

WAS WÄRE, WENN...? EIN SYSTEMISCHER BLICK AUF DIE HEUTIGE PSYCHIATRIE

von

Kurt Ludewig, Münster

VORTRAG AM 10. MAI 2006

ANLÄSSLICH DES 15-JÄHRIGEN JUBILÄUMS DER PSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK
FLENSBURG.

1. EINLEITUNG

Als ich eingeladen wurde, eine Festrede zum 15-jährigen Bestehen der Psychiatrischen Tagesklinik Flensburg zu halten, sagte ich schon aus alter Bezogenheit zu dieser Stadt, ihren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sofort zu. Beim Vortrag sollte es um die Verbindungen zwischen Psychiatrie und systemischer Therapie gehen. Ohne über die Folgen zweimal nachzudenken, schlug den Titel vor: *"Was wäre, wenn...? Ein systemischer Blick auf die heutige Psychiatrie"*. Erst aber als ich anfang, den Vortrag vorzubereiten, realisierte ich den Umfang eines solchen Themas und beschloss, ihn auf ein Machbares zu begrenzen. Deshalb wird es mir im Folgenden um Möglichkeiten und Grenzen systemischen Denkens in der psychiatrischen Arbeit gehen, ohne im geringsten den Anspruch zu erheben, die Gesamtheit der heutigen Psychiatrie mit ihren vielfältigen Facetten zu berücksichtigen.

Trotz einer 30-jährigen Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie halte ich mich nicht für befugt, öffentlich über Psychiatrie zu reden, ohne mich vorher bei Bewanderteren abgesichert zu haben. Ich wandte mich wie bei vielen solchen Situationen zunächst an meine Frau und bat sie um Unterstützung. Sie ist Kinder- und Jugendpsychiaterin in eigener Praxis und war mehrere Jahre Assistenzärztin in einer sozial psychiatrisch geführten Psychiatrischen Klinik. Neben der von den Ärzten geforderten Fortbildung in tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie hat sie darüber hinaus einige Jahre lang Gestalttherapie gelernt und eine zweijährige Weiterbildung in systemischer Therapie absolviert. Mitten in dieser letztgenannten Weiterbildung wechselte sie in die Erwachsenen-Psychiatrie über und war zu Anfang bemüht, ihre Erfahrungen aus der Jugendpsychiatrie und ganz besonders aus der systemischen Weiterbildung in ihre neue Praxis umzusetzen.

Systemisch geschulte an der Psychiatrie Tätige werden sofort nachvollziehen, dass

meine Frau in kürzester Zeit in mächtige Konflikte geraten war. Die Patientinnen und Patienten der Psychiatrie reagierten anderes als von ihr erwartet, sie waren gewissermaßen "ungeeignet" für den Umgang mit sog. systemischen Fragen und Interventionen. Die ältere Dame mit langjähriger Erfahrung mit tiefen depressiven Zuständen war trotz differenzierter und einfühlsamer Fragetechnik nicht recht bereit, ein anderes "Anliegen" vorzutragen, als von der Ärztin hören zu wollen, dass die Depression bald vorbei gehen würde, sobald die Medikation angeschlagen hätte. Der als schizophren diagnostizierte Patient wollte letzten Endes nur bestätigt bekommen, dass seine Ärztin im engen Verbund mit seinem Schutzengel arbeiten würde. Eine Runde zirkulärer Fragen in einer Gruppentherapie mit depressiven Menschen trieb schließlich ihre Enttäuschung auf die Spitze.

Wozu hatte sich meine Frau bemüht, schöne, zumindest bei relativ gesunden Menschen wirksame Fragen zu erlernen, wenn sie in der Psychiatrie nicht anwendbar waren? Lag es an ihr?, beherrschte sie die Techniken nicht gut genug?, oder - und das war ein furchtbarer Gedanke - war die systemische Therapie mit der Psychiatrie inkompatibel? Hätte sie lieber etwas anderes, Passenderes lernen sollen? Noch schlimmer ging es ihr, als sie zum ersten Mal das Fixieren eines randalierenden Patienten anordnen musste. Da schien das ganze Kartenschloss der so nützlichen, schönen und respektvollen systemischen Therapie ganz und gar zusammenzubrechen¹. Die Frage plagte sie noch einmal, ob es ihr nicht gelungen sei, mit dem Patienten so effektiv zu arbeiten, dass eine solche entwürdigende Maßnahme unnötig geworden wäre. Oder sollte sie vielmehr zu dem Schluss gekommen sein, dass die systemische Therapie bloß eine Neufassung solcher Psychotherapien sei, die für Gesunde gedacht sind?

Bemerkenswerterweise hat mir über ihre damaligen Zweifel und Bedenken erst in voller Länge berichtet, als ich sie dieser Tage fragte, worüber ich sinnvollerweise in einer modernen, sozialpsychiatrisch und systemisch orientierten Einrichtung sprechen sollte. Ob ich damals in der Lage gewesen wäre, ihre Bedenken als Anlass nachzudenken genommen hätte oder eher mit abwehrenden, abweisenden Ausreden gekontert hätte, weiß ich nicht mit Gewissheit zu sagen. Nun aber, da meine professionelle Zeit allmählich abläuft, ich keine Punkte für irgendeine Liste zu gewinnen und kaum etwas zu verlieren habe, will ich mir erlauben, die damaligen

¹ vgl. Ludewig. K.. (1988), Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. In: *System Familie* 1: 103-114
(auch in: www.systemmagazin.de/bibliothek/l_bibliothek.php)

Zweifel und Bedenken meiner Frau zum Anlass zu nehmen, um über die Verträglichkeit zwischen *Psychiatrie* und dem, was ich hier *systemischer Praxis* anstelle von systemischer Therapie nennen will, nachzudenken - dies allerdings punktuell und keineswegs erschöpfend.

2. SYSTEMISCHE PRAXIS UND PSYCHIATRIE

Bevor ich auf die Gemeinsamkeiten bzw. auf die Verträglichkeit zwischen Psychiatrie und systemischer Praxis eingehe, ein Paar Worte zur Eingrenzung des Begriffs "*systemische Praxis*". Zunächst möchte ich feststellen, dass beide uns hier interessierenden Begriffe Formen professioneller Praxis bezeichnen. Eine Praxis beruht selbstredend auf Handlungen, und diese um als professionell zu gelten, müssen geordnet und zielgerichtet als Umsetzung eines theoretischen Konzepts vollzogen werden. In der Psychiatrie geht es um den medizinisch begründeten, kurativen oder palliativen Umgang mit psychopathologisch erkrankten Menschen. Der Psychiatrie als Praxis liegt unmittelbar die Psychopathologie als Lehre über die psychischen Erkrankungen zu Grunde, und mittelbar die jeweils geltenden Auffassungen über den Menschen und seine Lebensweisen. Darauf komme ich noch zurück.

Was heißt nun *systemische Praxis*? Ich wähle diesen allgemeinen Begriff, um darauf hinzudeuten, dass hier jedweder professionelle Praxis mit Menschen gemeint ist, die systemisch begründet ist. Systemische Praxis kann definiert werden als ein am *systemischen Denken* orientierter professioneller Umgang mit Menschen bei der Linderung, Bewältigung, Klärung oder Auflösung ihrer persönlichen, zwischenmenschlichen und organisatorischen Probleme. Das zu Grunde liegende Denken entsteht um die 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts in Folge einer zunehmenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Problemen der *Komplexität*, die in den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen zugleich auftrat und mit Begriffen wie Selbstorganisation, Kybernetik, Systemtheorie, Autopoiese, Theorie dissipativer Strukturen usw. bezeichnet wurde. Um die Mitte der 50er Jahre wird dieses Denken allmählich in die Psychotherapie übernommen. Die dabei entstandene Familientherapie wird zur ersten (Psycho)Therapie mit Mehr-Personen-Systemen. Die eigentliche systemische Therapie und die darauf aufbauende, allgemeine systemische Praxis, die sich auf alle Bereiche professionellen Umgangs mit Hilfe Suchenden Menschen ausbreitet (z.B. Supervision, Organisationsberatung, Coaching, Pädagogik usw.), entsteht dann in den 80er Jahren als Weiterentwicklung aus der

Familientherapie heraus durch konzeptionelle Einbettung in das neuere systemische Denken, wie es vom Konstruktivismus und den neueren Systemwissenschaften geprägt wurde.

Das dabei zu lösende konzeptionelle Problem bestand in der Erarbeitung einer Theorie der Praxis, die dem Komplexitätsproblem innerpsychischer Zusammenhänge und zwischenmenschlicher Interaktionen angemessen ist. Es ging also um

1. Neubestimmung des **Gegenstands** systemischer Praxis, definiert als die Anlässe bzw. Probleme, die diese Praxis in Gang setzen, durch Akzentsetzung vor allem auf
 - a. menschliche *Autonomie* statt heteronomer Bestimmung
 - b. Offenheit *kommunikativer Prozesse* statt kausaler Zwangsläufigkeit
 - c. *Bewältigungs- bzw. Lösungsorientiertheit* statt Problemfokus,
 und
2. Neubestimmung einer dazu passenden **Methodologie** abseits von Kausalitätsvorgaben. Sie kann aufgefasst werden als Beitrag zur Herstellung geeigneter *Randbedingungen* (Arbeitskontexte) für eine Interaktion bzw. Kommunikation, die für die Hilfe Suchenden im Bezug auf den jeweiligen Auftrag günstig (nützlich, passend, respektvoll) erscheint.

Darin zeigen sich erste Unterschiede zwischen traditioneller Psychiatrie und systemischer Praxis. Während Letztere die Betonung auf Autonomie, Kommunikation und Lösungsorientiertheit, dürfte es in der Psychiatrie eher um Heteronomie, Organismus und Heilen/Lindern gehen.

Ohne Eulen nach Athen bringen zu wollen und ohne den Leser mit theoretischen Erläuterungen langweilen zu wollen, erlaube ich mir dennoch, kurz zu erinnern, was mit *systemischem Denken* gemeint ist, zumindest, was ich darunter verstehe.

Das in der Psychotherapie verwendete Kürzel bezeichnet eine *interdisziplinäre Denkbewegung*, die sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts dem Komplexitätsproblem zuwandte. Kennzeichnende Merkmale dieser Denkweise sind: *Komplexität und Vernetzung*. Sein Ziel lässt sich mit dem auf Helm Stierlin zurückgehende Kürzel *komplexitätserhaltende Komplexitätsreduktion*. Das daraus sich ergebende *Menschenbild* intendiert die Vereinbarung der doppelten Natur des Menschen als *zugleich* biologisch selbständig (autonom) und sozial eingebunden (bezogen): Mit den Worten Humberto Maturanas *Der Mensch kann nur unter*

Menschen Mensch werden/sein. Das Erkenntnistheoretische Programm dieses Denken ist eine Theorie des Beobachtens auf der Basis einer Theorie des Beobachters (Neokonstruktivismus, neurobiologische Epistemologie , Kybernetik 2. Ordnung). Sie mündet in den Satz nach Heinz von Foerster: *Die Welt, die wir wahrnehmen, ist unsere (Er)Findung.*

Zusammenfassend möchte ich feststellen, dass eine systemische Praxis als praktische Umsetzung einer Auffassung des Menschen und seiner Lebenswelten prinzipiell nicht auf bestimmte Ziele oder Gegenstände beschränkt ist. Auf dem Hintergrund systemischen Denkens lässt sich jede Form der Praxis erarbeiten. Die Psychotherapie ist nur einer dieser Praxisbereiche. Schon hier dürfte ich in einem ersten Angang deutlich gemacht haben, dass eine angebliche Unverträglichkeit zwischen psychiatrischer und systemischer Praxis vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass bestimmte Elemente der einen Praxis unübersetzt auf die andere angewandt wurden. Jene Techniken, die sich in der systemischen Psychotherapie bewährt haben, sind nicht ohne weiteres in der psychiatrischen Praxis anwendbar. Das Klientel von Psychotherapie und Psychiatrie ist nicht deckungsgleich. Entgegen einer eventuell daraus abgeleiteten Unverträglichkeit beiden Praxisarten behaupte ich schon hier, dass es weder theoretische noch praktische Gründe gibt, auf eine systemisch orientierte Psychiatrie zu verzichten, sofern die jeweiligen Systemstrukturen berücksichtigt werden.

3. VORAUSSETZUNGEN PSYCHIATRISCHER ARBEIT

Menschen, die mit den Anforderungen gesellschaftlichen Lebens nicht zu Recht kommen, hat es offenbar zu jeder Zeit gegeben. Solche darunter, die darüber hinaus Erlebens- und Verhaltensweisen entwickelt haben, die einer angemessenen Anpassung im Wege stehen, kommen ebenfalls in jeder Form von Gesellschaft vor. Der helfende Umgang mit diesen Menschen ist wiederum so alt wie die Kulturgeschichte der Menschheit. Die Medizingeschichte weiß zu berichten, dass es in der antiken Medizin neben dem Heilen durch das Messer und die Pflanzen, also den heutigen Chirurgie und Pharmakologie, das Heilen durch das Wort seit jeher eine bedeutsame Rolle gespielt hat. Die Psychiatrie, die sich erst im 19. Jahrhundert von der allgemeinen karitativen Anstaltspflege der Armen, Irren und sonstigen Behinderten ablöste und als Einzeldisziplin der Medizin etablierte, hat sich aller drei dieser Maßnahmen der Heilkunst bedient. Den wesentlichen Impuls zur Begründung der

aktuellen modernen Psychiatrie wird dem deutschen Psychiater Wilhelm Griesinger zugesprochen². Als naturwissenschaftlich orientierter Arzt setzte er sich Mitte des 19. Jahrhunderts den vorherrschenden idealistischen und romantischen Strömungen der damaligen philosophischen Medizin entgegen und verkündete, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien.

Das war der Auftakt zu einer Modernisierung der Psychiatrie, die im Großen und Ganzen bis heute anhält. Auf der Basis einer Auflösung der Dualität von Körper und Geist, wobei der Geist zur Manifestation körperlicher Zustände umgedeutet wurde, setzte sich Griesinger für eine Erneuerung der Psychiatrie ein und gründete in Zürich die erste Universitätspsychiatrie, die eine bestehende Irrenanstalt durch eine regelrechte Klinik ersetzt hat. Auf ihn geht ebenfalls die zuerst in Berlin verwirklichte Kombination von "*Psychiatrischen und Nervenlinik*" zurück, die ein Jahrhundert lang Modell für die späteren Universitätskliniken sein sollte. Klaus Dörner³, ein Ihnen sicher bekannter Pionier der deutschen Sozialpsychiatrie, schreibt Griesinger zu, ein Großteil der Bedingungen für eine angemessene gemeindenahe Psychiatrie erkannt und beschrieben zu haben, ein Projekt, welches aber zu seiner Zeit weitgehend ohne Erfolg geblieben sei.

Die heutige deutsche Psychiatrie ist einen weiteren Schritt gegangen und hat neben den traditionellen naturwissenschaftlichen Elementen auch psychotherapeutische Ansätze in ihr Repertoire aufgenommen und somit die Standards der angelsächsischen Psychiatrie eingeholt. Die heutige Spezialisierung der Fachärzte heißt bekanntlich nicht mehr "Nervenarzt" im Sinne Griesingers oder nur "Psychiater" wie sie später geheißen hat, sondern "Psychiater und Psychotherapeut". Ob diese lobenswerte Erweiterung der Bezeichnung ihr Ziel auch in der Praxis der Ausbildung und Berufsausübung tatsächlich erreicht hat, ist noch etwas ungewiss. Wie dem auch sei, die deutsche Psychiatrie befindet sich auf dem Weg der Erneuerung.

Ein weiterer Aspekt, der die moderne Psychiatrie charakterisiert, ist das in Anlehnung an naturwissenschaftliche Errungenschaften wieder erwachte Interesse an der Genetik und an der Erforschung der Hirntätigkeit. Man spricht wieder von einer biologischen Psychiatrie, allerdings ohne sich dabei auf diesen einzigen Aspekt einzuschränken. Interessanterweise zeigen jedoch die Ergebnisse dieser Forschung, dass sowohl die Hirntätigkeit als auch der Einfluss genetischer Faktoren in

² vgl. Dörner, K. (1969): *Bürger und Irre*. Frankfurt a.M. (Europäische Verlagsanstalt).

³ *op.cit.*, 1969

ausgesprochener Wechselwirkung mit Aspekten des psychischen Erlebens und mit sozialen und kommunikativen Zusammenhängen stehen. Psychoimmunologie, Neuropsychologie, Psychobiologie, Verhaltensgenetik, Psychotraumatologie, Psychoendokrinologie und andere Teildisziplinen, die sich die Komplexität menschlicher Systeme zu ihrem Gegenstand gemacht haben, dringen immer intensiver in den Vordergrund und machen uns klar, dass die Sehnsucht nach einfachen und einheitlichen Erklärungen letzten Endes unerfüllbar bleibt. Wir brechen derzeit buchstäblich in eine Ära der Komplexität ein und so auch der Systemwissenschaften. Die Rückkehr in das Paradies der einfachen Ursache-Wirkungszusammenhänge wird immer unwahrscheinlicher.

Nimmt man diese Entwicklungen ernst, und es dürfte kaum einen Grund geben, es nicht zu tun, erwiese sich eine Neuauflage der naiven Aufteilung von Geist und Körper als unsinnigen Rückschritt. Eine Entscheidung etwa für psychopharmakologische *oder* psycho- bzw. soziotherapeutische Maßnahmen unter Missachtung der jeweils anderen ist nicht nur deplatziert, sondern auch unsinnig. Damit würde man der uralten Polarität verfallen, psychische Beeinträchtigung als entweder psychisch oder somatisch zu betrachten. Diese Gegensatzbildung kann man getrost als unwiederbringlich überwunden ansehen - zumindest in der Theorie!

Was aber bedeutet dieser kurzer Exkurs in die aktuelle Psychiatrie für unsere Fragestellung? Ich ziehe daraus zuallererst einen wissenschaftlichen Gewinn, der aber weit darüber hinaus ins Soziale, Politische und Moralische greift und zur regelrechten Forderung wird. Gefordert ist nämlich, die von den Systemwissenschaften vorgebrachte Herausforderung auf uns zu nehmen und uns zur Komplexität der natürlichen und menschlichen Zusammenhänge zu bekennen. Hören wir auf, einseitige Kausalitäten zu suchen und wenden wir uns entschiedener als bisher der Suche nach zugleich machbaren und der Komplexität angemessenen Lösungen zu.

Die moderne Psychiatrie erkennt mittlerweile die wechselseitigen Abhängigkeiten von Erleben, Handlung und Kommunikation an. Es dürfte kaum noch ein Lehrbuch geben, in dem der angehende oder praktizierende Psychiater darauf nicht hingewiesen wird, dass jede Form der psychischen Beeinträchtigung auf somatischen, psychischen und sozialen Faktoren und deren komplexen Wechselwirkungen beruht. Problematisch daran ist jedoch, dass neben der relativ einfachen Verabreichung von Medikamenten, die anderen Maßnahmen, die psychische und kommunikative Auswirkungen haben sollen, ungleich komplexer sind. Ist es zum Beispiel sinnvoll und angemessen, einem jungen Menschen, der psychotische Symptome gezeigt und daraufhin eine Zeitlang

Neuroleptika bekommen hat, um sich dann weitgehend zu erholen, zu sagen, dass er diese Medikamente weiterhin auf unbestimmte Zeit nehmen soll, wenn er keinen Rückfall riskieren wolle? Weiß man denn so genau, welche Auswirkungen eine solche Maßnahme nicht nur im psychischen Erleben und in der sozialen Kommunikation, sondern auch im Organismus haben wird? Es liegen zwar zahlreiche Forschungsergebnisse zur Rezidivprophylaxe vor, die einen korrelativen Zusammenhang zwischen Absetzen der Medikation und Auftreten von Rückfällen nahelegen. Was besagen aber solche Ergebnisse? Zum einen ist zu berücksichtigen, dass Korrelationen nichts über die Gründe für den errechneten Zusammenhang aussagen, zum anderen wäre zu bedenken, dass solche Ergebnisse nichts Zuverlässiges über den Einzelfall aussagen. Sie liefern allenfalls einen prognostischen Hinweis, der für eine schwer zu bestimmende Anzahl von psychotischen Patienten zutrifft, ohne aufklären zu können, wie es dazu kommt. Der unter Handlungsdruck stehende Psychiater möchte sinnvollerweise einen eventuellen Rückfall vermeiden und muss sich hierzu in Ermangelung eines Besseren einer Prozedur bedienen, die ihn im Unklaren lässt, welchen Preis er dafür in Kauf nimmt.

Wissenschaftlich gesprochen, wäre man gehalten, viel genauer und differenzierter zu erforschen, unter welchen biologischen, psychischen und sozialen Umständen eine solche Prognose zutrifft, das heißt, die Frage der Prädiktoren entschiedener als bisher anzugehen. Erst an Hand solcher Erkenntnisse wäre der Praktiker in der Lage, vor der Verschreibung einer Dauermedikation eine genaue Abwägung der Besonderheiten beim betroffenen Patienten zu leisten. Leider war dazu die psychiatrische Forschung bis dato nicht imstande. Beim Versuch, dies zu verstehen bietet sich an, die Vorhersage Manfred Bleulers aus den 70er Jahren ernst zu nehmen, dass ohne ein Umdenken im psychopathologischen Verstehen und dementsprechend in den Forschungsdesigns keine erhellenden Ergebnisse zu erwarten sein würden⁴.

Abgesehen von den unbekanntem organischen Folgen einer Dauermedikation in Anwendung auf ebenso unbekanntem Prozesse wäre im Einzelfall darüber hinaus zu bedenken, dass eine solche Verschreibung beim Betroffenen eine uneinschätzbare identitätsstiftende Funktion hat, die ihn im Hinblick auf die Überwindung einer schwerwiegenden und ängstigenden Lebenskrise kaum optimistisch stimmen dürfte. So fürsorglich diese Maßnahme gemeint ist, so unerwartet folgenreich kann sie sein.

⁴ vgl. Bleuler, M. (1972), *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart (Thieme).

Sie geht das Risiko ein, einen Menschen, der eventuell aus eigener Kraft gesundet wäre, als von chronischer Erkrankung gefährdet zu betrachten und zu behandeln.

Bei allem nachvollziehbaren Interesse, den Patienten optimal zu schützen, sollte man hier auf die Forscher der Hirnbiochemie hören, die im Hinblick auf die Neurotransmitter vor der Annahme vereinfachter Ursache-Wirkungsverhältnisse warnen. Der ausgewiesene Forscher an der Johns Hopkins University, Solomon Snyder, zieht nach 40 Jahren der Neurotransmitter-Forschung das Fazit, das wir uns von der Annahme einer einfachen, festgelegten Wirkungsweise der mittlerweile über hundert bekannten Neurotransmitter verabschieden müssen⁵. Aus systemtheoretischer Perspektive überrascht dieses Ergebnis nicht, zumal schwerlich anzunehmen war, dass solch komplexe biochemische Zusammenhänge eines Organismus sich nicht zu komplex vernetzten Wirkungsgefügen entwickelt hätten.

Spätestens seit den Langzeitstudien von Ciompi, Huber und Manfred Bleuler dürften wir erkannt haben, dass der Verlauf psychiatrischer, insbesondere psychotischer Störungen höchst unterschiedlich sein kann und von vornherein kaum mit Gewissheit vorauszusagen ist. Darüber hinaus verdanken wir Luc Ciompi den wachrüttelnden Hinweis, dass die psychotische Krise in der Regel ein passagerer Ausnahmezustand ist, der nur bei einem besonderen Zusammenspiel organischer und psychischer Bedingungen mit einem ungünstigen sozialen Lebenskontext zur Chronifizierung neigt⁶. Zumindest für den Teil des Lebenskontexts, den die Psychiatrie mit ihren Behandlungsmaßnahmen bei ihren Patienten verantwortet, sollte sie besonders auf der Hut sein, um nicht unbemerkt den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben.

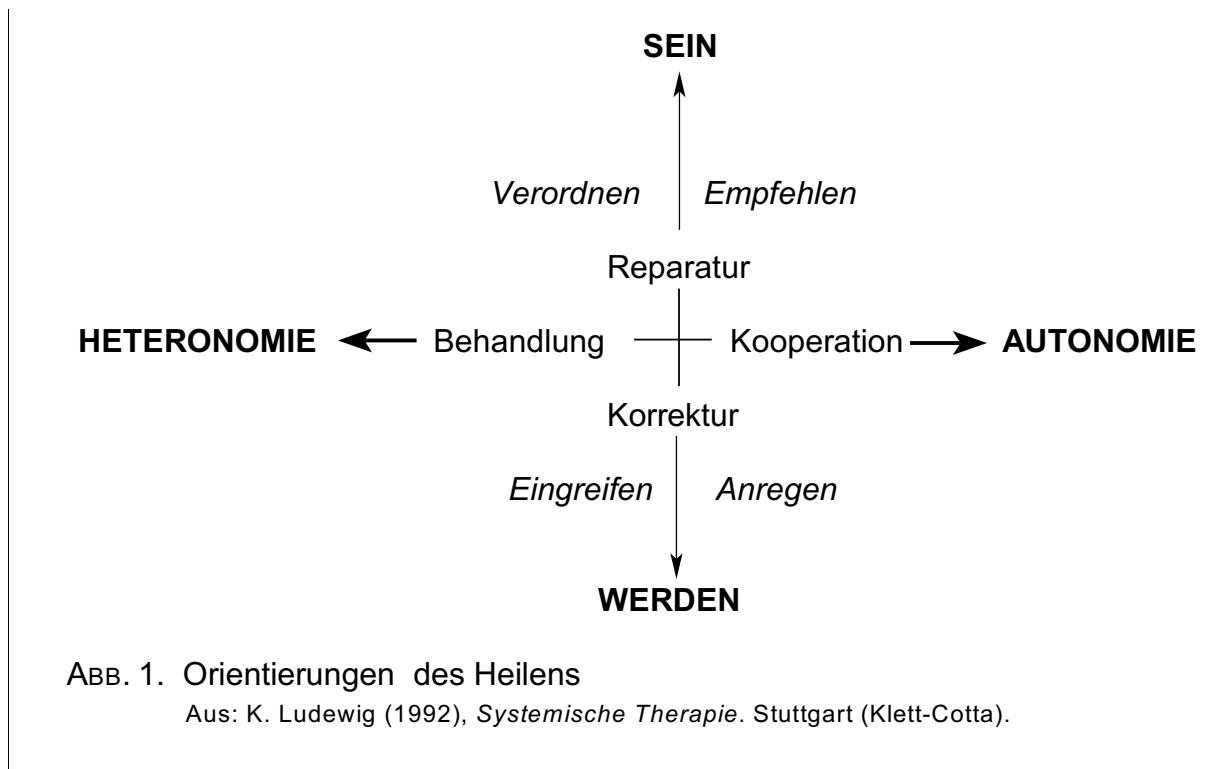
4. PSYCHIATRISCHE "STÖRUNG"

Wie sieht es mit dem Störungsbegriff aus systemischer Sicht aus? Zunächst erscheint es sinnvoll festzustellen, dass dieser Begriff "Störung" der Maschinensprache entliehen ist. Bei einer Maschine sind Aufbau und Arbeitsweise per Design bekannt, so dass eine Störung am Vergleich mit der vorgesehenen Funktionsweise erkannt und nach Möglichkeit repariert werden kann. In der Psychiatrie bietet dieser seit dem ICD 10 neu eingeführte Begriff einen gewissen Vorteil gegenüber dem noch kritikwürdigeren

⁵ vgl. Snyder, S.H. (2002), Forty years of neurotransmitters. A personal account. *Archives of General Psychiatry* 59: 983-994.

⁶ vgl. Ciompi, L. (1982), *Affektlogik*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Krankheitsbegriff, denn Krankheiten müssen geheilt, "Störungen" *nur* beseitigt werden. Da die Konzeptualisierung von Krankheit und Heilung bzw. Störung und Beseitigung bekanntlich vom Verständnis über den Menschen und seine Interaktionen abhängt, habe ich vor einiger Zeit versucht, die sich daraus ergebenden Möglichkeiten an Hand folgenden Diagramms zu illustrieren (vgl. Abb 1).



Je nachdem, ob Heilen die Wiederherstellung eines früheren Zustands oder das Erreichen eines neuen Zustands anstrebt, variiert die Zielsetzung auf der Senkrechte zwischen den Polen Sein und Werden. Die Waagerechte ordnet das Heilen als heteronomes (von außen verursachtes) oder autonomes (selbst erbrachtes) Geschehen ein. Aus der Kombination dieser Dimensionen ergeben sich verschiedene Typen von Heilen: Reparatur/Korrektur und Behandlung/Kooperation. Die entsprechenden Mitteln wären dann Verordnen/Empfehlen bzw. Eingreifen/Anregen.

Aus systemischer Perspektive erscheinen mir alle vier Möglichkeiten je nach Situation pragmatisch sinnvoll und ethisch begründbar. Mit einem verblutenden, bewusstseingetrübten Suizidanten hätte ich nicht vor, an erster Stelle zu kooperieren und ihn dabei anzuregen, lieber gesund zu werden. In einem solchen Fall werde ich höchstwahrscheinlich reparieren oder korrigieren, werde also diesen Menschen "behandeln" und zeitweilig so tun, als handele es sich bei ihm um ein heteronom

bestimmbares Wesen. Dies wird allerdings nicht heißen, dass ich seine grundsätzliche Autonomie in Frage stelle oder außer Kraft setze, sondern nur, dass ich sie im Hinblick auf meine Aufgabe, sein Leben zu retten, momentan sozusagen aufhebe bzw. in meinem kognitiven Bereich vorübergehend suspendiere. Andererseits aber einen Menschen, der nach eigener Einschätzung mit seiner Ver-Rücktheit zu Recht kommt *und* dabei niemanden belästigt, einzusperren oder medikamentös zu sedieren, wäre eine unnötige Bevormundung.

Auf dem Hintergrund systemischen Denkens habe ich die Möglichkeit, die verschiedenen Systeme, die in einer menschlichen Situation am Wirken sind, zu identifizieren und zu unterscheiden. Ich habe zudem die Möglichkeit, den Menschen als Komplex aus unterschiedlichen Systemen zu betrachten, ihn also als *polysystemisches Lebewesen* zu verstehen. Diese unterschiedlichen Systeme, die den Organismus, die Psyche und die Kommunikation konstituieren, befinden sich in mehr oder weniger intensiver struktureller Kopplung miteinander. Ihr jeweiliges, in sich geschlossenes Operieren findet in Ko-Operation mit den anderen statt, ohne je ineinander überzugehen. Das endokrine System arbeitet in vielfältiger Wechselwirkung mit dem Nervensystem zusammen, ohne je Teil davon zu werden. Gleiches gilt für psychische und soziale Systeme. Sie sind zwar aufeinander angewiesen, sie bleiben sich aber unterscheidbar.

Vor diesem Hintergrund kann der Kliniker je nach Situation das Augenmerk eher auf die somatischen, die psychischen oder die sozialen Verhältnisse legen und den therapeutischen Umgang danach ausrichten. Von einem Primat des eines Systems über das andere oder von einem einseitig kausalen Verhältnis unter ihnen auszugehen, würde jedoch ihre jeweilige Autonomie verkennen. Die Psyche benötigt die Biologie und das Soziale, um überhaupt sein zu können; das Soziale benötigt wiederum das Biologische und das Psychische, und schließlich bedarf der Organismus einer menschlichen Psyche und menschlicher Beziehungen, um überhaupt als menschlicher Körper erkannt zu werden. Diese - nennen wie sie so im Einklang mit der aktuellen Mode - diese *bio-psycho-soziale Identität* des Menschen ist jedoch nicht mit älteren Auffassungen der Psychosomatik zu verwechseln, die eine Dominanz des Psychischen über das Somatische postulierten. Diese dreifältige Identität weist vielmehr auf ein komplexes Netz gegenseitiger Interdependenzen und Ko-Operationen hin.

5. AUF DEM WEG ZU EINER ERWEITERUNG DER PERSPEKTIVE

Angewandte Disziplinen, zu denen Psychiatrie und Psychotherapie gehören, werden häufig auf einen Satz von Handlungsanweisungen reduziert. Systemische Therapie wird zum Beispiel häufig mit Familientherapie, dem Stellen zirkulärer Fragen oder mit Familienaufstellungen verwechselt. Psychiatrie wird wiederum mit geschlossener Anstalt, chemischer Keule und Entmündigung assoziiert. Zu diesen unangemessenen Reduzierungen tragen zuweilen die Vertreter dieser Fächer ihren Teil dazu bei, in dem sie selbst ihre Disziplinen als Anwendung von Techniken präsentieren. Die Erweiterung des Betrachtungsfokus auf die konzeptionellen und theoretischen bis hin zu anthropologischen Hintergründe der Praxis eröffnet jedoch ein weitaus vielfältigeres Szenario. Folgt man zum Beispiel Klaus Dörner bei seiner Rekonstruktion der Psychiatriegeschichte, erkennt man, dass die Psychiatrie durch eine sehr bewegte Geschichte wechselnder Sichtweisen gewandert ist. Naturwissenschaftliche und philosophische Positionen haben sich gegenseitig abgelöst und sich jeweils ideologische Verblendung vorgeworfen. Gegenwärtig befindet wir uns in einem Auspendeln auf die biologische Seite hin, und man kann sich dem kaum erwehren. Vor wenigen Jahren waren wir eher auf dem anderen, dem antipsychiatrischen Extrem, der die Psychiatrie die Existenzberechtigung absprach. Von letzterer Seite her ging dann die Sozialpsychiatrie hervor und trat an, um die traditionelle Psychiatrie zu überwinden, und sie hat ansehnliche partielle Erfolge damit gehabt, wie man hier in Flensburg erfreulicherweise erkennen kann..

Einige in der Psychiatrie Tätigen suchten in der Weiterbildung zum systemischen Therapeuten eine Erweiterung und mussten häufig feststellen, so wie ich anfangs am Beispiel meiner Frau darlegte, dass das dort Gelernte nicht ohne weiteres in ihre psychiatrische Arbeit umzusetzen war. Viele von ihnen zogen es vor, aus der Psychiatrie auszuwandern und ihren Halt in der psychotherapeutischen Praxis zu finden, andere blieben und fühlten sich genötigt, ihre systemischen Techniken in die Truhe der Erinnerungen einzuschließen. Andere wenige haben wiederum aus der Not eine Tugend gemacht und begannen, ihre Techniken dem Gegenstand anzupassen, sie also auf den Umgang mit psychiatrischen Patienten umzuarbeiten. Ein interessanter Vorstoß in diese Richtung bildet die in Lappland entwickelte und mittlerweile an vielen Orten erprobte Methode des *Offenen Dialogs*. Dabei kamen das empirisch wissenschaftliche Interesse von Jaakko Seikkula und seinem Team an der Universität Jyväskylä in Finnland mit den systemisch-narrativen Erfahrungen von Tom

Andersen in eine fruchtbare strukturelle Kopplung zusammen. Dieses Konzept verwirklicht eine systemische Haltung, die den psychiatrisch auffälligen Menschen und seine Angehörigen als autonome, für das Verständnis ihrer Situation geeignete und im Umgang damit verantwortliche Menschen betrachtet. Der Kliniker versteht sich als interessierter Moderator oder Helfer und nicht als einer mit einem enormen und machtvollen Wissensvorsprung ausgestatteten Experten⁷.

Auf welche Weise kann systemisches Denken zur Erweiterung der Perspektive in der Psychiatrie beitragen? Ein wichtiger Anstoß in dieser Richtung könnte durch Übernahme einer *systemischen Haltung* entstehen. Darunter ist eine Einstellung zu Menschen zu verstehen, die auf den bereits erwähnten zentralen Aspekten systemischen Denkens aufbaut. Diese sind in der Hauptsache:

1. Die unteilbare, in-dividierbare, in-dividuelle Autonomie des Menschen in dem Sinne, dass jeder Mensch berechtigterweise die Welt lebt, die er auf Grund seiner bio-psycho-sozialen Möglichkeiten im Lebensprozess erzeugt, und
2. die unentrinnbare, existentielle Angewiesenheit des Menschen auf andere Menschen, also auf Kommunikation und Gemeinschaft, um überhaupt Mensch werden und sein zu können⁸.

Geht man von diesen Prämissen aus und ist man bemüht, sie im Umgang mit anderen Menschen umzusetzen, wird man diese im eigenen Bewusstsein als autonome und berechnete Kooperation- bzw. Kollaborationspartner erzeugen und darauf bezogen behandeln. Diese Haltung eröffnet eine Reihe von Wahlmöglichkeiten und entsprechende Entscheidungen. Die Kriterien, die aus systemischer Perspektive solchen Entscheidungen zu Grunde liegen, habe ich an anderer Stelle: Nutzen, Schönheit und Respekt genannt, oder etwas distanzierter ausgedrückt: Pragmatik, Ästhetik und Ethik. Betrachtet man hingegen den Menschen als prinzipiell heteronomes, also von außen bestimmendes Wesen, welches auf Grund genetischer und anderer Vorgegebenheiten psychisch und sozial determiniert ist, wird man sich einer anderen Begründung für sein zwischenmenschliches Handeln bedienen und so für sein therapeutisches Eingreifen.

⁷ vgl. z.B. Seikkula, J. (2002), Offener Dialog mobilisiert selbst bei schwierigen Psychiatriepatienten die verborgenen Ressourcen. In: Greve, N., T. Keller (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme), S. 141-162.

⁸ Ausführlicher in: Ludewig, K. (1992), *op.cit.*; Ludewig, K. (2002), *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta); Ludewig, K. (2005), *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Im Hinblick auf die psychiatrische Arbeit bietet sich vor einem systemischen Hintergrund an, handlungsanleitende Unterscheidungen zu treffen, die sowohl die Individualität der Beteiligten, ob als Hilfe Suchende oder Helfer, berücksichtigt als auch die Tatsache, die sie miteinander Kommunikation erzeugen. Hierzu habe ich an anderer Stelle ein Modell psychosozialer Versorgung entwickelt, welches das Anliegen der Hilfe Suchenden mit dem Anliegen der Helfer verbindet und dabei unterschiedliche Typen von Arbeitsaufträgen entstehen lässt. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, zwischen den unterschiedlichen Auftraggebern zu unterscheiden. Sind es die Betroffenen selbst, spreche ich von Hilfe, sind es Dritte, gehe ich von Fürsorge aus⁹.

Dieses einfache Modell erlaubt es, sich zu jedem Zeitpunkt eines Versorgungsprozesses Rechenschaft darüber abzulegen, was man im Auftrag von wem gerade leistet. In der psychiatrischen Arbeit gibt es viele Situationen, in denen der psychiatrische Helfer als Helfer bzw. Therapeut gefragt ist, es gibt aber auch andere, in denen er als Ordnungshüter im Auftrag anderer gesellschaftlicher Instanzen handeln muss. Man kann dies beides im Einklang mit manchen Lehrbüchern der Psychiatrie Therapie nennen. Die dabei in Kauf genommene Vermengung von Zielen und Aktivitäten zu einem einzigen undifferenzierten Begriff dürfte jedoch kaum erhellend sein, sondern mitunter auch viele der Missverständnisse, in die sich Kritiker und Verteidiger der Psychiatrie verstricken, verantworten.

Die Erweiterung der Perspektive durch eine Differenzierung der Tätigkeiten im Hinblick auf die unterschiedlichen Anliegen und Aufträge dürfte eine Plattform dafür bieten, den jeweiligen Gegenstand der Versorgungsmaßnahme genauer anzuschauen und die anzuwendenden Techniken daraufhin auszuwählen und anzupassen.

6. WAS WÄRE, WENN...

Zum Schluss kehre ich auf den Titel meines Vortrags zurück und befasse mich mit den Folgen einer aus systemischer Perspektive auf die Psychiatrie angewandte "Wunderfrage". Das Ziel dieser genialen Frage nach Steve de Shazer ist - wie viele von Ihnen sicher wissen - den Klienten zu veranlassen, die Enge seiner problematischen Situation zu verlassen und über Fantasie zu erkunden, wie es nun wäre, wenn das Problem über Nacht durch ein Wunder verschwunden wäre. Die Frage müsste in unserem Fall wohl lauten:

⁹ vgl. Ludewig, K. (2002), *op.cit.*

Angenommen, dass über Nacht ein Wunder geschehen wäre und die Psychiatrie wäre systemisch geworden, woran würde man es merken?

Zu allererst und vielleicht zur Enttäuschung derjenigen, die hier aggressivere Fantasien erwarten, möchte ich festhalten, dass der aktuelle Unterschied zwischen Fantasie und Realität nicht so immens ist, wie er vor 20 oder 30 Jahren gewesen wäre. Spätestens durch den Einfluss der Sozialpsychiatrie sowie der neueren Psychotherapien und Sozialtheorien, ganz sicher aber durch die verbesserte gesamtwirtschaftliche Lage der industrialisierten Gesellschaften hat sich die Psychiatrie, jener Ort des Grauen früherer Tage, in den man seine Feinde wünschte, enorm modernisiert. An vielen Orten sind aus den Patienten Klienten geworden. Aus den an irgend welchen Ecken kauern oder unendliche Socken strickenden Insassen sind Bewohner von mehr oder weniger eng betreuten Wohnen geworden, die nach ihren Wünschen gefragt und per Nachnamen angesprochen werden. Und das gilt nicht nur für das *Chesnut Lodge* oder ähnliche Eliteeinrichtungen, sondern für ganz normale Landeskrankenhauspsychiatrien. Dennoch und bei allen aner kennenswerten Verbesserungen hätte ich aus meiner systemisch gefärbten Perspektive einige Wünsche noch offen, die ich hier zum Schluss auf vier Punkte resümieren möchte:

1. Neurotransmitter sind bekanntlich keine Dinge oder isolierbare Größen, sondern offenbar hoch komplex miteinander interagierende Bestandteile eines ebenso komplexen Systems. So gesehen, ist jede Fantasie, dass man mit Vergabe eines auf einen Teil dieses Systems wirkenden Präparats die dauerhafte Regulation des Systems erreichen könnte, eine allenfalls aus pragmatischen Gründen hinzunehmende Lösung. Wäre also ein Wunder geschehen, würde ich es daran erkennen können, dass man sich in Forschung und Praxis von einfachen Lösungen distanziert und auf umfassendere, komplexere Denkmodelle zurückgreift. Man hätte erkannt, dass einseitige Einwirkungen auf dynamische, autoregulierte Systeme zwar bestimmte Manifestationen dieses Systems unterbinden kann, womöglich aber um den Preis, die Autoregulation auf Dauer gestört zu haben. Man würde erkannt haben, dass man mit Analogien zur Diabetes und anderen chronischen defizitären Erkrankungen die biochemische Dynamik des Nervensystems unzureichend bis ganz und gar falsch modelliert hat. Es ist wirklich bedauerlich bis unbegreiflich, dass im Jahrhundert der systemisch orientierten Neurowissenschaften die psychopathologische Forschung ihren Gegenstand nach wie vor nach der mystisch-kartesischen Dualität von Psyche und Soma modelliert, an Hand wissenschaftstheoretisch unhaltbarer ursächlicher

Methoden untersucht und mit längst überwundenen reduktionistischen Konzepten beschreibt. Dies gilt übrigens auch für die Psychotherapieforschung wie unlängst einer ihrer zentralen Vorreiter, David Orlinsky, kommentierte¹⁰. Klaus Grawe, Orlinskys deutscher Pendant, ist leider nicht alt genug geworden, um am Ende seines Weges diesen Grad der Weisheit zu erreichen. Er blieb trotz aller Differenziertheit der Sehnsucht verhaftet, kausal wirksame Konzepte zu finden, zuletzt unter Verwendung neurowissenschaftlicher Aspekte¹¹.

2. Wäre ein Wunder geschehen, würde ich es auch daran erkennen, dass die Psychiatrie sich von der engen Anbindung an die Medizin losgelöst und es gewagt hat, eine eigenständige Disziplin im Überlappungsbereich zwischen Natur- und Sozialwissenschaft zu werden. Hiermit meine ich keine bloß additive Zusammensetzung aus verschiedenen Grundberufen wie Medizin, Psychologie, Pädagogik und Soziologie, sondern eine eigenständige wissenschaftliche Plattform, die ihren Gegenstand eigenständig definiert und sich der gegenseitigen Ergänzung und Befruchtung durch diese Grunddisziplinen bedient. Damit möchte ich in keiner Weise die Verdienste der modernen Medizin für den therapeutischen Umgang mit den früher allenfalls bedauerten Verrückten und Behinderten schmälern. Im Gegenteil! Ich würde mir wünschen, dass die Erfahrungen und Erkenntnisse von 150 Jahren psychiatrischer Medizin auf unmittelbar kooperative Weise mit den Erfahrungen und Erkenntnissen anderer Disziplinen des Menschen ergänzt und gegebenenfalls korrigiert werden könnte. Dies scheitert zur Zeit noch daran, dass die an der Psychiatrie beteiligten nicht-medizinischen Disziplinen auf Grund der strukturellen Gegebenheiten der aktuellen Psychiatrie eher einen diffusen Hintergrund unklarer Zuständigkeiten und Befugnisse bilden, aus dem keine eigentlich berechtigte Einflussnahme auf das Denken und Handeln der Psychiatrie hervorgehen kann. Wenn dies passiert, dann eher verstohlen und durch die Hintertür bzw. im offenen Kampf um Besserwisserei.

Wie wäre es hingegen, wenn... die Psychiatrie sich mit allen ihren Konsequenzen dem offenen Dialog stellen und ihre angestammten Prämissen hinterfragen ließe? Ehrlich gesagt, bin ich gegenüber einer solchen Entwicklung, die für alle Beteiligten und sogar für die Gesellschaft als solche so leicht ängstigend und verunsichernd sein könnte, alles andere als optimistisch. Diesbezüglich erlaube ich mir nicht einmal eine klare

¹⁰ Orlinsky, D. (2006), Comments on the State of Psychotherapy Research (As I see it). Deutsche Übersetzung nachzulesen im www.systemmagazin.de/bibliothek/o_bibliothek.php

¹¹ vgl. Grawe, K. (2004), Neuropsychotherapie. Göttingen (Hogrefe).

Fantasie, geschweige denn einen Lösungsvorschlag¹².

3. Würde dennoch ein Wunder passiert sein und die Psychiatrie wäre systemisch geworden, könnte man dies nicht zuletzt an einem veränderten, behutsameren Umgang mit Diagnosen und Patienten erkennen?

- Man würde Mitteln gefunden haben, sich gegen den Sog der Erwartungen zu wehren, der vom Psychiater klares Einordnen der Symptome und dementsprechend klares Handeln, um diese einzudämmen, fordert. Hätte man damit Erfolg gehabt, würde man sich mehr Zeit lassen, bevor man dazu übergeht, einzuordnen und zu verordnen.

- Man würde skeptischer auf die rasche Erleichterung reagieren, welche die Pharmaindustrie mit jedem neuen Produkt suggeriert. Man würde sich hingegen erlauben, Interesse für solche Arbeitskonzepte wie Soteria und Offenen Dialog zu entwickeln, ohne den Anspruch zu haben, diese aufwendigen Konzepte eins-zu-eins in den eigenen Arbeitskontext einzusetzen.

- Man würde die Weiterbildung werdender Psychiater behutsamer konzipieren, um sie nicht zu früh dem Sog des Handlungsdrucks auszusetzen. Man würde den Lernenden ein langsames Eindenken und Einleben in einen Bereich ermöglichen, der ihnen qua Studium weitgehend unbekannt und mitunter ängstigend ist.

- Man würde im Hinblick auf die Diagnosen eine kritischere Haltung einnehmen, um Verhaltensauffälligkeiten weder mit somatischen Erkrankungen zu verwechseln, noch sie darauf zurückzuführen. Man hätte erkannt, dass es sich um unterscheidbare Phänomene handelt, die nicht aufeinander zu reduzieren sind.

- Und man würde schließlich den auffälligen Menschen in seiner Einzigartigkeit deutlicher sehen, zumal man seine Sicht von diagnostisch bedingten Trübungen befreit hätte.

4. Wäre nun die Psychiatrie über Nacht systemisch geworden, würde deutlicher werden, dass die Menschen, die sich um Hilfestellung an die Psychiatrie wenden oder an sie verwiesen werden, keine isolierbaren Wesen mit Fehlfunktionen des Gehirns sind, sondern Träger einer lebenslangen Geschichte als Mitglieder vielfältiger sozialer Systeme, die bei der Überwindung des Problems ebenso hilfreich wie hinderlich sein können.

¹² Ein in dieser Hinsicht wegweisendes Werk ist das 2005 von G.D. Ruf in Anlehnung an Heidelberger Konzepte verfasste Lehrbuch "Systemische Therapie" (Stuttgart: Klett-Cotta) mit Sicherheit nicht. Weit mehr als eine systemisch konzipierte Therapie beschreibt dieses Buch einen Versuch, die traditionelle Psychiatrie systemisch einzurahmen, ohne aber deren auf Kausalität und Klassifikation aufbauenden Schemata zu überwinden.

- Man würde erkennen, wie man es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mittlerweile zum Standard gemacht hat, dass die Erholung von psychiatrischen Störungen auf Dauer an der Rückführung in das bisherige Lebensmilieu scheitern kann, wenn dort keine angemessenere Situation erarbeitet werden konnte.
- Mit einer systemischen, *per definitionem* rekursiven bzw. selbstrückbezüglichen Sichtweise würde man erkennen, dass die Störungen und menschlichen Probleme, die Patienten in die Psychiatrie führen, nicht selten dort auf Bedingungen stoßen, die problemerhaltend sind. Man würde sich als Psychiatriemitarbeiter im Kontext seiner menschlichen und strukturellen Institution selbst in den Blick nehmen und von der distanzierenden Einschätzung auf Abstand gehen, dass man bloß behandeln und auf Genesung warten soll. Denn, wie uns Luc Ciompi lehrt, sind wir nicht selten an Chronifizierungsprozessen unwillkürlich beteiligt¹³.

Alles in allem, eine systemische Psychiatrie, die meine Wünsche erfüllen würde, ist und bleibt bis auf weiteres eine Utopie, die schon deshalb an der Verwirklichung scheitern muss, weil zu viele Interessen tangiert wären, nicht zuletzt das wirtschaftliche Interesse der finanzierenden Institutionen, die sich lieber ein einfaches, klar strukturiertes System wünschen, welches sich überzeugend vertritt und den Eindruck vermittelt, alle Fragen geklärt zu haben, um so unbesorgt zur Tagesordnung überschreiten zu können. Das verschafft der Gesellschaft Beruhigung und dazu ein gutes Gewissen.

Eine mögliche Zwischenlösung auf diesem Weg war und ist die Sozialpsychiatrie. Sie nähert sich am ehesten meiner Fantasie einer systemischen Psychiatrie an. Dass Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, hier im modernen Flensburg einen Vorstoß in dieser Richtung gewagt und verwirklicht haben, verdient meine tiefe Anerkennung. Ich wünsche Ihnen und Ihrer Einrichtung viele Jahre des weiteren guten Gedeihens.

¹³ vgl. Ciompi, L. (1982), *op.cit.*