

Die Quadratur des Kreises: Störungsspezifische Systemtherapie im Gesundheitswesen als Methode

Hans Lieb

Zusammenfassung

Im Beitrag wird ein Methodenkoffer zur Bewältigung einer paradoxen Aufgabenstellung vorgestellt. Die Aufgabe: Formulierung einer Systemtherapie von „psychischen Krankheiten“ im Kontext Gesundheitswesen ohne Verlust der systemischen Identität. Der Weg zur Lösung dieser Aufgabe hat vier Stationen: 1. Formulierung des Problems; 2. Unterscheidung von drei Ebenen (Systemtheorie, Gesundheitswesen und Therapieraum); 3. Identifikation grundlegender Paradoxien bei der Koppelung dieser Ebenen; 4. Inhalte des Methodenkoffers einer Systemtherapie im Gesundheitswesen. Einige dieser Methoden werden näher vorgestellt – z. B. Externalisierung und Varianten des „Sowohl (Systemisch“) als auch (Unterscheidung krank/gesund)“.

1. Methode und Gegenstand – die Herausforderungen

Man könnte zwei Unterscheidungen treffen: 1. Man hat eine Methode und wendet sie auf einen Gegenstand an. 2. Man hat einen Gegenstand (hier: Störungen) und muss eine dazu passende Methode entwickeln. Im Folgenden geht es in Variante 2 um den Gegenstand „Systemtherapie für eine als Krankheit angesehene Störung“, für den hier methodische Vorgehensweisen entwickelt werden sollen.

Fallbeispiel Frau M.

Frau M. (56 Jahre) erhält von ihrem Hausarzt die Diagnose einer psychischen Krankheit. Das wird durch die Psychiatrie bestätigt. Sie selbst und ihre Familie halten sie ebenfalls 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. Der Therapeut erarbeitet mit ihr viele Wege durchaus mit Erfolgen... Aber jedes erneute schlechte Befinden erklärt sie dann als **Symptom/Zeichen** einer eben doch nicht hinreichend geheilten Krankheit. Das hätten ihr ja auch die Ärzte und die Klinik bestätigt. Der Therapeut ist zunächst etwas ratlos, wie er mit dieser Konstellation umgehen soll.

Um hierfür ein passendes Vorgehen (Methode) zu finden oder zu entwickeln, bedarf es zuerst einer fundiert *systemischen* Erfassung der Problemkonstellation. Dazu dient das in Abbildung 1 dargestellte Drei-Ebenen-Modell (aus Lieb 2014). Ebene I repräsentiert die systemische Metatheorie, Ebene II das Gesundheitswesen und Ebene III den systemtherapeutischen Raum. In Raum III treffen zwei Logiken mit zwei verschiedenen Leitunterscheidungen aufeinander: Das Gesundheitswesen mit der von „krank – gesund“ und die Systemtherapie mit der von „System – Umwelt“. Hier entstehen notgedrungen Widersprüche und Paradoxien. Abbildung 2 stellt beide Logiken einander gegenüber.

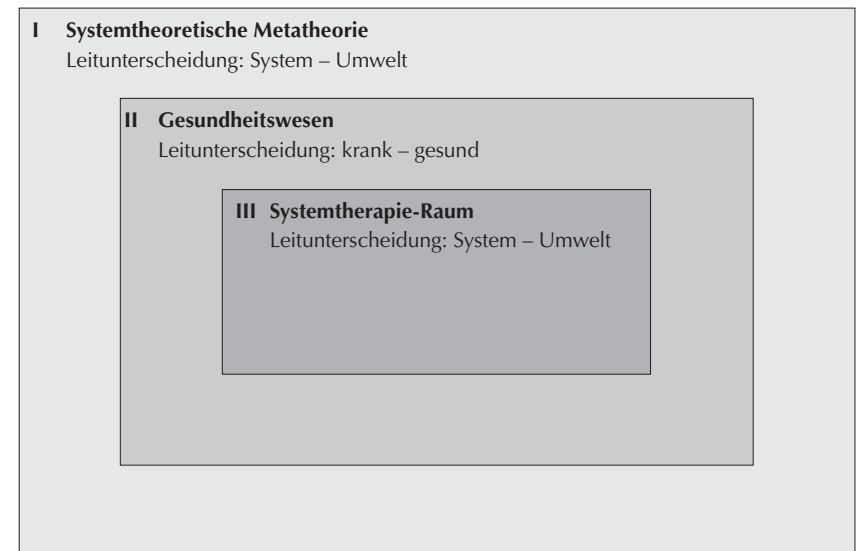


Abb. 1: Das Drei-Ebenen-Modell

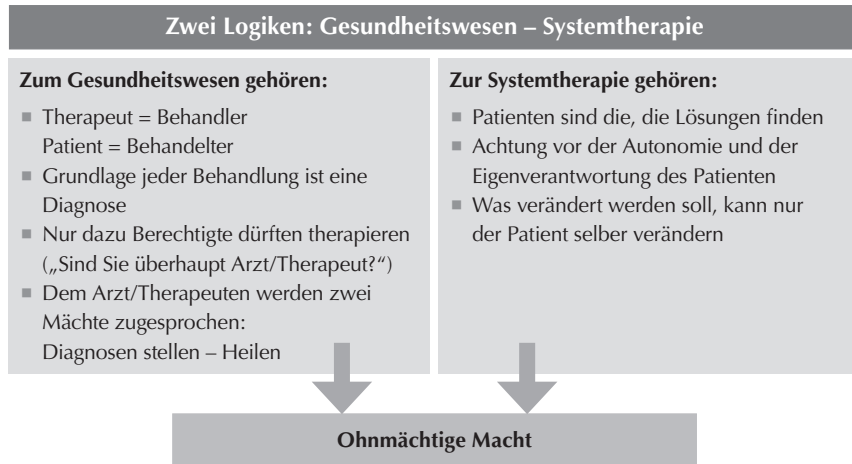


Abb. 2: Logik Gesundheitswesen und Logik Systemtherapie

Von besonderer Bedeutung ist das für das Konzept einer „psychischen Krankheit“: Die Logik des Gesundheitswesens gibt dem Arzt (Psychotherapeuten) die Aufgabe, diese Krankheit zu heilen. Die Sichtweise der Systemtherapie geht davon aus, dass nur der Patient selbst sein Denken, Fühlen und Verhalten verändern kann. Aus Systemtheorien resultieren für die Praktizierenden keine Handlungsanleitung, sondern eher mögliche Formen der Beschreibung und Erklärung. Hinsichtlich der Verwendung des Konzeptes der Störung/Krankheit können dabei vier potenzielle Felder besetzt werden. Sie sind in Abbildung 3 dargestellt.

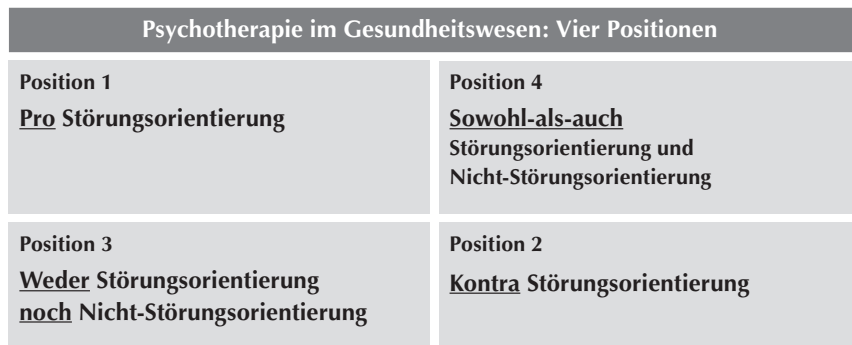


Abb. 3: Vier mögliche Positionen einer Psychotherapie als Krankenbehandlung im Gesundheitswesen

Abbildung 4 gibt wieder, welche fünf Herausforderungen sich vor diesem Hintergrund für eine Systemtherapie als Krankenbehandlung im Gesundheitswesen vor dem hier dargestellten Hintergrund ergeben.

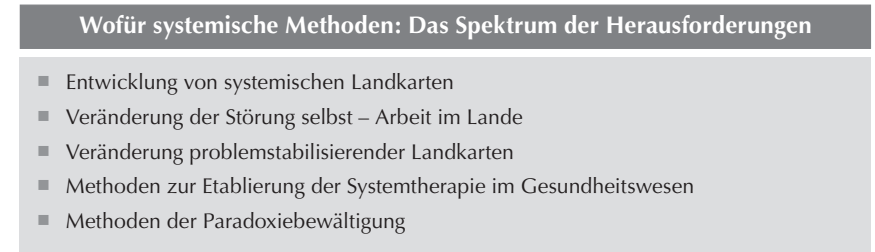


Abb. 4: Das Spektrum der Herausforderungen an eine Systemtherapie als Krankenbehandlung

Damit Systemiker diese Herausforderungen bewältigen, muss ihr Methodenkoffer enthalten:

- **Spezifische systemische Landkarten für Störungen:** Wie beschreiben und erklären Systemiker die jeweiligen „Störungen“?
- **Interventionen zur Veränderung der Störung selbst:** Wie kann man mit systemischen Interventionen die jeweilige Störung zum Wohle des Klientels beeinflussen?
- **Interventionen zur Veränderung problemstabilisierender Landkarten:** Wie können Systemiker bisherige Landkarten verändern, die das Phänomen der Störung selbst chronifizieren?
- **Paradoxiebewältigung:** Wie kann man das Aufeinandertreffen der verschiedenen Logiken von Gesundheitswesens und Systemtherapie kreativ handhaben?

2. Ein systemischer Methodenkoffer im Gesundheitswesen

Allgemeines und systemisches Störungswissen

Störungswissen erfasst die Eigenlogik einer Störung, beschreibt und gibt an, mit welchen Interventionen hier Veränderungen erzielt werden können (vgl. Schweitzer und v. Schlippe, 2006).¹ Im Folgenden einige exemplarische Beispiele für systemisches störungsspezifisches Wissen.

1) Der Autor hat gerade mit dem Carl-Auer Verlag eine langfristig angelegte Buchreihe gestartet: „Störungen systemisch behandeln“ mit jeweils einem Buch zu jeder Störung.

Abbildung 5 und 6 enthalten Störungswissen zum Thema Angst nach Christoph Thoma (Thoma, 2009).

Störungswissen Angst: Logik Christoph Thoma

- Zur Reaktion des Angstklienten gehört, dass er angstbesetzte Situationen vermeidet – das ist seine Art, das Problem tatsächlich zu lösen.
- ... für kurze Zeit!

Abb. 5: Störungswissen: Logik der Angst nach Ch. Thoma

Störungswissen Angst: Therapie nach Thoma

- Vermeidung des Vermeidungsverhaltens:
- Positive Bewertung der Vermeidungsstrategie: Es löst die Angst tatsächlich (kurzfristig).
- Alternative: Angst akzeptieren, zulassen, sich Angstsituationen stellen.

Abb. 6: Störungswissen: Systemtherapie der Angst nach Ch. Thoma

Die systemische Literatur hält eine Fülle an systemischen Beschreibungen und Interventionen für verschiedene Störungsbilder bereit – z. B. bei Ruf (2012).

Der funktionale Ansatz als Methode

Der funktionale Ansatz ist ein zentraler Teil der Systemtherapie. Seine Logik stellt die traditionelle medizinische Perspektive durch die Annahme auf den Kopf, dass man im Symptom (Verhalten) die Lösung für ein Problem sehen kann und man nun das dadurch gelöste Problem zu erkunden habe – um dann andere Lösungen für dieses Problem zu finden und zu erproben.

Fallbeispiel zum Thema „Grübeln“: Eine Lehrerin berichtet, dass sie nach der Schule bis in den Abend hinein über ihre Arbeit grübelt. Der funktionale Ansatz nimmt an, dieses Grübeln sei eine Lösung für ein noch nicht erkanntes Problem. Dieses wird z. B. mit folgenden Fragen erkundet: „Worüber grübeln Sie am meisten?“ („Ob mein Unterricht gut war“) – „Woran messen Sie einen guten Unterricht?“ („Ob meine Schüler mit mir zufrieden sind“) – „Haben Sie beim Grübeln schon einmal etwas entdeckt, was sie im Unterricht besser machen können?“ („Ja –

ich probiere dann wieder etwas Neues aus oder mache etwas Schlechtgelaufenes wieder gut“) – „Hilft Ihnen das Vor- und Nachgrübeln, nichts unversucht zu lassen, um für Ihre Schüler einen möglichst guten Unterricht zu machen?“ („Ja – aber es kostet viel Kraft“) – das führt zur Anerkennung des Grübelns als Ressource und als Lösung – „Wenn Grübeln ein guter, aber kräfteaubender Weg ist, einen guten Unterricht zu machen – welche anderen Wege gäbe es?“ („...? ...“). Das führt zur Generierung funktionsäquivalenter Alternativen. – „Nehmen wir an, Sie lassen das Grübeln sein und machen dafür gelegentlich einen schlechteren Unterricht: Hätten Sie Möglichkeiten, damit fertig zu werden?“ („Noch nicht, aber ich könnte ja ...“) Das führt zur Lösung von durch die funktionsäquivalenten Lösungen erzeugten neuen Problemen.

Man kann den funktionalen Ansatz auf das Land der Störung oder auch auf die Landkarten über die Störungen anwenden: Welche Funktion hat das Krankheitskonzept selbst? Im Folgenden zwei beispielhafte Fragen zum Konzept einer Familie, wonach Familienmitglied X depressiv = krank ist. Sie können helfen, Hypothesen über die Funktion des Krankheitskonzeptes zu generieren: „Was würden Sie anderes denken oder tun, wenn X nicht liegen bleibt, weil er krank ist, sondern weil er aus guten Gründen lieber liegen bleiben will?“ „Stellen Sie sich vor, man würde feststellen, dass X gesund ist und die Fähigkeit hat, sich zu gönnen, mehr oder länger im Bett zu bleiben als andere (die sich das in einer leistungsorientierten Familie nicht gönnen). Wer würde dann was anders machen oder denken?“

Methoden der konstruktiven Paradoxiebewältigung

Es geht bei Paradoxien im Kern darum, dass zwei Aussagen, die sich eigentlich widersprechen, in einem Geltungsraum auftreten und dort beide wahr sind (v. Schlippe und v. Schlippe, 2012, Luhmann, 2006). Man begegnet ihnen immer, wenn zwei zunächst widersprüchliche Logiken aufeinandertreffen – z. B. in Familienunternehmen oder im Kontext Schule (Schullogik und Familienlogik). Ein Lösungsversuch besteht darin, sich auf eine Seite zu schlagen und die andere Seite zu bekämpfen. Der systemischen Logik folgend hat man mehr und friedlichere Spielräume, wenn man aus einer Metaperspektive beiden Perspektiven ihre Berechtigung zuerkennt. Dazu stellt der systemische Ansatz bereits eine Fülle von Methoden bereit. Eine davon ist das „Meta-Raum-Modell“, hier auf den oben beschriebenen Problemgegenstand übertragen.

Metaperspektive: Therapieraum und Adlerhorst²

Im Sinne des Reflecting Team (Andersen, 1990) geht man von zwei Ebenen aus: Eine, in der agiert wird, und eine, in der über dieses Agieren reflektiert wird. In Abbildung 7 besteht im

2) Der Begriff ist einem metaperspektivischen Ansatz von v. Schlippe (2012) entnommen.

Therapie-Aktionsraum zwischen Therapeut und Patient eine Asymmetrie zwischen Experte und Klient. Im Adlerhorst-Raum ist diese Beziehung symmetrisch, wenn Therapeut und Patient hier *gemeinsam* auf das *gemeinsame* Geschehen im Therapieraum blicken und das auswerten. Mit den Erkenntnissen aus dieser Reflexionsebene geht man dann in den Therapieraum zurück und macht dort mit neuen Optionen weiter.

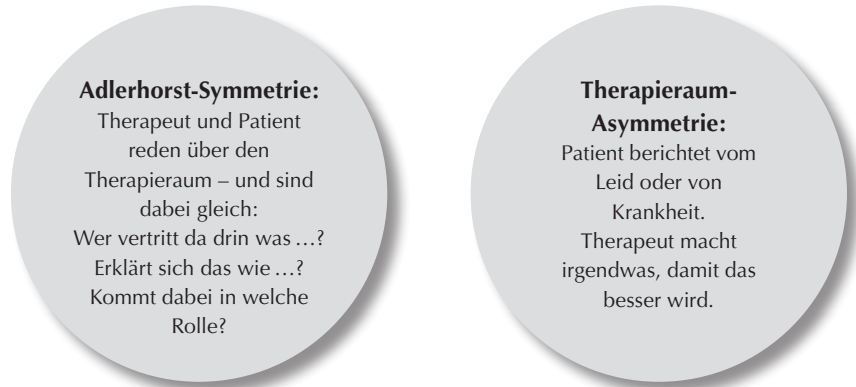


Abb. 7: Therapieraum und Adlerhorst

Sowohl-als-auch als Methode

Zur Bewältigung von Paradoxien kann man generell vom „Entweder-oder“ zum „Sowohl-als-auch“ übergehen. Die systemische Begründung dafür hat Simon (2010) im 10. seiner „Zehn Gebote des systemischen Denkens“ so formuliert: „Das Ideal der zweiwertigen Logik, wonach Aussagen entweder wahr oder falsch zu sein haben bzw. sind und etwas Drittes nicht möglich ist, ist ein typisches Landkartenphänomen ..., das durch den Beobachter produziert wird; die tatsächlich existierende Welt ist immer voller Widersprüche, Antagonismen, Unklarheiten, Vieldeutigkeiten und Oszillationen; daher ist Ambivalenz eigentlich die ... angemessene Normalverfassung; das gilt ... vor allem für die daraus abzuleitenden Handlungskonsequenzen.“ (Simon, 2006, S. 116)

Geht man von den vier möglichen Positionen einer Systemtherapie im Gesundheitswesen aus (siehe Abbildung 3 und 8), dann wäre das genuine „Sowohl-als-auch“ nur eine von vier möglichen. Geht man hier von einem epistemologisch übergeordneten Sowohl-als-auch aus, erweitert sich der Positionsraum im Bild nochmals. Dann kann *jede* der vier Positionen

eine mögliche systemische Option sein. Das realisierend geben Abb. 8 bis 11 einige solcher Positionierungen exemplarisch wieder.

Psychotherapie im Gesundheitswesen: Vier Positionen	
Position A: Symptom als Krankheit Positives Beispiel Fall Frau K.: „Sie haben eine Panikstörung“ – Diagnose als Heilung	Sowohl-als-auch: Symptom als Krankheit und als Gesundheit
Weder-noch: Weder krank noch gesund	Position B: Symptom ist nicht Krankheit

Abb. 8: Position: Symptom als Krankheit – positives Beispiel

Abbildung 8 zeigt ein positives Beispiel einer „Position pro Störungsorientierung“. Eine 35-jährige Klientin (verheiratet, lebt in Trennung, alleinerziehend bei weiterbestehendem Kontakt zum Expartner = Vater des Kindes) berichtet von einer Konglomeration von Symptommatiken mit körperlichen Komponenten (Schwindel, Schlafstörungen, Schweißausbrüchen) und psychischen Komponenten (Ängste, Überforderungsgefühle, Erziehungsprobleme etc.). Am Ende der Exploration teilt der Therapeut mit: „Ein Großteil ihrer gesamten Symptommatiken könnte dem zugerechnet werden, was manche Therapeuten eine ‚Panikstörung‘ nennen würden.“ Die Patientin ist interessiert daran und wünscht sich Literatur über diese Störung. Diese wird ihr mitgegeben und in der nächsten Stunde kommt sie frohen Mutes: „Diese Diagnose ist meine Heilung: Ich erkenne mich darin wieder und weiß auch, was ich jetzt tun kann!“ Mit Letzterem meint sie genau jene therapeutische Logik, die oben zur Angst beschrieben wurde: Statt Angst vermeiden, Angst zulassen und in Angstsituationen gehen. Die darauf aufbauende Therapie konnte nach relativ wenig Sitzungen erfolgreich beendet werden.

Psychotherapie im Gesundheitswesen: Vier Positionen	
Position A: Symptom als Krankheit	Sowohl-als-auch: Symptom als Krankheit und als Gesundheit
Weder-noch: Weder krank noch gesund In <i>markierter Form</i> als Erkenntnis, dass es „eigentlich um etwas anderes“ geht (z. B.: um Trennung – Nichttrennung und nicht um die Aufteilung von Arbeiten in der Familie).	Position B: Symptom ist nicht Krankheit

Abb. 9: Position: Weder-noch – markierte Version

Abbildung 9 beschreibt eine explizite Form des Weder-noch: Therapeut und Patient einigen sich darauf, dass es nicht um die Symptomatik und deren Erklärung geht, sondern um ein im Leben des Klienten zu lösendes wichtiges Problem. Die Störung war nur die Eintrittskarte in den Therapieraum.

Psychotherapie im Gesundheitswesen: Vier Positionen	
Position A: Symptom als Krankheit	Sowohl-als-auch: Symptom als Krankheit und als Gesundheit
Weder-noch: Weder krank noch gesund	Position B: Symptom ist nicht Krankheit Negatives Beispiel Von Frau zur Therapie geschickter Mann: Ging und geht fremd ...; er will damit aufhören. Patient: „Eine Kollegin von Ihnen sagte mir, das liege daran, dass ich eine Krankheit namens ‚Narzisstische Persönlichkeitsstörung‘ habe.“ Therapeut lehnt diesen Ansatz ab – die Therapie ist damit zu Ende.

Abb. 10: Position: Kontra Störungsorientierung – negatives Beispiel

Abbildung 10 gibt ein negatives Beispiel aus der Praxis des Autors wieder. Ein Mann übernimmt als Erklärungskonzept für seine wiederholten und seine Ehe bedrohenden Affären mit anderen Frauen von einer anderen Psychotherapeutin, dass sein Verhalten Ausdruck einer „narzisstischen Persönlichkeitsstörung“ sei. Der Behandler erklärt, dass er mit diesem Konzept nicht arbeite. Das erweist sich als das Ende dieser Therapie. Ein so rasches und klares Ende könnte man positiv umdeuten. Man kann aber auch davon ausgehen, dass therapeutisch kreativere Wege im Sinne eines Sowohl-als-auch von „Krankheit“ und „Selbstverantwortung“ hätten gefunden werden können.

Psychotherapie im Gesundheitswesen: Vier Positionen	
Position A: Symptom als Krankheit	Sowohl-als-auch: Symptom als Krankheit und als Gesundheit Diachrone Zeit – Organisation: Mal das eine, mal das andere (ergibt über die Zeit ein Sowohl-als-auch) Aufteilung im System: Die eine Person vertritt das eine, die andere das andere Aufteilung in sich selbst: Die eine Seite in mir ...; die andere Seite in mir ...
Weder-noch: Weder krank noch gesund	Position B: Symptom ist nicht Krankheit

Abb. 11: Position: Sowohl-als-auch – drei Varianten

Abbildung 11 formuliert drei formale Varianten des Sowohl-(Störungsorientierung)-als-auch (Nicht-Störungsorientierung). Man kann ausloten, welche Variante in einer Therapie Spielräume eröffnet.

Sowohl-als-auch bei Frau M.

Für das in Punkt 1 dargestellte Fallbeispiel Frau M. wurde die „Methode Sowohl-als-auch“ wie folgt entwickelt:

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 Eigenheilsbeitrag in Kooperation mit dem Experten leisten könne: Sie müsse in ihrem Fall in bestimmten Zeiten „so tun, als wären 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.

Da dieses Fallbeispiel paradigmatischen Charakter hat, wird die allgemeine Logik dieses Sowohl-als-auch in Abbildung 12 noch einmal formal dargestellt. Es kann auf viele Fälle angewendet werden.

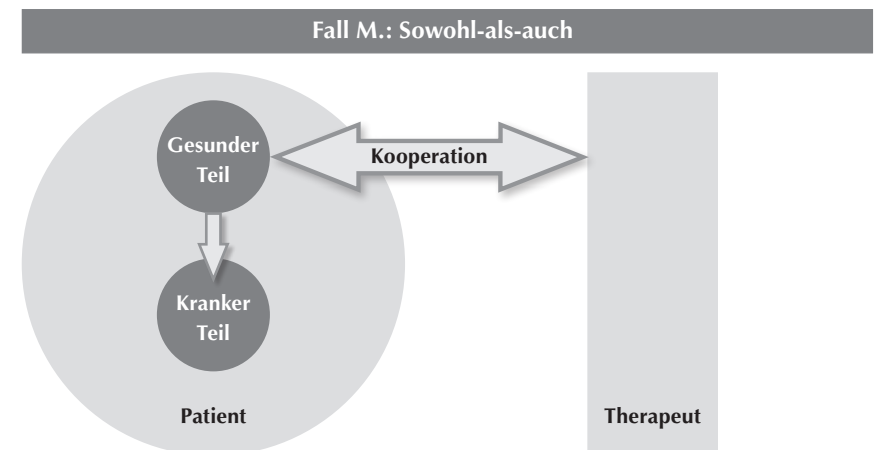


Abb. 12: Sowohl-als-auch im Fallbeispiel Frau M.

Methoden zur Veränderung von Landkarten:

Konstruktion – Rekonstruktion der Konstruktion – Dekonstruktion

In diesem Abschnitt geht es um Landkarten, mit denen das Land der Störungen beschrieben oder erklärt wird. Man kann nicht keine Landkarten verwenden. Sie sind von der ersten Minute der Therapie an mit im Raum – sie wurden also schon vorher konstruiert. Man kann sie im Raum auch neu konstruieren, wie das Fallbeispiel in Abbildung 3 positiv zeigt. Jetzt geht es um Möglichkeiten der Dekonstruktion von Landkarten, die trotz ursprünglicher Nützlichkeit selbst Teil zur Aufrechterhaltung der Problematik (Störung) geworden sind.

Rekonstruktion der Konstruktion am Beispiel Psychosomatik

Der Königsweg zur Rekonstruktion vorhandener Konstruktionen sind Fragen zu den bisher von Klienten oder deren bisherigen Behandlern benutzten Landkarten. Das soll am Beispiel sogenannter psychosomatischer Störungen gezeigt werden:

Fallbeispiel Psychosomatik:

Ein Patient kommt zum Psychotherapeuten und berichtet: „Ich hab immer Schwindel und Übelkeit. Mein Hausarzt sagte mir, das sei psychisch bedingt – die Ursache muss also in meiner Psyche liegen. Er hat mich hierher vermittelt. Ich hoffe, ich bin jetzt beim richtigen Experten für diese Art der Krankheit!“

Mögliche Fragen zur Rekonstruktion des Krankheitskonzeptes an den Patienten:

- Was könnte der Arzt damit meinen – welche Art von psychischer Erkrankung? Denkt sonst jemand so?“
- „Welche Aufgabe habe ich als Psychotherapeut nun aus Ihrer Sicht oder aus der Ihres Hausarztes für Sie? Welche Rolle geben Sie mir nun?“
- „Welche Rolle haben Sie selbst nun aus Ihrer Sicht oder aus der Sicht des Hausarztes bei der Heilung dieser Krankheit bzw. bei der Lösung dieser Problematik?“

Systemische Konstruktion bei Psychosomatik

Jede Dekonstruktion wird notwendigerweise zu einer neuen Konstruktion. Im Falle „psychosomatischer Krankheiten“ lassen sich aus der Systemtheorie spezifische ableiten. Der eingerahmte Text enthält die Blaupause eines solchen systemischen Psychosomatik-Konzeptes in Form einer direkten Anrede an einen Klienten.

Systemische Konstruktion bei Psychosomatik als Text für Klienten

„Ich möchte Ihnen einmal erläutern, wie ich den Zusammenhang zwischen der Psyche (Seele) und dem Körper (Soma) sehe:

Aus dieser Sicht findet unser menschliches Leben in drei Welten statt. Jede dieser Welten ist einerseits eigenständig und kann andererseits nur überleben, wenn es auch die anderen zwei Welten gibt: Die Welt der Psyche oder der Seele, die Welt des Körpers und die soziale Welt mit ihren Beziehungen und Kommunikationen im privaten und beruflichen Bereich. Für Ihr psychosomatisches Leiden ist zunächst der Körper wichtig, denn hier treten ihre Symptome auf (Schwindel, Übelkeit, ...). Darunter leidet aber auch oder besonders Ihre Psyche oder Ihr Seelenleben – vor allem wenn sie nicht einordnen kann, was dort im Körper geschieht, weil kein Arzt dafür eine Diagnose findet. Ich gehe keineswegs davon aus, dass mit Ihrer Psyche „irgendetwas nicht stimmt“. Das kommt in meinem Konzept nicht vor. Ich sehe psychosomatische Störungen als ein Beziehungsproblem zwischen Körper und Psyche an. Die Psyche versteht dabei nicht, was im Körper los ist. Der Körper reagiert natürlich umgekehrt wie in einer Partnerschaft auch auf die Psyche. Je nach dem, worauf diese achtet, was sie denkt, wie sie fühlt und wie sie sich verhält, reagiert der Körper unterschiedlich darauf nach seiner eigenen Logik. Welche Beziehung die Psyche zu ihrem Körper hat, spielt hier nun eine ganz besondere Rolle. Dieses „Paar“ (Psyche – Körper) ist nun auch Mitglied bei sozialen Gruppen, z. B. in der Partnerschaft, in der Familie oder in einem Arbeitsteam. Die anderen reagieren auf Sie als psychosomatisch Kranker und das hat wiederum einen Einfluss auf Ihre Beziehung zwischen Körper und Seele. Ich lade Sie ein, dass wir uns die Beziehung von

Psyche und Körper bei Ihnen und dann auch deren beider Einbettung in Ihr soziales Leben gemeinsam ansehen und Ideen entwickeln, wer hier was verändern kann, damit es bei Ihnen zu einem besseren Nebeneinander von Körper und Psyche kommt. Wir können auch herausfinden, ob dazu eine Veränderung in Ihrer sozialen Welt hilfreich wäre.“

(Ausführlicher als Bibliotherapie in Lieb und v. Pein 2009)

Systemische Konstruktion – Reframing als Landkarte: Dem Symptomgeschehen eine positive Funktion zuordnen

Ein Reframing kann als Konstruktion einer störungsbezogenen Landkarte angesehen werden, wenn man darunter versteht, dass in einer neuen ressourcenorientierten Landkarte eine Symptomatik oder ein Symptomträger anders bewertet und beschrieben bzw. denen ein positiver Sinn zugesprochen werden. Der systemische Ansatz legt aber mehr als das Augenmerk auf die Funktion, die das Symptom für das jeweilige System hat, in dem der Klient lebt.

Reframing – Beispiel aus dem Angstbereich:

Die Angst von A hilft B, in eine permanente Beschützerposition gehen zu können und sich mit seiner eigenen Angst nicht beschäftigen zu müssen. Mit der Begründung, ein Verhalten sei Ausdruck einer Krankheit, werden ansonsten zu erwartende symmetrische Eskalationen vermieden: „Mit Ihrer Angst helfen Sie Ihrem Partner, seine Stärke als Helfer zu leben und nicht in die Rolle des Hilflosen zu geraten.“

Reframing – Beispiel Depression:

Frau E. zieht mit ihrem Ehemann wegen dessen beruflicher Karriere von einem der neuen Bundesländer in eines der alten. Sie gibt dabei ihren Beruf, ihr soziales Umfeld und wie auch er ihre Heimat auf. Im neuen Land macht er Karriere, sie bleibt Hausfrau und wird depressiv – aus dieser Sicht gewinnt er viel und sie verliert viel. Die Psychiatrie vergibt ihr ICD-gemäß korrekt die Diagnose einer Depression – auch mit der Idee einer genetischen Komponente und verschreibt Psychopharmaka. Ohne damit in Konkurrenz zu treten, wird dann in der systemisch inspirierten Psychotherapie die Depression als „Streik ohne Streikmarkierung“ konstruiert, womit auch tatsächlich viele Streikziele erreicht wurden (Zuwendung; Ausgleich im partnerschaftlichen Geben und Nehmen). Dann können dazu funktionsäquivalente Alternativen entwickelt werden.

Interaktionsebene: Methoden zur Veränderung des „Tanzes um das Problem“

Abbildung 13 zeigt die im Gesundheitswesen übliche störungsorientierte Perspektive: Eine Einzelperson hat eine Störung/Krankheit (symbolisiert als roter Ball), der Therapeut zentriert sich darauf und leitet aus einer darauf bezogenen Einzelfall-Analyse oder aus einer Diagnose seine Interventionen ab. Abbildung 14 zeigt die interaktionelle Perspektive des Systemblicks. In der Abbildung werden dazu drei Perspektiven vorgestellt: Im ersten Bildchen von Abbildung 14 die Analyse, welche Beziehung alle untereinander haben und wie sich das seit der Existenz des roten Balles verändert hat. Im zweiten Bildchen wird analysiert, welche Beziehung jeder zum roten Ball hat (z. B. auf der Dimension Macht – Ohnmacht) und im dritten Bildchen wird unterstellt, jeder habe einen Ball (eine Störung oder eine Not), aber in unterschiedlichen Färbungen. Man kann dann als weitere beobachtete Ebene und als Interventionsebenen nicht die der Psyche mit ihrem Innenleben wählen, sondern die Interaktionen rund um das Symptom oder bei Bild 3 in Abbildung 14 rund um die Symptome (Bälle) aller. Dazu bieten sich zwei Methoden an: Die der Externalisierung und die der Erkundung der Choreografie.

Störungsorientierung – Einzelpersonenperspektive

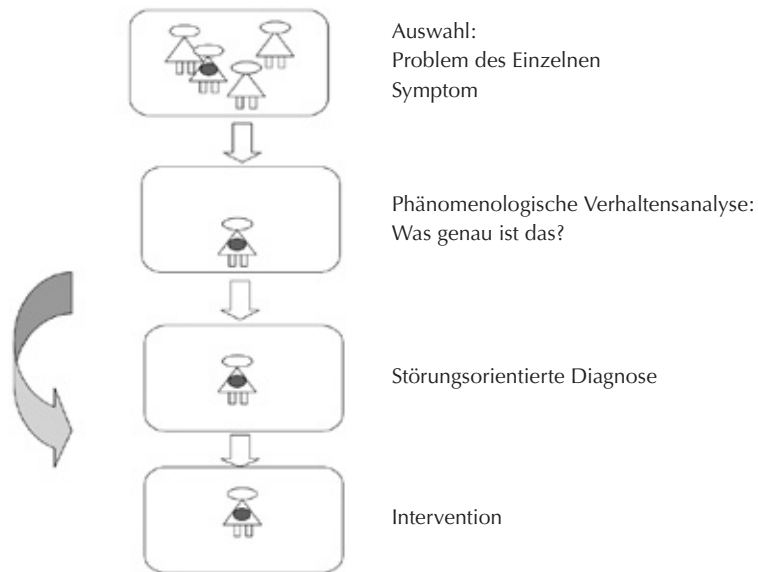


Abb. 13: Blick auf die Störung

Perspektiven des Systemblicks

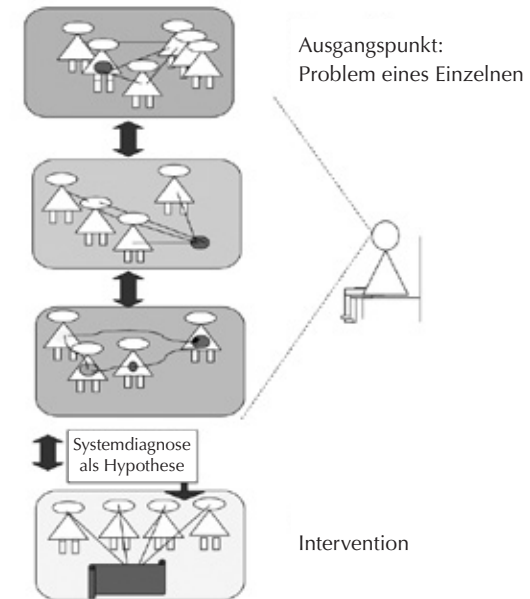


Abb. 14: Der Systemblick auf die Interaktionsebene

Externalisierung

Die Methode der Externalisierung ist in der Systemliteratur häufig beschrieben worden (zuerst bei White und Epston, 1990). Das zweite Bild in Abbildung 14 stellt das bildlich dar: Der rote Ball (die Krankheit) ist Familienmitglied. Man kann sich nun die Beziehung aller zum roten Ball ansehen und eventuell hier Veränderungen anregen.

Die Choreografie erkunden: Fragen zum Tanz um das Symptom

Mit dieser Methode geht es darum, in der Exploration die Choreografie des Tanzes um das Symptom zu erkunden. Wenn man davon ausgeht, dass „X“ Mitglied einer Familie und der Symptomträger ist, lassen sich beispielsweise folgende drei Fragen stellen:

- Was können andere tun, damit X sein Symptom bekommt?
- Was tun A, B und C bestimmt nicht, wenn bei X das Symptom auftritt?
- Was wäre anders, wenn das Symptom acht Wochen Urlaub machen würde?

Literatur

- Andersen, T. (Hg.) (1990). Das Reflektierende Team. Systemische Studien. Band 5. Dortmund: Modernes Lernen.
- Lieb, H. (2014). Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl-Auer.
- Lieb, H., von Pein, A. (2009). Der kranke Gesunde. Stuttgart: Trias.
- Luhmann, N. (2006). Organisation und Entscheidung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ruf, G. D. (2012). Systemische Psychiatrie. Ein Ressourcen-orientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schlippe, A. v. (2012). Der Blick aus dem Adlerhorst. Mit Selbstbeobachtung gegen eskalierende Konflikte. Perspektiven 12. Zeitschrift der Universität Witten Herdecke.
- Schlippe, A. v., Schlippe, B. v. (2012). Paradoxer Alltag. Ganz normale Verrücktheiten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. v. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simon, F. (2010). Einführung in die Systemtheorie des Konfliktes. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, F. (2012). Die andere Seite der „Gesundheit“. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Thoma, Ch. (2009). Angsten und Ent-Angsten – Systemische Kurztherapie bei Angstdynamiken. Amstetten: Iskam-Verlag.
- White, M., Epston, D. (1990). Die Zähmung der Monster. Heidelberg: Carl-Auer.

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
hans.lieb@if-weinheim.de