

erschienen in:

Keller, Th. & N. Greve (Hrsg.)(1996):

Systemische Praxis in der Psychiatrie

Bonn (Psychiatrie-Verlag), S. 45-60.

ZUM KRANKHEITSBEGRIFF IN DER PSYCHIATRIE EINE SYSTEMISCHE BETRACHTUNG

KURT LUDEWIG

Eine regelrechte Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff der Psychiatrie erfordert es, tief in die Geschichte und Wissenschaftstheorie dieser Disziplin einzutauchen (vgl. u.a. Blankenburg 1979, 1989, Degkwitz und Siedow 1982, Dörner 1979, Keupp 1972, Pritz und Petzold 1992). Ohne diesen Anspruch zu erheben, beschränkt sich dieser Aufsatz auf eine punktuelle Auseinandersetzung mit diesem Thema aus dem Blickwinkel einer systemischen Perspektive.

Systemisches Denken

Die folgenden Überlegungen stützen sich auf mein Verständnis des systemischen Denkens (Ludewig 1992). »Systemisches Denken« dient hier als Bezeichnung für eine allgemeine Denkmethode bzw. Sichtweise, die Erkenntnisse neuerer biologischer und soziologischer Systemtheorien zusammenfasst, wie sie von dem Biologen Humberto Maturana (1982), Maturana und Varela (1987) und dem Soziologen Niklas Luhmann (1984, 1990) vorgelegt wurden. In systemischer Sicht hängt menschliches Erkennen von der Biologie des Erkennenden bzw. Beobachters ab, ohne eine An-sich-Realität abzubilden. Realitäten werden an die Autonomie und Subjektivität von Beobachtern gebunden. Dabei ist jedoch kein Subjektivismus gemeint, zumal Beobachter als »linguierende« bzw. sprachliche Individuen ihre Erkenntnisse kommunikativ konsensualisieren und somit auf die Existenz anderer Beobachter und die Kommunikation mit ihnen angewiesen sind. Demnach leben Menschen die Welten, die sie im Verlauf zweier voneinander unabhängiger, jedoch miteinander verknüpfter Prozesse konstituieren: der individuelle Prozess biologischen Lebens und der soziale Prozess sinnstiftender Konsensualität.

Aus biologischer Perspektive betrachtet systemisches Denken Lebewesen, so auch den Menschen, als autopoietisch, d.h. als aus sich selbst heraus erzeugende und erhaltende Systeme, die strukturell determiniert sind, in operationaler Schließung arbeiten und so der eigenen Gesetzlichkeit (Autonomie) folgen. Danach sind Menschen nicht beliebig bestimmbar bzw. »instruierbar«, sondern allenfalls »verstörbar«. Für Kognition heißt dies, dass sie nicht von der Umwelt bestimmt wird, also keine vom Erkennenden unabhängige Realität abbilden kann.

Lebewesen sind dennoch beeinflussbar, sofern ihr momentaner Systemzustand auf geeignete Weise

angeregt wird. Darauf können Veränderungen folgen, die aber letztlich von der Struktur des Systems und nicht von der Intervention bestimmt werden. Gleiches gilt auch für Kommunikation. Die an einer Kommunikation Beteiligten sind autonome, füreinander undurchschaubare und unberechenbare Wesen, die im Verlauf ihrer Interaktionen einen Bereich gemeinsamer Konsensualität schaffen. Dabei wird Kommunikation immer vom Adressaten in der ihm eigenen und möglichen Weise verstanden und vollzogen, also nicht vom »Sender« bewirkt.

Versteht man Kognition als Prozess, der an die Biologie des Erkennenden gebunden ist, erübrigen sich ontologische Annahmen über eine universelle Welt. Systemisches Denken geht von einer Vielfalt in sich kohärenter aber voneinander unterschiedlicher Welten aus: Multiversa. Da Objektivität als Maß für die Übereinstimmung von Erkenntnis und Gegenstand (Wahrheitskriterium) entfällt, schlage ich vor, es durch das Kriterium der *kommunikativen Brauchbarkeit* zu ersetzen. Dieses ist erfüllt, wenn Erkenntnisse nützliche Beschreibungen für die Koordination von Beobachtern liefern. Hieran knüpfen die folgenden Betrachtungen an.

Zum Gegenstand der Psychiatrie

Die Menschengeschichte zeigt, dass die Beschreibung von Zuständen, die als leidvoll, lästig, behindernd, einschränkend usw. erlebt oder beurteilt werden, sicher so alt sind wie das Sprechen selbst. Die Unterscheidung *gesund/krank*, in welcher Form auch immer, bildet seit jeher ein grundlegendes Merkmal der Selbst- und Fremdbeschreibung von Erlebens- und Verhaltensqualitäten (vgl. u.a. Roback 1970, Remschmidt 1988). Die Psychiatrie als medizinische Einzeldisziplin entstand jedoch erst im 18. Jahrhundert (vgl. Dörner 1969). Ihre Aufgabe war ursprünglich die begleitende Versorgung (care) der »armen Irren«. Im Laufe der Zeit ist ihr Anspruch immer deutlicher die Behebung (cure) »psychischer Beeinträchtigungen« geworden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben hat sie zu den verschiedenen Epochen und im Einklang mit dem jeweiligen Zeitgeist passende Definitionen ihres Gegenstands erbracht, zumal dieser unmittelbar mit dem Wandel des Verständnisses menschlicher Seinsweise zusammenhängt und daher prinzipiell flüchtiger Natur ist. Die Geschichte der Psychiatrie und ihrer Vorläufer weist eine große und verwirrende Mannigfaltigkeit von Versuchen auf, psychische und Verhaltensabnormität begrifflich zu fassen. Angesichts der hierbei aufgeworfenen konzeptionellen Probleme schließen Degkwitz et al: »*Zu diesem Themenkreis ergibt sich aus dem Gesagten, dass es so, wie es keine Theorie des Menschen, auch keinen psychiatrischen Krankheitsbegriff oder richtiger kein Modell, die für alle Formen psychischen Krankseins zutreffen, geben kann. Es gibt und kann vielmehr nur viele Ansätze und Modelle psychischer und somatischer und sonstiger Art geben (S. 14). ... Das ist unser Dilemma. Wir sollten nicht versuchen, es durch Pseudoexaktheit zu verdecken. Denn die mit dem Dilemma gegebene Offenheit ist die unerlässliche Voraussetzung dafür, den Kranken als Menschen gerecht zu werden, und auch die Voraussetzung dafür, dass die Psychiatrie als Wissenschaft beweglich und damit lebendig bleibt*« (1981, S. 15).

Im Rahmen dieser Vielfalt bewegen sich die Versuche, den Gegenstand der Psychiatrie - den Krankheitsbegriff - entweder in die Bereiche der Geistes-, Natur- oder Sozialwissenschaft bzw. in einer Kombination dieser Betrachtungsweisen anzusiedeln. Blankenburg (1979) zum Beispiel erkannte dazu elf konkurrierende Paradigmen. Fasst man diese vielen Erklärungsansätze auf das Wesentliche zusammen, ergeben sich drei Grundmodelle:

Im sog. *medizinischen Modell* wird psychische Beeinträchtigung in Anlehnung an die somatische Medizin als Symptom für körperliche Erkrankungen, erbliche Defizite oder erworbene organische Defekte gewertet bzw. in Analogie dazu als Symptom für verborgene seelische Konflikte und Defizite.

Das *sozionormative Modell* nimmt vom Konzept der psychischen Beeinträchtigung Abstand und fokussiert Verhaltensanomalien. Diese werden als Folge von Lernprozessen betrachtet, deren Ergebnisse unüblich oder unerwünscht sind und so von statistischen Normen bzw. sozio-normativ vermittelten Erwartungen abweichen.

Das *interaktionelle Modell* erweitert den Fokus auf den zwischenmenschlichen Kontext und betrachtet Lebensprobleme als Folge oder Begleitumstand ungünstiger Erfahrungen in sozialen Beziehungen, etwa Dysfunktionalitäten in Familien und anderen sozialen Systemen.

Jeder dieser Ansätze legt das Augenmerk auf einen bestimmten Aspekt der Komplexität menschlicher Existenz und fixiert mit besonderer Intensität entweder innere Merkmale des Individuums oder das Individuum im Vergleich mit Populationen oder Merkmale von Beziehungen. Diese Art der Komplexitätsreduktion entspringt im Sinne Foersters (1985) der Schwierigkeit »weicher« Wissenschaften, zu denen die Psychologie und Psychiatrie zählen. Diese heben auf die »hard problems« ab und haben damit zu ringen, dass hier nichts Substantielles vorliegt, sondern nur Sinnzusammenhänge oder »Geschichten«. Psychologische Wissenschaften stehen eben vor dem Problem, dass Subjekt und Objekt der Untersuchung aufeinander wirkende und auf sich selbst rückwirkende Variablen sind, so dass man es mit dynamischen, veränderlichen, zeitabhängigen, also irreversiblen und zudem rückbezüglichen Phänomenen zu tun hat, deren Komplexität immer nur unzureichend reduziert werden kann. So pendeln die Erklärungen einmal in die eine, dann in die entgegengesetzte Richtung, und sie kommen nie zu einem überdauernden Ergebnis.

Die Geschichte der Psychiatrie zeugt geradezu exemplarisch von diesem Wandel. Im 19. Jahrhundert wandte sich die deutsche Psychiatrie zunehmend von früheren, philosophisch begründeten Konzepten ab zu einer somatischen Auslegung des Krankheitsbegriffs hin. Sie fand nach Dörner (1969, 368f) im Postulat Griesingers Ausdruck, wonach Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien und die Seele die Summe aller Gehirnzustände. Es sei eine Frage der Zeit, bis alle psychischen Inhalte sich als physiologisches Problem auffassen lassen. Die somatische Tradition führte in unserem Jahrhundert Kurt Schneider fort: *«Krankheit selbst gibt es nur im Leiblichen, und krankhaft heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist»* (1950, 7). Nicht zuletzt durch Einflüsse aus Psychologie und Psychotherapie erfuhr diese Definition in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts Erweiterungen. So zum Beispiel 1972 beim Psychiater Rothschild: *«Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen oder psychischen oder psychophysischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv oder/und klinisch oder/und sozial bedürftig wird»* (zit. n. Loch 1981, 57). Etwas später schlug Häfner (1981) zwei Kriterien als konstitutiv für einen allgemeinen Krankheitsbegriff vor: (1) eine Beeinträchtigung wesentlicher psychischer oder physischer Funktionen, die an der Erfüllung von Aufgaben oder Rollenverpflichtungen behindert, und (2) ein Nichtkönnen im Sinne der Unfreiwilligkeit. Danach bezeichnet Krankheit nach Häfner *«einen bestimmten Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen eines Individuums, der eine Zeitdimension aufweist - Beginn und Verlauf - und in der Regel eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zur Folge hat»* (zit.n. Blankenburg 1989, 128).

Im angelsächsischen Sprachraum ging die konzeptionelle Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff (*disease*) zunehmend zum Störungsbegriff (*disorder*) über. Dies findet Niederschlag in der neueren Version des ICD-Katalogs (vgl. Dilling et al 1991). Eine Variante dieses Bestrebens taucht im Konzept einer Entwicklungspsychopathologie (Developmental Psychopathology, vgl. Cicchetti 1989) auf. Danach werden psychische Störungen in Anlehnung an entwicklungspsychologische und psychoanalytische Konzepte, wie sie u.a. von Piaget, Bowlby und Mahler formuliert wurden, als Abweichungen von einem gesunden Entwicklungsablauf (*developmental deviation*) verstanden.

Eine Auswertung dieser Definitionsversuche zeigt, dass alle hier beispielhaft gewählten Definitionen psychiatrischer Krankheit angesichts der Flüchtigkeit dieses Gegenstands nicht mehr sein können als ein Versuch, einen in allen seinen Dimensionen nicht erfassbaren Raum einzugrenzen. Dabei stößt man auf semantisch vieldeutige Begriffe wie psychische und psychophysische Lebensfunktionen sowie auf quantitativ anmutende, jedoch nicht meßbare Angaben wie Beeinträchtigung und Unfreiwilligkeit.

Wollte man der Komplexität der Phänomene, die den Gegenstand der Psychiatrie ausmachen, dennoch gerecht werden, müsste man die bio-psycho-soziale Sphäre, die das Menschliche konstituiert, als untrennbare Ganzheit betrachten. Einem solchen Projekt sind jedoch Grenzen gesetzt. Zum einen überfordert diese Komplexität unsere Erkenntnismöglichkeiten, so dass eine Komplexitätsreduktion unvermeidbar ist. Zum anderen folgt unausweichlich der dabei entstehende Sinn einerseits der biologischen Logik unserer Kognition und andererseits der sozialen Logik brauchbarer Kommunikation. Daher sollten wir uns im klaren sein, dass was auch immer psychiatrisch als krank bezeichnet wird, keine «objektiven» Sachverhalte abbildet, sondern immer nur einen Versuch beinhaltet, Komplexität aus pragmatischen Erwägungen mit unzureichenden Mitteln zu reduzieren.

In der Praxis steht man vor der unvermeidbaren Notwendigkeit, subjektive Beobachtungen zu konsensuell brauchbaren Einheiten zu verallgemeinern, um rasche Verständigung zu gewährleisten und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Dennoch sollten wir im Hinterkopf behalten, dass wir es bei den »Krankheitsbegriffen« mit Produkten unserer sinnstiftenden Tätigkeit zu tun haben und nicht mit ontologischen, von uns Beobachtern unabhängigen Gegebenheiten. Dies dürfte uns davor bewahren, Menschen allzu rasch zu kategorisieren und Standardprozeduren zu unterziehen. Denn so nützlich diese sind, um das weitere Handeln anzuleiten, so leicht können sie den Eindruck des Gegebenen erwecken, zumal diese »*Generalisierungen Kürzel mit hoher Unabhängigkeit gegen die Art und Weise ihres Zustandekommens*« sind (Luhmann 1984, 138). Beim umsichtigen Umgang mit sinnhaften Festlegungen nehmen wir zwar Ungewissheit in Kauf, bewahren uns aber zugleich vor der »*Verführung der Gewissheit*« und deren Folgen (vgl. Maturana und Varela 1985).

Fazit

Der Gegenstand der Psychiatrie ist durch Beschreibungen konstituiert, die in sozialen Interaktionen erzeugt werden. Gleiches gilt auch für den Gegenstand der Klinischen Psychologie, der in Theorie und Praxis auf das engste mit der Psychiatrie verwoben ist (vgl. Feer 1985). Ob es sich um Ängste, Verwirrungen, Aggressionen, Depressionen oder Verrücktheiten handelt, geht diesen Beschreibungen immer die Beobachtung von Prozessen voraus, die von Menschen leibhaft

ausgedrückt (biologischer Aspekt), leidvoll erlebt und kognitiv verarbeitet (psychisch-emotionaler Aspekt) und im Rahmen sozialer Interaktionen aufgefallen sind (sozio-normativer Aspekt). Diese Verwobenheit menschlicher Aspekte, die allesamt dem Reservoir menschlicher Erlebens- und Verhaltensqualitäten entstammen (vgl. Ciompi 1982), bildet den Ausgangspunkt einer systemischen Betrachtung der psychiatrischen Krankheitsbegriffe.

Zur Leitdifferenz gesund/krank

Psychische und soziale Systeme werden hier in Anlehnung an Luhmann als sinnverarbeitende Systeme verstanden, die mit Differenzen operieren - das, was sich nicht unterscheiden lässt, ist weder denkbar noch ausdrückbar. Das Gesundheitswesen verarbeitet verschiedene Differenzen wie u.a. pathologisch/gesund, gestört/normal, funktional/dysfunktional, leidvoll/nicht-leidvoll, schmerzlich/nicht-schmerzlich. Der Einfachheit halber lassen sich diese und verwandte Gegensatzpaare zunächst der Grunddifferenz krank/gesund zuordnen. Diese kann im Sinne Luhmanns (1984) als die Leitdifferenz betrachtet werden, welche das Denken in der Heilkunde und der Heilkunst orientiert. Da diese Differenz wiederum mit dem Verständnis des Menschen über sich selbst eng zusammenhängt, lässt sich annehmen, dass ihre konzeptionelle Ausformulierung von den »Menschenbildern« abhängt, die zugrundegelegt werden.

Die begriffliche Fassung dieser basalen Unterscheidung - krank/gesund - ist selbst in der organmedizinischen Tradition weit problematischer, als mancherorts vermutet wird. Blankenburgs (1989) Behauptung leuchtet ein, dass Krankheit und Gesundheit bis zu einem gewissen Grade eine je eigene Dynamik aufweisen: Nichtkrankheit sei nicht gleich Gesundheit, Gesundheit nicht gleich Symptombefreiheit. In der Psychiatrie dient die Unterscheidung krank/gesund im allgemeinen der sinngebenden Lösung eines mehr oder weniger alarmierenden Problems, das entsteht, wenn ein Zuwenig oder Zuviel im Erleben oder Verhalten eines Menschen auftritt und dies beim Betroffenen oder in seinem Umkreis Verwirrung und Leiden auslöst (vgl. auch Simon 1993).

Die Bezeichnung »krank« und die begriffliche Einheit »Krankheit« stellen zwar Beschreibungen dar, die jedem aus der eigenen Erfahrung nachvollziehbar erscheinen. Zumindest aber im psychiatrischen Bereich bleiben sie gegenstandsgemäß unscharf und mit ungewissem Erkenntnis- und praktischem Wert. Das Ziel, auch in der Psychiatrie zu objektiven, zuverlässigen und validen Kategorien zu gelangen, die handlungsanleitend für Diagnostik, Therapie und Prognostik wären, dürfte auf Dauer unerfüllt bleiben. Auch der Versuch, zum Störungskonzept überzugehen oder wie in der Familientherapie auf das Konzept einer Dysfunktionalität im System Familie zurückzugreifen, führt nicht weiter, denn Störung und Dysfunktionalität setzen ein genaues und überdauerndes Wissen um die »richtige« Funktionsweise von Menschen und/oder menschlichen Beziehungen voraus, und dies stellt aus erkenntnistheoretischen Gründen eine unerfüllbare Bedingung dar. Gleiches gilt für das Abheben auf Entwicklungsstörungen, die das Wissen um einen allgemeingültigen, gleichförmigen Verlauf menschlicher Entwicklung voraussetzen, was allenfalls im organischen, jedoch nicht im psychosozialen Bereich erreichbar erscheint. Diesen Versuchen haftet nicht nur die dem Erkenntnisprozess inhärente Unmöglichkeit an, wandelbare menschliche Prozesse zu objektivieren bzw. in der Zeitdimension »einzufrieren«, sondern sie laufen Gefahr, diese Prozesse über Gebühr zu verdinglichen und einen mehr als problematischen Reduktionismus zu betreiben.

Eine systemische Perspektive

Die Psychiatrie erfüllt bekanntlich neben therapeutischen auch Ordnungsaufgaben. Angesichts der Gefahren, die von Menschen mit Zuständen eingeschränkter Zurechnungsfähigkeit für sich und andere ausgehen, stehen die Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten, unter dem Druck, unterscheiden zu müssen, wann »nur« Therapie, wann soziale Kontrolle oder andere soziale Maßnahmen und wann eine Kombination dieser Möglichkeiten angebracht ist. Um mit diesem Druck auf kohärente Weise umgehen zu können, benötigen sie eine wie auch immer geartete Definition der in ihre Kompetenz fallenden Phänomene, um die notwendigen Unterscheidungen treffen zu können (bzgl. der Psychosomatik vgl. Häuser 1994).

Der in freier Praxis oder in psychotherapeutischen Institutionen arbeitende systemische Therapeut benötigt hingegen keinen Krankheitsbegriff (vgl. z.B. Reiter et al. 1992). Gemäß seinem Verständnis von Therapie als lösungsorientiertem Vorgehen (vgl. de Shazer 1989b, de Shazer u.a. 1986) oder dialogischem Vorgehen (vgl. Anderson und Goolishian 1990a) verzichtet der systemische Therapeut auf diagnostische Klassifikation und differentielle Indikation, kommt also ohne Krankheitsbegriff aus. Als Anlass für seine Arbeit betrachtet er das Ergebnis eines sinngebenden Prozesses, der beim Betroffenen und/oder seinen Nächsten entstanden ist und die Hilfesuche motiviert hat. Dabei hat man es nicht mit von Krankheit Befallenen zu tun, sondern mit Experten ihrer selbst, die neben ihren Beschwerden und Lebensproblemen auch über vielfältige Ressourcen verfügen. Auf diese kann der Betroffene mit Hilfe der Therapie zurückgreifen, um seine Probleme zu bewältigen. Demgemäß verstehe ich Therapie als »Anregung zum Wechsel der Präferenzen«, wobei der Betroffene ermuntert wird, seine Aufmerksamkeit vom Problem und der Annahme einer kausalen Zwangsläufigkeit abzulenken und sich zu vergegenwärtigen, dass er über Fähigkeiten und Möglichkeiten verfügt, die den leidvollen Prozessen entgegenstehen und befriedigender sind.

Dieses Verständnis entspricht als pragmatische Vorgabe den praktischen Zielen von Therapie schlechthin: Behebung oder Linderung von Leiden. Es setzt aber voraus, dass der therapeutische Prozess von Hilfesuchenden ausgelöst wurde, die im- oder explizit ein Veränderungsanliegen vortragen und dazu bereit sind, den Veränderungsprozess mitzugestalten. Im Rahmen einer frei vereinbarten Therapie lässt sich pragmatisch voraussetzen, dass die Beteiligten verantwortlich handeln, ihr Anliegen bewusst vorbringen und gemeinsam einen Therapieauftrag erarbeiten können. Dies bestimmt den Verlauf, die Beendigung und die Kontrolle der therapeutischen Maßnahme. Diese Bedingungen treffen aber für viele Fälle, ganz besonders in der Psychiatrie, nicht zu. Dort kommt es verschiedentlich zu Maßnahmen, die unter anderem den Ausschluss organischer Faktoren oder die Aufdeckung schädlicher Geheimnisse - z.B. körperlicher und sexueller Misshandlung - erfordern, bzw. zur Aufrechterhaltung sozialer Ordnung fremd induziert werden und ohne »informed consent« des Betroffenen stattfinden (zu diesem letzten Punkt vgl. z.B. Reiter-Theil u.a. 1993).

Diese und andere Umstände erschweren den ungehinderten Ablauf einer Therapie und legen es nahe, das in der systemischen Therapie übliche pragmatische Verständnis von Lebensproblemen und Lösungen zu erweitern, will man diesen Ansatz uneingeschränkt, also auch in der Psychiatrie anwenden. Für die Praxis muss also konzeptionell gewährleistet werden, dass systemische Therapeuten weder organische Faktoren noch kriminelle und andere schädliche Einflüsse fahrlässig übersehen. Nebenher erfordert der Kontext wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Erwartungen,

dass therapeutische Anätze über die bloße Beschreibung einer noch so wirksamen Pragmatik hinaus eine übergreifende klinische Theorie beinhalten, welche die daraus abgeleiteten Entscheidungen und Maßnahmen übergeordnet erklärt. Werden diese Minimalforderungen nicht erfüllt, laufen systemische Therapeuten Gefahr, sich wissenschaftlich und gesellschaftlich ins Abseits zu manövrieren und ihren Beitrag zur medizinischen und psychosozialen Versorgung nicht leisten zu können.

Eine Möglichkeit, diesen am psychiatrischen Tun beteiligten Aspekten Rechnung zu tragen und dabei eine saubere, »logische Buchhaltung« einzuhalten (vgl. Ludewig 1992), ergibt sich, wenn die unterschiedlichen Diskurse differenziert werden, die in ihrem Verlauf eben diese Aspekte thematisieren. Es handelt sich zum einen um die subjektiven Einschätzungen des/der Betroffenen und zum anderen um den Diskurs von Therapeuten über ihre Arbeit sowie um den wissenschaftlichen und soziopolitischen Diskurs über Sinn und Wirksamkeit von Therapien. Dabei bestimmt jeder dieser Diskurse eine andere Thematik und hat andere Folgen.

Am problemlosesten erweist sich die subjektive Einschätzung über das eigene oder über das Befinden eines anderen. Sie entsteht durch Selbst- oder Fremdbeobachtung und führt zu den Beschreibungen: »Ich bin krank« bzw. »du bist krank«. Diese Aussagen haben zunächst nur Relevanz für die Betroffenen und bedürfen keiner weiteren konzeptionellen Präzisierung. Sie werden jedoch sozial relevant, wenn sie volkswirtschaftliche und sozialpolitische Folgen haben (vgl. Degkwitz et al 1981). Um in den Genuss der gesellschaftlich vorgesehenen Erleichterungen für den Krankheitsfall zu kommen, muss eine gesellschaftlich legitimierte Instanz den »Krankheitswert« subjektiver Behauptungen prüfen und nach konsensfähigen Kriterien bestätigen oder zurückweisen. Dies setzt die Existenz anerkannter Bestimmungen bzw. Normen voraus, wonach das subjektive Krankheitsgefühl systematisch analysiert, kategorial zugeordnet und einer spezialisierten Institution zugewiesen wird.

Die konsensfähige Bestätigung des subjektiven Krankheitsgefühls bzw. der Fremdeinschätzung greift je nach Zielsetzung auf drei weitere Diskurstypen zurück, die im Vorfeld die dazu notwendigen Bestimmungen bereits erarbeitet haben. Diese sind der klinisch-pragmatische Diskurs um die Frage »Was hilft wie wem?«, der wissenschaftliche Diskurs um die Frage »Wie ist Kranksein methodisch zu erkennen, zuverlässig zu beschreiben, valide zu erklären und wirksam zu beheben?« und der sozionormative Diskurs um die Frage »Wann gilt was als Krankheit und begründet sozialen Handlungsbedarf?«. Die Forderung, diese Diskurstypen unvermengt zu halten, gewährleistet zwar klares Denken und verantwortbare Entscheidungen, sie ist aber in der Praxis offenbar kaum zu beachten. Sie überfordert nicht nur den Praktiker, der unter Handlungsdruck steht und entscheiden soll, sondern auch den Wissenschaftler, der nur bedingten Einblick in die Praxis hat, und nicht zuletzt den Politiker, der seine Entscheidungen auf die Einschätzungen von Praktikern und Wissenschaftlern stützen muss. Von den Schwierigkeiten des Letzteren zeugt der Verlauf der derzeit in Deutschland geführten Diskussion um ein Gesetz zur Regelung der Psychotherapie.

Die Frage nach dem Sinn eines Krankheitsbegriffs lässt sich im systemischen Verständnis wie folgt differenzieren und beantworten: Systemische Therapie benötigt als pragmatische Vorgabe keinen Krankheitsbegriff, ob als Krankheit, Störung, Dysfunktion o.ä., denn das Konzept des leidvollen Lebensproblems bzw. des Problemsystems reicht hier aus. Als Position im psychosozialen und medizinischen Bereich aber, die allgemeine Geltung beansprucht, kommt der systemische Ansatz

ohne eine übergeordnete Theorie, die sowohl in sich und mit dem zugrundegelegten Denkansatz kohärent als auch für andere nachvollziehbar ist, nicht aus.

Klinische Theorie

Für die Bezeichnung des geforderten theoretischen Überbaus wähle ich den Begriff »klinische Theorie« und folge damit der Tradition, die im Bereich der Psychotherapie von der Psychoanalyse eingeleitet wurde. Hier bezeichnet »klinisch«, anders als im üblichen medizinischen Gebrauch für Krankenhausbehandlung, jede Aktivität, die das Beheben und Lindern von leidvollen Zuständen und Prozessen zum Ziel hat.

Bei den folgenden Überlegungen gehe ich davon aus, dass therapeutische Maßnahmen als Prozess sozialer Systeme ablaufen (vgl. Ludewig 1992). In Anlehnung an die Theorie sozialer Systeme Luhmanns (1984) modifiziere ich das Konzept des sozialen Systems für die Zwecke der klinischen Theorie wie folgt: Ein soziales System ist ein Komplex von Mitgliedern und ihren Operationen (Kommunikationen) im Hinblick auf einen thematisch gefassten Sinn. Mitglieder fasse ich als soziale Operatoren auf, die in Kommunikation entstehen und diese tragen. Als soziale Operatoren unterscheiden sie sich prinzipiell von den sie verkörpernden Menschen und den dabei ausgeführten Rollen. Das Verhältnis Mensch/Mitglied ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch dem Mitglied vielfältige psychische und organismische Strukturen (Kognition, Emotionen, Gedächtnis usw.) zur Verfügung stellt, wobei die Operationen des Mitglieds auf ihn »modulierende« Wirkung haben. Als komplexere Einheit hat der Mensch im wesentlichen die Möglichkeit, Mitgliedschaften zu verändern und »aufzukündigen«.

Vor diesem theoretischen Hintergrund lässt sich der Gegenstand klinischer Theorie folgerichtig als dynamische Sequenz kommunikativer Prozesse - sozialer Systeme - verstehen, die in vier Phasen abläuft. Diese Sequenz beginnt mit einer Kommunikation, die ein Lebensproblem thematisiert und trägt (*Problemsystem*), sie geht über in ein hilfeschendes System, durchläuft eine Klärungs- und Zuordnungsphase (z. B. klinisches System) und mündet in die Einleitung einer entsprechenden Hilfsmaßnahme (z.B. Therapiesystem).

Dieser Vier-Phasen-Prozess umfasst die einzelnen Schritte eines helfenden Prozesses, der professionelle Helfer einbezieht. Im besonderen Fall klinischer Tätigkeit spezifiziert sich dieser Prozess ab der dritten Phase, wenn das Anliegen der Hilfesuchenden zu einem klinischen Problem umformuliert und klinischer Hilfestellung zugeführt wird. Dieser Prozess beschreibt den sequentiellen Übergang von einem zum nächsten sozialen System und somit die Entstehung von jeweils neuen Kommunikationen mit eigenen Themen, die von neuen Mitgliedern getragen werden. Gegenüber früheren Auffassungen bietet diese prozessbezogene Beschreibung den Vorteil, auf Abnormitätsannahmen und die daraus resultierende (Psycho)Pathologisierung von Menschen zu verzichten. Die Anlässe, die zum Aufsuchen professioneller Helfer führen, werden als kommunikative Prozesse aufgefasst. Ansatzgemäß verbleibt somit die systemische Gegenstandsbestimmung im Phänomenbereich menschlicher Kommunikation, und sie begreift die Klagen über somatische oder innerpsychische Beschwerden sowie über etwaige Normabweichungen oder innerfamiliäre Dysfunktionen als das, was sie sind: kommunikative Äußerungen. Gefragt ist also nach der systemischen Operationalität bzw. Kommunikation, die Lebensprobleme erzeugt und

konsolidiert. Diese gilt es zu beschreiben und zu erklären. Der Gegenstand professionell helfender Tätigkeit kann so mit der systemischen Auffassung vereinbart werden, dass menschliche Lebensweise auf Kommunikation beruht. Im einzelnen:

Problemsystem

Gegenstand klinischer Tätigkeit ist der helfende Umgang mit sozialen Systemen im Umkreis des Themas »Problem«. Um diesen Gegenstand begrifflich aufzufassen, bot sich an, das von Harry Goolishian im Jahr 1985 eingeführte Konzept des »*problem-determinierten Systems*« (vgl. Goolishian und Anderson 1988) zu verwenden und es unter Einbeziehung der Auffassungen Maturanas und Luhmanns zu erweitern. Ein Problemsystem wird als eigenständiges soziales System um ein »Problem« definiert, d.h. um die Bewertung irgendeines Sachverhalts als veränderungsbedürftig (d.h. als belastend, hinderlich, falsch, störend, unpassend usw.). Für die Belange klinischer Theorie schränke ich diese allgemeine Definition auf Lebensprobleme ein, die dann sozial relevant werden, wenn sich eine Kommunikation bzw. ein soziales System um die Bewertung eines Verhaltens oder der Seinsweise eines Menschen bildet, sofern diese Bewertung vom Adressaten als emotional bedeutsam und negativ (d.h. als Aufforderung, sich zu ändern) erlebt wird und Leiden auslöst. Ergebnis davon ist die Bildung eines Netzwerkes gegenseitiger Forderungen auf der Basis negativer Wertungen. Gegenüber einem Krankheitskonzept erbringt das Konzept des Problemsystems wesentliche Vorteile für eine systemische Auffassung klinischer Theorie: Das Konzept ist kohärent systemisch, es pathologisiert nicht, es legt als kommunikatives Konzept Ziel und Methode der Therapie nahe: Durchführung einer heilsamen Kommunikation, und es befreit von objektivistischen Annahmen, wie sie bislang diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Überlegungen zugrundegelegt haben.

Hilfesuchendes System

Problemsysteme können jederzeit entstehen und vergehen. Sie werden dann klinisch relevant, wenn sie sich stabilisiert haben, und wenn die Menschen, die sie verkörpern, um professionelle Hilfe nachsuchen. Mit ihrem Anliegen, Hilfe zu bekommen, erweitern sie ihre Kommunikation um die Einbeziehung eines Helfers. Dadurch verändern sie, zumindest implizit, das Thema ihrer Problemkommunikation. Von da an handelt es sich um ein mit dem Thema »Hilfesuche« operierendes Sozialsystem.

»Klinisches« System

Mit der Kontaktaufnahme mit einem professionellen Helfer beginnt eine Kommunikation, die folgendes leistet: Sie klärt in Form einer »*clearing*«-Diagnostik, ob das vorgetragene Anliegen in den Kompetenzbereich psychotherapeutischer Hilfestellung fällt, bzw. ob einschränkende Bedingungen oder Begleitumstände biologischer, psychischer oder sozialer Art vorliegen, die einer anderen oder einer begleitenden Art von Hilfe bedürfen. Im ersteren Fall deutet sie das Anliegen der Hilfesuchenden zu einem, das Hilfestellung ermöglicht. Dann erkundet sie in Form einer »FörderDiagnostik« die Ressourcen der Hilfesuchenden und verweist auf die Hilfsinstanz, die am ehesten über die Möglichkeiten verfügt, diese Ressourcen zu aktivieren. Anders als eine auf Klassifikation ausgerichtete Diagnostik leistet die Vorschaltung eines klinischen Systems Aufgaben der geeigneten Platzierung, indem es die Ressourcen der Hilfesuchenden mit den Möglichkeiten von Helfern in Einklang bringt, und fördert somit den Verlauf einer geeigneten Hilfsmaßnahme.

Hilfssystem

Hilfssysteme entstehen um die Differenz *Anliegen/Auftrag*. Ein »Auftrag« stellt das vorläufige Ergebnis beim kommunikativen Aushandeln zwischen Hilfesuchenden und Helfern um die Bedingungen ihrer gemeinsamen Arbeit dar. Anders als etwa der Familientherapeut Wynne (1988), der von der Differenz »präsentiertes Therapieproblem« ausging, lenkt der Begriff Auftrag die Aufmerksamkeit weg vom Problem auf das Ziel der Hilfestellung - Problembewältigung - hin. Der Auftrag koordiniert das Anliegen der Hilfesuchenden mit den Möglichkeiten der Helfer und bestimmt das Ziel, den Verlauf, die Dauer und die Kontrollmöglichkeiten der Hilfsmaßnahme. Klinische Hilfe kann in Form von Anleitung, Beratung, Begleitung oder Therapie stattfinden.

Relevanz für die Psychiatrie

Als medizinische Einrichtung der psychosozialen Versorgung hat die Psychiatrie neben der Therapie auch andere Aufgaben zu erfüllen. Diese sind historisch erwachsen und belegen die gesellschaftliche Stellung und Funktion der Institution Psychiatrie sowie ihren wissenschaftlichen Standort. Neben der Hilfestellung für Hilfesuchende muss sie Aufgaben der Selektion, Begutachtung, sozialen Kontrolle und Aufbewahrung erfüllen, auch ohne das Einverständnis der Betroffenen. Als Institution unterliegt sie, um ihre Legitimierung zu erhalten, zugleich den Notwendigkeiten gesellschaftlicher Ordnung und den Besonderheiten eigener institutioneller Logik. Zudem ist sie ihrer Mutterdisziplin, der Medizin, verpflichtet und daher gehalten, einen ihr gemäßen Diskurs zu pflegen. Diese Vielfalt unterschiedlicher Aufträge reicht weit über den frei ausgehandelten Auftrag einer Psychotherapie hinaus und dürfte viele der Schwierigkeiten erklären, die der Psychiatrie bei der Bestimmung ihres Gegenstands und bei der Begründung ihrer Praxis erwachsen.

Der systemische Ansatz bietet der Psychiatrie einen neuen konzeptionellen Rahmen und somit die Möglichkeit einer weiteren Erneuerung sowohl bezüglich ihrer Praxis als auch ihrer konzeptionellen Fundierung. In der Praxis ist der Einfluss des systemischen Ansatzes bereits spürbar: Viele Mitarbeiter von Psychiatrien durchlaufen eine systemische Ausbildung und bringen diese Kenntnisse in ihre Arbeit ein. Die Integration des theoretischen Denkansatzes ist jedoch grundlegender und dürfte daher schwieriger sein. Denn die Übernahme dieses Denkens hätte unvorhersagbare Folgen, darunter nicht zuletzt eine Neubestimmung des Gegenstands der Psychiatrie. Und dies ist ein weittragenderes und riskanteres Projekt als die Einbeziehung eines weiteren Therapieansatzes in das ohnehin reichhaltige Inventar psychiatrischen Arbeitens.

Angesichts ihrer multiplen Aufgaben wird die Psychiatrie in absehbarer Zeit wohl kaum auf den Krankheitsbegriff verzichten können. Dabei würde sie nicht nur ihre gesellschaftliche Anerkennung aufs Spiel setzen, sondern auch den unter Handlungs- und Begründungsdruck arbeitenden Praktiker verunsichern. Andererseits kann sich aber die Psychiatrie der Auseinandersetzung mit dem systemischen Denkansatz auf Dauer nicht entziehen; dafür sorgt schon der derzeit wehende Zeitgeist! Interessant und spannend an dieser Auseinandersetzung wird meines Erachtens die zwangsläufige Weiterentwicklung sein, die beide - psychiatrisch und systemisch Denkende - im Rahmen ihrer strukturellen Koppelung erfahren werden. Meiner Einschätzung nach wird der psychiatrische Krankheitsbegriff dynamisiert und von tradiertem Ballast erleichtert, nebenher der systemische Therapieansatz erweitert um das Verständnis biologischer, psychischer und gesellschaftlicher Bedingungen) die im Unterschied zu frei vereinbarten Therapien den Handlungsbereich

psychiatrischen Tuns kontextualisieren. Eine fruchtbare Dynamik gegenseitiger Beeinflussung bahnt sich an.

Das hier vorgelegte prozesshafte Verständnis könnte bei geeigneter Anpassung an die Erfordernisse der Psychiatrie ein Schritt in diese Richtung sein. Denn fasst man psychiatrische Hilfestellung als kommunikativen Prozess auf, der von allen Beteiligten getragen wird, geht man in Abstand zu der alleinigen Betrachtung des Kranken und der Krankheit - eine alte hippokratische Forderung! Die Anlässe, die das Tätigwerden in der Psychiatrie auslösen, sind dann nicht mehr Krankheiten im Sinne der oben angeführten Definitionen, sondern zwischenmenschliche Prozesse, an deren Gestaltung der Helfer maßgeblich und untrennbar beteiligt ist. Diese Betrachtungsweise lässt sich prinzipiell auf alle Aspekte psychiatrischen Tuns anwenden, und sie bietet den konzeptionellen und pragmatischen Vorteil einer phänomengerechten und nicht reduktionistischen Bestimmung der Phänomene, die das psychiatrische Tun konstituieren.

LITERATUR

- Anderson, H., H.A. Goolishian (1990), Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. In: *Familiendynamik* 15: 212-243.
- Blankenburg, W. (1979), Psychiatrie und Philosophie. In: Kisker, K.P. et al.: 1979, S. 827-875.
- Blankenburg, W. (1989), Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Kisker, K.P. et al., S. 119-145.
- Cicchetti, D. (ed.) (1989), *The Emergence of a Discipline*. Vol 1: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. Hillsdale N.J. (Lawrence Erlbaum).
- Ciampi, L. (1982), *Affektlogik*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Degkwitz, R., C. Faust, S.O. Hoffmann, H. Kindt (1981), Einführung. In: Degkwitz, R. u. H. Siedow (Hrsg.), S. 1-15.
- Degkwitz, R., H. Siedow (Hrsg.) (1981), *Standorte der Psychiatrie*. Band 2: Zum umstrittenen psychiatrischen Krankheitsbegriff. München (Urban & Schwarzenberg).
- de Shazer, S. (1989), *Der Dreh. Überraschende Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer.
- de Shazer, S., I.K. Berg, E. Lipchik, E. Nunnally, A. Molnar, W. Gingerich, M. Weiner-Davis (1986), Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. In: *Familiendynamik* 11: 182-205.
- Dilling, H., W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.) (1991), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern (Huber).
- Dörner, K. (1969), *Bürger und Irre*. Darmstadt, (Europäische Verlagsanstalt).
- Dörner, K. (1979), Psychiatrie und Gesellschaftstheorien. In: Kisker, K.P. et al. (Hrsg.), S. 771-809.
- Feer, H. (1985), *Biologische Psychiatrie*. Stuttgart (Enke).
- Foerster, H. von (1985), *Sicht und Einsicht*. Braunschweig Vieweg).
- Häfner, H. (1981), Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Degkwitz u Siedow (Hrsg.), S. 16-54.
- Häuser, W. (1994), Wer hat Angst vor... Panikattacken? - Reflexionen über therapeutische Grundhaltungen und Techniken im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext. In: *Z. systemische Therapie* 12: 33-43.
- Keupp, H. (1972), *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. München (Urban & Schwarzenberg).

- zenberg).
- Kisker, K.P., J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömngren (Hrsg.)(1979), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd I/1, 2. Aufl. Berlin (Springer).
- Kisker, K.P., H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömngren (Hrsg.)(1989), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd 9, 3. Aufl. Berlin (Springer).
- Loch, W. (1981), Krankheitsbegriff - Krankheitslehre, ein psychoanalytischer Beitrag. In: Degkwitz u. Siedow (Hrsg.), S. 55-81.
- Ludewig, K. (1992), *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Luhmann, N. (1990), *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Maturana, H.R. (1982), *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1987), *Der Baum der Erkenntnis*. Bern (Scherz).
- Pritz, A., H. Petzold (Hrsg.)(1992), *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn (Junfermann).
- Reiter, L. C. Ahlers, J. Hinsch (1992), Der Krankheitsbegriff in der systemischen Therapie. In: Pritz, A., H. Petzold (Hrsg.), 339-353.
- Reiter-Theil S., H. Eich, L. Reiter (1993), Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42: 14-20.
- Remschmidt, H. (1988), Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt, H., M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd 1. Stuttgart (Thieme), S. 143-152.
- Roback, A.A. (1970), *Weltgeschichte der Psychologie und Psychiatrie*. Olten und Freiburg (Walter).
- Simon, F.B. (1993), Die Kunst der Chronifizierung. In: *System Familie* 6: 139-150.
- Wynne, L.C. (1988), Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. In: *System Familie* 1: 4-22.