

# Störungsspezifische Systemtherapie – Systemtherapie im Kontext Gesundheitswesen<sup>1</sup>

Hans Lieb

## Zusammenfassung

*Vor dem Hintergrund der Anerkennung der Systemtherapie als Heilverfahren und der eingeleiteten Prüfung, ob sie als Psychotherapie-Richtlinienverfahren anerkannt wird, wird zunächst zwischen allgemeiner Systemtherapie, einer Systemtherapie im Gesundheitswesen und einer störungsspezifisch vorgehenden Systemtherapie unterschieden. Dazu werden vier Ebenen beleuchtet: 1. Merkmale von Systemtheorie und Systemtherapie. 2. Das Gesundheitswesen mit seinen Logiken, Rollen und Leitunterscheidungen unter besonderer Berücksichtigung des Begriffes „psychische Krankheit“. 3. Der Therapieraum: Systemische Therapie im Kontext Gesundheitswesen mit systemtheoretischer Erfassung der Konzepte Störung, Krankheit, Symptom inklusive eines Exkurses zur Rolle der Gefühle, des Körpers und des kommunikativen Systems in der Systemtherapie. 4. Die Koppelung zwischen Ebene II (Gesundheitswesen) und III (Systemtherapie) als Begegnung der Leitunterscheidungen „gesund – krank“ und „System – Umwelt“. Im Kern geht es hier um Erkennen und Bewältigung damit korrelierender Paradoxien. Am Ende wird ein Blick in die Zukunft der systemischen Welt nach Etablierung der Systemtherapie im Gesundheitswesen geworfen mit dem Vorschlag einer Charta als Leitschnur zur Wahrung ihrer Identität auf diesem Gebiet.*

## Vorbemerkung zum Themenspektrum

Die beiden im Titel dieses Beitrages genannten Bereiche gehören zusammen, sind aber nicht identisch. Man kann im Gesundheitswesen systemisch arbeiten, ohne hier die Therapien selbst explizit störungsspezifisch anzulegen. Man kann störungsspezifische Aspekte auch in systemischen Beratungen außerhalb des Bereiches der Krankenbehandlung im Gesundheitswesen im Auge haben.

Die Systemtheorie ist geeignet, das Feld der Psychotherapie als Krankenbehandlung im Gesundheitssystem zu erfassen und zu beschreiben. Aufgrund ihrer Abstraktheit ist sie besonders in der Lage, alle hier relevanten Bereiche mit der gleichen theoretischen Architektur

1) Dieser Beitrag gibt zentriert den Inhalt eines vom Autor herausgegebenen Buches zum Thema wieder: Lieb, H. (2014). Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl-Auer.

zu erfassen: Die Ebene der einzelnen Störungsbilder auf Mikro- und Makroebene inklusive der sozialen Interaktion um ein Symptom herum, die Ebene der Professionen der hier Tätigen, die Ebene der Logiken des Gesundheitssystems und vor allem die Koppelungen dieser Bereiche.

Dass die Systemtherapie als Heilverfahren anerkannt ist, erste systemische Approbationsausbildungen gestartet sind, das Prüfverfahren eingeleitet ist, ob sie auch als Richtlinienpsychotherapie anerkannt wird, ist ein aktueller Anlass, sich dem Thema „Systemtherapie als Krankenbehandlung“ vertieft zu widmen. Trotz vieler mittlerweile publizierter und evaluierter systemischer Ansätze zu einzelnen Störungsbildern verdienen zwei Aspekte eine weitere Vertiefung: Die weitere Ausarbeitung der systemischen Theorie darüber, was aus dieser Sicht unter Störung, Krankheit, Symptom und Krankenbehandlung zu verstehen ist, welche Merkmale eine Krankenbehandlungsfunktion kennzeichnet und was die Logik des Gesundheitssystems ausmacht. Zum anderen bedarf es für die störungsspezifische Perspektive einer Systematisierung des systemischen Wissens und Könnens hierzu für alle relevanten Störungen über das hinausgehend, was hierzu schon vorhanden ist etwa bei Schweitzer und Schlippe (2006) oder Ruf (2012). Für manche Störungsbilder fehlen systemische Beiträge fast gänzlich – beispielsweise für Zwangserkrankungen, Schlafstörungen oder Schmerzstörungen. Darauf kann hier nicht näher eingegangen werden. Hierzu ist eine eigene systemische Buchreihe mit Bänden zu allen relevanten Störungsbildern geplant.<sup>2</sup>

### Begriffsverwendungen

*Systemtheorie – allgemeine Systemtherapie – Systemtherapie im Kontext Gesundheitswesen – störungsspezifische Systemtherapie*

Niemand hat die Hoheit zu definieren, was Systemtherapie und was eine störungsspezifische Systemtherapie ist. Man kann aber angeben, was man darunter versteht. Generelle Merkmale der *Systemtheorie* und der *allgemeinen Systemtherapie* aus Sicht des Autors sind unten angegeben. Mit dem Begriff einer *allgemeinen Systemtherapie im Gesundheitswesen* soll jene Systemtherapie bezeichnet werden, die im Kontext des Funktionsbereichs Gesundheitswesen durchgeführt wird. Als *störungsspezifische Systemtherapie* sind hier jene Varianten der Systemtherapie gemeint, für die sowohl die Merkmale der *allgemeinen Systemtherapie* und zumeist auch deren Einbettung in den *Kontext Gesundheitswesen* gelten als auch die gezielte Nutzung störungsspezifischer Perspektiven. Ob und wie das ohne Verlust ihrer systemischen Identität gehen kann, ist eine ihrer Kernfragen.

2) Sie wird ab Herbst 2014 im Carl-Auer Verlag vom Autor dieses Artikels zusammen mit Wilhelm Rotthaus herausgegeben.

### Störungsrelevanz – Störungsspezifität

*Störungsrelevanz* soll bedeuten, dass eine Therapie zu Veränderungen in den Phänomenbereichen einer Störung führt, ohne dass das so intendiert war oder aus einer gezielt störungsspezifischen Perspektive hervorgeht. Die Störungsrelevanz der Systemtherapie ist längst nachgewiesen (Schiepek, 1991; Sydow et al., 2007). *Störungsspezifität* soll bedeuten, dass Interventionen gezielt aus einer störungsspezifischen Perspektive abgeleitet werden. Die Geschichte der Systemtherapie hat hierzu viel entwickelt, erprobt, evaluiert und publiziert (Sydow et al., 2007; Schweitzer und Schlippe, 2006).

### Kritik an Diagnosen

Die „International Classification of Diseases“ (ICD) und das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) gelten heute weltweit als Standard bei der Einteilung psychischer Störungen und Krankheiten. Sie sind heute im Unterschied zu früheren Ansätzen nur noch beschreibend und nicht mehr erklärend.

Kritik an dieser Art der Klassifizierung gehört zur Geschichte der Psychotherapie im Allgemeinen und zu der der Systemtherapie im Besonderen. Karl Tom (2001) hat diese in neun Punkten zusammengefasst:

- Individualistische Annahmen und Zuschreibungen
- Politische Kritik: Diagnosen gehen mit Macht und Geldverteilung einher
- Humanitäre Kritik: Diagnosen etikettieren Menschen
- Empirische Kritik: Die Kategorienbildung erfolgt letztlich durch einzelne Experten in Ausschüssen
- Defizitorientierung: Diagnosen fokussieren auf Defizite und ignorieren Ressourcen
- Pragmatische Kritik: Diagnosen engen das Spektrum therapeutischer Interventionen ein
- Ontologische Kritik: Diagnosen unterstellen Entitäten, wo es um Prozesse geht
- Manualisierungs- und Leitlinienkritik: Diagnosen verleiten zu Standarddenken
- Chronifizierungs-Kritik: Diagnosen tragen zu Chronifizierungen bei

Trotz der Berechtigung dieser Punkte lässt sich auch eine Kritik der Kritik formulieren:

- Missionieren: Sie kann dazu verleiten, jene missionieren zu wollen, die Diagnosen verwenden
- Ankoppelungsprobleme: Sie kann den interkollegialen Dialog erschweren
- Fehlende Differenzierungen von Pro-Diagnose-Positionen: Sie kann dazu verleiten, alle Verwender von Diagnosen in einen Topf zu werfen und zu verkennen, dass nur manche von ihnen in Diagnosen Wertungen, Entitäten oder gar Erklärungen sehen

- Verknennung therapeutischen Nutzens: Sie kann übersehen, welchen Nutzen diagnostische Codierungen haben oder haben könnten.

### Störungsspezifische Systemtherapie: Historie und Früchte

Ansätze zur Erklärung und Behandlung von Störungen gehören zur Geschichte der Familientherapie – z. B. das Konzept der „Double-Bind-Kommunikation“ bei Schizophrenie (Bateson et al., 1956). Minuchin et al. (1981) haben psychosomatische Erkrankungen durch spezifische Formen familiärer Kommunikation erklärt und danach behandelt. Die frühe Mailänder Schule hat das Gleiche für den Bereich der Magersucht getan (Selvini Palazzoli, 1982, S. 104f.). Die Heidelberger Schule um Helm Stierlin hat Psychosen, bipolare und schizoaffektive Störungen systemisch beschrieben, erklärt und erfolgreich behandelt (Stierlin, 1984; Stierlin et al., 1986; Simon et al., 1989; Retzer, 1994; Schweitzer und Schumacher, 1995). Systemische Therapeuten haben Konzepte für die Therapie depressiver Frauen (Jones und Asen, 2002) oder für Sucht entwickelt (Klein, 2014). Nardone hat systemische Konzepte auf Zwänge, Phobien und Essstörungen angewendet, evaluiert und publiziert (Nardone, 1997, 2003). In jüngerer Zeit gibt es im deutschen Sprachraum publizierte Systematisierungen des hier vorhandenen Wissens und Könnens (Schweitzer und Schlippe, 2006; Ruf, 2012). Störungsspezifische Konzepte für einzelne Störungsbilder werden seit Jahren in der schulenübergreifenden Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ vorgestellt.

Allen gemeinsam ist die Erfassung jeweils störungsspezifischer Dynamiken, Interaktionsmuster, Ambivalenzen oder Dilemmata. Die einen zentrieren sich dabei mehr auf Merkmale sozialer Systeme (v. a. Familien). Andere konzentrieren sich auf die Beziehung zwischen Psyche und Körper (z. B. bei Essstörungen) oder auf intrapsychische typische Dynamiken. Vom Autor (Lieb, 2014) wurde ein Katalog von Themen vorgestellt, die für jedes Störungsbild spezifisch ausgearbeitet werden können: Systemtheoretische Erklärung, störungsspezifische Steuerung und Veränderung von Aufmerksamkeiten, Kommunikations- und Interaktionsmustern, Systemregeln, Ambivalenzen und Dilemmata, Beziehungsmustern zwischen privaten Systemen (Paare, Familien) und helfenden Instanzen (Kliniken, Ämter, Heime etc.), spezielle Varianten des Reframing mit jeweils ausgewählten Adressaten therapeutischer Interventionen und charakteristischen Merkmalen der therapeutischen Beziehung. Von anderen Schulen wie z. B. der Verhaltenstherapie können und sollten dort erfolgreiche störungsspezifische Interventionen (z. B. bei Schlafstörungen, Stottern, Zwängen etc.) in die entsprechende systemtheoretische Beschreibung und Behandlung dieser Störungen integriert werden. Manche Autoren haben spezielle systemische Klassifikationssysteme von Störungen vorgeschlagen: Simon (2012) vermittelt der Binarität „plus – minus“ (Störungen sind jeweils durch ein „besonders viel“ oder ein „besonders wenig“ an Verhaltensweisen oder Operationen gekennzeichnet). Ruf (2012) klassifiziert anhand jener autopoietischer Systeme,

me, in denen Störungen phänomenologisch primär lokalisiert werden können (Psyche, soziale Interaktion/Kommunikation/Körper) mit jeweils störungsspezifischen Koppelungen dieser Systeme. Solche Klassifikationen könnten für jedes Störungsbild einzeln aufbereitet und therapeutisch genutzt werden.

### Vier Ebenen einer Systemtherapie im Kontext Gesundheitswesen

Die *systemtheoretische* Rahmung einer allgemeinen und vor allem störungsspezifischen Systemtherapie im Kontext Gesundheitswesen muss vier Ebenen erfassen. Sie ergeben sich daraus, dass mit der *Systemtherapie* ein Ansatz ins Gesundheitswesen kommt, der einer anderen Logik folgt als der dort üblichen. Die Koppelung dieser beider Logiken muss mit den Mitteln der Systemtheorie selbst erfasst und bewältigt werden. Abbildung 1 stellt die vier zu beleuchtenden Ebenen dar:

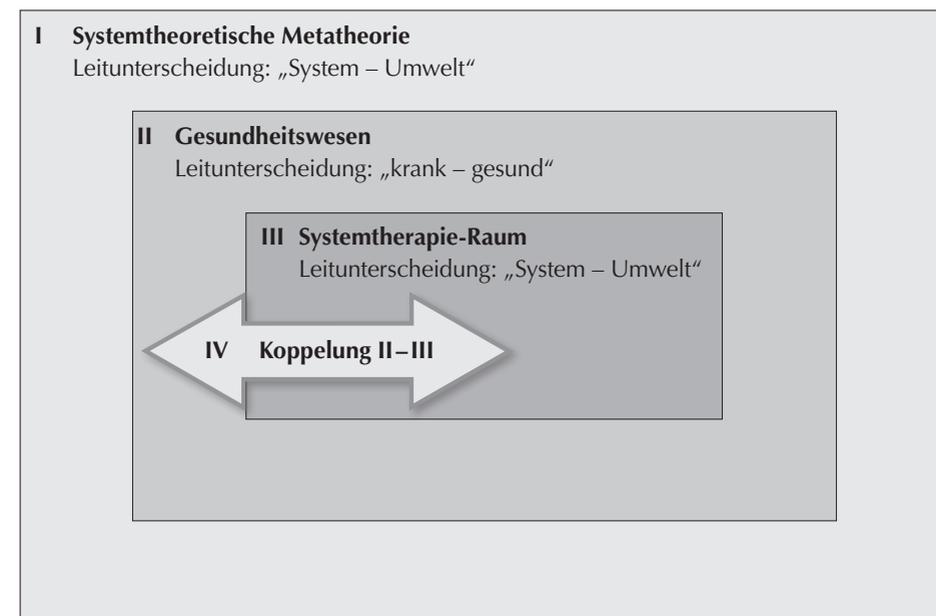


Abbildung 1: Störungsspezifische Systemtherapie im Gesundheitswesen

Ausgangs- und Bezugspunkt ist mit Ebene I die Systemtheorie. Würde man einen anderen wählen, wäre es schwierig, eine systemische Identität durchzuhalten. Aufgrund ihrer Ab-

straktheit kann sie auf alle anderen Ebenen angewandt werden – auch auf sich hier als notwendig erweisende Selbstbeschreibungen.

### Die Ebenen und ihre Themen

**Ebene I:** Die Systemtheorie. Man muss sich entscheiden, von welcher Systemtheorie man ausgeht. Aufgrund ihrer Abstraktheit erscheint die differenztheoretische Theorie sensu Luhmann besonders geeignet. Das schließt die Bevorzugung anderer Ausgangspunkte nicht aus. Was immer man wählt – es determiniert das Ergebnis (vgl. zu dieser Frage aktuell z. B. Loth, 2014).

**Ebene II:** Das Gesundheitswesen. Wenn eine Systemtherapie im Kontext des Gesundheitswesens durchgeführt wird, das sich nach der Leitunterscheidung „gesund – krank“ ausrichtet, muss dieses Gesundheitssystem mit all seinen Merkmalen systemtheoretisch beschrieben werden.

**Ebene III:** Der Therapieraum. Hier sitzen sich Therapeut und Klient gegenüber – und hier findet Therapie statt. Es bedarf einer Theorie zu Erklärung und Veränderung der dort behandelten Phänomene und ihrer Bezeichnungen – also zu als „Störung und Krankheit“ Bezeichnetem und deren Therapie.

**Ebene IV:** Die Systemkoppelungen. Von besonderer Bedeutung ist die Frage, wie das Aufeinandertreffen der Systemtherapie mit ihren spezifischen Logiken, Werten und Leitunterscheidungen mit dem diesbezüglich ganz anders operierenden und ausgerichteten Gesundheitssystem systemtheoretisch erfasst werden kann. Im Kern geht es um das Aufeinandertreffen von zwei Leitunterscheidungen: „gesund – krank“ hier und „System – Umwelt“ dort.

Teil von Ebene IV ist die „Selbstbeobachtung der allgemeinen und der störungsspezifischen Systemtherapie im Gesundheitswesen“. Das erweist sich bei genauerer Betrachtung als eigenes längerfristig anzulegendes Projekt. Der Kontext „Gesundheitswesen“ hat naturgemäß Rückwirkungen auf sich dort etablierende Verfahren wie umgekehrt diese Einfluss auf das Gesundheitssystem haben, was man z. B. an der Geschichte der Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung studieren kann. Zur langfristigen Wahrung der systemischen Identität im klinischen Bereich muss sich die Systemtherapie selbst und ihre Umwelt (Gesundheitswesen und dort tätige Subsysteme) hinsichtlich solcher Wirkungen und Rückwirkungen vermehrt ihrer eigenen Theorie beobachten. Inwiefern das dann auch die Ebene I selbst betrifft im Sinne einer Veränderung der Systemtheorie durch die Etablierung eines Teilbereiches von ihr im Gesundheitswesen, wird sich zeigen. Auch das kann beobachtet werden.

### Ebene I:

#### Merkmale der Systemtheorie und der ihr zugehörigen Art der Systemtherapie

Die hier gemeinte konstruktivistisch-differenztheoretische *Systemtheorie* wählt die Operation der Beobachtung als Ausgangspunkt und stellt sie ins Zentrum ihrer Architektur. Daraus können weitere Merkmale abgeleitet werden: Die Unterscheidung von System und Umwelt, von „manifest = beobachtbar“ und „latent = hineininterpretiert“ bei der Beschreibung sozialer und vor allem psychischer Phänomene und die von instruktiver Kausalität und systemabhängiger Struktur determinierung; die Konzeptualisierung lebender Systeme als autopoietische und operational geschlossene mit deren Einteilung in die Systeme Biologie, Psyche und Kommunikation.

Merkmale und Bestandteile der damit korrespondierenden *Systemtherapie* sind: Psychotherapie als Ritual; normative Orientierungen an der Trias Respekt, Wertschätzung und Würdigung, an operativer Auftragsklärung, an therapeutischer Neutralität bzw. transparenter Parteilichkeit; Flexibilität bei der Auswahl jeweils adressierter Systeme bei therapeutischen Interventionen (soziale Interaktion und Kommunikation – Psyche – Soma). Für die störungsspezifische Psychotherapie ist die Unterscheidung der Autopoiesis von Psyche, Soma und Kommunikation sowie die Erfassung ihrer jeweiligen störungsspezifischen Koppelungen von besonderer Bedeutung bei explizitem Verzicht auf die hier sonst übliche „biopsychosoziale“ Einheitsrhetorik.

Auch wenn man ein Therapieverfahren nicht allein über dessen Methoden definieren kann, hat jedes einen spezifischen Methodenkoffer. In dem der Systemtherapie sind folgende Methoden besonders theoriekonform: Methoden zur sprachlichen Dekonstruktion von problemstabilisierenden Konstrukten (Landkarten); Unterbrechen problemstabilisierender Kommunikationen; Reframing: Deutung von Symptomen und Problemverhalten als Lösungen und Ressourcen; Tetralema zur Klärung und Lösung intrapsychischer und sozialer Konflikte; viele Varianten von Systemaufstellungen; gezielte Kontextualisierung individuums- und defizitorientierter Problembeschreibungen; Externalisierung; gezielte Musterunterbrechungen, Symptomverschreibung und andere paradoxe Strategien; Installation beobachtender Systeme zur Erzeugung von Unterschieden, die Unterschiede machen (z. B. Reflecting-Team); Varianten lösungsorientierter sprachlicher und nichtsprachlicher Methoden (Wunderfrage; time line etc.) und viele nichtsprachliche Methoden mit Imaginationen oder Körperübungen. Sie sind nicht immer per se „systemisch“, sondern werden das durch ihre Einbettung in ein therapeutisches Gesamtkonzept.

**Ebene II:****Die systemtheoretische Beschreibung des Gesundheitswesens**

Will sich die Systemtherapie ohne Identitätsverlust im Gesundheitswesen etablieren, muss sie dieses und ihre Position darin vermittels ihrer eigenen Theorie (Ebene I) beschreiben. Das Gesundheitswesen ist aus dieser Sicht ein gesellschaftlicher Funktionsbereich mit der Leitunterscheidung „gesund – krank“. Dieser koppelt vor allem an die Bereiche Politik und Wirtschaft an. Die Politik regelt, wer im Gesundheitswesen welche Rolle spielen darf und muss. Die Wirtschaft regelt, welche Leistungen wie bezahlt werden. Manche Instanzen sind Foren der Koppelung dieser Bereiche – z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), in dem Krankenkassen als Vertreter der Wirtschaft, die Leistungserbringer (Ärzte, Psychotherapeuten – wirtschaftlich als Produktlieferanten und therapeutisch als Heilberufe) und Vertreter der Patienten an einem Tisch sitzen und gemeinsame Entscheidungen treffen. Das Gesundheitsministerium als Vertreter der Politik sitzt nicht mit am Tisch, gibt aber politisch Rahmenbedingungen vor. Wenn sich die Systemtherapie als eigenes System in diesen Bereich begibt und hier als Richtlinienverfahren anerkannt werden will, muss sie an die im Gesundheitswesen primäre Leitunterscheidung „gesund – krank“ ankoppeln und so mit dieser und den hier geltenden Spielregeln interagieren, damit sie dabei einerseits ihrer Identität nicht verlustig geht und andererseits darin überlebt. Systemtheoretisch ist die Überlebenseinheit eines Systems immer die Einheit „System + Umwelt“ und nicht das System allein. Wie die Umwelt „Gesundheitswesen“ dann auf die Systemtherapie einwirkt bzw. wie sie an diese ankoppelt, bestimmt aus systemtheoretischer Sicht die Community der Systemtherapeuten selbst – weil jedes System im Rahmen seiner Autopoiese selbst definiert, was zu seiner relevanten Umwelt gehört und wie es darauf reagiert. Das gibt ihr auf Ebene III im Therapieraum Spielräume.

Diese sind um so größer, je mehr sie im Sinne Luhmanns bereit ist, statt von einer zweiseitigen Logik (*entweder* unsere Leitunterscheidung *oder* die des Gesundheitssystems) von einem *Sowohl-als-auch* auszugehen. Dann kann sie jene Paradoxien erkennen, formulieren und „spielerisch“ damit umgehen, die beim Aufeinandertreffen zweier Systeme mit verschiedenen Leitunterscheidungen auftreten. Paradoxien ergeben sich nicht nur aus der Begegnung von Systemtherapie und Gesundheitswesen, sondern generell aus der von Psychotherapie und Gesundheitswesen. Wenn z. B. ein Verhalten auf dem Gebiet der Krankheitsbehandlung als Ausdruck einer zu behandelnden Krankheit gesehen wird und aus therapeutischer Sicht als eine von einer Person aus guten Gründen gezeigte Handlung bzw. systemtheoretisch als Teil der lebenserhaltenden Autopoiese des Systems „Psyche“, dann kann man diese Divergenz nicht auflösen, wohl aber flexibel damit umgehen.

Damit treffen auch zwei Erklärungskonzepte aufeinander: Ein Ereignis-Erklärungskonzept und ein Handlungs-Erklärungs-Konzept. Hier ist Verhalten ein durch die Gesetzmäßigkeiten

einer Krankheit erklärbares Ereignis (Symptom), dort eine Handlung eines sinnvoll operierenden autopoietischen Systems. Wirft die Systemtheorie ihr Licht auf die Begegnung dieser Konzepte statt sich im Pro oder Kontra zu positionieren, werden Aspekte und Optionen sichtbar, die anderen Theorien verborgen bleiben. Eine davon ist die, die damit jeweils verbundenen Rollen der Experten im Gesundheitswesen in Ebene II und III zu erfassen. Die Logik des Gesundheitswesens weist dem Arzt/Therapeuten die Rolle des Diagnostizierers und Heilers als Subjekt des Therapieprozesses zu und dem Patienten die des Informanten, der Daten über sich zur Verfügung stellt und dann Nutznießer (Objekt) daraus abgeleiteter therapeutischer Interventionen ist. Im Lichte der Logik der Psychotherapie im Therapieraum (Ebene III) ist der Patient demgegenüber generell und nicht nur aus systemischer Sicht handelndes Subjekt – auch wenn es dabei Unterstützung vom Therapeuten erhält. Das Licht der Systemtheorie auf die Begegnung dieser Logiken macht damit korrelierende Macht-Ohnmacht-Konstellationen zwischen Patienten und Therapeuten sichtbar, benennbar und deshalb kreativ handhabbar. Beispielsweise hat aus systemischer Sicht kein Psychotherapeut die ihm nach der Logik des Gesundheitswesens und oft auch von Patienten zugesprochene Macht, das Verhalten eines anderen Menschen zu verändern. Erkennt und akzeptiert man als Therapeut diesen aus dem Aufeinandertreffen verschiedener Logiken resultierenden und nicht auflösbaren Widerspruch mit den darin enthaltenen Paradoxien, kann man *gleichzeitig* die darin zugesprochene Rollen-Macht annehmen *und* sie dekonstruieren. Experten sind dann sowohl Wissende und Heilende wie Nichtwissende und „nur“ an Veränderungsdialogen teilnehmende – synchron (gleichzeitig) oder diachron (nacheinander). Im Lichte des Theorieteiles über symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien<sup>3</sup> zeigt sich, wie solche Erwartungen, Erwartungszuschreibungen und Erwartungadressierungen davon geprägt sind, dass jemand den Titel „Psychologischer Psychotherapeut“ trägt. Wenn Therapeuten sich solcher kommunikativer Faktoren bewusst sind, müssen sie sich nicht dagegen wehren, sondern damit zum eigenen und zum Nutzen der Patienten jonglieren. Sie können dann gegebenenfalls jenen Varianten der Ohnmacht entkommen, die entstehen, wenn sie sich gegen aus Ebene II resultierende Rollen- und Erwartungszuschreibungen offen oder verdeckt sträuben und sich derer als bezahlte Mitglieder dieses Systems doch nicht entledigen können. Das kann auch methodische Konsequenzen haben. Z. B. kann in manchen Therapien gezielt mit dem Krankheitsbegriff und seinen Implikationen gespielt werden – etwa mit der Methode der Externalisierung („Seit wann ist diese Krankheit Mitglied Ihrer Familie geworden?“). Sie können sich und ihre Patienten im Therapieraum auf Ebene III gegebenenfalls aber auch dezidiert davon suspendieren oder suspendieren lassen. Man kann in der Rolle eines zu Krankheitsdiagnosen autorisierten Experten auch einmal die Diagnose stellen, dass keine Krankheit vorliegt („Was Sie schildern, ist normal und keine Krankheit!“).

3) Diese beschreiben, wie Symbole wie z. B. Titel Kommunikation und Entscheidungen beeinflussen.

Konstruktionen und Dekonstruktionen sind dann keine Gegensätze, sondern nutz- und kombinierbare Optionen.

Eine weitere Chance der Systemtherapie auf diesem Gebiet bietet hier das Konzept der Interpenetration. Mit ihm wird beschrieben, dass und wie ein Ereignis oder ein Verhalten gleichzeitig in zwei autopoietischen Systemen stattfindet mit verschiedener Bedeutung im jeweiligen System. So kann die Handlung eines Psychotherapeuten, eine Diagnose zu vergeben, im Raum II gegenüber der Krankenkasse eine ganz andere Bedeutung haben als in Ebene III als Teil einer Therapie. Je mehr Systemmitgliedschaften ein Therapeut hat, desto mehr Bedeutungen können seinen Handlungen je nach System zugesprochen werden und gegebenenfalls miteinander in Konflikt geraten. Die Vergabe einer „schweren Diagnose“ kann in einem System die Genehmigung vieler Therapiestunden durch Krankenkassen erbringen und in einem anderen zur Chronifizierung einer Störung beitragen. Sind sich Therapeuten dessen bewusst, können sie lernen, was manche Verhaltenstherapeuten in früherer Zeit entwickelt hatten: *Das Konzept der doppelten Buchführung*. Hier wird ein Verhalten oder Problem in einem Kontext als Krankheit diagnostiziert und in einem anderen als sinnvolles erlerntes Verhalten gesehen. Interpenetrationsaspekte gelten auch auf Seiten der Patienten. Deren Handlungen können z. B. im Rechtssystem als Straftat und im Gesundheitssystem (z. B. in der Forensik) als Krankheit gewertet werden mit jeweils verschiedenen Konsequenzen.

### Ebene III:

#### Störungsrelevante und störungsspezifische Systemtherapie im Therapieraum

Für die Therapie stellen Systemtheorie und Systemtherapie eine Fülle von allgemeinen und störungsspezifischen *Konzepten* und *Methoden* bereit. Sie wurden bereits unter Ebene I aufgelistet. Letztere sind aus systemischer Perspektive für etliche Störungsbilder sicher noch weiter ausbaufähig. Dabei kann und muss ja auch Bezug auf das genommen werden, was andere Therapieschulen oder die klinische Forschung hierzu bereithalten. Für Krankenbehandlungen im Therapieraum gilt aus störungsspezifischer Sicht, dass man es hier mit spezifischen und unterschiedlichen Phänomenen zu tun hat. Hier z. B. mit jemandem, der sehr wenig isst („Anorexie“), dort mit jemandem, der sich täglich fünf Stunden seine Hände wäscht („Waschzwang“) mit entsprechend verschiedenen Beschreibungen, Bewertungen, Erklärungen, diagnostischen Codierungen und therapeutischen Interventionen. Da hier viele Aspekte der Benennung, Codierung und Erklärung dieser Phänomene Ebene II entstammen und daher deren Logik in sich tragen, benötigt Systemtherapie in Ebene III ein eigenes explizit systemtheoretisches Konzept darüber, wie zum einen Begriffe wie Störung, Symptom, Krankheit und Krankenbehandlung systemisch erfasst und verwendet werden können und wie zum anderen die damit bezeichneten oder erklärten Phänomene nun explizit systemisch erklärt und behandelt werden können. Einige Kerngedanken hierzu seien kurz referiert.

### Störung, Krankheit, Symptom

Ein als *Störung* bezeichnetes Phänomen lässt sich systemtheoretisch als *vorübergehende* und von erwarteten Verläufen abweichende Form im Medium aller potenziell möglichen Reaktionen eines Systems rekonstruieren. Diese abstrakte Formulierung bedeutet konkret: Störung ist die Markierung von etwas Unerwartetem durch einen Beobachter, das von ihm als vorübergehend und von der Routine eines Systems (Normalformverlauf) abweichend gewertet wird. Wie auch in den neueren Varianten von ICD und DSM ist mit dem Begriff der Störung *keine Erklärung* dessen verbunden, was damit bezeichnet wird.

Das ist anders im Konzept der *Krankheit*: Die Heimat dieses Begriffes ist die somatische Medizin. Mit welchen Folgen dessen Übertragung auf den Bereich psychischer Phänomene verbunden war und ist, haben in den 70er Jahren Autoren wie Szasz (1972) und Keupp (1972) gezeigt. Deren Analysen sind noch heute gültig. Aus systemtheoretischer Sicht ist die Feststellung einer Krankheit ein Vorgang im sozial-kommunikativen Bereich. Ein autopoietisches System selbst unterscheidet nicht zwischen gesund und krank, sondern nur zwischen Überleben und Nichtüberleben. Krankheit ist eine Zuschreibung von außen. Der Begriff impliziert neben der Beschreibung immer auch eine Erklärung: Das manifeste und sichtbare Symptom wird durch Gesetzmäßigkeiten einer latent zugrunde liegenden Krankheit erklärt. Damit wird auch die Differenz zwischen manifest (das Symptom) und latent (die Krankheit) eingeführt. Letzteres festzustellen ist nach den Logiken des Gesundheitswesens dafür autorisierten Heilberufen vorbehalten. Diese sind dann aber auch für die Heilung der Krankheit zuständig mit den damit verbundenen an sie gerichteten Erwartungen, Mächten und Ohnmächten. Überträgt man diese Logiken der Krankheit mit dem Begriff der „psychischen Krankheit“ auf das Gebiet der Psyche, werden etliche Paradoxien und ethische Probleme erzeugt. Würde die Psyche einer Person als Ganzes für krank erklärt, endete man in der theoretisch unsinnigen und ethisch äußerst problematischen Pathologisierung eines ganzen autopoietischen Systems. Wird nur ein Teil der Psyche für krank erklärt und diese aufgeteilt in einen gesunden und einen kranken Teil, kann diese Teile per definitionem nur der dafür befugte Experte als solche erkennen, unterscheiden und den kranken Teil dann heilen. Aus systemtheoretischer Sicht kann der Experte diesen Teil der Psyche aber nicht von außen verändern. Nur die Person selbst kann ihr Denken, Fühlen und Verhalten beeinflussen und verändern. Daher entsteht mit dem Konzept der psychischen Krankheit die allen Therapeuten bekannte Paradoxie, dass von Therapeuten eine Veränderung bei Patienten erwartet wird, die diese nur selbst herbeiführen können. Der Umgang mit dieser Paradoxie gehört zum Alltag klinisch tätiger Therapeuten. Aus systemtheoretischer Sicht kann man diese Paradoxie nicht auflösen, wenn man als Psychotherapeut im Kontext Gesundheitswesens arbeitet. Man kann aber durch deren korrekte Beschreibung flexibel damit umgehen.

Mehr als andere Therapieverfahren kann die systemische Theorie auch die „Krankenrolle“ und die komplementäre „Gesundenrolle“ beschreiben inklusive ihrer jeweiligen sozialen Funktionen und ihres Beitrages bei Chronifizierungsprozessen. Das können andere Ansätze auch. Der besondere Vorteil des systemischen Ansatzes besteht darin, dass er dieses Thema aufgrund seines konstruktivistischen Ausgangspunktes aus vielen Beobachterperspektiven beleuchten kann. Er kann so zeigen, dass es sich bei diesen Rollenzuschreibungen immer um Produkte von Beobachtung und Kommunikation handelt mit Rückwirkung auf die Probleme, die damit gelöst werden sollen. Man kann systemisch deshalb kreativ und spielerisch mit solchen Rollenzuschreibungen umgehen, wenn man die Landkarte nicht mit dem Land verwechselt. Man weiß, dass „psychisch krank“ eine Landkarte ist. Man ist in solchen Konstrukten nicht gefangen. Man kann dann auch deutlicher sehen, welche Auswirkung Diagnosen auf das haben, was sie bezeichnen. Das öffnet die Tore zu systemischen Methoden wie Umdeutung, Verschreibung etc. Das eröffnet aber auch die in der Welt der Systemtherapie bisher weniger beleuchtete Möglichkeit, diagnostische Konstrukte nicht nur zu dekonstruieren, sondern sie gegebenenfalls auch einmal gezielt zu konstruieren. Im Unterschied zu manchen Strömungen in der Systemtherapie kommt man aus dieser Perspektive nicht zu einer Pro-Kontra-Haltung im Umgang mit Diagnosen, sondern zu einem Sowohl-als-auch.

Zum Begriff *Symptom* wurde bereits darauf hingewiesen, dass er eng mit dem der Krankheit verbunden ist. Aus Symptomen schließen Experten auf Krankheiten, um diese dann zu heilen. Man kann manchen systemischen Traditionen folgend die Differenz „manifest – latent“ oder die Logik des „Verweischarakters“ eines Symptoms auf etwas „Dahinterliegendes“ auch aufgreifen zur Bildung von Hypothesen darüber, „auf was“ ein Symptom im Gesamtsystem „zeigt“: Systemregeln, Systemkonflikte oder labile Systementwicklungsphasen mit denen inwohnenden spezifischen Ambivalenzen und Konflikten.

In der systemischen Welt beheimatet ist der *funktionale Ansatz*, der aufgrund seiner Bedeutung hier erwähnt sei: Symptomen werden darin systemerhaltende Funktionen zugeschrieben wie die der Selbstreparatur eines Systems bei bedrohlichen Normalformabweichungen (bei Morin, 1977) oder die der Bewahrung einer Systemidentität bei Prozessen, die diese bedrohen. Funktionale Ansätze sind mit systemtheoretischen Vorstellungen durchaus vereinbar (Luhmann, 2010).<sup>4</sup> Geht man vom Beobachter aus und nicht vom Beobachteten, bedeutet „Funktion von Symptomen“ die Herstellung einer Relation: Mit einem als Symp-

4) Nicht vereinbar mit der hier vertretenen Systemtheorie sind Konzepte, die körperlichen, psychischen oder interaktionellen Phänomenen als Zeichen eine Symbolfunktion zuschreiben im Sinne eines Verweises auf inhaltlich latente Konflikte oder Themen: „Magenschmerzen zeigen, dass man etwas nicht verdaut hat“. Das wäre aus systemtheoretischer Sicht entweder eine Übertragung psychischer oder sozialer Operationen, die allein mit Sinn und Bedeutung operieren, auf

tom gewerteten Verhalten wird etwas erreicht, was im Sinne der Funktionsäquivalenz auch mit anderen Mitteln erreicht werden könnte. Die Frage lautet dann nicht: Was wäre die Lösung, wenn ein Symptom vorliegt? Sie lautet: Für welches noch nicht erkannte Problem ist das Symptom eine Lösung? Diese Relation von Zweck und Mittel zu ermitteln, ist nach diesem Ansatz Aufgabe des Therapeuten in Kooperation mit dem jeweiligen System. Schon die Einführung des Gedankens, dass Symptome eine positive Funktion für etwas haben können, ist aus Interventionsgesichtspunkten ein Reframing und kann den Zustand eines Systems, das diese Idee annimmt, verändern. In der familientherapeutischen Literatur hat die Heidelberger Schule hierzu Innovatives geleistet und empirisch gezeigt, wie nützlich dieser Ansatz therapeutisch für Familien sein kann, in denen ein Mitglied die Diagnose „Schizophrenie“, „manisch-depressive Störung“ oder „psychosomatisch krank“ erhalten hat. Der Logik des Heidelberger Ansatzes folgend kann ein Symptom dadurch, dass es Aufmerksamkeit auf sich zieht, und dadurch, dass es als Ausdruck einer Krankheit angesehen wird, dazu beitragen, systembedrohliche Konflikte zu bewältigen und die Systemidentität der Familie zu erhalten (zusammenfassend Simon, 2012).

Auch im Ansatz der *Mehrgenerationenperspektive* werden Symptomen Funktionen zugesprochen mit Blick auf generationsübergreifende soziale Dimensionen und Normen wie Loyalität, mehrgenerationale Gerechtigkeit oder Ordnungsprämissen. Symptomen kann hier u. a. die Funktion zugesprochen werden, die Verletzungen solcher Normen auszugleichen. Dem Symptom der Selbstbeschädigung durch wiederholten Alkoholkonsum kann z. B. die Funktion zugeschrieben werden, die Verbindung des Trinkers oder des gegenwärtigen Systems mit Mitgliedern einer früheren Generation herzustellen (Weber, 1993; Weber und Drexler, 2002; Stachowske, 2002).

### Gefühle

Die Rolle der Emotionen bei der Entwicklung und der Therapie von Störungen gehört nicht zum Kerngebiet systemischer Ansätze. Systemtheorie und Systemtherapie können aber auch hierzu Spezifisches beisteuern. Systemische Konzepte der Rolle von Gefühlen für Psyche und Kommunikation liegen vor und können nutzbar gemacht werden. Fuchs und Simon haben da einiges beigetragen (Fuchs, 2004, 2010; Simon, 2004).

das somatische Feld oder die Kreation einer Instanz innerhalb der Psyche, die irgendwie heimlich und verdeckt kommunikative Signale sendet, die erst der Therapeut als solche erkennen kann. Das Konzept von Symptomen als Ausdruck der Verleugnung von Konflikten passt nicht in die Vorstellung der autopoietischen Autonomie von Psyche, Soma und Kommunikation.

Im Kern geht es zunächst um den Abschied vom traditionellen Konzept, in der Psyche gäbe es ein Subjekt, das fühlt oder Gefühle verdrängt und Körpersignale korrekt oder unzulänglich wahrnimmt. An die Stelle dieses Subjektes tritt bei Fuchs in der Psyche eine Abfolge von sich wiederholenden Operationen, die (1) die Selektion innerer Wahrnehmungen im permanenten „Rauschen“ potenziell wahrnehmbarer Phänomene in der Psyche und im Körper betreffen und (2) die Bezeichnung dieses Wahrgenommenen. Der *Rede* von einem Gefühl im Raum der Kommunikation gehen diese vielfachen psychischen Operationen voraus. Und gleichzeitig steuert das Reden über Gefühle diesen Wahrnehmungsprozess. Bei der Wahrnehmung und bei der Bezeichnung von Gefühlen ist die Psyche also eng an soziale Kommunikation gekoppelt, weil sie nur diesem Raum die Begrifflichkeiten zur Markierung ihrer psychischer Zustände entnehmen kann.

Von diesem Blickwinkel ausgehend, kann man dann konzeptuell die Rolle des Therapeuten bei der Wahrnehmung, Verarbeitung und Bezeichnung von Emotionen im Therapieraum bestimmen. Er erweist sich darin als jemand, der die emotionsbezogenen Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsprozesse in der Psyche steuern, zu neuen Markier-Bezeichnungen des Wahrgenommenen verhelfen und so schließlich zu Veränderungen von Gefühlen und der Kommunikationen über Gefühle beitragen kann. Die emotionszentrierte Arbeit von Psychotherapeuten lässt sich systemtheoretisch also dahingehend rekonstruieren, dass der Therapeut zum Beobachter 2. Ordnung wird, der aktiv steuernd daran teilnimmt, wie der Patient sich selbst emotional beobachtet und beschreibt. Das setzt voraus, dass der Patient eine komplementäre Position zum Therapeuten einnimmt und ihm erlaubt, diese Wahrnehmung und Bezeichnung seiner emotionalen und körperlichen Phänomene zu begleiten. Therapeuten können dann im Sinne der Empathie neue Aufmerksamkeitsselektions- und Bezeichnungsvarianten beisteuern, die der Patient in seine Selbstwahrnehmung und seine Selbstbeschreibungen aufnehmen kann: „Was spüren Sie jetzt in Ihrem Körper?“ – „Wie fühlt sich das an?“ – „Haben Sie sich damals geschämt?“ – „Sind Sie jetzt traurig?“

Gerade auf emotionalem Gebiet zeigt sich die enge Koppelung von Soma, Psyche und Kommunikation. Die Bedeutung der Sprache für emotionales Erleben ist nicht zu unterschätzen. Aus systemischer Sicht funktional auch als Erklärungsfiguren genutzt (Simon, 2004): „Du redest so, weil du aggressiv bist“.

Die systemische Soziologie verortet dem Alltagsverständnis widersprechend Gefühle nicht im Bereich der Persönlichkeit oder der Psyche, sondern im Sozialsystem (Baecker, 2004, Seite 6f.). Nach Simon (2004, S. 122f.) vereinen Emotionen in ihrem Ausdruck (z. B. in einem wütenden Gesicht) Mitteilung und Mitgeteiltes. Z. B. teilen sich Zorn, Angst, Schmerz oder Scham nicht nur verbal, sondern vor allem nonverbal mit. Mitteilung („Ich bin wütend“) und Mitgeteiltes („Zornige Stimme und wütendes Gesicht“) sind identisch.

### **Der Körper in der Psychotherapie**

Auch was den Körper betrifft, kommt der systemtheoretische Ansatz zu kontraintuitiven Schlussfolgerungen. Zur jeweiligen Autopoiese von Psyche und Kommunikation gehören deren Koppelung an und eine permanente Referenz auf den Körper. Und es gilt auch umgekehrt: Systemtheoretisch betrachtet lebt der Körper als wahrgenommener und erlebter in der Psyche und nicht die Psyche im Körper. Jede Wahrnehmung des und jede Referenz auf Körperliches ist das Produkt psychischer Operationen. Die Erfahrung von Schmerz ist ein psychisches Phänomen. Der Körper spricht nicht und im Hirn findet nichts als Biochemie statt. Hierzu kann die Rolle des Psychotherapeuten so rekonstruiert werden: Der Therapeut steht der Psyche des Patienten zur Seite im Rahmen seiner sprachlich-kommunikativen Koppelung an diese – als Beobachter 2. Ordnung der patientenseitigen Beobachtungen und Beschreibungen von körperlichen Wahrnehmungen, als Steuerer der Aufmerksamkeit („Wie erfahren Sie das jetzt gerade körperlich?“), als Ermittler von Erklärungsmustern („Wie erklären Sie sich Ihr Herzrasen?“) oder als Rückmelder über von außen beobachtbare Zustände: „Ihre Körpergestik wirkt auf mich resigniert, wenn Sie das sagen!“

### **Kommunikation und soziale Interaktion**

Kommunikation und deren Koppelungen mit Psyche und Körper waren und sind das Kerngebiet der Systemtherapie. Im Unterschied zu anderen Therapieschulen gilt Kommunikation im systemtheoretisch konzipierten Ansatz als eigenes autopoietisches System: Nur Kommunikation kann kommunizieren. Kommunikation selbst kann nicht beobachtet, nur erschlossen werden als Einheit von Information, Mitteilung und Verstehen. Kommunikation und soziale Interaktion, auf deren Differenzierung verschiedentlich hingewiesen wird (Lieb, 2014; Simon, 2004), bilden eigenständige Muster, die härter sein können als die Operationen der Psyche. Deshalb fühlt man sich manchmal eher so, wie kommuniziert wird als umgekehrt. Das gilt vor allem bei konstanten symmetrischen oder komplementären Mustern wie z. B. Abwertung – Abwertung oder Anklage – Rechtfertigung. Unterlegt man das Konzept härterer und weicherer Systeme (das Weiche passt sich dem Härteren an), folgt hier die weichere Psyche in ihren Prozessen den „härteren“ interaktiven Mustern. Therapeuten können sich das zu Nutze machen, indem sie mit ihren Interventionen direkt das System Kommunikation adressieren und die daran Beteiligten zu anderen Kommunikationsmustern verführen – z. B. zu gegenseitig positiven Äußerungen oder zu Fragen statt Aussagen, auch wenn man sich gegebenenfalls gerade „nicht so fühlt“. In der Psyche können sich dann im Rahmen dieser Koppelungen weitere Veränderungen einstellen. Man kann diese allerdings nicht vorhersagen. An dieser Stelle sei an die vielen Früchte erinnert, die der systemtherapeutische Ansatz in die Welt von Kommunikation und Interaktion gebracht hat, wie z. B. die Beleuchtung und Veränderung von sozialen expliziten und vor allem impliziten Regeln,

struktureller und kultureller Kontextdeterminanten oder von Kommunikationsstilen (Satir). Erwähnt seien auch Früchte neuerer systemtheoretischer Ansätze, die störungsspezifische typische Koppelungen von Psyche mit Kommunikation beleuchten, z. B. bei Autismus oder Depression (etwa bei Schleiffer, 2012). Zur Reproduktion depressiver psychischer Zustände gehört demnach z. B., dass sich die Psyche von bestimmten kommunikativen Angeboten entkoppelt („sonst wird man beim Depressivsein gestört“). Bestimmten Störungsbildern können bestimmte kommunikative Merkmale zugeordnet werden, beim sogenannten „histrionischen Stil“. Das jeweils weiter auszuarbeiten ist ein wichtiges Gebiet der störungsspezifischen Systemtherapie.

Zur therapeutischen Eleganz der heutigen Systemtheorie gehört deren Flexibilität beim Adressieren therapeutischer Interventionen. Gerade weil Psyche, Soma und Kommunikation theoretisch als jeweils eigene autopoietische Systeme gesehen werden, die sich gegenseitig als Umwelten brauchen und in struktureller Koppelung aufeinander reagieren, kann in der Therapie jedes System bzw. die Koppelung jedes Systems mit jedem anderen fokussiert und adressiert werden, um Veränderungen zu ermöglichen. Störungsspezifisches Wissen und Hypothesieren kann helfen, hier angemessene Schwerpunktsadressaten zu identifizieren. So wird man bei einem Klienten mit hypochondrischen Ängsten oder mit Panikattacken in der Regel eher die Koppelung der Psyche mit ihrem Körper im Auge haben und bei einem als schizophren diagnostizierten Mitglied einer Familie vielleicht eher deren familiären kommunikativen Tanz um das Symptom herum (vergleiche Ruf, 2014, in Vorbereitung).

#### **Ebene IV: Koevolution von Systemtherapie und Funktionssystem Gesundheitswesen**

Diese Überschrift benennt ein Thema, dessen Beleuchtung für die Entwicklung der Systemtherapie im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung sein dürfte. Es hat zwei Teile. Der eine betrifft die Koppelung zwischen Ebene II (Gesundheitswesen) und Ebene III (Systemtherapie) mit den Wechselwirkungen beider. Der andere betrifft die Frage, *wer* diese Koppelung beobachtet und beschreibt. Das können Beobachtungsinstanzen außerhalb der systemischen Welt sein oder das kann sie im Status der Selbstbeobachtung auch selbst sein. Beispiele für Außenbeobachtungen sind solche durch andere Richtlinienverfahren, durch Krankenkassen oder durch wissenschaftliche Forschungsinstitute mit deren Auftraggebern. Solche externen Beobachtungen gab es (z. B. durch den Wissenschaftlichen Beirat bei der Anerkennung als Heilverfahren), gibt es (z. B. durch ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss GBA beauftragtes Institut zur Prüfung, ob die Systemtherapie Richtlinienverfahren wird) und wird es weiter geben. Sie legen dafür ihre eigenen Beobachtungskriterien an und kommen damit zu ihren eigenen Ergebnissen.

Die andere und für die Bewahrung einer systemischen Identität wichtigere Beobachterinstanz ist die Beobachtung der Koppelung von Systemtherapie und Gesundheitswesen durch die systemische Welt<sup>5</sup> selbst mit ihren eigenen Konzepten, Mitteln und Instrumenten. Das ist das Projekt der systemtheoretisch geleiteten Selbstbeobachtung. Es geht dann um die Beschreibung der Interaktion eines Systems mit seiner Umwelt inklusive dabei erkennbarer Veränderungen von sich selbst oder der der Umwelt durch sich selbst. Systemtheoretisch handelt es sich bei diesem Projekt um ein Re-entry: Man sieht nicht seine Umwelt, sondern sich *und* die Umwelt. Diese Selbstbeobachtung muss als langfristig anzulegendes Projekt gedacht werden. Dessen Inhalte seien hier kurz umrissen.

Im Kern geht es um die Beobachtung der Begegnung zweier verschiedener Leitunterscheidungen: „gesund – krank“ und „System – Umwelt“ mit etlichen sich daraus ableitbaren weiteren Unterscheidungen. Zu Letzteren gehören die Kriterien, vermittels derer die Unterscheidung „gesund – krank“ vorgenommen wird, also Diagnosekriterien. Dann geht es darum, wie diese Unterscheidung aus Ebene II im systemischen Therapieraum III aufgegriffen und mit eigenen Operationen daran angeschlossen wird. Wie beispielsweise gehen Systemiker damit in ihren Therapien und wie nach Anerkennung als Richtlinienverfahren in Anträgen um, damit eine beantragte Therapie auch genehmigt werden kann? Diese Selbstbeobachtung bedarf dann einer Sensibilisierung dafür, wie die zentralen Konstrukte (Landkarten) aus der Welt des Gesundheitswesens Therapeuten, Patienten und deren Beziehung beeinflussen und gegebenenfalls verändern (vgl. hierzu das Konzept einer ‚Kontextsensibilität als systemtherapeutischer Wirkvariable‘ in Lieb, 2011): Diagnosen, Prognosen, evaluative Effektivitätskriterien, psychometrische Messverfahren, Indikations- und vor allem Kontraindikationskriterien für kassenseitig finanzierte Therapien etc.<sup>6</sup>

Sicher ist, dass das Ausmaß ungewollter Veränderungen durch Regularien und Konstrukte des Gesundheitswesens auf die allgemeine oder die störungsspezifische Systemtherapie hier um so größer sein dürfte, je weniger Aufmerksamkeit dem von der systemischen Welt gewidmet wird. Warnungen vor solchen Einflüssen allein verhindern diese nicht. Sie zu

- 5) Wenn hier von Selbstbeobachtungen der systemischen Welt, der Systemtherapie oder der Systemtheorie gesprochen wird, ist das natürlich eine Subjektivierung von etwas, das nicht als Subjekt gefasst werden kann. Am Ende sind das wieder Personen oder Firmen oder Gesellschaften. Sie repräsentieren dann die hier angesprochene Systemtheorie oder Systemtherapie.
- 6) Man kann hier aus der Geschichte der Verhaltenstherapie lernen: Eine erste Generation von Verhaltenstherapeuten war sich solcher Kontext-Fragen bewusst, als sich die Verhaltenstherapie in den 60er und 70er Jahren im Gesundheitswesen als Heilverfahren etablierte – etwa mit Bezug auf die Kritik Keupps (1972) am medizinischen Modell. Jüngere Generationen von Verhaltenstherapeuten wissen von dieser Geschichte meistens nichts mehr. Sie übernehmen die Konstrukte des Gesundheitswesens daher unhinterfragt als ontologische Gegebenheiten.

verneinen erst recht nicht. Sinnvoller dürfte es sein, die hier möglichen Beobachtungen und Selbstbeobachtungen selbst zur Gewohnheit werden zu lassen und dafür die entsprechenden organisatorischen, inhaltlichen und für die Ausbildung von Systemtherapeuten auch curricularen Voraussetzungen zu schaffen. Für die Supervision Systemischer Therapien in diesem Kontext könnten ganz spezifische Fragen und Methoden entwickelt werden, die das im Auge haben. Die Förderung diesbezüglicher spezifischer Kontextsensibilitäten kann man schon zum Bestandteil einer systemtherapeutischen Approbationsausbildung machen. Man muss auch für die Finanzierung solcher Projekte sorgen. Das könnte eine Aufgabe systemischer Dachverbände sein, gegebenenfalls im Verbund mit systemisch ausgerichteten Instanzen aus Forschung und Lehre. Man muss dafür geeignete Beobachtungsformen, Beobachtungskategorien und Publikationswege zur Einspeisung der jeweiligen Beobachterergebnisse in die systemische Welt entwickeln und erproben.

Wer muss hier *wen bei was* beobachten, um relevante Ergebnisse zu erzeugen? Wovon sollte man dabei ausgehen und welche Fragen stellen? Auf lokaler Ebene kann es um das gehen, was sich in den Köpfen und Herzen (also in der Psyche der Therapiesystemmitglieder) von Therapeuten und Patienten abspielt, wenn Diagnosen als Beschreibung und vor allem als Erklärung verwendet werden, wenn Erwartungen von Kranken an Heilkundige im Raum stehen und die oben genannten Paradoxien auftreten. Auf institutioneller Ebene lässt sich untersuchen, was sich in einer Klinik ändert, wenn dort Therapeuten systemisch arbeiten. Auf höherer Ebene kann man Konzeptentwicklungen und Theoriebildungen im Auge haben: Was tritt konzeptuell in den Vordergrund, was in den Hintergrund und welche Merkmale von Systemtheorie und Systemtherapie fangen an, ganz in Vergessenheit zu geraten? Welche Systeme erweisen sich hier jeweils als die härteren und welche als die weiche- ren, welche werden Form und welche Medium?<sup>7</sup> Es ist unwahrscheinlich, dass sich das

7) In der Systemtheorie bedeutet diese Unterscheidung, dass das System im Umgang mit einem anderen das Medium ist, dessen Elemente lockerer miteinander verkoppelt sind und somit ein höheres Niveau an Plastizität und Flexibilität entwickeln können. Die Elemente mancher Medien sind so locker gekoppelt, dass sie sich beliebig formen lassen – zum Beispiel Sandkörner, aus denen beliebige Formen von Sandburgen und Fußabdrücken gestaltet werden können. Wie ein weiches System auf ein härteres reagiert, das dann Form ist, bestimmt es im Rahmen seiner Autopoiese allerdings immer selbst. Deshalb bestimmt der Systemtherapeut, was wie aus dem Gesundheitssystem in seinen Therapieraum hereinkommt, und nicht das Gesundheitssystem oder deren Vertreter. Will er darin überleben, muss er allerdings mit dieser Umwelt in Koevolution treten, was seine Spielräume wiederum einengt. Zeigt er hierbei keinerlei Anpassung an seine Umwelt, kann es sein, dass er seine Mitgliedschaft verliert. Leistet er zu viel Anpassung, kann er etlicher Merkmale verlustig gehen, die man als identitätsstiftend für die Systemtherapie ansehen kann. Da das Label „systemisch“ jeder so definieren und verwenden kann, wie er will, kann er sich dennoch so bezeichnen. Dann wäre die Frage, wer die Hoheit beansprucht, zu bestimmen, was „systemisch“ ist.

Gesundheitswesen als weiches System entpuppen und sich der Systemtherapie anpassen wird. Es arbeiten aber schon seit Jahrzehnten Systemiker in Kliniken und klinischen Praxen und haben dort zu Veränderungen ihrer Umwelt beigetragen. Etliche Kliniken haben sich durch Installation systemischer Konzepte verändert und haben sich insofern als weich erwiesen (Haun et al., 2012). Wenn sich die Systemtherapie als das weichere System zeigen sollte (was ihr zu empfehlen wäre, wenn sie hier Mitglied werden und bleiben will), stellt sich die Frage: Welche Varianten von Akkomodation und Assimilation gegenüber diesen Umwelten sollte sie, welche wird sie generieren? Welche Rituale? Welche Varianten der Paradoxiebewältigung in Sprache und Schrift? Die Frage lautet nicht: Passt sich die Systemtheorie dem Gesundheitswesen an *oder* das Gesundheitswesen der Systemtherapie? Aus systemtheoretischer Sicht gibt es ohnehin keine Instanzen oder Subjekte, die das bestimmen können. Das einzige, was sicher vorhergesagt werden kann, ist irgendeine Form gemeinsamer Koevolution. Die Frage lautet also: Wer ändert sich hier wohin? Und wer verfestigt sich gegebenenfalls in was? Was die Systemtherapie betrifft, kann sie das alles zwar nicht bestimmen, wohl aber beeinflussen. Wenn sich im Kontext Gesundheitswesen die allgemeine Systemtherapie oder die störungsspezifische Systemtherapie als Medium verstehen wollen, könnten sie sich selbst explizit daraufhin beobachten, wie sie mit jenen Härten des Gesundheitswesens umgehen, das sie vermutlich nicht ändern können – und wie sie bei aller Weichheit im Umgang mit dieser Umwelt ihre systemische Identität wahren können. Identität ist dann sowohl theoretische (Systemtheorie-Aspekte), ethische (mit Werten wie Autonomie und Respekt) und methodische (Nutzung genuin systemischer Methoden).

Systemische Forschungen im Gesundheitswesen können natürlich noch etliche andere Felder bearbeiten und Fragen beantworten. Nicht alle werden die Koppelung von Ebene II und III betreffen. Eine betrifft weitere Nachweise von Nützlichkeit und Effektivität der Systemtherapie in der Behandlung von klinischen Störungsbildern. Hierzu ist schon viel geleistet worden, was zur Anerkennung der Systemtherapie als Heilverfahren geführt hat (Sydow et al., 2007). Der aktuelle Stand der systemischen Forschung wird jährlich in den „Systemischen Forschungstagungen“ in Heidelberg präsentiert (vgl. Ochs und Schweitzer, 2012).

### **Verändern sich auch Aspekte der Systemtheorie selbst?**

Mit Luhmann (1990, 1997) darf man wohl davon ausgehen, dass auch ein Theoriegebäude sich selbst und seine Koppelungen an relevante Umwelten beobachten und beschreiben kann. Die Systemtherapie kann mit langem Atem untersuchen, ob und wie sie sich gegebenenfalls selbst im Rahmen der Etablierung eines ihrer praktischen Teilbereiche im Gesundheitswesen verändert, ob oder wie ihre Konzepte von dieser Umwelt aufgegriffen werden und dort zu Veränderungen führen. Veränderungen der Systemtheorie selbst durch ihre Koppelungen mit bestimmten Kontexten und Praxisfeldern hat es im Verlauf ihrer Geschichte

immer gegeben. Die Etablierung systemischer Ansätze im Wirtschafts- und Organisationsbereich hat z. B. zur Weiterentwicklung der Theoriebildung beigetragen. Warum sollte das auf diesem Gebiet nicht auch der Fall sein?

### Systemtherapeuten im Kontext Gesundheitswesen und die anderen Systemiker

Es gibt viele Subgruppen unter allen, die sich, mit welchen Definitionen auch immer, als Systemiker verstehen. Manche stehen sich näher, manche kommen sich ins Gehege. Nun könnte es eine weitere Subgruppe geben: Die störungsspezifischen und die allgemeinen Systemtherapeuten im Gesundheitswesen. Wie wird sich die Beziehung dieser Gruppe zum Rest der Systemiker entwickeln? Was wäre hier eine erwünschte, was eine unerwünschte Entwicklung und wer hat wie Einfluss darauf? Auch hierzu kann man systemischen Selbstbeobachtungs- und Forschungsbedarf anmelden. Kontroversen gibt es spätestens seit Erscheinen des Bandes zum störungsspezifischen Wissen von Schweitzer und Schlippe (2006) und seit diskutiert wird, ob die Systemtherapie Richtlinienverfahren werden soll oder besser nicht. Weitere zeichnen sich ab und dürfte es im Falle der Zulassung der Systemtherapie als Richtlinienverfahren geben. Dann wird es Systemtherapeuten mit Approbation und Kassenzulassung und solche ohne geben. Wie wird es sein, wenn morgen Systemtherapeuten mit Konstrukten operieren, die heute von fast allen und morgen von immer noch vielen abgelehnt werden? Wird sich diese Gruppierung auch institutionell spiegeln bei Berufsverbänden oder den Abteilungen der Therapieverbände?

Wird das alles zu fruchtbaren Auseinandersetzungen führen oder eher zu Dialoge verhin-dernden Spaltungen? Kritiker könnten prophezeien: In zwanzig Jahren wird eine Subgruppe der systemischen Welt dieses Feld der Systemtherapie besetzt halten, den Begriff „systemisch“ dann anders definieren und das Feld der Systemtherapie im Kontext Gesundheitswesen dominieren. Was würde das für die anderen bedeuten? Man kann solche Prophezeiungen jetzt auch nutzen und die Frage beantworten: Wer kann wo was tun, damit es zu solchen Spaltungen nicht kommt?

### Fertigkeiten störungsspezifischer Systemtherapeuten im Gesundheitswesen

Der Begriff „Fertigkeit“ enthält natürlich Fallstricke: Er unterstellt die fragwürdige Unterscheidung dieser von anderen systemischen Fertigkeiten und kann so zu den eben benannten Spaltungen beitragen. Er transformiert Denken und Handeln in ein ontologisch anmutendes Etwas, das man hat oder nicht hat. In diese Fallen muss man aber nicht tappen, wenn man beschreiben will, was einem hilft, wenn man mit Energie und Erfolg auf diesem Gebiet systemtherapeutisch tätig sein will. So gesehen können als Fertigkeiten, die in Ausbildungen auch gezielt gefördert werden können, angesehen werden: Störungsspezifisches Wissen;

spezifische Kontextsensibilitäten für den Einfluss von Vorgaben, Konstrukten und chronifizierungsträchtigen Regeln im Gesundheitswesen auf die Therapie; Bewusstheit über und kreatives Spielen mit den typischen Experten-Rollen auf diesem Gebiet; Oszillationskompetenzen und Oszillations-Reflexionskompetenzen im Sinne einer Flexibilität, zwischen verschiedenen Rollen und Konstrukten hin und her zu wandern zum Nutzen und nicht zu Lasten der eigenen Psychohygiene und der Förderung von Optionen auf Patientenseite; Fertigkeiten in der Handhabung spezieller Varianten von Parteilichkeit und Neutralität im Umgang mit im Gesundheitswesen konkurrierenden Konzepten und Heilserwartungen und mit konflikträchtigen Aufträgen an Heilberufe; spezifische Kommunikationskompetenzen für den Kontakt mit anderen hier tätigen Professionen mit Kooperationskompetenzen im Sinne eines produktiv-synergetischen statt konkurrierenden Umgangs mit diesen; Positionierungsfertigkeiten derart, dass man sich als Systemiker inhaltlich klar und in Kenntnis gesundheitspolitischer und sonstiger Gepflogenheiten im Gesundheitswesen positioniert („vom Katzentisch an den Stammtisch des Gesundheitswesens“); Ambiguitätstoleranz-Kompetenzen im Umgang mit Paradoxien, Ambivalenzen und Widersprüchen, die sich bei der Verwendung des Konstruktes „Psychische Krankheit“ allgemein und für Systemtherapeuten im Besonderen auftun; Selektionskompetenzen bei der Auswahl von Interventionsadressaten im therapeutischen Raum (Psyche, Kommunikationssystem, Körper, gesundheitspolitischer Kontext eines Klienten); therapeutische Selbstreflexionskompetenzen mit Gespür für die im Gesundheitssystem typischen rolleninduzierten Interaktionsmuster zwischen Therapeuten und Patienten und vor allem dafür, wie man diese selbst produziert, reproduziert und aus ihnen aussteigen kann. Natürlich handelt es sich hier um Fertigkeiten, die man in z.T. gleicher Weise auch auf anderen praktischen Gebieten Systemischer Therapie und Beratung braucht und entwickelt. Oft müssen sie aber hier feldspezifisch zugeschnitten werden.

### Praxis und Pragmatik

Als praktisches Beispiel dafür, wie einige der hier ausgeführten Aspekte in einem konkreten Fall im Therapieraum (Ebene III) umgesetzt werden können, soll hier eines aus der Praxis des Autors referiert werden. Es ging dabei um die Bewältigung einer mit dem Konzept der psychischen Krankheit verbundenen Paradoxie.

#### **Therapeut und gesunder Teil gemeinsam gegen den kranken Teil**

*Frau M. (56 Jahre) erhält von ihrem Hausarzt die Diagnose einer psychischen Krankheit. Das wird durch die Psychiatrie bestätigt. Sie und ihre Familie halten sie auch tatsächlich für psychisch krank. Sie verhält sich dieser Krankenrolle entsprechend: sie liegt oft auf dem Sofa und geht „krankgeschrieben“ nicht arbeiten. Die Familie versucht ihr zu helfen, indem sie geschont wird. Alle Dekonstruktionsversuche des Therapeuten („Erweichen des Krankheitskonzeptes“) sind nicht ankoppelungsfähig und scheitern. Ein anderer Weg erweist sich als passender: Der*

*Therapeut akzeptiert und bestätigt, dass die Patientin „psychisch krank“ ist. Da die Patientin sagt, ihre Krankheit könne sie auf der Arbeitsstelle vor Kollegen und Kunden „verbergen“, greift er das auf. In seiner Expertenrolle (Die Patientin glaubt an Experten) erklärt er den „Unterschied zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen“: Wenn der Körper krank ist und mit seinen Selbstheilungskräften an Grenzen kommt, braucht er Fremdhilfe (Wundversorgung; Operation). Auch die kranke Psyche brauche Hilfe von außen. Diese äußere Hilfe sei bei psychischen Krankheiten aber darauf angewiesen, dass die Psyche selbst das entwickle, was der Krankheit entgegenstehe. Der noch gesunde Teil der Psyche und die Experten-Fremdhilfe müssten daher mehr als bei körperlichen Krankheiten zusammenarbeiten. Er erläutert dann, wie die Psyche ihren Eigenheilungsbeitrag in Kooperation mit dem Experten leisten könne: Sie müsse in ihrem Fall in bestimmten Zeiten „so tun, als wäre sie gesund“. In diesem „So-tun-als-ob“ würden sich allmählich jene Faktoren entwickeln, die für die spätere (!) Gesundheit wichtig wären. In diesem Fall wurde das dahingehend konkretisiert, dass die Patientin unter großen Mühen einen Tag pro Woche ihrer eigenen Familie oder ihren Freunden „vorspiele“, ihr gehe es gut, und sich danach verhalte. Da die Psyche bei sich selbst kaum Gefühle, nur schwer Gedanken, leicht aber ihre Verhaltensweisen beeinflussen kann und das der Bereich sei, den andere beobachten könnten, wird das nur auf der Verhaltensebene konkretisiert: Aufstehen, in die Sauna gehen, in der Wohnung etwas putzen; mit der Freundin nicht über Ängste reden, sondern über Mode etc. Die Patientin ist mit diesem Weg einverstanden. Vereinbart wird „jeder Donnerstag“. Sie hält sich daran und berichtet von erstaunlich guten Auswirkungen dessen auf ihr eigenes Empfinden. Der Therapeut warnt vor zu schnellen Veränderungen. Die Patientin nimmt von sich aus auch noch den Dienstag dazu.*

### Charta störungsspezifische Systemtherapie

Eine Charta kann politische oder konzeptuelle Entwicklungen weder verhindern noch steuern. Andererseits gab und gibt es auch in der systemischen Welt gezielt formulierte Positionierungen, die zumindest eine Zeit lang als Richtschnur gedient haben.<sup>8</sup> In diesem Sinne kann es durchaus nützlich sein, eine Charta zu formulieren als Richtschnur oder als Hilfsmittel, die systemische Identität auf einem Gebiet zu wahren, das mit Leitunterscheidungen und Konstrukten operiert, die Systemtherapeuten nicht unreflektiert übernehmen können. Deshalb wurde vom Autor als Diskussionsvorschlag ein entsprechender Entwurf einer Charta formuliert für eine störungsspezifische Systemtherapie, weil diese mehr als eine allgemeine Systemtherapie auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf die Wahrung ihrer systemischen Identität achten muss. Sie ist Lieb (2014) entnommen und im Anhang enthalten.

8) Erinnert sei z. B. an die „Potsdamer Erklärung“ der Systemischen Gesellschaft zur Aufstellungsarbeit von Bert Hellinger.

### Literatur

- Baecker, D. (2004). Einleitung: Wozu Gefühle? Soziale Systeme. Zeitschrift für soziologische Theorie 10 (1), S. 5-20.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1, S. 215-246.
- Fuchs, P. (2004). Wer hat wozu und wieso überhaupt Gefühle? Soziale Systeme 10 (1), S. 89-110.
- Fuchs, P. (2010). Das System selbst. Eine Studie zur Frage: Wer liebt wen, wenn jemand sagt: „Ich liebe Dich!“? Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Haun, M. W., Kordy, H., Ochs, M., Zwack, J., Schweitzer, J. (2012). Langfristige Wirkungen systemtherapeutisch erweiterter stationärer Psychiatrie im Erleben von PatientInnen, MitarbeiterInnen und externen KooperationspartnerInnen. Systeme 26 (2), S. 142-169.
- Jones, E., Asen, E. (2002). Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Dortmund: Borgmann.
- Keupp, H. (1972). Der Krankheitsmythos in der Psychologie. München: Urban und Schwarzenberg.
- Klein, R. (2014). Lob des Zauderns. Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Lieb, H. (2011). Kontextsensibilität: Eine aus der Systemtheorie abgeleitete Wirkvariable. In: Schindler, H., Loth, W., von Schlippe, J. (Hrsg.), Systemische Horizonte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 25-38.
- Lieb, H. (2014). Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl-Auer.
- Loth, W. (2014). Kurze Skizze eines langen Weges – Versuch über den systemischen Umgang mit Ungewissem. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 32 (4), S. 51-62.
- Luhmann, N. (1990). Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1997). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (2010). „Nomologische Hypothesen“, funktionale Äquivalenz. Limitationalität: Zum wissenschaftlichen Verständnis des Funktionalismus. Soziale Systeme 16 (1), S. 3-27.
- Minuchin, S., Rosman, L., Baker, L. (1981). Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Morin, E. (1977). La méthode. Vol. 1: La nature de la nature. Paris: Seuil.
- Nardone, G. (1997). Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hubert, 2. Aufl. 2003.
- Nardone, G. (2003). Den Tiger reiten. Strategische Kurztherapie für zwangsneurotische Patienten. Psychotherapie im Dialog 4 (3), S. 247-349.
- Ochs, M., Schweitzer, M. (Hrsg.) (2012). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Retzer, A. (1994). Psychose und Familie. Stuttgart/Jena: Fischer.
- Ruf, G. D. (2012). Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ruf, G. D. (2014, im Druck). Schizophrenien und schizoaffektive Störungen. Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schiepek, G. (1991). Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie-Praxis-Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Mit beigefügter CD-Rom – umfangreiche Darstellung aller bis 1991 vorliegenden Studien.

- Schleiffer, R. (2012). Das System der Abweichungen. Eine systemtheoretische Neubegründung der Psychopathologie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. v. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., Schumacher, B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur (De-)Konstruktion der Chronizität. Heidelberg: Carl-Auer.
- Selvini Palazzoli, M. (1982). Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F. (2004). Zur Systemtheorie der Emotionen. Soziale Systeme 10 (1), S. 111-139.
- Simon, F. (2012). Die andere Seite der „Gesundheit“. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, F. B., Weber, G., Stierlin, H., Retzer, A., Schmidt, G. (1989). Schizoaffektive Muster: eine systemische Beschreibung. Familiendynamik 14(3), S. 190-213.
- Stachowske, R. (2002). Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Drogenabhängigkeit und Familiengeschichte. Heidelberg: Asanger.
- Stierlin, H. (1984). Psychosomatische und schizopräsente Familien: Wechselfälle der bezogenen Individuation. Familiendynamik 9 (3), S. 278-294.
- Stierlin, H., Weber, G., Schmidt, G., Simon, F. (1986). Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. Familiendynamik 11 (4), S. 267-282.
- Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007). Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Szasz, T. (1972). Geisteskrankheit. Ein moderner Mythos. Freiburg: Walter. [Neuerscheinung in Vorbereitung im Carl-Auer Verlag, Heidelberg.]
- Tom, K. (2001). Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Weber, G. (Hrsg.) (1993). Zweierlei Glück. Systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg: Carl-Auer, Neuaufl. 2002.
- Weber, G., Drexler, D. (2002). Familienstellen bei Psychosen. Psychotherapie im Dialog 2002 (3), S. 243.

## Anhang

### Charta zur störungsorientierten Systemtherapie

#### Präambel

Innerhalb der modernen Systemischen Therapie und der heutigen Systemtheorie gibt es wichtige kritische Einwände gegen eine störungsspezifische Systemtherapie, die es zu berücksichtigen gilt. Diesen Kritiken zufolge läuft die Systemtherapie Gefahr, bei einer expliziten Störungsorientierung ihre systemische Identität zu verlieren, wenn sie das „medizinische Krankheitsmodell“ mit seinen therapeutischen und epistemologischen Fallen übernimmt. Das wäre z. B. der Fall, wenn Problembeschreibungen in Form von „Diagnosen“ erfolgen

und dabei die Kontexte der damit bezeichneten Probleme sowie die Kontexte der Diagnoseerstellung selbst nicht mehr gesehen und therapeutisch berücksichtigt würden. Dazu gehören die Kontexte der betroffenen Klientel ebenso wie die der Behandler, die privaten ebenso wie die gesundheitspolitischen, gesamtpolitischen und kulturellen.

Demgegenüber gibt es gewichtige Gründe, die störungsspezifische Tradition der Systemtherapie heute wieder aufzugreifen, sie empirisch und theoretisch neu zu untermauern und dabei auf ihren diesbezüglichen Traditionen aufzubauen. Es gehört in allen Kulturen zur Überlebensstrategie der Menschheit, bestimmte Phänomene als Störung oder als Krankheit zu bezeichnen, zu erklären und unter dieser Perspektive zu behandeln. Die Systemische Therapie verfügt heute über ein elaboriertes Spektrum an Theorien und Methoden, diese Phänomene selbst wie auch den Prozess hin zu ihrer sozialen Codierung zu beschreiben, zu erklären und systemisch zu behandeln. Sie muss darin ihre Identität nicht verlieren. Ganz im Gegenteil, sie kann sich, gerade auf der Basis ihrer systemischen Identität, dieser Phänomene und ihrer Codierungen explizit annehmen.

Psychische, somatische und z.T. auch interaktionelle Phänomene und Ereignisse, unter denen Menschen leiden, werden nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch im sozialen Alltag vermittle der Leitunterscheidung „gestört – nicht gestört“ oder „krank – gesund“ markiert. Bei den so bezeichneten Phänomenen handelt es sich um einen „Gegenstandsbereich“, den viele psychisch, somatisch oder sozio-psychosomatisch ausgerichtete Therapieansätze erklären und behandeln. Eine störungsorientierte Systemtherapie kann und muss zum einen die in diesen Schulen vorhandenen fruchtbaren Beschreibungspotenziale, Wissensbestände und Behandlungsmethoden in ihr eigenes Repertoire aufnehmen. Sie kann und muss prüfen, ob sie die Phänomene mit ihrer eigenen (System-)Theorie ebenso gut oder besser beschreiben und erklären kann. Sie kann und muss sich damit offensiv in das Gesundheitswesen einbringen. In der Praxis geschieht dies bereits seit vielen Jahrzehnten, wenn systemisch ausgebildete Therapeuten in klinischen Einrichtungen tätig sind und sich dort im Diskurs mit Kollegen anderer Therapieschulen positionieren. Eine explizit formulierte störungsorientierte Systemtherapie kann diese klinische Praxis konzeptuell auf eine neue Grundlage stellen.

Die Systemtheorie ist eine Metatheorie zur Integration von Wissensbeständen und Interventionsmöglichkeiten bei verschiedenen Störungsbildern. Sie ist deshalb besonders geeignet, weil sie nicht nur die Eigenheiten psychischer, somatisch-biologischer oder sozial-kommunikativer Vorgänge und Systeme zu beschreiben und zu erklären vermag, sondern – auf einer Metaebene – auch die allen diesen Systemen gemeinsamen Logiken, Operationen und Gesetzmäßigkeiten und koevolutiven Interaktionen abbilden kann. Auf der Basis der Leitunterscheidung „System – Umwelt“ kann die Systemtheorie die Interaktionen und Zusammenhänge zwischen diesen Systemen in besonderer Weise darstellen und therapeutisch nutzbar machen. Sie kann

die allgemeinen ebenso wie die störungsspezifischen Merkmale der Systeme Psyche, Biologie und Kommunikation sowie ihrer Interaktionen erfassen. Sie ist in der Lage, die jeweiligen Kontextbedingungen zu identifizieren, die zu Codierungen in Form von Diagnosen mit den Leitunterscheidungen „gestört – ungestört“ oder „gesund – krank“ führen. Vermittels ihrer Theoriearchitektur kann sie schließlich auch ihre eigene Etablierung im Gesundheitswesen selbst beobachten und beschreiben: die Interaktion „Systemtherapie – andere Instanzen des Gesundheitswesens“ oder das Verhältnis „Systemtherapie – Gesundheitswesen“ als Beziehung zwischen „Teil und Ganzem“ mit jeweiligen Auswirkungen auf beiden Seiten.

Im Hinblick auf die Frage, ob oder inwiefern sich eine Therapieschule durch ihre Etablierung im Gesundheitswesen selbst ändert, hat die moderne störungsspezifische Systemtherapie heute zwei Chancen, angemessene Antworten zu finden bzw. ihre Identität zu bewahren. Die erste entstammt ihrer Ressource der theoriekonzeptuell zu ihr gehörenden permanenten Selbstbeobachtung: ihre eigene Entwicklung in diesem System und ihre Interaktionen mit den dort relevanten Umwelten. Zum anderen kann sie aus der diesbezüglichen Geschichte anderer Psychotherapieverfahren lernen. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie sind diesen Weg der Etablierung im Gesundheitswesen gegangen. Diese beiden Schulen haben ursprünglich (wenn auch in unterschiedlicher Weise) das „medizinische Modell“ abgelehnt und haben es dann im Verlauf ihrer Beheimatung im Gesundheitswesen als Richtlinienverfahren dann doch zum Teil übernommen – unter partiellem Verlust ursprünglicher theoretischer und konzeptueller Potenziale. Das könnte auch mit dem systemischen Ansatz geschehen. Die oben genannten kritischen Anmerkungen sind insofern berechtigt. Das muss es aber nicht, wenn eine störungsorientierte Systemtherapie sich ihrer systemischen Prämissen bewusst bleibt und diese spezifisch auf das Gebiet codierter Störungen anwendet.

Die „Charta störungsorientierte Systemtherapie“ nennt solche Prinzipien. Sie kann als Leitfaden für ihre eigenen Konstruktionen auf diesem Gebiet und für ihre diesbezüglichen Selbstbeobachtungen dienen. Und sie kann im Prozess ihrer weiteren Entwicklung neuen Gegebenheiten angepasst und weiter modifiziert werden.

#### *Störungsspezifische Systemtherapie*

1. Aus Sicht der störungsspezifischen Systemtherapie kann es sinnvoll sein, bestimmte Phänomene als „Symptom“, „Störung“ oder „Krankheit“ zu bezeichnen. Nicht sinnvoll ist es aus dieser Sicht, „Gesundheit“, „Ungestörtheit“ bzw. „Symptomfreiheit“ zu beschreiben und zu definieren. Störungsspezifische Systemtherapie markiert nicht, was „positives Leben“ ist. Ziel der Therapie ist es demnach, „nicht mehr symptombelastet, gestört oder krank“ zu sein. Was das jeweils positiv bedeutet, bestimmen Klienten zu Beginn der Therapie oder in deren Verlauf selbst.

2. Wenn die störungsorientierte Systemtherapie im gesellschaftlichen Funktionsbereich des Gesundheitswesens als Heilverfahren anerkannt sein will, muss sie an dessen typischen Leitunterscheidungen („gesund – krank“, „gestört – ungestört“, „pathologisch – normal“) ankoppeln. Sie muss das so tun, dass sie ihrer systemischen Grundannahmen nicht verlustig geht. Das ermöglicht hinsichtlich der in Punkt 3 beschriebenen Positionen am besten Position 4.
3. Es ist sinnvoll, vier mögliche Positionierungen auf dem Feld der Codierung und der Therapie von „Symptomen, Störungen, Krankheiten“ zu unterscheiden:

#### **Position 1:** „Pro Störungsorientierung“ (formal: SO)

Danach ausgerichtete Ansätze unterlegen ihren Therapien eine nosologische Klassifikation, aus denen sie ihr therapeutisches Handeln ableiten (Beispiel: Leitlinientherapie).

#### **Position 2:** Aktive Negation von Position 1: „Nicht-Störungsorientierung“ (formal: NSO)

Danach ausgerichtete Ansätze lehnen die Verwendung nosologischer Klassifikationen aktiv ab. Diese Position könnte daher auch „Kontra-Störungsorientierung“ genannt werden. Sie basiert auf theoretischen, ideologischen oder empirischen Überlegungen.

#### **Position 3:** Passive Negation von Position 1: „Weder – noch“, d. h. „Weder Störungsorientierung noch Nicht-Störungsorientierung“ (formal: Nicht SO und Nicht NSO)

Danach ausgerichtete Ansätze vertreten weder Position 1 (Störungsorientierung) noch sprechen sie sich gegen sie aus. Sie beruhen daher auf einer einfachen und einer doppelten Verneinung (sie verneinen die Störungsorientierung und sie verneinen die Verneinung von Störungsorientierung).

#### **Position 4:** Sowohl-als-auch: „Sowohl Störungsorientierung als auch Nicht-Störungsorientierung“ (formal: SO und NSO)

Position 4 vertritt in Abkehr von der traditionellen abendländischen Logik, für die eine Aussage nicht gleichzeitig wahr und falsch sein kann, beide Positionen. Da eine synchrone zeitliche Organisation (beides zur gleichen Zeit) schwierig ist, geschieht das eher in Form einer diachronen zeitlichen Organisation (nacheinander) oder in Form eines Splittings. Im Splitting vertritt eine Instanz die eine und die andere Instanz die andere Seite in gegenseitiger Anerkennung.

Die folgende Übersicht fasst diese Positionen zusammen:

<b>Position 1</b> Pro Störungsorientierung  Formal: SO	<b>Position 4</b> Störungsorientierung und Nicht-Störungsorientierung  Formal: SO und NSO
<b>Position 3</b> Weder Störungsorientierung noch Nicht-Störungsorientierung  Formal: Nicht SO und nicht NSO	<b>Position 2</b> Nicht-Störungsorientierung  Formal: NSO

Position 1 und 2 können als parteilich, 3 und 4 als unparteilich oder neutral bezeichnet werden.

Bewertung aus Sicht der störungsorientierten Systemtherapie

Position 1 wird als problematisch angesehen, weil sie den therapeutischen Handlungsraum dadurch einengt, dass sie alle anderen Codierungen als die eigene ausschließt.

Position 2 wird kritisch bewertet, weil sie die eigene Identität auf der Negation von etwas aufbaut und so an dieses gebunden bleibt. Sie verbraucht auf vielen Ebenen viel Energie in der aktiven Negation.

Position 3 wird positiver als 1 und 2 bewertet, weil die für beide genannten negativen Aspekte entfallen. Problematisch an Position 3 ist, dass sie gegebenenfalls blind sein kann für jene spezifischen Aspekte menschlichen Leidens, wegen denen sie von manchen Instanzen als „Symptom“, „Störung“ oder „Krankheit“ bezeichnet (kodiert) werden. Sie läuft dann Gefahr, nicht nur nicht störungsspezifisch, sondern auch nicht störungsrelevant zu sein.

Position 4 wird positiv bewertet, weil sie alle positiven Aspekte (Wissensbestände und Pragmatiken) der anderen Positionen vereinen kann. Sie kann so auch im konstruktiven Diskurs mit Experten der Positionen 1, 2 und 3 bleiben.

4. Aus der Systemtheorie selbst lassen sich weder bestimmte Interventionen für die Therapie oder für den Umgang mit Klienten mit „Symptomen“, „Störungen“, „Krankheiten“ ableiten noch deren Verneinung. Kennzeichen einer Therapietheorie ist, wie sie Phänomene beschreibt und erklärt, und nicht, wie sie handelt. Aus der Systemtherapie lassen sich allerdings Hinweise ableiten, wie die Kommunikation mit Klienten so gestaltet werden kann, dass bei diesen nützliche Perturbationen wahrscheinlicher werden.

5. Die Bezeichnung eines Phänomens als „Symptom“, „Störung“ oder „Krankheit“ (Diagnose) ist ein Akt, der in der sozialen Welt stattfindet. Das gilt auch, wenn diese Markierungen von Personen, die damit bezeichnet werden, in ihre Selbstbeschreibungen übernommen werden. Nur die Welt sozialer Interaktionen und Kommunikationen kann diese Unterscheidungen hervorbringen. Der Organismus (Biologie/Soma) und die Psyche selbst unterscheiden nur zwischen Überleben und Nichtüberleben.
6. In der wissenschaftlichen Theoriebildung zu „Symptomen“, „Störungen“, „Krankheiten“ sollte zwischen Beschreibung, Bewertung und Erklärung unterschieden werden. Die Beschreibung und die damit zusammenhängende Klassifikation beschriebener Phänomene als „Symptom“, „Störung“ oder „Krankheit“ widerspricht nicht der Systemtheorie. Mit der Systemtheorie ist es allerdings nicht vereinbar, wenn Verhalten, Fühlen oder Denken einer Person oder eines Systems mit dem Vorliegen einer „Störung“ bzw. „Krankheit“ erklärt wird.
7. Merkmale einer störungsspezifischen Systemtherapie sind: Sie koppelt so an Personen oder Systeme, die mit klinischen Kodierungen operieren, an, dass es bei hilfesuchenden Klienten zu positiven Entwicklungen kommen kann und dass die Kommunikation mit Experten, die solche Diagnosen verwenden, fruchtbar gestaltet werden kann. Wenn sie selbst solche Diagnosen verwendet, bringt sie das stets als eine mögliche Wirklichkeitskonstruktion in die Kommunikation ein und nicht als „Wahrheit“ in Form einer „wahren Diagnose“. Sie vermittelt, dass solche Bezeichnungen keine Merkmale der damit bezeichneten Personen oder Systeme sind, sondern Zuschreibungen von außen.
8. Systemtheorie und Konstruktivismus unterscheiden zwischen Beobachtungen 1. Ordnung (B1O) und Beobachtungen 2. Ordnung (B2O). Die traditionelle medizinische Krankheitslehre gehört zu Ersteren und wurde auf das Gebiet der Psychiatrie und der Psychotherapie übertragen. Aus einer B2O-Perspektive kann per se keine positive oder negative Bewertung von Beobachtungen der Ebene B1O abgeleitet werden. Wenn man mit der B2O-Perspektive die Beobachtung 1. Ordnung beobachtet, kommt vor allem der Kontext der B1O-Beobachtungen in den Blick. Man sieht dann, wie die jeweiligen sozialen Kontexte die Beobachtungen der Beobachtung 1. Ordnung prägen: private, gesundheitspolitische und wirtschaftliche.
9. Ein herausragendes Bewertungskriterium für jede Therapieschule muss der Nutzen sein, den sie für ihre Klientel, deren Angehörige und für Ökonomie und Ökologie eines Gesundheitswesens hat. Empirische Evaluationen sind daher Bestandteil der störungsspezifischen Systemtherapie.

10. Die Kernmerkmale von Systemtheorie und Konstruktivismus gelten auch für die störungsspezifische Systemtherapie. Dazu gehören u. a.:
- Psyche, Soma (Biologie) und Kommunikation sind jeweils autopoietische Systeme: Sie erzeugen ihre Elemente und ihre Grenzen vermittels ihrer Operationen selbst.
  - Die Theorie ist bewusst abstrakt gehalten. Das ermöglicht es, die Systeme Biologie, Psyche und Kommunikation bzw. soziale Interaktion auf einer so allgemeinen Ebene zu beschreiben, dass diese Theorie auf alle drei Systeme anwendbar wird. Sie ist daher als Metatheorie geeignet für das Gebiet von Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik.
  - Prozesse, die zu „Störungen“, „Symptomen“ oder „Krankheiten“ führen, unterscheiden sich in qualitativer Hinsicht nicht von denen, die zu als „gesund“ oder „normal“ bezeichneten Phänomenen führen. Sie tun das allenfalls in quantitativer Hinsicht.
  - Eine instruktive Interaktion bzw. die Steuerung eines autopoietischen Systems von außen – durch die Umwelt oder durch ein anderes System – ist nicht möglich. Es gibt aus systemischer Sicht keine instruktiven Veränderungen von Psyche, Soma oder Kommunikation durch Therapie. In Therapien erzielte Veränderungen sind das Ergebnis von Interaktionen zwischen Therapeut und Klientensystem. Veränderungen in Psyche, Soma oder Kommunikationen sind Ausdruck von Perturbationen des Systems, das sich verändert. Psychotherapie findet ausschließlich im kommunikativen Raum statt.
  - Ein Kernmerkmal der Systeme „Psyche“ und „Kommunikation“, das sie von anderen Systemen unterscheidet, ist deren Sinnkonstituierung. Sie operieren im Medium Sinn und erzeugen Sinn.
  - Zur Rolle von Beobachtung und Selbstbeobachtung kommt der Selbstbeobachtung der Systemtherapie als Heilverfahren im Gesundheitswesen eine ganz besondere Bedeutung zu. Dazu gehört, dass der einzelne Therapeut ebenso wie die Systemtherapie als Ganzes sich und andere dahingehend beobachten und bewerten, welche kurz- und vor allem langfristigen Folgen es hat, wenn im Gesundheitswesen systemisch gearbeitet wird und dabei mit den Konzepten „Störung“ und „Krankheit“ operiert wird. Es geht um die Auswirkung auf Klienten, auf deren Angehörige, auf die Systemtherapeuten und nicht zuletzt auf die Systemtherapie und auf die Systemtheorie selbst.

**Hans Lieb**, Edenkoben (Rheinland-Pfalz): Dr. phil., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor IF Weinheim und SG sowie Verhaltenstherapie. Ausbildung in ST, VT, Gesprächspsychotherapie, NLP.

Publikationsliste: [www.hans-lieb.de](http://www.hans-lieb.de) · E-Mail: [hans.lieb@if-weinheim.de](mailto:hans.lieb@if-weinheim.de)