

Systemisch – symptom-spezifisch, beobachterInnen-abhängig, kompatibel mit dem medizinischen Gesundheitssystem?

Jürgen Hargens

Dies sollte ursprünglich eine Rezension werden, doch beim Lesen bemerkte ich, dass mich diese Aufgabe überforderte – einfach weil ich inhaltlich (fachlich, politisch?) eine ganz andere Ansicht vertrat und mir darüber im Laufe der Argumentation in diesem Buch immer klarer wurde. Insofern will ich hier meine andere Auffassung anhand der Lektüre

Hans Lieb (2014). Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl-Auer.

ein wenig erläutern und auf ein paar Aspekte hinweisen, die mir nicht so eindeutig theorie-konsistent scheinen.

Der Reihe nach:

Meinen grundlegenden Einwand kann ich leicht formulieren: ich teile die Idee einer störungsspezifischen Systemtherapie nicht. Hintergrund dieser Idee – und da zolle ich Lieb uneingeschränkt Respekt, da er dies so klar bereits am Anfang offenlegt – sind die „zur Zeit laufenden Bestrebungen, eine sozialrechtliche Anerkennung im Gesundheitswesen zu erreichen“, und die „machten es notwendig, die Wirksamkeit der Systemtherapie für bestimmte Störungen nachzuweisen“ (S. 9).

Wobei ich mich frage, woraus sich diese Notwendigkeit ableitet – denn sie bedeutet in meinen Augen zunächst einmal nichts anderes, als die Spielregeln des Gesundheitssystems anzuerkennen und das eigene Konzept dafür „passend“ zu machen. Vor diesem Hintergrund sind die Beschreibungen, Erklärungen und Begründungen durchaus nachvollziehbar und reihen sich in die Veröffentlichungen ein, die bei Vandenhoeck & Ruprecht erschienen sind: das Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen von Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe (2006).

Insofern wird dieses Buch die Debatte – und die notwendige Entscheidung – befördern, was das „Systemische“ an „der“ Systemtherapie ausmachen kann, soll und wird. Systemische Therapie hat sich – man denke an die epistemologischen Debatten, die 1982 in der Zeitschrift *Family Process* (21, 1, 1982) begannen – als Kritik an der bestehenden psychotherapeutischen Praxis entwickelt und dabei ein paar stärker „subversive“ Ideen entwickelt –

Abkehr vom Medizinsystem, Betonung der Erzählungen, Aufgeben der Vorstellung von Krankheit als eigenständige Entität u. Ä. m. Gerade die Etablierung systemischer Ansätze in Europa zeigt dies überdeutlich (Selvini-Palazzoli et al., 1977).

Hinzukommt, dass mit dem Darstellen von Störungsspezifität oft zugleich impliziert wird, ein psychotherapeutisches – hier: systemisches – Vorgehen entspreche der Logik eines medizinischen Modells, was durchaus von SystemikerInnen auch anders gesehen wird. Ich verweise nur auf die Darstellung der Systemischen Gesellschaft, wo es auf ihrer Website gerade in Hinblick auf Störungsspezifität und damit verbunden auch in Bezug auf Diagnose heißt:

Beschreibung statt Diagnosen

Im therapeutischen und beraterischen Bereich orientiert sich systemische Praxis am Anliegen der Klienten (Kunde/-innen) und verzichtet auf normative Zielsetzungen und Pathologisierung. Im Rahmen von fürsorglichen und sozial-pädagogischen Maßnahmen knüpft systemische Praxis an die Ressourcen der Beteiligten an, um ethisch vertretbare Zustände herbeizuführen.

Systemische Praxis verfolgt gemäß ihrem theoretischen Ansatz weder das Ziel, die Probleme diagnostisch zu erkunden und zu klassifizieren, noch sie kausal zu verändern. Vielmehr versucht sie, im Dialog mit den Betroffenen Beschreibungen zu entwickeln, die die Möglichkeiten aller Beteiligten, wahrzunehmen, zu denken und zu handeln, erweitern. Sie sucht also nach Bedingungen, mit deren Hilfe die Klienten ihre Ressourcen aktivieren können, um in Selbstorganisation zu ihren Zielen gelangen zu können (SG, o. D.)

Dies wird auch – so verstehe ich Lieb – von ihm selber so gesehen: „Aus der Systemtheorie lassen sich weder bestimmte Interventionen für die Therapie oder für den Umgang mit Klienten mit ‚Symptomen‘, ‚Störungen‘, ‚Krankheiten‘ ableiten noch deren Ablehnung“ (S. 16).

Ausgangspunkt systemischer Ansätze war und ist die Beobachtung – der betroffenen Menschen selber, was die SG mit dem Begriff „Selbst-Expertentum“ zusammenfasst:

Statt der immer besseren „Erfassung“ von Individuen und Systemen rückt der Erkennende (Beobachter) und seine persönlichen Hintergründe (Vorerfahrungen, Glaubenssysteme, Tabus und „blinde Flecken“) in den Vordergrund. Systemisch ausgerichtete Therapeut/-innen, Berater/-innen und Supervisor/-innen gehen von der Autonomie der Rat- und Hilfesuchenden aus und betrachten diese als „Experten und Expertinnen ihrer selbst“. Dabei wird das individuelle Erleben der Einzelnen als subjektive Verarbeitung ihrer lebensgeschichtlichen, affektiven und kognitiven Beziehungserfahrungen verstanden (o. D.).

Nun ließe sich sagen, dass im medizinischen Gesundheitsmodell solche Ideen eher störend und subversiv sein dürften. Was geschehen kann, wenn sich solche anfangs subversiven Ideen in das System hineinwünschen, sieht auch Lieb, indem er das Beispiel der Verhaltenstherapie nach ihrer Etablierung als Krankenbehandlung im Gesundheitswesen anführt: „An ihrer Entwicklung danach kann man beobachten, wie sich eine Therapieschule durch Anpassung an ihre Umwelt verändert. Eine erste Generation von Verhaltenstherapeuten übte sich nach dieser Etablierung in einer ‚doppelten Buchführung‘“ (S. 24f.).

Was sich mir z. B. in diesem Zusammenhang nicht erschließt, ist ein Aspekt von Liebs Übersicht „Was die störungsspezifische Systemtherapie nicht ist“ (S. 20f.): „Mit störungsspezifischer Systemtherapie verbindet sich keine Bewertung der Phänomene, die mit dem Begriff ‚Störung/Krankheit‘ markiert werden. Bewertungen sind stets solche von Beobachtern und gehören zu deren Kontexten“ (a. a. O.). Für mich sind Begriffe wie Störung/Krankheit immer mit Bewertungen verbunden. Ich wüsste nicht, wie es anders sein sollte. Und Bewertungen sind immer mindestens zweiseitig – zum einen persönlich und subjektiv, zum anderen gesellschaftlich und sozial, wobei beides durchaus nicht übereinzustimmen braucht. Genau deshalb halte ich es für notwendig, sehr genau darüber zu reflektieren, welche Worte/Begriffe verwendet werden – auch weil nach konstruktivistischer Sicht Sprache Wirklichkeiten hervorbringt. Zumal Lieb selber darauf aufmerksam macht, dass der „Begriff ‚Krankheit‘ ... der somatisch orientierten Medizin“ entstammt (S. 22) – das wirft bei mir die Frage auf, ob und ggf. inwieweit es dann sinnvoll ist, eben diesen Begriff zu verwenden. Zumal, wie Lieb anmerkt, eine solche „Übertragung ... weitreichende Folgen“ hat, denn „[s]ie führt zu zahlreichen Paradoxien“ (a. a. O.). Da erscheint es mir nützlicher und überzeugender, von vornherein auf solche Übertragungen zu verzichten.

Wie sich eine störungsspezifische Systemtherapie damit auseinandersetzen kann, welche Auswirkungen eine solche Übernahme vor-herr-schender Konzepte des etablierten Gesundheitswesens für systemische Ansätze haben kann und wie sich „Systemisches“ ihre Identität bewahren kann, davon findet sich dann leider so gut wie nichts in diesem Buch. Das ist das, was ich bedauerlich finde, allerdings nachvollziehen kann angesichts der politischen Situation – die beiden großen systemischen Fachverbände haben beschlossen, die Anerkennung des Gesundheitswesens zu erhalten, was immer das für „Systemtherapie“ bedeuten wird – denn darüber wird wenig öffentlich debattiert.

Levold macht beispielsweise (2014, S. 146) darauf aufmerksam, dass der „psychodiagnostische Mainstream ... nach wie vor an individuellen Pathologien ausgerichtet [ist] und ... Beziehungsmuster und soziale Kontexte als Randphänomene ohne eigenständigen Problemwert [behandelt]“.

Die für mich bedeutsamen Grundsatzfragen lauten, ob und ggf. inwieweit (1) sich Grundideen der beiden Bereiche (Systemtherapie und medizinisch ausgerichtetes Gesundheitswesen) überschneiden, (2) eine Übernahme traditioneller Begrifflichkeiten wesentliche Unterscheidungskriterien aufheben und (3) Unterschiede nützlich und befruchtend sein können.

Das hat u. a. auch damit zu tun, welche Begriffe verwendet werden. Wie nützlich ist es, von Störungen zu sprechen, von Diagnose, angesichts dessen, dass „ohnehin nicht der Missionar [bestimmt], sondern der Missionierte, was dabei herauskommt“ (Lieb, S. 119), was ich so verstehe, dass – egal, wie sehr sich systemisch Interessierte um Klärungsprozesse etc. bemühen, es VertreterInnen des bestehenden Gesundheitssystems sind, die entscheiden. Von daher ist es für mich bedeutsam, mögliche (!) Auswirkungen auf die eigenen Ideen (Konzept der Rückbezüglichkeit) zu reflektieren, ehe (!) solche Entscheidungen getroffen werden. Diese Diskussion habe ich vermisst und vermisse sie noch immer – was nichts daran ändert, dass ich durchaus erkenne, welche (soziale und finanzielle) Bedeutung es auch hat, im Gesundheitswesen Anerkennung zu finden. Für mich die Frage: um welchen Preis?

Literatur

Family Process, 21(1), März 1982

Levold, T., Wirsching, M. (Hrsg.) (2014). Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch. Heidelberg: Carl-Auer.

Schweitzer, J. & von Schlippe, A. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett-Cotta.

SG (o. D.). <http://systemische-gesellschaft.de/systemischer-ansatz/was-ist-systemisch/> (Zugriff 3.10.2014)

Jürgen Hargens (Meyn)