

# Sprachliche Umwelten körperlicher Erkrankungen

## Ein Beitrag zu einer systemischen Familienmedizin<sup>1</sup>

Arist v. Schlippe

### 1. Vorbemerkung

Die hier entwickelten Überlegungen spiegeln meine Erfahrungen im Rahmen der Osnabrücker Arbeitsgruppe wieder, in der mit dem Luftiku(r)s-Konzept ein familien- und verhaltensmedizinisches Modell zur Betreuung asthmakrankter Kinder und ihrer Familien entwickelt wurde (u.a. Theiling et al. 1992, Könning et al. 1997, Brockmann & Wegner 1998). Sie sind in dieser Form das Ergebnis intensiven Austausches innerhalb dieser Arbeitsgruppe. An diese Erfahrungen möchte ich allgemeinere Überlegungen darüber anschließen, wie soziale Systeme Wirklichkeiten um chronische Krankheiten herumbauen. Neben einem allgemeinen Modell zum Verständnis der systemischen Prozesse chronischer Erkrankungen werde ich dabei auch eine persönliche Geschichte erzählen. Es ist u.a. eine Geschichte meines Abschieds von einem heimlichen Hochmut: ‚eigentlich sind alle, auch die körperlichen Krankheiten im Grunde psychologischer Natur‘ – und es ist eine Geschichte meines Friedens mit der Perspektive der Schulmedizin und mit den Mediziner:innen, der sich in vielen Fällen zur Freundschaft weiterentwickelt hat. Es freut mich gleichzeitig, wenn ich von meinen Medizinerkollegen höre, daß es auch für sie so ist, daß die Kooperation mit anderen Berufsgruppen in unserem Projekt ihre Arbeit im medizinischen Alltag verändert hat.

### 2. Statt einer Einführung: eine Geschichte

Seit etwa anderthalb Jahren gibt es in Lettland eine Gruppe, die sich mit Konzepten und Ausbildung in systemischer Therapie befaßt. Von dieser Gruppe war ich eingeladen worden, in einem familienmedizinischen Fortbildungskurs über das Osnabrücker Luftiku(r)s-Modell zu berichten<sup>2</sup>. So kam es, daß ich im Sommer diesen Jahres zum ersten Mal in meinem Leben in Riga war – übrigens der Stadt, in der mein Vater geboren ist, aber das ist eine andere Geschichte.

Im Kurs begannen wir damit, den Verlauf einer chronischen Asthmaerkrankung und ihre Bedeutung für das Familiensystem in Form einer Folge von Skulpturen nachzuvollziehen, in denen die Rollenspieler jeweils nachempfinden konnten, welche Gefühle, Assoziationen und Impulse mit der jeweiligen Position zu verschiedenen Zeitpunkten auf dem Familienlebenszyklus verbunden waren, wie die einzelnen in Beziehung zu einander standen und welchen Selbstwert sie erlebten.

- 1) Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf der Jahrestagung der DAF (Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie) in Aachen 1997
- 2) Im Rahmen einer von Linde v. Keyserlingk aufgebauten Ausbildungsgruppe lettischer Therapeut:innen in systemischer Therapie.

*In jeder einzelnen Aufstellung sprachen wir darüber, wie diese sich auf die Bilder auswirkte, die die einzelnen von sich selbst und von ihren Möglichkeiten in der Welt entwickelten. Das Interessante für mich war, daß alles, was ich sagte, von einer Dolmetscherin ins Lettische übersetzt wurde, eine Sprache, die mir völlig fremd ist, so daß ich die Wirkung meiner Worte dann erkennen konnte, wenn sie in für mich unverständliche Laute transformiert worden waren.*

*Die Methode der Familienskulptur setze ich an dieser Stelle als bekannt voraus (ausführlich: v. Schlippe & Schweitzer 1996). Begonnen wurde mit der Aufgabe, daß eine junge vierköpfige Familie in der Skulptur ein Gleichgewicht entwickeln sollte, was auch mit den für diese Phase im Life-Cycle typischen Turbulenzen gelang. Im nächsten Schritt wurde die Vorstellung induziert, daß es dem einen der beiden Kinder immer schlechter gehe, Bronchitis, Husten – wie reagiert das System darauf? Die Antwort ist einfach: die Mutter beugt sich nah zu dem Kind, die Beziehung wird enger, wenn auch belastet, Vater und Geschwisterkind stehen etwas verloren im Raum, rücken langsam an den Rand.*

*In der nächsten Szene stehen wir in der Situation, daß sich die Atemnot des Kindes verschlimmert, die Sorgen und Ängste in der Familie wachsen – wie verändert sich die Skulptur, wie die Organisation des Systems um das Symptom herum? Mutters Ängste, das Kind könne ersticken, Vaters Versuche, zu entdramatisieren, vielleicht aber auch zu bagatellisieren, Geschwisters Eifersüchteleien – all dies sind in der Skulptur symbolhafte Darstellungen von Mustern, die sich um das Phänomen Krankheit herum entwickeln, Muster, die ja vor allem Kommunikationsmuster sind – sie lassen sich in der Skulptur quasi „geronnen“ darstellen.*

*Das Szenario, das darauf folgt, habe ich direkt der Schilderung einer Familie aus unserem Osnabrücker Luftikurs-Programm entnommen: eine Silvesternacht, die Atemnotanfälle des Kindes erreichen ein noch nie dagewesenes Maximum, es läuft blau an, auch der Vater bekommt es nun mit der Angst zu tun, was ist, wenn es wirklich stirbt? Schnell wird das Geschwister zur Nachbarin gegeben, – in der Skulptur tritt sie hier auf den Plan, die anderen bauen die Szene auf: mit Stühlen wird das Auto dargestellt, in dem der Vater am Steuer sitzt, Mutter hinten, das kranke Kind auf dem Schoß, es ist Glatteis, der Wagen schlingert, Vater fährt, so schnell er kann, angetrieben von seiner und der Mutter Angst: „Schnell, es stirbt!“ Diese Szene wird für die Familie zur Schlüsselszene für alles weitere. Die Gefühle sind sehr intensiv, vielfältig und widersprüchlich – neben die Angst tritt für das kranke Kind ein Gefühl von Wichtigkeit und Geborgenheit in der Nähe zur Mutter, die ebenfalls die Intensität der Nähe in dieser existenziellen Situation als etwas Wertvolles beschreibt. Der Vater erlebt sich endlich in der Lage, etwas zu tun, bedeutsam zu sein, das Geschwisterkind bei der Nachbarin dagegen versteht gar nichts und spürt nur ein undifferenziertes Gefühl von Verlust und Wut.*

*In der Klinik angekommen, wird nun ein Wechsel der Beschreibungen vorgenommen: wir geben in die Skulptur ein, daß hier erstmals der Begriff „Asthma“ fällt, die Diagnose – und das ist innerhalb von kürzester Zeit die zweite prägende Schlüsselszene, sowohl für die Rollenspielfamilie als auch für viele Familien, mit denen ich bislang Kontakt hatte: „Mr. Asthma“ betritt die Bühne – im Spiel – ganz passend – ein hagerer älterer Mann, er blickt streng auf die Familie, alle schauen auf ihn, wie gebannt. Wieder verändert sich die Familie völlig. Die bewegte Intensität der vorigen Szene fällt ab, eine eigenartige Lähmung tritt ein, die Familie wirkt wie eingefroren, aus der Familie M. ist die Asthmafamilie M. geworden, nichts ist mehr wie vorher.*

*Es sind diese beiden Szenen, die, wie wir wissen, für viele Familien in allen späteren Szenen erneut mitschwingen und das Erleben der neuen Szenen bestimmen – das „Trauma“ und das „Etikett“ mit allen seinen Facetten.*

An dieser Stelle führen wir nun andere Personen in die Skulptur ein: das Etikett ist eine Einladung zur Verstrickung für viele Menschen zu gefragten und ungefragten sprachlichen Inputs in das Familiensystem, das sich unter jeder in die Skulptur eingeführten Aussage weiter verhärtet. Es ist leicht vorzustellen, wie es in der Skulptur zugeht, als dann all diese Leute aufgefordert wurden, ihre Sätze und Botschaften simultan auf die Familie einströmen zu lassen.

Dadurch, daß all diese Worte ja auf lettisch gesagt wurden, war ich in einer besonderen Position: ich beobachtete, wie für mich völlig unverständliche, sinnlose Schallwellen, die durch die Luft schwirten, dazu führten, daß bei den Familienmitgliedern Reaktionen erkennbar wurden:

- Sie wurden blaß oder rot
- Sie veränderten ihre Mimik
- Sie veränderten ihre Körperhaltung
- Der „Mutter“ traten Tränen in die Augen
- Die Skulptur entwickelte sich in einem Muster, das ich von vielen Familien mit chronisch kranken Kindern inzwischen kenne: die FM drehten sich zunehmend nach innen, versuchten mehr oder weniger hilflos, die Grenzen nach außen zu wahren und erstarrten.

Gerade weil die Sprache selbst für mich unverständlich war, war dieser Prozeß für mich so eindrücklich, und so wurde dieses Stück auch noch einmal ein Lehrstück über die Macht der Sprache.

### 3. Die Macht der Sprache

Die Sprache dient nicht dazu, eine äußere Welt zu verinnerlichen, sondern sie bringt unsere Welt, so wie sie ist, erst hervor. Sprache ist mehr als nur ein Kommunikationsmittel, Julian Jaynes etwa, ein amerikanischer Psychologe, sieht sie als „Wahrnehmungsorgan“ (1988), und Benjamin Whorf, klassischer Theoretiker der Linguistik (1963), spricht von der Sprache als „nahezu eigenständiger Intelligenz“, die sich der einzelnen Menschen bedient. Statt sie als Werkzeug zu sehen, mit dem wir die Welt erkennen können, sieht es aus Sicht systemischer Erkenntnistheorie eher so aus, als zwingt die Sprache uns ihre Gesetzmäßigkeiten auf, orientiert sie unser Denken in ihre Kategorien.

Es würde zu weit führen, die erkenntnistheoretischen Implikationen hier ausführlich zu diskutieren. Der Grundgedanke, den ich an dieser Stelle betonen möchte, ist: alle Phänomene, denen wir uns gegenübersehen, sind erst durch die sprachlichen Umwelten, die wir darum herum gebaut haben, zu den Phänomenen geworden, die wir erkennen. Sie würden vielleicht auch existieren, wenn es keine Sprache gäbe, sie zu beschreiben, doch dann würde nicht nur die Krankheit, sondern unsere gesamte Welt mit Sicherheit ganz anders aussehen, es gäbe keine Ärzte, keine Kliniken, keine Bücher über Krankheiten, keine Lehrmeinungen, keine Alltagsweisheiten und Hausmittel. Ich denke, es ist völlig überflüssig, darüber zu spekulieren: Krankheit und das Sprechen über Krankheit sind untrennbar ineinander verwoben.

Eine systemische Familienmedizin muß m.E. auf diesen Überlegungen aufbauen, eine eigene Identität entwickeln und medizinische und verhaltensmedizinische Konzepte kritisch reflektieren (s. a. Theiling 1995). Ich möchte meine Anregungen im Folgenden in Form von Thesen vorstellen.

### 4. Thesen zu einer systemischen Familienmedizin

**Erste These: Chronische Krankheit ist ohne die sie umgebenden Sinn-Umwelten gar nicht (mehr) vorstellbar.**

Diese These knüpft an die soeben geäußerten Überlegungen zur Sprache an. Sprache ist das Medium, über das in sozialen Systemen Sinn gebildet wird. Ich möchte mich an dieser Stelle Luhmanns Unterscheidung anschließen, wenn er drei Bereiche beschreibt, in denen sich menschliche Wirklichkeit vollzieht: Leben, Bewußtsein, Kommunikation (1988).

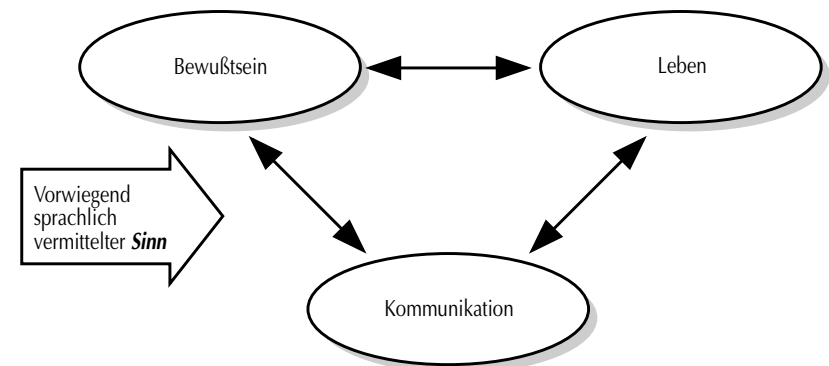


Abb.: Drei Klassen autopoietischer Systeme nach Luhmann: Leben, Bewußtsein, Kommunikation

Für Luhmann sind diese drei Systembereiche voneinander abgeschlossene autopoietisch operierende Einheiten – „das Leben lebt sein Leben, ohne daß ihm Bewußtsein oder Kommunikation hinzugefügt werden könnte.“ (1988, S. 48), wenngleich sie vielfältig strukturell gekoppelt sind. Entscheidend ist, daß man sie jeweils als Unterscheidungen betrachten kann, aufgrund derer es möglich wird, sie einander gegenüberzustellen und vor allem: sie jeweils füreinander als *Umwelten* anzusehen, die sich gegenseitig anregen,

anstoßen, verstören: Krankheit wird in der Gesellschaft meist ausschließlich dem Bereich Leben zugeordnet, die gesamte Medizin als Wissenschaft lebt von dieser Zuordnung. Doch Krankheit stellt für Bewußtsein und Kommunikation eine Umwelt dar, die sinngebundene Prozesse anstößt: über Krankheit wird nachgedacht, über Krankheit wird gesprochen, wird kommuniziert. Nur ein Teil des krankheitsbezogenen Handelns in der Medizin, meist nicht einmal der größte, hat unmittelbar mit körperlichen Vorgängen zu tun.

Das führt mich zu meiner zweiten These.

### Zweite These: Chronizität ist etwas anderes als Krankheit.

*Chronizität* einer Krankheit kann man definieren als das Gesamt der sprachlichen Vorgänge um das körperliche Geschehen herum. Kranksein, das bedeutet nicht nur, eine Krankheit zu haben und an ihr über einen nicht absehbaren Zeitraum hinweg zu leiden (=Leben), sondern vor allem: über Krankheit zu sprechen, mit sich selbst (=Bewußtsein) und mit anderen (=Kommunikation).

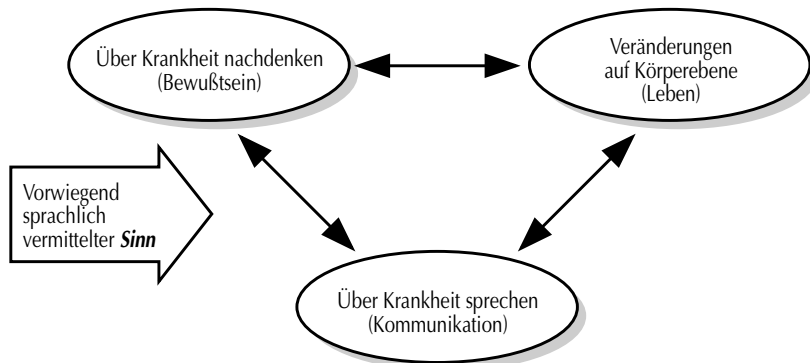


Abb.: Krankheit in den drei Systemen: Leben, Bewußtsein, Kommunikation

Was wir als körperliche Krankheit erleben und so bezeichnen, wird durch den Akt der Versprachlichung (auch) eine soziale Konstruktion. Und von dem Moment an reagieren wir nicht nur auf die Krankheit, sondern wir konstruieren die Phänomene mit, mit denen wir es zu tun haben. Aus der Familientherapie kennen wir in diesem Zusammenhang den Begriff des „organisierenden Prinzips“: das Muster der Interaktionen, die sich um ein Phänomen

herum entwickeln, sei es eine Krankheit, eine Verhaltensstörung, eine Alkoholflasche ist nicht „schuld“ an dem Phänomen, doch ist das eine ohne das andere oft nicht mehr denkbar.

Chronische Krankheiten sind in unserer heutigen sozialen Welt nicht vorstellbar ohne die sie umgebenden sprachlichen Umwelten. Wenn wir als Fachleute einer Familie begegnen, dann hat sie Myriaden sprachlicher Akte hinter sich, die sich auf das körperliche Geschehen beziehen, dann sind Mr. Asthma oder Mrs. Diabetes schon lange Familienmitglied geworden.

Und auch wir als Fachmenschen sind Beteiligte daran, auch für uns kann eine chronische Krankheit zum organisierenden Prinzip werden. Ich werde nie vergessen, welchen Schrecken ich bekam, als ich vor ca. 5 Jahren in der Zeitung las, daß Asthma bald völlig heilbar sei: dann verliere ich ja einen wesentlichen Bereich meiner Identität als Wissenschaftler! Wir sind auch, z.B. mit diesem Beitrag, Mitproduzenten des Produktes Chronizität. Und das bedeutet: mit unseren Beschreibungen greifen wir in das ein, was wir scheinbar sachlich neutral nur zu beschreiben meinen. Das führt mich zur dritten, zur wichtigsten These:

### Dritte These: Die Beschreibung verändert das Beschriebene.

In dem Moment, wo ich mich sprachlich auf etwas beziehe, verändere ich es auch schon – wir kennen dafür den Begriff der Rekursivität. Beschreibungen sind nicht harmlose Abbilder von etwas da draußen, sondern sie sind rückbezüglich, sie sind an seiner Konstruktion mit beteiligt und greifen in das Beschriebene ein. Dies wird im Bereich psychiatrischer Beschreibungen besonders deutlich:

*Beispiel: Ich fühle mich längere Zeit niedergeschlagen, müde, erschöpft. Jemand sagt: „Das ist eine Depression!“ Wie verändert sich das, was ich erlebe? Aus einem Prozeß wird ein Ding, eine Sache.*

*Ein Kind verhält sich unruhig, impulsiv, unaufmerksam, nervt die Mutter und die Erzieher. Jemand sagt: „Das Kind ist hyperaktiv“ Was verändert das? Es wird von einem Kind, das sich unruhig verhält, zu einem Kind, das ein Hyperkinetisches Syndrom hat.*

*Oder nehmen wir den Begriff „Borderline-Störung“. Ein bestimmtes Verhalten und Erleben einer Person wird mit diesem Namen belegt. Das mag dem Therapeuten ermöglichen, schneller Hypothesen aufzustellen über das, was diesen Menschen quält, über das, was er oder sie erlebt hat und über Richtungen, in die der therapeutische Prozeß laufen könnte. Doch bleibt es nicht dabei. Der Begriff zieht Kreise. Patienten können sich über die Diagnose informieren – und damit einverstanden sein oder erschrecken – oder sie prozessieren mit ihrem Therapeuten, („wie es Borderliner ja gern tun...“). Und auch bei Fachleuten greift die Beschreibung in das Beschriebene ein: es ist „interessant“, Borderline-Patienten zu behandeln, die Kollegenschaft ist beeindruckt. Da wird auch Status definiert: ‚Ich arbeite mit schwer gestörten Patienten! Ich bin also besonders kompetent!‘ In der Folge wird die Diagnose häufiger gestellt usw.*

Vergleichbares gilt natürlich für somatische Krankheiten. Diagnosen sind Beschreibungen, die das Lebensgefühl von einem auf den anderen Moment verändern können. Aus Familie X wird eine Asthmafamilie, ihr Leben verändert sich, sie gehen vielleicht zum Asthmasport

und in die Selbsthilfegruppe, werden dort in den Vorstand gewählt usw. Natürlich hat die Sprache nicht die Macht, daß wir sagen können: „Steh auf, Du bist geheilt!“, wengleich man bekanntlich auch hier nicht so sicher sein kann. Gefährlicher ist wahrscheinlich die Umkehrung: „Bei Ihnen ist nichts mehr zu machen!“ Doch, bleiben wir bei dem weniger dramatischen Zauber, den Worte ausrichten können: es ist leicht nachvollziehbar, daß es einen Unterschied macht, ob ein Geräusch in der Lunge als „harmlos“, als „Bronchitis“ oder als „Asthma“ bezeichnet wird, und zwar wegen der Implikationen und der Kausalzuschreibungen, die damit verknüpft sind und das sind die „Risiken und Nebenwirkungen“ unserer Begriffe.

#### **Vierte These: Begriffe haben Risiken und Nebenwirkungen.**

Wenn Begriffe nicht (nur) Wirklichkeiten beschreiben, sondern auch in diese eingreifen, dann geht es darum, ihre Prämissen zu untersuchen, also die in den Begriffen enthaltenen Vorentscheidungen darüber, wie die Welt zu sehen sei. Jeder Begriff sollte genau daraufhin befragt werden, ob die Art, in der er dazu einlädt, über Krankheit zu sprechen, neue Möglichkeiten eröffnet oder nicht.

Nehmen wir als Beispiel den Begriff „Psychosomatik“. Es ist eine Vielzahl von Erfahrungen, die unsere Arbeitsgruppe in Osnabrück dazu gebracht haben, sehr vorsichtig mit diesem Begriff umzugehen. Allzu oft haben wir erlebt, daß diese Beschreibung, die ja einmal eine emanzipatorische Funktion hatte, das Beschriebene auf eine Weise veränderte, daß Menschen sie nicht mehr dazu nutzten, über sich nachzudenken, sondern sich zu entwerten – psychosomatisch, das hat heute eine Konnotation wie früher das Wort hysterisch. Die Beschreibung hat das Beschriebene verändert.

*Meine Skepsis brachte ich auch in den o.a. Kurs in Lettland ein. Wann immer mir die Teilnehmer mit Überlegungen kamen, Asthma sei ja eine psychosomatische Krankheit, problematisierte ich diese, versuchte sie zu dekonstruieren, bis mich die Kollegin, die ich zu dem Kurs eingeladen hatte und die die Gruppe gut kannte, beiseite nahm und mir erklärte, daß es für die Teilnehmer bis vor 8 Jahren noch eine verbotene Perspektive gewesen sei, anders als biologisch auf körperliche Krankheiten zu schauen, daß die Verwendung des Wortes „psychosomatisch“ für die Teilnehmer also eine Errungenschaft der Freiheit darstellt. Mich hat diese Geschichte beschämt, ich habe gemerkt, wie sehr ich meine eigenen Erfahrungen absolut zu setzen tendiere. Die Beschreibung verändert das Beschriebene, aber auch die Beschreibung verändert sich selbst, je nach dem Kontext, in dem sie steht.*

Ein anderer Begriff, der in der Psychologie gern verwendet wird, ist der der „Bewältigung“. Implizit steckt darin, daß psychologische Vorgänge erst nach der Krankheit ansetzen, daß psychologisches Geschehen sich nur auf das „Damit-fertig-werden“ zu richten hat. Dies hat im Gegensatz zu der Pragmatik des Begriffs „Psychosomatik“ Vorteile, es entlastet, man muß nichts „Verstecktes“ aus den Leuten „herausholen“, doch ist auch diese Sicht nicht frei von Nebenwirkungen. Es wird eine technizistische Denkweise gestützt: Meine Krankheit

hat nichts mit mir zu tun, ich muß sie bekämpfen, wo es nur geht. Krankheit wird nicht mehr als Herausforderung gesehen, auf neue Weise über sich selbst nachzudenken. So geben viele bewältigungsorientierte Programme Sach-Informationen, üben ggf. auch noch verändertes Verhalten ein, jedoch Fragen nach persönlichen Bedeutungszusammenhängen, nach persönlichen und familiären Herausforderungen verstummen da oft schnell (s.a. v. Schlippe et al. 1997).

M. E. geht es hier um eine sprachliche Falle, liegt der Diskussion um Psychosomatik oder Bewältigung ein Interpunktionsproblem zugrunde: war erst der Konflikt oder erst die Krankheit? Aus systemischer Sicht birgt hier der Begriff „Muster“ deutlich weniger Risiken und Nebenwirkungen: Körperliches Geschehen, sprachliche Konstruktionen und systemische Prozesse haben sich in unentwirrbarer Weise zu einem Muster verbunden. Dieses Muster ist entstanden im Verlauf von Millionen von Kommunikationen, von Interaktionen, die eng mit körperlichem Geschehen verzahnt sind. Und jede Intervention, die einer Familie hilft, in diesem Muster mehr Bewegungsspielraum zu entwickeln, ist aus dieser Sicht zu begrüßen.

Noch einmal zurück zu Risiken und Nebenwirkungen. *Compliance* ist ein weiterer Begriff, der in der Medizinischen Psychologie zunehmend verwendet wird. Auch in ihm sind Implikationen versteckt wie das Bild des widerspenstigen Patienten, der sich nur unter Anwendung von Psychotechniken dazu bringen läßt, den Anweisungen des Arztes Folge zu leisten. Compliance bedeutet dann eine administrative Lösung der gespannten Arzt-Patient-Beziehung. Nie habe ich den Begriff besser definiert gefunden als in der Aussage eines psychiatrischen Patienten: „Compliance heißt, das Zeug auch zu nehmen, das die Halbgötter in Weiß angeordnet haben“. Psychosoziale Mitarbeiter werden dann dazu abgeordnet, die Compliance zu erhöhen. Der Medizinsoziologe Lachmund (1987) spricht in diesem Zusammenhang von einer „sozialtechnologischen Rationalisierung der Arzt-Patient-Beziehung“: die mangelnde Kooperation des Patienten wird nicht als Information gesehen und genutzt, sondern als Störung des reibungslosen Betriebs, die zu beseitigen ist. Ich schlage vor, ihn ersatzlos zu streichen und durch die Begriffe „respektvolle Partnerschaft“ und „geteilte Verantwortung“ zu ersetzen, wie sie Susan McDaniel als Voraussetzung für eine neue Gesundheitsfürsorge fordert (1996).

#### **Fünfte These: Die Vielfalt der Beschreibungen läßt sich in interdisziplinärer Kooperation am besten aufrechterhalten.**

Ob Begriffe für die Betroffenen mehr Möglichkeiten eröffnen, ist vielleicht sogar daran zu erkennen, wie ungemütlich, unbequem sie für uns als Fachleute sind. So stellt etwa ein Begriff wie *Lebensqualität* kurzfristigen Effizienzforderungen, denen wir uns ja zur Zeit überall gegenübersehen, eine andere Qualität entgegen: daß es nicht um schnelle Reparatur geht, sondern daß die Verbesserung der Lebensqualität auch ein Aspekt ist, den es in

Gesundheitsversorgung und -erziehung zu beachten gilt. Lebensqualität ist aber auch eine weitergehende Anforderung an uns. Er impliziert, die Optik weiter zu stellen, nicht nur den Patienten oder die Krankheit zu sehen, sondern auch den Kontext, in dem er/sie lebt.

Das stellt eine Herausforderung dar, der eine Berufsgruppe allein nicht gerecht werden kann. *Interdisziplinarität* stellt liebgewordene Organisationsstrukturen infrage, so daß der Begriff gern mißverstanden und im klassischen Sinn als „Delegation“ mißdeutet wird: „Interdisziplinarität praktizieren wir schon seit 25 Jahren“, sagte mir der Chefarzt einer Rehabilitationsklinik im Rahmen einer Umfrage, „wenn die Leute nicht spüren, werden sie zum Psychologen geschickt!“ Durch Delegation wird die Vielfalt der Beschreibungen, wie sie die einzelnen Disziplinen anbieten, vorschnell reduziert und segmentiert. Das Kernstück von Interdisziplinarität besteht darin, die Unterschiede in den Beschreibungen zu nutzen, um zu einer Gegenstandsrekonstruktion zu gelangen, die der Komplexität und Vielfalt angemessen ist und die den Bedürfnissen der Klienten gerecht wird. Interdisziplinarität bedeutet also eine enge Verzahnung der betroffenen Berufsgruppen auf der Ebene der Gleichberechtigung der Perspektiven. Den Kern gemeinsamer Arbeit in dem gleichberechtigten Austausch der verschiedenen Perspektiven zu sehen: erst dies ermöglicht aus systemischer Sicht eine angemessene Gegenstandsrekonstruktion.

### 5. Ausblick: praktische Überlegungen

Da ich meine theoretischen Überlegungen in Form von Thesen aufgestellt habe, möchte ich im folgenden praktischen Teil die Implikationen für eine systemische Medizin in Form von Imperativen zusammenfassen.

#### ■ Suche nichts „dahinter“

Die Idee, es gebe „hinter“ der Krankheit irgendetwas Verborgenes, einen Paarkonflikt, ein Familienproblem, von dem das Symptom ablenkt – und dessen Auffinden womöglich das Symptom erübrigt, ist eine der größten Gemeinheiten, die man einer Familie mit einem kranken Kind antun kann! Sie werden doppelt gestraft, doppelt belastet. Daß etwas „dahintersteht“, ist eine Beschreibung und die Frage ist, ob diese Beschreibung hilfreich ist. M.E. ist sie das nicht. Natürlich gibt es Kinder mit Asthma und einer symbiotischen Mutterbindung, aber es gibt auch Kinder mit Asthma ohne Symbiose oder verdeckten elterlichen Paarkonflikt. Und wenn sich im Gespräch ein Paarkonflikt zeigt, dann ist es m.E. hilfreicher, nicht davon auszugehen, daß dieser „hinter“ dem Asthma stand, sondern vielleicht einfach „daneben“, also nicht (die) Ursache oder eigentlicher Hintergrund der Krankheit ist, sondern Teil eines Musters. Dann wird es leichter, mit der Familie zu kooperieren, weil es dann nicht um Schuld geht und nicht um die von beiden Seiten mißtrauisch beäugte Vorstellung, daß es „eigentlich“ um etwas ganz anderes geht. Der Imperativ lautet also hier: Suche nichts ‚dahinter‘, sei vielmehr auftragssensibel und gehe mit dem konkreten Anliegen der Familie.

#### ■ Sei sensibel für eigene und fremde Beschreibungen

Eine systemische Familienmedizin sollte vor allem sensibel für die Beschreibungen sein, die in Systemen über Krankheiten hergestellt werden. Diese Beschreibungen sollte sie daraufhin abklopfen, ob sie eine Wirklichkeit erzeugen, die die Betroffenen der Wahrnehmung ihrer Möglichkeiten beraubt – oder einen Zugang dazu bietet.

#### ■ Sei tolerant gegenüber den Beschreibungen anderer Berufsgruppen oder anderer Schulen

Jede Beschreibung, sei sie medizinisch oder psychologisch und die daraus abgeleiteten Interventionen greifen in das Muster ein, in das eine Krankheit und das sie umgebende System verwoben sind. Es ist auch wichtig, konkrete krankheitsbezogene Informationen zu vermitteln, die der Familie helfen, bestimmte physiologische Abläufe besser zu verstehen. Es kann ebenfalls nützlich sein, das Krankheitsmanagement zu verbessern, sofern das hilft, besser mit Krisen umzugehen und auf diese Weise die Chance besteht, daß sich neue Muster entwickeln. An dieser Stelle gibt es Berührungspunkte z.B. zur Verhaltensmedizin.

#### ■ Wahre den Systembezug

Wichtig ist allerdings, den Blick für das jeweils als zentral definierte System zu gewährleisten (also: Familie oder Familie plus Behandler), darüber nachzudenken, was eine Beschreibung, die an einer Stelle vorgenommen wird, an anderer Stelle im System vielleicht verändert. Wenn das jeweils relevante System angesprochen ist, ist das gesamte Inventar der systemischen Therapie einsetzbar: Klärung von Aufträgen und Zuweisungskontexten, das Durchspielen hypothetischer Veränderungen, die Externalisierung von Krankheit mit dem Ziel, ihr einen neuen Ort zu geben usw.

#### ■ Bleibe neutral gegenüber jeder Diagnose, aber auch bescheiden

Die Sensibilität für Beschreibungen erfordert, sich gegenüber einer jeden Diagnose neutral zu verhalten, selbst wenn man sie zu stellen gezwungen ist. Vor allem sollten weder Festlegungen akzeptiert werden („das werden Sie nie los!“), noch unrealistische Erwartungen („das wächst sich aus, Sie werden wieder ganz gesund!“) geschürt werden. Zu empfehlen ist die Haltung: „Es gibt viele mögliche Beschreibungen und die Diagnose ist eine davon!“ Damit einher geht eine Bescheidenheit gegenüber physiologischen Veränderungen, *Hybris gegenüber der Krankheit* ist eine vermessene Form der Beschreibung, der wir gerade von psychologischer Seite manchmal aufsitzen.

### ■ Achte die Krankheitsgeschichte

Die Krankheitsgeschichte ist auch eine *Geschichte von Beziehungen*:

- Wer hat welche Perspektive auf die Krankheit, erklärt sie wie und was bedeutet das?
- Welche Beziehungen werden als belastend/unterstützend erlebt?
- Wer hat welche Vorstellungen von der Ursache, von der Lösung?

Dabei lassen sich Unterschiede in den Beschreibungen herstellen:

Wer ist am meisten/am wenigsten:

- betroffen
- ärgerlich, genervt
- ängstlich, besorgt
- überzeugt von der Psychogenese/Somatogenese
- eifersüchtig auf die Aufmerksamkeit, die der/die Kranke bekommt
- engagiert
- in der Lage, auch etwas Positives in der Krankheit zu sehen
- mit der Krankheit verbündet/verlobt/zerstritten?

Und die Krankheitsgeschichte ist eine Geschichte kritischer Ereignisse, in der sich die Familienbeziehungen z.T. dramatisch verschoben haben:

- was hat sich für wen in verschiedenen Krisenphasen verändert, wie hat sich die Familie neu organisiert, was haben Sie aufgegeben? Was würde geschehen, wenn Sie sich entscheiden würden, die damals aufgegebenen Möglichkeiten heute wieder neu zu beleben?

### 6. Schluß

*Eine letzte Geschichte zum Schluß. Sie beginnt traurig, hat aber ein gutes Ende. Sie zeigt noch einmal, wie wenig wir es in der Hand haben, was Menschen – in diesem Fall ich persönlich – aus den sprachlichen Angeboten machen, die auf sie in ihrem Kontext einströmen. Gesprochene Sprache wirkt eben nicht linear auf das Bewußtsein ein, sondern sie verstört es, sie regt das Bewußtsein an, seine eigene Organisation zu verändern.*

*Vor nunmehr 18 Jahren mußte mir der Blinddarm entfernt werden. Wie in solchen Fällen üblich, wurde ich am Vorabend in die Klinik aufgenommen, vorbehandelt und lag am nächsten Morgen mit dem grünen OP-Hemd bedeckt, ansonsten aber nackt auf einer engen Pritsche, mit der mich eine Schwester in den OP fuhr. Als sich die automatische Tür öffnete, begegneten wir einer anderen Schwester, die einen Leidensgenossen von mir auf einer Pritsche herausfuhr. „Meine“ Schwester fragte die andre: „Was ist das denn?“ – „Ein Knie“ lautete die knappe Antwort, „und das da?“ – „Das ist'n Wurm“ war die Antwort meiner Fahrerin. Ein Wurm. So fühlte ich mich auch, aller Insignien meiner Identität beraubt, reduziert auf die Identität eines Wurms.*

*Jeder sprachbewußte Psychologe würde nun sagen, daß eine solche Beschreibung die Optionen des Betroffenen unangemessen stark eingrenzt und daß sie daher zu vermeiden seien. In der Tat, ich fühlte mich elend, als ich, der Wurm, dann noch eine Stunde im zugigen OP-Flur warten mußte, grün maskierte Personen liefen um mich herum und ich sah, es war November, draußen auf einen kahlen Baum. Alles zusammen führte zu dem Gefühl, daß dies vielleicht das letzte sei,*

*was ich von dieser Welt sehen würde, vielleicht gibt es ja einen Anästhesiefehler, und ich wache nie mehr auf? Man hat ja viel Zeit zum Nachdenken, wenn man da so liegt.*

*Wann kommt denn nun die gute Wendung?*

*Jetzt. Denn als ich da lag, tröstete ich mich: ein Blinddarm, das ist eine Routine-OP, wenig Risiko, ich habe ja nicht Krebs oder ähnliches. Und plötzlich erlebte ich ein Gefühl von Verantwortung dem gegenüber, der ich einmal sein werde. Zu der Zeit rauchte ich nämlich noch stark, und ich stellte mir vor, daß ich vielleicht 30 Jahre später im OP liegen würde vor einer Krebs-Operation, bei der mir die halbe Lunge entfernt werden würde. Und da habe ich mir in der Situation versprochen, mit dem Rauchen aufzuhören. Dieses Versprechen habe ich gehalten. Und so bin ich der Schwester von damals dankbar für dieses so gedankenlos und unempathisch dahingesagte Wort „Wurm“.*

*Und wer weiß, vielleicht stößt meine Beschreibung auch beim Leser dieser Zeilen etwas an, das ihn oder sie nicht mehr in Ruhe läßt, wenn er oder sie das nächste Mal z.B. raucht oder sich auf andere Weise schädigt?*

Sie wissen es ja nun: Beschreibungen verändern das Beschriebene!

### Literatur

- Brockmann, G., Wegner, R.E. (1998). Familienorientiertes Asthmatraining. Stuttgart: Enke.
- Jaynes, J. (1988). Der Ursprung des Bewußtseins durch den Zusammenbruch der bi-kameralen Psyche. Reinbek: Rowohlt.
- Könning, J., Szczepanski, R., Schlippe, A.v. (1997/2). Die Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke.
- Lachmund, J. (1987). Die Profession, der Patient und das Medizinische Wissen. Zeitschrift für Soziologie 16, pp. 353-366.
- Luhmann, N. (1988). Selbstreferentielle Systeme. In: Simon, F.B. (Hg.): Lebende Systeme. Berlin/Heidelberg: Springer, pp. 47-53.
- McDaniel, S. (1996). Kooperative, familienorientierte Gesundheitsfürsorge. Psychotherapeut 41, pp. 45-50.
- Schlippe, A.v., Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A.v., Fortmann, J., Theiling, St. (1997). Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. In: Könning, J. et al. (Hg.), pp. 47-62.
- Theiling, St. (1995). Eine familienmedizinische Perspektive im Kontext chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in einem Kinderkrankenhaus. Systhema 9(2), pp. 20-34.
- Theiling, St., Szczepanski, R., Lob-Corzilius, Th. (1992). Der Luftkurs. Stuttgart: Trias.
- Whorf, B. (1963). Sprache – Denken – Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. Reinbek: Rowohlt.

Arist v. Schlippe  
Wielandstraße 15  
49078 Osnabrück