

“ÜBERLEBENDIAGNOSTIK” - EINE SYSTEMISCHE OPTION¹

KURT LUDEWIG, MÜNSTER

Zusammenfassung

In der jungen Geschichte der Systemischen Therapie vollzog sich in Folge der Übernahme Systemischen Denkens (Konstruktivismus, Systemwissenschaften) eine gründliche Abkehr von der medizinisch geprägten, psychopathologisch orientierten Diagnostik. Dieser Beitrag plädiert angesichts des immer differenzierter werdenden Wissens um die komplexen Bedingungen, welche die Entstehung von Lebensproblemen und Problemsystemen ermöglichen, für eine behutsame Wiedereinführung diagnostischer Abwägungen, zumal dies trotz fehlender konzeptioneller Absicherung ohnehin gängige Praxis ist. Hierzu bietet sich das Konzept der "Überlebensdiagnostik" als eine systemische Herangehensweise, die neben einer angemessenen Problemerkundung dezidiert auf vorhandene Ressourcen fokussiert.

EINLEITUNG

Das Thema der Vortragsreihe am zweiten Tag der DAF-Tagung 1998 lautete “(Un)Heimliche Liebschaften der systemischen Therapie”. Diese Überschrift erschien mir mit Blick auf das Thema meines Vortrags - systemische Diagnostik - ausgesprochen zutreffend. Denn diese Überschrift enthält jene zwei Aspekte, die wohl jede "Liebschaft" etwa im Unterschied zu einer Liebesbeziehung prägen: auf der einen Seite leidenschaftliche Zuneigung, auf der anderen, Heimlichkeit und Tabu. Eine ziemliche Ambivalenz also, die den Liebschaften eben ihren unheimlichen Charakter verleiht. Prosaischer ausgedrückt, könnte man hier in Bezug auf mein Thema auch von einer “heiligen Kuh” sprechen, zumal diese Bestien zwar gehegt und verehrt werden, zugleich aber von Zeit zu Zeit derart im Wege sind, dass man sie abgeschafft wünscht. In meinem Beitrag nehme ich mir vor, eine spezielle “heilige Kuh” aus dem Bereich der Systemischen Therapie, die ich mitunter selbst gezüchtet und gehegt habe, redlich und selbstkritisch anzuschauen, um so zumindest Teile davon in den Stall der Historie zu befördern. Ein solches Unterfangen nimmt direkt oder indirekt Bezug auf so viele Gedanken und deren Autoren, dass deren detaillierte Erwähnung ganze Seiten füllen würde. Im Vertrauen, dass der Leserschaft dieser Fachzeitschrift, ohnehin das Gros der hier implizit oder explizit genannten Autoren und Werke hinlänglich bekannt sein dürfte, beschränke ich das Literaturverzeichnis auf nur einige, mir zentral erscheinende Schriften.

Zwischen der neueren Systemischen Therapie und der Diagnostik liegt eine wohl wegen ihrer Unheimlichkeit bisher weitgehend heimlich betriebene Liebschaft vor. Man hat sie öffentlich als

¹ Überarbeitete Fassung des gleichnamigen Vortrags bei der 20. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie DAF vom 30.9.-3.10.1998 in Frankfurt am Main

"objektivistisch" verteuflert, und doch ging sie oftmals unausgesprochen in viele klinische Entscheidungen mit ein. Um mir dieses komplizierte Verhältnis zu erklären, greife ich im Folgenden auf die aufregenden 80er Jahren zurück, also auf die Gründerzeit der systemischen Therapie und stelle fest, dass wir damals allzu gern auf jede (Psycho)Diagnostik verzichtet haben... zumindest bei den Veröffentlichungen (vgl. z.B. Ludewig 1996a). Viele von uns, die damals bei der Geburt dieses jüngsten Psychotherapieansatzes dabei waren, kamen aus Schulen, in denen die Diagnostik selbstverständlich war, fühlten uns aber damit unzufrieden. In der Tradition der Medizin verwurzelt, galt es bis dahin für die meisten Ansätze nach wie vor der medizinische Leitsatz *“Erst Diagnose, dann Therapie”*. Für uns galt es, diese Tradition zu überwinden und einen anderen Weg einzuschlagen (vgl. z.B. Ludewig 1996b). Auch die verhaltensbezogenen und die humanistisch orientierten Ansätze waren ursprünglich allesamt angetreten, um das sog *“medizinische Modell”* zu überwinden und waren bemüht, wenschon von Diagnostik, dann eben von einer anderen als der überkommenen psychopathologisch orientierten, zu sprechen. Aber auch diese haben der Versuchung auf Dauer nicht widerstanden, sich in den dominanten Diskurs des *“mainstream”* einzustimmen: sie nahmen nach und nach die Kategorien der Psychopathologie in ihren Wortschatz wieder auf und führten dementsprechend jene allzu bekannte Klassifikationen, wie sie in den neueren Katalogen (ICD, DSM usw.) zusammengefasst wurden, wieder ein.

THEORETISCHE VORAUSSETZUNGEN

Bei der theoretischen Begründung der jüngeren systemischen Therapie ging man zu Anfang den gleichen Weg, den ihre Vorgängerinnen, vor allem die Familientherapien (vgl. z.B. Hoffman 1987, Schneider 1983, Stierlin 1994), in deren Anfängen gegangen waren. Man war bemüht, die Psychotherapie als Pragmatik zu verstehen und nicht auf einer differentiellen Pathologie aufzubauen. Der organischen Medizin entlehnte Begriffe wie nosologische Zuordnung und Klassifikation, Ätiologie und Pathogenese erschienen überflüssig und irreführend, damit einhergehend auch jene einer differentiellen Indikation, einer kausalen Therapie und so auch einer voranzustellenden Diagnostik. Entsprechend dem in die klinische Theorie übernommenen, neuartigen Verständnis vom Menschen - dem systemischen Denken² - konnten Gegenstand und Methode der Psychotherapie neu bestimmt und in den Bereich der Kommunikation angesiedelt werden. Und dort liegt nichts Substantielles vor, was mit dem Organismus, geschweige denn mit Mechanismen, vergleichbar wäre, so auch keine Notwendigkeit, klassifizierende, auf den Umgang mit der dinghaften Welt eingestellte Maßnahmen und Zuordnungen vorzunehmen. Im Übergang vom Stofflichen zu Kommunikativem erwies sich meines Erachtens das eigentlich Revolutionäre am Projekt Systemische Therapie.

Das auf neueren Erkenntnissen der Systemwissenschaften aufbauende Systemische Denken erbrachte in der Hauptsache zwei wesentliche Erneuerungen. Zum einen wurde der *kommunizierende Beobachter* (oder wie man auch immer diese Denkfigur nennen mag) aus erkenntnistheoretischen Gründen an zentrale Stelle gesetzt, zum anderen wurden jene Phänomene, die zum Beginn einer Therapie führen, ebenfalls kommunikationstheoretisch

² Die Grundgedanken systemischen Denkens finden sich u.a. bei folgenden Autoren: von Foerster (1985), Luhmann (1984, 1997), Maturana (1994), Maturana & Varela (1987), Schmidt (1987, 1998).

aufgefasst (vgl. u.a. Ludewig 1992). Die Betonung des Beobachters hatte eine Neubewertung kognitiver Prozesse und eine Abkehr von einfachen Objektivismen zur Folge. Kognition bzw. Erkennen wurden an den Beobachter gebunden und dieser wiederum an Kommunikation. Das An-sich der Welt verlor seine bestimmende Bedeutung; an deren Stelle wurde die Verantwortung der Erkennenden und Kommunizierenden betont. Nebenher eröffneten die neueren Systemtheorien Wege, die eine veränderte Herangehensweise an psychische und soziale Phänomene ermöglichten. Lebensprobleme und Problemsysteme sowie deren Behandlung konnten in Begriffe gefasst werden, die im sozialen Phänomenbereich verankert sind³. Die metaphorische Einbindung der Psychotherapie in den Bereich des Stofflichen und Organischen war überwunden. Die Prozesse einer Psychotherapie, eben eines kommunikativen Geschehens, konnten endlich phänomengerecht gefasst werden.

Dieser tiefgreifende Wandel der theoretischen Voraussetzungen hatte für die klinische Theorie gewichtige Folgen und so auch für die Diagnostik (vgl. Reiter et al. 1997). Denn wenn Beobachter nicht bloß Abbildende, sondern Erzeuger ihrer Wirklichkeiten sind, was kann dann eine diagnostische Aussage beinhalten? Sagt sie etwas über den Untersuchten aus oder spiegelt sie vielmehr die Denkvoraussetzungen und erkennenden Möglichkeiten des Diagnostikers wider? Und wenn andererseits Lebensprobleme und Problemsysteme als prinzipiell veränderliche Prozesse aufgefasst werden, die sich andauernd selbst reproduzieren und Sinnzusammenhänge über die Zeit aufrechterhalten und verändern, was sagt dann eine diagnostische Einschätzung über sie aus?

Beobachter und Kommunikation, diese zwei aufeinander bezogene, voneinander untrennbare Denkfiguren, hatten zunächst allerhand Entlastung für Theorie und Praxis der Systemischen Therapie erbracht. Dies allerdings um den Preis, dass deren Verfechter in die Marginalität verbannt wurden, eben dorthin, wo man eine eigene Sprache spricht und eine eigene Kultur pflegt. Viele von uns haben die Folgen dieser selbstgewählten Verbannung heftig zu spüren bekommen, nicht zuletzt, als es um beruflichen Aufstieg oder um akademische Positionen ging. Nebenher musste eine ganze Sparte der Psychotherapeutinnen, die in großen Zahlen auf die Systemische Therapie zugeströmt war und dort ihre Verankerung suchte, darum bangen, ihre attraktive neue Praxis nicht ausüben zu dürfen oder Etikettenschwindel betreiben zu müssen. Mittlerweile ist aber hierzu Einiges an Beruhigung entstanden, wie man aus der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie, der die deutschen Dachverbände für Familien- und Systemische Therapie (DAF, DFS, Systemische Gesellschaft) angeschlossen sind, weiß. Beim Antrag auf Anerkennung der Systemischen Therapie als wissenschaftliches und kassenärztliches Verfahren ist, wie ich meine, ein bestmöglicher Kompromiss erbracht worden zwischen der Treue zu den eigenen Denkvoraussetzungen und den Erfordernissen gesellschaftlichen Diskurses (vgl. AGST 1998, Schiepek 1999).

³ Die Unterscheidung von *Lebensproblemen* als subjektiv erlebten leidvollen Belastungen und *Problemsystemen* als Kommunikationen im Umkreis von Lebensproblemen betrachte ich seit einiger Zeit als zentrale Leitdifferenz für das Denken über die Anlässe, die zur Aufnahme einer (Psycho)Therapie führen (vgl. Ludewig 1998, 1999, in Vorb.). Diese Unterscheidung trägt der Wiedereinführung der Emotionen in die Konzeptualisierung der Systemischen Therapie Rechnung (vgl. Ciompi 1997 sowie verschiedene Aufsätze bei Welter-Enderlin und Hildenbrand 1998).

WAS HEIßT DIAGNOSTIK?

Die griechischen Wurzeln dieses Begriffs weisen auf eine durchdringende Untersuchung, eine genaue Unterscheidung bzw. eine Entscheidung hin. Traditionell-wissenschaftlich gesehen, strebt Diagnostik eine möglichst exakte Erkenntnis über den Zustand eines Untersuchungsgegenstands an. Handelt es sich um physikalische Gegenstände, ist diese Forderung relativ einfach zu erfüllen und erkenntnistheoretisch zu begründen. Ein konkreter Gegenstand wurde gut erkannt bzw. diagnostiziert, wenn dessen Beschreibung klare Anweisungen enthält, wie der Gegenstand eindeutig von anderen zu unterscheiden und auf replizierbare Weise zu handhaben ist. Im biologischen Bereich ist dies schon etwas schwieriger, zumal biologische Wesen aufgrund ihrer Eigendynamik und Autonomie andauernd selbstorganisierende Veränderungen durchlaufen. Deren Beschreibung läuft gewissermaßen immer hinter der Zeit, denn sie sind zwar im nachhinein zu beschreiben, jedoch nur in begrenztem Ausmaß vorherzusagen. Die Medizin weiß bei aller Nähe zur Physik und Chemie und bei allem Nutzen ihrer Diagnosen zu berichten, dass biologische Ausstattung, Krankheit und Genesung oftmals sehr individuell ablaufen. Dennoch wäre eine Medizin, die von ihrem Schema "Erst Diagnose, dann Therapie" abweicht, in vielen Fällen gefährlich und unverantwortlich. Dies muss aber nicht zwangsläufig für psychische und soziale Phänomene im gleichen Ausmaß gelten.

Was leistet Diagnostik? Sie leistet zunächst einmal Ordnung. Wie jeder andere Erkenntnisprozess sortiert Diagnostik aus der Fülle möglicher oder tatsächlicher Erscheinungen bestimmte Charakteristika heraus und bildet Einheiten bzw. in der Luhmann'schen Terminologie: Differenzen. Wie jeder andere erkennende Prozess leistet Diagnostik eine Reduktion von Komplexität. Kommunikationstheoretisch gewendet, handelt es sich bei dieser Erarbeitung von Kategorien, Typen und Normen um die Erzeugung von symbolischen Generalisierungen, die es erlauben, eine Mehrheit einer Einheit zuzuordnen (vgl. Luhmann 1984). Dabei ist aber zu beachten, dass Generalisierungen - nach Luhmann - Kürzel mit hoher Unabhängigkeit gegen die Art und Weise ihres Zustandekommens sind. Der Nutzen solcher Generalisierungen liegt darin, dass sie es ermöglichen, Sinn zu Erwartungen zu verdichten. Erwartungen bilden wiederum die Struktur sozialer Systeme, dienen als Orientierung und so auch der Anschlussbildung und der Fortführung von Kommunikationen. Ich fasse zusammen: Diagnostik läuft als Erkenntnisprozess ab, der Unterschiede erzeugt, Zusammengehörendes zu Einheiten bündelt und Erwartungen bildet, die dann als Orientierung für die Anschlussbildung in sozialen Systemen dienen und so Kommunikation ermöglichen.

Im sozialwissenschaftlichen Bereich, zu dem ich die Psychotherapie zähle, werden psychische und soziale Phänomene danach sortiert, ob sie etwa als Prozesse, Zustände, Pläne oder Eigenschaften auftreten, um sie dann Kategorien und Typen zuzuordnen. Diese sollen nach Möglichkeit das Wesentliche der Phänomene erfassen und so das professionelle Gespräch erleichtern und fördern. Im Sinne Heinz von Foersters (z.B. 1985) stellt man fest, dass hier Komplexes, Wandelbares, Unvorhersagbares aus pragmatischen Gründen "trivialisert" wird. Dabei dürfte unstrittig sein, dass jede Kommunikation ein Mindestmaß an Trivialität benötigt, soll sie ihre Träger nicht übermäßig überfordern.

Die Problematik einer "Psycho- oder Sozialdiagnostik" erwächst also nicht daher, dass sie Trivialisierungen vornimmt, sondern vielmehr aus der Art und Weise, wie dies geschieht. Denn

dies hat Konsequenzen für Theorie und Praxis. In der Theorie zeigt sich das nicht zuletzt an der enormen Stabilität mancher psychiatrischer Kategorien wie z.B. der Schizophrenie. Denn diese um die Hälfte der 19. Jahrhunderts entstandene klinische Kategorie hat alle Angriffe aus den verschiedensten Blickwinkeln beinahe unverändert überstanden und gilt unvermittelt weiter. In der Praxis wirken sich die Folgen einer Psycho- und Soziodiagnostik unmittelbar auf die Betroffenen aus, einschließlich ihrer eventuellen Helfer. Keiner weiß Genaues, aber man handelt, als wenn man wüsste. So müssen zum Beispiel unzählige Menschen mit der Vorstellung leben, dass sie an einer unheilbaren, in periodischen Schüben wiederkehrenden Hirnerkrankung namens Schizophrenie leiden. Man leidet also an den Folgen eines Konstrukts, einer semantischen Generalisierung, die sich über die Zeit verselbständigt und den Charakter des Realen angenommen hat (vgl. z.B. Ludewig 1996b). Im Zuge der derzeit zu vernehmenden Renaissance biologischer Ansätze der Psychiatrie gilt dies nicht nur für die sog. endogenen Psychosen, sondern auch im zunehmenden Maße für viele anderen Störungen (Zwangserkrankungen, Phobien, Belastungsreaktionen usw.).

Das Dilemma des Diagnostikers, welches die Theorieentwicklung und die Praxis seit jeher begleitet, heißt also, dass man einerseits Ordnungskategorien benötigt, um sein Handeln zu orientieren, und dass einmal Geordnetes dazu neigt, sich zu verselbständigen und einen eigenen Lauf zu nehmen. Lösungsversuche hierzu gingen ein in die *state-versus-trait* Diskussion der Persönlichkeitspsychologie, in die Prozess-Struktur-Diskussion aller Psychotherapierichtungen und in die Entstehung der Sozialpsychiatrie. Der Umgang mit diesem Dilemma prägte auch die Gründerzeit der Systemischen Therapie. Denn diese Therapierichtung, die sich aus den Familientherapien der 70er Jahre heraus entwickelt hatte, hatte sich nicht nur von konzeptionellen Vorgaben der Familientherapien zur Familie und deren Störungen zu lösen, sondern auch von der damals vorherrschenden, allzu normativen und objektivistischen Familiendiagnostik. Die Familientherapie hatte zwar den Fokus vom Individuum auf die Familie erweitert, dabei aber die Prämissen objektivierenden Denkens weitgehend fortgeführt. So hieß es noch bei Mara Selvini Palazzoli, dass man nach dem S-Punkt des Systems zu suchen habe, um eine Intervention zur optimalen Wirkung zu bringen (vgl. Selvini Palazzoli et al. 1978, Deissler 1979, 1999). Bei Minuchin, Haley, Whitaker und anderen ging es darum, den Therapeuten mit genügender Macht auszustatten, um die pathologischen Machtverschiebungen und andere strukturwidrigen Verfehlungen von Familien wieder ins Lot zu bringen.

GRATWANDERUNG

Die Systemische Therapie hatte nach der Übernahme konstruktivistischer Positionen in ihr theoretisches Gerüst zunächst keinen Raum mehr für Diagnostik. Wie es bei den meisten Erneuerungen der Fall ist, war man zu Anfang bestrebt, sich radikal auf das Neue zu stützen und dabei all den "Ballast" aus der Vergangenheit gründlich abzuwerfen. Es galt, jede Ähnlichkeit und so jede Verwechslung mit anderen Richtungen zu vermeiden. Nur so schien es erträglich, die Last der Herausforderung auf sich zu nehmen, die hieß, sich als "Abtrünnige" ins Abseits zu verbannen. Das Interesse der 80er Jahre galt den Entwicklungen im Bereich der Erkenntnistheorie und den vielen aufkommenden Erscheinungsformen der Systemtheorien. Etwa ab 1982-84 fand man in der Fachliteratur immer seltener Aufsätze über Diagnostik. (Eine Ausnahme hierzu stellen die frühen Schriften von Günter Schiepek 1986, 1987, 1991, 1999 dar.)

Die radikale Abkehr von der Diagnostik erbrachte neben dem angedeuteten identitätsstiftenden Effekt auch andere Vorteile. Die aufgekommene Skepsis in die erkennenden Möglichkeiten von Therapeutinnen wirkte sich durchaus heilsam aus. Man besann sich darauf, dass Therapie sich als Praxis vorrangig pragmatisch zu bewähren hat. Nicht Verstehen und Einfühlen, nicht Biographisches standen im Vordergrund, sondern die Erarbeitung nützlicher Interventionen. Und dies gelang auch ohne großartige Hypothesen und ohne genaue Kenntnis des Systems. Man wurde zurückhaltender bei der Formulierung und Umsetzung von Hypothesen und in der Klassifizierung von Einzelnen, Paaren und Familien. Verdinglichende, abschätzige Betitelungen wie "psychotische oder anorektische Familie" wurden zugunsten eines wohlthuenden Ausweichens aufgegeben. Man verzichtete auf biographische Festlegungen von Einzelnen und Systemen, auf vereinfachende Ursache-Wirkungs-Erklärungen, auf die Überbetonung von Konstanten gegenüber Variablen und, vor allem, auf Pathologisierungen. Steve de Shazer (z.B. 1989a, b) trug hierzu mit seinen Standardinterventionen und Wunderfragen bei, die bei jeder differentiellen Indikation anwendbar sind. Harry Goolishian führte den entlastenden, aber zugleich polarisierenden Gedanken des "Nicht-Wissens" ein (vgl. z.B. Anderson & Goolishian 1994). Es schien, als übten sich systemische Therapeutinnen tatsächlich in epistemischer Bescheidenheit. (Es erübrigt sich hier - fast -, daran zu erinnern, dass diese Sichtweise bei weitem nicht alle Familien- und systemischen Therapeutinnen im gleichen Ausmaß erfasste.).

Die genannten Vorteile wurden aber - wie auch sonst? - mit der Hinnahme von Nachteilen erkaufte. Systemische Therapeutinnen, vor allem jene aus der Generation, die auf die der Pioniere folgte, wurden in ihrer beruflichen Situation verunsichert. Sie waren an einer problemlosen Verständigung mit Kolleginnen anderer Provenienz behindert und mussten hier und da in den Untergrund abwandern oder unbillige Kompromisse schließen. Darüber hinaus, und das bedauere ich im Nachhinein besonders, verfielen viele von uns einer übermäßigen Missachtung jenes in Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in hundert Jahren hervorgebrachten "Wissens". Zudem kam es zu einer hinderlichen Berührungsangst mit anderen Therapieansätzen. Gerade dies gilt es möglichst rasch zu korrigieren.

SYSTEMISCHE ANNÄHERUNGEN

Entgegen der beschriebenen Entwicklung traten Systemtheoretiker wie unter anderem Helmut Willke und Günter Schiepek sowie systemische Therapeuten wie Ludwig Reiter an, die Diagnostik im systemischen Verständnis zu rehabilitieren. Willke (1987) versuchte die Diagnostik neu zu bestimmen, indem er Diagnosen als Beschreibungen eines fremden Systems aus der Sicht des Beschreibers betrachtete. Auf dieser Basis fasste Willke den diagnostischen Prozess als Interaktionen zwischen "*black-boxes*" auf, die bemüht sind, sich zu verständigen mittels eines iterativen Prozesses gegenseitiger Annäherung. Diagnostik sollte weder die Unterschiede einebnen noch Konsens einfordern, sondern das Möglichkeitsfeld des Systems erweitern, sprich: weitere Anschlussbildungen im System ermöglichen. Dies würde den ethischen Imperativ von Foersters erfüllen, der bekanntlich heißt: "Handle stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten vergrößert wird!". Diagnosen sollten überdies die Systemkomplexität angemessen rekonstruieren.

Günter Schiepek, der bereits 1986 ein erstes Buch zur Systemischen Diagnostik veröffentlichte, hat seitdem sein Verständnis von Diagnostik als Konstruktion idiographischer, das heißt, je individueller Systemmodelle weiter verfeinert (vgl. u.a. 1987, 1991, 1999). Zugrunde liegt die

Ansicht, dass menschliches Handeln im Spannungsbogen zwischen Ordnung und Chaos stattfindet. Daher sei die Konstruktion von Ordnungsmustern, die der Orientierung dienen, unerlässlich. Da aber menschliche Systeme auf jeder Ebene ihrer bio-psycho-sozialen Vernetzung in Selbstorganisation funktionieren, greife eine normativ erdachte Diagnostik kurz. Diagnostik wird daher aufgefasst als Metastrategie, die den dynamischen, strukturstiftenden Umgang mit den speziellen Begebenheiten eines Systems anleitet.

Ludwig Reiter (1991) führte das Konzept der Klinischen Konstellation ein. Im wesentlichen handelt es sich bei diesem Konzept um eine praxisnahe Anleitung zur sinnvollen Komplexitätsreduktion. Eine klinische Konstellation kann je nach Fall sowohl verschiedenartige Entstehungsaspekte der Störung als auch Anschlussmöglichkeiten für deren Beseitigung enthalten. Es handelt sich also um einen frühen Versuch (Ende der 80er Jahre), den Ausgliederungs- und Isolierungstendenzen der systemischen Therapeuten dadurch entgegenzutreten, dass ätiologische, pathogenetische und therapeutische Beiträge ohne Berücksichtigung der theoretischen Provenienz wieder integrierbar wurden.

EIGENER STANDPUNKT

Den jetzigen Stand meiner eigenen Einstellung zur Diagnostik in systemischer Perspektive - ein Suchprozess, der alles andere als abgeschlossen ist - möchte ich mit der Feststellung beginnen, dass ich mich, der ich seit nunmehr einem Viertel Jahrhundert mit einigen tausend Menschen und deren Familien therapeutisch gearbeitet habe, ernstnehmen möchte und dabei bekennen, dass ich in dieser Zeit etwas gelernt, also Wissen erworben habe. Dieses Wissen, das mich, ob ich es will oder nicht bei meiner Arbeit veranlasst, bestimmte Unterscheidungen zu treffen und andere zu lassen, möchte ich bei aller Treue zur Beobachter-Relativität systemischen Denkens nutzen und nicht verleugnen. Dazu kommt jenes in meine Arbeit unvermeidlich einfließende Wissen über die Themen, die im klinisch-psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich diskutiert werden. Ich bekenne mich zur Expertise, möchte dabei aber redlich versuchen, mir über die eventuellen negativen Konsequenzen eben dieses Wissens bewusst zu bleiben. Ich begeben mich also auf eine Gratwanderung zwischen den Gefahren einer abgehobenen Besserwisserei und einer allzu ideologischen Bescheidenheit. Gerade diesen Balanceakt möchte ich als wesentliches Merkmal meiner Professionalität als systemischer Therapeut betrachten.

Zum klinisch relevanten Wissen möchte ich alle Aspekte hinzuzählen, die vor allem in den letzten Jahren über bestimmte Problemlagen - von mir aus und trotz des mechanistischen Beiklangs: "Störungen" - erkannt worden sind (Manche sagen hierzu "Störungswissen"). Das sind zum Beispiel die neueren Erkenntnisse zu hirnhysiologischen Begleiterscheinungen bei posttraumatischen Belastungsstörungen, die genetischen Faktoren beim kindlichen Einnässen, die mikrobiologischen Umstände beim Ulcus, die organische Eigendynamik als Folge der Unterernährung bei Magersüchtigen, die biochemischen Besonderheiten beim kindlichen Hyperkinetischen Syndrom sowie bei depressiven und psychotischen Zuständen. Es ist sicher noch zu früh, um alle diese neuen Ergebnisse aus Hirnforschung, Neurophysiologie, Mikrobiologie, Immunologie und Humangenetik abschließend zu beurteilen. Es spricht aber einiges dafür, dass die Fortschritte dieser und anderer naturwissenschaftlicher Forschungsansätze viele der bisherigen Annahmen der Psychotherapie kräftig relativieren werden. Ich gehe davon aus, dass diese und weitere Fortschritte der nächsten Jahre unser Feld

dazu veranlassen werden, unseren Gegenstand um einiges genauer zu definieren. Wir werden unsere Aktivitäten präziser auf das einzustellen haben, was wir tatsächlich leisten können, nämlich Menschen zu helfen, dass sie mit dem, was sie in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht sind und können, imstande sind, besser zu leben.

In nächster Zukunft und bis wir die sich wandelnden Grenzen unseres Feldes genauer abstecken können, möchte ich es in meiner Arbeit nach Möglichkeit vermeiden, weiterhin direkt oder indirekt mit psychischen Zuschreibungen an Stellen zu arbeiten, wo andere Erklärungen und Handlungsweisen angebracht wären. Denn bei allen wohltuenden Effekten, die eine Psychotherapie haben kann, ihre Durchführung impliziert zugleich für die Hilfesuchenden, dass ihre Problematik in irgendeinem Ausmaß als Folge oder Begleitumstand ihrer Lebensart beurteilt wird. Bekanntlich fassen viele Klientinnen dies als eigenes Verschulden auf, und das bedeutet eine unzumutbare Belastung für diejenigen, die ohnehin unter erschwerten, nicht beliebig veränderbaren und subjektiv nicht zu verantwortenden Bedingungen zu leben hat.

Darüber hinaus möchte ich keinem Hilfesuchenden zumuten müssen, dass er oder sie mit meinen speziellen Handlungsweisen vorlieb nehmen muss, nur weil er oder sie zufällig an mich geraten ist. Therapieschulen tun gut, wenn sie die Forderung Klaus Grawes (vgl. Grawe et al. 1994) ernstnehmen und die Grenzen ihres Bereichs durchlässiger gestalten, will man sich nicht den Vorwurf der Konfession einhandeln. Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie verfügen mittlerweile über erprobte spezifische Interventionen mit guten Chancen, bei bestimmten Problemlagen rasch Linderung zu verschaffen. Um mich hierzu korrekt zu verhalten, kann ich auf sog. "Störungswissen" nicht verzichten, ebenso wenig auf ein differenziertes Wissen über die anderen Therapieansätze. Um aber diese unabdingbaren Anforderung an meine Professionalität erfüllen zu können, benötige ich ein Mindestmaß an Möglichkeiten, um geeignete Unterscheidungen und differentielle Zuweisungen vorzunehmen. Und diese Möglichkeit habe ich nur, wenn ich in irgendeiner Form Diagnostik betreibe.

“ÜBERLEBENDIAGNOSTIK”

In einer ersten Annäherung an eine systemische Diagnostik, die auf dem Grat bleibt und weder einem neu gekleideten Objektivismus noch einem berufspolitischen Opportunismus verfällt, sich aber zugleich mit keiner noch so elegant wirkenden Unverbindlichkeit herausredet, wähle ich eine Haltung, die sich mit dem Begriff "Überlebensdiagnostik" fassen lässt. Dieser Begriff fasst Bekanntes zusammen, hält sich an systemische Vorgaben und baut auf Vorausgegangenem auf. In einer ersten Annäherung an dieses Konzept fand ich zunächst Gefallen am Begriff einer "interaktionellen Diagnostik". Dies hat zum Ziel, eine angemessene Offenheit für den rekursiven Prozess in der Kommunikation zwischen Helfer und Hilfesuchendem zu bewahren und den diagnostischen Prozess als gegenseitige Beeinflussung bei der Suche nach Verständigung und Bewältigung aufzufassen. Meine nächste Wahl fiel auf das Konzept der "Förderdiagnostik". Dieses der Heilpädagogik entlehnte Konzept sucht bei Behinderten nach Ressourcen und Alternativen, an die der Genesungs- oder Bewältigungsprozess ankoppeln kann.

"Überlebensdiagnostik" ist der Versuch, die Phänomene subjektiv erlebter Lebensprobleme mit den kommunikativen Phänomenen, die im Umkreis solcher Probleme entstehen können, zu vereinbaren, also die Strukturkoppelung dieser psychischen und sozialen Momente konzeptionell zu fassen. Das Konzept erlaubt es, das geschichtlich entstandene Störungs- und

Handlungswissen, sofern es sinnvoll und brauchbar erscheint, mühelos zu würdigen und, gegebenenfalls, zu integrieren. Es berücksichtigt ebenfalls die prinzipielle Erkenntnis Systemischer Therapie, dass Lebensprobleme und Problemsysteme sich auf Prozesse psychischer und kommunikativer Sinnverarbeitung stützen. Zudem fördert es die Problemverwindung durch Aktivierung und Anbahnung von Ressourcen und Alternativen. "Überlebensdiagnostik" zielt also auf die Erkundung und Nutzung von Ressourcen und bahnt die Aktivierung eigener Mittel der Klienten, um das Problem zu bewältigen.

Denn bei einer "Überlebensdiagnostik" geht es darum, die Bedingungen zu ergründen, die dem Hilfesuchenden ermöglicht haben, sein bisheriges Leben mindestens insoweit zu meistern, als er noch lebt. Das Konzept lässt sich widerspruchlos auch auf soziale Systeme übertragen, die Therapie aufsuchen, zum Beispiel Paare und Familien. Auch diese soziale Systeme müssen neben den Problemen, die sie erzeugt haben und aus eigener Kraft nicht haben aufgeben können, eine Fülle anderer Interaktionen und Kommunikationen erzeugt haben, die den Fortbestand bzw. das "Überleben" des Systems bis in die Gegenwart gewährleisten.

Durch die Wahl des Begriffs "Überlebensdiagnostik" möchte ich auch betonen, dass Menschen und soziale Systeme geschichtlich gewordene Einheiten sind, ohne dass ich hiermit einer bloßen biographischen Rekonstruktion Vorschub leiste. Der gegenwärtige Zustand eines jeden Systems, ob in biologischer, psychischer oder sozialer Hinsicht, folgt im Sinne der operationalen Schließung von Systemen auf vergangene Zustände des gleichen Systems. Dies bedeutet aber nicht, dass frühere Zustände den gegenwärtigen Zustand auf einfache Weise determinieren. Denn gerade Systeme, die, wie das biologische, autopoietisch funktionieren, oder wie das psychische und das soziale System, Sinn verarbeiten, sind kraft ihrer Eigendynamik und Autonomie jederzeit in der Lage, selbstorganisierende Wandlungen innerhalb ihrer strukturellen Möglichkeiten zu durchlaufen.

Das Interesse an den Bedingungen, die das Überleben ermöglicht haben, knüpft vorrangig an zwei für die Therapie relevante Aspekte an: Zum einen lenken Fragen, die auf die bisherigen Überlebenstrategien anknüpfen, die Aufmerksamkeit der Klientinnen auf ihre Ressourcen und öffnen so die eng geschlossene Dynamik, die das Problem aufrechterhält. Zum anderen bietet eine am Überleben interessierte Exploration vielfältige Möglichkeiten an, um von Beginn der Therapie an feststehende Setzungen, hinderliche Überzeugungen und den Glauben an Zwangsläufigkeiten mittels geeigneter Fragen aufzuweichen. Nebenher verdeutlicht diese Einstellung dem Klienten Interesse an seiner Person und trägt so zum Entstehen eines günstigen Arbeitsklimas bei.

Auch eine Problemerkundung kann hier ihren Platz haben. Denn neben der Rekonstruktion der bisherigen Überlebensstrategien, oder mit den Worten Michael Whites (1995), dem Neukonstruieren oder Neuverfassen der eigenen Biographie, kann es sinnvoll sein, eine mehr oder weniger ausgiebige Problemerkundung durchzuführen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich manche Klientinnen bekanntlich nicht ernstgenommen fühlen, wenn das therapeutische Gespräch nur auf Positives und Günstiges ausgerichtet wird. Dieses Interesse an der Problembeschreibung dürfte sich auch auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung günstig auswirken. Bei dieser Problemerkundung kann angebracht sein, Daten zu erheben, die den Fokus erweitern. Diese Daten können sich auf die biologische Verfasstheit, auf eventuelle genetische Faktoren und auf die sozialen Umweltbedingungen wie zum Beispiel den

sozioökonomischen Status des Klienten beziehen. Davon erwarte ich eine Fokuserweiterung, die es erlaubt, die prognostische Nützlichkeit von Maßnahmen, die sich eine so verständene Diagnostik anschließen, zu erhöhen, gewissermaßen eine günstige "Weiterlebensprognostik" zu betreiben.

Dies alles sollte jedoch unter der systemtherapeutischen Vorgabe geschehen, die lautet, die Erkundung der Problembeschreibungen zu nutzen, um den Klientinnen zu helfen, ihr Anliegen so zu definieren, dass dann die Verhandlungen zur Vereinbarung eines Therapieauftrag daran anschließen können. In diesem Sinne erschien es sinnvoll, die meine Arbeit orientierende Leitdifferenz von Anliegen und Auftrag (Ludewig 1992) auf die dreistellige Differenz von Problem-Anliegen-Auftrag zu erweitern (vgl. hierzu auch Loth 1998). Denn nur unter Berücksichtigung dieser drei Aspekte lässt sich ein Bereich abstecken, in dem der Helfer berechtigt und ermächtigt ist, sich in das Leben seiner Klientinnen einzumischen. Die Einhaltung dieser vereinbarten Grenzen bietet mir letzten Endes die einzige Gewähr dafür, dass ich der Versuchung widerstehe, im eigenen Auftrag zu handeln und Menschen zu belästigen.

EIN BEISPIEL

Vor wenigen Tagen hörte ich im Rahmen einer Weiterbildungsgruppe von einer ursprünglich psychodynamisch orientierten und nun systemisch weitergebildeten Therapeutin, dass sie eine Therapie mit einer fast 60 Jahre alten Frau nach nur 7 Sitzungen erfolgreich beenden konnte. Die Frau hatte immerhin seit mehr als zwei Jahren unter schweren depressiven Verstimmungen gelitten. Bei der Rekonstruktion dieses Prozesses wurde schnell deutlich, dass es der Therapeutin gelungen war, schon in den ersten zwei Sitzungen einen Dialog zu gestalten, in dem die Erzählungen der Klientin an glücklichere Zeiten ihres Lebens ankoppelten. Die Klientin kam schnell von einem Zustand des hilflosen Ertragens einer belasteten Existenz in einen Zustand über, der ihr ermöglichte, aktiv an der Verbesserung ihrer Lebenssituation zu arbeiten. Im Unterschied zur Ausgangslage konnte in diesem Zusammenhang die depressive Verstimmung als aktive Haltung kontextualisiert werden, mit der die Klientin versucht hatte, bestimmte von ihr gefürchtete Veränderungen ihrer ehelichen Situation abzuwenden.

Bei unserem Gespräch im Rahmen der Weiterbildungsgruppe malten wir uns anschließend aus, wie dieser Prozess hätte aussehen können, wenn man anstelle der Ankoppelung an die Überlebensstrategien der Klientin von vornherein auf das Problem und die dazu führenden Bedingungen fokussiert hätte.

FAZIT

Diagnostische, erkennende, ordnende Prozesse liegen jeder Kommunikation zugrunde. Um in Kommunikation zu bleiben, sind die Beteiligten auf den Aufbau von möglichst zuverlässigen Erwartungen angewiesen. Nicht anders ergeht es der professionellen Helferin, wenn sie einem Fremden begegnet, der ihre Hilfe in Anspruch nimmt. Aus zwei "black-boxes" entsteht nach und nach ein strukturiertes soziales System, das emotional, kognitiv und sprachlich getragen wird. Trotz aller emotionaler Belastung einer psychotherapeutischen Situation sind die Beteiligten auf die andauernde Reproduktion ihrer verbalen und nicht-verbalen Kommunikation angewiesen, sonst hört alles auf. Hierzu benötigt die professionelle Helferin Orientierung und sie hat dabei die Wahl. Sie kann sich auf Modelle und Theorien beziehen, die ihr unter Abhebung auf Allgemeines Sicherheit für den Einzelfall versprechen. Oder sie kann sich Gewissheit dadurch zu verschaffen versuchen, dass sie ausgiebige Rekonstruktionsarbeit leistet und sich über kurz oder lang in eine Schleife endloser Wiederholungen verfängt. Oder sie kann

möglichst wenig tun und hoffen, dass der Klient über genügend Ressourcen verfügt, um den therapeutischen Prozess von selbst voranzutreiben. Oder sie kann sich entscheiden, ein Wagnis einzugehen und unter Einbeziehung ihres gesamten Wissens Fragen zu stellen, die ein möglichst rasches Ankoppeln an Vorhandenes und Förderliches ermöglichen. Hierzu muss sie aber Selektionen treffen, die hoffentlich geleitet sind von Wissen, Erfahrung, Mut und Bescheidenheit.

Und doch bleiben diagnostische Beschreibungen Konstruktionen, die unausweichlich auf den Beschreibenden und dessen Kontext zurückverweisen. Hat man sich von der uneinlösbaren Vorgabe befreit, objektiv zu erkennen, und ist man sich im Klaren, dass man Verantwortung für seine Selektionen und Konstruktionen trägt, dann kann man mit der gebotenen Umsicht seine diagnostischen Abwägungen als Anhaltspunkte für die Entscheidung betrachten, was in einem therapeutischen Prozess als nächster Schritt anstehen könnte.

"SURVIVAL DIAGNOSTICS" - A SYSTEMIC OPTION

Summary

Since its adoption of systemic thinking (constructivism, systems science) as its conceptual foundation systemic therapy has developed a negative attitude towards psychopathology oriented diagnostic models as they were inherited from medicine. This article takes into account the increasing knowledge about the complexity of conditions underlying the emergence of problems-of-life and problem-determined-systems and pleads for a cautious reintroduction of diagnostic considerations, especially since this has been usual practice but lacking a theoretical justification. For this purpose the concept of a "survival diagnostics" is advanced which provides a conceptual framework for an adequate exploration of the presented problems without abandoning a systemic attitude that focuses mainly on existing resources.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Kurt Ludewig
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Schmeddingstraße 50 ♦ D - 48149 Münster

LITERATUR

- AGST Arbeitsgemeinschaft Systemische Therapie (Hrsg.) (1998): *Materialien zur Wissenschaftlichkeit der Systemischen Therapie in Theorie, Praxis und Evaluation*. Verfasser: G. Schiepek (Unveröff. Manuskript).
- Anderson, H., H.A. Goolishian (1992): Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Z. systemische Therapie* 10: 176-189
- Ciampi, L. (1997): *Die emotionalen Grundlagen des Denkens*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Deissler, K. (1979): Ein Interview mit Mara Selvini Palazzoli. *Kontext* 1: 72-102; auch: *Kontext* 30: 5-17, 1999.
- de Shazer, S (1989a): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1989. Orig. (1985): *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York, London (Norton).

- de Shazer, S. (1989b): *Der Dreh. Überraschende Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg (Auer). Orig. (1988): *Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York (Norton)
- Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig (Vieweg)
- Grawe, K., R. Donati & F. Bernauer (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe).
- Hoffman, L. (1987): *Grundlagen der Familientherapie*. Hamburg (Isko-Press). Orig. (1981). *Foundations of Family Therapy*. New York (Basic Books).
- Loth, W., (1998): *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte*. Dortmund (modernes lernen).
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Ludewig, K. (1996a): Systemische Therapie in Deutschland. Ein Überblick. In: *Familiendynamik* 21: 95-115, 1996.
- Ludewig, K. (1996b): Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie - eine systemische Betrachtung. In: Keller, T., N. Greve (Hrsg.): *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn (Psychiatrie Verlag), S. 45-60
- Ludewig, K. (1998): 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 (Auer), S. 52-76
- Ludewig, K. (1999): Therapieziele in der Systemischen Therapie. In: Ambühl, H., B. Strauss (Hrsg.): *Therapieziele*. Göttingen (Hogrefe), S. 251-275.
- Ludewig, K. (in Vorb.): *Entwicklungen systemischer Therapie (Arbeitstitel)*. Stuttgart (Klett-Cotta), vorauss. 2000
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Luhmann, N. (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Maturana, H.R. (1994): *Was ist Erkennen?* München (Piper)
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1987): *Der Baum der Erkenntnis*. Bern, München, Wien (Scherz). Orig. (1984) *El árbol del conocimiento*. Santiago (Editorial universitaria)
- Reiter, L. (1991): Clinical Constellations. A concept for therapeutic practice. In: Tschacher, W., G. Schiepek, E.J. Brunner (eds.): *Self-Organization and Clinical Psychology. Empirical Approaches to Synergetics in Psychology*. Berlin (Springer).
- Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg.) (1988/1997): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer). 2. überarb. Auflage
- Schiepek, G. (1986): *Systemische Diagnostik in der Klinischen Psychologie*. München, Weinheim (Psychologie Verlagsunion).
- Schiepek, G. (Hrsg.)(1987): *Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und methodische Bedingungen systemischer Diagnostik*. München, Weinheim (Psychologie Verlagsunion)
- Schiepek, G. (1991). *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig, Wiesbaden (Vieweg)
- Schiepek, G. (1999): *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schmidt, S.J. (Hrsg.) (1987): *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Schmidt, S.J. (1998): *Die Zählung der Blicke*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Schneider, K. (Hrsg.) (1983): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann)
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: (Klett-Cotta)
- Stierlin, H. (1994): *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (Hrsg.): *Gefühle und Systeme - Die emotionale Rahmung*

- beraterischer und therapeutischer Prozesse*. Heidelberg (Auer).
- White, M. (1995). *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Dulwich (Dulwich Centre)
- Willke, H. (1987): Systembeobachtung, Systemdiagnose, Systemintervention - weiße Löcher in schwarzen Kästen? In: Schiepek, G. (Hrsg.): *Systeme erkennen Systeme*. München, Weinheim (Psychologie Verlagsunion), S. 94-114.