

Was muss eine Systemtherapie im Gesundheitswesen bewältigen, um eine Systemtherapie im Gesundheitswesen zu bleiben?

Hans Lieb

Zusammenfassung

Eine Systemtherapie im Gesundheitswesen muss das Aufeinandertreffen zweier Leitunterscheidungen bewältigen: „gesund/krank“ hier – „System/Umwelt“ dort. Im Beitrag werden diese Leitunterscheidungen dargestellt und aufgezeigt, welche Paradoxien entstehen, wenn beide in einem Raum Berücksichtigung finden müssen. Das fordert zu spezifischen Formen der Paradoxiebewältigung heraus, die beschrieben werden. Im Mittelpunkt steht die Einnahme einer Metaperspektive durch die Selbstbeobachtung der Systemtherapie im Gesundheitswesen.

Schlüsselwörter: Diagnosen in der Systemtherapie, Leitunterscheidungen, Paradoxien der Psychotherapie, Systemtherapie im Gesundheitswesen

Abstract

What Does Systems Therapy Have to Cope With in the Realms of Public Health to Persist as Systems Therapy in Public Health Care?

Systems Therapy in public health care has to master the linkage of two different guiding distinctions: "ill/healthy," and „system/environment.“ The present paper describes these distinctions by means of paradoxical aspects resulting from the necessity to respect both of them 'in one room'. To overcome this problem special ways of copings are necessary. To get a meta-perspective is taking center stage, managed by Systems Therapy's self-perception within public health realms.

Keywords: diagnoses in Systems Therapy, guiding distinction, paradoxes in psychotherapy, Systems Therapy in public health care

Systemtherapie im Gesundheitswesen: Worum es geht und warum es jetzt darum geht

In diesem Beitrag geht es um jene Variante der Systemtherapie,

1. die für Probleme Lösungen anbietet, die üblicherweise den Status einer Störung oder einer Krankheit haben, die
2. im Funktionsbereich Gesundheitswesen als Krankenbehandlung stattfindet und die das
3. unter Erhalt ihrer systemischen Identität realisieren will.

Sie kann dabei auf vorhandene Konzepte und pragmatische Lösungen zurückgreifen und muss auch neue entwickeln, weil sie 2008 als Heilverfahren anerkannt wurde und weil das Prüfverfahren eingeleitet ist, dass sie auch sozialrechtlich als Psychotherapie-Richtlinienverfahren anerkannt wird. Der vorliegende Beitrag soll die diesbezügliche Problemlage konzeptuell beschreiben und Lösungen aufzeigen¹.

Systemtherapie im Gesundheitswesen: Drei Ebenen und deren Koppelungen

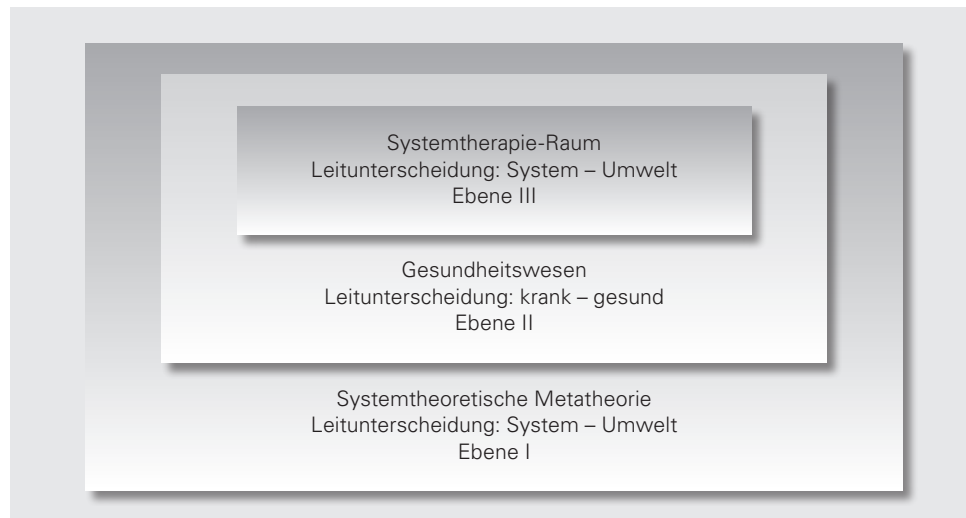


Abbildung 1: Systemtherapie im Gesundheitswesen

1) Zusammenfassung eines ausführlicheren Beitrages des Autors zu diesem Thema in Lieb (2014).

Um sich auf diesem Gebiet konzeptuell nicht zu verirren, wird vorgeschlagen, zwischen drei Ebenen zu unterscheiden (siehe Abb. 1):

- I Allgemeine Systemtherapie (theoretische Ebene),
- II Gesundheitswesen (politische Ebene) und
- III Systemtherapieraum (pragmatisch-therapeutische Ebene).

Konzeptuell kennzeichnend für die Theorie auf Ebene I ist mit deren Leitunterscheidung „System – Umwelt“ die grundlegende Rolle des Beobachters. Kennzeichen des Gesundheitswesens ist die Leitunterscheidung „krank – gesund“ mit den daraus ableitbaren Rollen von TherapeutInnen und PatientInnen im Allgemeinen und für den Bereich einer „Behandlung psychischer Krankheiten“ im Besonderen. Im Therapieraum in Ebene III findet die Theorie von Ebene I ihre klinisch-pragmatische Anwendung. Man muss hier unter Wahrung der systemischen Identität an Ebene II ankoppeln und bedarf deshalb eines systemischen Konzeptes von Störung, Krankheit und Symptomen – allgemein und ausgearbeitet für einzelne Störungsbilder². Von besonderer Relevanz ist die Koppelung von Ebene II und III, die es vermittelt der Systemtherapie aus Ebene I zu erfassen gilt³. Von der Fülle hier zu bearbeitender Thematiken wird für diesen Beitrag das der Koppelung von Ebene II und III mit den dabei auftretenden und zu bewältigenden Paradoxien gewählt.

Von welcher Systemtheorie geht man aus? Niemand hat die Hoheit, allgemeingültig zu definieren, was Systemtherapie und was eine störungsspezifische Systemtherapie ist. Das ist immer Ergebnis einer Selektion. Hier wird vom Autor die konstruktivistisch-differenztheoretische Systemtheorie gewählt, die die Operation der Beobachtung als Ausgangspunkt nimmt (Zur Auseinandersetzung verschiedener Definitionen von Systemtherapie vgl. Kriz 2006, 2014, Loth 2014, Schlippe und Schweitzer 1996).

2) Der Autor gibt seit 2014 zusammen mit dem Carl-Auer Verlag Heidelberg die Reihe „Störungen systemisch behandeln“ heraus, die dieses Konzept für alle relevanten Störungsbilder realisieren will.

3) Geyerhofer (2011) hat in einer unter österreichischen Systemikern geführten und in Deutschland wenig rezipierten Diskussion zur Frage der Störungsorientierung der Systemtherapie ein ähnliches Ebenenmodell vorgestellt. Es erfasst die Relation der Ebenen Erkenntnistheorie (Ebene I), störungsbezogene klinische Modelle (Ebene II) und Therapeutisches Handeln (Ebene III). Er merkt kritisch an, dass in der systemischen Welt oft Ebene I allein schon für ein klinisches handlungsleitendes Konzept gehalten wird. Die politische Ebene des Gesundheitswesens wird bei ihm weniger mitreflektiert.

Definition von Systemtherapie ist immer Ergebnis einer Selektion

Diagnosen, Kritik an Diagnosen und Kritik der Kritik an Diagnosen

Störungsspezifische Ansätze. Zur Geschichte der Systemtherapie gehören erfolgreiche störungsspezifische Ansätze, eine fundierte Kritik an der Verwendung individuumzentrierter Diagnosen und im letzten Jahrzehnt auch eine Kritik an dieser Kritik. Auf die vielen störungsspezifischen systemischen Konzepte der älteren und jüngeren Geschichte der Systemtherapie kann hier nicht ausführlicher eingegangen werden (Vgl. exemplarisch die Konzepte zur Schizophrenie bei Bateson et al. (1956), zu psychosomatischen Erkrankungen bei Minuchin et al. (1981), zur Magersucht bei Selvini Palazzoli (1982), zu Psychosen, bipolaren und schizoaffektiven Störungen bei Stierlin (1984), Stierlin et al. (1986), Simon et al. (1989), Retzer (1994) und Schweitzer und Schumacher (1995), zu Depressionen bei Jones und Asen (2002) oder zu Sucht bei Klein (2014) – zusammenfassend für viele Störungsbilder in Schweitzer und Schlippe (2006), in Ruf (2012) oder in den jeweiligen Ausgaben der schulenübergreifenden Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“). Für den Therapieraum III hält die Systemtherapie also schon eine Fülle spezifischer Angebote bereit, die gut an die diagnostischen Logiken der Ebene II ankoppeln.

Kritik an psychiatrischen Diagnosen und Kritik der Kritik. Lange Zeit dominierte die Kritik an der „International Classification of Diseases“ (ICD) und am „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) – hervorragend zusammengefasst z. B. bei Karl Tomm (2001). Heute wird aber auch eine Kritik an der Einseitigkeit dieser Kritik formuliert (Spitzcok von Brisinski 1999, Geyerhofer 2011, Lieb 2014).

Krankheit, Symptom und Störung aus systemischer Sicht

Die für Ebene II maßgeblichen Konstrukte Krankheit, Symptom und Störung lassen sich mit der konstruktivistisch-differenztheoretischen Systemtheorie gut re- und dekonstruieren und so für die Praxis im Therapieraum (Ebene III) nutzbar machen (siehe genauer bei Lieb 2014: Kapitel 7 und 8).

Eine **Störung** erweist sich dabei als *vorübergehende* Abweichung von erwarteten Normalformverläufen. Sie gibt es nicht

im ontologischen Sinne „an sich“, sondern wird als solche immer von einem/einer BeobachterIn konstruiert. **Krankheit** erweist sich als deutlich stärkeres Konzept, weil es neben der Markierung einer Abweichung auch ein Erklärungskonzept dafür beinhaltet: Ein manifest sichtbares Symptom wird durch die Gesetzmäßigkeiten einer zugrundeliegenden Krankheit erklärt. Diese Logik entstammt der somatischen Medizin. Wird es auf das Feld der Psyche und auf Verhalten übertragen („Psychische Krankheiten“), werden damit eine Reihe von Widersprüchen, Paradoxien und auch ethischen Problemen generiert, die es dann wieder zu erkennen und zu bewältigen gilt (vgl. aus allgemeiner Sicht Szasz 1972 und Keupp 1972; aus systemischer Sicht Simon 2012 und Lieb 2014). Der Begriff **Symptom** ist eng mit dem der Krankheit verbunden: Von manifesten Symptomen schließen dazu befugte ExpertInnen (und nur diese dürfen und müssen das) auf dahinter liegende latente Krankheiten.

Die Systemtherapie ist vor allem dadurch ein Gewinn für das Gesundheitswesen, als sie hier mehr als alle anderen Schulen die Rolle der BeobachterIn in das Zentrum ihrer Theoriearchitektur stellt. Was sonst „ist“, ist für sie sozial, kulturell und in einem jeweiligen politischen Kontext konstruiert. Sie beschreibt nicht nur die Phänomene einer Störung (das Land), sondern auch die Rolle der sozialen Konstruktionen (z. B. Diagnosen) mit ihren Rückwirkungen auf das damit Diagnostizierte (Auswirkung von Landkarten auf das Land). Man kann mit Konstrukten wie Störung, Krankheit und Symptom dann systemisch operieren, ist darin aber nicht gefangen. Auf die vielen weiteren heutigen und zukünftig zu erwartenden Potenziale der Systemtherapie für das Gesundheitswesen kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden (vgl. u. a. Simon 2012, Baecker 2004, Fuchs 2004 und 2010, Schleiffer 2013, Lieb 2014).

Systemtheoretische Beschreibung der Koppelung von Gesundheitswesen und Systemtherapie

Eine genuin *systemtheoretische* Beschreibung dieser Koppelung gehört aus Sicht des Autors zur wichtigsten Aufgabe einer Systemtherapie im Gesundheitswesen, wenn sie sich darin langfristig ihre systemische Identität bewahren will. Es geht um die Koppelung von zwei Systemen mit verschiedenen Leitunterscheidungen. Sie sind systemisch gesehen darin füreinander Umwelten.

Die Rolle der BeobachterIn im Zentrum systemtherapeutischer Theoriearchitektur

Das Gesundheitswesen koppelt als gesellschaftlicher Funktionsbereich seinerseits an die Funktionsbereiche Politik und Wirtschaft an, die wiederum eigene Leitunterscheidungen haben. Die Politik regelt, wer im Gesundheitswesen wie tätig werden darf, und die Wirtschaft, welche Leistungen wie honoriert werden. Foren wie der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)⁴ mit VertreterInnen der Krankenkassen, der LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen) und der PatientInnen ritualisieren und regeln die Koppelung dieser Funktionsbereiche.

Im systemischen Therapieraum sitzen sich TherapeutInnen und KlientInnen gegenüber – hier „wird Therapie gemacht“. Dazu bedarf es 1. oft einer systemtheoretischen Erklärung der dort behandelten Phänomene und 2. immer einer Reihe von passenden optionserweiternden Angeboten.

Kennzeichnend für die **Koppelung dieser beiden Bereiche** (Gesundheitswesen/systemischer Therapieraum) ist das erwähnte Aufeinandertreffen der Leitunterscheidungen „gesund – krank“ und „System – Umwelt“. Die BeobachterInnen dieser Koppelung können Instanzen außerhalb der systemischen Welt sein wie z. B. VertreterInnen anderer Richtlinienverfahren, Krankenkassen oder wissenschaftliche Forschungsinstitute. Entscheidend für die Systemtherapie ist die *Selbstbeobachtung* dieser Koppelung. Im Folgenden sollen markante Aspekte dieser Koppelung und ihre Relevanz für das Projekt der systemischen Selbstbeobachtung dargestellt werden.

Paradoxien, die sich aus der Koppelung von Gesundheitswesen und Systemtherapie im Therapieraum ergeben⁵

Eine Paradoxie liegt vor, wenn zwei Aussagen, die sich nach der zweiseitigen Logik widersprechen, gleichzeitig wahr sind. Die hier gemeinten treten bei der Begegnung der Ebenen II und

4) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der ÄrztInnen, ZahnärztInnen, PsychotherapeutInnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

5) Unlösbar erscheinende Probleme auf das Aufeinandertreffen widersprüchlicher Logik zurückzuführen, gehört heute zum Standard systemtheoretischer Theoriebildung. Vgl. dazu bzgl. Paradoxien allgemein Luhmann (2006), Fischer (2012) oder Fischer und Schlippe (2012), zu Paradoxien in Familienunternehmen Schlippe et al. (2012) und zu solchen in der Jugendfürsorge Lieb et al. (2008).

III im Therapieraum in den Köpfen der dort Anwesenden auf. Dabei können beide Seiten beides vertreten oder die eine das eine und die andere das andere. Ggf. konkurrieren also offen oder verdeckt zwei Landkarten miteinander. Das kann bedeuten, dass zwei unterschiedliche **Erklärungskonzepte** für Probleme oder Störungen im Raum sind: Hier ein *Ereigniskonzept* und dort ein *Handlungskonzept*. Z. B. wird ein patient/innenseitiges Verhalten im Ereigniskonzept analog einem Symptom durch die Gesetzmäßigkeiten einer Krankheit erklärt, im Handlungskonzept gilt es als Handlung einer irgendwie sinnvoll operierenden Person in ihrem sozialen Kontext. Mit beiden Konzepten verbinden sich verschiedene bis gegensätzliche Rollen der ExpertInnen und PatientInnen im Therapieprozess.

Die traditionelle Logik des Gesundheitswesens weist den ÄrztInnen/TherapeutInnen die Rolle der Diagnostizierenden und Heilenden zu (Aktivität) und den PatientInnen die des über ihr Leiden informierenden (partielle Aktivität), im Heilungsprozess dann aber die der NutznießerInnen ärztlicher Aktivitäten (Passivität) zu. In der Logik der Psychotherapie im Allgemeinen und der Systemtherapie im Besonderen sind PatientInnen und TherapeutInnen beide a priori sinnvoll handelnde Subjekte in einer zielbezogenen Kooperation. Treffen beide Logiken aufeinander und beanspruchen Gültigkeit, ergeben sich spezifische Macht-Ohnmacht-Konstellationen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen. Eine davon ist die Figur der „*Mächtigen Ohnmacht*“ von TherapeutInnen, denen die Logik des Gesundheitswesens eine Veränderungsmacht über etwas zuschreibt (Verhalten, Fühlen und Denken von PatientInnen), worüber die andere Logik aussagt, das liege ausschließlich in der Macht der jeweiligen PatientInnen selbst. Gleichen Handlungen von TherapeutInnen können je nach Ebene verschiedene Bedeutungen zugesprochen werden. Die Vergabe einer Diagnose bedeutet z. B. in Ebene II gegenüber der Krankenkasse etwas anderes als im Therapieraum auf Ebene III. Luhmann (1984) spricht von Interpenetration, wenn eine Operation gleichzeitig zwei Systemen zugerechnet werden kann. Tabelle 1 gibt weitere Aussagen wieder, die bei dieser Koppelung aufeinandertreffen und die sich bei Anlegung der zweiwertigen Logik widersprechen⁶:

Gleichen Handlungen von TherapeutInnen können je nach Ebene verschiedene Bedeutungen zugesprochen werden

6) Diese Gegenüberstellung stimmt in etlichen Aspekten überein mit jener von Tom Andersen, wenn er die Kybernetik erster und die zweiter Ordnung vergleicht (Andersen 1990).

Gegenüberstellung der Logiken des Gesundheitswesens und der Systemtherapie	
Ebene II Gesundheitswesen	Ebene III Systemtherapie
Symptome sind Ausdruck einer Krankheit und in diesem Sinne Ereignisse	Symptome sind Verhaltensweisen, denen Bedeutung und Sinn zugesprochen wird
Der Therapeut/die Therapeutin bewirkt mittels seiner/ihrer Interventionen beim Patient/bei der Patientin eine Veränderung	Veränderungen kann nur der Patient/die Patientin selbst vornehmen
Das Spektrum an Narrationen wird eng geführt in Richtung „Krankheitsgeschehen“	Das Spektrum an Narrationen wird weit geführt im Sinne einer erwünschten Perspektivenvielfalt
Einführung von und Orientierung an festen Konstrukten („die“ Störung)	Aufweichung und Dekonstruktion fester Konstrukte
Gleichsetzung von Landkarte und Land: Diagnosen geben wieder, was der Fall ist	Unterscheidung zwischen Landkarte und Land: Diagnosen sind nur eine Möglichkeit der Beschreibung
Das Ziel der Therapie ist idealerweise vordefiniert: Heilung der Krankheit (keine Symptome mehr) oder noch weitergehend definierte Gesundheit („gesundes Leben“)	Zieloffenheit als Programm
Vorhersagbarkeit: Krankheits- und Genesungsprozesse folgen Gesetzmäßigkeiten der jeweiligen Krankheit	Prinzipielle Unvorhersagbarkeit: Nichttriviale Systeme können nicht einseitig instruktiv gesteuert und das Ergebnis nicht vorhergesagt werden

Tabella 1: Gegenüberstellung der Logiken des Gesundheitswesens und der Systemtherapie

Form oder Medium: Härtere und weichere Systeme. Ein Frage bei der Koppelung zweier autopoietischer Systeme lautet: Welches System erweist sich dabei als das härtere und welches als das weichere, welches wird Form (das härtere) und welches Medium (das weichere)? In der Systemtheorie ist jenes System das Medium, dessen Elemente intern lockerer miteinander verkoppelt sind und somit ein höheres Niveau an Plastizität und Flexibilität erreichen. Wie ein solchermaßen

weicherer System (Medium) auf ein härteres (Form) reagiert, bestimmt das weichere im Rahmen seiner Autopoiese selbst. Es steht zu hoffen, dass sich bei der Begegnung von Ebene II und III die Systemtherapie als das plastischere und flexiblere erweisen wird. Das schließt nicht aus, dass einzelne Teilsysteme im Gesundheitswesen sich durch die Begegnung mit systemischen Ansätzen verändern, was die Erfahrung von in Kliniken arbeitenden SystemikerInnen seit Jahrzehnten ebenso zeigt wie zuletzt die Forschung der Gruppe um Jochen Schweitzer (Haun et al. 2012). Wie immer sich diese Koppelungen weiterentwickeln werden – was sicher vorhergesagt werden kann, ist irgendeine Form gemeinsamer Koevolution.

Paradoxiebewusstheit – Paradoxiebewältigung – Selbstbeobachtung

Führt man sich das Spektrum an Themen und Dynamiken vor Augen, die das Aufeinandertreffen der in Tabelle 1 aufgeführten Logiken mit sich bringt und auf wie vielen intra- und inter-personalen Ebenen sich das dann abspielt (wobei bisher nur die im Therapieraum auf Ebene III und noch gar nicht die in Ebene II genannt sind, wenn z. B. in einer Klinik oder in berufs-politischen oder kassenärztlichen Runden SystemikerInnen und VertreterInnen anderer Richtungen aufeinandertreffen), dann muss eine Systemtherapie, die sich im Gesundheitswesen etablieren will, erhebliche und ganz spezifische Komplexitäten bewältigen. Sie muss dabei an zwei Klippen vorbei segeln: Auf der einen Seite an der Versuchung, diese Komplexität zu sehr zu vereinfachen (z. B. durch eine kritiklose Übernahme von Krankheitskonzepten oder durch deren pauschale Ablehnung), und auf der anderen an der Versuchung, die ganze Komplexität in toto im Auge zu haben und jedes Teilinteresse befriedigen zu wollen (z. B. indem man die ganze Fülle systemischen Denkens mit all seinen Komponenten in den Therapieraum und in die Köpfe anders denkender KollegInnen hineinbringen will). Um an diesen Klippen gut vorbeizukommen und in Raum III sowohl Ebene I wie Ebene II kreativ und energiesparend unter einen Hut zu bekommen, bedarf es zweierlei: Zum einen einer Paradoxiebewusstheit gepaart mit der Kunst der Paradoxiebewältigung und zum anderen einiger Varianten der Selbstbeobachtung.

Zwischen unzulässiger Vereinfachung und überforderndem Aufgreifen aller Teilinteressen

*Spielerischer
Umgang mit
Paradoxien*

Metaperspektiven und Tetralemma

SystemtherapeutInnen haben hier größere Spielräume, wenn sie die Koppelung ihrer eigenen systemischen Sicht mit der des Gesundheitswesens aus einer Metaperspektive betrachten. Das erfordert einen hohen Grad an (paradoxe) Flexibilität, gleichzeitig eine (systemische) Haltung einzunehmen und diese zu verlassen bzw. die andere zu respektieren. Das gelingt nur, wenn man dabei nicht von einer zweiseitigen Logik ausgeht (*entweder* [unsere systemischen Leitunterscheidungen] *oder* [die Leitunterscheidungen des Gesundheitssystems]), sondern von einem *Sowohl-als-auch*. Dann erst lässt sich die Paradoxie der Gleichzeitigkeit und der Gleichwertigkeit von gegensätzlichen Perspektiven erkennen und man kann spielerisch damit umgehen. Anderenfalls läuft man Gefahr, eine der beiden Seiten einzunehmen und die andere zu bekämpfen, um diese dann gegen sich zu haben – was sofort neue Dynamiken zur Folge hat und die zu bewältigende Komplexität erhöht. Ein metaperspektivisches Sowohl-als-auch ermöglicht dann z. B., *gleichzeitig* die der TherapeutIn im Gesundheitswesen zuge-sprochene ExpertInnen-Macht anzunehmen *und* sie system-therapeutisch zu dekonstruieren. ExpertInnen sind dann so-wohl Wissende wie Nichtwissende. Dann lässt sich bei Bedarf auch bewusst mit dem Krankheitsbegriff oder der ExpertInnenrolle spielen. Das exemplarisch an einzelnen Fällen durch-zuspielen ist hier nicht möglich, kann aber, wenn man es be-herrscht, kreativ und erfolgreich sein (vgl. allgemein Lieb 2014 und exemplarisch bei Schizophrenie Ruf 2014).

*Erweiterung des
Optionsraums für
KlientInnen*

Tetralemma. Solche Metaperspektiven werden bei Anwen-dung des sogenannten Tetralemma möglich, das aus der indi-schen und buddhistischen Philosophie stammt und das von der Heidelberger Schule in die systemische Behandlung von Psychosen und psychosomatischen Störungen eingeführt wor-den ist (Kleve 2012, Simon 2012). Es ist eine abstrakte Form, vier mögliche Positionen bei Konflikten, Ambivalenzen und Pa-radoxien darzustellen. Sie werden als prinzipiell gleichwertig angesehen, weshalb die TherapeutIn selbst keine der Posi-tionen vertritt, sie aber als Möglichkeiten aufzeigt und so den Optionsraum für KlientInnen erweitert. Tabelle 2 gibt im Sinne des Tetralemmas vier Positionen zur Frage wieder, welche Leit-unterscheidungen man im therapeutischen Raum explizit oder implizit verwenden kann: „krank – gesund“ oder „System –

Umwelt“, beide zugleich oder keine von beiden. Das hat hohe praktische Relevanz: Es macht z. B. einen Unterschied, ob eine Kinder- und JugendlichenherapeutIn im Gespräch mit einem jungen Klienten und dessen Eltern davon ausgeht und in der Sprache entsprechend zum Ausdruck bringt, dass der Junge eine Zwangsstörung „hat“, oder ob er/sie die Idee einführt, dass diese Perspektive nur eine von vielen möglichen und wertgleichen ist.

Das Besondere für eine Systemtherapie im Gesundheitswesen ist nun, dass neben der von ihr traditionell bevorzugten *Position 2* (Unterscheidung „System – Umwelt“) nun nicht nur auch die von *3* (weder „gesund – krank“ noch „System – Umwelt“) und *4* (sowohl „gesund – krank“ als auch „System – Umwelt“) möglich werden, sondern auch *Position 1* („gesund – krank“). Tabelle 3 führt beispielhaft aus, wie diese vier Positionen je-weils realisiert werden könnten.

Tetralemma: Vier mögliche Positionen bei der Verwendung der Leitunterscheidungen „gesund – krank“ und „System – Umwelt“	
<p>Position 1 Unterscheide zwischen Krankheit und Gesundheit</p>	<p>Position 4: Sowohl-als-auch Operiere mit der Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit <i>und</i> operiere mit der zwischen System und Umwelt</p>
<p>Position 3: Weder-noch Ignoriere die eine wie die andere Unter-scheidung – konzentriere dich auf etwas anderes</p>	<p>Position 2 Lehne die Unterscheidung „krank – gesund“ ab – operiere nur mit der zwischen System und Umwelt</p>

Tabelle 2: Tetralemma: Vier mögliche Positionen bei der Verwendung der Leitunter-scheidungen „gesund – krank“ und „System – Umwelt“

Exemplarische Varianten, die Positionen des Tetralemmas in der Verwendung der Leitunterscheidungen „gesund – krank“ und „System – Umwelt“ zu vertreten

Position 1 oder 2: Sich auf eine Seite stellen:

Eine Seite wird vertreten, die andere bewusst ausgeklammert und der Preis dafür in Kauf genommen.

Position 1: *Einer Patientin wird erklärt, ihre Symptomatik verweise auf eine Panikstörung. Sie erhält Ratgeberliteratur dazu. In der nächsten Stunde erklärt sie, dass diese Diagnose „ihre Heilung“ gewesen sei und sie nun wisse, was sie habe und wie sie das wieder loswerde.*

Position 2: *Einem Patienten, der auf Druck seiner Ehefrau wegen seiner außerehelichen Eskapaden zur Therapie kommt und sich diese mit seiner „Narzisstischen Persönlichkeitsstörung“ erklärt, wird mitgeteilt, dass dieses Konzept eine reine Theorie sei, mit der man nicht arbeite, weil sie alle Verantwortung an eine Krankheit abschiebe.*

Position 3: Weder-noch

Man erklärt, dass es egal sei, ob „das ...“ nun krank oder gesund oder sonst was sei, denn „eigentlich geht es doch ... (z. B. um eine Trennungssituation oder um die Neuaufteilung von Rollen in einer Familie)“.

Bewusst aus einer anderen Therapieschule gewähltes Fallbeispiel: *Ein Verhaltenstherapeut erklärt seinem Patienten, das Krankheitssymptom sei Resultat eines individuellen Lernprozesses und es gehe nun darum, unter Nutzung der Erkenntnisse der Lerntheorie Neues zu lernen oder Altes zu verlernen.* Man kann ein Weder-noch auch durch gezieltes Vernebeln jeglicher Positionierungen erreichen, indem man sich und andere in Trance redet und dabei Lösungsoptionen für das geschilderte Problem einbaut.

Position 4: Sowohl-als-auch – zeitlich synchron

Man markiert beide Varianten als mögliche Optionen und entscheidet sich dann definitiv für keine im Sinne des Vertretens der Ambivalenz: *„Man kann das stundenlange Waschen Ihres Sohnes als Ausdruck einer Krankheit ansehen oder auch als Botschaft seiner Seele an die Eltern. Ich kann mich nicht für eine dieser Möglichkeiten entscheiden.“*

Man vertritt gleichzeitig die eine und die andere Position: *Eine Patientin wird in ihrem von anderen ExpertInnen übernommenen Konzept bestätigt, sie sei psychisch krank, und gibt ihr in der Rolle der ExpertIn dazu die Information, dass eine effektive Behandlung ihrer psychischen Krankheit die Kooperation zwischen der TherapeutIn und dem gesunden Anteil in der Patientin gegen den kranken Teil benötige und lotet gemeinsam mit ihr aus, wie diese Kooperation aussähe und was jeder dann zu tun hätte.*

Position 4: Sowohl-als-auch – zeitlich diachron

Man vertritt zeitlich jetzt das eine und später das andere – das ergibt über die Zeit ein Sowohl-als-auch: *„Jetzt gehen wir mal davon aus, Ihr Sohn leidet an einer Krankheit, und überlegen, welches Medikament oder welche Therapie dann in Frage kommt ... Und jetzt gehen wir mal davon aus, er teilt mit seinem Verhalten seiner Umgebung etwas mit – Wem könnte das gelten und was könnte die Botschaft sein?“*

Position 4: Sowohl-als-auch – Splitting Team

Eine TherapeutIn (oder „eine Seite in mir“) vertritt das eine, eine andere TherapeutIn (oder „eine andere Seite in mir“) das andere: *„Eine Sicht besagt, Schizophrenie ist eine Stoffwechselerkrankung und bedarf einer neuroleptisch-medikamentösen Therapie – die andere besagt, Sie haben gute Gründe, sich so ‚verrückt‘ zu verhalten, und wir sollten herausfinden, für welches Problem das eine Lösung ist.“*

Tabelle 3: Exemplarische Varianten, die Positionen des Tetralemmas in der Verwendung der Leitunterscheidungen „gesund – krank“ und „System – Umwelt“ zu vertreten

Beobachtung und Selbstbeobachtung der Systemtherapie im Gesundheitswesen

Beobachtung: Im Gesundheitswesen tätige SystemtherapeutInnen werden oder würden von vielen Instanzen beobachtet – wohlwollend oder skeptisch, pragmatisch oder wissenschaftlich. Sie werden dabei auch nach Kriterien bewertet, die auf sie wie auf alle Therapieschulen von außen angelegt werden wie z. B. nach allgemeinen störungsbezogenen oder wirtschaftlichen Effizienzkriterien.

Selbstbeobachtung: Die zur Wahrung einer systemischen Identität wichtigste Beobachtungsvariante ist die Beobachtung der Systemtherapie im Gesundheitswesen durch die systemische Welt selbst. Das betrifft vor allem die Selbstbeobachtung der Koppelung von Systemtherapie und Gesundheitswesen. Dafür bedarf es spezieller Beobachtungsinstanzen und -konzepte. Diese zu installieren und die Beobachtungsergebnisse für die Weiterentwicklung der Systemtherapie auf diesem Gebiet wieder in die systemische Welt einzuspeisen, ist ein längerfristiges Projekt. Es sollte nach Möglichkeit von entsprechend übergeordneten Instanzen durchgeführt werden, die auch die Mittel dazu haben. Es ist aber auch eine Aufgabe, der sich jede einzelne SystemtherapeutIn stellen kann oder muss, um die Identität zu wahren. *Inhaltlich* geht es vor allem um eine *explizit systemisch ausgerichtete* Beschreibung der Interaktion des eigenen Systems (hier global das Gesundheitswesen) mit seiner Umwelt (hier global das Gesundheitswesen). Man beobachtet dann neben der Umwelt vor allem den Koppelungsprozess und die Veränderungen in der Umwelt und bei sich selbst in der Folge dieser Koppelungen. Systemtheoretisch handelt es sich bei diesem Projekt um ein *Re-entry*: Man sieht nicht wie sonst Umwelten, sondern sich *und* die Umwelten.

Die Selbstbeobachtung der Koppelung von Systemtherapie und Gesundheitswesen

Wie ausgeführt geht es dabei besonders um die *Beobachtung, wie die Leitunterscheidung von „gesund – krank“ der Leitunterscheidung von „System – Umwelt“ begegnet* – mit allen sich daraus ergebenden weiteren Unterscheidungen. Logisch ergibt das dann mindestens vier Beobachtungen:

1. *Beobachtung des Vollzuges der jeweiligen Unterscheidungsakte:*
gesund – krank: Wie z.B. wird zwischen einer normalen Trauer und einer krankhaften Trauer unterschieden? Nach welchen Kriterien wird hier ein Therapiererfolg definiert (Evaluationskriterien)? Was sind die sich einstellenden jeweiligen Bestimmungsmerkmale für die Rollen von TherapeutIn und PatientIn, sobald ein Phänomen als krank markiert wird?
System – Umwelt: Zu welchem System gehört die Vergabe einer Diagnose (Anwendung einer Landkarte)? Zu welchem gehört das Phänomen, das damit bezeichnet oder dadurch erklärt wird (Land)? Welchen Einfluss hat die Landkarte auf das Land – die Diagnose auf das Diagnostizierte?
2. *Beobachtung, wie diese beiden Unterscheidungen in der Therapie in Raum III aufeinandertreffen – innerhalb einer Person oder zwischen Personen:*
 Welche Beziehungsdynamiken resultieren daraus: Treten beide Konzepte z.B. in eine offene oder subtile Konkurrenz? Unterwirft sich ein Konzept dem anderen? Welche der vier Positionen des Tetralemma werden hierzu von der TherapeutIn und welche von der PatientIn gewählt? *Wenn eine bestimmte Position gewählt wird – welche Folgen hat das für KlientInnen, für TherapeutInnen und für das Ergebnis einer Therapie?*
3. *Beobachtung, welche Auswirkungen es auf die Umwelt „Gesundheitswesen“ hat* (z.B. auf KollegInnen, auf PatientInnen, auf Krankenkassen, auf andere Therapieschulen), *wenn die Systemtherapie Bestandteil des Gesundheitswesens wird.* Wie z.B. werden systemische Konzepte wie „KlientInnen als KundInnen“, „Selbstorganisation“ oder „Perspektivenvielfalt statt Wahrheitsanspruch“ vom Gesundheitswesen aufgegriffen?

4. *Beobachtung der kurzfristigen und vor allem langfristigen Rückwirkungen dieser Koppelungen und Koppelungsprozesse auf die einzelnen SystemtherapeutInnen und dann auch auf die Systemtherapie selbst.*

Wo übernehmen hier SystemtherapeutInnen Konzepte und Rollen aus dieser Umwelt, wo spielen sie (noch) damit und wo werden sie (schon) Gefangene übernommener Konstrukte? Die Selbstbeobachtung der Systemtherapie ist hier von besonders pragmatischer Bedeutung, weil diese selbst Therapieprozesse positiv beeinflussen kann vermittelt des Konzeptes eines „Wirkfaktor Kontextsensibilität“: TherapeutInnen beobachten dabei, ob und wie Konstrukte, Erwartungen und Erwartungserwartungen (Landkarten) aus der Welt des Gesundheitswesens in das aktuelle Geschehen in der Therapie hereinspielen – in den Kopf der TherapeutInnen oder in die Beziehung zu den KlientInnen und wie das das therapeutische Ergebnis beeinflusst (Lieb 2011)⁷. Die systemische Selbstbeobachtung kann auch die Beziehung beobachten, die sich zwischen approbierten SystemtherapeutInnen im Gesundheitswesen und anderen Subgruppen der systemischen Welt herausbildet und wie das wiederum die systemische Welt beeinflusst.

Wirkfaktor „Kontextsensibilität“

Will man solche Selbstbeobachtungen zu Gewohnheiten machen, sollte man sie auf vielen Ebenen etablieren: Curricular in der systemischen Approbationsausbildung, in der Supervision, im Therapieraum auf Ebene III als Selbstbeobachtungsroutine, auf diesem Thema gewidmeten politischen und wissenschaftlichen Kongressen.

Systemisches Survival im Gesundheitswesen: Könnte eine Charta helfen?

Zum Erhalten einer systemischen Identität im Gesundheitswesen könnte man sich selbst eine Positionsbeschreibung geben

7) Die Systemtherapie kann hier aus der Geschichte der Verhaltenstherapie lernen: Eine erste Generation von VerhaltenstherapeutInnen war sich solcher Kontextfaktoren und Kontextrückwirkungen bewusst, als sich die Verhaltenstherapie in den 60er und 70er Jahren im Gesundheitswesen als Heilverfahren etablierte – etwa mit Bezug auf die Kritik Keupps (1992) am medizinischen Modell. Jüngere Generationen von VerhaltenstherapeutInnen wissen von dieser Geschichte meistens nichts mehr. Sie übernehmen die Konstrukte des Gesundheitswesens oft unhinterfragt als ontologische Gegebenheiten.

mit Grundgedanken und Regeln zum systemischen Denken und Überleben in einer nicht systemisch ausgerichteten Umwelt, zu der man gehört. Das kann politische oder konzeptuelle Entwicklungen, die von der systemischen Welt als unerwünscht angesehen werden, zwar weder verhindern noch den Entwicklungsprozess steuern. Andererseits gab und gibt es in der Geschichte des systemischen Ansatzes aber solche identitätsstiftenden normativen Positionierungen⁸. Warum dann nicht auch auf diesem Gebiet? In diesem Sinne wurde vom Autor als Diskussionsbeitrag hierzu eine solche Charta formuliert. Da sie im Zusammenhang mit der Formulierung konzeptueller Grundlagen für eine „Störungsspezifische Systemtherapie“ erstellt wurde, trägt sie den Titel „Charta zur Störungsorientierten Systemtherapie“ (enthalten in Lieb 2014)⁹.

Literatur

- Andersen T (Hg) (1990) Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge (= Systemische Studien. Band 5). Verlag modernes lernen, Dortmund
- Baecker D (2004) Einleitung: Wozu Gefühle? Soziale Systeme 10 (1): 5-20
- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J (1956) Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1: 215-246
- Fischer H R, von Schlippe A (2012) Nicht lesen bitte! Paradoxien und Dilemmata. Familiendynamik 39(3): 241-244
- Fischer H R (2012) Paradoxien als Quelle von Kreativität. Von Double Binds und Double Minds. Familiendynamik 37(4): 244-257
- Fuchs P (2004) Wer hat wozu und wieso überhaupt Gefühle? Soziale Systeme 10 (1): 89-110
- Fuchs P (2010) Das System SELBST. Eine Studie zur Frage: Wer liebt wen, wenn jemand sagt: „Ich liebe Dich!“? Velbrück Wissenschaft, Weilerswist
- Geyerhofer S (2011) Von den Mitteln und den Zwecken der Systemischen Therapie – Eine kritische Auseinandersetzung mit der „Kybernetik 2“ und eine Erinnerung an den Nutzen störungsspezifischen Wissens in der Systemischen Therapie. Systemische Notizen 01/11, S. 6-10

8) *Erinnert sei z. B. an die „Potsdamer Erklärung“ der Systemischen Gesellschaft zur Aufstellungsarbeit von Bert Hellinger (siehe: <http://idw-online.de/pages/de/news247995>, September)*

9) *Dieser Entwurf einer Charta kann beim Autor unter der am Ende angegebenen Mailadresse angefordert werden.*

- 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): 142-169
- Jones E, Asen E (2002) Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Borgmann, Dortmund
- Keupp H (1972) Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen. Urban & Schwarzenberg, München
- Keupp H (Hg) (1992) Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Urban & Schwarzenberg, München
- Kleve H (2012) Tetralemma. In: Wirth J V, Kleve H (Hg) (2012) Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Carl-Auer, Heidelberg, S. 415-418
- Klein R (2014) Lob des Zauderns. Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten. Carl-Auer, Heidelberg
- Kriz J (2006) Grundkonzepte der Psychotherapie (6., vollständig überarbeitete Auflage). Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Kriz J (2014) Systemtheorie ist mehr als „Autopoiese“. Familiendynamik 39(3): 267-270
- Lieb H (2011) Kontextsensibilität: Eine aus der Systemtheorie abgeleitete Wirkvariable. In: Schindler H, Loth W, von Schlippe J (Hg) (2012) Systemische Horizonte. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 25-38
- Lieb H (2014) Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Carl-Auer, Heidelberg
- Lieb H, Danzeisen W, Goddar A (2008) § 8a Kinder- und Jugendhilfe-weiterentwicklungsgesetz: Sicherstellung der Unversehrtheit des Kindes. Politische Texte aus systemischer Sicht und ihre Auswirkungen auf die Praxis. Systema 22(3): 256-261
- Loth W (2014) Kurze Skizze eines langen Weges – Versuch über den systemischen Umgang mit Ungewissem. Z.f. systemische Therapie und Beratung 32(4): 51-62
- Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Luhmann N (2006) Organisation und Entscheidung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Minuchin S, Rosman B L, Baker L (1981) Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Retzer A (1994) Compliance, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. Familiendynamik 19: 101-121
- Ruf G D (2012) Systemische Psychiatrie. Ein Ressourcen-orientiertes Lehrbuch. Klett-Cotta, Stuttgart

- Ruf G D (2014) Schizophrenien und schizoaffektive Störungen. (= Störungen systemisch behandeln, Band 2). Carl-Auer, Heidelberg
- Schleiffer R (2013) Verhaltensstörungen. Sinn und Funktion. Carl-Auer, Heidelberg
- Schlippe A v, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schlippe A v, Groth T, Rösen T (2012) Paradoxien der Nachfolge in Familienunternehmen. *Konfliktdynamik* 1(4): 288-298
- Schweitzer J, Schlippe A v (2006) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. II. Das störungsspezifische Wissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schweitzer J, Schumacher B (1995) Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur (De-) Konstruktion der Chronizität. Carl-Auer, Heidelberg
- Selvini Palazzoli M (1982) Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Simon F (2004) Zur Systemtheorie der Emotionen. *Soziale Systeme* 10 (1): 111-139
- Simon F (2012) Die andere Seite der „Gesundheit“. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer, Heidelberg
- Simon FB, Weber G, Stierlin H, Retzer A & Schmidt G (1989) Schizoaffektive Muster: Eine systemische Beschreibung. *Familiendynamik* 14: 190-213
- Spitzcok von Brisinski I (1999) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Z. f. systemische Therapie* 17 (1): 43-51
- Stierlin H (1984) Psychosomatische und schizopräzente Familien: Wechselfälle der bezogenen Individuation. *Familiendynamik* 9(3): 278-294
- Stierlin H, Weber G, Schmidt G, Simon F (1986) Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. *Familiendynamik* 11(4): 267-282
- Szasz T (1972) Geisteskrankheit. Ein moderner Mythos. Walter, Freiburg [Neu erschienen 2013 bei Carl-Auer, Heidelberg]
- Tomm K (2001) Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Carl-Auer, Heidelberg

Dr. Hans Lieb
Luitpoldstraße 3-9
D-67480 Edenkoben
e-mail: Hans.Lieb@t-online.de