



Jochen Schweitzer / Arist von Schlippe

Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II

Das störungsspezifische Wissen

V&R



Unseren Eltern
Marianne und Otto (†) Schweitzer,
Elisabeth (†) und Gunnar von Schlippe.

Jochen Schweitzer
Arist von Schlippe

Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II

Das störungsspezifische Wissen

Mit 13 Abbildungen und 29 Tabellen

6., unveränderte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

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.

ISBN 978-3-525-46256-0

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

© 2015, 2006, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, 37073 Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC,
Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der
vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg
Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co GmbH & Co.
KG, Robert-Bosch-Breite 6, 37079 Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorwort	9
1 Systemische Therapie als Behandlung von Krankheiten:	
Grundsätzliche Überlegungen.	15
1.1 Krankheitsverständnis	15
1.2 Klassifikation und Diagnostik	24
1.3 Krankheitsursachen, Risikofaktoren, Schutzfaktoren	29
1.4 Therapiekonzept	31
1.5 Indikationen und Kontraindikationen	33
1.6 Evidenzbasierung: Wie wirksam ist systemische Therapie?	36
1.7 Kernkompetenzen systemischer Therapie	39
1.8 Systemische Therapie als Grundlagungsverfahren	41
2 Systemische Psychotherapie mit Erwachsenen	43
2.1 Schizophrenie und schizoaffektive Psychosen – Sinnvoll kommunizieren über Unverständliches	43
2.2 Depression – Vom Nichtkönnen und vom Nichtwollen ..	68
2.3 Angst und Panik – Die gerade richtige Dosis Beziehungsfreiraum	88
2.4 Zwänge – Neue Rituale für alte Kontrollkämpfe	107
2.5 Posttraumatische Belastungsstörungen – Sicherheit gemeinsam wieder herstellen	119
2.6 Borderline-Syndrom und andere Persönlichkeitsstörungen – Wenn Gefühle und Bindungsstile (allzu) schnell wechseln	137
2.7 Somatisierungsstörungen – Schmerz als Beziehungsinformation	154
2.8 Essstörungen: Anorexie, Bulimie und Adipositas – Wenn die Liebe nicht mehr durch den Magen geht	166
2.9 Süchte: Alkohol und illegale Drogen – Von Kontrollversuchen zur Sehn-Sucht	191

6 Inhalt

2.10 Sexuelle Störungen: Funktionsstörungen, Unlust, Identitätszweifel – Wege aus dem allzu Vertrauten	212
2.11 Suizidale Krisen – Die Apokalypse als Vorletztes	225
3 Systemische Kinder- und Jugendlichkeitstherapie	237
3.1 Kinderfreundliche Therapie	237
3.2 Fütter-, Schlaf- und Schreistörungen (Regulationsstörungen) – Wie Babys ihre Eltern stimulieren	245
3.3 Entwicklungsstörungen: Legasthenie, Asperger- Syndrom – Einzigartige Kinder	258
3.4 Einnässen und Einkoten – Die Dinge zum richtigen Zeitpunkt herauslassen	272
3.5 Aufmerksamkeitsdefizit- oder hyperkinetische Störung – Wo die wilden Kerle wohnen	280
3.6 Schulverweigerung und Mobbing – Wege und Umwege zur Schule	300
3.7. Dissozialität, Delinquenz, Gewalt – Regelverletzung als Gemeinschaftsleistung	315
4 Systemische Familienmedizin	335
4.1 Körperliche Krankheit und sozialer Kontext	335
4.2 Brustkrebs – Entlastung und Verständnis	342
4.3 Nierentransplantation – Einen Körperteil schenken	352
4.4 Unerfüllter Kinderwunsch – Wenn das Wunschkind nicht kommt	364
4.5 Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen – Hängemattentag für die Familie	376
4.6 Asthma im Kindesalter – Der »Luftiku(r)s«	391
4.7 Juveniler Diabetes – Die »Süßmuts«	400
Nachwort	415
Literatur	417
Stichwortverzeichnis	447

An diesem Buch haben mitgearbeitet:

Volkmar Aderhold, Hamburg
Hansruedi Ambühl, Bern
Eia Asen, London
Ulrike Brandenburg, Aachen
Barbara Bräutigam, Stralsund
Andrea Ebbecke-Nohlen,
Heidelberg
Lothar Eder, Mannheim
Karin Egidi, Bochum
Brigitte Gemeinhardt,
Hamburg
Michael Grabbe, Melle
Kurt Hahn, Heidelberg
Winfried Häuser, Saarbrücken
Nadja Hirschenberger,
Mannheim
Heiko Kilian, Bruchsal
Rudolf Klein, Merzig
Friedebert Kröger,
Schwäbisch-Hall
Hans Lieb, Edenkoben
Barbara Maier, Zürich

Claudia Mory, Leipzig
Matthias Ochs, Ludwigshafen
Cornelia Oestereich, Wunstorf
Barbara Ollefs, Osnabrück
Günter Reich, Göttingen
Mechthild Reinhard,
Siedelsbrunn
Rüdiger Retzlaff, Heidelberg
Wilhelm Rotthaus, Bergheim
Andreas Schindler, Hamburg
Maria Seidel-Wiesel, Frankfurt
Ingo Spitzcok von Brisinski,
Viersen
Ruthard Stachowske,
Lüneburg
Heike Stammer, Heidelberg
Stephan Theiling, Osnabrück
Consolata Thiel-Bonney,
Heidelberg
Andreas Wiefel, Berlin
Tewes Wischmann, Heidelberg
Bettina Wittmund, Nordhausen

Vorwort

Gut zehn Jahre nach unserem »Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung« von 1996 erscheint jetzt der zweite Teil zum störungsspezifischen Wissen der systemischen Therapie. Er will die allgemeinen theoretischen und therapietechnischen Grundlagen der systemischen Therapie für die Therapie, Beratung und Begleitung zahlreicher einzelner psychischer und körperlicher Störungen nutzbar machen.

Dafür haben wir etwas getan, was in der systemischen Therapie zumindest im deutschen Sprachraum bislang relativ wenig Tradition hat. Wir haben das klinisch relevante Praxiswissen der systemischen Therapie nach Störungsbildern veranschaulicht – nicht wie gewohnt nach Interventionsansätzen, Settings oder kritischen Lebenslagen.

Ein solches Vorgehen ist dann sinnvoll, wenn man aufzeigen möchte, was genau die systemische Therapie als Behandlung von Krankheiten leisten kann – im Gesundheitswesen und darüber hinaus überall dort, wo es um das Lösen von Problemen geht, denen Krankheitswert beigemessen wird.

Im Gesundheitswesen, speziell in der Psychotherapie, der Psychiatrie, der Psychosomatik, der Medizinischen Psychologie und der Klinischen Psychologie, wird derzeit vorwiegend in Form von Störungsbildern gedacht. Dieses Denken gilt als Grundlage zur Weiterentwicklung von Forschung und Therapie. Die Störungsspezifität soll es erleichtern, klar nachvollziehbare Behandlungsleitlinien zu formulieren, den Glaubenskampf zwischen psychotherapeutischen Schulen zu überwinden und vielleicht sogar neurobiologische Nachweise der Wirksamkeit von Psychotherapie vorzulegen.

Die systemische Therapie hat sich im deutschen Sprachraum nach 1980 unter dem Einfluss des konstruktivistischen Denkens weniger um die Beschreibung störungsspezifischer Ansätze gekümmert als zuvor in ihren Pionierjahren – und weniger, als das seither im angloamerikanischen und spanischen Sprachraum geschah.

Das ergibt insofern Sinn, als systemische Therapie in ihrer Theorie

wie in ihrer Praxis nicht in erster Linie an Störungsbildern orientiert ist. Ihre Stärke liegt vor allem darin, Gesundheitsstörungen als Teil schwieriger Lebenslagen und zwischenmenschlicher Beziehungen umfassend und schnell zu verstehen und sie durch die Gestaltung eines Kooperationskontextes mit gesundheitsförderlicheren Beziehungsmustern positiv zu beeinflussen. Eine Grundannahme systemischer Erkenntnistheorie ist, dass die Seele ihren Sitz nicht – oder zumindest nicht nur – im Körper oder im Gehirn hat, sondern auch zwischen den Menschen, in der Sprache und in der Art, wie sie Sprache verwenden und wie sie von der Sprache geformt werden.

Diese Präferenz hat aber die Nebenwirkung, dass bislang nur wenig darüber nachzulesen ist, wie systemische Therapeuten eigentlich Menschen beraten und behandeln, die als Erwachsene mit Angst, Depressionen oder posttraumatischen Belastungsreaktionen oder als Kinder mit Einnässen, unruhiger Überaktivität oder Lernproblemen zu ihnen kommen. Als Mitherausgeber einer der größten deutschsprachigen Psychotherapiezeitschriften »Psychotherapie im Dialog« haben wir oft bemerkt, dass in der systemischen Therapie – anders als zum Beispiel in der Verhaltenstherapie – die Namen bekannter Autoren nur selten mit einzelnen Störungsbildern assoziiert sind. Worüber aber nicht in bestimmten offiziellen Diskursen gesprochen und vor allem geschrieben wird, das existiert in den Zeiten der evidenzbasierten Leitlinienmedizin offiziell auch gar nicht.

Dem steht gegenüber, dass viele systemisch ausgebildete Ärzte, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, Psychologen, Klinikseelsorger und Fachtherapeuten erfolgreich im Gesundheitswesen arbeiten – in Akut- und Rehabilitationskliniken, in Psychiatrie und Psychosomatik, in Psychotherapiepraxen und Beratungsstellen. Mindestens 15 % der 11.000 approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichentherapeuten bezeichnen sich derzeit (2006) als systemische Therapeuten. Und außerhalb des kassenfinanzierten Systems arbeitet eine große Zahl systemischer Berater in Privatpraxen, Beratungsstellen und sozialen Diensten ebenfalls mit erkrankten Menschen.

In vielen öffentlichen Beschreibungen taucht jedoch deren systemtherapeutische Orientierung nicht auf, sondern muss sich aus berufspolitischen Gründen noch unter tiefenpsychologischem oder verhaltenstherapeutischem Etikett darbieten – während systemische Therapie in

anderen Ländern wie den USA, Großbritannien, Skandinavien, der Schweiz und Österreich ein gleichberechtigt anerkanntes Richtlinienverfahren ist.

Uns hat die Herausforderung gereizt, das vorhandene störungsspezifische Wissen der systemischen Therapie sichtbar zu machen. Dazu haben wir in diesem Buch zunächst einmal grundsätzliche Gedanken zur systemischen Therapie und der Behandlung von Krankheiten dargelegt. Anschließend haben wir das störungsspezifische Wissen der systemischen Therapie gesichtet und – wie schon im ersten Lehrbuch – anhand vieler Fallbeispiele von uns selbst, von Kollegen oder aus publizierten Falldarstellungen anschaulich gemacht. Dabei haben wir auch immer wieder Blicke in die Praxis und in die Publikationen anderer Therapieschulen geworfen, wo uns dies interessante Ergänzungen für die systemtherapeutische Arbeit versprach. Wir haben versucht, unverständlichen Expertenslang so weit wie möglich zu vermeiden, und hoffen, dass sich das Buch von Menschen unterschiedlichster Vorbildungen und in unterschiedlichen Arbeitsfeldern ähnlich gut lesen lässt.

Die Störungsmetapher trägt ein Risiko in sich: Sie kann den, der sie verwendet, zu einer Fokussierung auf defizitäre Konstellationen einladen. Sie kann ihn zu einem vertrauten, aber doch problematischen Denken verführen, eine Störung als Defekt oder Defizit im Individuum zu lokalisieren. Sie kann dazu verleiten, eine solche Störung unabhängig von der Beschreibung eines Beobachters für eine Tatsache an sich zu halten. Wir gehen in unseren Kapiteln in der Beschreibung der jeweiligen Störungsbilder durchaus in dieses Denken hinein, versuchen aber – hoffentlich erfolgreich –, die Leserinnen und Leser im weiteren Verlauf auch wieder hinauszuführen. Unser israelischer Kollege und Freund Haim Omer hat uns nach der Lektüre des Kapitels über Angst und Panik eine Rückmeldung gegeben, die die Stimmungslage vieler Leser widerspiegeln dürfte:

»Es war mir anfangs befremdlich, wie das Kapitel anfängt, mit allen diesen gewichtigen psychopathologischen Wörtern. Aber etwas sehr Interessantes wurde dadurch erreicht. Das Kapitel beginnt ja mit einer Verdinglichung von Angstproblemen, wie die Psychopathologie es üblicherweise tut. Nach und nach aber wird das Problem verflüssigt, wie Systemiker und Narrative Therapie es tun. Sogar die systemischen Erklärungen am Anfang sehen eher wie klassische psychopathologische Erklärungen aus (z. B. die systemische Erklärung für Agoraphobie als Stabilisator der Beziehung). Es ist, als ob im Laufe des Kapitels das Konzept der Angst denselben Prozess durchläuft wie in einer systemischen Therapie die Konstruktion der Angst des Klienten. Vielleicht sollte dieses

Verfahren explizit gemacht werden? Das wäre vielleicht eine schöne Art, die Polarität des Kapitels (vielleicht des Buches) zu benutzen. Es ist, als ob man sagte: »Sieh, sogar wir »Therapeuten-Wissenschaftler« haben keinen anderen Weg, als mit solchen konkreten Auffassungen zu beginnen! Aber das ist bloß der Anfang. Wir sind ja darauf aus, dieser Konkretisierung zu entweichen!« Die Konstruktion des Kapitels wird dann dialektisch. Mit so einem Buch würde ich als Leser gut spielen können. Aber wenn der Übergang nicht thematisiert wird, schlägt die Polarität des Kapitels (zwischen Wissenschaft und Narrativ) fehl.«

Wir haben versucht, das Risiko eines solchen Fehlschlagens zu minimieren, indem wir in der Regel in jedem Kapitel

- a) mit *Störungsbildern* beginnen und mit dieser Schreibweise betonen, dass es bei allen Beschreibungen von Symptomen, Diagnosen, Prognosen und Prävalenzen um Bilder von Störungen geht, nicht um Störungen an sich.
- b) mit *Beziehungsmustern* weitergehen, um darauf zu verweisen, dass sich um ein Phänomen, das als Störung beschrieben worden ist, Beziehungen konstellieren, die in spezifischer, selbstorganisierter Weise durch die Störung entstanden sind und sie gleichzeitig mit konstituieren. Auch hier wollen wir die Gefahr kausalistischer Kurzschlüsse durch die Überschrift minimieren.
- c) und schließlich mit *Entstörungen*, den therapeutischen Interventionen, enden und damit, wie wir meinen, angenehme Assoziationen an systemische Komplexitätsreduktion, an ähnliche Verben wie »entwirren«, »entfalten«, »entwickeln« entstehen lassen.

Bei den im Buch enthaltenen zahlreichen Fallbeispielen steht die Spezifität der Patientenschicksale im Hintergrund. Wir haben dafür gesorgt, dass entweder die Zustimmung zur Veröffentlichung durch die Betroffenen vorliegt und/oder haben die Fallbeispiele so radikal anonymisiert, dass eine Identifizierung unmöglich ist.

Wie im ersten Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung haben wir auch dieses Mal zwischen den unterschiedlichen Formen der männlichen und weiblichen Schreibweisen gewechselt, um das Thema weder durch umständliche Schreibweisen ständig zu einem Leserärgernis zu machen, noch durch eine durchgehende Form die andere zu unterdrücken.

Wir haben dieses Buch aus einem Guss schreiben wollen und daher alle Kapitel zu zweit verfasst. Allerdings haben wir uns der Unterstüt-

zung vieler befreundeter Kolleginnen und Kollegen versichert, die uns eigene Textteile und Fallgeschichten zur Verfügung stellten und unsere Texte kritisierten und überarbeiteten. Ohne sie wäre das Buch nicht in dieser Breite zustande gekommen. Wir bedanken uns sehr für ihre Unterstützung. Herrn cand. oec. Mirko Zwack danken wir für die Erstellung des Registers.

Dieses Buch erscheint fast zeitgleich mit einer Expertise und zwei Aufsätzen zur »Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie« (von Sydow et al. 2006a, 2006b, 2006c). Diese Arbeiten zeigen detailliert, welche teilweise sehr guten empirischen Wirksamkeitsbelege die systemische Therapie/Familientherapie zu zahlreichen, insbesondere schweren Störungsbildern vorlegt. Unser Buch versteht sich als das therapie- und beratungspraktische Geschwister dazu. Wenn es damit gelingt, vielen Fachleuten und Studenten – und vielleicht auch zahlreichen Patienten und ihren Angehörigen – zu verdeutlichen, was man mit systemischer Therapie bei der zielgenauen Behandlung und Beratung erkrankter Menschen alles anfangen kann, werden wir zufrieden sein.

Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe

1

Systemische Therapie als Behandlung von Krankheiten: Grundsätzliche Überlegungen

In den Diskurs der unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätze über deren Krankheits- und Behandlungskonzepte bringt die systemische Psychotherapie einige pointierte Positionen ein, auf denen auch unser Buch aufbaut. Es wird sich mit verschiedenen klinischen Arbeitsfeldern befassen, deren gemeinsamer Nenner die Orientierung an der Behandlung von Krankheit ist. In unserer Kultur ist Krankheit ein hoch elaboriertes Konzept, das einen großen Phänomenbereich umspannt. Besonders interessant und häufig diskutiert ist dabei das Verständnis der als psychisch, psychiatrisch und psychosomatisch bezeichneten Erkrankungen. Das folgende Kapitel wird sich damit auseinandersetzen.

1.1 Krankheitsverständnis

Ein besonderer Beitrag eines systemischen Verständnisses von Krankheit ist es, diese nicht als ein persönliches Merkmal anzusehen, das ein einzelner Mensch für sich allein hat (»Ich habe ein Magengeschwür«), mit dem er gar im Sinne einer dominierenden Eigenschaft identisch ist (»Ich bin ein Angstneurotiker«, »Ich bin ein Asthmatiker«) oder auf das er von anderen reduziert werden kann (»Die Fraktur in Zimmer 13«). Vielmehr wird eine Krankheit als Teil einer größeren, je nach Perspektive als störend oder auch gestört erlebten Interaktion angesehen, an der eine oder mehrere Personen so sehr leiden, dass ihnen Krankheitswert zugeschrieben wird.

Krankheit auf verschiedenen Systemebenen: Krank sein – sich krank fühlen – sich krank zeigen

Solche krankheitsbezogenen Interaktionen können sich auf mehreren Systemebenen zugleich abspielen:

- Auf der *biologischen Ebene* interagieren Gene, Hormone, Nervensignale, Bakterien oder andere Elemente in einer Weise miteinander, die von Laien oder Experten als »krankhaft« diagnostiziert werden kann. Diese Ebene wird auch oft als das »gelebte Leben« bezeichnet.
- Auf der *psychischen Ebene* des »erlebten Lebens« nimmt ein Mensch zahlreiche Gefühle (»Mir ist übel«, »Mir tut es weh«), Gedanken (»Mein Herz schlägt eigenartig schnell«), Selbstgespräche (»Ich sollte nicht immer ...«), erinnerte Träume, Problemtrancezustände (»Mir gelingt nie etwas«) und Lösungstrancezustände wahr (»Ich werde es schwungvoll anpacken«). Das Ergebnis dieser Interaktionen verschiedener, oft auch widersprüchlicher Gedanken und Gefühle kann das Selbsterleben sein, krank zu sein.
- Auf der *sozialen Ebene* des »erzählten Lebens« wird aus der Fülle dieser biologischen und psychischen Prozesse nur derjenige Ausschnitt sichtbar, der in Kommunikationen einfließt. Dazu gehört alles, was dieser Mensch verbal in Gesprächen, Reden oder Briefen sowie nonverbal in Mienenspielen und Gesten ausdrückt – genauer gesagt: alles, was Laienbeobachter und medizinische Fachleute mit und ohne diagnostische Geräte dazu festzustellen vermögen.

In der amerikanischen Medizinsoziologie gibt es drei unterschiedliche Übersetzungen des deutschen Begriffs Krankheit, die diese drei Systemebenen widerspiegeln:

- »Disease« als die biomedizinisch objektivierbare Krankheit,
- »Illness« als die erlebte und gefühlte Krankheit,
- »Sickness« als die von anderen wahrgenommene und zugestandene Krankheit.

In diesen drei Systemebenen interagieren also sehr unterschiedliche Elementtypen: körperliche Prozesse im biologischen, Gedanken und Gefühle im psychischen, Kommunikationen im sozialen System. In der Sprache von Niklas Luhmann (1984; siehe hierzu auch Eder 2006) ist jede dieser drei Systemebenen »operational geschlossen«: Sie können die

in ihnen ablaufenden Vorgänge nur mit ihren eigenen Operationen ausführen und sich darin nicht von außen steuern lassen. Sie stellen füreinander »Umwelten« dar: In jeder Systemebene wird nur ein kleiner Teil der Prozesse in den beiden anderen Systemebenen als bedeutsam erkannt und verarbeitet. Veränderungen auf jeder dieser Systemebenen vermögen Veränderungen auf jeder anderen Systemebene sehr wohl anzuregen, aber nicht gezielt zu steuern. Betrachten wir alle drei Systemebenen gemeinsam, so nennen wir dies ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis.

Ob einer Störung auf einer dieser drei Systemebenen Krankheitswert zugeschrieben wird – ab welcher Intensität, welchem Grenzwert, welcher Symptomkombination, welcher Dauer –, ist oft nicht naturgegeben, sondern Ergebnis sozialer Aushandlung. Häufig kann auch die Frage, wem – welchem Mitglied eines Problemsystems – diese Störung als Krankheit zugeschrieben wird, erst in sozialer Aushandlung geklärt werden. Krankheiten sind somit auch – aber keinesfalls nur – als soziale Konstruktionen anzusehen, also als Ergebnisse gesellschaftlicher Entscheidungen darüber, was als krank angesehen werden soll und was nicht.

Wie jede Psychotherapie spielt sich auch systemische Psychotherapie »nur« auf der Ebene der Kommunikation ab – der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut oder bei Mehrpersonentherapien auch zwischen weiteren Menschen. Wie jede Psychotherapie geht sie davon aus, dass veränderte Kommunikation Veränderungen im psychischen und biologischen System zwar nicht unmittelbar umsteuern, aber doch in einer positiven Weise anzuregen vermag. Gedanken und Gefühle lassen sich wie Neurotransmitter und Hormone durch soziale Interventionen von außen nicht direkt, aber indirekt beeinflussen.

Psychische Krankheiten können in dem Ausmaß erfolgreich als Kommunikationsprobleme behandelt werden, wie sie als Krankheiten zu existieren aufhören, wenn keine Kommunikation mehr über sie stattfindet. Wenn etwa ein Mensch eine krankheitswertige Störung (eine Phobie, eine Manie, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung) über längere Zeit hinweg nicht mehr zeigt und niemand, insbesondere der betroffene Mensch selbst, sie mehr bemerkt – dann wird ein wesentlicher therapeutischer Erfolg erreicht sein. Die Frage, ob er oder sie diese Krankheit noch »hat«, verliert dann schnell an Bedeutsamkeit.

Psychische Krankheiten als sprachliche Konstruktionen: Vorzüge und Nachteile des Krankheitsbegriffs

Krankheit wird gerade im Bereich psychischer Phänomene als soziale Konstruktion erkennbar. Hier sind sich Menschen häufiger als etwa bei chirurgischen, orthopädischen oder neurologischen Krankheiten unsicher, ob der oder die Betroffene wirklich krank ist, ob er nur so tut oder ob er sich etwa von seiner Umwelt zu einem Verhalten veranlasst sieht, das als krank erscheint, aber vielleicht sogar eine besonders gute Form der Anpassung an einen verrückten Kontext darstellt. Letztere Auffassung wurde in der Frühzeit der systemischen Therapie zumindest für eine Zeit sehr radikal vertreten, nämlich dass alle Formen psychischer Erkrankungen als logische Anpassungen an ein abweichendes unlogisches Beziehungssystem anzusehen seien (Selvini Palazzoli et al. 1977).

Die Verwendung des Begriffs der psychischen Krankheit stellt gegenüber seinen historischen Vorläufern im religiösen und moralischen Bereich, wie »Verhexung«, »Besessenheit«, »Strafe Gottes« oder »Verworfenheit«, einen großen zivilisatorischen Fortschritt dar. Auch wenn man »Krankheit« als eine soziale Konstruktion ansieht, so erscheint sie uns doch als eine bewahrenswerte Form von Erfindung. Besonders gut erkennbar ist dieser Fortschritt in der Veränderung des gesellschaftlichen Status der Sucht nach der Übernahme des Krankheitskonzepts (Erbach u. Richelshagen 1989). Die Bezeichnung Krankheit bewahrt die Betroffenen vor exorzistischen Praktiken und Quälritualen, vor sozialer Abwertung und Ausgrenzung, vor Überforderung am Arbeitsplatz und in der Familie. Sie bietet im System moderner Gesundheitswesen zugleich eine Anspruchsgrundlage für die Finanzierung qualifizierter professioneller Hilfe.

Freilich bergen Krankheitskonzepte auch erhebliche soziale Risiken in sich. Sie können kommunikativ sehr ausgeweitet und verhärtet werden durch die entdeckende Erfindung ständig neuer oder chronizitätsfördernder Krankheitskonzepte. Die Fixierung des Blicks auf das, was krank ist, kann im Sinne eines Tunnelblickes die Wahrnehmung durchaus vorhandener Ressourcen im Klientensystem blockieren. Ein großer Teil systemischer Therapiepraktiken besonders bei chronischen Erkrankungen widmet sich der Verflüssigung und Infragestellung solcher Krankheitskonzepte, vor allem dann, wenn diese eher als ein Teil des Problems denn

als ein Teil der Lösung erscheinen. Umgekehrt kann jedoch die Einigung auf ein hartes Krankheitskonzept zuweilen gegen Schuldgefühle und Selbstüberlastung sichern, beispielsweise in Familien, deren Mitglieder sich mit psychosomatischen Hypothesen gegenseitig das Familienleben schwermachen.

Indem wir Krankheit als Ergebnis sozialen Aushandelns bezeichnen, schließen wir uns einer bestimmten Denkrichtung an, die die Erzeugung vermeintlicher Wirklichkeiten durch sprachliche Prozesse in sozialen Zusammenhängen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt. Hier steht die systemische Therapie in der Tradition gesellschaftskritischer Überlegungen der Gemeindepsychologie und der frühen Verhaltenstherapie. Kernpunkte der damaligen Kritik (z. B. Keupp 1972; Keupp u. Zaumseil 1973; Szasz 1979) waren:

- die Verwendung des Krankheitsbegriffs verführt dazu, Zusammenhänge zwischen seelischem Leid und gesellschaftlichen/sozialen Prozessen aus dem Blick zu verlieren;
- pathologisierende Zuschreibungen setzen Prozesse selbsterfüllender Prophezeiungen in Gang;
- soziale Phänomene werden auf organische oder seelische Vorgänge reduziert, die anschließend gemessen, beurteilt und kategorisiert werden. Dies ist eine Vermischung von Phänomenbereichen, entsprechend führt
- eine fehlende Reflexion der Prämissen der Verwendung des Krankheitsbegriffs dazu, dass die soziologischen Vorgänge, die eine »identifizierte Person« im Sinne gesellschaftlich vorgegebener »dynamischer Rollenspiele« in eine Patientenkarriere hineinmanövrieren, systematisch ausgeblendet werden (Goffman 1972).

Diese Debatte ist heute beinahe gänzlich verschwunden. Dies mag zum einen an der Einseitigkeit und Heftigkeit liegen, mit der antipsychiatrische Positionen in den 1960er bis 1980er Jahren verfochten worden waren: Alle menschlichen Probleme wurden der Gesellschaft zugeschrieben. Diese Position entzog sich weitgehend empirischer Überprüfung und emotionalisierte die Debatte. Die daraus hervorgehenden Handlungskonzepte waren vorwiegend Antikonzepte: Die Antipsychiatriebewegung war »durch eine fatale Ähnlichkeit mit dem, wogegen sie sich wendet, gekennzeichnet« (Szasz 1979, S. 65). Die Auflösung der Groß-

krankenhäuser allein löst noch keine seelischen Nöte und die Idealisierung des Wahnsinns als eine Form menschlicher Existenz, die wegen ihrer besonderen Authentizität geschätzt werden solle – wie etwa Laing es gefordert hatte –, bietet dem, der leidet, noch keine Möglichkeit, sein Leben auf neue Weise in die Hand zu nehmen. Andererseits wäre ohne diese Debatte der Strukturwandel der Psychiatrie in den Industrieländern ab 1960 kaum so vorangekommen.

Die systemische Therapie hat zwar die Tradition einer gewissen Skepsis gegenüber der etikettierenden und festschreibenden Kraft von Diagnosen übernommen. Sie betrachtet diese aber im Sinne einer kooperativen und lösungsorientierten Therapiestrategie nicht mit einer Anti-, sondern einer Sowohl-als-auch-Haltung. Sie ergänzt die klassische Frage »Ist die Diagnose richtig oder falsch?« durch die Frage »Wem nutzt (schadet) die Diagnose wobei? Wozu passt sie?« Und je nach der Antwort auf diese Frage hilft sie Patienten, Angehörigen und Behandlern, für sich selbst jene Diagnosen zu präferieren, die ihnen die besten Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Krankheit und Beziehung: Grenzen störungsspezifischer Ursachenforschung

Die frühe familientherapeutische Forschung war durch einen großen Optimismus geprägt, mit der Aufdeckung pathogener Beziehungsmuster glaubte man besonders in Familien den Schlüssel zu vielen psychischen und psychiatrischen Störungsbildern gefunden zu haben. Doch bereits 1972 konstatierte Olson das Scheitern der Versuche, die von Bateson et al. (1956) postulierten Zusammenhänge zwischen kommunikativen Doppelbindungsmustern und psychiatrischen Störungen empirisch zu belegen. Versuche, die von Minuchin et al. (1981) in Einzelfällen sehr überzeugend gezeigten Beispiele der Modulation psychosomatischer Symptomatiken in Abhängigkeit von der Familienkommunikation an größeren Stichproben aufzuzeigen, führten zu ähnlich ernüchternden Ergebnissen (z. B. für Depression: Reiter 1997; für asthmakranke Kinder: von Schlippe 1986).

Heute kann man sagen, dass Versuche, spezifische Zuordnungen von sozialen Beziehungsmustern zu spezifischen Symptomen vorzunehmen, sich weitgehend als nicht sinnvoll herausgestellt haben. Zusammenhänge, die sich in familientherapeutischer Einzelfall-Rekonstruktion beein-

druckend darstellen lassen, können in Studien mit größeren und unselektierten Stichproben praktisch nicht nachgewiesen werden. Nicht Homogenität, sondern Heterogenität bestimmt das Bild der Familiendynamiken bei den einzelnen Störungen: Familie macht nicht krank! Lineare Kausalbezüge zwischen kommunikativen Umgebungsbedingungen (z. B. Familieninteraktionen) und psychischen Störungen auf der Ebene von Störungsgruppen sollten nicht vorgenommen werden.

Am Beispiel der Magersucht schreiben Selvini Palazzoli et al. zu dem hier thematisierten Wandel der Bilder in der systemischen Therapie: »Heute meinen wir nicht mehr, dass es darum geht, rigide Typologien des Familienspiels aufzuspüren. Ebenso wenig sind wir der Meinung, dass es etwas gibt wie den ›Persönlichkeitstypus‹ der ›Magersüchtigen‹ [...] Schließlich sind wir auch nicht mehr der Meinung, dass es darum geht, ›die Familie der Magersüchtigen‹ zu erforschen [...] es erscheint uns [...] evident, dass die Suche [...], die sich in jedem Einzelfall nachweisen ließe, ganz und gar unmöglich ist. Jeder Versuch, der Sache auf den Grund zu kommen, führt in eine zunehmende Komplexität [...] Denn eine direkte Verbindung zwischen Symptom und Familie gibt es nicht« (1999, S. 104f.).

Das Konzept der pathogenetischen Beziehungsmuster kann zudem als implizite Anklage an die Familie erlebt werden, »den Kranken krank gemacht zu haben« – eine schlechte Basis für eine gute Kooperation. Schließlich lassen sich bei allen komplexeren Störungen sowohl Risiko- als auch salutogenetische Faktoren auf verschiedenen biopsychosozialen Ebenen empirisch nachweisen, die eine ausschließlich sozialsystemische (z. B. familiäre) Ursache der Krankheit als reduktionistisch erscheinen lassen. Deshalb wäre es naiv und unangemessen, bei der Betrachtung und Behandlung von Störungen lediglich einen (z. B. den familiären) Faktor zu berücksichtigen und die anderen auszublenden (Kriz 1999, S. 171ff.). Ob ein in ein bestimmtes Beziehungsmuster involviertes Systemmitglied ein bestimmtes Symptom entwickelt, lässt sich auch diskutieren vor dem Hintergrund verschiedener Aspekte, die als Risiko- und/oder Schutzfaktoren gesehen werden können. Dazu gehören

- die individuelle biologische (neuronale, immunologische, hormonale) Ausstattung;
- psychische Aspekte (emotionale und soziale Intelligenz, Empfindsamkeit, Selbstwertgefühl);

- soziale Aspekte auf der Ebene des Mikrosystems (Geburtszeitpunkt, Stellung in der Geschwisterreihe, spätere Life-Events);
- Beziehungsmuster, die sich nicht nur in dem gerade untersuchten System (z. B. Familie) finden, sondern die durch Gegenerfahrungen beispielsweise in Schule, Peergruppe oder Arbeit kompensiert werden können, also auf der Ebene des sogenannten Mesosystems (Bronfenbrenner 1982), hierhin gehören auch Aspekte, die bei Schneewind et al. (z. B. 1983) als »Angebotsstruktur des ökologischen Kontextes« beschrieben werden, nämlich die Verfügbarkeit von Möglichkeiten wie Jugendzentren und Schwimmbädern in der Nachbarschaft.
- Und schließlich wäre es vermessen, gesellschaftliche (makrosystemische) Faktoren wie Status, Arbeitslosigkeit, Ausländerfreund- oder -feindlichkeit zu vernachlässigen.

Auf dem Hintergrund eines systemwissenschaftlichen Verständnisses ist zudem davon auszugehen, dass diese vielen Faktoren miteinander interagieren und dass diese Interaktionen auch phasenweise unterschiedlich verlaufen. In der einen Phase mögen sie systematisch und prognostizierbar sein, in der anderen nichtlinear und schlecht vorhersehbar verlaufen.

Sprachregelungen: Kranke, Patienten, Klienten, Kunden, Kooperationspartner

Im Gesundheitswesen, insbesondere in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, stehen zur Bezeichnung leidender und die Gesundheitsdienste nutzender Menschen einige Begriffe zur Auswahl, die jeweils unterschiedliche Behandlungsphilosophien implizieren.

- *Kranke* leiden an störenden oder gestörten Interaktionen in einem Umfang, der jene kritische Schwelle überschreitet, ab der die Betroffenen und/oder ihr Umfeld diesen einen Zustand von Anormalität zuschreiben.
- *Patienten* (wörtlich: Leidende, Duldende, Ertragende) nehmen die von der Gesellschaft bereitgestellte Gesundheitsbehandlung in Anspruch. Sie können krank sein, müssen es aber nicht (z. B. sind auch gesunde Teilnehmer an Vorsorgeuntersuchungen Patienten).
- *Klienten* (wörtlich »Schützlinge«) sind Menschen, die eine professionelle psychologische oder pädagogische Beratung oft außerhalb des

Gesundheitswesens suchen, außerdem hat sich die Bezeichnung in vielen moderneren psychotherapeutischen Richtungen durchgesetzt. In Einrichtungen an der Grenze zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Beratungsdiensten wird derselbe Mensch oft einmal als Patient bezeichnet (z. B. bei einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik), ein andermal als Klient (z. B. bei einem Besuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes).

- *Kunde* ist einerseits ein aus der Ökonomie stammender Begriff, der von Seiten der lösungsorientierten und systemischen Therapie dort angeboten wird, wo das Anrecht dieses Menschen auf den Erhalt guter Dienstleistungen und seine Rolle als Verhandlungspartner betont werden sollen. Kunden des Gesundheitswesens sind neben den Patienten gleichermaßen auch die Angehörigen, die Überweiser, die zahlenden Versicherungen – auch ihnen muss der professionelle Gesundheitsdienstleister »dienen«. Im Kunden steckt aber auch der germanische Wortstamm »kundig« – einer, der wahrscheinlich selbst für sich am besten weiß, was er will und wie er dorthin kommt.
- *Kooperationspartner* ist ein Begriff, mit dem Menschen auf eine ähnliche Weise bezeichnet werden können wie mit dem Begriff Kunden. Hier wird aber nicht das marktmäßige Austauschverhältnis betont, sondern das gleichberechtigte Zusammenwirken beim Festlegen der Spielregeln zwischen den beteiligten Akteuren.

Im Sprachverständnis systemischer Therapeuten werden die Begriffe Klientin, Kundin oder Kooperationspartnerin oft häufiger verwendet als die im Gesundheitswesen traditionsreicheren Begriffe Kranke und Patientin. Systemische Psychotherapie ist ein wichtiger Therapieansatz auch im Gesundheitswesen – von Nutzen für einen breiten Mainstream von Patientinnen. Wir haben uns daher in diesem Buch entschlossen, den weitverbreiteten Begriff Patient (mal in der männlichen, mal in der weiblichen Form) zu verwenden für die Bezeichnung all jener Menschen, die – sei dies aus der Eigen- oder der Fremdperspektive – krank sind oder sein könnten und daher professionelle Gesundheitsbehandlung in Anspruch nehmen. Wo es um Patienten gemeinsam mit Angehörigen, Überweisern oder Mitbehandlern und um deren Beteiligung an Behandlungsplanungen und -entscheidungen geht, sprechen wir von Kooperationspartnern.

1.2 Klassifikation und Diagnostik

Klassifikation: Eine Einschätzung der International Classification of Diseases 10 (ICD-10)

Für das konkrete Vorgehen in der systemischen Therapie sind bislang psychopathologische Krankheitsklassifikationen und die darauf aufbauende Differenzialdiagnostik weniger bedeutsam als in manchen anderen Ansätzen. Ob sich das angesichts des derzeitigen Trends besonders in der Psychotherapieforschung zu störungsspezifischen statt schulenspezifischen Therapien ändern wird, ist derzeit noch schwer abzuschätzen. Die sozial-konstruktionistische Perspektive hat systemische Therapeuten für die soziale Pragmatik von Differentialdiagnosen sensibilisiert – für deren Bedeutung bei der Verständigung zwischen unterschiedlichen Fachleuten, in der Anrechenbarkeit von Behandlungsleistungen, in den subjektiven Krankheitstheorien von Patienten und Angehörigen.

Der in der »International Classification of Diseases« der Weltgesundheitsorganisation WHO (die 10. Fassung wird mit »ICD-10« abgekürzt) eingeführte Begriff der Störung, der dort an die Stelle des Begriffs Krankheit tritt, stellt aus systemischer Sicht einen Fortschritt gegenüber der Kategorisierung nosologischer Einheiten dar. Es ist eine rein operationale Beschreibung von Verhaltensweisen, denen ab einer gewissen Dauer, Häufigkeit und Intensität Krankheitswert zugeschrieben wird. Die Grenzwerte dafür wurden nach langen Verhandlungen im Konsens von WHO-Expertengruppen festgelegt. Die Logik der ICD-10 impliziert eine Beziehungs- beziehungsweise Beschreibungskomponente: Jemand »stört« und jemand fühlt sich »gestört«. Die ICD ersetzt Entitäten wie Neurose und Psychose durch deskriptive, an Beobachtungskategorien orientierte Bezeichnungen.

Die ICD-10 ist in zehn Hauptkapitel unterteilt:

1. Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen – hierzu gehören besonders die Demenzen und andere Störungen des Gehirns.
2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Das sind die durch Alkohol, Opium, Cannabis und ähnliche Stoffe auslösbaren Suchtprobleme.
3. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

4. Affektive Störungen: Dazu zählen die verschiedenen Formen der Depression und der Manie.
5. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: Zu diesem relativ heterogenen Kapitel gehören Ängste und Phobien, Zwänge, schwere Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, die früher Konversionsstörungen genannten dissoziativen Störungen sowie somatoforme Störungen.
6. Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren: Hier sind Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen zusammengefasst.
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: Neben insgesamt neun Formen möglicher Persönlichkeitsstörungen (von der paranoiden bis zu der abhängigen Persönlichkeit), deren bekannteste die Borderline-Persönlichkeit darstellt, sind hier auch Störungen der Impulskontrolle (wie pathologisches Glücksspiel, Brandstiftung oder Stehlen), der Geschlechtsidentität (z. B. Transsexualismus) und der Sexualpräferenz (z. B. Pädophilie oder Exhibitionismus) aufgeführt.
8. Intelligenzminderung: Diese wird nach Schweregraden differenziert aufgeschlüsselt.
9. Entwicklungsstörungen: Dazu gehören Störungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten wie des Lesens oder Schreibens, aber auch tief greifende Störungen wie der Autismus.
10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: Neben den hyperkinetischen und den Ticstörungen gehört hierzu die große Gruppe der Störungen des Sozialverhaltens beziehungsweise der emotionalen Störungen.