

# **GALILEI UND DIE WÜHLMAUS**

**SYSTEMISCHE  
ANSÄTZE  
IN DER  
PSYCHIATRIE**

Beiträge zur  
3. Österreichischen  
Fachtagung  
Systemische  
Kurztherapie

Herausgegeben vom  
Institut für  
Systemische Therapie



**KRAMMER**  
VERLAG

**GALILEI UND DIE WÜHLMAUS**  
Systemische Ansätze in der Psychiatrie

Beiträge zur 3. Österreichischen Fachtagung  
Systemische Kurztherapie

Herausgegeben vom Institut für Systemische Therapie

Krammer-Verlag - Wien

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der HerausgeberInnen	3
Kurzbehandlungen schizophrener Störungen <i>P. Watzlawick</i>	7
Die systemische Wühlmaus im System Psychiatrie <i>H. Merl</i>	36
Systeme in der stationären Rehabilitation - mit besonderem Bezug auf Patienten mit Psychosen und Borderline-Störungen <i>H. Jelem</i>	53
Die Rolle der systemischen Therapie in der psychiatrischen Akuttherapie <i>B. Hackenberg</i>	75
Geschichten über erfahrungsnahe Potentialfokussierungs- prozesse - systemische Gruppenpsychotherapie im stationären Kontext <i>R. Kronbichler</i>	83
Schizophrene Psychose und (Kurzzeit)psychotherapie <i>B. Werl</i>	95
Systemische Wirkungen und Nebenwirkungen und die Psychiatrie <i>Chr. und H. Merl</i>	101
Die AutorInnen	137

1. Auflage 1997

Alle Rechte vorbehalten  
Druck: Megacopy, Wien

Printed in Austria

© Verlag Hans Huber, Bern 1988  
(für den Beitrag von Paul Watzlawick)

© Krammer Verlag, Wien 1997  
(für die übrigen Beiträge)

ISBN 3-901811-00-1

## Vorwort der HerausgeberInnen

Nur all zu oft wird die Systemische Therapie mit einem sehr spezifischen und eingeschränkten Anwendungsbereich in Verbindung gebracht. Bei Erziehungs- und Familienproblemen und bei schwierigen Kindern und Jugendlichen sei sie die Therapiemethode der Wahl. Das ist nicht nur die Einschätzung vieler „Laien“, sondern auch ein in Fachkreisen weit verbreitetes Vorurteil.

Dabei hat alles ganz anders begonnen. Denn die Geburtsstunde der Systemischen Therapie lag in der Arbeit mit schwerst delinquenten Jugendlichen in New York, psychotischen PatientInnen und deren Familien in Kalifornien. Auf Einladung von Don D. Jackson (einem Arzt in Palo Alto) hatte eine Forschergruppe rund um Gregory Bateson, John Weakland, William Frey und Jay Haley begonnen die Interaktionen von Familienmitgliedern jener psychotischen PatientInnen zu beobachten, die zur damaligen Zeit im VA - Spital (einem Spital der amerikanischen Veteranenvereinigung) von Palo Alto zur Behandlung waren. Aus dieser Arbeit ging schon bald die „Doppelbindungstheorie der Schizophrenie“ hervor, Familienangehörige wurden konsequenter Weise in die Therapie miteinbezogen und die Grundgedanken systemischer Familientherapie formulierten sich in ersten Arbeiten. Systemisches Denken und Tun verbreiteten sich rasch über die Kontinente.

Der Einfluß auf andere Therapieschulen und auf die gesamte Praxis therapeutischen Handelns und Denkens ist heute, fast 40 Jahre später, unangefochten. Etwas anderes ist ebenso offensichtlich. Die Idee, die Psychiatrie in ihrem Gesamten zu revolutionieren, entpuppte sich als vielleicht gar nicht notwendige Zwangsidee so mancher „systemischer VorreiterInnen“. Zu dominant war die Geschichte des „Individuums“ in diesem Bereich therapeutischen Handelns verankert. Daß das „Individuum“ untrennbar mit der Gruppe, mit seinem sozialen „System“ in Verbindung steht, war damals, wie heute keine selbstverständliche Idee.

Und so lassen sich jene „systemischen Vorstöße“, die sich weltweit in der Psychiatrie etablieren, mit interessiertem Auge beobachten, vergleichen und anerkennen. Sie zeugen von der Flexibilität eines Systems, das möglicherweise zu Unrecht als rigid verschrien ist.

Die „Dritte Österreichische Fachtagung für Systemische Therapie“ hatte sich zur Aufgabe gemacht, den Stand der Entwicklung in Österreich mit FachkollegInnen zu diskutieren. Das Institut für Systemische Therapie (IST) hatte dazu KollegInnen aus ganz Österreich für zwei Tage nach Wien geladen. Alle Vortragenden bürgten dafür, daß sie diese Diskussion bereits in sich geführt, und die Integration von Psychiatrie und Systemischer Therapie in der Praxis erprobt hatten.

Ein Ergebnis ihrer Arbeit und der fachlichen Diskussion während der Tagung, ist nun dieser Tagungsband, mit dem die Inhalte der Referate und

Workshops einem größeren Kreis von fachlich Interessierten zugänglich werden. Allen ReferentInnen möchten wir an dieser Stelle herzlich dafür danken, daß sie die Arbeit des Niederschreibens und Komprimierens ihrer Beiträge auf sich genommen haben, und das Ergebnis uns und damit den LeserInnen dieses Bandes zur Verfügung gestellt haben.

Allen LeserInnen wünschen wir Anregung, Ideen und Bestätigung beim Lesen der Beiträge.

Wien, im Februar 1997

## Kurzbehandlungen schizophrener Störungen

Paul Watzlawick

Noch mehr als die Depression gilt die Schizophrenie als eine geistige Störung, die, wenn überhaupt, nur durch Langzeitbehandlung beeinflusst werden kann. Diese Ansicht setzt aber voraus, daß dieses (genau wie irgendein anderes) Krankheitsbild objektiv erfaßbar ist, und daß sich daraus dann ebenso objektive Schlußfolgerungen für die Therapie ziehen lassen. Aus dieser Ansicht nährt sich auch die Ablehnung von Therapiemethoden, die diesen scheinbaren Tatsachen widersprechen und daher falsch sein „müssen“. Dieses Urteil ist aber eben nur aufgrund der nie in Frage gezogenen Überzeugung möglich, daß die der Entstehung und der Lösung menschlicher Probleme zugrunde liegende Wirklichkeit objektiv und menschenunabhängig feststeht. Es handelt sich in dieser Sicht also nicht um eines der vielen möglichen Paradigmata im Sinne THOMAS KUHN, sondern um den festen Glauben, die wahren, „wissenschaftlichen“ Gegebenheiten endgültig erfaßt zu haben.

Das folgende Kapitel handelt von dieser Thematik. Es stellt nicht nur die Endgültigkeit jeder dogmatischen Annahme (und der Falscherklärung jeder ihr widersprechenden Ansicht) in Frage, sondern behandelt die therapeutischen Möglichkeiten, die sich dann ergeben, wenn eine Prämisse selbst - und nicht lediglich ihre Ableitungen und Anwendungen einer kritischen Prüfung unterzogen wird.

Schizophrenie und Kurztherapie in einem Atemzug zu nennen scheint absurd, da die Schizophrenien allgemein als schwere Störungen gelten,

deren Behandlung lang und deren Prognose unsicher ist. Der vorliegende Beitrag versucht nachzuweisen, daß die Schwierigkeiten der Schizophreniebehandlung zumindest teilweise die Folge der Ansichten über die Schizophrenie sind und in diesem Sinne nicht unmittelbar mit der *Natur* der Störung zu tun haben. Mein Ansatz beruht auf den Forschungen der Bateson-Gruppe in den 50er Jahren und auf den Weiterentwicklungen dieses Modells am Mental Research Institute in Palo Alto in den nachfolgenden Jahren. Zu bemerken ist ferner, daß der hier verwendete Begriff der Kurztherapie sich auf eine aus diesem Modell abgeleitete Behandlungsform *sui generis* bezieht und daher von seiner allgemeinen Bedeutung als einer vereinfachten, oberflächlichen und krisenbedingten Anwendung einer traditionellen Behandlungstechnik abweicht (WATZLAWICK et al. 1974).

In seiner im Jahre 1956 veröffentlichten *Introduction to Cybernetics* schreibt der berühmte Kybernetiker ASHBY (der selbst Psychiater war):

... Angenommen, ich bin im Hause eines Freundes, und beim Vorbeifahren eines Wagens draußen rennt sein Hund in eine Zimmerecke und duckt sich angstvoll. Für mich ist dieses Verhalten grundlos und unerklärbar. Dann sagt mein Freund: "Er wurde vor sechs Monaten von einem Auto überfahren". Mit diesem Hinweis auf ein sechs Monate zurückliegendes Ereignis ist das Verhalten des Hundes erklärt. Wenn wir sagen, der Hund zeige ein "Gedächtnis", so beziehen wir uns weitgehend auf dieselbe Tatsache - daß sich sein Verhalten nicht durch seinen augenblicklichen Zustand, sondern durch den vor sechs Monaten erklären läßt. Wenn man nicht vorsichtig ist, könnte man sagen, der Hund "habe" ein Gedächtnis, und dann etwa denken, der Hund habe ein Ding, so wie er vielleicht

einen schwarzen Fleck auf seinem Fell hat. Das könnte einen dazu verleiten, nach dem Ding zu suchen; und unter Umständen entdeckt man dann, daß dieses "Ding" gewisse sehr merkwürdige Eigenschaften hat.

Und ASHBY fährt dann fort:

Offensichtlich ist "Gedächtnis" nicht ein objektives Etwas, das ein System besitzt oder nicht besitzt; es ist ein Begriff, den der Beobachter anwendet, um die Lücke zu füllen, die die Nichtbeobachtbarkeit des Systems verursacht. Je weniger Variablen der Beobachtung zugänglich sind, desto mehr wird der Beobachter gezwungen sein, die Wirkung vergangener Ereignisse im Verhalten des Systems zu berücksichtigen. Daher ist "Gedächtnis" im Gehirn nur teilweise objektiv. Kein Wunder, daß seine Eigenschaften sich oft als ungewöhnlich oder sogar paradox erweisen.

Und im darauffolgenden Satz zieht er dann die einzige logische Schlußfolgerung:

Es besteht wohl kein Zweifel, daß dieser ganze Fragenkomplex einer Überprüfung von Grund auf bedarf (ASHBY 1963, S. 117).

Die Einfachheit dieser Konsequenz ist bestechend. In Wirklichkeit ist es dagegen so, daß Wissenschaftler mit allen anderen höheren Tieren die Unfähigkeit oder Unwilligkeit teilen, ihre Prämissen "von Grund auf" zu überprüfen. Wäre es nicht so, dann gäbe es auch keine experimentell erzeugte Neurose bei einem Versuchstier, dessen "Weltbild" zusammenbricht, wenn der Versuchsleiter unvermittelt die Appetenz-Aversions-Struktur umkehrt und das Tier für die bisher richtige Reaktion bestraft; es gäbe das Schicksal eines Galileo Galilei nicht, noch wäre es vermutlich je zu den endlosen Kontroversen über Äther, Phlogiston, die

Vererbung angelernter Eigenschaften und tausend andere, ähnliche "Tatsachen" gekommen, die zwischen den eben erwähnten Extremen liegen. Zusätzlich fällt hier ins Gewicht, daß es sich dabei nicht nur um eine Unfähigkeit zur kritischen Überprüfung der eigenen Annahmen handelt, sondern um das geradezu kategorische Ausschließen der immerhin plausiblen Möglichkeit, daß die eigenen Prämissen eben nicht mehr und nicht weniger als Prämissen sind, d. h. Annahmen, Paradigmata in KUHNS Sinne (KUHNS 1973), und nicht ewiggültige und ein für allemal entdeckte Wahrheiten.

Im Falle psychiatrischer Theorien ist diese Tendenz womöglich noch ausgeprägter. Die Frage, was als normal, was als abnorm zu gelten hat, und wie das Abnorme zur Normalität zu bringen ist, kompliziert sich durch die fast religiöse Inbrunst der Autoren und Verfechter dieser Theorien. Es handelt sich hier ja nicht um relativ unpersönliche Gegebenheiten - wie etwa in Physik, Biologie oder Volkswirtschaft - sondern um so unmittelbar menschliche und daher persönliche Belange, daß der Toleranz für Andersdenkende sehr enge Grenzen gesetzt sind.

Nehmen wir als Beispiel das Buch *Freud or Jung?* des bekannten Psychoanalytikers EDWARD GLOVER (1956). Dieser Autor füllt 195 Seiten, um nachzuweisen, was sich in einem einzigen Satz sagen ließe, nämlich daß JUNGS Anschauungen nicht denen FREUDS entsprechen.<sup>1</sup> Dies wäre zwecklos, wenn der Autor und seine Leser in FREUDS Ideen nicht die Grundlage der endgültigen und wahren Erklärung menschlichen

<sup>1</sup> Auf Seite 190 seines Schlußwortes tut GLOVER dies dann auch: „Wie wir gesehen haben, ist das Hauptmerkmal der JUNGSchen Psychologie die Verneinung jedes wichtigen Bestandteils der FREUDSchen Theorie.“

Verhaltens sähen. Unter diesen, aber eben *nur* unter diesen Voraussetzungen ist es dann sinnvoll, andere Auffassungen für abweichend und fehlerhaft zu erklären. (Dasselbe gilt für den Marxismus oder irgendeine andere Ideologie, welche rein auf der Basis politischer Macht zur wissenschaftlichen und daher endgültigen, richtigen und ewig wahren Erklärung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Gesetze erhoben wurde, welche die Existenz und die Wertskalen des Menschen bestimmen).

Wo an dieser Ansicht festgehalten wird, folgt zwingend, daß im Falle des Scheiterns von Maßnahmen, die aufgrund der Theorie getroffen wurden, der Mißerfolg in den praktischen Anwendungen der Theorie, nicht aber in der Theorie selbst zu suchen ist - denn diese ist ja sakrosankt. Dies bedeutet ferner, daß u. U. die Therapie zur Rettung der betreffenden psychiatrischen Theorie, nicht aber des Patienten erhalten muß. Und schließlich bedeutet es, daß innerhalb des Rahmens einer solchen Theorie gewisse Maßnahmen den Prämissen entsprechend und daher anwendbar sind, andere dagegen als theorieinkonsistent nicht ergriffen werden dürfen. Eine rein symptomatische Behandlung ist z. B. unvereinbar mit dem psychodynamischen Modell und „daher“ antitherapeutisch.

Da wir als Praktiker nicht auch als Wissenschaftsphilosophen ausgebildet sind, bleiben wir der Tatsache gegenüber blind, daß die eben erwähnte Beschränkung in der Natur der Theorie und nicht in jener der menschlichen Seele liegt. In der Hypnotherapie, der Verhaltenstherapie, gewissen Formen der Familientherapie und einer Reihe von

kurztherapeutischen Ansätzen wird erfolgreich das praktiziert, was im psychodynamischen Begriffssystem als Symptombehandlung gilt und verworfen wird.

Als im Jahre 1904 eine Kommission von 13 hervorragenden Gelehrten zu der Feststellung gelangte, daß ein Hengst (der seither unter dem Namen „kluger Hans“ in die Geschichte eingegangen ist, s. PFUNGST 1907) der erstaunlichsten intellektuellen Leistungen fähig war, lag ein analoger Sachverhalt vor. Worum es bei dieser merkwürdigen Fehlgeburt wissenschaftlichen Denkens ging, waren einfache averbale Interaktionen zwischen dem Pferd und dem Versuchsleiter. Diese Kommunikationsprozesse aber waren dem wissenschaftlichen Denken jener Zeit unbekannt, und die Beobachter waren daher - ganz im Sinne ASHBYS - gezwungen, zu einer absurden Erklärung Zuflucht zu nehmen, „um die Lücke zu füllen, die die Nichtbeobachtbarkeit des Systems verursacht“ oder, genauer gesagt, die sich aus der Blindheit der Beobachter ergab. Wenn ein Pferd arithmetische Aufgaben löst und wenn Betrug ausgeschlossen werden kann, dann ist dieses Pferd ein Genie - so oder ähnlich dürften die Mitglieder der Untersuchungskommission die Sachlage gesehen haben. Mit dieser (für sie) unausweichlichen Schlußfolgerung (die übrigens drei Monate später von einem Cand. phil. ad absurdum geführt wurde, der noch unvoreingenommen genug war, um seine Augen offen zu halten) begibt die Kommission denselben Fehler, den MOLIÈRE in einer seiner Komödien schon 250 Jahre früher ins Lächerliche gezogen hatte: Dort befiehlt sich eine Gruppe gelehrter Doktoren mit der Frage, weshalb Opium einschläfert. Nach eingehenden

Untersuchungen kommen sie zu dem Schluß, daß diese Wirkung des Opiums auf ein ihm innewohnendes „dormitives Prinzip“ zurückzuführen sei. Ein bloßes Wort wird so reifiziert, d. h. zu einem Ding (res) gemacht und - um ASHBY nochmals zu zitieren - „das könnte einen dazu verleiten, nach dem Ding zu suchen; und u. U. entdeckt man dann, daß dieses 'Ding' gewisse sehr merkwürdige Eigenschaften hat“. Naiverweise scheint es nämlich offensichtlich, daß, wenn ein Name für etwas existiert, das so benannte Ding ebenfalls existieren muß.

Daß ein Name ganz für sich in unserem begrifflichen Universum herumflattern könne, wie jene körperlosen Engelchen in Barockgemälden, ist ein nahezu unerträglicher Gedanke - und dies trotz ALFRED KORZYBSKI, der immer wieder darauf verwies, daß der Name nicht das Ding und die Landkarte nicht das Land ist (KORZYBSKI 1933).

Was haben diese Überlegungen mit dem Begriff der Schizophrenie zu tun? Als EUGEN BLEULER (1911) seine berühmte Monographie *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen* veröffentlichte, führte er den Ausdruck Schizophrenie deswegen ein, weil er die damals gebräuchliche Bezeichnung, *Dementia praecox*, für irreführend hielt.<sup>2</sup>

Der neue Name fand bekanntlich rasche, internationale Annahme. Was mit ihm ebenfalls angenommen wurde, war die nicht in Frage gestellte Reifikation, daß es sich bei dem so benannten Zustandsbild um eine geistige Spaltung oder eine ähnliche Krankheitsform handelte. Dies war durchaus im Einklang mit der damals vorherrschenden monadischen

<sup>2</sup> In seinem Lehrbuch der Psychiatrie erklärt er: „Da die Krankheit nicht zur Demenz fortschreiten braucht, und sie gar nicht immer praecoxiter, d. h. in der Pubertät oder bald nachher auftritt, paßt der Name Schizophrenie besser“ (BLEULER 1923, S. 280).

Einstellung der Psychiatrie. Es bedeutet aber nicht, daß deshalb Übereinstimmung über die Natur des Dings bestand (oder wenigstens heute besteht), auf das sich dieser diagnostische Ausdruck bezieht.<sup>3</sup>

Da erfahrungsgemäß sehr wenig getan werden kann, um die vermutete geistige Spaltung zu heilen, ist es nicht weiter überraschend, daß die Verfechter von Heredität oder Konstitution, von endokrinen oder kardiovaskulären Ursachen, von biologischen, neuropathologischen oder degenerativen Prozessen, oder einer großen Zahl von psychologischen oder anderen Hypothesen sich weiterhin in den Haaren liegen.

Gelegentlich aber findet ein Fall wie der nachstehende (von CARLOS SLUZKI, dem damaligen Direktor des Mental Research Instituts, berichtete) Eingang in die Fachliteratur:

Ein 29jähriger Mann, seit sechs Jahren als schizophren diagnostiziert, kommt mit seiner Mutter und zwei Geschwistern zum Erstinterview. Es stellt sich u. a. heraus, daß sein Vater Frau und Kinder im Stich ließ, als der Patient sechs Jahre alt war. Der Patient, ein sehr passiver, scheuer Mann, war verheiratet und hat drei Kinder. Vor mehr als sechs Jahren, nach einer außerehelichen Affäre, verwies ihn seine Frau des Hauses, oder er ließ seine Familie im Stich. Jedenfalls entwickelte er kurz darauf Wahnideen und Halluzinationen sowie bizarre Verhaltensweisen (z. B. öffentliche Masturbation oder Defäkation in seinem

<sup>3</sup> So ARIETI (1950, S. 501): „Obwohl ich zugebe, daß das, was wir als schizophrenes Syndrom bezeichnen, noch unbestimmt, wechselnd, unbeständig und akzessorisch ist, bin ich doch der Ansicht, daß es einen mehr oder weniger homogenen Kern gibt, der uns den schizophrenen Patienten als solchen erkennen läßt und uns zu einigen Schlußfolgerungen von pragmatischer Nützlichkeit führt. Der Umstand, daß das Wesen dieses Kerns noch nicht voll und unbestritten erfaßt ist, beweist aber nicht, daß es sich um eine Fehlannahme handelt.“

Wohnzimmer). Von diesem Zeitpunkt an ist sein Leben eine Serie von Einweisungen, Remissionen, Entlassungen und Rückfällen.

Im Verlauf des Interviews stellt sich heraus, daß sich seine Angehörigen von ihm zurückziehen, wenn er psychotisch ist, ihn dagegen mit infantilisierender Besorgnis überladen, wenn er nicht gestört ist, um sich sofort wieder von ihm zurückzuziehen, wenn er sich symptomatisch verhält.

Am Ende des Interviews erklärt ihm der Psychiater: „Es ist ganz offensichtlich von größter Wichtigkeit, daß Sie und ihre Angehörigen eine klare Unterscheidung zwischen Ihrem untreuen und Sie im Stich lassenden Vater und sich selbst machen, indem Sie sich für verrückt ausgeben und daher nicht verantwortlich für eine Handlung sind, durch die Sie Ihrem Vater ähnlich sehen könnten. Wir werden daher nicht versuchen, Sie zu behandeln, denn Ihr Verhalten ist für Sie und Ihre Angehörigen notwendig“.

Es wurden keine weiteren Familientherapiesitzungen angesetzt, die individuelle Therapie des Patienten wurde abgebrochen. Es wurde ihm aber freigestellt, täglich Psychopharmaka zu verlangen, „da die Notwendigkeit, sie einzunehmen, ein ebenso überzeugender Beweis Ihrer Geisteskrankheit ist wie Ihre Symptome.“

Einen Monat nach dieser Sitzung verlangte der Patient seine Entlassung und ist nun seit zwölf Monaten symptomfrei, was eine für ihn bisher nicht erreichte Remissionsdauer dargestellt (SLUZKI 1981, S. 278-279).

Es handelt sich hier um ein Behandlungsergebnis, das sich aus den bestehenden Theorien und Therapien der Schizophrenie, so unterschiedlich und widersprüchlich diese auch sein mögen, nicht ableiten läßt. Aus diesem Grunde dürfte die Behauptung, in einer einzigen

Familiensitzung die Langzeitremission eines schizophrenen Patienten erreicht zu haben, in negativer Übereinstimmung verworfen werden. Diese Ablehnung baut sich vermutlich auf einer Ex-post-facto-Überlegung auf: Da es allgemein *bekannt* ist, daß es sich bei der Schizophrenie um eine schwere Geisteskrankheit unbekannter Genese und refraktären Charakters handelt, kann dieser Patient, eben weil er durch eine kurze Intervention am Ende dieser einen Sitzung positiv beeinflusst werden konnte, nicht schizophren gewesen sein.<sup>4</sup>

Die Geschichte der Wissenschaft ist voll solcher gedanklicher Akrobatien. „Wenn die Tatsachen nicht mit der Theorie übereinstimmen - um so schlimmer für die Tatsachen“, soll HEGEL gesagt haben. Mit anderen Worten: Wenn eine Theorie einmal als „wahr“ akzeptiert ist, müssen Tatsachen, die ihr widersprechen, entweder bedeutungslos oder falsch sein oder - was noch gefährlicher ist - zu einer Verfeinerung der Theorie, nicht aber zu ihrer Überprüfung „von Grund auf“, führen. Nur eine „wissenschaftliche Revolution“ in KUHNS (1973) Sinne ermöglicht eine solche Überprüfung.

Es sei hier die Behauptung aufgestellt, daß die Kontroverse über das Wesen und die Behandlung der schizophrenen (und darüber hinaus aller funktionellen) Störungen eben dieser Art ist. Endlose Zeit und zahllose Bücher und Artikel werden dazu aufgeboden, ein für alle Mal den

<sup>4</sup> Diese Form einer logischen Schlußfolgerung vertritt z. B. SALZMAN in seiner Kritik eines Buchs, das von der erfolgreichen Anwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien auf die Phobien handelt. „Der Autor definiert die Phobie in einer Weise, die nur den Konditionierungstheoretikern annehmbar ist, die psychiatrischen Kriterien dieses Zustandsbildes aber nicht erfüllt. Seine Angaben sollten sich daher nicht auf die Phobien, sondern einen anderen Zustand beziehen“ (SALZMAN 1968, S. 473-476).

Nachweis zu erbringen, daß eine bestimmte Theorie richtig ist und alle anderen daher falsch. Aber der Zweck wissenschaftlicher Forschung ist und kann nicht die Entdeckung der Wahrheit sein. Für die ewige Wahrheit ist kein Platz in der Wissenschaft - vor allem nicht auf einem Gebiet, daß so unerfaßbar ist wie das seelische und geistige Erleben des Menschen. Das einzig brauchbare Kriterium ist die *größere Wirksamkeit* eines Ansatzes im Vergleich zu einem anderen.

All dies hat scheinbar wenig mit der Thematik dieses Beitrags zu tun. Es scheint sich hier eher um einen dilettantischen Ausflug in das Gebiet der Epistemologie statt um die Beschreibung einer Behandlungsform zu handeln, die dem mit den bizarren Erscheinungsformen der Schizophrenie konfrontierten Kliniker von Nutzen sein könnte.

Aber gerade dieser Einwand trifft den Kern des Problems. Er fordert konkrete Hinweise auf praktische Maßnahmen und möchte keine Zeit damit verlieren, die den Maßnahmen zugrundeliegenden Prämissen zu überprüfen. In diesem Sinne ähnelt er dem Witz vom Richter, der den Angeklagten fragt: „Haben Sie endlich aufgehört, Ihre Frau zu prügeln? Antworten Sie 'ja' oder 'nein!'“, und der ihn mit Mißachtung des Gerichts bedroht, wenn ihm der Mann zu erklären versucht, daß weder „ja“ noch „nein“ zutrifft, da er seine Frau *nie* mißhandelt hat. .

Mit anderen Worten: Wenn man annimmt, daß eine der bestehenden Theorien der Schizophrenie diese Störung erklärt, so besteht kein Grund, noch weiter zu suchen, und die unbefriedigenden Behandlungsergebnisse sind dann offensichtlich die Schuld unzulänglicher Behandlungsmethoden. Angenommen aber, daß es sich bei allen diesen

Theorien um Begriffe handelt, "die der Beobachter anwendet, um die Lücke zu füllen, die die Nichtbeobachtbarkeit des Systems verursacht", oder noch wahrscheinlicher, wenn beobachtbare Gegebenheiten für bedeutungslos oder für mit den Prämissen der Theorie unvereinbar gehalten werden, dann muß die Theorie selbst kritisch geprüft werden. Ein Fall wie der von SLUZKI beschriebene läßt sich entweder als mit der Theorie unvereinbar vom Tisch wischen, oder er kann als Beispiel eines Behandlungserfolgs aufgefaßt werden, der dann möglich wird, wenn Erfahrungstatsachen nicht a priori aufgrund ihrer theoretischen Relevanz oder Irrelevanz zensiert werden. Letzteres Vorgehen ist im wesentlichen ein anthropologischer und nicht ein psychiatrischer Ansatz. Im Vergleich zur Ausbildung des Psychiaters ist die des Anthropologen fast diametral verschieden. Der Psychiater hat gelernt, die Problematik seiner Patientinnen und Patienten mit Hilfe seiner Kenntnis der Psychopathologie anzugehen. Er versucht, die Ursachen der Störung zu erhellen. Der Anthropologe geht umgekehrt vor: Zum Studium einer ihm fremden Kultur bemüht er sich, sein Denken so frei wie möglich von vorgefaßten Meinungen und Annahmen zu halten, und die betreffende Kultur in ihrem So-Sein und nicht in Begriffen, die ihre Verschiedenheit von der ihm geläufigen dokumentieren, zu erfassen. Er versucht, die Wirkungen jener kulturspezifischen Verhaltensmuster möglichst objektiv und im Jetzt und Hier zu erfassen, statt ihre Ursachen in der Vergangenheit zu erforschen.

Dieser Ansatz wurde vom Anthropologen GREGORY BATESON und seiner Forschungsgruppe im Jahre 1956 im Rahmen ihres bereits

klassischen Referats „Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie“ (BATESON et al. 1969, 11-43) in die Psychiatrie eingeführt. In ihm wird bekanntlich der Begriff der Doppelbindung definiert. Rückblickend läßt sich diese Arbeit wirklich als eine Überprüfung „von Grund auf“ im Sinne ASHBYS auffassen. Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, auf die Theorie näher einzugehen, doch ihre wesentlichen Schlußfolgerungen seien kurz angeführt:

1. Trotz seines Titels enthält der Artikel nicht so sehr eine Theorie der Schizophrenie als eine neue Auffassung vom Entstehen menschlicher Probleme. Spätere Untersuchungen fanden Doppelbindungen nicht nur bei den anderen großen klinischen Bildern (SLUZKI & VERON 1971, S. 397-410; SLUZKI & RANSOM 1976; WATZLAWICK 1969, S. 44-53), sondern erwiesen auch die therapeutische Anwendbarkeit dieser Kommunikationsmuster (BERGER 1978; WATZLAWICK et al. 1974).
2. Diese Muster sind in der gegenwärtigen Situation, also im Jetzt und Hier und ohne Rückgriff auf die Vergangenheit nachweisbar; es sind zwischenmenschliche Aktions-Reaktions-Prozesse in menschlichen Beziehungssystemen. Damit soll die Bedeutung der Vergangenheit als Ursprung dieser Systemeigenschaft nicht geleugnet werden; in Frage gestellt wird aber die traditionelle Annahme, das Wissen um die Ursachen sei die Vorbedingung für die Beeinflussung der Wirkungen.
3. Die Kreisförmigkeit dieser Abläufe (in denen die Reaktion auf ihren Auslöser zurückwirkt und ihn verändert - ein im klassischen linearen Ursachendenken „unmögliches“ Phänomen) hat ihre eigenen, überpersönlichen, da systemischen Eigenschaften. Letztere lassen sich

nicht auf irgendwelche der Myriaden von Ursachen zurückführen, die zur Ausbildung des Systems in seinem So-Sein führten. Im Sinne des klassischen Gestaltbegriffs sind diese Systeme mehr und andersgeartet als die Summe ihrer Teile.

4. Die Frage, warum sich der sog. Indexpatient in einem menschlichen Beziehungssystem in dieser oder jener Weise verhält (also die Grundfrage der traditionellen, reduktionistischen, linearen Auffassung), wird durch die Frage „Was ist jetzt und hier der Fall?“ ersetzt.

5. Was statt warum zu fragen ist eine kybernetische Betrachtungsweise.

In seinen Ausführungen über das Phänomen der Veränderung und über die Transformationen, die in Systemveränderungen ins Spiel kommen, erwähnt ASHBY den wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Fragen:

*Man bemerke, daß die Transformation weder unter Bezugnahme darauf definiert wird, was „wirklich“ der Fall ist, noch unter Bezugnahme auf eine physische Ursache des Wandels, sondern vielmehr dadurch, daß eine Gruppe von Operanden gegeben und dazu festgestellt wird, welche Veränderung jeder von ihnen erfährt. Die Transformation hat damit zu tun, was eintritt, und nicht, warum es eintritt (ASHBY 1963, S. 11).*

Auch in der modernen Biologie spiegelt sich die schwindende Bedeutung der Frage nach den Ursachen wider. Man hat dort festgestellt, daß der entscheidende Auslöser, der eine vollkommen neue, komplexe Entwicklung in Gang setzen kann, u. U. ein rein zufälliges, völlig undeterminiertes Ereignis ist. Die durch dieses Ereignis ausgelösten

Prozesse aber sind dann ungemein komplex und besitzen ihre ganz eigene Gesetzmäßigkeit. So sprach der berühmte französische Biologe JACQUES MONOD (1971) z. B. von Zufall und Notwendigkeit als den beiden großen, interdependenten Prinzipien der Evolution. Und in den letzten 25 Jahren mehren sich tiefschürfende interdisziplinäre Studien zur Erforschung der sog. *Autopoiese*, d.h. jener „sich immer konkreter abzeichnenden Kategorie von Paradigmata, die von Fragen der Selbstorganisation und der spontanen Phänomene innerhalb physischer, biologischer und gesellschaftlicher Systeme handeln“ (ZELENY 1981, S. 15). Diese heute noch keineswegs auf einen gemeinsamen Nenner gebrachte Erforschung systemischer Stabilität, Weiterentwicklung und Störungen ist mit den Namen von Forschern wie FRANCISCO VARELA, HUMBERTO MATURANA, RICARDO URIBE, ILYA PRIGOGINE, HENRI ATLAN, GORDON PASK und vielen anderen verbunden.

Wenn wir die unmittelbaren Umstände des Ausbruchs einer psychotischen Krise untersuchen und der Versuchung widerstehen, die Lücken in unserem Verstehen der Krise dadurch zu füllen, daß wir Zuflucht zu den „dormitiven Prinzipien“ einer bestehenden Theorie nehmen, gelingt es uns, Analogien zu den Postulaten der eben erwähnten Forscher zu finden. Dies bezieht sich vor allem auf die geradezu katalytische Wirkung von Zufallsereignissen auf den Ausbruch scheinbar monolithischer, autonomer Krisen.

Hier liegt der Ansatzpunkt für kurztherapeutische Interventionen nicht nur bei Schizophrenen, sondern darüber hinaus allgemein bei den Störungen, die als funktionell gelten. Er besteht in einer sorgfältigen

Untersuchung der praktischen, konkreten Umstände, die zeitlich mit dem Beginn der Krise zusammenfallen oder ihm unmittelbar vorausgehen. Von dieser Exploration kann mit Sicherheit angenommen werden, daß sie zu einem Vorkommnis oder einer Reihe zusammenhängender Vorfälle führt, die entweder zum erstenmal eintraten oder - wahrscheinlicher - die Wiederholung einer ganz spezifischen Problematik darstellen, an deren Lösung das betreffende menschliche Beziehungssystem schon wiederholt scheiterte. Was mit einer solchen Kette von Umständen gemeint ist und wie ein reiner Zufall dann die Situation noch weiter komplizieren kann, sei durch das folgende Beispiel illustriert:

Eine junge Frau in intensiver Psychotherapie hat den Verdacht, daß ihr Therapeut einen Kollegen beauftragt hat, ihr nachzuspüren. Es stellt sich heraus, daß dieser Kollege ein Psychiater sein soll, der ihren Therapeuten gelegentlich an Wochenenden vertritt. Sie kennt daher seinen Namen (Dr. F.), hat ihn aber nie gesehen. In einer Therapiesitzung beschwert sie sich zornig, daß er ihr kürzlich bei einem Parkspaziergang wiederum nachgegangen sei. Der Therapeut schlägt vor, ihrem Verdacht dadurch auf den Grund zu gehen, daß sie sich zu einer Konsultation bei Dr. F. anmeldet und dann feststellen kann, ob er tatsächlich jener Mann ist. Die Patientin greift den Vorschlag auf; um Geld zu sparen, beschließt sie aber, ganz einfach in Dr. F.s Wartezimmer zu sitzen und sich ihn anzusehen, wenn er einen Patienten entläßt und den nächsten in sein Behandlungszimmer bittet.

Nun trifft es sich, daß Dr. F. zum betreffenden Zeitpunkt eine neue Patientin vorgemerkt hat, die er selbst noch nicht kennt, und die sich etwas verspätet. Als er die Tür zum Wartezimmer öffnet und die junge Frau dort sitzen sieht, nimmt

er natürlich an, daß es sich um die neue Patientin handelt und sagt, als sei es die selbstverständlichste Sache: „Oh, da sind Sie ja schon - bitte haben Sie noch einen Augenblick Geduld.“ Die Patientin verläßt darauf sofort die Praxis.

Einerseits ist es ihr nun klar, daß Dr. F. nicht der Mann ist, den sie im Park sah, andererseits aber „beweist“ seine Bemerkung, daß er sie bereits kennt und sie erwartete. Der Verdacht einer ominösen Komplizenschaft zwischen den beiden Therapeuten ist nun wesentlich stärker und wird zusätzlich durch die Bemühungen der beiden Ärzte kompliziert, sie von der Zufälligkeit des Vorfalles zu überzeugen.

Das nächste Beispiel ist im wesentlichen ganz ähnlich, außer daß hier ein mit der besten Absicht unternommener Lösungsversuch an die Stelle des Zufallsereignisses tritt:

Eine ältere Frau steht in Behandlung wegen immer wieder auftretender Schwierigkeiten mit ihrer Tochter und dem Schwiegersohn, in deren Haus sie lebt. Sie hat den hartnäckigen Verdacht (und sowohl glaubwürdige als auch fragwürdige Beweise), daß die beiden sich aus unerfindlichen Gründen ihr gegenüber sehr aufdringlich benehmen und sie bespitzeln. Vor allem vermutet sie, daß der Schwiegersohn in dem von ihr bewohnten Teil des (sehr großen) Hauses kürzlich Mikrophone versteckt hat. Sie fühlt sich nun unsichtbar überwacht, auch wenn sie Türen und Fenster geschlossen hält. Wenn sie sich beschwert und wissen will, was vorgeht, erhält sie ausweichende Antworten.

Statt in diesen Ideen die dem Kliniker wohlbekannten Symptome einer involutionsbedingten Störung zu sehen, entschließt sich der Psychiater zu einer Besprechung mit dem jungen Paar. Ohne erst danach gefragt zu werden, beginnen beide sofort, von ihren Sorgen über den Gesundheitszustand der alten

Dame zu sprechen. Vor allem befürchten sie die Möglichkeit, sie könne stürzen, sich ein Bein oder die Hüfte brechen und dann vielleicht stundenlang hilflos in ihrem Teil des Hauses liegen, bis der Unfall endlich entdeckt würde. Aus diesem Grund beschloß der Ehemann, der Elektroingenieur ist, Mikrophone in ihren Räumen zu installieren. Um die alte Dame aber nicht „unnötig“ zu beunruhigen, entschlossen sich beide, ihr nichts davon zu sagen.

Dieses Beispiel ist nichts als eine moderne Version der zahlreichen, jedem Kliniker bekannten Geschichten von der Entstehung „wahnhafter“ Vergiftungsideen bei ambulanten Patienten, die die Einnahme ihrer Medikamente verweigern und sie daher von der besorgten Familie ins Essen gemischt bekommen; der angeblich „barmherzigen“ Lügen, mit denen der Inpatient zu einer Autofahrt überredet wird und dann in der Nervenklinik landet; ganz zu schweigen davon, was wir heute über den berühmten Fall Schreber und die damit zusammenhängenden, handfesten und keinesfalls halluzinierten Zwangsmaßnahmen seines Vaters wissen (NIEDERLAND 1974; SCHATZMAN 1974). In all diesen Fällen kann die Zuschreibung von Pathologie an eine Person innerhalb eines menschlichen Beziehungssystems nur zum Preis der gleichzeitigen Zuschreibung „dormitiver Prinzipien“ an dieses eine Individuum erfolgen. Zum eben Gesagten ließe sich einwenden, daß es sich dabei um abnorme Situationen handelt, die bereits vor Eintreten des auslösenden Ereignisses bestanden, denn unter „normalen“ Umständen hätte eine Familie keine Schwierigkeiten, mit einem derartigen Vorfall fertigzuwerden. Mit derselben Logik könnte man aber genausogut argumentieren, daß die Krise ohne den Auslöser nie eingetreten wäre. Dies bedeutet ferner, daß

das Ziel der therapeutischen Intervention eben dieses Ereignis und seine unmittelbaren, praktischen Auswirkungen sein muß, wenn das adäquate Funktionieren der betreffenden Familie wiederhergestellt werden soll. Das Ziel verantwortungsbewußter, realistischer Therapie kann nicht die Utopie eines problemfreien Lebens sein, sondern eine hinlängliche Bewältigung der immer bestehenden Lebensprobleme - womit die Fähigkeit gemeint ist, mit dem Auf und Ab des Lebens schlecht und recht fertigzuwerden.

Praktische Erfahrung mit diesen Krisen lehrt uns, daß meist und seit langem eine schwierige Situation vorlag, die jedoch solange keine Hilfe von außen nötig machte, bis plötzlich ein auslösendes Ereignis der oben beschriebenen Art eine Komplikation herbeiführte. Die unmittelbaren, praktischen Konsequenzen dieses Ereignisses werden dann typischerweise von allen Beteiligten in einer das Problem noch weiter komplizierenden Weise zu lösen versucht. Diese Lösungsversuche exazerbieren dann den ursprünglichen Zufall und seine praktischen Folgen oft zu einem Chaos von bizarren Ausmaßen. In dieser Perspektive wird der Unterschied zwischen akuten und chronischen Störungen relativ: Chronische Fälle zeichnen sich im wesentlichen dadurch aus, daß in ihnen die problemerezeugenden Lösungsversuche bereits länger angewandt werden als in den akuten.

Die Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte erlaubt es dem Therapeuten, wirksam und rasch zu intervenieren. Ein Beispiel dafür ist die nun folgende Fallbeschreibung, die bereits anderswo und in einem anderen Zusammenhang veröffentlicht wurde:

Eine 50jährige wünschte Rat darüber, wie sie sich ihrem 25jährigen Sohn gegenüber verhalten sollte, der chronisch schizophren ist und vor einem neuerlichen Schub zu stehen schien. Seit seinem 15. Lebensjahr war er häufig in Anstalten und fast ununterbrochen in intensiver psychotherapeutischer Behandlung. Die Mutter wurde ersucht, ihn zur zweiten Sitzung mitzubringen. Obwohl seine Sprache von kryptischen Bemerkungen, metaphorischen Wortspielen und anderen schizophrenen Ausdrucksformen strotzte, gab er auf insistierende Befragung nach dem derzeitigen Problem seine Ansicht sozusagen im Klartext: Er lebte allein in einem schäbigen Mietzimmer und wurde von seinen Eltern finanziell unterhalten. Was diese Zahlungen betraf, konnte er aber nie sicher sein, wieviel Geld er jeweils wann von ihnen erhalten werde. Die Mutter beschrieb dieses Problem ihrerseits dahingehend, daß sie und ihr Mann es nicht für ratsam hielten, dem Sohn regelmäßig eine bestimmte Summe ausbezahlen, da sie überzeugt waren, daß er das Geld sofort vergeuden und dann mehr verlangen würde. Sie zogen es daher vor, ihm in unregelmäßigen Abständen kleine Geldbeträge zu geben, ohne ihn die jeweilige Summe im voraus wissen zu lassen. Es hatte den Anschein, daß der Betrag meist vom Grade des psychotischen Verhaltens des Sohns abhing, daß aber umgekehrt gerade diese Unberechenbarkeit der elterlichen Entscheidungen zum abnormen Verhalten des Sohns beitrug. Der Therapeut intervenierte gegen diese problemhaltende Fehllösung, indem er dem Sohn nahelegte, sein psychotisches Verhalten absichtlich zu seinem Vorteil zu verwenden. Er erklärte ihm (wie erwähnt, in Gegenwart der Mutter), daß die starre Weigerung seiner Eltern, ihm mehr Geld zu geben, ihn zweifellos unsicher machen mußte und er daher das Recht hatte, sich dagegen mit der Drohung zu verteidigen, den Eltern durch einen neuerlichen

Klinikaufenthalt noch viel größere Kosten zu verursachen. Er riet dem Sohn, zu diesem Zweck ein Verhalten an den Tag zu legen, das im wesentlichen seinem verschrobenern Benehmen entsprach, ohne diese Ähnlichkeit natürlich auch nur mit einem Worte zu erwähnen. Der Sohn lehnte diesen Vorschlag recht ärgerlich ab.

In der Nachuntersuchung einige Monate später stellte sich heraus, daß sich die Mutter seit jener Sitzung viel weniger durch das Verhalten des Sohnes eingeschüchtert gefühlt und begonnen hatte, ihm regelmäßig einen größeren Betrag zu geben, wobei sie klarmachte, daß er mit diesem Geld tun konnte, was er wollte, solange er sich keine Hoffnung auf zusätzliche Unterstützung machte. Sie berichtete ferner, daß der Sohn es fertiggebracht hatte, von diesem Geld genügend beiseite zu legen, um sich ein altes Auto zu kaufen, was ihn wiederum wesentlich unabhängiger von seiner Mutter machte, die ihn bisher in ihrem Wagen herumchauffieren hatte müssen (WATZLAWICK et al. 1980, S. 417-418).

Daß es sich hier nicht um die „Heilung“ einer Schizophrenie handelt, liegt auf der Hand. Worin aber - so darf man wohl fragen - bestünde eine solche Heilung? Das hier erzielte Behandlungsergebnis ist die wesentliche, praktische Veränderung einer Situation, die ohne die therapeutische Intervention wahrscheinlich zu einer erneuten Anstaltseinweisung mit allen ihren materiellen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen geführt hätte. Vielen Therapeuten scheint eine kleine, konkrete, begrenzte und höchstwahrscheinlich nicht lebenslange Verbesserung einer verfahrenen Situation nicht gut genug. Wer sich jedoch grandiosere Ziele setzt, kommt meist bei weniger grandiosen Ergebnissen an, oder -

wie es der Anthropologe ROBERT ARDREY (1970, S. 3) einmal ausdrückte - „Solange wir nach dem Unerreichbaren streben, verhindern wir die Verwirklichung des Möglichen“. Ähnlich sieht es KARL POPPER (1979) für die Philosophie: „Nichts scheint weniger erwünscht zu sein als eine einfache Lösung für ein altes philosophisches Problem“.

Die Wirksamkeit des hier dargelegten Ansatzes wurde im großen Rahmen nicht am Mental Research Institute untersucht, sondern ganz unabhängig von einer Gruppe von Klinikern und Forschern, die zu ähnlichen Schlußfolgerungen gelangt waren. Diese Arbeiten begannen 1964 an der Familientherapieabteilung des Colorado Psychiatric Hospital in Denver unter der Leitung des Psychiaters DONALD LANGSLEY (1968, S. 145-158). Das Grundanliegen war die Vermeidung der routinemäßigen Anstaltseinweisung akut psychotischer Patienten. Man versuchte, dies durch die Untersuchung und Behebung der Umstände zu erreichen, die für das Eintreten der Krise verantwortlich schienen. Diese Exploration wurde im Erstgespräch durchgeführt, zu dem alle erreichbaren Familienmitglieder zusammengebracht wurden und das sich u. U. über mehrere Stunden erstreckte. Die Zuweisung der Patienten an die Langsley-Gruppe erfolgte auf der Basis eines Zufallsverfahrens; alle anderen Patienten wurden routinemäßig aufgenommen und in der Klinik behandelt. Die nun folgenden Zitate sind den Veröffentlichungen der Denver-Gruppe entnommen:

Wir nehmen an, daß das Ersuchen um Einweisung eines Familienangehörigen sich aus einer Kette von Ereignissen ergibt. Ein krisenhaftes Geschehnis, wie etwa ein Todesfall oder auch das Erwachsenwerden eines Kindes, ein

Arbeitswechsel oder auch nur eine Häufung „gewöhnlicher“ Lebensprobleme, erfordert eine Neuanpassung. Die meisten Familien werden mit derartigen Stressituationen ohne ernsthafte Störungen fertig. Wenn einer der Angehörigen aber besonders labil ist oder wenn die Familie sich daran gewöhnt hat, mit Problemen durch Rückgriff auf psychiatrische Kliniken fertigzuwerden, können auf diese Weise die Voraussetzungen für das Auftreten psychiatrischer Störungen gegeben sein (LANGSLEY et al. 1968, S. 146).

Im Jahre 1968 veröffentlichte die Denver-Gruppe die Behandlungsergebnisse der ersten 75, ihr ohne Vorauswahl zugewiesenen Fälle und den Vergleich dieser Ergebnisse mit jenen einer Kontrollgruppe von ebenfalls 75 Patienten, die routinemäßig in dieselbe Klinik zur Behandlung aufgenommen worden waren:

Von den 75 Familientherapiefällen wurde kein einziger Indexpatient im Laufe der Krisenbehandlung hospitalisiert. Anstelle der Einweisung des Patienten wurden diese Familien vielmehr im Durchschnitt in 4,2 Sitzungen ambulant behandelt; es wurden 1,6 Hausbesuche gemacht, 4,5 Telefongespräche mit ihnen geführt, und es ergaben sich 1,3 Kontakte mit anderen Fürsorgestellten. Alle 75 Patienten der Vergleichsgruppe wurden eingewiesen und blieben insgesamt 1959 Tage in der Klinik, was einem Durchschnittsaufenthalt von 26,1 Tagen pro Patient entspricht. In anderen Worten: Auf der Basis des vorliegenden Krankheitszustandes und der angewandten Behandlungsmethode wurde kein einziger der Patienten der Versuchsgruppe und 100% der Patienten der Kontrollgruppe zu hospitalisierten Geisteskranken (LANGSLEY & KAPLAN 1968, S. 161).

Die Untersuchung zeigt ferner, daß die Denver-Gruppe die Klinikweisung nicht einfach hinausschob oder verzögerte, sondern daß die Rückfallrate der Versuchsgruppe wesentlich unter der der Kontrollgruppe lag:

... 13 Patienten (d. h. 17%) der Vergleichsgruppe mußten innerhalb eines Monats nach ihrer Entlassung erneut in die Klinik aufgenommen werden. In den folgenden 5 Monaten wurden 3 weitere erneut aufgenommen. Nach 6 Monaten waren 21% der ursprünglichen Patienten wiederum hospitalisiert worden.

Von den 75 Patienten der Familientherapieabteilung mußten nur 5 im ersten Monat eingewiesen werden; das sind 7% im Vergleich zu 17% der Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten waren 14% hospitalisiert worden. Damit scheint zwischen den beiden Gruppen kein wesentlicher Unterschied zu bestehen. Es mag sich der Eindruck ergeben, daß wir die Hospitalisierung nur verzögerten, aber nicht verhinderten. Hätten wir sie aber nur verzögert, so müßte die auf unsere Behandlung folgende Hospitalisierungsrate viel höher sein, als jene der Vergleichsgruppe. In Wirklichkeit ist sie jedoch niedriger (LANGSLEY & KAPLAN 1968, S. 162).

Das hier beschriebene Vorgehen führt notwendigerweise zu gewissen grundsätzlichen Änderungen in der klinischen Praxis, die abschließend kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit erwähnt seien:

1. Wenn es zutrifft, daß - wie es dieser Beitrag zu zeigen versuchte - der erste Kontakt mit einem neuen Patienten entscheidend ist, dann sollte er vom erfahrensten Therapeuten gemacht werden. Im traditionellen Klinikbetrieb ist meist das genaue Gegenteil der Fall: Das Aufnahmeinterview gilt als eher zweitrangige Formalität, die den weniger

erfahrenen, jüngeren Mitarbeitern überlassen wird. Dieses Vorgehen läßt das enorme therapeutische Potential des allerersten Klinikkontakts für den gesamten weiteren Behandlungsverlauf außer acht, ganz zu schweigen von den persönlichen, familiären, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen, die sich daraus ergeben, daß man offiziell für geisteskrank erklärt wird. Wie z. B. ROSENHAN (1981, S. 111-137) nachgewiesen hat, konstruiert die jedem neuen Fall angehängte diagnostische Etikette ihre eigene Wirklichkeit, die durch die von ihr ausgelösten Interaktionen dann selbstbestätigend und immer „tatsächlicher“ wird. Einmal schizophren, immer schizophren, denn jedermann „weiß“, was es damit auf sich hat.

2. Wo es nicht möglich ist, diagnostische Bezeichnungen ganz zu vermeiden, sollten sie wenigstens als Adjektive und nicht als Substantive verwendet werden. Es ist wesentlich weniger heuristisch, sich die Schizophrenie als ein Ding vorzustellen, als von der Summe der betreffenden Verhaltensweisen in Begriffen von „schizophren scheinen“ oder „sich schizophren verhalten“ zu denken. Diese Unterscheidung mag rabulistisch erscheinen, doch das Denken in Substantiven führt unweigerlich zu Reifizierungen, die dann allzu leicht für Tatsachen gehalten werden.

3. Wenn es zutrifft, daß die Chance einer raschen und entscheidenden Intervention im Rahmen der Routineanwendung eines standardisierten Einweisungsverfahrens unwiederbringlich verloren geht, so folgt daraus, daß der Therapeut sich auf die unmittelbare Gegenwart konzentrieren sollte. Worum es dann geht sind Folgen, nicht Ursachen. Jeder Versuch,

dem weit zurückliegenden Entstehen der Ursachen im Leben des Indexpatienten nachzuspüren, hat wenig oder gar keinen praktischen Wert. Eine ins Detail gehende Anamnese ist nur im linearen Kausalitätsdenken der auf das Intrapsychische gerichteten Behandlungsmethoden sinnvoll, nicht aber im interaktionalen, systemorientierten Ansatz. Man könnte sogar so weit gehen zu vermuten, daß die einzige Wirkung einer genauen Anamnese darin besteht, den Therapeuten in fast denselben Zustand der Hilf- und Hoffnungslosigkeit wie seine Patienten zu versetzen und es ihm auf diese Weise zu erschweren, die im Jetzt und Hier vorliegenden, entscheidenden Gegebenheiten und therapeutischen Möglichkeiten zu nutzen.

4. Die zu stellende Frage ist dann nicht mehr das traditionelle *Warum?* (d.h. warum verhält sich der Patient in dieser oder jener Art?), sondern *wozu?* Mit anderen Worten: Welche spezifische Funktion hat das sog. pathologische Verhalten des Patienten in dem betreffenden Interaktionssystem? Damit sei impliziert, daß jenes Verhalten in der künstlichen Isolierung der monadisch-intrapsychischen Denkweise bizarr und pathologisch erscheinen mag, sich aber in der systemischen Perspektive als die bestmögliche oder sogar einzig mögliche Anpassung an einen pathogenen Kontext herausstellen dürfte. Das Erfassen dieser Funktion führt damit zum Verständnis der pathogenen Situation selbst.

5. Ist dieses Verständnis einmal gewonnen, so besteht die offensichtliche Aufgabe der Therapie darin, dem betreffenden menschlichen Beziehungssystem diejenigen neuen Verhaltensweisen von außen

zuzuführen, die jenes System nicht aus sich selbst heraus ergreifen konnte. Wie an einem anderen Ort (WATZLAWICK 1977; WATZLAWICK et al. 1974) ausführlich dargelegt, sind diese Interventionen *aktiv*, d. h. sie beruhen nicht auf den klassischen Methoden der Erklärung, Konfrontation und Deutung, sondern auf direkten Verhaltensverschreibungen, therapeutischen Doppelbindungen und positiven Symptombewertungen.

6. Das Ziel dieser Interventionen sind konkrete, praktische, pragmatische Veränderungen und nicht unklare, da schwer definierbare Begriffe wie Selbstachtung, Ichstärke, emotionale Katharsis, Bewußtmachung oder aber die Entschlüsselung der tiefen Symboldeutung psychotischer Verhaltensweisen und Verbalisierungen. Dies ist zugegebenermaßen ein radikales Abschwanken vom etablierten Dogma, wonach Einsicht die Vorbedingung therapeutischen Wandels ist. In dieser Perspektive gilt das Axiom, das der Kybernetiker HEINZ VON FOERSTER einst postulierte: „Willst du erkennen, lerne zu handeln!“ (FOERSTER 1981, S. 60).

## Literatur:

- ARDREY, R.: The social contract. Atheneum, New York 1970
- ARIETI, S.: Schizophrenia: Other aspects: Psychotherapy. In: Arieti, S.(ed.), American Handbook of Psychiatry. Basic Books, New York 1959.
- ASHBY, W.R.: An Introduction to Cybernetics. Chapman & Hall, London 1956 (1964<sup>2</sup>), Wiley, New York 1963.
- BATESON, G.; JACKSON, D.D.; HALEY, J.; WEAKLAND, J.: Toward a theory of schizophrenia. Behav. Sci., 1, 1956. Deutsch: Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Habermas, J. et al. (Hrsg.), Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- BERGER, M.M.: Beyond the Double Bind. Brunner/Mazel, New York 1978.
- BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig 1911.
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin 1923
- FOERSTER, H. von: Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick, P.(Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit. Piper, München 1981.
- GLOVER, E.: Freud or Jung? Meridian, New York 1956
- KORZYBSKI, A.: Science and Sanity. International Non-Aristotelian Library, New York 1933
- KUHN, T.S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp, Frankfurt 1973
- LANGSLEY, D. G. et al.: Family crisis therapy - results and implications. Fam. Proc., 7, 1968.
- LANGSLEY, D.G.; KAPLAN, D. M.: The treatment of families in crisis. Grune & Stratton, New York 1968.
- MONOD, J.: Zufall und Notwendigkeit. Philosophische Fragen der modernen Biologie. Piper, München 1970, 1971.
- NIEDERLAND, W.G.: The Schreber Case. Quadrangle Books, New York 1974
- PFUNGST, O.: Das Pferd des Herrn von Osten (Der kluge Hans). Bart, Leipzig 1907.
- POPPER, K.R.: Ausgangspunkte. Hoffmann & Campe, Hamburg 1979.
- ROSENHAN, D. L.: Gesund in kranker Umgebung. In: Watzlawick, P.(Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit. Piper, München 1981.
- SALZMAN, L.: Reply to critics. Int. J. Psychiatry, 6, 1968.

- SCHATZMAN, M.: Die Angst vor dem Vater. Rowohlt, Reinbek 1974
- SLUZKI, C.E.: Process of symptom production and patterns of symptom maintenance. J. Marit. Fam. Ther., 7, 1981.
- SLUZKI, C.E.; RANSOM, D.C.(eds.): Double bind. Grune & Stratton, New York 1976.
- SLUZKI, C.E.; VERON, E.: The double bind as a universal pathogenic situation. Fam. Proc., 10, 1971.
- WATZLAWICK, P.: Patterns of psychotic communication. In: Doucet, P.; Laurin, C.(eds.), Problems of Psychosis. Excerpta Medica, Amsterdam 1969.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.; FISCH, R.: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. H. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1974.
- WATZLAWICK, P. et al.: Gegen Revisionismus und Deviation. In: Watzlawick, P.; Weakland, J. (Hrsg.): Interaktion. H. Huber, Bern 1980.
- WATZLAWICK, P.: Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. H. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1977.
- ZELENY, M. (ed.): Autopoiesis. Elsevier, North Holland/New York/Oxford 1981

## Die systemische Wühlmaus im System Psychiatrie

Harry Merl

### Was ist eine Wühlmaus?

Die Wühlmaus ist ein Nagetier, das wohl bestellte Gärten dadurch beunruhigt, daß es gerade dort, wo alles für eine gute Ernte gerichtet ist, Freßbares findet, nämlich Wurzeln, und sich dazu Gänge gräbt. Wenn sie auch für einen Gärtner lästig ist, und er definiert sie als Schädling — und es gibt einige, aber nicht sehr erfolgreiche Arten, sie zu vertreiben —, so ist ihr Verhalten — dieses Graben von Gängen nichts anderes, als das Bestreben, einen Unterschied aufzuheben, nämlich den zwischen Garten und Lebensraum der Wühlmaus. Der Wühlmaus wie dem Gärtner — auch wenn es für diesen nicht so dramatisch ist — geht es um Nahrung und damit ums Überleben. Der Gärtner versucht, sein Revier abzugrenzen, kann es aber nur oberhalb der Erde, durch Zäune und Schädlingsbekämpfungsmittel etc., nach unten ist er fast machtlos. Da herrscht die Wühlmaus und holt sich ihren Teil und bestätigt damit, daß sie keine Grenzen anerkennt, vor allem nicht solche, die der Mensch setzt. Sie kennt nur Gelegenheiten und, um diese zu nützen, geht sie so unauffällig ans Werk, daß man sie nicht auf frischer Tat ertappen kann. Erst die abgeissenen Wurzeln geben von ihrer Tätigkeit Zeugnis.

Was will die systemische Wühlmaus? Sie will den Garten der Psychiatrie unterwandern und seine künstlichen Grenzen zur übrigen Welt aufheben, will ihn in das allgemeine Leben mit seinen Bedingungen integrieren, und sucht Gelegenheiten, dabei mitzuwirken.

## Ökologie und Ökosysteme

Nach E. Haeckel (1866) ist „Ökologie die gesamte Wissenschaft von den Beziehungen des Organismus zur umgebenden Außenwelt, wohin wir im weiteren Sinne alle Existenzbedingungen rechnen können“. Webster's Unabridged Dictionary definiert Ökologie als „die Gesamtheit der Beziehungen zwischen Organismen und ihrer Umwelt“ (Odum, 1980). Sie ist das Gesamt an Austausch der Wühlmaus wie des Gärtners und ist das, was Wühlmaus und Gärtner in jedenfalls für letzteren entscheidender Weise verbindet. Austausch, das ist der Verkehr zwischen ihnen, durch den sie das bekommen, was sie für ihre Existenz und Entwicklung in Gesundheit brauchen, so wie es ihr Leben verlangt. Dabei sind Wühlmaus und Gärtner für einander lebensbestimmende Umwelt inmitten einer größeren gemeinsamen Umwelt. Sie sind so auf einander und ihre weitere Umwelt angewiesen. Der gesamte Austausch darin entscheidet, ob und wie sie einander in ihrer Existenz anerkennen und dadurch zueinander stehen.

Austausch ist untrennbar mit Beziehungen verknüpft, ebenso verlässlichen wie dem Bedarf des Organismus gemäß wandelbaren, immer wieder aber geregelten Beziehungen, deren Regelung sich lebensfreundlich verändern muß, wenn Leben und Entwicklung weitergehen sollen. Geregelte Beziehungen aber sind untrennbar mit dem Begriff „System“ verknüpft.

„System“ ist dabei eine Sehhilfe, um die Gleichzeitigkeit des Zusammenhangs von Organismen in geregelten Beziehungen mit sich selbst und miteinander und ihrer Umwelt, die Basis des Austauschs, zu erfassen. Dabei kommt es darauf an, das zirkuläre Wechselspiel zu sehen,

das den Zustand eines Organismus aufrechterhält und wie der Zustand jedes Organismus als Teil des Systems dessen Gesamtzustand ausmacht, ebenso die Muster im Austausch, welche die Regelung verdeutlichen und das System in seiner Eigenart immer wieder selbst erzeugen, erhalten und entwickeln. Dabei vermitteln schon allein die Eigenart, zusätzlich aber auch die bestehende Regelung insgesamt den Eindruck einer allen Wandel durchziehenden Stabilität, die auch Sicherheit gibt. Es gibt auch ein Wechselspiel zwischen Ökologie und System: Jeder ökologische Mangelzustand der Organismen gefährdet diese Stabilität eines Systems, indem er die bestehende Regelung in Frage stellt und so die Ambivalenz zu ihr erhöht. Das macht Systeme für Einflüsse in Richtung Veränderung zugänglich, wenn sie in einer seiner Eigenart und der der Organismen gemäßen Weise eingebracht werden, die auch die Eigenart verändern. Wer also die Veränderung eines Systems bewirken will, muß

- die Eigenart des Systems, und das Ausmaß an Ambivalenz zu seiner Regelung verstehen,
- den Mangelzustand kennen, der diese Ambivalenz bewirkt,
- ein der Eigenart und dem Mangelzustand angemessenes Angebot zur Behebung dieses Mangelzustands haben und Gewinn für alle in Aussicht stellen, auch wenn dem das dafür notwendige Experiment der Veränderung unvermeidlich vorausgeht,
- die Hilfen kennen, die es ihm ermöglichen, sein Angebot auf dem System annehmbare Weise einzubringen,
- beobachten, ob und wie sein Angebot angenommen wird,
- dem System in seinem Wandel als Helfer zur Verfügung stehen,

wissen, daß es, wenn es angemessen ist, angenommen werden wird, aber jede angestrebte Veränderung vom System selbst und auf seine Weise vollzogen werden muß — und er muß beharrlich darauf warten können.

### Humane Ökosysteme

Was allgemein gilt, gilt auch für die Öko-Systeme, in denen Menschen mit anderen koexistieren und kooperieren. Es geht auch hier um einen Austausch, der Existenz und Entwicklung im Miteinander fördert. Jeder einzelne ist — das können wir an uns Menschen besser als an anderen Organismen verfolgen — auf ganz individuelle Weise im Austausch mit sich und den anderen verbunden. Dabei geht es nicht nur um Sicherung von Existenz und Entwicklung im üblichen Sinne, sondern als besonderen Teil dabei vor allem und immer wieder um Identität durch Selbstverständnis, und dies auf allen Ebenen. „Ich bin der Ich bin“ ist nicht nur der Name Gottes im alten Testament, der will, daß der Mensch sich von ihm kein Bild macht, aber ihn als einzig wahren Gott anerkennt, sondern auch der Wunsch des Menschen in jeder Phase seines Lebens von der materiellen zur geistigen Ebene. Ich will vor mir selbst und den anderen zwar immer wieder anders dürfen, darin aber doch immer als derselbe und einzigartig anerkannt werden. Es ist dies „der Traum vom gelungenen Selbst“, der in jedem Lebensabschnitt möglichst jeden Tag immer wieder gelingen muß, der mir bestätigt, daß ich als der, der ich bin und wie immer ich bin wichtig, fähig und dabei autonom bin, daß ich jemand bin, der etwas kann und das in meinen Augen und denen der

anderen. Es ist der „Antriebstraum“ des menschlichen Lebens, der zu jedem Zeitpunkt die Energie zu allem Tun mobilisiert. Die Sicherung dieses Traums führt zu Parteiungen, und damit zur Bildung von Systemen, in denen man durch seinen Beitritt bzw. seine Zugehörigkeit diesen Traum erfolgreich träumen zu können hofft, führt aber damit auch dazu, daß er zum Traum von Systemen wird, von Familien, Vereinen, Parteien, Staaten und Völkern. Im Zuge dessen kann es zu Revierkämpfen und Entwicklungen kommen, die durch ihre Folgen zeigen, ob der Austausch wirklich gelingt oder nicht. Letzteres zeigt sich durch individuelle und systemische Auswüchse und Monstrositäten oder durch Lebensunfähigkeiten bis zum Tod von Menschen oder Systemen.

Die systemische Wühlmaus kennt die Macht des Traums vom gelungenen Selbst als eine ständige Quelle von Ambivalenz in Systemen und weiß, daß man ihn bewahren und den von ihm angestrebten spezifischen Wandel, d.h. immer ein anderer zu werden und doch dabei derselbe zu bleiben, fördern muß und auch, wie man das kann. Er ist ihr Schlüssel zum Eintritt in das System „Psychiatrie“.

#### **Der Garten der Psychiatrie — ein System?**

Was bedeutet es, von „der Psychiatrie“ zu sprechen? Ist die Psychiatrie eine Person, oder eine Kategorie, oder ein Monster? Ist die Psychiatrie als medizinische Teildisziplin gemeint, insgesamt mit allen Psychiatern als ihre Träger und Verfechter ihrer Ideen, oder ist mit Psychiatrie das psychiatrische Krankenhaus gemeint, die „Psychiatrie“ in die man — manchmal gegen seinen Willen —, eingeliefert werden kann?

Sie ist ein großer, bunter Garten. Der systemische Ansatz besteht darin, ihn als System und seine Wirkungen zu sehen, d.h., das Zusammenspiel aller Faktoren und Umstände möglichst zu erfassen, welche „das System Psychiatrie“ produzieren, und, was sich für die Menschen und die Gesellschaft daraus ergibt. Psychiatrie, das sind die fanatisch biologischen Psychiater, mit der Tendenz im Medikament und im Elektroschock die einzigen wirksamen „Heilmittel“ zur Rückführung in die Normalität zu sehen. Das sind aber auch die fanatischen Außenseiter, die in gesellschaftlichen oder familiären Verhältnissen die Wurzel allen Übels sehen (Breggin, 1992; Simon, 1995). Das sind die psychiatrischen Krankenhäuser mit ihrer Umtriebigkeit, die keine ausreichende Zeit zum Gespräch mit den Betroffenen erlaubt und jede Unverlässlichkeit bei Terminen mit ihnen rechtfertigt, auch mit ihren „extramuralen Diensten“. Das sind — je nachdem, wer das sagt —, die Abschiebemöglichkeiten für „Verrückte“, bzw. die Zufluchtsorte der kleinen, mittellosen Außenseiter der Gesellschaft, die sie benützen, um ihren Platz zu haben, die Subkultur ehemaliger Patienten, die vom Wirtschaftsleben und dadurch vom üblichen Leben durch vorzeitige Pensionierung ausgeschlossen, sich zusammenfinden und zahllose Helfer beschäftigen, ohne daß diese noch wirklich voneinander wissen, was sie tun. Psychiatrie, das sind die engagierten Idealisten im persönlichen Kampf gegen die Geisteskrankheit. Das Etikett und die Schirmherrschaft und der Anstoß für alles das ist die klinisch etablierte Psychiatrie, die ihre Identität aus ihrer der Gesellschaft nützlichen Funktion definiert: Festzustellen, wann Verhalten normal i. S. dieser Gesellschaft ist und

wann nicht, und im letzteren Fall Normalität wiederherzustellen. Dabei werden Gesundheit und Normalität geschickt verknüpft, sodaß auch darüber „befunden“ wird, ob „nichtnormales“ Verhalten vielleicht auch „krank“ ist. Durch diese gesellschaftliche Funktion kommt die Psychiatrie auch in die Versuchung, zu definieren, wer Außenseiter und damit unerwünscht ist, mit allen fatalen Konsequenzen dieses Jahrhunderts. „Die Psychiatrie“, das ist nicht zuletzt der Psychiaterwitz, in dem es oft darum geht, daß die, die kraft ihrer Autorität Normalität feststellen, selbst nicht normal sind.

Als Öko-System ist sie also ein komplexes Wirkungsgefüge, getragen und vertreten von allen, die sich ihrem Selbstverständnis nach als Psychiater sehen wollen, zusätzlich all derer, die sich dieser Identität und den durch sie geschaffenen Strukturen anschließen und darin einordnen.

Davon leben alle, in diesem System mehr oder weniger gut und gewinnen Identität und Ansehen, Schutz, Unterschlupf oder auch den Frust, der sie mobilisiert und auf diese Art ihre Identität bestärkt. Das alles zu sehen heißt, systemisch zu denken. Es zur Veränderung zu nützen heißt, systemisch zu handeln, beides zusammen ist systemischer Ansatz in der Psychiatrie, hier in Anwendung auf die Psychiatrie, und da er „modern“ ist, trägt auch er zur Ambivalenz der Psychiatrie zu sich selbst bei.

#### **Ist die Psychiatrie normal?**

Durch die Verknüpfung von Krankheit bzw. Gesundheit mit Abnormalität bzw. Normalität geht die etablierte Psychiatrie von einer Ideologie aus, die im Bereich des Verhaltens nicht anwendbar ist, nämlich einer

medizinischen und damit „naturwissenschaftlichen“ Ideologie, die es erlaubt, Befunde an einer meßbaren Körperlichkeit zu erheben, die sich an somatischen Zuständen und mit diesen korrelierendem Verhalten zeigt — der alte medizinische Zugang. Sie sehnt sich nach „harten Daten“, deren Reliabilität sich an Gesundheit oder Krankheit erweist. Nun ist Gesundheit zwar eine Form der Normalität, aber nicht gleichzusetzen mit Normalität als normatives Verhalten im sozialen Kontext. Hier ist das, was als normal gilt, viel unsicherer und vor allem dem vorherrschenden Diskurs unterworfen und übt deshalb auch den Zwang aus — und dies mit aller Vehemenz — sich vor den anderen gesund nennen zu wollen, auch wenn man es längst nicht (mehr) ist. Das wissen alle, die in der Psychiatrie tätig sind — nicht zuletzt aus ihrem eigenen Leben — und das ist eine weitere ständige Quelle von Ambivalenz im System „Psychiatrie“.

Dabei werden zwei wichtige und jederzeit belegbare Faktoren übersehen:

1. Zwischen den biologischen und den gesellschaftlichen Diskurs schieben sich der innere und der familiäre Diskurs der Betroffenen. Beides gestaltet das Innen- und Familienleben der Betroffenen weit mehr als angenehm und vorstellbar ist und erzwingt eine biologische Anpassung, die als Krankheit erscheint, aber unter den gegebenen Bedingungen offenbar das bestmögliche Maß an Gesundheit ist. Es ist nicht das kranke Gehirn, das sich hier zeigt, sondern sein Versuch zu einer Extremlistung an Bewältigung unter wahnsinnigen Verhältnissen. Besonders der „Wahnsinn hinter der Wohnungstüre“ ist für den, der mit

psychiatrischen Patienten psychotherapeutisch arbeitet, alltägliche Erfahrung.

2. Davon abgeleitet bedeutet gesund zu werden, eine andere Gesundheit zu erreichen, als sie vorher bestanden hat, d.h. eine Veränderung der inneren wie äußeren Verhältnisse, vor der auch die Patienten trotz aller aus dem „Traum vom gelungenen Selbst“ kommenden Sehnsucht danach Angst haben, da sie nichts anderes kennen, als das, was vorher war und jede Veränderung ihnen als Experiment mit unkalkulierbarem Risiko erscheint — und das ist es den Erfahrungen systemischer Arbeit nach auch, denn „anders zu werden ist immer anders als man es sich vorstellen kann, sonst wäre es nicht wirklich anders“.

Diese Umgangsweise mit der Normalität wirft die Frage auf: Ist die Psychiatrie noch normal? Und kann sie sich selbst beurteilen?

Die beiden übersehenen Faktoren ergänzen einander nämlich und unterstützen das System „Psychiatrie“ darin, indem sie den Betroffenen ihre Vorstellung vom „Gesund Werden“, d.h. mit allen Mitteln wieder so zu werden wie vorher in Aussicht stellen, und damit gleichzeitig den Anspruch des Systems „Psychiatrie“ auf die Fähigkeit und das Recht auf Feststellung sichern, wann jemand noch oder wieder normal ist. Dies aber anstehen zu lassen und nicht kritisch in Frage zu stellen, würde den Wahn der meßbaren Gesundheit und unverrückbaren Normalität aufrechterhalten, entspräche sie doch einer im Vorfeld der Wahnbildung bewährten Taktik zur Leugnung der Ambivalenz.

Wie heißt es doch in einem Witz über die Psychiatrie: Was ist der Unterschied zwischen den Psychiatern und den Patienten? Die Patienten

werden manchmal gesund. Das weiß auch die Wühlmaus und auf das gesunde Gespür der Menschen im System „Psychiatrie“ vertrauend und auch, weil sie weiß, daß das, was „modern“ ist, letztlich nicht ignoriert werden kann, geht sie an das Wühlen.

### Absicht und Auftreten der Wühlmaus

In welcher Psychiatrie möchte die Wühlmaus wühlen? In der, die sich selbstherrlich abgrenzt, mit ihren Ideologien Zäune setzt, mit ihren Maßnahmen das Leben der Menschen zutiefst und gedankenlos beeinflusst, sie immer wieder über Statistiken zum Material macht, mit dem man auch Geld machen kann, den Menschen mit wissenschaftlichen Argumenten und Mitteln sich selbst entfremdet und ihm das als Wohltat an ihm verkauft. Die Wühlmaus ist für den Menschen und sein Recht auf individuelles Leben. Das will sie durch ihre Gänge einschleusen und deponieren und das System anknabbern, indem sie durch systemisches Denken und Handeln systemisches Denken und Handeln lehren will. Das ist ihre Identität.

Dazu tritt die Wühlmaus als zumindest geistig möglichst unabhängiger, entgegenkommender Anbieter auf, sei es als Mitarbeiter im Rahmen der stationären Psychiatrie, sei es im Rahmen von Ausbildungsveranstaltungen — im Bewußtsein ihres Wissens und ihrer Überzeugung. Sie weiß, daß das, was sie bewirken will, nur durch ihr Tun entsteht. Sie argumentiert nicht, um nicht auf dieser Ebene Verteidigung zu mobilisieren und auch, weil sie weiß, daß das, was sie vermitteln will, nur zum kleinen Teil rational argumentierbar ist, vor allem in Hinblick auf

die identitätsstiftende Macht der Psychiatrie. Sie nähert sich freundlich, und behält diese Freundlichkeit unbeirrt bei. Sie verteidigt jede Meinung jedes Menschen als wichtig (auch wenn sie nicht ihrer eigenen entspricht), sein Recht auf eine eigene Meinung und auf freie Entscheidung, wo immer er steht, tritt aber deutlich gegen eine Meinung auf, wenn diese menschliche Grundrechte verletzt. Sie anerkennt das Gute und lobt das, was jemandem in ihrem Sinne gelingt. Sie weist auf gute Ergebnisse hin, die das bestätigen, was in ihrem Sinne erreicht werden soll, z.B. Normalität im umfassenden Sinne, sät aber Zweifel an dem, was sie als übersehen erkennt, durch Fragen, die einer anerkannten Wissenschaftlichkeit entsprechen, der sich auch das System „Psychiatrie“ nicht entziehen kann. Sie dosiert jede ihrer Äußerungen so, daß sie für den oder die, die sie erreichen sollen, und damit für das System, annehmbar oder zumindest nicht einfach verwerfbar sind, und nützt und verstärkt so die Ambivalenz des Systems.

Was sie damit unterstreicht sind: Das Interesse am Ziel „Gesundheit“ und einer menschengemäßen Definition des Begriffes Normalität, und beides wissenschaftlich fundiert anzustreben, und sie unterstreicht Ergebnisse, wo es gelingt. Sie unterstützt damit den Ehrgeiz des Systems Psychiatrie, seine Helfer-Identität beizubehalten und damit gute Ergebnisse zu erzielen, und stellt sich dabei selbst als Helfer zur Verfügung. Durch ihre Bereitschaft auch Anerkennung zu spenden, nach der Menschen immer hungern, und die auch in diesem großen System Mangelware ist, hat sie ein wichtiges Werkzeug, um Zugang zu gewinnen und ermutigt dadurch, das zu tun, was diese Anerkennung einbringt.

Sie sät auf diese Weise Samen und ist geduldig im Wissen, daß sie vielleicht nicht gleich, aber doch sicher dort aufgehen werden, wo es der persönliche Boden der Mitglieder des Systems erlaubt, was der Anfang einer systemischen Veränderung sein kann. Und sie tritt damit ein wo immer es möglich ist, vorallem in die Haupteintrittsporten, die Routinen der Psychiatrie.

### Die Routinen der Psychiatrie

Wie alle Systeme hat auch die Psychiatrie ihre Routinen. Abläufe, die gleichbleiben und vermeintlich dem Ziel der Psychiatrie dienen, Normalität festzustellen bzw. wieder herzustellen. Diesem Ziel dient die Begegnung mit dem Psychiater, bei der der Mensch als „Patient“ Objekt ist, dessen Verhalten in bezug auf Normalität beurteilt wird. Auch die wichtigsten Bezugspersonen werden diesem Ziel entsprechend „über den Patienten und die Entwicklung seiner Krankheit“ befragt, die sich dadurch in dieser Situation so verhalten können, daß sie in ihren Antworten einerseits auf seine Fragen antworten, andererseits sich leichter normal zeigen können und es wohl auch wollen und müssen, um nicht auch für verrückt zu gelten. Diese Befragung führt zur Erstellung einer Diagnose des „Patienten“ und eines Behandlungsplans, der auch Kriterien dafür enthält, wann die Behandlung erfolgreich ist. Die Befragung und Beurteilung des Verhaltens setzt sich bei den Visiten bzw. bei jedem Besuch beim Psychiater fort, bis zur Entlassung aus der stationären bzw. der ambulanten Behandlung, wenn diese nicht als „Dauerbehandlung“ weitergeht.

Das auf diese Art festgestellte Verhalten dient zweierlei:

Einerseits der Diagnosenstellung und der daraus abgeleiteten Behandlung, für die eine Auswahl aus den verschiedenen in der Psychiatrie anerkannten Mitteln zur Verfügung stehen, die dann „verordnet“ werden: An erster Stelle stehen die Medikamente, die auf das „kranke“ Gehirn einwirken, und in zweiter Linie psychologische Einwirkungen unter verschiedenen Titeln:

Im stationären Behandlungssetting: Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Physiotherapie, etc. und Psychotherapie in verschiedener Form, dazu kommen verschiedene Formen sozial-arbeiterischer Unterstützung oft in unabgesprochener und unreflektierter Mischung. In ambulanter Behandlung ist es eher Psychotherapie in verschiedener Form — alles immer mit dem Zweck, den Menschen in Richtung der Normalität zu beeinflussen, deren vollständiges oder teilweises Erreichen dann der behandelnde Psychiater als Experte beurteilt.

Andererseits dient alles in der Begegnung Gewonnene als Untersuchungsmaterial für die Psychiatrie als forschende Disziplin, d.h. es ist „Material“ der Auswertung der Krankheit in verschiedener Hinsicht: Wie sie eingeordnet werden kann, wie schwer sie ist, welche Ursachen sie haben kann, alles, um Anhaltspunkte dafür zu bekommen, wie groß die Abweichung von der meßbaren Normalität ist und die Hoffnung, daß sie überhaupt und wenn, wie weitgehend und noch besser hergestellt werden kann, ähnlich wie bei einer Infektionskrankheit, was zu Aussagen führt, wie „Sie haben eine Störung im Gehirnstoffwechsel. Bei Ihnen ist es

wie bei einem Diabetiker, Sie müssen die Medikamente ein Leben lang nehmen“. Die Routinen entwickeln, wie auch in der übrigen Medizin üblich, eine Sprache, etwa in Form der Kurzbezeichnung von Krankheiten, die die Individualität des Menschen ersetzen, etwa der „Älk“ für den Alkoholkranken, der „Schizo“ oder „Schizler“, oder der „Schizophrene“, auch wenn jemand gar kein schizophreses Verhalten mehr zeigt, oder der „Patient“ im allgemeinen, der auch dann noch als solcher bezeichnet wird, wenn er längst nicht mehr in Behandlung ist.

Aus diesen Routinen entwickelt sich die Geschäftigkeit des psychiatrischen Alltags im Öko-System „Psychiatrie“ mit allen Folgen.

Dabei kommt besonders der stationären Psychiatrie die größte Bedeutung für die Schulung der Psychiater im Umgang mit den Menschen zu, mit Auswirkung auf deren Einstellung und Praxis und somit deren Identität.

Daher sind es in erster Linie die Routinen der stationären Psychiatrie, welche sich als Eintrittsporten für systemische Veränderung anbieten mit der Möglichkeit, durch die Einwirkung auf die Praxis auch die Theoriebildung der beteiligten Menschen zu beeinflussen und von daher eine Veränderung ihrer Identität zu bewirken.

Die Möglichkeiten in den Routinen sind:

1. Beim Chef einer psychiatrischen Station. Dabei ist die beste Möglichkeit wenn dieser, von einer systemischen Wühlmaus bereits angeknabbert, selbst von der Notwendigkeit einer systemischen Sichtweise überzeugt ist und sie fördert und bereit ist, die Resultate auszuwerten. Er hat damit schon seine Identität gefunden. Wegen der

hierarchisch besseren Möglichkeit der Einflußnahme kann hier auf das gesamte Personal insbesondere auf die Stationsärzte als künftige Psychiater fördernd eingewirkt werden.

Weniger gut ist es, wenn ein Chef systemisches Denken bei einem seiner Mitarbeiter nur toleriert, etwa weil es modern ist, da dabei die Solidarität, mit der andere Sichtweisen gemeinsam aktiv eingeführt werden könnten, leidet. Allerdings kann das „Moderne“ dieses Ansatzes seinem Bestand und seiner Entwicklung dienen, sodaß er „neben anderem“ seine ökologische Nische findet, die später einmal wichtig werden kann.

2. Die Mitarbeit der Wühlmaus in einem Team, in dem auf Grund der beruflichen Vielfalt der Helfer verschiedene Sichtweisen geäußert werden, was einer systemischen Sichtweise entspricht, und dadurch alle in einen gemeinsamen Behandlungsplan einfließen. Die Vielfalt des Teams erlaubt das Bestehen und die Nutzung der Ambivalenz.

3. Die Einladung der Wühlmaus an das Personal psychiatrischer Stationen zur Teilnahme als Beobachter an systemischer Psychotherapie oder als Mitglied eines Reflecting Teams, sodaß sie die Datenerhebung aus anderer Sicht erleben und in die Aus- und Bewertung einbringen können.

4. Das Organisieren von Meinungsaustausch und Fortbildungen, die das gängige Modell mit anderen Sichtweisen verknüpfen und dabei befürchtete Gegensätze als kompatibel zeigen. Kein „entweder - oder“ sondern ein „sowohl - als auch“.

Dieses „sowohl - als auch“ als Helfer ist bei allen Möglichkeiten der entscheidende, weil immer wieder identitätserweiternde und damit

Identitätserhaltende Schritt, der es erlaubt, den Traum vom gelungenen Selbst als Psychiater oder sonst in der Psychiatrie Tätiger erfolgreich zu träumen.

„Du bist auch dann noch Psychiater, wenn du anders denkst, weil anders zu denken, die Identität nicht schmälert, sondern verbreitert“, ist die Botschaft, aus der sich die neue Identität entwickeln kann. Anerkennung dafür zu geben, wenn dieser Schritt gelingt, als wichtigstes ökologisches Angebot für den Menschen, muß der Wühlmaus ehrlich und überzeugend möglich sein.

Einer ehrgeizigen, aber noch jungen und weniger sicheren Wühlmaus mag ein Helfer in Gestalt eines Supervisors nützlich sein.

So ist letztlich die Ökologie der wichtigste Zugang zu allen Systemen und daher auch zum System Psychiatrie, weil sie den Gewinn, den der einzelne zu verbuchen hofft, spürbar werden läßt. Systemischer Ansatz in der Psychiatrie? Öko-systemischer Ansatz, nicht akademisch über den Kopf, sondern über Herz und Magen, die dann den Kopf stimulieren und von da alle Organe erfreuen.

*Literatur:*

- BREGGIN, P. R.: Toxic Psychiatry. St. Martin's, New York 1992.  
ODUM, E. P.: Grundlagen der Ökologie in 2 Bd. 1980.  
SIMON, F. B.: Systemische Psychiatrie vs. Biopsychiatrie. 1995  
Familiendynamik 20, Jg., S. 386-388

## **Systeme in der stationären Rehabilitation - mit besonderem Bezug auf Patienten mit Psychosen und Borderline-Störungen.**

H. Jelem

### **I. Der Pavillon 2 als Sub-System des Psychiatrischen Krankenhauses**

Das Psychiatrische Krankenhaus Baumgartner Höhe besteht aus 7 Regionalabteilungen und einer Reihe von psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Sondereinrichtungen. Die Regionalabteilungen haben für den Bereich Psychiatrie einen Vollversorgungsauftrag der Bevölkerung Wiens entsprechend ihrer regionalen Zuständigkeit. Die für die psychiatrische Versorgung unmittelbar relevanten Abteilungen und Einrichtungen sind: eine Spezialabteilung für Drogenabhängige, für Alkoholranke sowie für forensische Psychiatrie, die Ambulanz des Psychiatrischen Krankenhauses, welche für die ambulante Versorgung der Region in der das Krankenhaus liegt zuständig ist, sowie das Rehabilitationszentrum und ein Förderpflegeheim für geistig Behinderte. Das Rehabilitationszentrum (RHZ) besteht aus dem Pavillon 2, den Therapiewerkstätten, der Arbeitstherapie und dem Tagspital.

Der Pavillon 2 selbst gliedert sich in die Klinische Station, einer psychotherapeutisch und soziotherapeutisch orientierten stationären Einrichtung mit einer Kapazität von 20 Betten; das Nachtspital, ein Übergangwohnheim mit 13 Plätzen und ein von ehemaligen Patienten

geleitetes Kaffeehaus für Besucher und Patienten des Krankenhauses. Wenn vom Pavillon 2 die Rede ist, meint man im subkulturellen Kontext der Psychiatrie im allgemeinen nur die Klinische Station, welche auch als „Der Zweier“ bekannt ist. Der Pavillon 2 ist auf die Behandlung von Menschen mit Psychosen, Borderline-Störungen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen spezialisiert, bei denen eine hohe Rückfallsneigung mit Autoaggressivität oder Selbstmordversuchen vorliegt, bzw. das Risiko einer chronifizierten Verlaufsentwicklung besteht.

## **2. Der Zuweisungsmodus und das Vorstellungsgespräch**

Zugewiesen werden Patienten aus dem Psychiatrischen Krankenhaus direkt oder aus anderen benachbarten psychiatrischen Einrichtungen von Wien und NÖ. In geringerem Maße auch aus den anderen Bundesländern. Die Kontaktaufnahme kann sowohl durch Therapeuten der vorbehandelnden Einrichtung, als auch durch die Patienten selbst oder deren Angehörige erfolgen. Wir führen mit jeder Person, die bei uns Therapie machen will ein Vorstellungsgespräch (VG). Der Patient/Patientin trifft dabei mit zwei oder drei Teammitgliedern zusammen. Das Interview wird meist von einem Arzt oder einer Psychologin geführt. Begleitpersonen der Patienten können, wenn das gewünscht und sinnvoll erscheint, ebenfalls teilnehmen. Das Vorstellungsgespräch soll dazu dienen, bei allen Gesprächsteilnehmern eine Vorstellung zu entwickeln, ob und wie die Teilnahme am Therapieprogramm des Pavillon 2 mit einer angemessenen

Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung im Leben des Patienten führen kann. Besonders wichtig ist uns die Abklärung und Darstellung der mitgebrachten Erwartungen und Vorannahmen über unser Therapieprogramm, was es für die Zukunft bewirken soll und welche Auswirkung die Tatsache der Hospitalisierung auf Familie und Umfeld des Patienten hat. Wir erkundigen uns nach der subjektiven Sichtweise der Patienten über ihre Erkrankung, ihre Probleme, Symptome, Ressourcen, persönliche Fähigkeiten etc. ebenso wie über die Sichtweise des zuweisenden Arztes, der Eltern oder anderer relevanter Bezugspersonen. Sozusagen nebenbei erfragen wir auch die üblichen lebensgeschichtlichen Daten, um eine genügend große Informationsmenge zu haben, um bezüglich der Frage der Eignung des Patienten entscheidungsfähig zu sein. Im Gegenzug informieren wir die Patienten über das Behandlungsprogramm sowie über unsere Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf Personen, die daran teilnehmen wollen. Das Einhalten ausgemachter Therapietermine ist ebenso verpflichtend wie die Einhaltung der Hausordnung oder des Alkohol- und Drogenverbots. Wir muten es den Patienten auch zu, Verantwortung für ihr eigenes Verhalten zu übernehmen und die Zuständigkeit für ihre eigene persönliche Sicherheit zu akzeptieren (dies ist insbesondere bei Patienten wichtig, die dazu neigen fallweise „out of control“ zu sein und dann auto- oder heteroaggressive Handlungen setzen. Worum es hier geht ist, die Rahmenbedingungen für aggressives, destruktives, regressives Verhalten abzustecken und das Szenario einer möglichen psychotischen Dekompensation durchzugehen. Es ist dabei wichtig, auf der

grundsätzlichen Ebene die Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilungen offenzulegen. Die Rahmenbedingungen für unsere Art der therapeutischen Hilfe zur Selbsthilfe werden also gemeinsam besprochen und an konkreten, sich aus der spezifischen Lebenssituation des Patienten ergebenden, Beispielen erörtert. Unser Motto ist, daß Patienten nicht unbedingt gerne, jedoch definitiv freiwillig an der Therapie teilnehmen und sei es auch nur, daß sie es als das kleinste notwendige Übel ansehen.

Auf der *overten* (bewußten) Ebene sind vor allem vier Schwerpunkte, nämlich Kennenlernen und Informationsaustausch, Feststellung der Eignung, Klärung der Motivation und Herausarbeitung einer Zieldefinition zu nennen.

*Eignung* ist eine Frage über den Grad des Passens. Damit ist gemeint, ob die beiden in Frage kommenden Partner, Station und Patient, genügend zusammenpassen, damit es zu einer konstruktiven zielgerichteten Kooperation kommen kann.

Davon zu trennen ist die Frage der *Motivation*. Damit ist der Wille sich einzulassen gemeint, und dies betrifft gleichermaßen beide Partner der geplanten Kooperation, wenn auch die Aufgabenverteilung differiert. Für die Patienten ist hier insbesondere die Frage der Motivations- und Konzeptkonstanz zu beachten.

Bei der *Zieldefinition* ist wichtig, daß eine solche sowohl beim Patienten als auch auf der Seite der Station, sowohl auf einer abstrakten als auch auf einer konkret operationalisierten Ebene repräsentiert wird, damit

sich daraus handlungsrelevante Konsequenzen ergeben können und eine Überprüfbarkeit gegeben ist.

Die zuletzt genannten drei Kriterien dienen zur Entscheidung über die Sinnhaftigkeit einer Aufnahme am Pavillon 2 und sind als *Dimensionen* zu verstehen. Sie betreffen gleichermaßen alle Mitglieder des Systems. Uns ist natürlich bewußt, daß gerade Menschen mit Störungen der Ich-Struktur und der Ich-Funktion Schwierigkeiten haben, konstante Realitätskonstruktionen, die später auch handlungsleitend sein sollen, aufrechtzuhalten. Wir wissen auch, daß oft erst die gelebte Praxis der Durchführung der Therapie zeigt, was möglich ist und was nicht.

Auf der *coverten* (unbewußten) Ebene geht es in diesem Erstgespräch um das Herstellen von Rapport und Bindung sowie die Schaffung einer ersten Vertrauensbasis. Da für eine gute Entscheidung neben kognitiver Information auch eine angemessene Informationsmenge auf emotionaler Ebene notwendig ist, diese Art von Information jedoch im interaktionellen und kontextuellen zwischenmenschlichen Rahmen auf unbewußter Ebene vermittelt wird, ist diese *coverte* Ebene von besonderer Wichtigkeit und ist oft der Grundstein für die weitere Therapie.

Insgesamt geht es also im Vorstellungsgespräch darum, sowohl für die Patienten als auch für die Mitglieder des Behandlungsteams eine *kompatible* Vorstellung über die zukünftige Therapie und die anzustrebenden Ziele zu entwickeln. Von seiten des Teams wird eine eindeutige Stellungnahme bezüglich der Einschätzung der Eignung der Patienten für unser Programm abgegeben, vom Patienten selbst wird

jedoch zu diesem Zeitpunkt keine endgültige Stellungnahme erwartet. Er wird ersucht, nachdem er alles überschlafen hat, nach 2 bis 3 Tagen anzurufen oder noch besser persönlich bei uns vorbeizukommen, um uns seinen endgültigen Entschluß mitzuteilen. Erst danach wird die formale Entscheidung zur Aufnahme getroffen. Wir halten diese zeitliche Abfolge für unbedingt notwendig, um der zumeist vorhandenen Ambivalenz bzw. Ambitendenz Rechnung zu tragen. Die formale Entscheidung des Patienten, auch wenn er während des Gesprächs explizit oder implizit bereits zugesagt hat, hinauszuschieben, erhöht die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Umsetzung. Das Vorstellungsgespräch gleicht einer Ouvertüre, in der die Hauptmuster des späteren Behandlungsprozesses bereits deutlich sichtbar werden. Fallweise wird noch zusätzlich eine Probezeit von 2 bis 4 Wochen vereinbart, nach Ablauf derer noch einmal der Grad des Passens überprüft wird. Vor dem Hintergrund dieser Maßnahmen kommen Therapieabbrüche selten vor.

### 3. Kriterien der Aufnahme im allgemeinen

Die meisten Patienten leiden an Psychosen, Borderline-Störungen oder anderen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Das Kriterium zur Aufnahme ist jedoch niemals die Diagnose, sondern der Grad der Eignung im oben definierten Sinn. In der Praxis handelt es sich um Patienten mit häufigen akuten Erkrankungsphasen, mangelnder Remissionstendenz, Selbstmordversuchen oder autoaggressivem Verhalten, bei denen die bisherigen Behandlungsmaßnahmen „nicht

gegriffen“ haben oder ausgeschöpft sind. Die Altersverteilung streut zwischen 17 und 45 Jahren.

## 4. Die Sub-Systeme des Pavillon 2

### Einzeltherapie

Jeder Patient erhält einen Arzt oder eine Psychologin als fallführend zugeteilt, der/die für die Therapieplanung und Koordination zuständig ist und einzeltherapeutische Gespräche führt.

### Intensivbetreuung

Innerhalb einer Kennenlernphase von zwei Wochen bekunden Pflegepersonen Interesse an der Übernahme der Intensivbetreuung für neue Patienten. Die Pflegeperson geht dann auf den Patienten zu, um sich vorzustellen. Im Zentrum der Intensivbetreuung steht der lebenspraktische Bereich. Es geht um soziale Aktivitäten, Hobbys, aber auch um organisatorische Hilfen im Zusammenhang mit der Wohnung oder der Freizeit sowie sehr persönliche Gebiete wie Körperpflege etc. Jeder Patient hat zwei Hauptbezugspersonen (*Tandem-Betreuung*) und kann selbst Unterscheidungen treffen, mit welchem Problem er sich primär welcher Person anvertraut. Die Patienten wissen, daß innerhalb des Teams grundsätzlich und insbesondere zwischen Intensivbetreuung und Einzeltherapeut, ein Austausch gepflogen wird. Die Tandem-Betreuung erlaubt den therapeutischen Prozeß so zu gestalten, daß sich nicht nur bezüglich der Aufgabenstellung, sondern auch bezüglich der Qualität des Beziehungsangebotes Unterschiede herausbilden können,

die entweder kontrastierender oder komplementärer Natur sein können.

#### **Kreative und nonverbale Therapien**

Dieser Begriff umfaßt die Therapieformen der Musiktherapie, Bewegungstherapie und Bildnerischen Therapie. Auf die Wichtigkeit eines körperbezogenen, kreativen und nonverbalen Zugangs kann hier nur ausdrücklich hingewiesen, jedoch nicht näher eingegangen werden.

### **Gruppen**

#### **Themenzentrierte Gruppe**

Diese findet zweimal pro Woche statt. Die Patienten sind in zwei Gruppen zu maximal 10 Personen aufgeteilt. Gruppenleiter ist jener Therapeut, der die Patienten nicht in Einzeltherapie führt. In der Gruppe soll ein Thema gefunden werden, welches für alle Teilnehmer relevant und auch praktisch zugänglich ist. Dies bedeutet, einen Mittelweg zwischen philosophischer Abstraktheit und konkretistischer Selbstbezogenheit zu finden, nämlich jenen „mittleren Raum der Konkretisierung“, welcher Diskussion und Kommunikation mit anderen erst erlaubt. Dies bedeutet in der Praxis die Thematisierung der Stationsdynamik, die Abbildung von Konflikten zwischen Einzelpersonen oder Sub-Gruppen oder aber die Erörterung allgemeiner Themen wie Entlassung, Medikation, psychische Krisen, Selbstgefährdung etc. Die Themen werden von den Teilnehmern selbst vorgeschlagen. Die Gruppenphilosophie ist eine therapeutische mit bedarfsangepaßtem Schutz ich-schwächerer Personen durch die Gruppenleitung. Die konkret

technische Umsetzung hängt auch von der jeweiligen psychotherapeutischen Grundausbildung der jeweiligen Gruppenleiter ab.

#### **„Medikamentengruppe“**

Die Frequenz ist einmal wöchentlich und es sind alle Patienten sowie zumindest eine Pflegeperson und die Ärzte anwesend. Thematisch geht es um die Frage der Krankheit im psychischen und somatischen Bereich und um die Medikation. Die Gruppe wird von einem Arzt geleitet. Medikationsänderungen werden nach Möglichkeit nur im Rahmen dieser Gruppe vorgenommen. Zu Beginn melden Patienten ihre Veränderungswünsche an. Sollten Ärzte Veränderungen vornehmen wollen, so bringen sie diese ebenfalls hier ein. Ziel der Gruppe ist die Enttabuisierung der Medikation als „Geheimwissenschaft“, Informationsanreicherung und Kompetenzsteigerung zum Selbst-Management.

#### **„Wir für uns“**

Dies ist eine Selbstorganisationsgruppe der Patienten, ohne Personalteilnahme. Hier werden Patientensprecher gewählt, Freizeitaktivitäten organisiert oder stationsdynamische Konflikte ausgetragen. Zuweilen werden auch Wünsche, Beschwerden und Anregungen an die Adresse der Stationsführung gerichtet. Von Seiten der Station wird nur darauf geachtet, daß die Gruppe faktisch stattfindet und ein kurzes Protokoll abgegeben wird.

#### „Kipferl-Runde“

Hier handelt es sich um ein informelles Zusammentreffen mit Club-Charakter bei Kaffee und Kuchen am Freitag zum Wochenausklang. Die Teilnahme ist freiwillig und betrifft gleichermaßen Personal und Patienten. Eine Gruppenleitung ist nicht vorgesehen. Wir legen Wert darauf, daß trotz Arbeitsbelastung immer einige Teammitglieder anwesend sind. Hier sind auch private Fragen erlaubt, wie sie in nichttherapeutischen Kontexten üblich sind (Kinder, Freizeit, Politik, persönliche Präferenzen etc.). Die Teilnehmer sind losgelöst von ihrer formellen Rolle und zeigen mehr private Facetten im Sinne von selektiver Authentizität.

#### Rollenspiel

Die Patienten bestimmen selbst ein Thema, planen und führen ein Rollenspiel durch, welches auf Video aufgezeichnet und dann gemeinsam angesehen und diskutiert wird. Die Leitung erfolgt durch eine Psychologin gemeinsam mit Pflegepersonen.

#### Morgengruppen

Täglich finden am Morgen Gruppen verschiedener Widmung statt. Besonders erwähnt wird hier nur die Freitags-Runde. In dieser Veranstaltung kommen alle auf der Station anwesenden Personen zusammen. Der Vorsitz wird von einem Patienten geführt, der reihum Mitpatienten und Personal gleichermaßen fragt, wie die Woche gewesen sei und was für das Wochenende geplant werde. Die Gruppe ist auch der Rahmen für ein kleines Abschlußritual für die zu entlassenden Patienten, bei dem sie Feedback über ihre Behandlung geben und von den anderen Patienten Feedback über sich erhalten.

#### 5. Allgemeine Bemerkungen zur Gruppenphilosophie

Jede Gruppe wird als ein Sub-System mit besonderen Regeln und einer spezifischen Form der Realitätskonstruktion aufgefaßt. Wir versuchen bewußt durch verschiedene Settings unterschiedliche Impulse zu setzen. Einige Dimensionen in denen sich die Gruppen unterscheiden sind: Themenvorgabe vs. freie Themenwahl, klare Ablaufstrukturierung vs. wenig Gruppenregeln, klare Definition der Rolle der einzelnen Gruppenmitglieder vs. freie Rollengestaltung, Gruppen mit Personalteilnahme vs. ohne Personalteilnahme, freie inhaltliche Gestaltung vs. Erfüllung von Vorgaben.

#### 6. Teambesprechungen

Hier gibt es eine große Zahl formeller und informeller Besprechungen unterschiedlicher Zusammensetzung und Themenzentrierung. Zweimal in der Woche gibt es eine längere Teambesprechung, bei der alle befaßten Therapeuten gleichzeitig anwesend sind, und Therapiepläne, besondere Problemstellungen oder Veränderungen der laufenden Therapien besprochen werden und ein vernetzender Informationsaustausch gepflogen wird.

Einmal monatlich findet eine systemisch orientierte sowohl fall- als auch teamorientierte Supervision statt.

## 7. Die Station als Gesamtsystem

Das System Station bildet den zeitlichen und räumlichen Rahmen für die Überlappung der Lebenssysteme aller Menschen, die sich auf der Klinischen Station befinden. Jede handelnde Person wird als Sub-System aufgefaßt, das sich auch an individuellen, d.h. personalen, unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten orientiert. Patienten und Personal, vom Oberarzt bis zur Abteilungshelferin, bringen sich in das Gesamtsystem ein und treten sowohl in der Funktion ihrer professionellen Rolle in Erscheinung als auch als privates Individuum. Von jedem Mitarbeiter wird ein angemessenes Maß an selektiver Authentizität verlangt. Damit meine ich, daß eine Person nicht nur in ihrer Rolle als Therapeut oder Patient, sondern auch als ganz private Person im sozialen System wirksam wird.

Es lassen sich drei Räume der Kommunikation unterscheiden, die zugleich auch Facetten von Realitätskonstruktionen sind. Der erste Raum ist jener der Einzeltherapie und der Intensivbetreuung. Hier entstehen „therapeutische Landschaften“ zwischen Einzeltherapeuten und Patienten und parallel dazu zwischen Patienten und Intensivbetreuern. Alle in diesen Räumen handelnden Personen sind aber auch in das gemeinsame größere Stationsgefüge eingebunden. Der zweite Raum ist die Station. Hier können sich Veränderungen, die im einzeltherapeutischen Raum entstehen im Stationsalltag abbilden, sei es im Gruppengeschehen, in informelleren Kontakten oder im Freizeitverhalten. Der dritte Raum ist der private. Hier ist die primär nicht therapeutische Realitätskonstruktion gemeint, die jeder einzelne aufgrund der

Lebensgeschichte und Sozialisation informell und meist auch unbewußt einbringt und die gleichfalls von allen Teilnehmern des Systems wahrgenommen wird und in der Wirksamkeit nicht unterschätzt werden soll. Lernprozesse und Erfahrungen finden in allen drei Räumen verdeckt und offen statt. Eine wichtige Frage ist, in welchem Ausmaß Veränderungen die Grenzen dieser Räume überschreiten, d.h. eine Generalisierung gemachter Erfahrungen ermöglicht wird. Hier kommt die Besonderheit einer längerfristigen stationären, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlung zum Tragen. Findet Einzeltherapie im ambulanten Setting statt, so liegt zwischen den Therapiesitzungen ein sogenanntes „normales Leben“, welches als Regulativ für die Realitätskonstruktion des therapeutischen Settings dient. Therapeutische „Wahrheiten“ werden ständig relativiert, eingeordnet, widerlegt oder bestätigt. Dieser Prozeß findet im stationären Setting zum Großteil innerhalb des Stationssystems, welches durch therapeutische Kriterien geprägt wird und in dem die Einzeltherapeuten auch noch andere Funktionen haben, statt. Tertiär und parallel dazu steht das familiäre System und das „normale Leben“.

## 8. Das stationäre System ist mit rigiden Regeln nicht zu steuern

Angeichts des komplizierten Aufbaus des Stationssystems stellt sich die Frage der Steuerbarkeit. Die vielen formal festgelegten Abläufe dienen als Grundmatrix für eine Selbstregulation auf die nur sachte Einfluß genommen werden soll. Wichtig erscheint uns, Entscheidungspunkte zu

erkennen, dann Entscheidungen klar zu deklarieren und die Entscheidungskriterien offenzulegen. Entscheidungskriterien können sachlicher Natur sein, dann soll die Argumentation offengelegt werden, können aber auch einem persönlichen Wunsch entsprechen oder auf Bedürfnissen bzw. persönlicher Autorität beruhen. Auch dies ist offenzulegen. Wichtig ist aber zu beachten, daß ein komplexes lebendes System durch rigide Regeln nicht effizient steuerbar ist. Die eigentliche Wirksamkeit der Regeln ergibt sich erst durch das Erkennen und Zulassen von Ausnahmen, weil dadurch erst Verständnis und damit wieder Respektieren der Regeln ermöglicht wird. Dies bezieht sich insbesondere auf Fragen wie Ausgänge, Organisationsabläufe, Teilnehmen an Therapien oder die Medikamenteneinnahme. Ich möchte hier ein Beispiel anführen: Es ist bei uns eine Grundregel, daß das erste Wochenende auf der Station verbracht werden soll. Die Idee ist, damit das Eingewöhnen zu fördern. Diese Regeln auch dann einzuhalten, wenn ein wichtiger Weg zu erledigen ist oder der Patient z. B. mit Bezugspersonen zu denen lange kein Kontakt mehr bestanden hat, Kontakt aufnehmen möchte und diese ausgerechnet am Wochenende von weit her angereist sind, wäre widersinnig, da wahrscheinlich gerade das Abgehen von der Regel das Verbleiben des Patienten auf der Station erst ermöglicht, also eine Zielübereinstimmung mit der ursprünglichen Intention der Regel (der „guten Absicht“) besteht. Grundsätzlich wird dem Patienten zugemutet, selbst für die Einhaltung der konsensuierten Abmachungen verantwortlich zu sein. In Konfliktsituationen die mit Regeln zu tun haben, machen wir den Mechanismus derselben

transparent und vermeiden es, Auseinandersetzungen dieser Art zur Beziehungsfrage, d.h. z. B. auch zur Autoritätsfrage zu machen. Es wird auch in diesen Zusammenhängen kein Wert auf Gerechtigkeit im Sinne einer legalistischen Auslegung oder einer quantitativen Bemessung gelegt, sondern vielmehr auf gezielte Ungleichbehandlung nach erkennbaren Kriterien zugunsten der Erreichung einer passenden Lösung für alle Beteiligten. Wir gehen davon aus, daß ein flexibles System einem autoritären überlegen ist und haben damit auch immer Akzeptanz bei den Patienten gefunden.

## **9. Einige weitere praktische Beispiele für systemisches Handeln**

### **Medikamentengruppe**

Wie oben erwähnt, wird hier die Medikation der einzelnen Patienten für die ganze Woche im Gruppensetting festgelegt. Die Patienten müssen Anliegen formulieren und begründen. Ebenso hat der Arzt seine Argumentation zu vertreten und kann dabei sowohl logische als auch emotionale Argumente ins Treffen führen und auf der vorhandenen Beziehungsbasis aufbauen. Die Gruppe wird systemisch mit zirkulären Fragen und Hypothesenbildungen geführt. Patienten sollen selbst zum Ausdruck bringen, wie sie annehmen, daß sich eine Medikationsänderung auswirken werde. Sie sollen selbst die Zielsymptomatik angeben bzw. deklarieren, ob sie in der Lage sind das Maß an Verantwortung oder Selbststeuerung zu übernehmen, welches der Dosis eines zu reduzierenden Medikaments entspricht. Es erscheint uns auch

wichtig, diesen Diskurs in der Öffentlichkeit stattfinden zu lassen und die Medikation nicht zur Geheimsache zu erklären. Es wird bewußt angesprochen ob der Einfluß des Medikaments auf Denken, Fühlen und Handeln in Summe als positiv einzustufen ist. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang natürlich, daß nicht nur Patienten sondern auch Ärzte und anderes Personal *korrigierbar* sind und die nötige Flexibilität im Handeln und Denken aufweisen. Es wird auch deutlich, wer wofür Verantwortung übernehmen kann und was in wessen Kontrolle steht. Es wird von mir ausdrücklich begrüßt, wenn beispielsweise ein Patient öffentlich „gesteht“, daß er seit zwei Wochen seine Medikamente wegwirft, weil dadurch Klarheit entsteht. Es kann andererseits den Arzt aber auch niemand daran hindern, korrekte Medikamenteneinnahme zur Bedingung für weitere Kooperation zu machen. Auch hier geht es nicht um Kontrolle, sondern um das Transparentmachen der wechselseitigen Möglichkeiten der einzelnen Systemmitglieder, auf einander Einfluß zu nehmen.

#### **Familietherapie**

Diese wird vom Oberarzt oder von einer der Psychologinnen durchgeführt. Wir benutzen einen Raum mit Zweiwegspiegel und nehmen auf Video-Band auf. Die Frequenz ist bedarfsangepaßt. Familiengespräche können entweder zu Beginn oder am Ende der stationären Behandlung oder aber auch begleitend eingesetzt sein. Die Organisation für das Zustandekommen der Familiengespräche liegt zumeist in der Hand des Patienten. Die Anregung stammt meistens von einem Teammitglied. Je nach Fragestellung gehen wir entweder offen in

das Gespräch oder führen es zielgerichtet zur komplementären Ergänzung des therapeutischen Prozesses an der Station. Im Regelfall befindet sich der Intensivbetreuer hinter dem Spiegel und der Einzeltherapeut sitzt als Ressourceperson im Kreise der Familie.

#### **Angehörigengruppe**

Das Motto lautet: Es ist nicht nur schwierig Patient zu sein, sondern auch schwierig Angehöriger zu sein. Zugelassen sind Angehörige, nicht jedoch Patienten. Die Gruppe dient dem Erfahrungsaustausch der Angehörigen untereinander und erlaubt strukturierte Kommunikation zwischen dem Angehörigensystem und dem Stationssystem. Auf direkte Fragen zu Krankheit, Prognose etc. wird Antwort gegeben, jedoch gleichzeitig auch auf die Eigenkompetenz der Patienten hingewiesen und empfohlen, diese selbst zu fragen. Angehörige können ihre eigenen Ängste und Vorurteile äußern bzw. Informationen „in eigener Sache“ einholen. Die Gruppe erlaubt es den Angehörigen, Vertrauen zum behandelnden Team zu gewinnen und sich mit dem Spannungsfeld zwischen einer überprotektiven, „selbstlos“ aufopfernden Haltung und der Verfolgung der eigenen Interessen, aber auch mit Fragen der Diskretion oder der Würdigung der gesunden Anteile im Kranken auseinanderzusetzen. Von seiten der Patienten wird die Angehörigengruppe mit Neugier, selten aber mit Argwohn betrachtet.

### Individuelle Angehörigenkontakte

Diese finden bei Bedarf zwischen Einzeltherapeuten und Intensivbetreuern, dem Sozialarbeiter oder dem Oberarzt auf formeller oder informeller Ebene statt. Die Vielgestaltigkeit der Kontaktfläche zu den Angehörigen erfordert eine gewisse Koordinationsarbeit, hat sich aber insgesamt gut bewährt.

### Lösungssysteme konstruieren

Wir haben uns eine therapeutische Realitätskonstruktion angewöhnt, die davon ausgeht, daß es so etwas wie ein Problemsystem gibt, an dem gewisse Personen beteiligt sind, die in ihrem unbewußten Zusammenwirken die Chancen auf die kontinuierliche Fortsetzung des Problemverhaltens intakt halten, obwohl ein Grundbedürfnis nach Lösung besteht. Wir versuchen, mit diesen Problemsystemen in Interaktion zu treten und Veränderungen vorzunehmen, die die Wahrscheinlichkeit auf das Zustandekommen von Lösungen erhöht. Dazu ist grundsätzlich eine zielorientierte Haltung Voraussetzung. Es bewährt sich z.B., Angehörige als „Co-Therapeuten“ aktiv einzubinden und ihnen Aufgaben zukommen zu lassen, damit vermieden wird, daß nur der Patient unter Erfolgsdruck steht und um die wechselseitige Bedingtheit von Veränderungsprozessen erlebbar zu machen.

Schon bei einer so geringen Zahl von beteiligten Personen wie z.B. Patient, Mutter, Therapeut, Oberarzt und Intensivbetreuer ergeben sich fast unzählige denkbare Beziehungskonstellationen. Die vorhandene Hierarchie kann dabei oft als Ressource genutzt werden. Eine Sackgassensituation mit unerfüllbaren Erwartungen kann dadurch

verlassen werden, daß man die etablierte Expertensituation verläßt, indem man sich für die spezifische Problemkonstellation als inkompetent, überfordert oder unzuständig erklärt, d. h. die Hierarchiereihenfolge umdreht. Dies entspricht zumeist ohnehin der realen Situation und aktiviert eigene Ressourcen des Patienten und seiner Familie, sofern diese vorhanden sind. Voraussetzung ist allerdings, vorher das Vertrauen als Experte auch wirklich zu genießen und guten Rapport zu haben. Bei Konflikten zwischen Einzeltherapeuten und Patienten, die sich als langwierig und selbstverstärkend erweisen, kann es sinnvoll sein, das System durch eine Hierarchiestufe nach oben zu erweitern (der Oberarzt schaltet sich ein) und dann dem Problemsystem, welches in diesem Fall aus Einzeltherapeut und Patient besteht, einen gemeinsamen Auftrag zu geben oder eine gemeinsame Zielformulierung anzubieten.

Eine weitere Möglichkeit bietet die Abbildung des Problemsystems im Team. Diese tritt häufig dann in Erscheinung, wenn konkurrierende oder parallele Realitätskonstruktionen bei einem Patienten vorhanden sind (Spaltung), sowie in Situationen, welche dadurch charakterisiert sind, daß Hilfsversuche, auch wenn sie kompetent angetragen werden, immer wieder zum Scheitern gebracht werden. Der stellvertretende Konflikt im Team fördert die Entstehung neuer Lösungsmuster.

Problemsystem sowie Lösungssystem sind von einer Vielzahl von Faktoren determiniert, die von den Beteiligten des Systems aber nur teilweise als solche erkannt oder beeinflußt werden können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer gemeinsamen Aufgabenstellung bzw. Zieldefinition aller Systemteilnehmer (Patienten, Betreuer, Angehörige

etc.). Für alle gilt dieselbe äußere Realität z. B. des Arbeitsmarktes und der Wohnsituation, ebenso wie einschränkende aber auch förderliche Glaubenssysteme (d. h. Zuordnungen und Zuschreibungen über Wirkung und Bedeutung) in Bezug auf das zu erreichende Ziel.

### 10. Was ist nun Therapie

Therapie ist ein durch Rückkopplung (Feedback) gesteuerter, co-kreativer, lösungsorientierter Prozeß, bei dem die einzelnen Teilnehmer des Systems unterschiedliche individuelle Beiträge zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer, für den Patienten passenden Lösung leisten. Dies setzt eine Zielformulierung voraus, welche bei allen Teilnehmern des Systems (Patienten, Therapeuten, Angehörige) entsprechend „repräsentiert“ wird. Eine den Anforderungen zielgerichteter Kommunikation entsprechende „Repräsentation“ ist dann gegeben, wenn eine Sprache gefunden wird, die geeignet ist, Unterschiede und damit auch Kriterien der Veränderung so abzubilden, daß für alle Systemmitglieder eine handlungssteuernde und sinnstiftende Konversation ermöglicht wird. Konflikte, sogenannte Blockierungen oder Widersprüche zeigen oft die Schnittstellen zwischen Realitätskonstruktionen auf und sind Quellen für veränderungsrelevante Informationen. Veränderungsrelevante Informationen sind solche, die ein System stabilisieren oder auch destabilisieren können.

Bei Patienten, deren Realitätskonstruktionen und Wahrnehmungen einem hohen Maß an Inkonstanz (Fluktuation) unterliegen, ist es umso wichtiger, daß das therapeutische Team die nötige Konstanz aufzubringen

vermag. Auch gilt es, die angestrebten Veränderungen auf systemrelevante Auswirkungen hin zu überprüfen und ständig zu hinterfragen (ökologische Überprüfung). Eine operationalisierte Zieldefinition, die sowohl beim Patienten als auch beim behandelnden Team in einer kommunizierbaren Form repräsentiert ist, erlaubt es erst Information zu bewerten und Ressourcen von Hindernissen zu unterscheiden und hindernde Vorannahmen („beliefs“) zu erkennen. Wir legen Wert darauf, größere Ziele in Sub-Ziele zu gliedern, um dadurch einen engmaschigen feed-back orientierten Prozeß zu konstellieren, der es auch ambivalenten Patienten mit ausgeprägter Ich-Struktur-Schwäche ermöglicht, individuell bedeutungsvolle Erfahrungen zu sammeln und daraus in das Leben integrierbare, d. h. auf andere Kontexte generalisierbare Lernprozesse abzuleiten.

### 11. Die Entlassung

Die Vorbereitung der Entlassung aus dem stationären Setting kann nicht früh genug beginnen. Die Organisation der Nachbetreuung und die Festlegung der Tagesstruktur und berufsrehabilitativen Maßnahmen, ebenso wie die Klärung der Wohnsituation und die Anbindung an soziale Netzwerke, erscheint uns essentiell wichtig und muß noch während des stationären Aufenthaltes in die Phase der konkreten Umsetzung gelangen, damit zumindest vereinzelt exemplarisches Probehandeln ermöglicht wird, ehe die Patienten endgültig die Station verlassen. Pragmatisch unterscheiden wir vier Phasen des Behandlungsprozesses. Es sind die Phasen der Eingewöhnung und des

*Kennenlernens - der Bindung - der Konfrontation - und der Lösung.*  
Lösung bedeutet hier sowohl Trennung als auch das Anknüpfen an neue Strukturen und geht mit Verunsicherung einher. Der Weg in eine „neue Gesundheit“ erfordert eine Mischung aus Zumutung und Zutrauen, um die erforderlichen Schritte in diese Zukunft zu tun.

## **Die Rolle der systemischen Therapie in der psychiatrischen Akuttherapie**

*B. Hackenberg*

Für die Annäherung an die Frage, ob die systemische Therapie überhaupt eine Rolle in der psychiatrischen Akuttherapie spielt, erscheint eine Betrachtung der kontradiktorischen Positionen zweier Paradigmata unabdingbar. Wenn wir von einzelnen alternativen Modellen (wie z. B. dem Soteriaprojekt in Bern) absehen, dann versteht sich die psychiatrische Akuttherapie schwerpunktmäßig als biologisch orientierte Psychiatrie. Das bedeutet nun keineswegs einen Widerspruch zu einem ganzheitlich verstandenen, integrativen Therapiekonzept, zu dem sich die moderne Psychiatrie weltweit bekennt, lediglich die Priorität biologischer Hypothesen bestimmt das therapeutische Handeln in der Akutphase einer psychiatrischen Erkrankung. Mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell formuliert die psychiatrische Wissenschaft ein Konstrukt, dem sie sich empirisch nur annähern, welches sie aber nie zur Gänze aufklären kann. Stellt man das Vokabular der biologischen Psychiatrie dem der systemischen Therapie gegenüber, dann fallen die paradigmatischen Widersprüche deutlich ins Auge.

### **Begrifflichkeiten und Fragestellungen der biologischen Psychiatrie**

Psychiatrische Akuttherapie ist nahezu gleichbedeutend mit Psychopharmakotherapie. Mit der Verfeinerung der Forschungstechniken und der Verbesserung der Methoden zur Klassifikation und Beurteilung von Erkrankungen ist die Psychiatrie der modernen Medizin nähergekommen. Die biologische Psychiatrie bemüht sich naturgemäß um eine möglichst hohe Objektivität mit Hilfe exakter diagnostischer Verfahren, sie stützt sich auf die Beobachtung über Medikamentwirkungen und zieht daraus Rückschlüsse auf verursachende Faktoren.

Die ärztliche Verantwortlichkeit sowohl in der Akutphase als auch im weiteren medikamentösen Regime versteht sich als hierarchisch übergeordnet gegenüber der psychologischen, sozialen und rehabilitativen Verantwortung. Im multiprofessionellen Behandlungsteam sieht der Arzt seine Aufgabe in der Schulung und Aufklärung über medikamentöse Wirkungen und Nebenwirkungen, er informiert auch die Familie über die vorläufige diagnostische Einschätzung des Störungsbildes und über die entsprechende Behandlung.

Für die meisten psychiatrischen Erkrankungen gibt es heute eine wirksame und relativ sichere medikamentöse Therapie. Die wissenschaftliche Konzeption und praktische Durchführung objektiver kontrollierter Medikamentenstudien in der Psychiatrie wurde verfeinert und verbessert.

Zu den offenen Problemen der biologischen Psychiatrie zählen:

1. die fehlende Kenntnis biologischer Ursachen oder genauer pathophysiologischer Grundlagen psychotischer Erkrankungen
2. die Akzeptanz der Behandlung nach Abklingen der Akutsymptomatik
3. die Langzeitcompliance.

„Die medikamentöse Behandlung in der Psychiatrie wird auch dadurch erschwert, daß die Verantwortung für Patienten zwischen professionellen und paraprofessionellen Kollegen aufgeteilt ist, von denen viele keine medizinische Ausbildung haben“ ( Baldessarini, 1991 ).

Die Anliegen der biologischen Psychiatrie an die paraprofessionellen Helfer (gemeint sind Psychologen, Therapeuten und Sozialarbeiter) lassen sich folgendermaßen subsumieren:

1. frühe Diagnostik
2. Hilfe in der Therapieplanung
3. Unterstützung in der Rückfallprophylaxe.

### **Begrifflichkeiten der systemischen Therapie**

Die Infragestellung bestimmter „Krankheits-Einsichten“, die Rekontextualisierung psychotischen Verhaltens und das gleichberechtigte Mitwirken aller Beteiligten eines Problemsystems sind Begriffe, die den Prinzipien eines biologischen Behandlungskonzeptes widersprechen. Ebenso ist die Dekonstruktion einer Pathologie unvereinbar mit der objektiven Feststellung einer Behandlungsnotwendigkeit. Partnerschaftlichkeit und Zirkularität im Behandlungsteam stehen einer ärztlich dominierten Verantwortungshierarchie nahezu diametral entgegen. Und

etwas verträgt die biologische Psychiatrie besonders schlecht: Respektlosigkeit gegenüber ihren Hypothesen.

Fritz Simon formuliert seine Haltung im Jubiläumsband der Zeitschrift Familiendynamik (Simon, 1995) so:

„Die Frage, die sich mir aber zunehmend stellt, lautet: Ist es ethisch wirklich zu verantworten, sich der Biopsychiatrie gegenüber neutral zu verhalten, statt offensiv gegen sie Stellung zu beziehen und Politik zu machen?“

### Das gemeinsame Unverbindliche

Das naturwissenschaftliche linear-kausale Ätiologiemodell und das systemische Paradigma haben ein gemeinsames Anliegen: die Bewältigung von Komplexität. Der naturwissenschaftlich-reduktionistische Weg verweist auf seine „Nützlichkeit“ im Sinne hochwirksamer und gut belegbarer Behandlungseffekte, die systemische Therapie vergrößert mit ihrem ressourcenorientierten Ansatz das Repertoire lösungsorientierter Strategien entscheidend und könnte damit, entsprechend ihrem Bekenntnis zur Komplementarität den biologischen Ansatz ergänzen, wären da nicht die vielen paradigmatischen Mißverständnisse, die sich im klinischen Alltag ergeben: „Ganzheitlichkeit“ als Lippenbekenntnis oder als leeres Schlagwort, Integration als „kleinstes gemeinsames Vielfaches“ einer unüberschaubaren Mischung möglicher Behandlungsverfahren und viele ideologische Verständnisschwierigkeiten.

### Allparteilichkeit auf der Helferebene

Im akupsychotherapeutischen Setting wird möglichst rasche Symptombeseitigung im Rahmen eines reizarmen Stationsklimas angestrebt. Die magische Bedeutung der Arzt-Patientenbeziehung, die von Michael Balint sehr treffend formuliert wurde, manifestiert sich in der hohen Suggestivkraft, die der klinische Experte gegenüber dem Patientensystem innehat. Dieser für die Compliance des Patienten durchaus erwünschte Effekt würde z. B. durch ein systemisch orientiertes Familiengespräch gestört werden. Die „Erlaubnis“ zu einer methodisch unterschiedlichen Maßnahme kann aber gegeben werden, wenn eben dieser Unterschied in seiner Tragweite transparent gemacht und angesprochen wird. Systemische Therapeuten als Experten für den Dialog können behilflich sein, mit Widersprüchlichkeiten umzugehen. Der Begriff der „klinischen Konstellation“ als pragmatisches Rahmenkonzept kann hier als konzeptuelle Leitlinie gelten (Reiter, 1992). Als Beispiel sei das therapeutische Splitting genannt, welches unterschiedliche Therapeutenstandpunkte in einen für das Klientensystem sinnvollen Zusammenhang bringen kann, etwa im Sinne der „Chance, zwischen mehreren Möglichkeiten zu wählen“. Voraussetzung für ein Splitting zwischen systemischer Therapie und Biopsychiatrie ist allerdings, daß beide Partner imstande sind, die Sichtweise des anderen zumindest probeweise übernehmen zu können. Der pharmakotherapeutische Experte könnte z. B., Kraft seiner „magischen Bedeutung“ auf die Notwendigkeit hinweisen, Familienbeziehungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung eines

Mitglieders genauer anzuschauen, auch wenn Medikamente „scheinbar“ helfen, während der Familientherapeut durch Akzeptanz des Krankheitskonstruktes (Arnold Retzer (Retzer, 1994) spricht von der Konstruktnutralität) die Kooperation zwischen dem Patientensystem und dem Krankenhaus erleichtern kann.

#### **Gemeinsame Verbindlichkeiten**

Unterschiede in Therapiekonzepten - wir kennen sie zwischen tiefenpsychologischen und behaviouristischen Konzepten, zwischen medikamentösen und psychotherapeutischen Strategien, zwischen einzel- und familientherapeutischen Konzepten - bedürfen einer zeitlichen Planung. Gleichzeitigkeit kann zu jenen Effekten führen, die wir aus Familien mit einem schizophrenen Mitglied kennen, wie z. B. die Doublebindkommunikation. Zeitliche Abstimmung erfordert Verständigung sowohl über Inhalte als auch über Zusammenhänge. Dieser Dialog muß respektvoll geführt werden und gewährleisten, daß Unterschiede in den Behandlungsstrategien genützt und nicht „ausgeräumt“ werden.

#### **Vorschläge für einen integrativen Mindeststandard**

Dem Anliegen der biologischen Psychiatrie entsprechend hat der systemische Therapeut die Möglichkeit, so früh wie möglich eine familienorientierte Beschreibung in den klinischen Diagnoseprozeß einzubringen. Ein solches „diagnostisches Splitting“ gegenüber einer klinisch-psychiatrischen Diagnose kann als Basis einer dialogischen Therapieplanung dienen. Wenn positive Gegenseitigkeit auf der

Helferebene dazu führt, daß sowohl die Autonomie als auch die Kooperativität des Patientensystems gefördert wird, dann ist etwas gelungen, was Helm Stierlin (Stierlin, 1995) so formuliert hat: „Das Zusammenschauen und Zueinander-in-Beziehung-Setzen von Kontexten, die bisher als getrennt oder widersprüchlich gesehen wurden, kann nun auch beinhalten, daß man stärkste Spannungen, Widersprüche und Konflikte sowohl auf der innerpsychischen als auch auf der Beziehungsbühne aushält und beschreibt - wobei in vielen Fällen über längere Zeit die Frage unbeantwortet bleibt, ob diese Spannungen, Widersprüche und Konflikte sich noch schöpferisch bändigen lassen oder schon Vorboten einer Psychose sind.“

#### **Literatur:**

- BALDESSARINI R. J., FLEISCHHACKER W.W., SPERK G.:  
Pharmakotherapie in der Psychiatrie  
Thieme, Stuttgart, New York 1991.
- REITER, L.: „Klinische Konstellation“ und „Problemsystem“ zum Vergleich zweier praxisbezogener Konzepte.  
In: KELLER, T., GREWE, N. (Hrsg.): Systemische Materialien zur Psychiatrie (1992)
- RETZER, A.: Familie und Psychose  
G. Fischer, Stuttgart/Jena/New York 1994

- SIMON, F.: Systemische Psychiatrie vs. Biopsychiatrie  
Familiendynamik 20/4, 1995
- STIERLIN, H.: Nietzsche und Bateson,  
Familiendynamik 20/4, 1995

### **Geschichten über erfahrungsnahe Potentialfokussierungsprozesse - systemische Gruppenpsychotherapie im stationären Kontext**

R. Kronbichler

Der Begriff „systemisch“ soll hier im Sinne Maturanas als Unterscheidung jeder Art von zusammengesetzter Einheit (im Gegensatz zu einfachen Einheiten) verstanden werden, wobei die Interaktionen der Komponenten der Einheit das Phänomen als Ganzes hervorbringen. Eine so definierte systemische Perspektive (Reiter, et. al. 1988) erlaubt es, Gruppen von Menschen, intraindividuelle Phänomene (Gedanken, Gefühle), die Gesamtheit der kommunikativen Beiträge zu einem bestimmten Thema (Hinsch, 1995), aber auch die Interaktionen zwischen sozialen und intraindividuellen Phänomenen zu beleuchten und für die Therapie nutzbar zu machen.

#### **Kriterien für „psychotherapeutische“ Unterscheidungen**

Karl Tomm hat darauf hingewiesen, daß jede Unterscheidung einen politischen Aspekt beinhaltet, indem sie mit der Einnahme einer bestimmten Position gegenüber dem was unterschieden wurde verbunden ist (Tomm, 1990). Wie der systemische Gruppentherapeut die GruppenteilnehmerInnen beschreibt, wie er ihre Beiträge zur gemeinsamen Arbeit sieht und wie er darauf „antwortet“, ist wesentlicher Bestandteil der Konfigurationen im Bereich Verhalten, Emotion und Bedeutung, die sich in der Gruppe entwickeln.

Der Therapeut entscheidet anhand bestimmter Kriterien, welche Komponenten er als Bestandteile welchen Systems unterscheidet. Aufgrund der Intention des Therapeuten, veränderungsrelevante Prozesse in Gang zu bringen, soll der Fokus auf solche Unterscheidungen gerichtet werden, die Klienten dazu befähigen, kohärente Beschreibungen ihrer Erfahrungen und ihres Erlebens hervorzubringen und die therapeutisches Potential haben (Tomm, 1991).

Die für meine Arbeit relevanten Kriterien sind:

- a) eine Unterscheidung zwischen Problem-, Lösungs- und Ressourcenkonfiguration
- b) die Anschlußfähigkeit der jeweils in der Therapie behandelten Gesprächsinhalte im Sinne ihrer Bedeutsamkeit für die Klienten
- c) das Ausmaß an Erfahrungsnahe der in der Therapie besprochenen Inhalte
- d) die Auswirkungen für die Entwicklung von Kooperation mit mir als Therapeut und unter den Klienten
- e) die Frage, welche Art der Interaktion zwischen mir und den Klienten am ehesten eine lösungsförderliche Aufmerksamkeitsfokussierung zur Folge hat.

Die Unterscheidung eines kooperativen Gruppenklimas als System und die dafür förderlichen Beiträge im Sinne von Gedanken, Gefühlen, Verhaltensweisen, Interaktionen und Körperhaltungen als Komponenten dieses Systems entsprechen z.B. diesen Kriterien.

Sie sind Teil einer Konstellation von Ressourcen, enthalten die Möglichkeit, thematische Verbindungen zu bedeutsamen Aspekten der

gelebten Erfahrungen der Gruppenmitglieder herzustellen, können mit unmittelbarer Erfahrungsnahe (Körperhaltung, Gruppeninteraktion etc.) angereichert werden, fördern Kooperation, und richten die Aufmerksamkeit auf erwünschte Prozesse der Gruppenmitglieder.

#### **Voraussetzungen für Gruppenpsychotherapie unter systemischen Gesichtspunkten**

Systemische TherapeutInnen richteten lange Zeit ihre Aufmerksamkeit nur auf eine spezielle Art von Gruppe, nämlich die der Familie. Unsere Konzepte erlaubten uns scheinbar ausschließlich, Unterscheidungen zu treffen in Bezug auf die Interaktionen von Menschen, die eine gemeinsame Beziehungsgeschichte haben.

Erst die Wiederentdeckung des Individuums und die Beachtung intraindividuellen systemischer Prozesse, sowie die Berücksichtigung individueller Realitätskonstruktionen in ihrer Auswirkung auf die Aufrechterhaltung und Veränderung von Problemen, schufen die Voraussetzung für die Konzeptualisierung von Gruppentherapie unter systemischen Gesichtspunkten.

Der meines Erachtens jedoch wichtigste Beitrag war die Entwicklung lösungsorientierter und narrativer Therapieansätze. Als systemische TherapeutInnen begannen, ihre KlientInnen dazu einzuladen, ihre Aufmerksamkeit stärker auf ihre Potentiale und Ressourcen zu richten, schufen sie die Voraussetzung dafür, dies auch für die therapeutische Arbeit in Gruppen nutzbar zu machen. Die Anwesenheit der anderen Gruppenmitglieder wird unter diesem Aspekt zu einem zusätzlichen

„Bonus“, der die Aufmerksamkeitsfokussierungsprozesse verstärken kann. Unter einem narrativen Gesichtspunkt können die Gruppenmitglieder zu einem Publikum für die von den einzelnen Teilnehmern entwickelten alternativen Geschichten werden. Die Geschichte der Gruppe wird damit zu einer Geschichte „kreativer Potentialförderung“.

Ich möchte nun kurz auf diese beiden Hauptvoraussetzungen für eine systemische Gruppentherapie eingehen:

1) Die Konzeptualisierung des Individuums unter systemischen Gesichtspunkten

Hier sind für meine Arbeit vor allem zwei Beiträge wichtig. Die Überlegungen von Karl Tomm, der ausgehend von den Theorien Humberto Maturanas über die Entstehung von Sprache, das Selbst als eine Konstellation von internalisierten Konversationen auffaßt (Tomm, 1991). Sprache entsteht demzufolge im sozialen Bereich und wird sekundär internalisiert. Die Technik des Fragens an den/die internalisierten Anderen ist eine aus diesen Überlegungen abgeleitete Vorgangsweise, die sich auch in der Gruppe nützen läßt (Kronbichler, 1993). Der zweite Beitrag stammt von Gunther Schmidt (Schmidt, 1994), der das Selbst metaphorisch als innere "Familienkonferenz", bestehend aus verschiedenen Anteilen, oder als inneres Parlament mit einer bestimmten Organisation beschreibt, die sich verändert, je nachdem, ob man eher seine Problemkonstellation oder seine Potentialkonstellation lebt und in seiner inneren Welt inszeniert. Helm

Stierlin spricht in diesem Zusammenhang von einer systemisch inspirierten "Anteilspsychologie" (Stierlin, 1994).

Die einzelnen Komponenten dieses inneren Systems stehen in wechselseitigen Relationen, deren Art der Vernetzung sich anhand bestimmter Muster und Regeln, analog zu sozialen Systemen beschreiben läßt. Ausgehend von diesen Ideen läßt sich jedes Geschehen in der Gruppe als ein Prozeß beschreiben, in dessen Verlauf jedes Gruppenmitglied einschließlich des Therapeuten seine besondere innere Konstellation inszeniert. Dieser Prozeß wechselseitiger Einladungen, resultierend in einem interaktivem Gewebe von Verhalten und Bedeutungen, kann auf seine problem- oder lösungsunterstützenden Auswirkungen untersucht werden. Beide Sichtweisen lassen sich gut in eine sozial konstruktivistische Perspektive, in der das Selbst als vielfältige Gemeinschaft, die sich im Zuge der Teilnahme an unterschiedlichen sozialen Kontexten entwickelt hat, angesehen wird, integrieren (Gergen, 1991).

2) In Anlehnung an die Vorgangsweisen lösungs- und potentialorientierter TherapeutInnen soll in der Gruppe ein "Treibhausklima für Potentialförderung" - wie Gunther Schmidt das formuliert - hergestellt werden. Das bedeutet, daß von Anfang an der Fokus der Aufmerksamkeit auf die Etablierung erwünschter Ergebnisse als Resultat der therapeutischen Arbeit in der Gruppe gerichtet wird. Es werden ebenfalls von Beginn an Rückmeldemöglichkeiten durch die anderen Gruppenmitglieder installiert, um die Möglichkeit zu schaffen,

sich gegenseitig darüber auszutauschen, wann und wie ein Teilnehmer sich seine erwünschten Potentiale erlaubt. Im Unterschied zu einer ausschließlich lösungs- und zielorientierten Vorgangsweise bietet es sich auch in der Gruppe an, die Möglichkeiten des Vergleichs zwischen Problem- und Potentialkonstellationen zu nützen. Dies führt zu einer differenzierteren Wahrnehmung der Fähigkeiten und Ressourcen der Gruppenmitglieder. Die therapeutische Arbeit besteht dann in der Hauptsache im Anbieten von Möglichkeiten der Bifurkation (Tomm, 1991) zwischen erwünschteren und weniger erwünschten Erfahrungen. Die Gefahr der Entwicklung von sogenannten Problemtrancen (des Eintauchens in die Problemwelt und damit deren ständiges Reaktivieren und Inszenieren) entsteht dadurch nicht. Denn der Blick in die Problemwelt (und manchmal auch der Blick auf die Prozesse, die dazu geführt haben, daß bestimmte problemhaltende Prämissen übernommen worden sind) ist dann ein Mittel zum Zweck der Etablierung von mehr Wahlfreiheit und der Erhöhung von Chancen zur Aktivierung von lösungsfördernden Fähigkeiten.

#### **Systemische Psychotherapie im stationären Kontext**

Wie jede andere Form von Psychotherapie spielt sich auch systemische Gruppentherapie in einem bestimmten zeitlichen und situativen Kontext ab. Je nachdem ob es sich um eine Gruppe in einem stationären oder ambulanten Kontext handelt, werden auch die Erwartungen der Gruppenmitglieder unterschiedlich sein. Auch die Ideen der "zu Hause gebliebenen" Personen darüber, was in so einer Gruppe passieren sollte

und was dabei herauskommen soll, ist ein wichtiger und zu berücksichtigender Teil der kontextuellen Faktoren. Die Errichtung eines Ressourcenrahmens (Ray, Keeney, 1994) von Beginn der Arbeit mit der Gruppe an, ist ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit. Der Therapeut kann dabei eine aktive Rolle bei der Gestaltung eines potentialfördernden Bedeutungsrahmens für die Gruppentherapie spielen. Er benötigt bestimmte Vorbedingungen, die es ihm erlauben, sein therapeutisches Potential auf eine für die Gruppenentwicklung optimale Art und Weise einzubringen. Gerade in der systemischen Gruppentherapie hat der Therapeut vielfältige Möglichkeiten zur Mitgestaltung dieses Kontextes.

Ich möchte hier einige Überlegungen darüber anstellen, welche kontextgestaltenden Maßnahmen einen Rahmen für systemische Therapie (mit Gruppentherapie als einem wesentlichen Bestandteil) bereitstellen können, der systemische Therapie oder Familientherapie nicht bloß als zusätzliche Methode den sonst angewandten Behandlungsformen zur Seite stellt, sondern die Möglichkeit bietet, die wesentlichen Ideen und Annahmen dieses Ansatzes für den gesamten Aufenthalt nutzbar zu machen.

Das hat Auswirkungen nicht nur für die "eigentlichen" Psychotherapiesitzungen, sondern für den Alltag des stationären Programmes: vom Umgang mit Stationsregeln, der Art und Weise wie alle beteiligten Fachkräfte (Pflegerpersonal, Ärzte, ErgotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen) mit den PatientInnen umgehen bzw. auf sie reagieren, der Sprache, die verwendet wird, um PatientInnen zu

beschreiben, welchen Stellenwert Beurlaubungen haben, bis hin zur Arbeit mit Angehörigen und den Besprechungen des Stationsteams.

Der zentrale Punkt dabei ist, welches Augenmerk auf die Frage gerichtet wird, welche Bedeutung alle Beteiligten dem Aufenthalt geben. Mein Kollege Reinhold Bartl weist in einem Artikel darauf hin, daß der institutionelle Kontext Psychiatrie und die Art und Weise, wie dort Behandlung angeboten und organisiert werden, als Lernfeld verstanden werden kann. Der Lerninhalt, der in dieser Institution angeboten wird, wird durch die Art und Weise vermittelt, wie der Umgang zwischen PatientInnen und Angehörigen einerseits und den professionellen HelferInnen andererseits gestaltet ist (Bartl et. al., 1995).

In einem stationären Rahmen ist es entscheidend, daß schon im Aufnahmeverfahren ein Verständnis vom stationären Aufenthalt als Bereitstellung eines Kontextes, bzw. einer Bedeutungsmatrix für das Erleben von zunehmender Eigenkompetenz und für das In-Kontakt-Kommen mit jenen Potentialen, die zum Leben draußen benötigt werden, angeboten wird.

Es macht wenig Sinn, potentialorientierte systemische Therapie in einem Bedeutungsrahmen anzubieten, der geprägt ist von der Auffassung, daß man zur Beobachtung, zur Diagnose oder zur Behebung von Störungen und Defiziten (mit der Konsequenz, daß auf problemhaft erlebte Bereiche fokussiert wird) stationär aufgenommen ist.

Dies kann dann gelingen, wenn die Rolle der Psychiatrie in der momentanen Lebenssituation reflektiert und gemeinsam mit den Angehörigen überlegt wird, ob der Aufenthalt in der Psychiatrie die

Bewältigung anstehender Lebensaufgaben eher unterstützt oder aber behindert, wenn die unterschiedlichen Rollen der Psychiatrie, nämlich Kontrolle und Behandlung auszuüben, so transparent wie möglich gemacht werden und wenn der Aspekt der Kundenorientierung im Sinne der Formulierung eines Angebotes und einer Information darüber, was leistbar ist und was nicht, sobald als möglich erfolgt (Bartl et.al., 1995).

Wenn die Bedeutung des Aufenthaltes von Beginn an durch ein Thema bestimmt wird, das eine gemeinsame Beschreibung dessen, woran gearbeitet wird und eine gemeinsame Sprache um darüber zu reden bereitstellt, dann "färbt" diese Kontextgestaltung auf alle therapeutischen und sonstigen Angebote in der Behandlungseinrichtung ab und erlaubt es, auch für Gruppentherapie einen Potentialfokus aufrechtzuerhalten. Wenn der gesamte Aufenthalt als Übungsfeld für dasjenige Erleben und diejenigen Verhaltensweisen beschrieben wird, die dann im Leben außerhalb der Einrichtung dem "Gewünschten" entsprechen, oder zumindest Entwicklungsschritte in diese Richtung darstellen, dann kann systemische Gruppentherapie den Stellenwert eines Forums für den Austausch und die Rückmeldungen über die schon gemachten Schritte in Richtung auf die gewünschten Veränderungen hin bekommen. Die Gruppe erhält so eine Katalysatorfunktion für die Entfaltung der für das Leben draußen gewünschten Potentiale und wird so etwas wie ein Raum für die wechselseitige "Supervision" der Gruppenmitglieder untereinander. Die einzelnen Gruppentreffen können zum Teil täglich stattfinden und beschäftigen sich mit Fragen wie: „Woran hast Du heute bemerkt, daß Du Deinem Ziel einen Schritt näher gekommen bist? In

welchen Situationen hast Du bemerkt, daß Gruppenmitglied X sich seine Fähigkeit, mit anderen in Kontakt zu treten erlaubt hat? Welche Veränderungen haben die anderen sonst noch an Dir bemerkt, während Du Dich Deinem Ziel genähert hast? Wie wahrscheinlich ist es, auf einer Skala zwischen 0 und 10, daß Du auch morgen wieder mehr mit Deinen eigenen Wünschen in Berührung kommst und nicht nur überlegst, was für andere gut ist? etc".

Systemische Gruppentherapie wird damit zu einem wesentlichen Bestandteil bei der Gestaltung eines Bedeutungsrahmens, der sich von der üblichen Vorstellung, daß stationäre Behandlung eher eine Geschichte von Pathologie und Versagen der Patienten (und seiner Familie) widerspiegelt, unterscheidet. Der gesamte Aufenthalt kann als Übergangsritual definiert werden, als eine Art Experimentierphase im Übergang von einem Status von Inkompetenz zu einem von Kompetenz (siehe dazu ausführlich: Durrant, 1994).

### Abschließende Bemerkungen

Systemische Gruppentherapie in einem stationären Kontext wird als Möglichkeit zur Ko-Konstruktion von alternativen Geschichten zur Förderung von Potentialen beschrieben, die zieldienliche Entwicklungsprozesse in Gang bringen. Die Vorteile einer therapeutischen Arbeit in der Gruppe gegenüber den Settings der systemischen Einzel- oder Familientherapie liegen meines Erachtens vor allem in der

- verstärkten Möglichkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung auf Ressourcen, Potentiale und Lösungen
- Nutzung der Gruppenmitglieder als "Publikum" für die Ko-Konstruktion alternativer Geschichten
- Etablierung eines Pools von Möglichkeiten der Perspektivenübernahme und des "in-Berührung-Kommens" mit dem Erleben von anderen
- Inszenierung der inneren Familienkonferenz (Schmidt, 1994) als sozial interaktionelles Geschehen im "Gruppenraum"
- Errichtung von potentialfördernden Rückmeldeschleifen, zum Beispiel durch interaktionelles Skalieren (Allen, 1995)
- Einbeziehung der spontanen Reaktionen der Gruppenmitglieder aufeinander im Hinblick auf ihre Nutzung für die Entwicklung von Potentialen
- sozio- und psychodramatische Inszenierung von Beziehungs- und Erlebnismustern in der Gruppe
- Klärung der beziehungsgestaltenden Auswirkungen bestimmter Haltungen der Gruppenmitglieder durch Klärung der Frage, zu welchen komplementären Haltungen die anderen Gruppenmitglieder dadurch eingeladen werden
- erlebnisnahe Beschreibung der kontextuellen Bedingungen von Therapie und deren Auswirkungen auf das Engagement der Gruppenmitglieder in der Gruppe und auf den Transfer in den Lebensalltag

- Förderung einer Haltung des Experimentierens mit alternativen Handlungsentwürfen im Rahmen der Gruppe
- Erarbeitung von Erinnerungsankern oder Eselsbrücken (Stahl, 1988) zur Sicherstellung des Transfers der erwünschten Haltungen in den Alltag mit Hilfe des kreativen Potentials an zusätzlichen Ideen der Gruppenmitglieder.

*Literatur:*

- ALLEN, L.: I would've scored you higher than that: Interaktive scaling in a children's group. EBTA Newsletter 1st Issue: 2-3 1995
- BARTL, R.M., MOSER, Ch., MARGREITER, J., SPITZENBERGER, K.: Die Kunst ein guter Patient zu sein. Gedanken zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung psychotischen Verhaltens im Kontext Institutionelle Psychiatrie. In: PLATZ, Th, (Hrsg.), Betroffen von Schizophrenie. Edition Pro Mente 1995
- DURRANT, M.: Residential Treatment. W. W. Norton, New York 1993
- GERGEN, K.J.: The Saturated Self. Basic Books, New York 1991
- HINSCH, J.: Das Internalisierte System in Einzel-, Paar- und Familientherapie. Vortrag in Hamburg am DAF Kongreß 1995
- KRONBICHLER, R.: Systemische Fallsupervision. Systeme 7/2:72-87, 1993
- RAY, W.A., KEENEY, B.: Resource Focused Therapy. Karnac, London 1993

## Schizophrene Psychose und (Kurzzeit)psychotherapie

G. Werl

In Linz trafen sich Neurologen und Psychiater aus Europa bei der Wagner - Jauregg - Tagung. Es wurden Neuentwicklungen der Behandlung oder der Forschung der Schizophrenie diskutiert.

*Der Reporter :*

„Wenn man den Vorträgen und Diskussionen dieser Tagung zuhört, dann besteht Gefahr, depressiv zu werden, denn die Medizin weiß heute über Schizophrenie nicht viel mehr als vor 100 Jahren. Diese Krankheit kann ja nicht einmal wirklich diagnostiziert werden.“

*Der ärztliche Leiter eines psychiatrischen Krankenhauses:*

„Ja, große Fortschritte hat es wirklich nicht gegeben, in der Diagnose sind sich die Fachärzte einig, aber es gibt ziemliche Grenzfälle, die auch widersprüchlich diagnostiziert werden.“

*Der Reporter :*

„Offen wurde bei der Tagung ausgesprochen, daß Schizophrenie unheilbar ist, die Medikamente bekämpfen ja nur die Symptome, diskutiert wurden aber immerhin neuere Medikamente.“

*Der ärztliche Leiter :*

„Diese neuen Medikamente sind auch in unserer Klinik in Erprobung und wir haben sehr ermutigende Erfolge. Daß Schizophrenie unheilbar ist

stimmt nur bedingt, wir Ärzte können sie nicht heilen, aber es komme in 30% der Fälle zu unerklärlichen Spontanheilungen. Wir können den meisten Schizophrenen helfen mit ihrer Krankheit relativ gut zu leben, vergleichbar mit Diabetes.

In diesem Interview spiegelt sich die resignative aber auch widersprüchliche Haltung bei der Behandlung der schizophrenen Psychose deutlich wieder, die in der Psychiatrie sehr verbreitet ist. Die Schizophrenie wird als schwere, unheilbare Krankheit gesehen, die man einzig und allein durch Medikamente lindern kann. Merkwürdigerweise aber heilt die Erkrankung bei einem Drittel der Betroffenen wie von selbst aus. Psychotherapie wird einerseits oft als wirkungslos, andererseits aber gleichzeitig als gefährlich im Sinne einer Verschlechterung angesehen.

Das Institut für Psychotherapie, an dem ich arbeite, ist als autonome Abteilung eingebettet in den Komplex der Landesnervenklinik Wagner Jauregg, einem psychiatrischen Großkrankenhaus mit dem Auftrag der psychiatrischen Versorgung ganz Oberösterreichs. Das Institutsteam besteht aus vier ständigen Mitarbeitern, die alle sowohl Fachärzte für Psychiatrie als auch systemische Psychotherapeuten sind und einem psychiatrischen Ausbildungsassistenten, der nach meist drei Monaten dem nächsten Platz macht. Wir arbeiten lösungs- und zielorientiert, was im medizinischen Kontext heißt: Wir fokussieren auf Gesundheit. Wir beginnen die psychotherapeutischen Gespräche meistens mit dem identifizierten Patienten und erweitern auf das Familiensystem, aber auch das therapeutische (z. B. mit einem Reflecting Team) je nach Bedarf des

therapeutischen Prozesses. Termine werden von Gespräch zu Gespräch neu vereinbart, jedes Gespräch könnte das letzte sein. Wir halten die Dauer der Therapie so kurz wie möglich, aber so lang als nötig.

Trotz des auch in unserem Krankenhaus allgegenwärtigen medizinischen Modells einer psychiatrischen Erkrankung sind ein Viertel aller Zuweisungen von den Stationen Zuweisungen von Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose. Die Vorstellungen der Zuweise-reichen von:

„Patient solle mit seiner Krankheit leben lernen“ bis zu „Lösung der Mutter-Kindsymbiose“ aber auch schon klareren Zielvorstellungen wie „Unterstützung der Ablösung der Patientin.“

### Ein Fall " Beispiel"

Hubert, 23 Jahre; Diagnose: Prozeßpsychose; Zusatzinformation: Leistungseinbruch nach Matura, Gedanken kreisen insbesondere um Liverpool, Beatles, Fußball, Patient kann keine Ziele finden.

Hubert ist das letzte von 5 Kindern, wohnt zu Hause in einer Kleinstadt, erzählt beim Erstgespräch von seiner Sehnsucht nach Liverpool, die für ihn die Stadt der Liebe und Freiheit ist, wie es die Beatles in ihren Liedern besingen würden. Gleichzeitig die Stadt der Geborgenheit in der Crowd im "Stadion der Reds ". Beim nächsten Gespräch beteuert die Mutter unter herzerreißendem Schluchzen alles für ihn tun zu wollen, da er so unselbständig sei.

Auch die Sorge Huberts um die Gesundheit der Mutter wird deutlich, da diese an einer "Herzkrankheit" leidet.

Das Beispiel zeigt die typische Konstellation, die wir immer wieder als systemische Grundbedingung für das Auftreten von schizophrenem, psychotischem Verhalten vorfinden. Ein länger anstehendes, als unlösbar erlebtes Dilemma. Ein Dilemma zwischen Autonomie einerseits und Bindung andererseits, es bestehen Sehnsüchte, Wünsche, Hoffnungen nach einem eigenen Leben und es gibt Bindungen an die Herkunftsfamilie die sich oft als massive Loyalitäten äußern, die nicht angesprochen und nicht in Frage gestellt werden dürfen. Das schizophrene Dilemma ist massiv und langandauernd. Es wird kognitiv nicht verarbeitet, ist aber emotional sehr stark spürbar.

Grundbedingung ist unserer Meinung nach auch eine Persönlichkeitsbedingung als Voraussetzung für die Entwicklung einer schizophrenen Störung, nämlich die außergewöhnliche Sensibilität, die sich als ein der Fülle von Wahrnehmungen ausgeliefert sein, und der Unfähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden äußern kann.

Ziel in der Therapie ist es entweder alleine mit dem IP oder auch mit der Familie Lösungen aus diesem Dilemma zu entwickeln .

Seit 1986 haben wir mit dem Reflecting Team (RT) zu experimentieren begonnen und setzen es seit einigen Jahren immer dann ein, wenn wir den Eindruck einer komplexen von Vieldeutigkeit und Unklarheit geprägten Kommunikation einer Familie haben und gleichzeitig eine geringe Motivation besteht, an einem konkreten Problem oder Ziel zu

arbeiten. Das Reflecting Team hat sich insbesondere bei schizophrenen Störungen bewährt:

□ es bietet dem Therapeuten Sicherheit, sich in der vagen und oft unklaren Kommunikation der schizophrenen Familienwelt zurecht zu finden, indem er z. B. in die Reflexionen mit einbezogen wird,

□ es gelingt durch die meist im Konjunktiv geäußerten Möglichkeiten ein exaktes Andocken an den Kommunikationsstil der Familien mit einem schizophrenen Mitglied,

□ und ermöglicht mit Hilfe des Teams ein Dilemma sichtbar zu machen z. B. durch ein spontanes Splitting der Teammitglieder.

Bei unserer Nachuntersuchung von 27 Patienten mit der Diagnose schizophrener Psychose und Behandlung mit dem Reflecting Team bei durchschnittlich 6 Therapiesitzungen / Patient stießen wir auf folgende Ergebnisse :

Die Anzahl der stationären Aufenthalte in einem Untersuchungszeitraum von 5 Jahren nach abgeschlossener Psychotherapie hatten sich im Vergleich zu den 5 Jahren vor Abschluß der Psychotherapie von gesamt ca. 4000 Tage auf ca. 1000 Tage reduziert. Die Hälfte der Patienten benötigte nach abgeschlossener Psychotherapie keinen stationären Aufenthalt mehr. Die Patienten mit stationärem Aufenthalt blieben nach abgeschlossener Psychotherapie deutlich kürzer. 2/3 der Patienten benötigte keine Psychopharmaka mehr, die Patienten fühlten sich deutlich wohler im Vergleich mit dem Zeitraum vor der Psychotherapie. Umgelegt auf absolute Zahlen zahlten Krankenkasse und Rechtsträger in den 5 Jahren nach abgeschlossener Psychotherapie um

9,3 Mill. öS weniger für stationäre Aufenthalte. Dem gegenüber steht ein durchschnittlicher Aufwand für die Psychotherapie mit Reflecting Team von 24000,- öS pro Patient und Familie (bei einem fiktiven Stundenhonorar von 1000,- öS pro Therapeut und durchschnittlich 6 Sitzungen pro Familie). Multipliziert mit 27 Patienten ergeben sich daher Gesamtkosten von 648000,- öS für die psychotherapeutische Behandlung (Katamnestiche Studie des Inst. für Psychotherapie am Wagner-Jauregg-Krankenhaus Linz (1989 H. Merl, J. Hüpf, G. Werl) über Psychotherapie mit Reflecting Team bei „psychiatrischen“ Patienten).

Die Grenzen von systemischer Kurzzeitpsychotherapie aber auch jeder anderen Psychotherapie beginnen dort, wo die Hoffnung auf Gesundheit verloren geht. Bei Ärzten z. B. weil sie Pathologie-geprägt und medizinisch indoktriniert sind. Bei Psychotherapeuten, weil sie sich frohen Mutes und voll Enthusiasmus an die Therapie schizophrener Störungen wagen, und dann überrascht werden von unbekanntem Phänomenen, überfordert sind und das „Handtuch werfen“. Oder auch vom Patienten und seiner Familie selbst, da sie entmutigt durch Aussagen wie „Schizophrenie ist nicht heilbar“ die Hoffnung auf Besserung oder Heilung aufgeben.

Nach unseren Erfahrungen besteht dafür kein Anlaß. Bei rascher Indikationsstellung für eine psychotherapeutische Behandlung mit einem auf diesem Krankheitsgebiet und in der Kooperation mit den übrigen Helfern erfahrenen Therapeuten, der bei Bedarf auch durch ein Reflectierendes Team unterstützt werden kann, bestehen gute Chancen, daß die erste Psychose auch die letzte gewesen ist.

## Systemische Wirkungen und Nebenwirkungen und die Psychiatrie

Chr. und H. Merl

### Einleitung

Systemische Nebenwirkungen zeigen sich als überraschende Wirkungen systemisch intendierten Handelns = Interventionen. Sie können den/die Handelnden verwirren bis entmutigen. Wenn es um helfendes Handeln im Zusammenhang mit dem System Psychiatrie geht, sind die Eigenarten dieses Systems zu bedenken. Die nachfolgenden Überlegungen sollen darauf aufmerksam machen, daß es positive wie negative Nebenwirkungen gibt, sowie auf diejenigen Faktoren aufmerksam machen, welche zu Nebenwirkungen führen können, woran sie erkennbar sind, was dabei zu bedenken ist und wie sie letztlich einer helfenden Intention dienlich sein können.

### Nebenwirkungen

Nebenwirkungen sind durch die medizinische Behandlung von Erkrankungen wohlbekannt, Sie sind Wirkungen, die nicht der Hauptintention eines Behandlers entsprechen, derentwegen er z.B. ein bestimmtes Medikament gegeben hat. Er geht dabei davon aus, daß es optimalerweise eine Hauptwirkung gibt und keine Nebenwirkungen. Nun ist jede medizinische Behandlung eine Intervention in das System Organismus d.h. in ein komplexes, lebendes und in bezug auf seine inneren Anforderungen und die seiner Umwelt anpassungsfähiges und daher ständig in

Bewegung befindliches System, von dem wir je nach Ziel eine im Vergleich dazu relativ statische Modellvorstellung entwickelt haben<sup>1</sup>, welche die Komplexität reduziert. So weisen z.B. die Beipacktexte jedes Medikaments auch darauf hin, wieviele Möglichkeiten von Nebenwirkungen es dabei gibt. Diese Nebenwirkungen - gesammelte Beobachtungen bei der Entwicklung des Medikaments und der Behandlung - sind Antworten anderer Teile des Systems auf die Intervention als die, auf die sie gerichtet war. Sie „reagieren“ mehr oder weniger ausgiebig „mit“. Meist wird dabei von unerwünschten Nebenwirkungen gesprochen. Unerwünscht von wem?

Von dem, der ein bestimmtes Mittel mit der Hoffnung oder dem Versprechen verabreicht, daß durch dessen Hauptwirkung ein Leidenszustand gelindert oder beendet wird. Auf eventuelle Nebenwirkungen wird, abgesehen vom Beipacktext, vom Behandler, wenn auch nicht immer, hingewiesen<sup>2</sup>. Insofern wird jede Nebenwirkung auch für den Empfänger unerwünscht.

Manchmal muß sie um der Hauptwirkung willen in Kauf genommen werden, wie etwa der mögliche Haarverlust bei Verabreichung von Zytostatika bei bösartigen Erkrankungen, solange es keine Zytostatika für eine bestimmte Indikation ohne diese Nebenwirkung gibt.

Gibt es aber nur unerwünschte Nebenwirkungen?

<sup>1</sup> Die verschiedenen Auflagen der Lehrbücher für Physiologie oder Internen Medizin zeigen dies deutlich

<sup>2</sup> Nicht allerdings im System Psychiatrie, etwa auf die Möglichkeit der Spätdyskinesien, die einen Dauerschaden darstellen. Dort wird meist dann auf die Nebenwirkungen reagiert, wenn sie aufgetreten sind.

So hatte ein bestimmtes, gegen Allergie gerichtetes Medikament als eine seiner Nebenwirkungen den Appetit gefördert, und konnte so dort eingesetzt werden, wo die Nahrungsaufnahme mangelhaft war. Ein gegen zu hohen Blutdruck entwickeltes Medikament wird jetzt zur Haarwuchsförderung eingesetzt und ein gegen Herzbeschwerden wirksames Medikament fördert die Erektionsfähigkeit. In den beiden letzten Fällen werden diese Medikamente jetzt mit dieser Hauptindikation vermarktet. So kann die Nebenwirkung zur Hauptwirkung werden. Die Verwendung des Begriffs „Nebenwirkungen“ ist also Ausdruck der Definitionsmacht dessen, der sie im Vergleich zu einer erwünschten und intendierten Wirkung so bezeichnet.

Das heißt, wir können grundsätzlich davon ausgehen, daß jede unsere Handlungen, vor allem aber jede unserer Interventionen, d.h. die unserer Handlungen, die wir als Interventionen definieren, um bestimmte Zustände zu erhalten oder zu verändern, einfach Wirkungen haben oder genauer ausgedrückt, Rückwirkungen des Systems auf unser Handeln auslösen. Dabei definieren wir das, was unser Handeln auslöst, als Wirkung, nicht als Rückwirkung<sup>3</sup>. Erst auf Grund der unserem Handeln zugrunde liegenden Modellvorstellungen, sprechen wir dann von einer intendierten Hauptwirkung und auch von Nebenwirkungen, die von uns unbeabsichtigt sind und die wir dann erst als erwünscht oder unerwünscht klassifizieren können.

<sup>3</sup> Der sprachlichen Einfachheit halber wird im folgenden meist der Begriff „Wirkung“ verwendet, auch wenn es sich immer um Rückwirkungen handelt, außer es geht um Verdeutlichung. Auch in der Verwendung des Begriffs „Wirkung“ statt „Rückwirkung“ zeigt sich die Definitionsmacht des Intervenierenden.

Die Modellvorstellung selbst entsteht durch ständiges Experimentieren mit dem lebenden System, entweder mit dem Ziel es überhaupt kennenzulernen, oder bestimmte Wirkungen zu erzielen. Der Weg dahin ist „trial and error“, kompliziert durch die Voreinstellungen („Bias“= Vorurteil) des Untersuchers. Daraus ergibt sich eine Art „statistischer Absicherung“ der Definition dessen, wie das System „ist“ und was „daher“ als Hauptwirkung gelten kann<sup>2</sup>.

Erst die Nebenwirkungen, die oft aus der Modellperspektive wie zufällig und unerwartet auftreten, zeigen mehr von der tatsächlichen Komplexität. So gesehen können wir, wenn es um Wirkungen geht, erst durch sie immer besser entscheiden, ob man sie um der Hauptwirkung willen in Kauf nehmen will oder nicht, bzw. ob nicht die Nebenwirkung wichtiger als die Hauptwirkung ist und man die Definition, was Haupt- und was Nebenwirkung ist, besser umkehrt - dies entspricht einer ersten Veränderung des ursprünglich zugrundegelegten Modells - und schließlich als weitreichendere Konsequenz, ob man nicht nach einer gründlichen Revision des Modells eine ganz neue Intervention plant<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Lt. Duden Fremdwörterbuch Bd. 5

<sup>3</sup> Dies wird in einer gewissen Absurdität an der Definition der sog. Zielsymptome im Zusammenhang mit der Anwendung von Psychopharmaka sichtbar, bei der etwa Angst oder Depression nicht als von einer bestimmten Lebenssituation abhängig gesehen und in ihrer subjektiven Berechtigung exploriert werden, sondern nur davon, ob bestimmte Neurotransmitter zur Verfügung stehen oder nicht. Die aus solchen Untersuchungen stammenden Statistiken werden dann zur Werbung bei den Psychiatern verwendet, die einfach behandeln und sich mit den Grundlagen der Untersuchung nicht beschäftigen können. So werden Ärztezeitschriften Extradarstellungen einer bestimmten psychiatrischen Erkrankung mit dementsprechend zurechtgeschnittenen Falldarstellungen beigelegt, die sich letztlich als Reklame für ein bestimmtes Medikament einer bestimmten Firma herausstellen.

<sup>4</sup> Wegen der mangelhaften Kenntnis eines Systems kommt es oft zur „Suche nach dem richtigen Medikament“, bei der man über eine Intervention, etwas Unbekanntes im System

Dies weist auf die erste und wohl wichtigste Bedeutung des intervenierenden Handelns als *experimentierendes Kennenlernen von Systemen* hin, das gleichzeitig *systemische Intervention* ist. Das Definieren der Ergebnisse dieses Experimentierens als Haupt- oder Nebenwirkung, erwünscht oder unerwünscht kommt erst in zweiter Linie.

### Handeln oder experimentierendes Handeln - das

#### Problem

#### der Intention

Wenn wir von experimentierendem Handeln sprechen, so geben wir schon eine Intention bekannt, in deren Dienst dieses Handeln steht. Damit stellt sich zunächst die Frage: Gibt es intentionloses Handeln?

Vom Standpunkt des Handelnden gesehen ja, etwa, wenn jemand eine unwillkürliche Bewegung tun muß, um sich etwa aus einer unbequemen Sitzhaltung zu befreien. Dies ist nicht so leicht vom Standpunkt dessen zu sagen, der etwa diese Bewegung als auf ihn bezogen wahrnimmt. Könnte Sie nicht eine Intention ausdrücken? Es hängt dann von der Bedeutung ab die er ihr gibt, d.h. von seiner Definitionsmacht, und oft ist ein „klärendes Gespräch“ nötig, um den „Irrtum“ aufzuklären<sup>7</sup>. Wie auch immer, im Hinblick auf die Intention betrachtet: Jedes Handeln hat systemische Wirkungen, die sich letztlich aus der Bedeutung ergeben, die diesem Handeln vom System erteilt werden. Diese Bedeutungsgebung kann dann zu Wirkungen führen, die den Handelnden in positiver oder

Organismus zu „treffen“ sucht. Dies geschieht in der Psychiatrie sehr oft an Stelle einer weitreichenderen Exploration der psychischen und sozialen Situation eines Menschen.

<sup>7</sup> Dies ist bei paranoidem Denken der Fall, wo eine Aufklärung nicht möglich ist.

negativer Weise beeindrucken können und ihn das System kennenlernen lassen.

Diese Überlegungen sind z. B. dann wichtig, wenn etwa die Kleidung eines Menschen, die Einrichtung seines Zimmers, die Art wie er sich bewegt oder spricht, unbeabsichtigte, aber doch deutliche Wirkungen auslösen<sup>8</sup> z. B. in Bezug auf etwaige Absichten dieses Menschen befürwortende oder antagonistische Intentionen im wahrnehmenden System. Damit ist eine *bewußte Intention* eines Handelnden der für seine Beurteilung ihrer auf das System (= seine *Rückwirkung* darauf), bzw. ihre Klassifikation als Haupt- und Nebenwirkung ausschlaggebende und (seine Intention und Wirkung=Rückwirkung) verbindende Faktor. Intention ist aber nicht eine einfache Bedingung, die hinter dem Handeln steht. Es lassen sich *Grundintentionen* von *strategischen* Intentionen und *taktischen* Intentionen unterscheiden.

*Grundintention* ist die grundlegende Absicht hinter dem experimentierenden Handeln. Die *strategische* bzw. *taktische* Intention steht im Dienst der Grundintention. Um solche handelt es sich bei allem, was im allgemeinen als Intervention bezeichnet wird.

Warum ist das wichtig? Weil die Beurteilung der Wirkungen solcher Interventionen dazu veranlassen kann, die strategische bzw. taktische Intention zu ändern, ohne die Grundintention aufzugeben.

Ein Beispiel dafür ist alles therapeutische Handeln. Wenn Besserung oder Heilung von Leidenszuständen die Grundintention ist, dann gibt es

<sup>8</sup> So hat der weiße Mantel eines Arztes bereits deutlichen Einfluß auf die Einstellung der Patienten. Das kann soweit gehen, daß jeder, der im Krankenhaus einen weißen Mantel trägt, als jemand angesehen wird, dem entsprechende Macht zugeschrieben wird, auch wenn er Beamter oder vielleicht Küchenangestellter ist.

verschiedene Möglichkeiten, sie umzusetzen, vor allem ist es möglich, auf Grund der Wirkungen der Interventionen zu entscheiden, ob man anders vorgehen soll. Das ist immer der experimentierende Anteil dabei. Problematisch wird es erst, wenn trotz negativ beurteilter Wirkungen, an einer nicht erfolgreichen strategischen Intention i. S. von „mehr desselben“ festgehalten wird. Im anderen Fall der positiven Wirkung oder auch Nebenwirkung ist es im Sinne der Grundintention nützlich, daran festzuhalten: „If it works, do more of it, if it doesn't work, do something different“ (de Shazer 1985).

### Handeln von außen - Handeln von innen

Wenn Intervention im allgemeinen Sprachgebrauch als Handeln von außen in Hinblick auf ein System verstanden wird, so ist dies eine unvollständige Betrachtungsweise. Jedes Handeln im Systeminneren von einem oder mehreren seiner Elemente ist ebenfalls experimentierendes Handeln und, wenn es mit einer bestimmten Intention geschieht, systemische Intervention. Dies zeigt sich nicht nur an den Wirkungen, bzw. den Haupt- und Nebenwirkungen die es auslöst, sondern es ist der Motor der ständigen (spontanen) Veränderung von Systemen auch ohne Intervention von außen. Dies erleben alle, die als Mitglieder eines Systems versuchen, ihr Verhalten bewußt zu verändern.

### Lebende Systeme - ein Exkurs in Bezug auf Interventionen und Wirkungen

Lebende Systeme sind komplex in Zusammensetzung und Organisation, selbstorganisierend und anpassungsfähig, wenn sie durch innere oder äußere Anforderungen dazu herausgefordert sind und gehorchen dabei ihren eigenen Gesetzen, die durch die Interdependenz der Individuen als seine Elemente, durch die sie zu einem komplexen Nachrichtennetzwerk verbunden sind, in Kraft gehalten wird und diesen bestimmte Funktionen im Gesamt zuweisen bzw. von diesen übernommen werden. Funktion bezeichnet daher Art und Ausmaß ihrer Beteiligung an der Interdependenz und wird durch die Anbindung eines Individuums zugewiesen. Die Gesetze stehen im Dienste der Ökologie, d.h. des Zusammenlebens, welches Existenz und Entwicklung der Individuen sichern soll. Daher sind lebende Systeme „Ökosysteme“. Alles das gilt für jedes lebende System in seiner besonderen Eigenart. Experimentierendes Handeln ist daher eine Störung<sup>9</sup> und berührt dadurch diese Gesetze die bewirken, daß die „Antworten“ des Systems auf diese Störung, d.h. die durch dieses Handeln ausgelösten Wirkungen nicht nur komplex sondern vor allem strukturdeterminiert bestimmt sind (Maturana u. Varela 1987), d.h. daß die „geltende“ Struktur durch die „Antworten“ überhaupt erst sichtbar wird. Das System manifestiert sich in seiner Dimension und Eigenart an der Störung, die auf diese Art eingebracht wird, und zwar solange, als es durch diese Störung nicht zer-stört wird.

<sup>9</sup> Dies gilt sowohl für experimentierendes Handeln von außen wie von innen, da experimentierendes Handeln nicht grundsätzlich „gesetzeskonform“ ist und daher, beabsichtigt oder nicht, die geltenden Gesetze in Frage stellen kann.

Durch diese Perspektive wird die Ausdehnung der Wirkung experimentierendes Handelns weit über den Organismus des einzelnen Individuums hinaus in das Ökosystem erkennbar. Experimentierendes Handeln, wie immer es ist, wird nämlich zwar von den einzelnen Individuen rezipiert, erhält aber von ihnen seine sowohl *individuelle* wie *systemische* - d.h. die systemischen Gesetze, die jedes Individuum durch seine Funktion mitträgt, tangierende - Bedeutung, deren Mitteilung über das systemische Nachrichtennetz die Wirkung an jedem einzelnen Individuum und entsprechende Stellungnahmen (=Rückwirkungen) auslöst, und das macht sich bemerkbar: Einerseits an jedem einzelnen als Organismus, d.h. wieweit er sich in seiner Existenz berührt fühlt, andererseits wird seine Funktion als Teil des Systems bzw. des Netzwerks sichtbar<sup>10</sup>.

Daß etwa die Wirkung medizinischer Maßnahmen davon abhängt, ist wohlbekannt<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Daß dieses Nachrichtennetzwerk genutzt werden kann, zeigt das Beispiel des „positiven Trashes“ (Merl). Beginnt man in einem System über jedes Mitglied zu einem Dritten nur positiv zu reden, etwa seine Fähigkeiten, seine guten Seiten etc. anzusprechen, so ändert sich die Atmosphäre in Richtung mehr Zusammenarbeit.

„Ich arbeite seit zwei Jahren in einem Behandlungszentrum für Jugendliche, die aus sehr schwierigen sozialen Verhältnissen kommen: Armut, Eltern, die drogenabhängig sind, als Prostituierte arbeiten und wegen psychiatrischen Erkrankungen in stationärer Behandlung, oder im Gefängnis sind. Die Kinder haben eine Reihe von Problemen, können ihre Impulse nicht kontrollieren, sind aggressiv, machen Überfälle, zerstören Eigentum etc. Meine Kollegen nennen das „Störungen des Benehmens“. Neben einigen wirklich liebevollen Betreuern fand ich viele, die ausgebrannt sind und nur mehr „Papiere herumschieben“. So begann ich, die Technik des „Positiven Trashes“ sehr häufig in verschiedenen Formen anzuwenden. Das war für diese Mitarbeiter sehr hilfreich und erfolgreich“ (Keren Suberri 1996, persönliche Mitteilung)

<sup>11</sup> So ist etwa die Insulineinstellung diabetischer Jugendlicher von der Lage des Kindes und seiner Familie abhängig (Mengel et al. 1992)

### Das System - die Matrix aller Wirkungen vom Standpunkt der Intervention

Es ist eine Binsenweisheit, daß der Umstand systemischer Vernetzung der Mutterboden aller Wirkungen ist. Für die Erfassung von Systemen bzw. deren Stabilität und Veränderung, sind zwei Überlegungen wichtig, die wir als Untersucher oder „Interventier“ vor aller Festlegung eines bestimmten Systems anstellen müssen:

1. System bezeichnet das *mehr als flüchtige*<sup>12</sup> Bestehen gleichzeitiger Beziehungen zwischen Teilen innerhalb der Gesamtheit der globalen Vernetzung. Allerdings, bestimmen wir, was wir als System ansehen, ist doch der Begriff für uns in erster Linie eine „Sehhilfe“, um das Bestehen von mehr als flüchtigen gleichzeitigen Beziehungen zwischen seinen Elementen, festzustellen. „Mehr als flüchtig“ weist auf unsere menschliche Wahrnehmungskapazität hin. Wir treffen mit ihrer Hilfe eine Auswahl aus der Vernetzung, reduzieren aber durch sie auch die Komplexität, d.h. wir sind geneigt, das als System zu bestimmen, was wir als solches überblicken können. Damit sind wir von unserem jeweiligen Wahrnehmungspotential abhängig<sup>13</sup>, und jedes System, von dem wir sprechen, ist nur eine dementsprechende „Landkarte und nicht das Territorium“ (BATESON 1973).

2. Jedes Element jedes Systems hat grundsätzlich alle Bewegungsfreiheit, wenn, ja wenn es nicht in *bestimmten Beziehungen* zu den anderen Teilen stünde und so in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt wäre. Es stellt

<sup>12</sup> Jede mehr als flüchtige Begegnung bewirkt gegenseitige Beeinflussung und schließlich die Ausbildung von Regeln im Umgang miteinander, je länger die Begegnung andauert.

<sup>13</sup> Die Entwicklungsgeschichte der Ökologie ist eine der zunehmenden Erweiterungen der Wahrnehmung der Vielfalt interpendenter Faktoren eines Lebensraums.

mit einem bestimmten Verhalten, einer Auswahl aus allen seinen möglichen Verhaltensweisen, diese bestimmten Beziehungen her<sup>14</sup>.

Dies bedingt zwar, daß wir „Struktur“ sehen können, bedeutet aber gleichzeitig, daß jedes Element seine *Ambivalenz* in bezug auf seine jeweilige Position beherrschen und sie beibehalten muß, um seine Position = Einstellung in der Struktur beibehalten (und damit seine Funktion erfüllen) zu können, denn sie könnte grundsätzlich ja auch anders sein und würde auch gewählt werden, wenn es nicht „Gründe“ gäbe, sie beizubehalten. Alles, was wir als System definieren, ist daher immer ein bestimmtes und als solches durch die Art der Einstellungen der Elemente zueinander und dadurch der Beziehungen zwischen ihnen charakterisiert und somit eine Variante unter unendlich vielen. Die Ambivalenz, die jedes Element an seinem Platz in seiner Einstellung hält, bewirkt ein für es ökologisch mehr oder weniger erträgliches Dilemma zwischen Beharren und Veränderung. Dieses Dilemma sprechen wir auch an, wenn wir „nur“ untersuchen, allerdings weniger, als wenn wir intervenieren wollen, denn dann hoffen wir, die Tendenz zur Veränderung zu fördern.

Beides, letzteres aber mehr, läßt als experimentierendes Handeln erkennen, was sich bewegen läßt und was sich der Bewegung entgegenstellt. Das ist es, was uns letztlich hilft, Modelle zu entwickeln und gemäß unserer Absicht zu testen, und die Wirkungen, die wir erst im Zusammenhang damit erzielen, als Haupt- oder Nebenwirkung, als erwünscht oder unerwünscht zu klassifizieren.

<sup>14</sup> Wie Simon (1995) hinweist, sind die sich aus den bestimmten Verhaltensweisen ergebenden Interaktionen die eigentlichen Elemente eines bestimmten Systems.

3. Jedes Element, das mit einem System, d.h. einem schon aus mehreren Elementen länger bestehenden Beziehungsgefüge in eine mehr als nur flüchtige Beziehung tritt, erhält eine Funktion zugewiesen und übernimmt sie auf seine Weise. Dies sowohl für die Verbindung im inneren wie die Ankoppelung von außen. Im letzteren Fall wird es für die Dauer seiner mehr als flüchtigen Beteiligung zum „Mitglied“<sup>15</sup>. Das bedeutet für experimentierendes Handeln im Sinne des Kennenlernens und Intervenierens von den Gesetzen des Systems berührt zu werden und zu dieser Berührung Stellung nehmen zu müssen, darauf beruht beim Intervenierenden seine Auswahl an Handlungsmöglichkeiten, wenn er Veränderung bewirken will.

4. Stabilität, wie sie von innen oder von außen wahrgenommen wird, bedeutet einen Zustand der Vorhersehbarkeit. Was geschieht, ist bekannt und kann erwartet werden. Dies bezieht sich auf die Redundanz der im System durch Handeln ausgelösten Informationen. E. v. Weizsäcker (1974) klassifiziert Informationen nach ihrer pragmatischen Wirkung und spricht von erwartbaren Informationen als solche, die hauptsächlich „Bestätigung“ enthalten im Gegensatz zu solchen, die, weil neu und unerwartet, hauptsächlich „Erstmaligkeit“ enthalten, die erst in „Bestätigung“ umgewandelt werden muß. Demnach enthalten Interventionen von innen oder außen, wenn sie Veränderung bewirken

<sup>15</sup> Dies hat letztlich zum Begriff der Kybernetik zweiter Ordnung geführt. Die „Mitgliedschaft“ entsteht relativ schnell. So ist der „Patient“ schnell nicht mehr eine spezielle Persönlichkeit, sondern Teil des Behandlungssystems, in dem er erst seine Persönlichkeit wieder zugestanden bekommen muß. Dies hat zu den anonymen Behandlungssälen der Psychiatrie geführt, wo auf Grund der Hoffnungslosigkeit der Behandler, helfen zu können, die Menschen zu Mitgliedern des Systems Psychiatrie wurden.

sollen hauptsächlich „Erstmaligkeit“, die erst „verdaut“ werden muß. Die ein System regierenden Gesetze trachten das Ausmaß des Verhältnisses zwischen angenehmer bis erträglicher „Bestätigung“ und verkraftbarer „Erstmaligkeit“ zu kontrollieren, die sich in der Ambivalenz jedes Systemmitglieds zu seiner Position ausdrückt<sup>16</sup>. Daraus ergeben sich dann die unerwarteten d.h. für einen Intervenierenden „Erstmaligkeit“ enthaltenden Wirkungen.

5. Was wir dann, sei es von innen oder von außen als bestimmtes System wahrnehmen, ist die Redundanz *bestimmten Verhaltens bestimmter Elemente zueinander*, d.h., daß wir zwar die Ambivalenz annehmen können, aber von ihr nur wahrnehmen können, was uns unsere Fähigkeit Redundanz wahrzunehmen und unsere Voreinstellungen („Bias“) zu sehen erlauben. Ein Teil dieser Voreinstellung ergibt sich aus unserer „Mitgliedschaft“. Das beeinflusst auch welche Elemente wir als beteiligt wahrnehmen können. Deswegen ist das Anzahlen der beteiligten Elemente und ihr Ausmaß an Ambivalenz nicht wirklich abschätzbar<sup>17</sup>. Wir können immer mehr Komplexität erwarten, als wir wahrnehmen.

<sup>16</sup> Man könnte sagen, daß die Ambivalenz zurückgehaltene „Erstmaligkeit“ ausdrückt, d.h. die Möglichkeit des unbekanntes Andersseins wird zugunsten der Bestätigung zurückgehalten.

<sup>17</sup> Dies zeigt sich deutlich in der Familientherapie, wenn ein Ehepaar so zerstritten erscheint, daß unerfahrene Therapeuten zur Scheidung raten und dann erkennen müssen, wieviel an Verbindendem und Positivem nicht zur Sprache gekommen ist. In einem solchen konkreten Fall eines Paares, die beide an einer Psychose erkrankt waren, befolgte die Frau den Rat der Therapeuten, sich von ihrem Mann scheiden zu lassen, traf aber regelmäßig hinter deren Rücken und mit vielen Schuldgefühlen ihnen gegenüber mit ihrem Mann zusammen, und führte die für beide beglückenden sexuellen Beziehungen mit ihm fort und versicherte ihm, wie sehr sie ihn brauche, um ihn dann nach jedem Zusammentreffen wieder abrupt zurückzuweisen. Auf diese unklare Situation reagierte der Mann mit Glückseligkeit bzw. tiefer, bis zur Suizidalität gehenden Verzweiflung.

### Beharren und Veränderung - die Faktoren menschlicher Ambivalenz.

Obwohl Leben ständige Veränderung bedeutet, ist es den systemimmanenten regelnden Bedingungen unterworfen, die diese Veränderung lenken. Wenn wir Veränderung durch Interventionen bewirken wollen, werden sie durch unsere Interventionen berührt und aktiviert. Da wir von menschlichen Systemen sprechen, bestimmen die Gesetze menschlichen Lebens bzw. menschlicher Ökologie, d.h. des Erhaltens und der Entwicklung des menschlichen Lebens im Zusammenleben über die Regelung der Ambivalenz und damit der Beziehungen. Dabei müssen wir folgende systemischen und individuellen Bedingungen beachten, die in diese Regelung eingreifen.

1. Jedes System ist ein komplexes Nachrichtennetz, das alle Elemente, d.h. auch die, die wir nicht gleich als solche erkennen, verbindet (s.o.)

So wird alles, was geschieht, nicht nur überall hin gemeldet sondern wirkt dadurch auf die Kontrolle der Ambivalenz im Zusammen-Leben und damit auf die Einstellungen der Elemente zueinander.

2. Jedes Lebewesen ist das, was v. Foerster als „nicht-triviale Maschine“ bezeichnet<sup>18</sup>, d.h. als eine, deren Rückwirkungen auf einen Input im allgemeinen nicht vorhersehbar sind. Dies gilt für den Menschen besonders, der ja jede Nachricht an ihn gemäß seiner persönlichen Wirklichkeitskonstruktion auf seine besondere Weise wahrnimmt und interpretiert und eine dementsprechende, d.h. für ihn in der bestimmten Situation passende Antwort = Stellungnahme entwirft.

<sup>18</sup> Referat, gehalten am 1.3. 86 in Heidelberg

Wen könnte es daher verwundern, daß jede Intervention als ein Ereignis sich über das Netzwerk verbreitet und vielfältige Wirkungen auslöst, die sich als *Intention* jedes einzelnen zeigen, seine jeweils bestimmte Position zu behalten oder zu verändern. Jede Intention dabei kann schon länger, wenn auch latent, bestanden haben oder erst durch die Intervention geweckt worden sein<sup>19</sup>.

3. Jedes Individuum eines lebenden Systems hat als Mitglied seine Funktion bei der Erhaltung oder Veränderung eines Systems, mit der er einerseits seinen, andererseits den Interessen des Systems dient. Jede Funktion ist durch die Ambivalenz der Position Ausgangspunkt der Erhaltung oder Veränderung eines bestimmten Zustands, aber die Macht etwas beizubehalten oder zu verändern, die darin enthalten ist, ist durch die Interdependenz der Individuen in beiden Aspekten relativiert.

4. Für die Intentionen ist in menschlichen Systemen das bestimmend, was als „Traum vom gelungenen Selbst“ (TGS-Merl 1993) zu bezeichnen ist, d.h. die - auch biologisch - begründete (Uexküll u. Wesiack 1996) *Intention*, ein *distinktes Selbst* zu sein, d.h. *der zu sein, der man ist, wie immer man ist und es durch alle Entwicklung hin zu bleiben*, und dies vor der eigenen Person und den anderen Menschen der Umwelt, und dabei *autonom* und als ein solcher sowohl *geliebt* zu sein als auch *jemanden zu haben, der sich lieben läßt* - allerdings *ohne von Anfang an zu wissen, wie das sein wird*<sup>20</sup>. Der Autonomie kommt dabei ein hoher Stellenwert zu. Die Realisierung dieses Traums wird im Zusammenleben mit anderen ununterbrochen

<sup>19</sup> So werden etwa durch die Werbung als Intervention Bedürfnisse geweckt.

<sup>20</sup> Die Entwicklung dieses Selbst scheint, wie auch andere Strukturen der Psyche den Regeln der Entwicklung vom deterministischen Chaos zu folgen (Rossi, 1996)

angestrebt, im Wechselspiel zwischen Bedürfnissen, Phantasien und Erwartungen (an die eigene Person und die anderen) einerseits und jeweiligen situativen Anlaß andererseits, wobei bestimmte Bereiche, z.B. die der *Ursprungsfamilie* (d.h. in den Augen der Kinder ein guter Elternteil bzw. in den Augen der Eltern ein gutes Kind zu sein) bzw. der eigenen *Kernfamilie* (ein guter Partner zu sein) und auch des *Berufs* als existenzsichernder und Selbst-bestätigender Bereich besondere Wichtigkeit haben. Auch kulturelle Momente spielen eine bedeutsame Rolle, wie sich an Schwierigkeiten in Partnerschaften und Familien verschiedenen kulturellen Hintergrunds zeigt<sup>21</sup>. Der Gewinn aus einer solchen erfolgreichen Existenz ist ein ständiger Zufluß an Selbstwert, Selbstachtung und Selbstbewußtsein. Ist die erfolgreiche Realisierung bedroht, kann es zu Depression bis hin zum Selbstmord führen<sup>22</sup>, der oft als Rettung vor einer unerträglichen Existenz angesehen wird und gleichsam eine Transzendenz des Traums darstellt<sup>23</sup>, oder aber zu Gewalt

<sup>21</sup> Dies zeigt sich oft auch in Form von Nationalismus, mit der Möglichkeit den TGS wenigstens in dieser Form, als Deutscher, Serbe, als Afrikaner etc. zu zelebrieren. Dies kann dann andere Bereiche des TGS unbedeutend machen, etwa den familiären Bereich, wie Schwierigkeiten in bosnisch-serbischen Familien oder auch 1938 in unserem Bereich gezeigt haben. Plötzlich ist es wichtiger sich als „Serbe“ oder „Deutscher“ zu fühlen, statt als Partner oder Freund eines anderskulturellen Partners. Freilich wirft das auch die Frage auf, wieweit schon vorher Schwierigkeiten in dieser Partnerschaft bestanden haben, so daß durch den Nationalismus ein Manko im TGS ausgeglichen werden konnte. Welche unseligen Kräfte solche Entwicklungen entfesseln, haben der 2. Weltkrieg und auch der letzte Balkankrieg gezeigt.

<sup>22</sup> Die relativ häufigen Selbstmorde in der Psychiatrie, die scheinbar aus heiterem Himmel kommen, sind Ausdruck der Hoffnungslosigkeit in einer Situation, in der der systemischen Situation eines Menschen zuwenig Beachtung geschenkt wird.

<sup>23</sup> Ein junges, drogenabhängiges Mädchen, das mehrfach nach Tabletten- und Drogenmißbrauch wiederbelebt werden mußte, sagte, nachdem es wieder einmal gerettet worden war: „Ich fürchte mich nicht vor dem Tod, es kann nur besser werden. Ich beneide alle, die gestorben sind, die haben es besser.“

an und Ausbeutung der anderen, um sich „seinen Erfolg zu holen“ oder zumindest seinen Mißerfolg zu rechtfertigen<sup>24</sup>.

5. Die Realisierung des TGS geschieht auf Grund der jeweils persönlichen Wirklichkeitskonstruktion mit Hilfe eines inneren sog. *Persönlichen Referenzmodells* (PRM). Dieses ist das Ergebnis aus dem Zusammenspiel von körperlichen, seelischen und geistigen Anlagen und Dispositionen und den persönlichen Erfahrungen in den lebensbedeutsamen Systemen ist also Ergebnis der persönlichen Lerngeschichte bis zum jeweils aktuellen Anlaßzeitpunkt, und ist als solches „die Brille“, durch die man die Welt wahrnimmt (Merl 1987, 1988). So wie das PRM schlüssig und kohärent sein muß, müssen es auch die Wirklichkeitskonstruktionen sein, die es produziert, um für den Betreffenden als für seinen TGS anerkanntes Instrument zu gelten<sup>25</sup>. TGS und Wirklichkeitskonstruktion bestätigen einander in einer Art Zirkelschluß<sup>26</sup>. Dies ergibt im systemischen Kontext eine *systemische Wirklichkeitskonstruktion*, welche sich den Beteiligten als Erlebnishorm bzw. als ihre Beziehungsrealität - als ihr Alltag, und dem Intervenierenden als Eigenart des Systems zeigt, welche nicht nur jeden in seiner Funktion definiert, sondern auch kontrolliert und um deren Kohärenz und Kompatibilität für jedes Mitglied es täglich geht<sup>27</sup>. Daraus ergibt sich eine erhebliche

<sup>24</sup> Dies zeigt sich in Partnerschaften oder Familien bei Problemen als gegenseitiges Beschuldigen.

<sup>25</sup> Das gilt auch für das, was in der Psychiatrie als Wahnvorstellung angesehen wird. Der Begriff bezeichnet nur die Diskrepanz zwischen der Wirklichkeitskonstruktion des Psychiaters und der des Patienten.

<sup>26</sup> Wenn dies nicht der Fall ist, führt es zu schweren persönlichen Krisen, dem Erlebnis des Gespaltenseins, bis hin zur multiplen Persönlichkeit.

<sup>27</sup> Diese Kompatibilität wird etwa durch das Auftreten psychotischen Verhaltens kraß in Frage gestellt. Es ist extreme „Erstmaligkeit“ in erschreckendem Ausmaß und gilt daher als

Einschränkung der Wahrnehmungs-, Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten, d.h. „der Möglichkeit des Andersseins“ (Watzlawick 1978). Sie wird aber nicht als solche erkannt, solange sich keine gravierenden Probleme auf dem Weg der Entwicklung im Zusammenleben ergeben. Wenn sie auftreten, fordern sie eine Veränderung dieser Einschränkung im Sinne einer Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten heraus, auch wenn dies als sehr unangenehm erlebt wird<sup>18</sup>. Im System, das als Wechselspiel zwischen verschiedenen PRM mit je verschiedenen TGS beschreibbar ist, entspricht dies einer Revision der persönlichen, und daraus folgend der systemischen Wirklichkeitskonstruktionen und damit der Beziehungsrealität bzw. der Prozesse, durch die diese geschaffen wird<sup>19</sup>.

6. Da jeder Mensch aus einer bestimmtem Beziehungsrealität kommt und sich in seiner Wirklichkeitskonstruktion auf sie bezieht, ist jeder Versuch, ein bestehendes Problem zu lösen doppelt bestimmt: Als *versuchte Lösung* des Problems entsprechend dem *persönlichen TGS und der eigenen Beteiligung am systemischen Kontext*. Jeder Versuch, eine andere Lösung vorzuschlagen, wird daher grundsätzlich auf persönlichen Widerstand stoßen, solange es nicht im Sinne des eigenen TGS ist und von diesem Standpunkt aus auch als erprobenswert angesehen wird. Daraus ergeben

„verrückte“. Im Alltag der Psychiatrie ist diese „Erstmaligkeit“ durch die medizinische Klassifizierung handhabbar.

<sup>18</sup> Dies entspricht im Verlaufe der Entwicklung dem Wechselspiel zwischen Assimilation und Akkomodation, wie es von Piaget für die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten zur Bewältigung der wahrgenommenen Wirklichkeit beschrieben wurde. Akkomodation ist der unangenehmere Weg, weil er die Modifikation der bisherigen „Modellvorstellung“ von Wirklichkeit erfordert.

<sup>19</sup> Und durch diese Veränderung der Interaktionen als Elemente des Systems einer Veränderung des Systems (siehe 2)

sich die Möglichkeiten zu systemischen Schwierigkeiten verschiedener Grade, je nach dem Grad der Betroffenheit des TGS der Beteiligten:

Die „einfachste“ Schwierigkeit auf systemischer Ebene ist die, daß die versuchte Lösung des einen vom anderen nicht als solche verstanden wird. Das wäre als „einfache“ Kommunikationsstörung zu definieren. Ihr Schwierigkeitsgrad steigt dadurch an, daß sie auch dann, wenn sie verstanden werden würde, dennoch nicht im Sinne, d.h. in Hinblick auf den TGS des anderen ist, sodaß jeder der beiden sich mit seiner Lösung im Sinne seines TGS zu behaupten trachtet. Der höchste Schwierigkeitsgrad ist, daß die versuchte Lösung des einen vom/von den anderen als gegen die geltenden Regeln verstoßend angesehen wird. Das führt zu Konflikten, die nicht nur das ursprüngliche Problem erhalten, sondern es noch unlösbarer machen, und zwar umso mehr, je gefährdeter in den Augen des Betreffenden sein TGS ist, sodaß ein Kampf um jeden Preis und mit allen Mitteln und aller Verbissenheit gerechtfertigt erscheint<sup>20</sup>. Schließlich und wohl die bekannteste, weil bei Einsetzen von Symptomen einer Erkrankung oder bei sozialer Auffälligkeit auftretende Schwierigkeit ist die, daß sich an einem persönlichen Lösungsversuch alle anderen gemäß ihrem Verständnis beteiligen, um „zu helfen“<sup>21</sup>. Gerade durch diese „wohlwollende“ Absicht halten sie das Problem aufrecht, das eigentlich gelöst werden sollte<sup>22</sup> und

<sup>20</sup> Eine eindrucksvolle Beschreibung dieses Zustands gaben Selvini et al. 1977 als sie diese Dynamik als „Spiel“ und insbesondere „das schizophrene Spiel“ beschrieben.

<sup>21</sup> Die Behebung der dabei auftretenden Entzweiung von Eltern bei „Ablösungsstörungen Jugendliche“ ist Ziel der strategischen Therapie.

<sup>22</sup> Auf diese Schwierigkeit haben J. Weakland mit dem Begriff „attempted solution“ und P. Watzlawick mit dem prägnanten Satz „die Lösung ist das Problem“ hingewiesen. G. Nardone (Nardone u. Watzlawick, 1994) hat jüngst mit seinen Arbeiten zur Behandlung

verstärken es, sodaß sich neue Probleme daraus entwickeln. Jeder, der systemisch intervenieren will, muß daher auf den TGS jedes Beteiligten ebenso achten, wie auf alle persönlichen Versuche einer Lösung und gleichzeitig, daß er mit seiner Intervention sowohl die persönliche Beschränktheit jedes einzelnen als auch die systemische Beschränktheit aller durch die geltenden Gesetze reduziert und somit Kooperation statt Konkurrenz ermöglicht<sup>33</sup>.

7. Jedes System vermittelt denen, die dazugehören Stabilität und damit Sicherheit. Dies ist für den TGS, gleich ob der dabei bestehende Zustand ökologisch vorteilhaft ist oder nicht, Anreiz einen bestehenden Zustand eher beizubehalten. Diese „Sicherheit“ wird dem, der davon profitiert, erhaltenswert sein und er wird sie verteidigen, während der, der darunter leidet, nicht weiß, ob „was besseres nachkommt“. Diese auf beiden Seiten bestehende, wenn auch je verschieden motivierte Angst vor Veränderung, wird die Tendenz verstärken, einen bestimmten Zustand eher beizubehalten, als das Risiko einer unbekanntem Veränderung einzugehen. Daraus ergibt sich ein deutlicher Widerstand gegen Veränderung, den der zu spüren bekommt, der intervenieren will und damit das Problem der Balance zwischen der Intensität des Wunsches, einen bestimmten Zustand beizubehalten bzw. nach

von Phobie und Zwangsstörung gezeigt, wie das jeweilige Symptom die Familie organisiert und dies ein Hindernis bei der Behandlung darstellt, das aus dem Weg geräumt werden muß, damit die Klienten wieder Verantwortung für ihr Verhalten übernehmen können.

<sup>33</sup> Eine Bereitschaft dazu entsteht oft durch die extreme „Erstmaligkeit“ psychotischen Verhaltens, welches eine Krise auslöst. Die medizinische Diagnostik und die medikamentöse Behandlung vermitteln, daß alles beim alten bleiben kann. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der systemischen Intervention bei der Erstaufnahme, wie sie von Pittmann III et al. bereits 1967 dargestellt wurde, aber sich offensichtlich nicht durchgesetzt hat.

Veränderung, die sich als *richtiger bzw. falscher Zeitpunkt* für eine Intervention zeigt. Diese Situation ist dann von entscheidender Bedeutung, wenn Stabilität und Sicherheit mit ökologischer Unerträglichkeit erkaufte wird und eine Veränderung ansteht, die sowohl der Ökologie als auch dem Stabilitäts- und Sicherheitsbedürfnis Rechnung tragen muß, für deren Erarbeiten noch keine Erfahrungen und Regeln bestehen, die alten Regeln aber unbrauchbar geworden sind - ein Zustand der als „Krise“ bekannt ist. Ob eine Intervention zum richtigen bzw. falschen Zeitpunkt erfolgt zeigt sich an unerwarteten positiven bzw. negativen Nebenwirkungen.

8. Jedes System wird durch ein ihm unlösbar erscheinendes Problem in einen Zustand von *Problemtrance* versetzt und zwar umso mehr, je unlösbarer das Problem ist. *Das Problem dominiert die Perspektiven durch die bisher mißlungenen Lösungen.* Das verstellt den Blick auf andere Möglichkeiten. Auch das stellt sich jeder Intervention als Widerstand gegen Veränderung entgegen, wenn es nicht gelingt, den Blick der Beteiligten von ihr weg auf hoffnungsvollere Perspektiven zu richten<sup>34</sup>.

Alle diese Faktoren werden sich daher bei jeder Intervention als Rückwirkung aus dem System melden und werden in Hinblick auf sie als erwünscht oder unerwünscht klassifiziert werden. Sie sind auch in die systemischen Interventionen vieler Autoren mehr oder weniger deutlich „eingewoben“.

<sup>34</sup> Hierin liegt die große Bedeutung der „Miracle Question“ (die Szaser) bzw. der „Nightmare Question“

### Haupt- und Neben-Wirkungen im Überblick

Die wohl wichtigste sichtbare Wirkung jeder systemischen Intervention ist die *Mobilisierung der Ambivalenz*, d.h. daß eine Intervention den einen, anderen oder alle dazu animiert, ihre Einstellung zu verändern bzw. dies zu behaupten, je nach dem Gewinn, den sie erwarten und behalten möchten, der Angst vor Veränderung oder der Sehnsucht danach, der Fähigkeit, ein Angebot als Chance und damit als Möglichkeit zur Reduktion der Beschränktheit zu erkennen und dem Ausmaß an Problemtransance.

Wie zeigt sich die Mobilisierung der Ambivalenz? Durch die Zustimmung zu oder die Ablehnung von dem, was die Intervention anstrebt. Beides kann offensichtlich oder sehr subtil sein, wobei auch die Zeit eine Rolle spielt, die eine Intervention zu ihrer „Verdauung“ im System benötigt, wie schon Selvini et al. (1977) als unmittelbare und längerdauernde Rückwirkungen beschreibt. Offensichtlich ist die Wirkung dann, wenn Zustimmung oder Ablehnung sofort und nach längerer „Verdauungszeit“ erfolgen. Es ist wohlbekannt, ebenso, daß Ablehnung nicht nur verbal sondern auch indirekt durch Nichtannahme von Vorschlägen, oder Terminverschiebungen bzw. -versäumnissen, etc. sein kann. Sowohl Zustimmung als auch Ablehnung sagen etwas über die operationale Brauchbarkeit des einer Intervention zugrundeliegenden Modells aus.

*Nebenwirkungen* sind dann solche, bei denen sich *in Bezug* auf die Intention *unerwartet* die Ambivalenz im System selbst oder in dessen Umwelten, in Form von direkter oder indirekter Zustimmung oder Ablehnung in bezug auf die Intention der Intervention regt, d.h. sie

entweder unterstützt oder zu behindern droht bis zur völligen Verhinderung. Dies zeigt sich auch an der „Bereitschaft“ weiterer Bereiche als erwartet, sich auf die Intervention „zu melden“, d.h. auf die Intervention wie erhofft oder unerhofft negativ zu reagieren. Das ist dann die Chance, Neues über das System und die Operationalität des angewandten Modells zu erfahren.

### Das System „Psychiatrie“

Das System Psychiatrie läßt sich doppelt definieren: Einerseits als die medizinische Disziplin, die sich mit der Entstehung und Behandlung von seelischen und geistigen Störungen befaßt, vertreten durch alle Personen, die sich damit beschäftigen, unter der Führung der Psychiater als medizinische Repräsentanten dieses Ziels. Andererseits als die Institutionen, die diesem Ziel bei „schwereren Fällen“ und der klinischen Forschung und Validierung dieser Disziplin dienen und in denen ein Teil dieser Personen unter der Führung von Psychiatern als Pflege- und Verwaltungspersonal zur Erreichung dieses Ziels zusammenarbeiten. In beiden Fällen gehören aber auch alle, die sich als psychiatrische Patienten definieren („Herr Doktor ich habe eine Depression“) oder definieren lassen („Herr ..., Sie haben eine Depression.“)<sup>35</sup> und deren Angehörige („Herr Doktor, meine Frau leidet an Verfolgungswahn“) dazu.

<sup>35</sup> An diesem Punkt setzt die Heidelberger Schule an und ist bemüht, vom „eine Depression etc. haben“ in ein „etwas im System tun“ überzuleiten. A. Retzer und G. Weber (1996) stellen fest und belegen es durch ihre Nachuntersuchungen, daß sich die individuelle Psychopathologie in dem Maß reduzierte und die Zahl der stationären Behandlungen abnahm, in dem die Täter-Opfer Ambivalenz aller, d.h. auch des Patienten zunahm.

Sowohl das „Denksystem“ Psychiatrie (mit allen die es bilden) als auch die Institutionen als Repräsentanten dieses Denksystems sind Teil unseres gesamtgesellschaftlichen Systems. Sie haben von diesem den Auftrag und damit die Funktion, zu bestimmen, wann jemand seelisch oder geistig „gesund“ ist oder nicht. „Gesund“ wird dabei nie frei sein von den Norm- und Wertvorstellungen des Gesamtsystems.

Jede Intervention wird daher einerseits im System Psychiatrie (Psychiater und alle, die daran Beteiligt sind, Angehörige und Patienten), andererseits im System Gesellschaft, insbesondere in Hinblick auf dessen Erwartung an die Psychiatrie, die Gesetze des Systems Psychiatrie wie der Gesellschaft „ansprechen“ und entsprechende Wirkungen auslösen.

Richten wir unser Augenmerk auf das System „Psychiatrie“, so können wir erwarten, daß jede Intervention jeden Beteiligten zur „Stellungnahme“ herausfordert, wenn sie die Realisierung des TGS berührt, d.h. wie sehr sie diese Realisierung bestätigt oder „stört“.

Dies gilt etwa für den Teil der Psychiatrie, der sich „biologisch“ nennt. Interventionen können dazu führen, daß sich der Psychiater, der sich dieser Sichtweise verpflichtet fühlt, in seiner medizinischen und psychiatrischen Identität irritiert fühlt und in besonderen Fällen, wie etwa bei den schwereren Störungen, wie Psychosen, von der Unwirksamkeit der Psychotherapie überhaupt oder zu einem bestimmten Zeitpunkt spricht, und den Angehörigen oder anderen Interessierten gegenüber von einer „unheilbaren, genetisch bedingten Stoffwechselstörung“ spricht, mit entsprechenden und von ihm oft nicht erwarteten Rückwirkungen auf

die Angesprochenen. Die Äußerung ist unbeabsichtigt eine systemische Intervention<sup>36</sup>.

Bei in einem psychiatrischen Krankenhaus stationär behandelten Patienten kann das psychiatrische Pflegepersonal, um seinen TGS zu realisieren und die Anerkennung des für sie jeweils zuständigen Primararztes oder Oberarztes zu erringen, eine bestimmte, ihm genehme Ordnung mit den Patienten einzuhalten bestrebt sein und sich durch ein bestimmtes Verhalten irritiert fühlen, und es als kontextunabhängig<sup>37</sup> und verrückt ansehen. Dies kann sowohl ohne spezielle Intervention, d.h. durch das spontane Verhalten eines Patienten als „Intervention“ auftreten als auch im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten, wenn diese nicht auch mit dem Pflegepersonal akkordiert ist<sup>38</sup>. Das so definierte Verhalten kann dann als „Rückfall“ angesehen werden, mit entsprechenden unerwarteten Folgen für die weitere Behandlung und die Einstellung der Angehörigen. Jede psychotherapeutische Intervention läßt jeden psychiatrisch Behandelten überlegen, wieweit er im Hinblick auf das System, dem er angehört - in erster Linie seine unmittelbaren Angehörigen - riskieren kann, seine Einstellung im Zusammenleben mit ihnen zu verändern, um nicht das, was er hat, aufs

<sup>36</sup> Der sog. Psychoedukative Ansatz in der Behandlung der Psychiatrie ist ein Versuch, solche Rückwirkungen zu minimieren.

<sup>37</sup> Daß psychotischen Episoden im Zusammenhang mit Spannungen im Personal (Ärzte-Pflegepersonal oder innerhalb des Pflegepersonals) auftreten können, haben Stanton und Schwartz bereits 1954 beschrieben (Stanton, A.H. u. Schwartz, M.S., The Mental Hospital, A Study in Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment, London, Tavistock).

<sup>38</sup> Daß dies auch anders sein kann, wenn es dem TGS besser entspricht, zeigen meine Erfahrungen, in denen das Personal ganz gegen seine Dienstordnung auf Grund seiner Überzeugung anders handelte, besonders wenn es dafür Anerkennung von mir als stationsführendem Arzt erwarten konnte.

Spiel zu setzen und zu riskieren, noch mehr zu verlieren, da ja jede Veränderung ungewisse Folgen hat<sup>39</sup>. Das führt in psychiatrischen Institutionen dazu, daß er oft den psychiatrischen und auch psychotherapeutischen Behandlern gegenüber erklärt, daß alles in Ordnung sei, oder daß es nur an ihm liege und schließlich, daß er in den psychotherapeutischen Sitzungen schweigt und, wenn er stationär behandelt wird, daß er in erster Linie wieder entlassen werden möchte.<sup>40</sup>

Jeder Angehörige eines psychiatrisch Behandelten läßt ihn befürchten, daß er „schuld“ sein könnte und er, wenn dies veröffentlicht wird, sei es von ihm selbst, sei es in Form einer Vorhaltung durch die „Fachleute“, so sein Gesicht verlieren könnte. Dies führt zu Behandlungsbeginn häufig zur bangen Frage an den Behandler „was schuld an der Erkrankung sein könnte“. Wird diese Frage vom Behandler durch Beschuldigung bestätigt, wie das vor den Zeiten systemischer Erkenntnis häufig der Fall war (etwa, wenn eine Mutter als „schizophrenogen“ apostrophiert wurde), wird der Umgang mit ihm distanziert und der Kontakt mit ihm nur soweit gesucht, daß man in seinen Augen „nichts falsch mache“, ohne allerdings zu wissen, was man anders machen sollte. Wird diese Frage aber so beantwortet, daß der Behandler eine genetische Ursache nennt,

<sup>39</sup> So führt die psychotherapeutische und systemische, d.h. mit der Familie zu wenig abgesicherte Ermütigung von Jugendlichen mit schwereren seelischen oder geistigen Störungen zu mehr Autonomie häufig zu Rückfall bzw. Abbruch der Behandlung, weil das systemische Gesetz der Loyalität sein Recht fordert. Dasselbe kann von Seiten der Angehörigen eintreten. Sehr oft lassen Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Mitglied dieses nach einem Erstgespräch vor oder kurz nach Beginn einer Familientherapie die Entscheidung treffen, ob eine Therapie erwünscht (noch weiter oder überhaupt) sei. Dieses Mitglied „bestimmt“, daß keine weitere Sitzung zumindest jetzt oder überhaupt notwendig sei, bis dann ein neuer Rückfall erfolgt.  
<sup>40</sup> Sie kommen aus stationärer Behandlung zum Psychotherapeuten und sagen: „Der Arzt hat gesagt, ich muß nur noch zu Ihnen kommen, dann kann ich entlassen werden.“

wird dies einerseits als Schicksal angesehen, gleichzeitig aber die Schuld in der Vergangenheit gesucht, einem lange zurückliegenden Vorkommnis, insbesondere bei einem Verwandten, von dem man nichts gewußt habe, oder der einem als Krankheitsträger verschwiegen worden ist. Wird eine „rein biologische“ Ursache für die Erkrankung genannt, dann ist dies eine Entlastung, da es hier nur „auf das richtige Medikament in der richtigen Dosierung bei einem an einem Defekt leidenden Menschen“ ankommt. Hier schließt sich sehr oft die Verbindung zwischen Psychiater in seiner medizinischen Identität, dem Personal und den Angehörigen, die sich auf diesem systemischen Weg entlastet fühlen. Das alles hat seine unerwarteten und meist unerwünschten Nebenwirkungen<sup>41</sup>. Diese zeigen sich etwa an der negativen Einstellung der Angehörigenvereinigungen gegenüber der systemischen Familientherapie und der erwartungsvoll ehrfürchtigen und gleichzeitig kritisch fordernden Einstellung gegenüber der Psychiatrie, wobei die Angehörigen an die „Möglichkeit des Andersseins“ d.h. sich selbst anders als gewohnt zu verhalten - eine oft ihr Leben und besonders ihre Partnerschaft oft schwer belastende Lebensweise - nicht denken, ja diese Möglichkeit verdammen, weil sie einerseits oft Angst vor dem neuerlichen Aufrollen des als mißglückt erlebten Traums von der gelungenen Partnerschaft haben, andererseits weil ihnen anderes Verhalten gegenüber dem „Patienten“ mit ihrem TGS als Eltern unvereinbar erscheint, aber sie sich nichts Besseres vorstellen

<sup>41</sup> Es gibt auch hier, wie in anderen medizinischen Bereichen, die positive Nebenwirkung der Mobilisierung von Trotz gegen die herrschende Meinung und vermehrte Anstrengungen zu beweisen, daß sie in „diesem Fall“ nicht gilt.

können<sup>43</sup> und so das „richtige“ Medikament oder andere rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der Psychiatrie erwarten oder letzteres fordern („es sollte für solche Menschen ein Haus gebaut werden, in dem sie Tag und Nacht betreut werden“)<sup>44</sup>. Diese Einrichtungen sind Erweiterungen der Psychiatrie und definieren den Behandelten weiterhin als defekt mit entsprechenden Nebenwirkungen für ihn, seine Angehörigen und die Gesellschaft<sup>45</sup>.

### Haupt- und Nebenwirkungen systemischer Interventionen in der Praxis

Da alle Interventionen systemische Interventionen sind, sollen die folgenden Beispiele helfenden Handelns im Zusammenhang mit dem System „Psychiatrie“ von außen und innen Haupt- und Nebenwirkungen, positiv und negativ verdeutlichen.

#### 1. Beispiel

Ein Ehepaar kommt wegen Potenzproblemen des Mannes zur Therapie zu mir. Ein gesellschaftlich angesehener befreundeter Psychiater habe ihnen zu einer Therapie geraten, da es schwerwiegende Probleme geben müßte. Er würde sogar zu einer längeren Abstinenz raten, um die Potenz wieder anzuregen. Die erste Sitzung ergab, daß das Paar in einer

<sup>43</sup> Oft entlasst die „aufopfernde“ Haltung einem kranken Kind gegenüber den als mißglückt erlebten Traum von der gelungenen Partnerschaft.

<sup>44</sup> Dies zeigt sich besonders deutlich beim Besuch der Versammlungen der Angehörigenvereinigungen psychiatrisch Erkrankter.

<sup>45</sup> So bildet sich allmählich eine Art Subkultur solcher als „Kranke“ gesellschaftlich Ausgliederter heraus, die sich rund um die psychiatrischen Einrichtungen sammeln und Helfer beschäftigen. Eine junge „schizophrene“ Patientin zählte einmal - außer mir - 19 Helfer, zu denen sie mit ihren Problemen gehen konnte.

schwierigen Situation steht, da es kaum noch Zeit füreinander hat. Die Potenz wird wiederkehren, wenn beide sich aus dieser Situation hinaus retten können, etwa in Form einiger Tage Urlaub.

Die Intervention nach dieser ersten Sitzung war: Es sei schön, daß sie trotz des Stresses ihrer Situation ihre Sehnsucht füreinander behalten haben und was ihnen fehle sei der Freiraum, in dem sie wieder aneinander Freude finden und Kraft schöpfen können.

Beide nehmen diese Intervention als völlig für sie passend an. Der 2. Teil der Intervention besteht im Vorschlag, nur für den Fall ihres Bedürfnisses nach einem Termin, einen solchen zu vereinbaren. „Wir möchten auch kommen, um etwas Gutes mitzuteilen“, sagt der Mann beim Abschied.

Nach einem lösungsorientierten Dialog war Intention dieser Intervention, sie auf ihre Ressourcen aufmerksam zu machen.

Nach drei Wochen wird vom Mann in etwas atemlosen Ton ein Termin vereinbart. Dabei berichten beide, daß sie keine sexuellen Probleme mehr haben, daß aber ihr Freund sie gewarnt habe, daß sie sich nicht damit zufrieden geben sollten. Es müsse schwerwiegende Probleme geben. Deshalb seien sie jetzt wieder gekommen. Sie beginnen gleich damit, Probleme anzubieten.

Ich mußte daher, obwohl das ursprüngliche Problem behoben war, die Anmerkung des Psychiaters in den nächsten Schritt einbauen, um nicht in Konkurrenz mit ihm zu kommen, indem ich die beiden bat, mir zu erzählen, was ihr Freund, der offenbar auf ihr Wohl bedacht sei, gemeint haben könnte, um den Weg, den ich eingeschlagen habe und der sich als nützlich erwiesen hatte, beibehalten zu können und ihn daher in meine

Intervention so einbeziehen, daß er nicht die Autonomie des Paares behinderte. Ich bestätigte ihn als guten Freund, besprach mit ihnen die Probleme, die sie mir präsentiert haben und, nachdem ich mit Hilfe von Sesseln ein Zielbild erstellt hatte, schlug ich ihnen vor, nach Wegen zu suchen, wie Sie dieses Ziel erreichen könnten, aber auch auf ihren Freiraum zu achten, von dem sie ja wußten, daß er ihnen gut tut. Sie sollten sich melden, wenn sie den Wunsch danach haben.

Auch diesmal nahmen Sie diese Intervention als passend an und haben sich seither nicht mehr gemeldet.

Anmerkung: Der befreundete Psychiater wurde durch meine Intervention in seiner Ambivalenz in bezug auf seine Stellung zu dem Ehepaar angesprochen und in seinem TGS irritiert. Er mußte seine Position verteidigen, d.h. darauf beharren, was die Ambivalenz des Paares zu ihm ansprach, das, um die wertvolle Beziehung nicht zu gefährden, ihm „folgen“ wollte, d.h. auf seiner „one down“ Position beharrte. Das war von mir nicht erwartet worden und hätte sie in einen Zwiespalt zu mir bringen können. Meine folgende Intervention mußte den Psychiater als wertvollen Freund für das Paar bestätigen und sie zu mehr Autonomie ihm gegenüber animieren, indem ich sie aufforderte, ihre Ambivalenz zu ihm dadurch zu überprüfen, daß sie selbst beurteilen sollten, ob er recht habe, und sie selbst bestimmen sollten, wie weit sie ihm weiterhin folgen sollten, unter Hinweis auf das, was ihnen schon vorher gelungen sei.

## 2. Beispiel

Eine wegen einer Psychose stationär behandelte und in einer Rehabilitationseinrichtung untergebrachte junge Frau, Petra, die mit ihren Eltern in Familientherapie in unserem Institut steht, wird zunehmend antriebslos und kann die geforderte Leistung nicht bringen. Sie hatte sich in dieser Einrichtung zur Freude und Erleichterung der Eltern gut entwickelt. Die betreuende Sozialarbeiterin kommt um Hilfe in unser Institut und beklagt sich über die enge Bindung Petras an ihre Eltern, äußert dieselben Ziele wie ihre Eltern. Dies macht die Sozialarbeiterin skeptisch, sie meint, Petra könne vielleicht keine eigenen Ziele formulieren und sie habe sie gedrängt, von zuhause ausziehen, denn es würde ihr helfen, dann selbständiger zu werden. Petra habe geäußert, sie wolle die nächste Zeit zuhause wohnen, da auch die Eltern bis zu ihrer Hochzeit zuhause gewohnt haben. Da ihre Leistung so abnehme, sei es fraglich, ob Petra die Bedingungen des Arbeitsamts für einen regulären Arbeitsplatz erfüllen könnte.

Ich frage die Sozialarbeiterin, was ihr schon gelungen sei und anerkenne ihre Leistung an Geduld und Führung, mit der sie Petra zu den guten Leistungen gebracht habe. In diesem Zusammenhang erzählt sie, daß Petra ihr erzählt habe, daß die Ersterkrankung bei ihr aufgetreten sei, als sie, von einer Tante überredet, von zuhause ausgezogen sei. Ich meine, daß es sein könnte, daß ihr Versuch, Petra zu ermutigen von zuhause ausziehen, in ihr die Angst auslösen könnte, daß es ihr jetzt so gehen könnte wie damals. Daher wären Minischritte nötig aber die

Sozialarbeiterin habe ja schon bewiesen, daß sie mit ihrer Geduld das Richtige tun könnte.

6 Wochen später ruft die Sozialarbeiterin an und ist voll des Lobes für Petra, für ihre Fähigkeiten und Initiative im Arbeits- und Freizeitbereich.

Anmerkung: Petra hatte vermutlich die Ambivalenz der Sozialarbeiterin zu ihrer eigenen Autonomie angesprochen und sie dadurch bewegt, Druck auf sie auszuüben. Petra kam daher in ihrer Ambivalenz in zweifacher Weise in Schwierigkeiten: Sie mußte in der Ambivalenz ihrer Position, die sich bis dahin langsam in Richtung mehr Autonomie bewegt hatte, gegen den Druck, sich schneller in diese Richtung zu verändern, der auch ihre allmählich gewonnene Autonomie gefährdete, wieder auf „Beharren“ schalten, indem sie sich, für die Sozialarbeiterin überraschend, weniger autonom zeigte, als sie schon war. Dies sprach die Ambivalenz der Sozialarbeiterin nur noch weiter an, indem sie sich auf ihr Verlangen „versteifte“. Erst als sie von mir in ihren Fähigkeiten und damit in ihrem TGS in bezug auf ihren Beruf positiv bestätigt wurde, konnte sie den Druck nachlassen, was prompt zu einer entsprechenden Veränderung von Petras Verhalten führte.

### 3. Beispiel

In einer psychiatrischen Wohngemeinschaft für chronisch psychiatrisch kranke Patienten, bei denen von Seiten der dahinterstehenden Institution keine Erwartung positiver Veränderung sondern eher von Daueraufenthalt bestand, fühlte sich das Personal in seiner Funktion unterfordert, während es gleichzeitig beobachtete, wie die, die es zu

betreuen hatte, sorglos mit ihrem Taschengeld und dem Essen umgingen und alle Verantwortung an ihre Betreuer abgaben. Diese entwickelten daher die Absicht, durch die Einführung einfacher Regeln, etwa zur Geldeinteilung, die Autonomie der Bewohner zu fördern.

Dies führte für sie überraschend zu einer heftigen Reaktion der Eltern der Bewohner, welche, irritiert durch die Äußerungen ihrer „Patienten“, den Betreuern vorwarfen, die Klienten zu überfordern und sie „nicht richtig zu betreuen“, sie seien „schlecht zu den Patienten“, ja es wurde sogar mit einer gerichtlichen Klage wegen Vernachlässigung der Betreuungspflicht gedroht. Die Betreuer waren irritiert und gegen die Eltern aufgebracht. Ein Vertreter der Trägerinstitution regte, bevor es zu den angedrohten Schritten kommen sollte, noch ein gemeinsames Gespräch an. In Vorbereitung darauf holten die Betreuer sich Hilfe von einem Supervisor, der sie darauf hinwies, daß sie mit ihren Bemühungen das System der Ursprungsfamilie nicht beachtet und in Konkurrenz zu den Eltern gekommen sind und in ihren Augen die sind, die „bessere Eltern“ sein wollen. Die Eltern seien von Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, vor allem dem Gefühl als Eltern (im Sinne des Traums von der gelungenen Elternschaft) versagt zu haben geplagt. Es wäre zweckmäßig, ihnen Anerkennung für alle ihre Bemühungen auszusprechen und vor allem ihnen die Arbeit, die sie tun, zu erklären. Die Betreuer konnten dies annehmen und kamen selbst auf die Idee, sich für das Gespräch einen Moderator zu holen.

Mit diesem Vorgehen, konnten sie das Gespräch zu einem guten Ende führen und hatten das Verständnis und die Sympathie der Eltern

gewonnen. Der Intention der Betreuer stand kein Hindernis mehr im Weg. Von einer Klage war keine Rede mehr.

Anmerkung: Die Betreuer waren in ihrem TGS irritiert und hatten durch die Einführung von Regeln, die Druck bedeuteten, die Ambivalenz der Position der Betreuten und gleichzeitig damit die ihrer Eltern angesprochen, die sich - für die Betreuer überraschend - dem wohlwütig gemeinten Impuls, sich „zu bewegen“ energisch und „mit allen Mitteln“ widersetzen, sodaß sich die Fronten kritisch „versteiften“. Erst die Intervention des Supervisors, der die Betreuer für ihre Initiative lobte und ihnen den TGS in bezug auf die Elternschaft erklärte, brachte sie dazu, die Eltern anzuerkennen und dadurch ihr Verständnis zu gewinnen, d.h. deren Ambivalenz in Richtung ihrer Unterstützung für sie zu verändern.

#### **Was ist zu beachten:**

Alle 3 Beispiele zeigen auf, daß die Ambivalenz der Position solange verteidigt werden muß, als sie im Einklang mit dem TGS ist und sich dann verändert, wenn der TGS durch Anerkennung bestätigt wird. Dann kann die angebotene „Erstmaligkeit“ eher angenommen und auch unter Erweiterung des PRM verarbeitet werden.

Wer immer also in der Absicht handelt, etwas zu verändern = intervenieren, sei es innerhalb eines Systems oder von außen, muß das Modell des Systems - seine Funktionsweise und seine Eigenarten, z.B. Sprache, Rhythmen, Regeln, Verbindlichkeiten, Ideologien etc. beachten, von dem aus er seine Absicht entwickelt und die Funktion, die er in

Bezug auf dieses System innehat. Das gilt auch für die Psychiatrie. Zu beachten ist aber auch, daß auch die Position eines Helfers die Helferfunktion nicht garantiert, sondern ihm vom System zugestanden werden muß, damit er seine Intentionen verwirklichen kann. Er muß aber auch die Faktoren berücksichtigen, die seiner Intention dienlich sein können. Da er aber immer von einem in bezug auf das System komplexitätsreduzierten Modell ausgeht, das noch dazu von seiner persönlichen Sichtweise geprägt ist, kann er immer Nebenwirkungen erwarten, d.h. Wirkungen die ihn unterstützen oder sich seiner Absicht entgegenstellen, die er als Instruktion für sein weiteres Vorgehen ansehen muß. Diese Erwartung schützt vor Verwirrung, Zorn und oder gar Resignation.

#### **Zusammenfassung**

Systemische Wirkungen, die als Nebenwirkungen definiert werden, sind jedesmal ein Szenario aus Handlungen mit der Intention eine bestimmte Veränderung zu erzielen in bezug auf einen bestimmten Zustand eines Systems, und einer unerwarteten Wirkung. Es liegt dann an dem/den Handelnden, mit dieser unerwarteten Wirkung so umzugehen, daß sie um des Ziels der Intention zu dienen, entweder zu einer Revision des Hintergrundmodells dieser Handlung oder Veränderung der Strategie bzw. Taktik zur Umsetzung der Intention führt, und so im Sinne des weiteren Handelns nützlich ist.

Mit den unerwarteten Wirkungen umzugehen kann dem/den Handelnden aus eigenem Gelingen, oft aber - und gerade bei „unerwünschten“

Nebenwirkungen - ist es zweckmäßig, einen Supervisor zuzuziehen, der für den Intervenierenden annehmbare neue Handlungsmöglichkeiten entwickeln hilft.

## Die Autoren

### **Brigitte Hackenberg** (1950)

FA für Psychiatrie, seit 1988 Leitung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Psychiatrischen Univ. klinik Innsbruck; systemische Therapeutin

### **Helmut Jelem** (1952)

FA für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, NLP-Trainer und Lehrtherapeut der Österr. Ärztekammer; Leitung der Klinischen Station des Rehabilitationszentrums im Psych. Krankenhaus Wien; Rehabilitation von Menschen mit Psychosen und Borderline-Störungen

### **Rudolf Kronbichler** (1951)

DSA, Psychotherapeut, Lehrtherapeut der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Studien und Systemische Therapie; Psychotherapeut an der psychotherapeutischen Ambulanz der Jugendpsychiatrie Salzburg. Fachliche Leitung des Kinderschutzzentrums Salzburg

### **Harry Merl** (1934)

Praktischer Arzt und FA für Psychiatrie und Neurologie, Univ. Doz. für Psychotherapie an der Univ. Graz, Lehrbeauftragter an der Univ. Salzburg, Gruppentherapeut und Psychoanalytiker. Seit 1969 Familien- und Systemtherapeut. Lehrtätigkeit in diesen Bereichen

### **Christine Merl** (1935)

Dipl. Krankenschwester, Psychotherapeutin, seit 1972 Familientherapeutin und Group-Worker und Supervisorin. NLP Practitioner. Seit 1972 gemeinsam mit Harry Merl Trainerin für Familientherapie. Seit 1986 Arbeit mit dem „Reflecting Team“

### **Paul Watzlawick** (1921)

Studium der Philosophie und Sprachwissenschaften, Ausbildung am C.G. Jung-Institut in Zürich, seit 1960 Forschungsbeauftragter des Mental Research Institute in Palo Alto (Kalifornien) und Mitglied des „Brief Therapy Center“ am MRI, Prof. emer. am „Dept. of Psychiatry and Behavioural Sciences“ an der Stanford Universität

**Gebhard Werl** (1995)

FA für Psychiatrie und Neurologie, systemischer Familientherapeut;  
Trainer für die PSY- Diplome der ÖÖ. Ärztekammer; OA am Institut für  
Psychotherapie der Landesnervenklinik Wagner- Jauregg; Psychiater und  
Psychotherapeut an der Psychosozialen Beratungsstelle Linz



*P. Watzlawick*  
Kurzbehandlungen schizophrener Störungen

*H. Merl*  
Die systemische Wühlmaus im System Psychiatrie

*H. Jelem*  
Systeme in der stationären Rehabilitation - mit besonderem  
Bezug auf Patienten mit Psychosen und Borderline-Störungen

*B. Hackenberg*  
Die Rolle der systemischen Therapie in der psychiatrischen  
Akuttherapie

*R. Kronbichler*  
Geschichten über erfahrungsnahe Potentialfokussierungsprozesse-  
systemische Gruppenpsychotherapie im stationären Kontext

*B. Werl*  
Schizophrene Psychose und (Kurzzeit)psychotherapie

*Chr. und H. Merl*  
Systemische Wirkungen und Nebenwirkungen und die Psychiatrie

### **Die HerausgeberInnen**

Das IST (Institut für Systemische Therapie) wurde 1989 gegründet und hat sich neben der psychotherapeutischen Versorgung auch in den Arbeitsfeldern systemische Supervision und Coaching etabliert. Begleitend zur praktischen Arbeit ist das Team des IST auch regelmäßig in der Vernetzung und Entwicklung systemischer Ideen aktiv und engagiert in der Beforschung der eigenen Arbeit. Ergebnisse dieser Tätigkeiten finden auch ihren Ausdruck in Weiterbildungsveranstaltungen am IST sowie Vorträgen und Workshops im In- und Ausland.

Seit der Gründung besteht das Team des IST aus fünf Personen:  
J. Ebmer, I. Farag, S. Geyerhofer, B. Raggautz, S. Sommerhuber

**Institut für Systemische Therapie**  
A-1030 Wien, Am Heumarkt 9/2/22, Tel & Fax: 714 38 00