sondern als Mitpatienten einzubeziehen. Zu dieser Zeit gab sich die Familientherapie weitgehend als Praxis ohne eigene Theorie aus. Nach und nach wurden jedoch erste Konzepte der damaligen Systemtheorien eingeführt, und es kam zu ersten Bestimmungen der Familie als soziales System. Man orientierte sich damals an theoretischen Konzepten nordamerikanischer Soziologie, insbesondere an T. Parsons. Erste Modelle der Familie als soziales System wurden an Beispiel des Mobile verdeutlicht; sie postulierten damit einhergehend eine quasi physiologische Homöostase familialer Geschehnisse. Einige Zeit später, zu Anfang der achtziger Jahre, wandte man sich den biologischen Konzepten Maturanas zu und begann, die Familie als komplexe Vernetzung aufeinander bezogener Komponenten nach dem modernen Organismusmodell aufzufassen. Erst Mitte der achtziger Jahre, nach Erscheinen des Werkes Luhmanns "Soziale Systeme", gab es eine nochmalige Wende in Richtung auf eine Sprache, die nun nicht mehr physikalistisch oder biologistisch behaftet, sondern genuin im Sozialen begründet war. Luhmann bot der sich entwickelnden Systemischen Therapie eine uneinschätzbare Möglichkeit, ihren Gegenstand und ihre Methodologie als soziale Phänomene aufzufassen und mit der Sprache des Sozialen zu beschreiben. Im folgenden nenne ich kursorisch einige Bestandstücke Luhmannschen Denkens, die in die Formulierung einer klinischen Theorie Eingang gefunden haben.

¹⁰ vgl. Foerster, H. von, op. cit., 1987.

¹¹ vgl. z.B. Maturana, H.R.: Die Ontologie des Konversierens. In: Kratky, K.W. u. F. Wallner (Hrsg.): Prinzipien der Selbstorganisation. Darmstadt 1990, S. 140-155; Maturana, H.R.: The Biological Foundations of Self-Consciousness and the Physical Domain of Existence. In: N. Luhmann et al.: Beobachter. Konvergenz der Erkenntnistheorien? München 1990, S. 47-117.

Systembegriff. Der Systembegriff nach Luhmann erlaubt es, Komplexität durch – wiederum komplexe – Einheiten zugänglich zu machen. Systeme entstehen durch Beobachtungen bzw. Unterscheidungen, die, einmal entstanden, für alle weiteren Belange als selbstreferentielle Gebilde betrachtet und beschrieben werden können. Im einzelnen:

- Systeme höherer emergenter Ordnung sind in der Regel weniger komplex als solche niedriger Ordnung, zumal sie Art und Zahl ihrer Elemente selbst bestimmen. Systembildung bedeutet also nicht, Komplexität zu steigern oder Vorhandenes zusammenzufügen, sondern eine qualitativ andere Komplexität herzustellen.
- Die Komponenten, Relationen, die Systemgrenze, also das System selbst, entstehen gleichzeitig und begründen die selbstreferentielle Organisation des Systems. System, Komponenten, Relationen und ihre Umwelt sind wechselseitig bedingt.
- Die Systemgrenze erweist sich als Funktion, die das Gebilde zugleich von seiner Umwelt trennt und an diese bindet. Grenzen schließen und öffnen das System gegenüber seiner Umwelt. Systeme sind insofern geschlossen, als keine internen Operationen außerhalb stattfinden können; sie sind aber in dem Maße offen, wie ihre Komponenten mit Zuständen und Prozessen der Umwelt interagieren können. Grenzen regulieren also die strukturelle Koppelung zwischen System und Umwelt.
- Systeme verarbeiten nur Eigenzustände; Veränderungen werden also nicht kausal von außen bewirkt, sondern folgen auf Prozesse in den Relationen zwischen den Komponenten.
- Systembildung basiert auf Selektion, wodurch die möglichen Relationen der Elemente eingeschränkt und diese dem System zugeordnet werden. Systeme ordnen sich intern, sind operational geschlossen. Das sichert die Differenz System/Umwelt als Komplexitätsgefälle, wobei das System seine gegenüber der Umwelt geringere Komplexität durch höhere interne Ordnung ausgleicht. Um diesen Zustand zu steuern, muss ein weiteres System eingeschaltet werden: Kommunikation.

Soziale Systeme. Nach Luhmann bestehen soziale Systeme nicht aus psychischen Systemen, geschweige denn aus leibhaftigen Menschen. Letztere sind vielmehr ein spezifischer Teil der Umwelt, der für die Bildung sozialer Systeme in besonderem Maße relevant ist.

- Soziale Systeme bilden sich autonom und auf der Basis eigener elementarer Operationen der Sinnstiftung und -wahrung. Luhmann verwendet das Konzept der Autopoiese nach Maturana und unterscheidet drei Spielarten autopoietischer Systeme: Biologische, psychische und soziale Systeme. Sie unterscheiden sich primär nach den basalen Operationen ihrer Autopoiese: Biologische Systeme verarbeiten und reproduzieren Ereignisse im Molekularbereich, psychische und soziale dagegen Sinn – sei es als Bewusstsein oder als Kommunikation. Soziale Systeme beruhen auf Kommunikation; deren Relationen lassen sich als Anschlussbildung definieren. Kommunikation selektiert diese Anschlüsse, indem sie das entscheidende Kriterium - Sinn - währt. Damit erweisen sich die Systemgrenzen als Sinn Grenzen, die Sinnhaftes (System) von Sinnhaftem (Umwelt) unterscheiden.
- Das Grundproblem sozialer Systeme liegt darin, dass beide Parteien einer sozialen Interaktion doppelte Kontingenz erfahren: Jeder von ihnen kann so oder anders handeln, und beide wissen es. Jedes Anschließen an das Handeln des Anderen nimmt angesichts der Ungewissheit Risiken in Kauf. Das Risiko aller Kommunikation erfordert

ständig Kreativität, um die Ungewissheit fruchtbar zu deuten, zumal Unklarheit zur Klärung anregt. Soziale Systeme können nur entstehen, weil eine diffuse Ausgangslage dazu zwingt, Strukturen auszubilden. Jedes Handeln wirkt selektiv und reduziert Komplexität, ermöglicht also Kontinuität. Doppelte Kontingenz fördert Kommunikation, ohne selbst verbraucht zu werden. Risiken werden durch riskante Angebote überwunden, und dabei gibt es keine Alternative zum Vertrauen. Wer aus Misstrauen jedes Risiko meiden möchte, kann nicht überleben.

- Kommunikation beinhaltet gemäß Luhmann einen dreistelligen Selektionsprozess. Sie selektiert aus der Fülle des Möglichen Information, ein Mitteilungsverhalten und Systemzustände des Adressaten. Die dritte Selektion, von Luhmann als »Verstehen« bezeichnet, basiert auf der Differenz zwischen Information und Mitteilung. Kommunikation ist immer selbstreferentiell, kann sich nur auf Kommunikation beziehen. Kommunikation setzt weder eine bewusste Mitteilungsabsicht noch Sprache voraus. Es genügt, eine Handlung als Information zu verstehen. Missverständnisse gehören daher ebenso zur Kommunikation wie Unaufrichtigkeit; zudem kann das Mitteilungsverhalten inadäquat sein, etwa wenn man den falschen Sprachcode wählt. Informationen können, ebenso wie Mitteilungen, auch zurückgewiesen werden. Ein Beobachter kann erst aus der Reaktion schließen, was als Kommunikationseinheit gelten darf.

- Kommunikationsprozesse verknüpfen viele kommunikativen Ereignisse zu einer Abfolge. Dabei ordnen die Themen den Beiträgen einen Sinn zu.

- Soziale Systeme steuern ihr Verhältnis zur Umwelt durch Erwartungsstrukturen. Die zeitliche Stabilität von Systemen wird durch den Aufbau relativ fester Erwartungskomplexe – wie Personen, Rollen, Programme oder Werte – gewährleistet. Um das Komplexitätsgefälle auszubauen, entwickelt das System eine Eigenzeit.

3. *Das Mitglied-Konzept*

Die kursorisch dargestellten Aspekte der Luhmannschen Theorie wirkten mit Blick auf die klinische Theorie erhellend, geradezu emanzipierend - von den Naturwissenschaften. Sie waren aber in ihrer Abstraktheit von den vis-à-vis Situationen allzu entfernt, in denen sich Psychotherapeuten alltäglich befinden. Es mag im soziologischen Sinne angebracht sein, Kommunikationen und nicht etwa psychische Systeme oder gar ganze biologische Menschen als die Komponenten sozialer Systeme zu betrachten. Dies ist aber zugleich wenig praktikabel. Deshalb erschien es sinnvoll, eine identifizierbare Denkfigur einzuführen, die zwar im Einklang mit den von Luhmann aufgestellten Bedingungen stand, zugleich aber genügend konkretisierbar gedacht war, dass sie als Kristallisationspunkt für die klinische Theorie dienen würde. Das Ergebnis dieser Überlegungen fand im Begriff "*Mitglied*" Ausdruck.

- "Mitglied" steht nicht für Mensch, sondern für eine sozial konstituierte Einheit. Mitglieder sind als rekursive "Operatoren" aufzufassen, die den Kommunikationsprozess prägen und festigen. Sie emergieren gemeinsam mit der Kommunikation und verändern sich fortwährend, selbst wenn sie trivialisiert erscheinen. Mitglieder sind auf sich selbst zurückwirkende, nicht-triviale Operatoren im Sinne von Foersters und bestehen, solange der von ihnen konstituierte Prozess anhält. Mitglieder konstituieren einander in der Kommunikation als "operationale Kohärenzen" im Sinne Maturanas. Mitglieder sind ebenso wie Kommunikation nicht direkt beobachtbar, sondern allenfalls rekonstruierbar, wenn ein Beobachter dessen

kommunikative Operationen zurückverfolgt. Mitglieder verarbeiten Differenzen: Sie deuten Handlungen als Mitteilungen, ordnen sie Themen zu und qualifizieren sie so als Beiträge; sie aktivieren ausgewählte kognitiv-funktionale Kohärenzen bei den Menschen, die sie "verkörpern", und filtern passende Reaktionen aus; und sie führen Handlungen aus und sorgen damit für kommunikative Kontinuität (Anschlussbildung). Andererseits entstehen Mitglieder erst durch den Vollzug von Kommunikation und werden dadurch als solche qualifiziert.

- Mitglieder stellen somit operationale Kohärenzen dar, die Menschen Kommunikation ermöglichen. Analog zur Computersprache kann man die Relation Mensch/Mitglied mit der zwischen "Hardware" und den einzelnen Rechenvorgängen vergleichen. Diese Analogie trifft jedoch nur bedingt zu, weil Mitglieder rekursiv wirken und sich fortlaufend verändern, so dass sie Einfluss auf die Fortentwicklung der Programme (Rollen) ausüben, die sie ausführen.
- Mitglieder verarbeiten und stiften Sinn und reduzieren so Komplexität: Mitglieder, Kommunikation, Sinngrenze und Sozialsystem sind untrennbar verbunden: Sie erzeugen einander wechselseitig.
- "Mensch" und "Mitglied" sind strukturell gekoppelt, verursachen einander aber nicht; zum Beispiel setzt eine ritualisierte Mitgliedschaft kein Bewusstsein voraus. Sie gehören unterschiedlichen Phänomenbereichen an: dem biologischen und dem sozialen. Ein Mensch ist als solcher nie Mitglied eines sozialen Systems, sondern kann nur Mitgliedschaften "verkörpern". Mitglieder tragen die soziale Kommunikation. Ein Beobachter kann die Struktur kommunikativer Prozesse nachvollziehen, indem er die Operationen der Mitglieder verfolgt und beschreibt. Hier liegt der Vorteil des Konzepts für die klinische Theorie: Es erlaubt, zwischen Mensch, Mitglied und Rolle zu unterscheiden. Während "Mensch" ein Lebewesen bezeichnet und sich schon dadurch vom sozialen Operator Mitglied unterscheidet, enthält "Rolle" ein verallgemeinertes Programm für die Ausführung einer Klasse von Mitgliedschaften (der Polizist, die Hausfrau). Dadurch lassen sich Begriffe wie Beobachtung, Erwartung, Sinnverarbeitung operational deuten, ohne dass der Therapeut zwischen Kommunikation und dem undurchschaubaren Individuum vermitteln müsste.
- Operational aufgefasst, stellen Mitglieder jederzeit den aktuellen Zustand einer wandelbaren sozialen Einheit dar. Mitglieder sind an das von ihnen konstituierte soziale System gebunden und können nicht "herauspräpariert" oder verdinglicht werden. Ein Mitglied ist immer ein "Mitglied von...", und es kommt nie einzeln, sondern immer mindestens zu zweit vor. Ein Beobachter, der das soziale System thematisch analysiert, kann die Ereignisse als Bestandteile einer Geschichte oder Erzählung auffassen, um Vergangenes zu deuten oder in die Zukunft zu projizieren und Voraussagen zu machen. Das Mitglied-Konzept erlaubt, zwischen Menschen und ihren verschiedenen Mitgliedschaften zu unterscheiden. Ein Beobachter, der verschiedene Prozesse ein und derselben Relation zwischen Personen zuordnet, verwendet Kriterien, die auf der synthetischen Denkkategorie "Beziehung" basieren.

Soziale Systeme lassen sich demnach definieren als Komplexe von Mitgliedern, die einen thematisch gefassten Sinn verwirklichen. Ohne Menschen gibt es weder Mitglieder noch soziale Systeme, doch als die komplexere Einheit kann der Mensch jederzeit seine Mitgliedschaften verändern oder gar "aufkündigen". Die Operationen (Kommunikationen) der Mitglieder bilden Kommunikationsprozesse, die das jeweilige System sinnhaft (thematisch) abgrenzen. Die Mitglieder konstituieren sich also erst in

der Kommunikation als Komponenten des Systems: Mitglieder, Kommunikation und Sinngrenze entstehen gleichzeitig und erhalten dadurch ihre Identität.

Abschließend fasse ich die theoretischen Vorteile des Mitglied-Konzepts (und der darauf basierenden Deutung sozialer Systeme) für die klinische Theoriebildung wie folgt zusammen:

- Es bewahrt vor Verdinglichung und begründet dennoch eine eingrenzbare Struktur im sozialen Wandel.
- Veränderungen sozialer Systeme lassen sich auf Mitgliedschaften beziehen, die nur sekundär Personen oder Menschen betreffen. So können sich soziale Systeme auflösen, ohne dass die Beziehungen zwischen Menschen enden müssten.
- Die Unterscheidung zwischen Mensch und Mitglied befreit von der Annahme, die Therapie müsse Menschen verändern. Angestrebt wird vielmehr, leidvolle Mitgliedschaften in Problemsystemen zu beenden. Dafür muss man weder die Struktur der beteiligten Menschen noch die des jeweiligen Systems in allen Einzelheiten kennen.
- Die Unterscheidung von Mitglied und Rolle dient, um die Aktivitäten des in jeder Therapie neu entstehenden Mitglieds "Therapeut" an der programmatischen Beschreibung der Rolle des Therapeuten zu orientieren.

III. Klinische Theorie

Mit dem Begriff "klinische Theorie" soll hier ein Zusammenhang kohärenter Sätze bezeichnet werden, der auf der Basis der oben skizzierten Voraussetzungen einen Rahmen für die systemtherapeutische Praxis ergeben. Anders als in der medizinischen Tradition meint hier "klinisch" nicht den einen Teil der Differenz klinisch/ambulant, sondern bezieht sich auf alle Maßnahmen, die zum Ziel haben, menschliches Leiden an sich selbst und/oder an den soziokontextuellen Lebensbedingungen zu lindern oder zu beseitigen.

1. *Das Therapeutendilemma.*

Psychotherapeuten sind im Hinblick auf ihren beruflichen Auftrag mit einem paradoxen, doppelten Auftrag konfrontiert. Diese Situation, die für alle Formen der Intervention in psychische und soziale Systeme gilt, nenne ich das *Therapeutendilemma*. Anders als bei anderen Psychotherapieschulen nimmt die Systemische Therapie dieses Dilemma ernst und macht es zum Ausgangspunkt aller Überlegungen zur theoretischen Untermauerung der Praxis. Das Dilemma heißt: *"Handele wirksam, ohne je im Voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslösen wird!"* Helfer und Helferin handeln im Auftrag der Gesellschaft und ihrer Kunden und sollen auf verantwortbare Weise kausal wirken. Systemische Therapeuten insbesondere, aber sicher auch andere, die lange ihren Beruf ausüben, wissen aber um die Unmöglichkeit, menschliche Prozesse gezielt zu bestimmen und vorherzusagen. Auf den Punkt gebracht, gilt Maturanas Satz, der lautet: *"ich bin ganz verantwortlich für das, was ich sage, aber nicht für das, was Sie hören"*. Dieses Dilemma erwächst im systemischen Kontext aus der Undurchschaubarkeit nicht-trivialer Systeme sowie aus der Nicht-Instruierbarkeit autopoietischer Systeme und der Selbstreferentialität sozialer Systeme. Die Folge ist, dass man, ohne exakt diagnostizieren zu können, auf das Gebot einer objektiven Indikationsstellungen

verzichten und so, im Endeffekt, die subjektiven Problemdefinitionen der Hilfesuchenden als maßgeblich akzeptieren muss. Die Einsicht in die Nicht-Instruierbarkeit operational geschlossener, lebender und sozialer Systeme führt dazu, dass vom Einsatz gezielter, kausal gemeinter Interventionen abgesehen werden muss. Zudem hat die Selbstreferentialität kommunikativer, sozialer Vorgänge zur Folge, dass man darauf vertrauen muss, dass Dialoge förderlich und heilsam sein können.

Der Beitrag zur Auflösung dieses Dilemmas, den die Systemische Therapie leistet, lässt sich problemlos auf alle Formen professioneller Versorgung übertragen. Er lautet wie folgt: Systemische Konzepte zielen nicht auf die kausale Veränderung des Erlebens oder Verhaltens der Klienten, sondern vielmehr auf die Herstellung eines für die Veränderung der Hilfesuchenden günstigen sozialen Milieus, etwa eines Therapie- oder Beratungssystems. Aufgrund des Verzichts auf eine anzweifelbare exakte Diagnostik und auf extern vorgenommene Indikationen ist der Helfer frei, sich auf das Anliegen der Hilfesuchenden einzustellen, um dann mit ihnen gemeinsam erfüllbare Aufträge auszuhandeln. Im Hinblick auf die einzusetzenden Interventionen erscheint es zudem sinnvoll, sie nach - eigentlich: ästhetischen - Kriterien der Angemessenheit und des "Passens" zu wählen. Im Hinblick schließlich auf eine förderliche Art der Dialogführung empfiehlt sich dem Helfer, eine Haltung des Respekts, der Würdigung und Anerkennung seiner Klienten einzunehmen. Diese drei Aspekte entsprechen den von mir an anderer Stelle aufgestellten drei Kriterien für die Durchführung und Beurteilung von Therapien: Nutzen im Hinblick auf das Ziel, Schönheit im Hinblick auf die Wahl der Interventionen und Respekt im Hinblick auf den Umgang mit den Klientinnen und Klienten¹².

2. *Gegenstand klinischer Theorie.*

Vom obigen Therapeutendilemma ausgehend, ist im nächsten Schritt der Gegenstand der systemischen klinischen Theorie zu bestimmen. Als Gegenstand einer jeden Theorie der Praxis lassen sich jene Sachverhalte betrachten, die Anlass für die Ingangsetzung eben jener Praxis sind. Im Fall der Psychotherapie handelt es sich also um jene menschlichen Zustände, die Anlass für das Aufsuchen und die Durchführung einer Psychotherapie geben. Die bisherigen Auffassungen der Psychotherapieschulen helfen uns hier wenig. Denn ihr an Objektivismen angelehnte Konzepte sind darauf bedacht, ihren Gegenstand möglichst kategorial als konstante Größen zu bestimmen. Die Rede ist dann von psychischen Krankheiten oder Störungen, denen je nach Blickwinkel biochemische, hirnormale und neurophysiologische Phänomene bzw. intrapsychische Konflikte, Lernstörungen oder familiendynamische Dysfunktionalitäten zugrundegelegt werden. Insofern modellieren diese Schulen ihren Gegenstand als diskrete Entitäten, die diagnostiziert, klassifiziert und möglichst kausal "behandelt" werden können. Im systemischen Verständnis erscheint es angemessener, den Gegenstand klinischer Theorie als Prozesse der Kommunikation zu betrachten. In Anlehnung an Luhmanns Verständnis des sozialen Systems gehen die folgenden Überlegungen zum Gegenstand klinischer Theorie von einer Sequenz einander ablösender sozialer Systeme oder Kommunikationen mit wechselnden, unterscheidbaren Themen aus.

¹² vgl. Ludewig, K.: Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. In: System Familie 1: 103-114, 1988.

Zu Anfang dieser Sequenz steht ein "Problem", d.h. ein Verhalten, eine Seinsweise oder eine Interaktion, die von jemandem, der der Betroffene selbst sein kann, als *veränderungsbedürftig* bewertet wird. Handelt es sich bei diesem Problem um eines, das beim Betroffenen Leiden oder bei verantwortlichen Dritten alarmierte Sorge auslöst, sprechen wir von einem *Lebensproblem*. Gelangt diese zunächst subjektiv erlebte Belastung durch eine wie auch immer geartete Veröffentlichung zur Kommunikation, kann es in der Folge zu einem Kommunikationsprozess kommen, der hier *Problemsystem* genannt wird. Beim Problemsystem handelt es sich um eine sich selbst erhaltende und reproduzierende Kommunikation, die sich allenfalls thematisch, jedoch nicht strukturell von der eines anderen sozialen Systems unterscheidet. Die Menschen, die dieses System tragen, können alsdann im Rahmen einer anderen Kommunikation feststellen, dass sie aus eigener Kraft nicht imstande sind, das Problemsystem aufzulösen und deshalb Hilfe von außen benötigen. So beginnt eine wiederum neue Kommunikation mit dem Thema, entsprechende Hilfe zu finden; es entsteht so ein "hilfesuchendes System". Die darauf folgenden Kommunikationen bilden in dem Fall, dass ein Professioneller gefunden und einbezogen wird, gewissermaßen ein zwischengeschaltetes System - ein unspezifisches Hilfssystem. Im Rahmen dieser Kommunikationen zwischen Hilfesuchenden und Professionellen wird eine Zuordnung vorgenommen, bei der die Hilfesuchenden je nach Problemtyp den entsprechenden Helfern angekoppelt werden. Dieses zunächst unspezifische Hilfssystem, dessen kommunikativer Prozess einer Vorschaltendiagnostik (Clearing, Platzierung) entspricht, kann als Förderdiagnostik bzw. als "Überlebensdiagnostik" aufgefasst werden. Denn hier geht es im wesentlichen darum, die Ressourcen und Möglichkeiten, die den Hilfesuchenden das bisherige Überleben ermöglicht haben, zu erkunden, um diese bei der Wahl der dazu passenden Hilfestellung zu nutzen. Gehört das betreffende Problem nach den üblichen Maßstäben zur Klasse der versorgungsrelevanten Probleme bzw. "Störungen" (leider eingebürgerter Begriff aus der Mechanik), entsteht alsdann ein neues soziales System, nämlich ein "Hilfssystem". Die spezifischeren Kommunikationen dieses Systems streben es an, konkrete Hilfen zur Bewältigung des Problems auszuloten und einzusetzen. Die Betrachtung des Gegenstands klinischer Theorie als Sequenz sich einander ablösender, unterscheidbarer Kommunikationen anstelle der einseitigen Feststellung einer Krankheit trägt der Tatsache Rechnung, dass es sich bei klinischen Aktivitäten um kommunikative Suchprozesse, in die alle Beteiligten eingebunden sind, handelt, und nicht um eine erkenntnistheoretisch ohnehin anzweifelbare Feststellung und Behandlung objektiver struktureller Gegebenheiten beim Hilfesuchenden (eher: Patienten).

3. *Lebensproblem/Problemsystem*.

Die Differenz von Lebensproblem/Problemsystem dient der klinischen Theorie als zentrale Leitdifferenz. In ihrer kurzen Geschichte hatte die Systemische Therapie bis in die Mitte der achtziger Jahre bereits ein Großteil der theoretischen Bausteine zusammengestellt und dabei das Erbe von den Familientherapien weitgehend überwunden. Nicht gezielte Interventionen standen noch im Mittelpunkt der Überlegungen, sondern "heilsame Verstörungen" (Perturbationen, Irritationen), nicht Dysfunktionalität der Familie - geschweige denn Kommunikationsstörungen o.ä. -, sondern Lebensprobleme und soziale Auffälligkeit, nicht Pragmatik und Nutzen um jeden Preis, sondern darüber hinaus ästhetisches und ethisches Handeln. Die Familie als

Grundeinheit psychopathologischen und therapeutischen Denkens hatte abgedankt. Man interagiert als Therapeut nicht mehr mit Menschen oder Systemen, sondern vielmehr als Mitglied eines sozialen Systems, z.B. eines Therapiesystems, mit Mitgliedern desselben Systems. Und doch fehlte etwas Entscheidendes, nämlich die konzeptionelle Bestimmung dessen, was dazu führt, dass das soziale Phänomen Therapie in Gang gesetzt wird. Einem der bedeutsamsten "Pioniere" der Systemischen Therapie, dem Nordamerikaner Harry Goolishian, war es vergönnt, eine revolutionäre Erneuerung einzuführen: *das problem-determined system*¹³. Dabei tat er nicht viel mehr als, sozusagen, den Spieß umzudrehen: Nicht soziale Strukturen (Systeme) haben Probleme, sondern es sind Probleme, die soziale Strukturen bilden. Dieses Konzept, welches im Deutschen als Problemsystem benannt wurde, legte einen wichtigen Grundstein für die Überführung der Systemischen Therapie in den Bereich der Kommunikation. Das Konzept des Problemsystems öffnete Denkperspektiven, deren vollständige Tragweite erst viel später erkannt werden sollten. Als abstraktes Konzept sozialtheoretischer Phänomenologie eröffnet das Problemsystem der Theorie der Praxis Möglichkeiten für Beschreibungen und Erklärungen, die es erlauben, von den früher üblichen Anleihen bei den Naturwissenschaften (Störungen) und der Medizin (Psychopathologie) grundsätzlich abzusehen. In meiner eigenen Verarbeitung dieses Konzepts durch Einbeziehung emotionstheoretischer Aspekte nach Maturana und kommunikationstheoretischer Aspekte nach Luhmann entstand allmählich eine Konzeptualisierung der Anlässe, die zum Beginn einer Therapie führen, die genuin systemisch war und diese Phänomene in die Sphäre des Sozialen ansiedelt¹⁴.

Durch Verwendung des Konzepts Problemsystem entfallen normative Annahmen, die zu Folge haben, Menschen psychisch zu pathologisieren. Der Anlass für die Bitte um professionelle Hilfe wird als ein kommunikativer Prozess aufgefasst, aber nicht als krankhaft oder abnorm bewertet. Problemsysteme sind eigenständige soziale Systeme im Umkreis von Problemen. Unter einem Problem verstehe ich jedes Thema einer Kommunikation, die etwas als unerwünscht (schwierig, hinderlich, falsch, störend, unpassend usw.) *und* veränderbar wertet - das heißt, als für veränderungsbedürftig und veränderungsfähig behandelt. Unabänderliches wie z.B. manche Umweltbedingungen, körperliche Defekte, chronische Erkrankungen usw. betrachte ich demgegenüber als "Schwierigkeiten". Die Themen, die als Problem auftreten, sind prinzipiell beliebig und können jeden Sachverhalt menschlichen Miteinanders betreffen. Für die klinische Theorie sind jedoch nur solche Sachverhalte relevant, die kommunikativ thematisiert werden. Klinisch relevant sind Kommunikationen, die eine Verhaltens- oder Seinsweise bzw. das Verhalten oder die Seinsweise insgesamt eines Menschen negativ wertend thematisieren, sofern dies beim Betroffenen negative

13 vgl. u.a. Anderson, H., H.A. Goolishian, G. Pulliam, L. Winderman: The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In: Efron, D.E. (ed): *Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies*. New York 1986, S. 97-122; Goolishian, H.A., H. Anderson (1988): *Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten*. In: Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin 1988, S. 189-216.

14 vgl. Ludewig, K.: *Problem - 'Bindeglied' klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme*. In: Reiter, L. et al. (Hrsg.), op. cit. 1988, S. 231-249; Ludewig, K., op.cit. 1992; Ludewig, K.: *Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie?* In: Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (Hrsg.): *Gefühle und Systeme - Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg 1998, S. 52-76; Ludewig, K.: *Therapieziele in der Systemischen Therapie*. In: Ambühl, H., B. Strauss (Hrsg.): *Therapieziele*. Göttingen 1999, S. 251-275.

Emotionen - Leiden - auslöst. Solche Kommunikationen kristallisieren sich zu Systemen, wenn negative Wertungen (und der implizite Appell, etwas oder sich zu verändern) dem Betroffenen emotional so nahe gehen, dass er oder sie in seiner/ihrer Berechtigung zu sein, negiert oder eingeschränkt wird. Dies wird an den Reaktionen des Betroffenen erkennbar, wenn sie darauf abzielen, die emotionale Verletzung abzuwehren. Die Folge ist meistens ein Netz von Klagen sowie wechselseitiger Anklagen und Schuldzuweisungen.

Aus klinischer Sicht interessieren uns nur solche Problemsysteme, die aus Leiden hervorgehen und zum Nachsuchen um professionelle Hilfe führen. Gelingt es den Beteiligten nicht, die Lage – etwa durch Metakommunikation – zu entspannen, kann sich die Problemkommunikation konsolidieren, das Problem eskalieren. Der Emergenz von Problemsystemen wird eine spezifische *emotionale Logik* unterstellt, die sich darin erweist, dass nicht bloße Äußerungen Problemsysteme hervorbringen, sondern die Art, wie sie "verstanden" und erwidert werden. Die Beteiligten handeln defensiv oder aggressiv, wollen einander veranlassen, die als unberechtigt und kränkend empfundene Äußerung zurückzunehmen. Das engt den Spielraum ihrer Kommunikation immer mehr ein. Da sie schmerzt, wird zwar meist ihr Ende herbeigesehnt, aber dem steht die problemeigene Logik im Wege: Alle Beteiligten erwarten, dass der jeweils andere als erster einlenkt. Denn Leiden disponiert im Sinne Maturanas zu Handlungen, die das Leiden beenden sollen¹⁵. Hierbei entstehen auf beiden Seiten Erwartungen, die das weitere Verhalten prägen und zur Folge haben, den status quo, der weiteres Leid verhindern soll, beizubehalten. Die Grundbedingungen sozialer Beziehungen – Liebe und Vertrauen – sind nicht erfüllt. Der Dialog, der Risikobereitschaft voraussetzt, ist blockiert. Veränderung oder Auflösung des Problemsystems werden an die einseitig nicht durchsetzbare Forderung geknüpft: "Erst du, dann ich". Daher neigen solche Systeme zu ihrer besonderen Stabilität: Die Kommunikation wird immer ritueller und "trivialer" (monotoner, vorhersagbarer), und das "mehr desselben" spitzt die Lage unerträglich zu. Keiner der Beteiligten fühlt sich in der Lage, den ersten Schritt zur Annäherung machen. Die emotionale Logik von Lebensproblemen festigt Erwartungen, mit denen das selbstgesteckte Ziel – Auflösung des Problemsystems – nicht erreicht werden kann: Ständige Wiederholungen blockieren das kreative Potential von Zufällen; Risikobereitschaft und Vertrauen - zentrale Bedingungen von Kommunikation schlechthin - kommen nicht zum Zuge. Alles bleibt darauf fixiert, Neues oder Unerwartetes, das noch größeres Leid oder gar das Ende der Beziehung bedeuten könnten, strategisch auszuschließen. Anstelle von offenen Dialogen, werden Monologe aneinandergereiht, die alles trivialisieren. Solche Situationen neigen aufgrund der involvierten Emotionalität dazu, die Aufmerksamkeit auf das Problem zu fixieren, so dass mögliche Alternativen aus der Sicht geraten. Dennoch bleiben den Beteiligten zu jeder Zeit - und sei es latent - unproblematische Möglichkeiten des Miteinanders. Sonst wäre jede Hilfestellung, also auch eine Systemische Therapie aussichtslos.

Problemsysteme folgen ihrer eigenen Logik. Sie entstehen spontan und können sich ebenso spontan wieder auflösen. Trotz aller Ritualisierung sind sie weder von außen

15 vgl. z.B. Maturana, H.R., in: Kratky, K.W. u. F. Wallner (Hrsg.), op.cit. 1990, S. 140-155.

bestimmbar, noch willkürlich veränderbar. Ihr Problem ist ihr *Thema*, nicht ein auswechselbares, akzidentelles Merkmal. Daher sind so verstandene Probleme grundsätzlich nicht lösbar, sondern allenfalls auflösbar. Problemsysteme lassen sich nur auflösen, wenn die Beteiligten sich in die Lage versetzen, ihre Mitgliedschaft sozusagen "aufzukündigen". Meist zerfallen sie jedoch von selbst: das Thema wird langweilig, die Problemkommunikation verflüssigt sich zum Dialog, andere Aktivitäten treten in den Vordergrund, oder das Problem wird umgedeutet, neu gewertet, wenn nicht gar vergessen. Dadurch ist es jedoch nicht "gelöst" oder – medizinisch formuliert – endgültig "geheilt", denn jedes Problem kann, wie jedes Thema, immer wieder aufkommen.

Das Konzept Problemsystem bringt einer systemischen, klinischen Theorie immense Vorteile: Es ist systemisch kohärent, es pathologisiert nicht, es orientiert die Therapie als Kommunikation, und es befreit vom objektivistischen Ballast bisheriger klinischer Theorien. Daher fand dieses Konzept zunächst breite Akzeptanz im systemtherapeutischen Feld. Erst in letzter Zeit ist Kritik daran entstanden. Sie entzündete sich vor allem daran, dass es in der ursprünglichen Formulierung Goolishians allzu einseitig sprachlich bezogen war¹⁶. Angesichts dieser Kritik erschien es sinnvoll, neben den kommunikativen Aspekten von klinisch relevanten Problemsystemen das intrasubjektive Erleben von Problemen in den Diskurs Systemischer Therapie wieder einzuführen, und zwar in Form des Konzepts *Lebensproblem*. Dies knüpft an neuere Erkenntnisse der Emotionsforschung an und trägt dem Rechnung, dass emotionale Dispositionen eine unerhört wichtige Wirkung auf Prozesse der Sinnstiftung haben¹⁷. Die emotionale Verletzung oder Betroffenheit eines, mehrerer oder aller Beteiligten an einem Problemsystem stellen eine unerlässliche Bedingung für die Emergenz einer Problemkommunikation dar. Klinisch relevante Probleme setzen das Vorliegen dieser beiden Gesichtspunkte - individuelles Erleben und Kommunikation - als voneinander untrennbar und einander modulierend voraus. Daher erscheint es sinnvoll, von der Differenz von Lebensproblem und Problemsystem auszugehen und sie als Leitdifferenz für die klinische Theorie zu verwenden. Lebensprobleme definiere ich als subjektiv erlebte Probleme, das heißt, als vom Betroffenen erlittene und daher als veränderungsbedürftig bewertete Phänomene. Den Lebensproblemen liegt eine Dynamik zugrunde, die im Sinne Luhmanns aus der Enttäuschung bedeutungsvoller Erwartungen und Ansprüche hervorgeht und deren Folgen in aller Regel über Vermeidungsstrategien handhabt werden. Das Konzept des Problemsystems behalte ich demgegenüber für die Beschreibung von bereits zur Kommunikation gewordenen Lebensproblemen bei.

Durch Einbeziehung des Lebensproblems handelt man sich allerdings ein weiteres konzeptionelles und praktisches Dilemma ein. Denn Problemsysteme sind durch Beobachtung rekonstruierbar, während Lebensprobleme nur durch Intuition, Empathie, Interaffektivität oder Introspektion zu erschließen sind. Die Erweiterung der systemischen klinischen Theorie auf intrapsychische Verhältnisse erweist sich daher als äußerst riskant, deren Ignorierung hingegen als noch problematischer, da unnötig

16 vgl. z.B. Levold, T.: Problemsystem und Problembesitz, Teil I. In: System Familie 10: 21-31, 1997.

17 vgl. u.a. Ciompi, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen 1997.

einschränkend. Ein angemessener Umgang mit Lebensproblemen, deren Entstehungs- und Auflösungsbedingungen, erfordert daher eine Kommunikation, welche die Innerlichkeit der Beteiligten thematisiert und nach passender Sinnggebung sucht. Der theoretische Vorteil, der mit der Differenzierung von Lebensproblemen einhergeht, mündet in der Praxis in den ethischen Appell, Wege zu suchen, um die Menschen, die isoliert oder zum Schweigen verurteilt leben, zur Aufnahme einer hilfreichen Kommunikation zu verhelfen. Die Unterscheidung von Lebensproblem und Problemsystem erlaubt individuelle und soziale Momente als miteinander verflochtene und aufeinander rekursiv wirkende, jedoch operational unabhängige Faktoren zu betrachten. Deren Verhältnis kann - Luhmann folgend - als eines der strukturellen Koppelung verstanden werden.

IV. Praxis

Das zweite konzeptionelle Problem, das eine klinische Theorie zu thematisieren und kohärent zu lösen hat, ist die Erarbeitung einer technologischen Programmatik für die Praxis. Der Stand der Entwicklung in dieser Frage soll hier an drei zentralen Aspekten systemtherapeutischer Praxis verdeutlicht werden: das Verhältnis von Problem/Anliegen/Auftrag, die Aufgaben des Therapeuten und eine Rahmgebung für die Orientierung des Praktikers.

1. Problem - Anliegen - Auftrag.

Systemische Therapie geht vom Anliegen der Hilfesuchenden aus. Erst eine klare Erkundung des jeweiligen Anliegens unter Einbeziehung der vorgetragenen Problems und eine darauf abgestimmte Definition des therapeutischen Auftrags grenzt den Bereich ein, in dem der Therapeut befugt ist, zu handeln, d.h. sich in das Leben seiner Klienten einzumischen. In der Praxis heißt dies, dass der Helfer in der Anfangsphase einer Therapie oder Beratung bemüht ist, der Klientin zu helfen, ihre Wünsche (Anliegen) im Hinblick auf einen möglichen Zustand nach Überwindung des Problems zu formulieren. In aller Regel kommen aber die Klienten mit der im Rahmen der medizinischen Versorgung etablierten Erwartung, dass der Therapeut alles über die zu behandelnden Probleme wissen muss, bevor er helfen kann. Der systemische Therapeut befasst sich in dieser ersten Phase also damit, die Klientin mit geeigneten Fragen zu motivieren, um über das Problemerkzählen hinaus zur Entwicklung eines Anliegens zu gelangen. Dabei achtet der Helfer darauf, dass das Anliegen so formuliert wird, dass es zu seinen professionellen Möglichkeiten passt, also operabel ist. Das Anliegen bezeichnet mithin das Ergebnis eines ko-konstruierten Prozesses bzw. eines Dialogs auf das Ziel hin, die Wünsche der Klientin mit den Möglichkeiten des Therapeuten auf operationalisierbare Weise zu vereinbaren. Im übertragenen Sinne übt sich der Therapeut in der Kunst der dialogisierenden Geburtshelferin, die hilft, dass um im Bild zu bleiben, eine neue, verwirklichtbare Fassung der Problembewältigung geboren werden kann. Therapie vollbringt in dieser Phase eine Umdeutung bzw. Rekontextualisierung, die zur Folge hat, dass nicht das präsentierte Problem "gelöst" oder "geheilt" wird, sondern dass eine mehr oder minder diffuse, leidvolle Problembeschreibung in einen Kontext gesetzt wird, in dem eine rasche Umorientierung in Richtung auf Alternativen ermöglicht werden kann.

Der Therapieauftrag ergibt sich aus der Umformulierung des kokonstruierten Anliegens

zu einer gemeinsam *vereinbarten Zielsetzung*. Dies dient als Basis für den therapeutischen Vertrag. Die operationale Formulierung des Auftrags erlaubt es, die während und nach der Maßnahme entstandenen Veränderungen daraufhin zu prüfen, ob sie tatsächlich im Sinne der vereinbarten Zielsetzung abliefen und was eventuelle Abweichungen davon bedeuten können - natürlich ohne einfache lineare Kausalitäten zu implizieren! Der Auftrag dient zudem als Richtschnur für die Durchführung, Beendigung und Kontrolle der Hilfsmaßnahme. Schließlich nutzt der Auftrag dem Helfer, um einzuschätzen, ob er den Auftrag annimmt oder lieber weiter verweist. Der Auftrag selbst hat optimalerweise die Form einer Bitte: "Helfen Sie mir/uns, damit...". Als operationalisierte Bitte enthält sie alle Elemente, die eine sinnvolle Durchführung der Therapie ermöglichen.

2. Aufgaben des Therapeuten.

Der systemisch ausgerichtete Helfer trägt, ohne kausal wirken zu können, bestenfalls zur Erzeugung eines günstig angelegten sozialen Milieus, etwa eines Therapiesystems bei, in dem die "Kunden"¹⁸ sich gemäß ihren Möglichkeiten und Wünschen verändern können. Er beschränkt sich bewusst darauf, im Dienst des Hilfesuchenden und mit möglichst wenigen eigenen Vorannahmen zu handeln. So gesehen, hat der systemische Therapeut im wesentlichen zwei allgemeine Aufgaben zu erfüllen:

1. Durch geeignete Fragen dem Klienten - dem Kunden - zu helfen, neben der mitgebrachten Beschreibung seines Problems auch ein Anliegen an die Therapie zu formulieren, damit dies als Grundlage für die Aushandlung und Vereinbarung eines Auftrags dienen kann.

2. Durch geeignete konversationale Maßnahmen, einen auftrags- und kundengerechten, gewissermaßen "kunstvollen Balanceakt" zu vollziehen zwischen der Würdigung (Bestätigung, Anerkennung) des Bestehenden und einer angemessenen Anregung (Intervention) zur Veränderung. Das erstere, die Würdigung, fördert Vertrauen und Kooperation und so auch bei den Kunden die Bereitschaft, die ritualisierte Wiederholungsstruktur der leidvollen Problemkommunikation zu verlassen und das Wagnis einzugehen, Neues zu probieren. Darin erweist sich eine unerlässliche Bedingung für das Gelingen der Therapie. Der zweite Aspekt, das Intervenieren, setzt dann an die bereits vorbereitete Bereitschaft an und zielt darauf, die angestrebten Veränderungen durch Einführung von Neuem und durch Auslösen heilsamer "Verstörungen" zu fördern. Beide Aufgaben schaffen gemeinsam günstige Randbedingungen für einen hilfreichen "Wechsel der Präferenzen" beim Kunden und dienen so der Auflösung der Problemkommunikation. Denn Systemische Therapie strebt nicht kausale Veränderungen an, sondern die Aktivierung bereits vorhandener Ressourcen und Alternativen, die der andauernden Reproduktion der Problemkommunikation entgegenstehen.

Im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung therapeutischer Dialoge hat es sich als günstig erwiesen, folgende 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen zu beachten; diese Sätze bilden einen Orientierungsrahmen für den Praktiker unter stringenter Einhaltung der bisher erörterten systemischen Denkvoraussetzungen in Form eines einfachen Merkschemas:

¹⁸ Anders als Patient (= der Duldsame) oder Klient (= der Schutzbefohlene) impliziert der Begriff "Kunde" Kundigkeit, Expertise für das eigene Leben. Diese begriffliche Option dürfte jedoch im medizinischen Bereich kaum durchzusetzen sein.

- 1 Definiere Dich als Therapeut! - Übernehme ich Verantwortung als Therapeut?
 - 2 Sieh Dich! - Stehe ich zu meinen Möglichkeiten?
 - 3 Orientiere Dich an Deinen Klienten! - Wessen Maßstäbe lege ich an?
 - 4 Werte förderlich! - Suche ich nach Öffnendem?
 - 5 Beschränke Dich! - Fokussiere ich auf das Nötigste?
 - 6 Sei bescheiden! - Sehe ich mich als Ursache der Veränderungen?
 - 7 Bleibe beweglich! - Wechsele ich meine Perspektiven?
 - 8 Frage konstruktiv! - Stelle ich Fragen, die weiterführen?
 - 9 Interveniere sparsam! - Rege ich behutsam an?
 - 10 Beende rechtzeitig! - Kann ich schon beenden?
- ... und
- +1 Befolge nie blind Leitsätze! - Wende ich diese flexibel und kontextbezogen an?

Zum Schluss: Das Erbe Luhmanns auf einen Blick.

Es wäre vermessen, hier auf wenigen Seiten alle Einflüsse, die das Denken Luhmanns auf die Metatheorie und die klinische Theorie der Systemischen Therapie gehabt hat, darzulegen. Kennern des Luhmannschen Werkes wird im vorliegenden Text allerhand aufgefallen sein, was auf dieses Denken zurückverweist. Unter dieser Annahme habe ich mir erlaubt, die betreffende Literatur Luhmanns nicht gesondert zu zitieren. Deshalb berichte ich nun zum Schluss von den Schritten, die mich an dieses Denken herangeführt haben. Eine erste Annäherung an Luhmanns Denken, welches in der Soziologie verankert ist und daher weit entfernt von dem liegt, was Psychotherapeuten normalerweise lesen, fand ich zu Beginn der achtziger Jahre in der Auseinandersetzung mit dem Band, das Habermas und Luhmann bereits 1971 veröffentlicht hatten: "Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie". Dort wurde ich zum ersten Mal mit Luhmanns Konzeptualisierung des Sinns konfrontiert, und das hatte bereits weitreichende Folgen. Sein Hauptwerk "Soziale Systeme" plagte mich ab 1986. Den Zugang dazu fand ich erst, nachdem ein früherer Student Luhmanns, Martin Böckmann, im Rahmen seiner medizinischen Dissertation unter meiner Beratung einen Abriss der Luhmannschen Systemtheorie in einer mir verständlichen Sprache verfasste. Luhmanns Bestimmung des sozialen Systems und die vorgelegte Kommunikationstheorie wurden von da an Grundlage bei meiner Ausarbeitung des zentralen Konzepts des Problemsystems. Darüber hinaus dienten mir diese theoretische Aspekte bei der Konzeptualisierung des therapeutischen Vorgehens als Anregung zu dem Wagnis, Zufälle, Missverständnisse und andere unvorhersehbare Ereignisse zuzulassen. Denn dies hilft, das Problemsystem zu destabilisieren und so Wege für eine lebendige und flexiblere Kommunikation zu öffnen. Die späteren Schriften bis hin zur "Gesellschaft der Gesellschaft" dienten dann eher der Konsolidierung einer bereits vollzogenen Wende. Hierbei wirkten besonders nachhaltig auf mich die Auseinandersetzung mit den Paradoxien der Kommunikation und die Veröffentlichung eines schriftlichen Dialogs mit Humberto Maturana¹⁹. Letztere wurde zur Basis meiner späteren Bemühungen, das Denken der beiden Mentoren meines wissenschaftlichen Arbeitens, Humberto Maturana und Niklas Luhmann, in einem

19 vgl. Luhmann, N.: Sthenographie. In: Luhmann, N., H. Maturana, M. Namiki, V. Redder und F. Varela: Beobachter. Konvergenz der Erkenntnistheorien? München 1990, S. 119-136; Krüll, M., N. Luhmann, H.R. Maturana: Grundkonzepte der Theorie autopoietischer Systeme. Zeitschrift für systemische Therapie 5: 4-25, 1987.

eigenen Ansatz miteinander zu verbinden.

Neben den hier kurz erwähnten und in meinen Text vielfältig erkennbaren Einflüssen des Luhmannschen Denkens möchte ich hier zum Schluss einen anderen, vermutlich noch bedeutsameren Einfluss hinzufügen. Neben der mühsamen Lektüre seiner Texte hatte ich mehrmals die besondere Freude, Niklas Luhmann bei seinen Ausführungen persönlich anzuhören. Mit großartiger Bescheidenheit und Anspruchslosigkeit war er mehrmals bereit, uns in unseren privaten Institut für systemische Studien in Hamburg zu besuchen und unsere sicher oftmals ungeschickten Fragen geduldig zu beantworten. Auf diese Weise entstand allmählich der Rahmen einer emotional getragenen persönlichen Begegnung, die uns nicht nur an seinem Denken, sondern auch an seiner Person teilhaben ließ. Nicht nur, aber besonders dafür bleibe ich ihm persönlich verbunden und dankbar.

LITERATURHINWEISE

- Anderson, H., H.A. Goolishian, G. Pulliam, L. Winderman: The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In: Efron, D.E. (ed): Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies. New York 1986, S. 97-122.
- Bateson, G.: Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt 1982.
- Ciampi, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen 1997.
- Foerster, H.v.: Sicht und Einsicht. Braunschweig 1985.
- Gergen, K.J.: The Saturated Self. New York 1991.
- Glaserfeld, E.v.: Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Braunschweig 1987.
- Goolishian, H.A., H. Anderson (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: Reiter, L. et al. (Hrsg.), op.cit.1988, S.189-216.
- Haken, H.: Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Reinbek 1995.
- Krüll, M., N. Luhmann, H.R. Maturana: Grundkonzepte der Theorie autopoietischer Systeme. Zeitschrift für systemische Therapie 5: 4-25, 1987.
- Levold, T.: Problemsystem und Problembesitz, Teil I. In: System Familie 10: 21-31, 1997.
- Ludewig, K.: Problem - 'Bindeglied' klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter, L. et al. (Hrsg.), op. cit. 1988, S. 231-249.
- Ludewig, K.: Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. In: System Familie 1: 103-114, 1988.
- Ludewig, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart 1992.
- Ludewig, K.: Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie? In: Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (Hrsg.): Gefühle und Systeme - Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse. Heidelberg 1998, S. 52-76.
- Ludewig, K.: Therapieziele in der Systemischen Therapie. In: Ambühl, H., B. Strauss (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen 1999 S. 251-275.
- Luhmann, N.: Sthenographie. In: Luhmann, N., H. Maturana, M. Namiki, V. Redder und F. Varela: Beobachter. Konvergenz der Erkenntnistheorien? München 1990, S. 119-136.
- Maturana, H.R.: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit, Braunschweig 1982.
- Maturana, H.R.: The Biological Foundations of Self-Consciousness and the Physical Domain of Existence. In: N. Luhmann et al.: Beobachter. Konvergenz der Erkenntnistheorien, München 1990, S. 119-137.
- Maturana, H.R.: Die Ontologie des Konversierens. In: K.W. Kratky u. F. Wallner (Hrsg.): Prinzipien der Selbstorganisation. Darmstadt 1990, S. 140-155.
- Maturana, H.R.: Was ist Erkennen?, München 1994.
- Maturana, H.R.: Biologie der Realität. Frankfurt 1998.
- Maturana, H.R. & F.J. Varela: Der Baum der Erkenntnis, München 1987.
- Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin 1988, 1997.
- Reiter L, E. Steiner: Klinische Synergetik und Selbstorganisation: Ein wissenschaftliches Feld formiert

- sich. In: Systeme 8: 52-66, 1994.
- Reiter, L., E. Steiner & V. Gotwald: Kontinuität und Wandel - Die Entwicklungsdynamik der deutschsprachigen Familientherapie und Systemischen Therapie aus bibliometrischer Sicht. In: Systeme 11: 4-20, 1997.
- Schiepek, G.: Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig 1991.
- Schiepek, G.: Die Grundlagen der systemischen Therapie, Göttingen 1999.
- Schiepek, G.: Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig 1991.
- Schlippe, A. von & J. Schweitzer: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 1995.
- Schmidt, S.J. (Hrsg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt 1987.
- Shotter, J.: Conversational Realities. London 1993.
- Shotter, J. & K.J. Gergen (eds.): Texts of Identity. London 1989.
- Simon, F.B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Berlin, 1988.
- Steiner, E. & L. Reiter: Zum Verhältnis von Individuum und sozialem System: Hierarchie, strukturelle Koppelung oder Interpenetration? In: Familiendynamik 11:325-342, 1986.

Zum Verfasser:

Kurt Ludewig, Dr. phil., Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Mitgründer und Direktor des Instituts für Systemische Studien Hamburg, Lehrtherapeut für systemische Therapie und Beratung (SG), Vorsitzender der Systemischen Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung. Autor zahlreicher Publikationen zur Theorie und Praxis der Systemischen Therapie, darunter "Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis", Stuttgart 1992.