



Martin Bökmann

Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie



Carl-Auer



Martin Bökman

**Systemtheoretische
Grundlagen der Psychosomatik
und Psychotherapie**

Online-Ausgabe 2012

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rothhaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Schwäbisch Hall)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Dr. Burkhard Peter (München)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	

Carl-Auer-Systeme Verlag und
Verlagsbuchhandlung GmbH; Heidelberg.
Umschlaggestaltung: Goebel/Riemer
Satz: Verlagsservice Josef Hegele, Heiligkreuzsteinach
Alle Rechte vorbehalten

Dieses E-Book ist urheberrechtlich geschützt und darf weder als Ganzes
noch in Teilen nicht ohne Genehmigung des Verlags, kopiert, vervielfältigt
und in Umlauf gebracht werden.

Online-Ausgabe 2012
ISBN 978-3-89670-847-2
© 2008, 2012 Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen
und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie
einfach eine leere E-Mail an: carl-auer-info-on@carl-auer.de.

Carl-Auer Verlag
Vangerowstr. 14
69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21-64 38 0
Fax 0 62 21-64 38 22
E-Mail: info@carl-auer.de

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	12
Vorwort zur erneuten Auflage	17
1 Die Theorie des Beobachtens	18
1.1 Einleitung	18
1.2 Beobachten als Operation	18
1.3 Der Zeitaspekt einer Theorie des Beobachtens	29
1.4 Eigenwerte	31
1.5 Ontologie	33
1.6 Landkarte und Territorium	38
2 Allgemeine Theorie selbstreferenzieller Systeme	40
2.1 Einführung	40
2.2 Die Differenz von System und Umwelt	42
2.3 Die Differenz von Element und Relation	44
2.4 Systemkomplexität und Umweltkomplexität	47
2.5 Systemgrenzen	48
2.6 Selbstreferenz und Autopoiesis	49
2.7 Zeit und System	53
3 Soziale Systeme	56
3.1 Einleitung	56
3.2 Doppelte Kontingenz – Bedingung der Möglichkeit des sozialen Systems	56
3.3 Sozialdimension und soziale Systeme	59
3.4 Kommunikation und Handlung	66
3.5 Erwartungen als Strukturen sozialer Systeme	68
3.6 Konfliktsysteme	77
4 Bewusstseinssysteme	81
4.1 Die Anwendung der allgemeinen Theorie selbst- referenzieller Systeme auf das Bewusstseinssystem	81
4.2 Basale Selbstreferenz	81
4.3 Selbstreferenz und Fremdreferenz	86

4.4	Paradoxie des Bewusstseins	92
4.5	Autopoietische Geschlossenheit des Bewusstseins	94
4.6	Wie entsteht intern strukturierte Komplexität?	95
4.7	Bewusstsein und Emotion	97
4.8	Das Bewusstsein findet seine Identität durch Bezug auf den eigenen Körper	98
4.9	Woher weiß das Bewusstsein, dass es Bewusstsein ist?	100
4.10	Individualität und Sozialisation	102
4.11	Zweiteiliges Selbst	104
4.12	Weder Held noch Original	105
4.13	Das Unbewusste	106
5	Strukturelle Kopplung autopoietischer Systeme	109
5.1	Einführung	109
5.2	Operative Schließung durch die Operation der Beobachtung	111
5.3	Allgemeine Theorie der strukturellen Kopplung	112
5.4	Die Kopplung autopoietischer Systeme an die physikalische Umwelt	116
5.5	Die Kopplung zweier autopoietischer biologischer Systeme	119
5.6	Das Zentralnervensystem als autopoietisches System ...	121
5.7	Die Kopplung von Gehirn und Bewusstsein	125
5.8	Die Kopplung von Bewusstsein und Kommunikation	128
6	Psychoneuroimmunologie (PNI)	131
6.1	Einführung	131
6.2	Anatomische und physiologische Grundlagen	133
6.2.1	Innervation von Immunorganen und Immunzellen ..	133
6.2.2	Der Einfluss bestimmter Hirnareale auf das Immunsystem	134
6.2.3	Neuronal freigesetzte Transmitter und ihre Wirkung auf das Immunsystem	135
6.2.4	Transmittersubstanzen der Immunzellen	136
6.2.5	Die Aussagekraft ausgewählter immunologischer Parameter	137
6.2.6	Endokrines System und Immunsystem	138

6.2.7	Aktive Funktion von Immunzellen	140
6.2.8	Der Einfluss des Immunsystems auf das Verhalten von Tieren	140
6.3	Soziales, psychisches und immunologisches System ...	140
6.3.1	Strukturelle Kopplungen zwischen sozialem, psychischem und immunologischem System	140
6.3.2	Der Einfluss psychosozialer Interventionen auf das Immunsystem	145
6.3.3	Zusammenfassung	146
7	Evolutionstheorie	148
7.1	Einführung	148
7.2	Leitfaden für die Analyse der Evolution	150
7.3	Variation	151
7.4	Selektion	152
7.5	Restabilisierung	159
7.6	Evolution ist nicht prognostizierbar	164
7.7	Evolution als Fortschritt?	166
7.8	Der Anfang evoluierender Systeme	166
7.9	Die Entwicklung evoluierender Systeme	167
7.10	Evolutionäre Errungenschaften	167
7.11	Koevolution	168
8	Theorie des Gedächtnisses	171
8.1	Einleitung	171
8.2	Kondensierung und generalisierende Konfirmierung	171
8.3	Generativer und phänomenologischer Sinnbegriff	172
8.4	Die Theorie des Gedächtnisses	173
8.5	Soziales Gedächtnis	177
8.6	Kognition und Erkenntnis	178
9	Systemische Therapie	180
9.1	Systemische Therapie auf dem Wege von der Beobachtung erster Ordnung zur Beobachtung zweiter Ordnung	180
9.2	Strukturelle systemische Therapie	181
9.3	Strategische systemische Therapie	187
9.4	Systemische biopsychosoziale Medizin	193

9.5	Lösungs- und ressourcenorientierte systemische Therapie	196
9.6	Systemische Therapie aus der Sicht der selbstreferenziellen Systemtheorie	202
10	Systemische Hypnose	208
10.1	Einleitung	208
10.2	Die Methode der Hypnose	209
10.3	Theorie der systemischen Hypnose	211
11	Schluss?	216
	Literatur	219
	Stichwortverzeichnis	226
	Über den Autor	230

Geleitwort

Es gibt Bücher, die man gerne selbst geschrieben hätte, und es gibt Bücher, die man gerne besitzt, sei es, dass man sie sich selbst kauft oder schenken lässt, und es gibt Bücher, die man mehr als einmal lesen sollte. Das Buch von Martin Bökman hat von jedem etwas. Ich hätte es gerne selbst geschrieben, ich möchte es besitzen – nicht zuletzt, um das eine oder andere Kapitel ein zweites oder auch ein drittes Mal zu lesen. Was ist der Grund?

Vieles, was wir in der klinischen Psychosomatik – in ihren allgemeinen und speziellen Anteilen – in den letzten 30 Jahren versucht, erprobt, entwickelt und überprüft haben, vieles, was in unzähligen interdisziplinären Arbeitsgruppen in dieser Zeit zutage gefördert wurde, hat den Ruf nach einer einfachen, klaren und doch umfassenden Theorieübersicht laut und lauter werden lassen.

Martin Bökman hat ihn gehört. Sicher kam ihm dabei seine Doppelbegabung und Ausbildung als Arzt und Soziologe zugute. Es gelang ihm, die Spreu vom Weizen zu trennen und in zehn übersichtlichen Kapiteln die systemischen Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie so darzustellen, dass sie auch dem allgemein gebildeten und interessierten Leser (ich wünschte, viele Ärzte gehörten dazu) verständlich werden können. Zum Verständnis unserer heutigen wissenschaftlich sicher etwas überdeterminierten Welt ist eine derartige Übersicht von unbezahlbarem Wert.

Martin Bökman ist als Arzt vertraut mit dem *biomedizinischen Modell* unseres Gesundheitssystems. Als Kliniker und verantwortlicher Oberarzt kennt er dieses Modell und leidet an ihm – wie die schweigende Mehrheit der aktiven Ärzteschaft in unserem Lande und wahrscheinlich weltweit. Aber er leidet nicht nur, sondern er handelt auch wie jeder Arzt, der einer scheinbar »unmöglichen Aufgabe« gegenübersteht. Aktiv hat er dieses Modell im echten von Weizsäckerschen Sinn, einem anthropologisch-medizinischen Sinn, von einem »Ja, aber nicht so« zu einem »Wenn nicht so, dann anders« weiterentwickelt und legt hier nun als Ergebnis die systemtheoretischen Grundlagen des *biopsychosozialen Modells* vor.

Das ist in dieser verständlichen Form neu.

Im Gegensatz zu vielen anderen, auch in Ergänzung der eben erwähnten anthropologischen Medizin, die Viktor von Weizsäcker im-

mer auch als eine antithetische dachte, gelingt es Bökmann dank seiner fundierten Kenntnis der Theorie komplexer Systeme, beide Modelle, das biomedizinische und das biopsychosoziale, in ihrem Eränzungsverhältnis zu denken und darzustellen.

Wie gelingt ihm das? Das herauszufinden ist nicht schwer. Sie werden das Buch durchblättern, und Sie werden sofort Kontakt haben mit der Methode oder mit den Methoden, die Martin Bökmann einsetzt: Bild und Schrift, Ernst, Witz und Humor. Nicht von ungefähr überwiegen in der bildlichen Darstellung die runden Elemente die kantigen. Umgekehrt ist in der Schrift die Anzahl der geraden Buchstaben den *kursiven* überlegen.

Also: Martin Bökmann setzt sehr bewusst schon in der formalen Gestaltung dieses Buches das ein, was er inhaltlich z. B. über Bewusstseinssysteme (Kap. 4) mitzuteilen hat, also über das, was wir darüber wissen, wie unser Hirn für uns denkt.

Erlauben Sie mir zum Schluss noch eine persönliche Bemerkung. Als wir (Friedebert Kröger und der Unterzeichnende) im Frühjahr 1999 in Aachen einen Kongress zu »Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik« ausrichteten, träumten wir von der »eigentümlichen Nachträglichkeit der strukturellen Kopplung«.

Was sagt uns das? Es sagt, dass wir Menschen träumen können und leben lernen – z. B., wenn wir uns einem Experiment aussetzen (beispielsweise dem Aachener Experiment der Psychosomatischen Medizin), das klären hilft, ob und wie etwas funktioniert, oder wenn wir innehalten und uns besinnen (wie das in guten Balintgruppen geschieht) und uns fragen, was wir denn eigentlich tun. Nur im Rückblick können wir uns erinnern und Sinn entdecken. Wir sprechen von einer Rückkopplung an das, was hinter uns liegt.

Einer Erläuterung bedarf auch die Rückkopplung an die Collaborative Health Care Coalition von Susan McDaniel (Kap. 9), die ihren Ursprung in Rochester hat, wo seinerzeit der inzwischen verstorbene George Engel erstmalig das biopsychosoziale Modell auf den Punkt brachte. Dieses Modell steht für Mitte, Maß und Möglichkeit, z. B. des Menschen zu wachsen, zu reifen und sich selbst zugunsten nachfolgender Generationen zu begrenzen.

Als Besitzer dieses Buches haben Sie ab sofort einen Vorteil. Die »eigentümliche Nachträglichkeit der strukturellen Kopplung« ist Erinnerung oder ist die Übersetzung des von-Weizsäckerschen »Also

so ist das« (V. v. Weizsäcker [1987]: Gesammelte Schriften Band VII, S. 355–365).

Ich möchte mich bei Martin Bökmann dafür bedanken, dass er dieses Buch geschrieben hat, und wünsche ihm viele aufgeschlossene Leser.

Ernst R. Petzold
Aachen im April 2000

Vorwort

Versucht man als Sozialwissenschaftler und Arzt den Phänomenbereich des Menschen in der Gesellschaft und seine Erkrankungen zu erfassen, so kann man interessiert seine Umwelt beobachten. Man kann außerdem auf die Beobachtungen anderer zurückgreifen, die in Form von Gesprächen, Literatur und anderem vermittelt werden. Versucht man, sich einen wissenschaftlichen Überblick über den Phänomenbereich Mensch, Gesellschaft und Medizin zu verschaffen, so ist die Verwirrung perfekt. Sowohl in den Sozialwissenschaften als auch in der Psychotherapie hat man die Qual der Wahl. Viele Theorien sind ansprechend, die Überlegungen plausibel ausgearbeitet. Jede Theorie hat ihre Defizite, ihre blinden Flecken, die man zu erkennen versucht, um daraus seine Schlüsse über die Leistungsfähigkeit der Theorie zu ziehen und anhand des blinden Flecks den besonderen Fokus der Theorie ausfindig zu machen. In der Medizin ist alles viel einfacher. Hier herrscht Gleichklang unter den Vertretern der Wissenschaft. Die Pathogenese verschiedener Krankheiten ist gut nachvollziehbar, und das Krankheitsgeschehen ist auch therapeutisch beeinflussbar. Es gibt auch blinde Flecken, aber sie werden nur als Forschungsdefizit beschrieben. Weitere Forschungen bringen Licht ins Dunkel.

Die Medizin als pragmatische Wissenschaft beeindruckt durch ihre Erfolge und erhöht die Ansprüche, erfolgreich zu sein, wo sie es nicht sein kann oder noch nicht ist. Für den Arzt, der sich auf Körper spezialisiert hat, ist es eine Freude, anhand der klinischen Symptome, der Laborwerte, der technischen Diagnostik die Diagnose zu stellen und entsprechende Maßnahmen zur Therapie einzuleiten. Kausal angreifende wie symptomatische Therapien führen häufig zum Erfolg. Viele Patienten können geheilt oder ihr Zustand zumindest gebessert werden. Viele sind mit der Therapie zufrieden.

Schwieriger für Arzt und Patient ist der Umgang mit chronischen Krankheiten (wie degenerativen Gelenkerkrankungen, Diabetes mellitus) mit irreversiblen körperlichen oder gesundheitlichen Schäden (wie Schlaganfall), der Umgang mit Organtransplantaten oder bösartigen Tumoren. Mit den körperlichen Leiden treten häufig Probleme der psychischen Verarbeitung auf. Es treten psychische Veränderungen auf, die einen zusätzlichen negativen Effekt auf die ursprüng-

liche körperliche Erkrankung haben und weitere Erkrankungen auslösen. In der Medizin werden diese Erkrankungen als somatopsychische Krankheiten zusammengefasst. Die sozialen Implikationen erfasst die Wortschöpfung nicht, sie sind aber immer zu berücksichtigen.

Die moderne Medizin ist darüber hinaus mit zahlreichen Patienten konfrontiert, die psychisch auffällig sind. Nach heutigem Wissensstand sind psychische Krankheiten multifaktoriell bedingt. Sie sind zum einen Resultat biologischer Ursachen, zum anderen kann durch die Rekonstruktion der Lebensgeschichte des Einzelnen gezeigt werden, wie die individuelle Sozialisation psychisch verarbeitet wird und wie sie das Auftreten einer psychischen Erkrankung bedingen kann. Psychische Krankheit kann Resultat einer Einbindung in eine Gemeinschaft sein, die eigenwillige Vorstellungen der Achtung und Missachtung anderer Personen pflegt. Psychische Krankheit kann auch Folge einer Verweigerung sozialer Kontakte sein, z. B. durch Ausschluss von Arbeitseinkommen oder Folge von Verlust naher Angehöriger, berufliche Unter- als auch Überforderung oder Mobbing etc.

Psychische Krankheiten, psychische Überforderungen, Stressreaktionen im Beruf und privat, schwere Traumata wie Unfälle oder sexuelle Übergriffe wirken sich bei vielen Menschen auf den Körper aus und führen zu eigenständigen Krankheiten oder verschlechtern vorbestehende Erkrankungen. Diese Krankheiten werden in der Medizin als psychosomatische Krankheiten aufgefasst.

Patienten erkranken eigentlich nie ausschließlich psychisch oder ausschließlich körperlich, sondern körperlich und psychisch. Psychische und soziale Umstände führen nicht nur zu einer psychischen Auffälligkeit oder Erkrankung, sondern auch zu einer körperlichen Krankheit. Umgekehrt haben körperliche Erkrankungen zahlreiche psychische und soziale Implikationen, auch wenn ein Arzt nicht beide Seiten diagnostiziert und behandelt.

Körperliche und psychische Krankheiten wirken sich im erheblichen Umfang auf die Angehörigen aus. Sie müssen häufig plötzlich ganz neue Aufgaben erledigen, auf die sie nicht vorbereitet sind. Bewährte soziale Beziehungen geraten ins Wanken. Die Berufstätigkeit der Patienten und der Lebensstandard können beeinträchtigt werden. Zusätzlich können beim Patienten und den Angehörigen Existenzängste ausgelöst werden. Die Anforderung an den Patienten und an

die Angehörigen sind heute deutlich größer als noch vor zehn oder zwanzig Jahren. Andererseits nimmt der Anteil der Alleinlebenden in den Metropolen der westlichen Gesellschaft stetig zu, sodass im Krankheitsfall die Ressourcen der Angehörigen gar nicht zur Verfügung stehen. Der Kranke muss sich von fremden Leuten, die in ihrem Bereich Fachleute sind, aber unvertraut, versorgen lassen. Er muss sich mit all seinen existenziellen Einschränkungen offenbaren.

Das moderne Medizinsystem ist also mehr denn je gezwungen, besondere Qualifikationen vorzuhalten – so Susan McDaniel (1992) –, um die Zumutungen des Medizinsystems für Patienten und Angehörige zu kompensieren, die z. B. entstehen durch Chemotherapieprotokolle, durch das Management bei chronischen Krankheiten, durch In-vitro-Inseminationen, durch Brutkästen, durch das Überleben z. B. hirnerkrankter Kinder, die die finanziellen und emotionalen Ressourcen der Familien erschöpfen, oder durch die Zunahme der Krankheiten des Lebensstils, z. B. durch Alkohol, Nikotin und ungesunde Ernährung.

Besondere Qualifikationen sind erforderlich, weil die Kenntnisse der Psychologie und Entwicklungspsychologie zugenommen haben, weil kulturelle und interkulturelle Kenntnisse sich vermehrt haben. So wissen wir beispielsweise heute sehr viel mehr über verschiedene Ethnien, Subkulturen und gesellschaftliche Schichtung.

Besondere Sichtweisen zur Integration sind erforderlich geworden, nicht nur weil die Medizin in unterschiedlichen Institutionen erbracht wird, sondern auch weil medizinisches Fachwissen in immer mehr Fächer zersplittert. In Deutschland gibt es mittlerweile ca. 40 Facharztbezeichnungen und 60 weitere Subspezialitäten.

Eine integrierte Sicht ist erforderlich, weil Patienten nicht nur mit ihren Körpern zum Arzt kommen, sondern mit Ideen und Gefühlen, mit Interaktionsmustern und Glaubenssystemen. Es gibt keine biologischen Probleme ohne psychosoziale Implikationen, keine psychosozialen Probleme ohne biologische Implikationen. Ärzte haben mit psychosozialen Problemen zu tun, Psychologen und Psychiater mit biologischen Problemen, ob sie es mögen oder nicht.

Eine integrierte Sichtweise ist dringend erforderlich. Das hier vorliegende Buch will einen Beitrag zur Entwicklung dieser integrierenden Sichtweise leisten.

In den Naturwissenschaften, der Medizin, der Gesellschaftswissenschaft, der Psychologie und Psychiatrie, der Philosophie und der

Psychotherapie gibt es Überlegungen, Hypothesen und Theorien, die sich als Alltagswissen bewährt haben oder die wissenschaftlich ausgearbeitet wurden. Im Bereich der Medizin hat die Psychosomatik seit Jahren den Charakter eines integrierenden Faches und hat methodisch viel geleistet. Eine umfassende Theorie der Psychosomatik ist jedoch nicht erkennbar. Der vorliegende Ansatz will diese Lücke schließen.

Eine Theorie der Psychosomatik, die einen integrierenden Ansatz verfolgt, muss sich klar machen, dass sich die Welt nicht selbst in biologische, psychische und soziale Aspekte aufteilt, sondern dass diese Teilbereiche Folgen von Unterscheidungen sind. Es liegt daher nahe, einen Theorieansatz zur Entwicklung einer Psychosomatik zu wählen, der die Unterscheidungen der verschiedenen Phänomenbereiche theoretisch integrieren kann und zugleich die Differenzierung der Phänomenbereiche auf hohem Niveau berücksichtigt.

Diese integrierende Theorie legte Niklas Luhmann als systemische Theorie selbstreferenzieller Systeme vor. Eine Anwendung dieser Theorie im Bereich der Medizin wurde von Luhmann allerdings nur in wenigen Ansätzen publiziert. Insofern wird hier Neuland betreten und ein Entwurf erarbeitet.

Zum Verständnis ist es wichtig zu wissen, dass eine Theorie der systemischen biopsychosozialen Medizin und systemischen Psychotherapie andere erkenntnistheoretische Voraussetzungen hat als z. B. die psychoanalytische oder die verhaltenstherapeutische Theorie. Die systemische Theorie nimmt für sich in Anspruch, sich selbst zu begründen und nicht auf andere Theorien zurückzugreifen. Entscheidende Theoriebausteine dazu sind von George Spencer-Brown, von Heinz von Foerster und von Niklas Luhmann entworfen, die im Folgenden expliziert werden.

Diese Arbeit lehnt sich insbesondere an das Werk Niklas Luhmanns an. Viele seiner Gedanken sind hier übernommen. Die einzelnen Kapitel sind nicht einfach zu lesen, da die Theorie sehr komplex gebaut ist. Ich habe mich bemüht, mit möglichst einfachen Formulierungen die Sachverhalte zu schildern, um so das Werk einem breiteren Publikum zu erschließen.

Das größte Verständnisproblem rührt meiner Ansicht nach daher, dass das gewohnte Denken des Alltags nicht ausreicht, um systemisches Denken zu denken. Die erkenntnistheoretischen Bausteine finden sich auch nicht mehr in der Tradition der Philosophie, wenn-

gleich zum besseren Verständnis Begriffe der alteuropäischen Tradition zum Vergleich herangezogen werden, sondern in der Kybernetik und der Computerwissenschaft. Anders als die Tradition, die versucht, die Welt von allem Ursprung her zu erklären, schlägt Luhmann vor, mit dem Beobachter zu beginnen, der dies so sagen kann. Erst ein Beobachter kommt auf die Idee, die Welt erklären zu wollen. Sein Beobachten ist schon an so viele Voraussetzungen gebunden, dass es nicht mehr möglich ist, die Welt von Anfang an zu beschreiben.

Vor dem Entwurf einer Theorie der systemischen biopsychosozialen Medizin und systemischen Psychotherapie steht also die Erkenntnistheorie des Beobachters, der eine Theorie entwirft, die sein Beobachten ebenfalls erklären kann. Es soll also eine Theorie sein, in der der Beobachter selbst vorkommt. Dies ist kompliziert, aber nach heutigem Erkenntnisstand nicht mehr anders zu denken. So fordern jüngst auch Friedrich Schmahl und Carl Friedrich von Weizsäcker im Deutschen Ärzteblatt (4/2000) eine Überwindung des Subjekt-Objekt-Dualismus. Im nächsten Kapitel wird eine allgemeine Theorie selbstreferenzieller Systeme vorgestellt, die dann für Phänomenbereiche wie soziale Systeme und Bewusstseinssysteme spezifiziert wird. Es schließen sich Überlegungen zur Kopplung biologischer, psychischer und sozialer Systeme an. Danach wird eine Theorie der Veränderung der Systeme als Evolutionstheorie vorgestellt. Abschließend werden Grundzüge der systemischen Therapie als Versuch, die Evolution planerisch zu beeinflussen, dargestellt.

Vor jedem Kapitel findet sich eine Einleitung, die den Stellenwert des jeweiligen Kapitels im Gesamt der Theorie erläutert.

*Martin B. F. Bökmann
Hamburg, im Frühjahr 2000*

Vorwort zur erneuten Auflage

Der Carl-Auer Verlag hat sich freundlicherweise entschlossen, dieses Buch, das im Jahre 2000 beim Springer Verlag Heidelberg erschienen ist, erneut herauszubringen. Das Buch fand eine interessierte Leserschaft. So diente es als Grundlage für ein Curriculum im Bereich Gesundheitsberufe, das im Jahr 2003 als Kernmodul an der Hochschule Magdeburg-Stendal unter der Leitung von Professor Dr. Eberhard Göpel durchgeführt wurde. Es wurde außerdem als wesentlicher Bestandteil der Habilitation an der Fakultät für Soziologie in Bielefeld anerkannt.

Da sich die theoretischen Grundlagen der systemischen Psychosomatik und Therapie in der Zwischenzeit kaum verändert haben, wurden nur einige kleinere Aktualisierungen eingearbeitet.

Ich wünsche dem Leser viel Freude an der Lektüre, und vielleicht hilft das Buch, die inzwischen unübersichtlich gewordene Vielfalt systemischen Denkens und Therapierens klar zu strukturieren.

*Martin B. F. Bökmann
Hamburg, im Frühjahr 2008*

1 Die Theorie des Beobachtens

1.1 Einleitung

Die Theorie der Beobachtung ist für die folgenden Ausführungen die erkenntnisleitende Theorie. Die Beobachtungstheorie kann grundsätzlich auf alle Phänomenbereiche angewandt werden, ist aber hier besonders für die Systemtheorie ausgearbeitet worden. Viele Formulierungen klingen möglicherweise banal, weil selbstverständlich. Sie erhalten aber ihre Brisanz durch die konsequente Anwendung und den Vergleich mit der klassischen Erkenntnistheorie. Das Kapitel wurde so gehalten, dass auch der in der Erkenntnistheorie ungeübte Leser nicht zu sehr erschrickt und sich dennoch einige Einsichten erarbeiten kann.

Dieses Kapitel steht zu Anfang, weil in der deutschen Tradition gern von der reinen Erkenntnis zur Empirie deduziert wird. Es kann durchaus überschlagen und zu einem späteren Zeitpunkt gelesen werden.

1.2 Beobachten als Operation

Beobachten als unterscheidende und bezeichnende Operation

Das Beobachten unterscheidet Dinge, Menschen, Sachverhalte, Symptome und anderes. Die Welt stellt sich beim Beobachten auf den ersten Blick so dar, wie sie ist. Betrachtet man den Prozess des Beobachtens genauer, so ist Beobachten das Handhaben einer Unterscheidung zur Bezeichnung der einen und nicht der anderen Seite. Es werden z. B. Prellungen von Schürfwunden unterschieden und als solche bezeichnet. Das Diagnostizieren von Prellungen ist eine Beobachtung, die die Prellungen aus einem bis dahin nicht bezeichneten Universum, dem »unmarked space«, dem unmarkierten Raum, abgrenzt und bezeichnet. Mit der Bezeichnung Prellung hat der Beobachter gleichzeitig eine Unterscheidung getroffen. Er hat sich entschieden, Prellungen und nicht Schürfwunden zu beobachten. Diese grundlegende Unterscheidung geht auf George Spencer-Brown (1979) zurück (Abb. 1). Die Beobachtung darf immer nur die eine oder die andere Seite bezeichnen, denn die gleichzeitige Bezeichnung beider Seiten würde jede Unterscheidung aufheben und keinen Sinn erge-

ben. Durch das Bezeichnen wird automatisch eine Unterscheidung getroffen, die im Moment der Bezeichnung nicht beobachtet, nicht bezeichnet, nicht reflektiert wird. Heinz von Foerster (1985) identifiziert daher die Unterscheidung als den blinden Fleck der Beobachtung. Die zentrale Aussage der Theorie des Beobachtens besteht darin, dass die Unterscheidung im Moment ihrer Verwendung nicht bezeichnet wird. Die der Unterscheidung zugrunde liegende Einheit wird invisibilisiert.

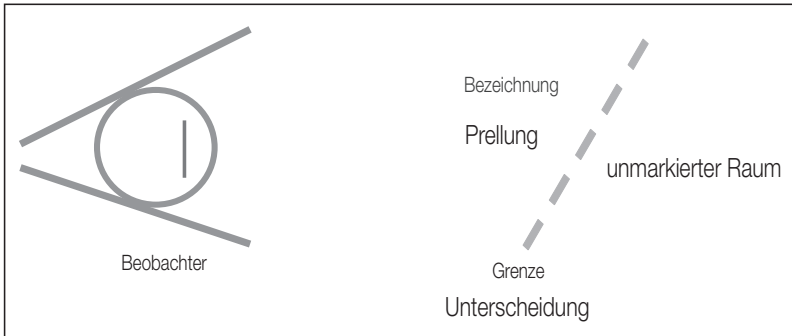


Abb. 1: Operation des Beobachtens

Zwischen den Begriffen der Operation und der Beobachtung besteht ein Komplementaritätsverhältnis. Sie lassen sich nicht trennen, aber es besteht kein Kausalitätsverhältnis. Die Operation ist nicht Ursache und die Beobachtung nicht deren Wirkung (vgl. Luhmann 1990, S. 77).

Beobachtung erster Ordnung und zweiter Ordnung

Werden mehrere Operationen verknüpft, so entsteht eine Verkettung von Beobachtungen, die als System aufgefasst werden können. Soziale Systeme wie auch psychische Systeme können die Operation des unterscheidenden Beobachtens ausführen und können daher als Beobachter bezeichnet werden. Die eingangs gewählte Formulierung der Beobachtung wird nun auf Systeme bezogen: psychische und soziale Systeme beobachten. Damit ist die privilegierte Stellung des Subjekts, des Individuums, beseitigt. Soziale Systeme können ebenfalls sich selbst, die Umwelt und andere Systeme in der Umwelt beobachten. Wie machen sie das? Wenn Vorstände von Krankenhäusern das Marktgeschehen beobachten und ihre Entscheidungen treffen, so

sind dies keine Entscheidungen, die einzelnen Vorstandsmitgliedern zugeschrieben werden können. Es gibt Abstimmungen, und danach wird gehandelt. Marktbeobachtungen können zwar von einzelnen Mitarbeitern durchgeführt werden, aber es interessiert nicht, was der Einzelne am Markt für beachtenswert hält, sondern was das Unternehmen für relevant hält. Solange er für das Unternehmen arbeitet, soll er nach dessen Kriterien beobachten. Die Beobachtungen des Einzelnen sind durch Vorgaben des sozialen Systems gefiltert. Insofern kann man von der Beobachtung sozialer Systeme sprechen.

Beobachtet ein zweites beobachtendes System das erste, so führt es Beobachtungen wie das erste System aus. Es kann auf das Bezeichnete des ersten Systems achten, aber es kann auch auf die Unterscheidungen des ersten Systems fokussieren. Abstrahiert man vom Systembegriff und spricht nur vom Beobachter, so kann man formulieren, dass der zweite Beobachter etwas beobachten kann, was der erste Beobachter im Vollzug der Operation nicht beobachten kann, nämlich den blinden Fleck seiner Beobachtung, seine Unterscheidung. Er sieht, dass der erste Beobachter mechanische Verletzungen beobachtet und nicht Weltschmerz oder Wassertropfen. Der zweite Beobachter fokussiert auf die Unterscheidung des ersten Beobachters und sieht dadurch etwas anderes. Er beobachtet etwas, das der erste Beobachter beim Diagnostizieren von Prellungen nicht beobachtet, nämlich dass er Prellungen von Schürfwunden unterscheidet oder Symptome von Nichtsymptomen. Fokussierte der zweite Beobachter wie der erste auf Symptome, so wäre er ebenfalls ein erster Beobachter. Der zweite Beobachter beobachtet nicht besser oder klüger oder hierarchisch darüberstehend. Denn der zweite Beobachter kann auch nur die gleiche Operation durchführen: unterscheidendes Beobachten. Die Kriterien für die Art seiner Unterscheidung sind in dem Moment der Beobachtung unsichtbar. Der Beobachtungsgegenstand des zweiten Beobachters ist – und das ist der qualifizierende Unterschied – die Unterscheidung des ersten Beobachters. Der zweite Beobachter beobachtet anderes. Er beobachtet etwas, das dem ersten Beobachter im Moment der Operation des Beobachtens nicht zugänglich ist (Abb. 2).

Der erste Beobachter führt die Operation des unterscheidenden Bezeichnens zuerst aus (Beobachtung erster Ordnung). Erst danach in einem zweiten zeitlichen Schritt führt der zweite Beobachter seine Operation aus. Seine Operation bezieht sich (rekurriert) auf die erste.

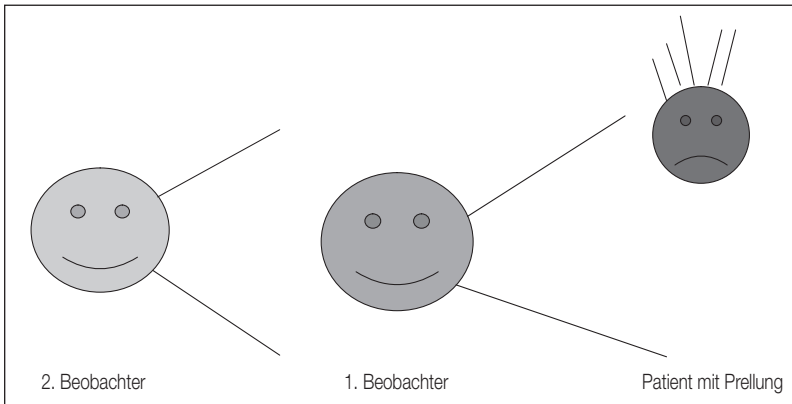


Abb. 2: Beobachtung der Beobachtung

Diese rekursive Operation wird Beobachtung zweiter Ordnung genannt. Die Beobachtung erster Ordnung wird auch Kybernetik erster Ordnung genannt, weil hier ein einfacher Regelkreis zwischen Unterscheiden und Bezeichnen besteht. Die Beobachtung der Beobachtung wird auch Kybernetik zweiter Ordnung genannt (vgl. Heinz v. Foerster 1985; schön ausgeführt bei Gripp-Hagelstange 1995 und neu zusammengefasst bei Simon 2006).

Selbstbeobachter

Der erste Beobachter kann eine Bezeichnung vornehmen, z. B. Prellungen diagnostizieren und in einem weiteren Schritt sich selbst fragen, warum er diese Unterscheidung getroffen hat. Er kann sich fragen, ob es sinnvoll ist, Prellungen von anderen Symptomen zu unterscheiden, oder ob er überhaupt Symptome bezeichnen sollte. In diesem Moment wird der erste Beobachter zum zweiten Beobachter. Er beobachtet sich selbst. Er reflektiert seine Kriterien. Der Selbstbeobachter kann natürlich ganz schnell seine Position wechseln und zum Beobachter erster Ordnung werden.

Der Wechsel vom Beobachter erster Ordnung zum Beobachter zweiter Ordnung erfordert Zeit oder einen anderen Standort in der Welt, einen anderen Beobachter oder einen Selbstbeobachter.

Der Beobachter erster Ordnung beobachtet mit der Frage: Was geschieht? Er beobachtet etwas Beobachtbares.

Der Beobachter zweiter Ordnung beobachtet mit der Frage: Wie ist diese Beobachtung möglich? Er beobachtet etwas Unbeobachtbares.

Durch das Wechseln der Beobachterperspektive entsteht ein auf sich selbst bezogenes Netzwerk gegenseitiger Beobachtungen.

Reentry

Werden viele Beobachtungen miteinander rekursiv verknüpft, sodass ein System von Beobachtungen entsteht, werden in diesem System Beobachtungen möglich, die dieses System von der Umwelt unterscheiden. Das System kann sich selbst aber nicht nur als ein System sehen, das sich von einer Umwelt unterscheidet, sondern es kann auch selbst sehen, wie es diese Unterscheidung durchführt. Die Unterscheidung tritt dann in das Unterschiedene ein. George Spencer-Brown bezeichnet das als »Reentry« (Abb. 3).

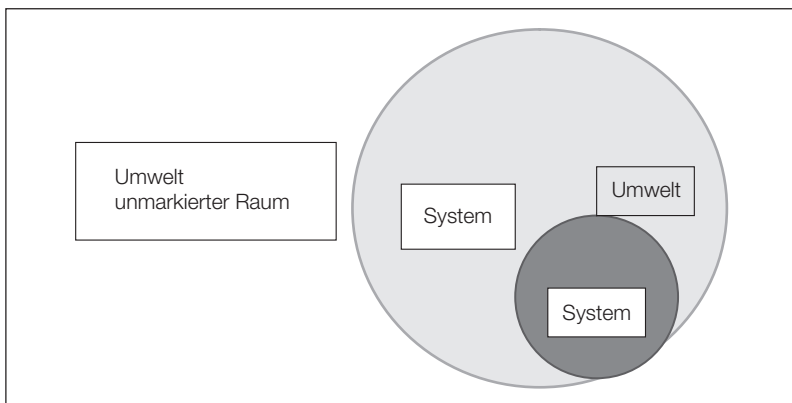


Abb. 3: Reentry

Die Unterscheidungen des Systems, die sich nicht auf die Unterscheidung von System und Umwelt richten, handhabt das System ohne diesen selbstreflexiven Bezug. Die Unterscheidungen, die die Unterscheidung von System und Umwelt durchführen, haben für das System einen besonderen Orientierungswert. Hier kann sich das System mit seinen rekursiven Beobachtungen, mit seinen in der Zeit versetzten bezeichnenden Unterscheidungen auf sich selbst beziehen und so interne Anschlussfähigkeit gewinnen. Das System kann sich dann auch selbst als Einheit bezeichnen und aus der Umwelt ausnehmen. Diese Art der Selbstbeobachtung heißt Reflexion.

Der Realitätsbegriff wird durch den rekursiven Vollzug der Operation des Beobachtens definiert

Die Beobachtung als Operation bezieht sich auf (referiert) das Bezeichnete (vgl. Luhmann 1990, S. 75 ff.). Das Bezeichnete (Referenz) muss von der Operation unterschieden werden. Hierbei handelt es sich aber nur um eine Unterscheidung der Funktion. Es ist damit nicht gesagt, dass hier die Unterscheidung und dort die Welt ist. Es ist kein ontologisches Wissenschaftsverständnis gemeint, das die Welt in Sein und Nichtsein oder in Denken und Sein unterscheidet. Die Operation referiert lediglich das Bezeichnete. Die Operation ist ein empirisch konditionierter Vorgang, für den die Bedingungen biologischer, psychischer und sozialer Beobachtung angegeben werden können. Von außen ist keine Beobachtung möglich. Kein Beobachter steht außerhalb der Welt.

Es ist wichtig, zwischen der Beobachtung einer Operation (Beobachtung erster Ordnung) und der Beobachtung der Operation als Beobachtung zu unterscheiden, denn Letzteres ist eine Beobachtung zweiter Ordnung. So fällt es leichter, zwischen Realität und Objektivität zu unterscheiden. Real ist der Vollzug der Operation, und beobachtende biologische, psychische und soziale Systeme sind insofern reale Systeme (Luhmann 1990, S. 78). Beobachtende Systeme beobachten nun aber nicht eine von ihnen unabhängig existierende Welt, sondern nur eine von ihnen beobachtete Welt. Auch wenn mehrere Beobachter ihre Beobachtungen der Welt zusammenführen, resultiert daraus nicht mehr Realitätsgewissheit, sondern nur die Tatsache, dass gemeinsam über die Welt kommuniziert wird. Der Beobachter referiert entweder auf das System (auch sein eigenes) oder auf dessen Umwelt. Die Unterscheidung subjektiv/objektiv kann dann nicht mehr aufrechterhalten werden. Referiert er auf sein eigenes System, betreibt er Selbstreferenz, referiert er auf andere Systeme oder auf die Umwelt, betreibt er Fremdreferenz.

Wenn der Beobachter sich täuscht, täuscht er sich real. Täuschen hat nichts mit dem Realvollzug seiner Beobachtung zu tun, sondern ist ein Beobachtungsschema eines anderen Beobachters oder seiner Selbstbeobachtung.

Der Realitätsbezug der Beobachtung liegt in der Einheit der Unterscheidung. Die Einheit ist die bezeichnende Unterscheidung. Diese Einheit kann nicht beobachtet werden. Es können die Bezeichnungen beobachtet werden, aber nicht der Grund ihrer Auswahl aus

einer Vielzahl von Bezeichnungsmöglichkeiten. Auswahl und Bezeichnung, die die Einheit darstellen, können daher nicht beobachtet werden. Der Realitätsbezug der Theorie des Beobachtens verlagert sich deshalb auf die rekursive Beobachtung von Beobachtungen, auf die Beobachtung zweiter Ordnung. Auf dieser Ebene wird die Unterscheidung ins Visier genommen. Auf dieser Ebene wird der blinde Fleck, das Unbeobachtbare der ersten Ebene beobachtet. Die Welt kann nicht mehr mit einer Gegenstände fixierenden Logik erfasst werden, weil die Unterscheidung nicht erfasst wird, sondern nur durch eine zweite Beobachtung. Dazu ist Zeit erforderlich. Zeit wird benötigt, um verschiedene Beobachtungen zu ermöglichen, oszillierende Beobachterperspektiven zu generieren. Der unmarkierte Raum, in dem nichts bezeichnet wird, ist der Beobachtung unzugänglich (vgl. Luhmann 1990, S. 93).

Beispiel

Ein extremes Beispiel zeigt der psychiatrische Alltag: Die halluzinatorische Wahrnehmung wird normalerweise nicht vom Patienten, sondern von anderen Beobachtern erkannt. In manchen Fällen gelingt es allerdings während des Wahns, die Möglichkeit einer Wahnvorstellung mit dem Patienten zu erörtern, sodass einige Patienten ihre Realitätskonstruktion relativieren oder aufgeben. Hat der Patient Erfahrung mit Täuschung aufgebaut, ist ihm diese Relativierung seiner Konstruktion eher möglich.

Wahr und unwahr

Die Beobachtung beobachtet nur. Die Beobachtung kann auch nicht zwischen wahr und unwahr unterscheiden. Erst eine weitere Beobachtung strukturiert nach wahr und unwahr. Die eigene Unterscheidung des Beobachtens wirkt wie ein blinder Fleck. Er kann nicht sehen, was er nicht sieht. Die einfache Beobachtung ist referenzunkritisch. Es gibt auch keine Reflexivitätshierarchie, mit der sich die Beobachtung von ihrem Gegenstand entfernen kann. Sie kann auch nicht zwischen Realität und Beobachtung vermitteln. Nur durch die Anwendung verschiedener Unterscheidungsverhältnisse lassen sich komplexere Architekturen entwickeln. Nur durch eine andere Unterscheidung entsteht der zweite Beobachter. Daher liegt auch in der Anwendung des Schemas wahr/unwahr keine Überlegenheit, kein Anspruch auf Beherrschung und Kontrolle, sondern nur eine Interessenswahrnehmung.