

Vom Krankheitsmodell zum Lösungsmodell

Eine systemische Nutzung psychiatrischer Begriffe¹

Gerhard Dieter Ruf

Zusammenfassung

Systemische Arbeit in psychiatrischen Institutionen erfolgt in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Denkansätze. Der Widerspruch zwischen defizitorientierten Krankheitsmodellen und ressourcenorientiertem Denken löst sich auf, wenn man von einer Metaebene aus beide Sichtweisen nicht als absolute Wahrheiten betrachtet, sondern als Konstrukte mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen. Es hat sich als hilfreich erwiesen, mit entsprechend unterschiedlichen Behandlungsangeboten an die Sichtweisen und Erwartungen der Patienten anzukoppeln, um mit ihnen die Nützlichkeit der möglichen Krankheitsmodelle bzw. Denkansätze zu erörtern und Lösungsmodelle zu erarbeiten.

Schlagwörter: Krankheitsmodell – Lösungsmodell – Psychiatrie

Summary

From a model of illness to a model of solution. A systemic usage of psychiatric concepts

Working in psychiatric institutions, systemic therapists feel tension between different concepts: on the one hand deficit oriented models of mental illness, on the other hand resource oriented systemic thinking. Seen from a meta-perspective, neither approach should be considered an absolute truth; instead, each one should be seen as a concept with different pros and cons. This could make the contradiction between deficit oriented models and resource oriented models disappear. Accordingly, it has proven helpful to offer a range of different treatments in order to connect with the patients' ways of thinking and their expectations. Discussing with the patients themselves the benefits of

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrags beim 12. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn am 7.11.2007 mit dem Titel: Der niedergelassene Psychiater im Spannungsfeld zwischen systemischen und sozialpsychiatrischen Ideen – Lösungen im Team.

the various models of mental illness and the possible approaches for treatment can lead to new kinds of solutions.

Key words: model of mental illness – model of solution – psychiatry

1 Einleitung

In den letzten Jahren ist eine zunehmende Verbreitung der systemischen Therapie zu verzeichnen. Wenn professionelle Helfer nach einer systemischen Ausbildung in einer psychiatrischen Institution arbeiten, müssen sie sich mit konventionellen Krankheitsmodellen auseinandersetzen. Dabei sind Krankheitsbegriffe in der systemischen Therapie sehr umstritten, weil sie ein nicht veränderbares Defizit nahelegen.

Bei einer historischen Betrachtung zeigt sich, dass unverständbare Verhaltensweisen nicht immer dem medizinischen Bereich zugeordnet wurden (Hoff, 2003). In früheren *magisch-animistischen Krankheitsmodellen* wurde die Ursache nicht verstehbaren Verhaltens im nicht-körperlichen Bereich gesucht: als Strafe der Götter für Verletzungen sozialer Spielregeln. Erst mit dem Postulat *krankheitsbedingter Defizite* im Körper oder in der Psyche des Betroffenen kam die Medizin ins Spiel. Dabei wird das kommunikative und soziale Phänomen Verhalten durch einen anderen Phänomenbereich, nämlich den biologischen bzw. psychischen, erklärt. Sucht man das angenommene Defizit im Körper, resultiert die Logik eines *biologischen Krankheitsmodells*. Man konstruiert einen Kausalzusammenhang zwischen einer beobachtbaren organischen Abweichung (zum Beispiel vergrößerte Ventrikel) und einem als gestört definierten Verhalten. Das heißt, man misst einer beobachteten Korrelation, die durchaus auch andere Gründe haben könnte, eine kausale Bedeutung bei. Wenn eine biologische Störung an dem nicht erklärbaren Verhalten »schuld« ist, können der Patient und sein soziales Umfeld von Schuld freigesprochen werden. Während dem Symptom eine kommunikative Bedeutung abgesprochen wird, kann über die so konstruierte Erklärung kommuniziert werden (Simon, 1995).

Das *systemische Denken* entstammt einer anderen Tradition. Die systemische Therapie wurde in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts aus der Familientherapie heraus entwickelt (von Schlippe u. Schweitzer, 1997). Neuere Ansätze beziehen sich auf die Systemtheorie Luhmanns (Luhmann, 1984; Bökmann, 2000) und betrachten vor allem Wechselwirkungen von symptomatischem Verhalten in sozialen Systemen mit der Idee, dass auch vordergründig unverständliche Verhaltensweisen Sinn machen. Über diesen Sinn und möglicherweise damit im Zusammenhang stehende Probleme kann in der systemischen Therapie verhandelt werden, um bessere Lösungen zu suchen.

Familientherapeutische und psychiatrische Tätigkeiten erfolgen üblicherweise in unterschiedlichen *Kontexten* (Ruf, 2000, 2005). Die meisten psychiatrischen

Patienten kommen nicht mit dem Wunsch, ein familiäres Problem im Gespräch zu lösen. Sie klagen über depressive Verstimmungen oder Ängste, fühlen sich von der Mafia verfolgt, werden auf Druck ihrer Angehörigen beim niedergelassenen Psychiater oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst vorgestellt, werden zwangsweise in die psychiatrische Klinik gebracht oder bemühen sich auf Empfehlung der Klinikärzte um eine Wohnmöglichkeit in einer betreuten Einrichtung. In psychiatrischen Einrichtungen wird üblicherweise von einer individuellen Pathologie des Patienten und weniger von der Sinnhaftigkeit der als symptomatisch definierten Verhaltensweisen im sozialen System der Familie ausgegangen. Systemische Arbeit in psychiatrischen Institutionen erfolgt in diesem Spannungsfeld unterschiedlicher Denkansätze.

2 Krankheitsmodelle

2.1 Das psychiatrische und das systemische Modell

Die Diskrepanz zwischen dem konventionellen psychiatrischen und dem systemischen Denkansatz zeigt sich schon bei der grundlegenden Frage: Was ist eigentlich psychische Krankheit? Was bedeutet zum Beispiel die Diagnose einer Schizophrenie?

Das heute in der Akut- und Sozialpsychiatrie favorisierte *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* (Zubin u. Spring, 1977) geht von einer biologisch verankerten oder durch eine frühkindliche Traumatisierung erworbenen Ätiologie aus, diese führt zu einer Vulnerabilität. Der pathogene Einfluss von sozialen oder biologischen Stressoren begünstigt den Ausbruch der Krankheit, protektive soziale oder biologische Faktoren verringern hingegen das Erkrankungsrisiko (Abb. 1).

Bei der Therapie versucht man, die angenommenen Defizite im biologischen Bereich durch entsprechende Medikamente zu kompensieren und das Verhalten mittels psychoedukativer Maßnahmen der Vulnerabilität anzupassen, um Stressoren zu reduzieren. Sozialpsychiatrische Ansatzpunkte finden sich auch in der Förderung der protektiven Faktoren, z. B. durch betreute Wohnangebote.

Das *systemische Modell* geht von anderen Voraussetzungen aus. Unter dem besonderen Einfluss des radikalen Konstruktivismus und der neueren Systemtheorie hinterfragen Systemiker das Konstrukt der psychischen Krankheit als solches. Aus einer Metaperspektive werden die sozialen Vorgänge analysiert, die zur Krankheitsdiagnose führen. So kann man die beobachtbaren *Symptome*, das heißt unverständliches Verhalten, von den *Erklärungen* für diese Symptome unterscheiden. Während in der konventionellen Psychiatrie das unverständliche Verhalten mit biologischen oder psychischen *Defiziten* erklärt und anschließend mit einer Diagnose etikettiert wird, führen Systemiker andere Erklärungen ein. So könnte ein Patient die Erfahrung machen, dass sich ein Symptom in einer Stresssituation als *hilfreich* erweist. Zum Beispiel streiten die Eltern, der Sohn

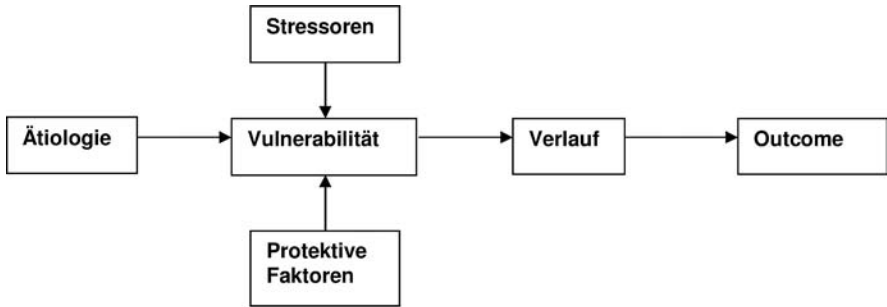


Abb. 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (modifiziert nach Gaebel, 2003, S. 39)

spricht wirt und zieht sich zurück. Wenn er nun merkt, dass diese Symptome den Streit der Eltern beenden, weil diese nun gemeinsam um ihn besorgt sind, dann stellen seine Symptome eine Lösung des familiären Problems dar. Beim nächsten Streit der Eltern spricht er wirt, damit die Eltern den Streit beenden, und so weiter. Bei unserem Modell heißt das, dass die Symptome die Stressoren reduzieren und dass diese positive Erfahrung von dem Patienten genutzt wird, um weitere Symptome zu produzieren. Es entwickelt sich ein Kreislauf, der die Störung aufrechterhält. Systemiker beschreiben damit einen psychosozialen Rückkopplungsprozess, einen *zirkulären Prozess* (Abb. 2).

Aufgabe der systemischen Therapie ist es nun, diesen Kreislauf zu stören und bessere Lösungen für das familiäre Problem zu suchen, und erstaunlicherweise verschwinden dann in vielen Fällen auch die psychiatrischen Symptome des so genannten Indexpatienten.

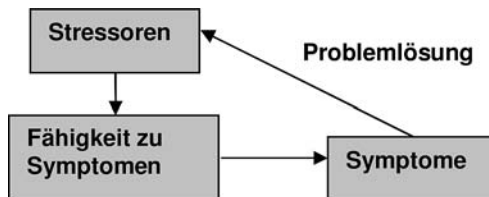


Abb. 2: Vereinfachtes systemisches Modell

Während das Vulnerabilitäts-Stress-Modell die Ressourcen und zirkulären Prozesse im psychosozialen Bereich vernachlässigt, fokussiert das übliche systemische Modell auf diese sozialen Kreisläufe und lässt die empirischen Befunde aus der biologischen Psychiatrie außer Acht, weil sie für die systemische Therapie als nicht relevant erachtet werden. Für die Arbeit in psychiatrischen Kontexten erscheint aber beides wichtig: sowohl die psychiatrischen Forschungsergebnisse als auch die systemische Sichtweise mit ihren besonderen therapeutischen Optionen. Ich möchte deshalb ein *integratives systemisches Modell* vorschlagen, das die

ressourcenorientierte systemische Betrachtungsweise mit den empirischen psychiatrischen Forschungsergebnissen verbindet (Abb. 3).

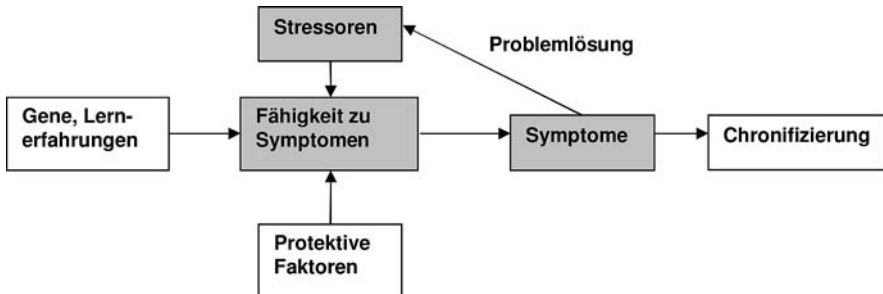


Abb. 3: Vereinfachtes integratives systemisches Modell. Zur besseren Veranschaulichung wurde hier aus der Vielzahl zirkulärer Prozesse im biologischen, psychischen und sozialen System nur ein wichtiger sozialer Kreislauf eingezeichnet.

Dieses Modell berücksichtigt zirkuläre Prozesse zwischen dem biologischen, dem psychischen und dem sozialen System des menschlichen Lebens. Die genetische Ausstattung bildet die Grundlage für die menschliche Entwicklung. Psychische Traumata führen zu strukturellen Veränderungen im Gehirn, Psychotherapie und Psychopharmaka können biologische Veränderungen wieder verbessern (Aldenhoff, 1997, 2000; Hüther, 1996; Hüther et al., 1999; Hüther u. Rüter, 2003). In der Gegenwart wirken Stressoren und protektive Faktoren.

In Abweichung vom Vulnerabilitäts-Stress-Modell lasse ich die Frage offen, ob ein bestimmtes Verhalten oder Symptom Ausdruck eines Defizits oder Ausdruck einer besonderen Fähigkeit ist. Natürlich kann ein jahrelanger sozialer Rückzug im Zusammenhang mit einer psychischen Störung oder einem psychischen Problem auch zu einem Verlernen sozialer Kompetenzen beitragen und dann als Defizit gesehen werden, allerdings nicht als unveränderbares strukturelles Defizit, sondern als korrigierbares Übungsdefizit. In der systemischen Therapie erweist sich aber die ressourcenorientierte Unterstellung von Fähigkeiten meist als sehr hilfreich, um Symptome schließlich aufzulösen.

Auch beschreibe ich keine einfachen Ursache-Wirkungs-Relationen, sondern vielfältige zirkuläre Prozesse, also Rückkopplungsprozesse, die psychische Störungen aufrechterhalten können. In der systemischen Therapie werden dann die zirkulären Prozesse im psychosozialen Bereich gestört, während durch biologisch orientierte Maßnahmen wie Psychopharmaka eben die biologischen Veränderungen beeinflusst werden.

Die Diskrepanz zwischen der Sichtweise, eine psychische Krankheit sei Folge eines psychischen oder biologischen *Defizits*, und der Sichtweise, Symptome seien *Lösungen* psychosozialer Probleme, löst sich auf, wenn man beide Sichtweisen nicht als absolute Wahrheit sieht. Sie sind eben Sichtweisen und sie haben den

Vorteil, dass man mit beiden arbeiten kann. Man kann beide Sichtweisen nebeneinander stehen lassen.

2.2 Der Umgang mit Diagnosen

Auf einer pragmatischen Ebene stellt sich in psychiatrischen Institutionen für professionelle Helfer die Frage des Umgangs mit psychiatrischen Diagnosen. Diagnosen entstanden aus dem defizitorientierten psychiatrischen Krankheitsmodell und wecken die Assoziation eines nicht veränderbaren Defizits. Andererseits wird in unserer Gesellschaft mit Diagnosen kommuniziert und sie sind fester Bestandteil jeder psychiatrischen Tätigkeit – bei Fachleuten wie auch bei Patienten. Man kann als professioneller Helfer nicht einfach auf Diagnosen verzichten. Sie bilden die Existenzgrundlage psychiatrischer Institutionen, indem sie bei den Krankenkassen die Abrechnung von Leistungen und bei öffentlichen Kostenträgern die Notwendigkeit sozialer bzw. sozialpsychiatrischer Maßnahmen begründen.

Die systemische Lösung kann so aussehen: Man kann Diagnosen relativieren, ihnen den Absolutheitsanspruch von Wahrheiten nehmen und sie als Konstruktionen sehen. Statt nach der Wahrheit zu fragen, ist es hier hilfreicher, den Nutzen zu betrachten: Wann sind Diagnosen *nützlich* und wann sind sie *schädlich*?

Für den *Behandler* vereinfachen Diagnosen die Kommunikation. Darüber hinaus hat es sich gezeigt, dass bei bestimmten Diagnosen gewisse psychosoziale Muster besonders häufig vorherrschen, genauso wie im biologischen Bereich gewisse Veränderungen biochemischer oder hirnmorphologischer Parameter. Wenn man diese bevorzugten Muster kennt, helfen Diagnosebegriffe nicht nur zur schnellen Verständigung, sondern erleichtern auch die therapeutische Hypothesenbildung. Zum Beispiel ist das zentrale Thema bei der Schizophrenie der Umgang mit Schuld und Verantwortung. Schuld und Verantwortung werden vermieden, indem durch psychotisches Verhalten aus der Kommunikation ausgestiegen wird (vgl. Ruf, 2005).

Bei manchen *Patienten* können Diagnosen zur Schuldentlastung dienen, weil damit eine Störung assoziiert wird, für die der Patient nicht verantwortlich ist. Die Diagnose und die damit verbundene Behandlung führen normalerweise zu einer Entlastung des Patienten, er wird durch Psychopharmaka ruhiger oder in der Klinik von Alltagsaufgaben entbunden. Diagnosen können dem Patienten auch andere soziale Vorteile bringen: Krankschreibung, Behindertenausweis oder auch Rente.

Diagnosen können auch *schädlich* sein, und zwar dann, wenn man sie als absolute Wahrheit betrachtet, wenn man daraus schließt, dass Veränderung und Entwicklung nicht mehr möglich sind. Dann nehmen sie die Hoffnung und die Zuversicht, eine Problemlösung ohne Krankheit anzustreben.

Bei der praktischen Arbeit könnte man zum Beispiel Diagnosen dort einset-

zen, wo sie notwendig sind: bei den bürokratischen Erfordernissen. Man kann sie in der Kommunikation mit Kollegen durchaus als Landkarten einsetzen, wenn man sie nicht mit der Landschaft verwechselt. Gegenüber den Patienten bzw. Klienten könnte man gegebenenfalls explizit darauf hinweisen, dass Diagnosen als Etikett für gewisse Symptome nicht dagegen sprechen, in der Behandlung auch im psychosozialen Bereich bessere Lösungen zu finden, sofern der Patient danach suchen möchte. Oft wird vergessen, dass Diagnosen auch zeitlich begrenzt eingesetzt werden können und dass man wieder darauf verzichten kann, wenn sie nicht mehr nötig sind.

3 Auftragslagen

3.1 Die politischen Rahmenbedingungen

Wenn ich als Systemiker meinen Beobachtungsrahmen weit fasse, sehe ich zuerst die politischen Rahmenbedingungen, die die Spielräume psychiatrischer Tätigkeiten bestimmen und einen Einfluss ausüben auf die verschiedenen Auftraggeber einschließlich der Klienten.

Bei der heutigen *Politik des »Förderns und Forderns«* wird Leistung belohnt. Gesunde werden gefordert. Wer z.B. arbeitslos wird, muss weiterhin Leistung zeigen, indem er u. a. unzählige Bewerbungen schreibt, selbst wenn keine Aussicht auf Erfolg besteht. Wenn jemand aus diesem Leistungsdruck aussteigen möchte oder die Sinnhaftigkeit infrage stellt, wird er schnell als unwillig deklariert und von sozialen Leistungen und Förderungsmaßnahmen ausgeschlossen.

Wenn aber jemand als psychisch krank diagnostiziert ist, liegt eine ganz andere Situation vor. In Abhängigkeit vom Ausmaß der diagnostizierten Beeinträchtigungen ist derjenige nun vom Leistungsdruck entlastet und es greifen verschiedene Förderprogramme. Krankengeld, Rente, Unterstützungsmaßnahmen im Alltag, beim Wohnen oder berufliche Rehamaßnahmen sind nur einige davon. Das heißt, unser Sozialsystem orientiert sich an angenommenen Defiziten. Gesunde werden eher gefordert, psychisch Kranke werden eher gefördert und entlastet.

3.2 Krankheitsmodelle und Aufträge der Patienten

Wie sieht die *Motivationslage* der Patienten aus? Patienten leiden, das ist die Innenperspektive des psychischen Systems. Sie zeigen Symptome, das ist die Kommunikation nach außen im sozialen System. Beides ist natürlich untrennbar gekoppelt mit biologischen Veränderungen im Gehirn, auf die ich aber hier nicht näher eingehen möchte. Patienten und Angehörige suchen dann Geschichten, Narrative, mit denen sie diese Veränderungen erklären können. Sie suchen sich

Geschichten, die zu ihrem Denksystem und ihren bisherigen Erfahrungen passen. Dabei sind sie natürlich durch das gesellschaftliche Denken über psychische Störungen geprägt, besonders nach psychiatrischen Vorbehandlungen.

Ich bin immer wieder überrascht, wie wenig beunruhigt oder sogar erleichtert Patienten oder Angehörige auf die Diagnose einer psychiatrischen Störung reagieren. Die Diagnose scheint zum einen in ihr Denksystem zu passen und zum anderen auch irgendeine gute Seite zu haben. Diese gute Seite kann durch die genannten gesellschaftlichen Vergünstigungen bedingt sein. Der Kranke wird dem gesellschaftlichen Fordern entzogen und dem Fördern zugeführt. Das Mobbing bei der Arbeit hat ein Ende, das Krankengeld fällt höher aus als Arbeitslosengeld II. Oder es werden familiäre Probleme gelöst. Die Familie hat eine Aufgabe, kümmert sich um den Kranken, sie ist in dieser Sorge vereint und frühere Streitigkeiten treten in den Hintergrund. Es besteht keine Motivation, an dieser Situation etwas zu ändern. Man richtet sich auf ein Leben mit der Krankheit ein.

Ich möchte dies mit der Metapher der Waage (Abb. 4) verdeutlichen (Miller u. Rollnick, 2004). Auf der linken Seite hängt die Waagschale der Veränderung, auf der rechten Seite die Waagschale des Status quo. Obwohl es um einen komplexen Vorgang geht, der nicht immer bewusst abläuft und auch nicht immer bewusst steuerbar ist, möchte ich vereinfacht sagen: Status quo heißt Verbleiben in der Krankheit, Veränderung heißt, sich von der Krankheit, vom symptomatischen Verhalten, zu verabschieden.

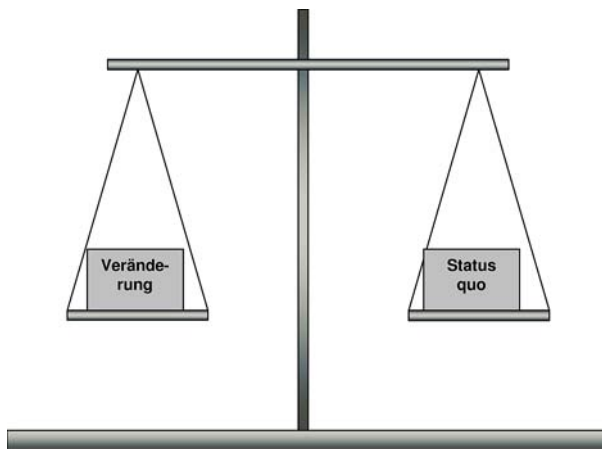


Abb. 4: Die Waage

Nach meiner Erfahrung hat der Patient in den meisten Fällen Einflussmöglichkeiten, die von Außenstehenden üblicherweise unterschätzt werden, unabhängig von den sicherlich vorhandenen biologischen Veränderungen im Gehirn. Erfolge

der systemischen Therapie zeigen das. Die Frage ist, wieweit er diese Einflussmöglichkeiten nutzen möchte.

Wenn der Status quo einen hohen Nutzen bringt und die Kosten einer Veränderung und die damit verbundenen Risiken zu hoch sind, sinkt die Waagschale des Status quo. Man bezeichnet die positiven Auswirkungen einer psychischen Störung auch mit dem Begriff des *sekundären Krankheitsgewinns*. Die Eltern haben mit dem psychisch kranken Sohn einen Sorgenlieferanten, der von ihren eigenen Problemen ablenkt, der Patient wird von der stressigen Arbeit krankgeschrieben oder bekommt Rente. Ein Patient mit dieser Konstellation der Waage, dieser inneren Bilanz, wird ein *biologisches Krankheitsmodell* bevorzugen, die Nicht-Beeinflussbarkeit seiner Symptome immer wieder betonen und mit einer regelmäßigen psychiatrischen Behandlung und Betreuung zufrieden sein.

Es kann aber auch sein, dass der Patient oder seine Familie unter dem Problem, der Symptomatik oder der von Fachleuten gestellten Diagnose sehr leidet. Vielleicht wurde er beruflich degradiert oder erlebt starke Nebenwirkungen der Medikamente. Es kann auch sein, dass er sich von einer Veränderung, einer Therapie, eine große Hilfe erhofft. Hier sind die Kosten des Status quo hoch und von einer Veränderung wird ein hoher Nutzen erwartet. Die andere Waagschale sinkt. Es besteht eine hohe Veränderungsmotivation. Ein solcher Patient wird nach Lösungen seiner Probleme suchen und vielleicht eine Psychotherapie oder Familientherapie beginnen. Er wird zu einem *Problemlösemodell* tendieren und keine unveränderliche genetische Störung, sondern eher ein durch Behandlung lösbares Problem sehen.

3.3 Behandlungskontexte

In Abhängigkeit von seiner Motivation zur Beibehaltung des Status quo oder zur Veränderung sucht und gestaltet der Patient den Behandlungskontext mit.

- Wenn ein Patient ein lösbares Problem annimmt und von der Behandlung explizit Veränderung wünscht, sucht er sich eine Institution oder einen Therapeuten, wo Gespräche zur Problemlösung angeboten werden. Ich nenne diesen Behandlungskontext einen *Problemlösekontext*.
- Wenn der Patient von einem willentlich nicht beeinflussbaren psychischen oder biologischen Defizit, zum Beispiel einer Stoffwechselstörung im Gehirn, ausgeht und zum Ausgleich des Defizits Medikamente und unterstützende Maßnahmen sucht, nenne ich dies *Krankheitskontext*.
- Dann gibt es andere Patienten, die sich so verhalten, dass sie sich selbst oder andere gefährden. Sie laden quasi das Umfeld ein, sie zu kontrollieren. Die Angehörigen oder die Justiz müssen aktiv einschreiten, um Verwahrlosung, Suizid oder Gewalt zu verhindern. Soziale Kontrolle ist notwendig und aus

ethischen Gründen auch vom Gesetzgeber angeordnet. Ich nenne dies einen *normativen Kontext*.

4 Lösungsmodelle

4.1 Kundenorientierung

Was können wir als professionelle Helfer nun anbieten, um den Patienten zu einer bestmöglichen Lösung ihrer Probleme zu verhelfen? Wie können Lösungsmodelle aussehen?

Als Systemiker gehe ich im Sinne einer *Kundenorientierung* (Schweitzer, 1995) davon aus, dass Patienten normalerweise selbst am besten entscheiden können, was für sie gut ist. Sie benötigen allerdings zur Entscheidungsfindung oft professionelle Hilfe und wenden sich deshalb an uns. Wenn keine soziale Kontrolle, kein normativer Kontext vorliegt, steht es im freien Ermessen des Patienten oder seiner Familie, ob sie unsere Hilfsangebote annehmen oder ablehnen. Das heißt, Behandlungsangebote können nur dann hilfreich sein, wenn sie mit den Sichtweisen des Patienten kompatibel sind. Sonst wird er sie ablehnen und anderswo Hilfe suchen.

Wir sollten also, wenn ein Patient ein lösbares Problem als Ursache seiner Symptome annimmt, *therapeutische Gespräche zur Problemlösung* anbieten. Dann können wir schauen, welche besseren Lösungen für das Leben des Patienten zu finden sind. Das kann im stationären Rahmen einer Klinik oder im ambulanten Rahmen beim betreuten Wohnen, bei der Soziotherapie, bei einer Beratungsstelle oder bei einem Psychotherapeuten oder Psychiater geschehen.

Wenn der Patient aber von einem psychischen oder biologischen Defizit ausgeht, beschränkt sich seine Motivation auf die *medikamentöse Behandlung oder auf Unterstützung in der Alltagsbewältigung*. Dies sollte dann zunächst auch erfolgen. Psychotherapie oder Familientherapie gegen seinen Willen wäre sicherlich nicht Erfolg versprechend.

Wenn Patienten durch ihr Verhalten sich selbst oder andere gefährden, geht es in erster Linie um *Schutz durch soziale Kontrolle* und nicht um Problemlösung. Dieser Schutz kann normalerweise nur in der Klinik gewährleistet werden.

4.2 Behandlungskontexte und Angebotspluralismus

Zur Kundenorientierung sind also verschiedene und vielfältige therapeutische Angebote hilfreich. Man sollte den Patienten dort abholen, wo er steht, das heißt ihm die Methode anbieten, der er zugänglich ist und die an seine Wirklichkeitskonstruktion, an sein Denksystem ankoppeln kann. Dazu ist es hilfreich, wenn

das Behandlungssystem über unterschiedliche Angebote verfügt, um dem Patienten letztendlich die seinen Bedürfnissen angepasste Methode anzubieten.

Zum Behandlungssystem zähle ich die jeweils für einen Patienten prinzipiell verfügbaren professionellen Helfer. Dieses System kann folgende Institutionen umfassen:

- psychiatrische Kliniken und Ambulanzen mit ihren verschiedenen Berufsgruppen,
- psychotherapeutische Kliniken mit verschiedenen Berufsgruppen,
- niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- niedergelassene Psychotherapeuten verschiedener Berufsgruppen,
- sozialpsychiatrische Einrichtungen (Soziotherapie, ambulant betreutes Wohnen, stationäre Wohnformen, Arbeitsrehabilitation u. a.),
- Beratungsstellen verschiedener Träger.

In Abhängigkeit vom Behandlungssystem können die unterschiedlichen Methoden im Sinn eines *Angebotspluralismus* von den verschiedenen Institutionen oder Teammitgliedern vertreten werden. Dann kann der Patient zwischen unterschiedlichen Angeboten wählen und *das* Angebot finden, das ihm am besten entspricht (Abb. 5). Es ist alternativ auch möglich, dass derselbe Behandler in unterschiedlichen Kontexten tätig ist und unterschiedliche Behandlungsangebote vertritt. In diesen Fällen kann es hilfreich sein, gegenüber dem Patienten oder Klienten den jeweiligen Kontext explizit zu benennen, weil eine Vermischung von Kontexten zu paradoxen Situationen führen könnte.

- So könnte die Attestierung eines Defizits (normativer Kontext, z. B. Attest für einen Behindertenausweis oder Rente) während einer Psychotherapie (Problemlösekontext) gleichzeitig Unfähigkeit *und* Fähigkeit zur Problemlösung unterstellen und damit einen Fortschritt in der Therapie blockieren. Ähnliches geschieht bei einer Vermischung des Krankheitskontextes mit dem Problemlösekontext.
- Äußert ein Patient während einer ambulanten Psychotherapie Suizidimpulse und fühlt sich der Therapeut für die Kontrolle der Suizidimpulse verantwortlich, kommt es zu einem *Splitting von Verantwortung und Kontrolle* (Retzer, 2002), weil in Wirklichkeit nur der Patient sein Verhalten kontrollieren kann. Der Therapeut wird damit vom Verhalten des Patienten abhängig und seine therapeutische Tätigkeit wird gelähmt.
- Wenn im stationären Setting Zwangsmaßnahmen während einer Psychotherapie als therapeutisch deklariert werden, wird die Unterwerfung und Anpassung des Patienten als vernünftig und sein Kampf um Autonomie und gegen die Zwangsmaßnahmen als unvernünftig erklärt.

Eine Trennung der Kontexte könnte zum Beispiel durch unterschiedliche Personen oder Institutionen erfolgen. Wenn der Therapeut von den Ressourcen des Patienten ausgeht, könnte ein parallel behandelnder Arzt Atteste ausstellen oder Medikamente verordnen. Zwangsmaßnahmen sollten als solche deklariert wer-

den, denn sie stellen eben keine Therapie dar. Eine Suizidgefahr schließt ambulante Psychotherapie aus und erfordert immer einen stationären Kontext.

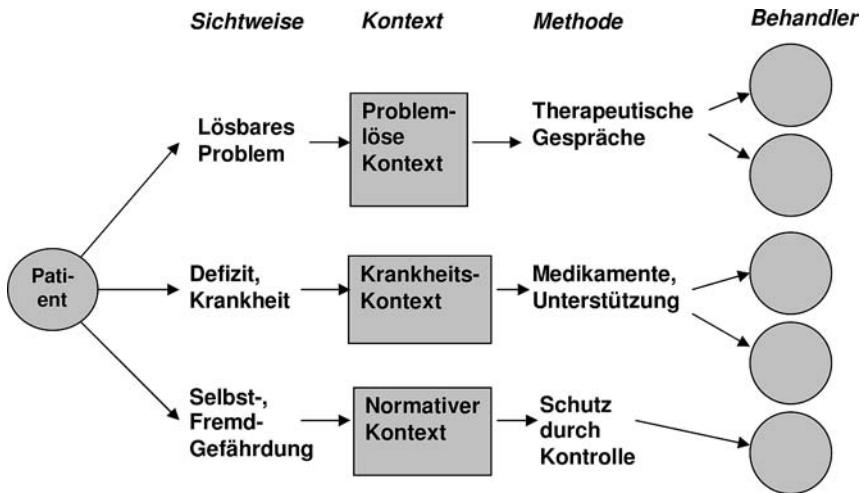


Abb. 5: Behandlungskontexte und Angebotspluralismus

Von gesellschaftlichen Institutionen werden manchmal psychotherapeutische Maßnahmen angeordnet, für die der Patient selbst nicht motiviert ist. Es liegen *gleichzeitig ein normativer und ein Problemlösekontext* vor. Aus systemischer Sicht sind folgende Lösungen der paradoxen Situation (»Der Patient muss sich ändern wollen!«) möglich (vgl. Conen, 1999). Diesen Lösungen ist gemeinsam, dass sie die Eigenmotivation des Patienten, aus der problematischen Situation herauszukommen, nutzen:

- Wenn Leistungserbringer (üblicherweise Rentenversicherungsträger oder Krankenkassen) psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen zur Auflage machen, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, kann man mit dem Patienten die Frage bearbeiten, was er tun müsste, um den Druck der entsprechenden Institution möglichst schnell wieder loszuwerden.
- Bei Straftätern, deren Tat in einen Zusammenhang mit einer psychischen Störung gebracht wird, kann das Gericht eine psychotherapeutische Behandlung, meist im stationären Rahmen, anordnen. Dies betrifft häufig Sexualstraftäter oder Suchtmittelabhängige. Wenn eine Eigenmotivation des Patienten zu einer Behandlung nicht vorliegt, kann auch hier therapeutisch bearbeitet werden, welche Möglichkeiten sich dem Patienten im gegebenen Zwangskontext bieten, sein Leben befriedigender als vorher zu gestalten, und was er tun müsste, um den Zwangskontext möglichst bald wieder zu beenden, das heißt welche Verhaltensänderungen dazu notwendig wären und wie er dies erreichen könnte.

- Vor allem Angehörige von Suchtkranken erwarten manchmal vom Arzt eine »Motivationsarbeit«, um den Patienten zu einer Behandlung des Problems und letztendlich zur Abstinenz von Suchtmitteln zu motivieren. Einen ähnlichen, institutionalisierten Auftrag haben Streetworker im Rahmen der aufsuchenden Drogenarbeit von Suchtberatungsstellen oder Suchthelfer in größeren Firmen. Systemisch ist mit dem Patienten die Frage zu besprechen, wie er sich verhalten müsste, um den Druck der anderen möglichst schnell zu beenden und diese zufrieden zu stellen. Mit den Angehörigen kann besprochen werden, was sie selbst zur Erhöhung oder auch zur Verringerung seiner Motivation beitragen könnten.

4.3 Erweiterung der Sichtweisen

Unterschiedliche Angebote mit verschiedenen Sichtweisen über Krankheit und Problemlösung können dem Patienten oder seiner Familie zeigen, dass *verschiedene Wege* infrage kommen. Die Sichtweisen werden dadurch erweitert, neue Sichtweisen werden eingeführt.

Wir können die *Motivation* des Patienten, Lösungen ohne Krankheit zu suchen, gezielt *fördern*,

- indem wir zum Nachdenken einladen,
- indem wir die Möglichkeit anderer Krankheitsmodelle einführen,
- indem wir Hypothesen über die Funktion der Symptome in der Familie anbieten,
- indem wir die Möglichkeit von Veränderung einführen und damit die Zuversicht erhöhen,
- indem wir zu einer längerfristigen Zukunftsplanung einladen und dadurch vielleicht die Wichtigkeit einer Veränderung im Rahmen der eigenen Ziele des Patienten verdeutlichen.

4.4 Neutralität

Als systemische Haltung gegenüber dem Patienten hat sich dabei eine *Neutralität* bewährt (Retzer, 1994), die seine eigenen Sichtweisen und Wünsche respektiert, aber gleichzeitig die Möglichkeit anderer und neuer Sichtweisen offen lässt. Eine neutrale Haltung kann sich auf verschiedene Bereiche beziehen.

- Eine *Konstruktneutralität* lässt verschiedene Sichtweisen von Krankheiten oder Problemen nebeneinander stehen. Nicht selten gibt es auch in der Familie unterschiedliche Ansichten, ob sich der Sohn nun zusammenreißen und normal verhalten könnte oder ob eine nicht beeinflussbare erbliche Störung ihn daran hindert. Unterschiedliche Krankheitsmodelle sind denkbar und haben

jeweils verschiedene Konsequenzen für das Leben des Patienten, die man durchsprechen kann. Die Patientenfamilie sieht, dass verschiedene Sichtweisen möglich sind und konfliktfrei nebeneinander stehen können.

- Die *Veränderungsneutralität* bezieht sich auf die Frage, ob Veränderung oder Nichtveränderung für den Patienten besser ist. Ich lasse offen, ob es für den Sohn besser ist, als psychisch Kranker bei den Eltern wohnen zu bleiben oder alternativ Verantwortung für sein Leben zu übernehmen und auszuziehen.
- Bei der Familientherapie bedeutet *soziale Neutralität*, die unterschiedlichen Positionen der Familienmitglieder gleichermaßen wertzuschätzen ohne einseitige Parteinahme.
- Eine *Methodenneutralität* (Ruf, 2000, 2005) lässt offen, welche der infrage kommenden Behandlungsmethoden für den Patienten die bessere ist: Medikamente, Soziotherapie, Psychotherapie, Familientherapie oder eine Kombination davon. Das erhöht die Wahlmöglichkeiten des Patienten. Er sieht, dass unterschiedliche Behandlungsmethoden verschiedene Wege repräsentieren und dass ein Wechsel von der einen zur anderen möglich ist.

Eine neutrale Balancierung von Ambivalenzen kann zum Beispiel bedeuten, dass verschiedene Sichtweisen von verschiedenen Mitgliedern des Behandlungssystems vertreten werden. Das Behandlungsteam dient so auch der Familie als Modell, weil unterschiedliche Meinungen und Vorgehensweisen nebeneinander stehen können.

Ich möchte dies an einem Fallbeispiel aus meiner Gemeinschaftspraxis verdeutlichen.

Herr S., 20 Jahre alt, kam nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik erstmals in meine Praxis. Er hatte jahrelang Cannabis konsumiert, lebte bei den Eltern, der Abschluss seiner Berufsausbildung stand bevor. Zwei Monate zuvor hatte er psychotische Symptome entwickelt und war in die Klinik eingewiesen worden. Die Symptomatik war zwischenzeitlich gut remittiert.

Die Mutter begleitete ihn zu den Behandlungsterminen bei mir. Sie wollte ihn bei der Lösung seiner Probleme unterstützen. Herr S. selbst erwartete von der Behandlung, von seinen Gedanken an Suchtmittel loszukommen und ohne Psychose arbeiten zu können. Ich empfahl eine Kombination folgender Behandlungsformen:

- die Weiterführung der neuroleptischen Therapie bei meinem Praxiskollegen,
- eine Einzel-Psychotherapie bei mir,
- eine Familientherapie bei meiner Frau.

Meine ersten beiden Vorschläge wurden angenommen, während Familientherapie nicht für notwendig erachtet wurde. Ich arbeitete dann in der Psychotherapie mit der Sichtweise eines individuellen Problems, mein Kollege bei der medikamentösen Behandlung mit der Sichtweise einer psychischen Krankheit.

In den ersten, etwa vierwöchentlich stattfindenden Therapiesitzungen wurden seine früheren Wünsche, durch Cannabis zu entspannen, deutlich. Er nahm meine Umdeutung an, dass er in seiner Psychose eine Traumwelt aufbaute, eine Art »Heimkino«, in das er

aus der schlimmen Realität fliehen konnte. Wir besprachen, wie er es schaffen könnte, wieder in eine Psychose zu kommen: durch erneutes Kiffen oder auch, wenn er zu selbstbewusst seinen Willen gegenüber anderen durchsetzen wollte.

Vor der vierten Therapiesitzung setzte er die Neuroleptika eigenmächtig ab, schief nicht mehr und wirkte im Therapiesprach angespannt und leicht zerfahren. Er äußerte seine Sorge, dass im Fall seiner Ablösung von der Familie und seines Auszugs die Mutter mit dem Alleinsein nicht klar komme und eine Scheidung der Eltern drohe. Seine Klinikbehandlung habe alle wieder zusammengebracht. Die Sitzung war emotional sehr ergreifend, er weinte, und ich äußerte meine Anerkennung für sein enormes Opfer, als Sorgenlieferant die Familie zusammenzuhalten mit dem Preis der Psychose. Gegen Ende der Sitzung wirkte er wieder klar, der präpsychotische Zustand war abgeklungen und er äußerte seine Bereitschaft, wieder Risperdal einzunehmen.

Nach dieser Sitzung wurde auf Wunsch der Familie ein Familiengespräch bei meiner Frau anberaunt, natürlich mit der Sichtweise eines Familienproblems. Es erschienen Vater, Mutter, Patient und Bruder. Bei diesem Familiengespräch bestätigten sich die vom Patienten genannten familiären Probleme: Der Vater war durch Probleme bei der Arbeit schlecht gelaunt, die Mutter fühlte sich überfordert und hatte schon an Trennung gedacht. Für Eltern und Bruder war es aber neu, von der Sorge des Patienten um die Familie zu hören, und sie konnten einige seiner Befürchtungen entkräften: So schlecht stehe es nun doch nicht um ihre Ehe. In ihrer Abschlussintervention betonte die Therapeutin die Normalität der familiären Probleme bei der Ablösung der erwachsen werdenden Kinder. Sie lobte die Familie für ihr Besorgtsein umeinander und sie lobte das Opfer des Patienten als Sorgenlieferant. Sie gab die Hausaufgabe, in einem gemeinsamen Brief an sie die von allen offensichtlich vergessenen Stärken der Familie aufzulisten.

Es kam zu keiner zweiten Familiensitzung, weil sich danach die Kommunikation in der Familie deutlich verbesserte. Die Söhne unterstützten die überlastete Mutter bei der Hausarbeit. Die Einzeltherapie ging über eineinhalb Jahre und umfasste 14 Sitzungen. Herr S. war bei Behandlungsende von den Drogen weggekommen, nahm keine Neuroleptika mehr, wirkte stabil und plante ein Studium in Berlin, wo er sich verliebt hatte.

Folgende systemische Hypothese lag den Interventionen zugrunde: Das psychotische Verhalten des Patienten stabilisierte die Familie und lenkte von Problemen der Eltern ab. Mit dieser Lösung durch Krankheit waren aber alle unzufrieden, sie suchten eine bessere Lösung. Der Patient strebte ein Leben ohne Drogen und die Ablösung von den Eltern an. In der Einzel-Psychotherapie und in dem Familiengespräch konnten seine Befürchtungen relativiert und eine Veränderung des familiären Zusammenlebens eingeleitet werden.

Bei diesem Beispiel wurden unterschiedliche therapeutische Aufgaben von verschiedenen Mitgliedern unseres Praxisteam übernommen. Sie vertraten jeweils verschiedene Sichtweisen des Problems mit entsprechenden Behandlungsmethoden:

1. Es könnte sich um eine Krankheit handeln, die eine medikamentöse Behandlung erfordert. Das ist der Krankheitskontext.

2. Es könnte sich um ein individuelles Problem handeln, an dessen Lösung der Patient selbst mitwirken kann. Das ist der Problemlösekontext.
3. Es könnte sich um ein familiäres Problem handeln, bei dessen Lösung die Familie mitwirken kann. Das ist ebenfalls der Problemlösekontext.

5 Zusammenfassung

Die Diskrepanz zwischen verschiedenen *Krankheitsmodellen*, zwischen systemischen und psychiatrischen Ideen löst sich auf, wenn man sie von einer Metaebene aus als Konstrukte, als Landkarten, als Bilder von der Wirklichkeit betrachtet. Unterschiedliche Krankheitsmodelle können in verschiedenen Situationen nützlich sein.

Ein *Lösungsmodell* wird möglich, wenn in einem Angebotspluralismus verschiedene Behandler unterschiedliche Theorien vertreten und in unterschiedlichen, vielleicht wechselnden, Kontexten arbeiten. Dann kann am besten verschiedenen Sichtweisen der Patienten Rechnung getragen und an ihr Denksystem angekoppelt werden. Die Ambivalenz des Patienten bezüglich Veränderung oder Nicht-Veränderung, bezüglich unterschiedlicher Behandlungsmethoden und unterschiedlicher Lebenswege kann mit einer neutralen therapeutischen Haltung gewürdigt werden. Der Patient kann wählen zwischen systemischen und sozialpsychiatrischen Methoden oder einer Kombination von beidem. Er bekommt vom Behandlungsteam die Zuversicht vermittelt, dass Veränderung und Problemlösung prinzipiell möglich sind.

Literatur

- Aldenhoff, J. (1997). Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Nervenarzt*, 68, 379–389.
- Aldenhoff, J. (2000). Biologische Veränderungen bei der Psychotherapie der Depression. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 415–419.
- Bökmann, M.B.F. (2000). *Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin u. a.: Springer.
- Conen, M.-L. (1999). »Unfreiwilligkeit« – ein Lösungsverhalten. *Zwangskontexte und systemische Therapie und Beratung. Familiendynamik*, 24, 282–297.
- Gaebel, W. (2003). Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie. In H.J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 26–48). Berlin u. a.: Springer
- Hoff, P. (2003). Geschichte der Psychiatrie. In H.J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. (2. Aufl., S. 2–25). Berlin u. a.: Springer.
- Hüther, G. (1996). The central adaption syndrome: psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology*, 48, 569–612.

- Hüther, G., Adler, L., Rüter, E. (1999). Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 45, 2–17.
- Hüther, G., Rüter, E. (2003). Die nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Verlauf psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlungen. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 224–234). Stuttgart: Schattauer.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Retzer, A. (1994). *Familie und Psychose*. Stuttgart u. a.: G. Fischer.
- Retzer, A. (2002). *Passagen – Systemische Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ruf, G.D. (2000). Systemische Psychiatrie – ein Praxiskonzept. *Familiendynamik*, 25, 532–550.
- Ruf, G.D. (2005). *Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (1997). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J. (1995). Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. *Familiendynamik*, 20, 292–313.
- Simon, F.B. (1995). *Die andere Seite der Gesundheit*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Gerhard Dieter Ruf, Marktplatz 2, 71679 Asperg;
E-Mail: gdruf@psych-asperg.de