

## Die Bedeutung multiperspektivischer Ansätze in der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

**Zusammenfassung:** *Auf dem erkenntnistheoretischen Hintergrund gegenwärtiger Systemtheorien wird die Notwendigkeit komplexer, integrativer Zugänge bei der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit erörtert.*

Gesundheit und Krankheit können nicht mit eindimensionalen Erklärungsmodellen, linearen Ursache-Wirkungsbezügen und ohne eine historische Betrachtungsweise erfasst werden. Um Erkenntnisfortschritte im Verständnis der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung komplexer Phänomene zu erreichen, sind multidisziplinäre Ansätze notwendig, in denen ein Problemgegenstand mit multiplen Perspektiven<sup>1</sup> unterschiedlicher Disziplinen untersucht wird (Polykontextualität<sup>2</sup>). Eine solche Analyse bietet die Möglichkeit, die jeweils theoretischen Zusammenhänge synchron, als Facetten eines komplexen Geschehens zu betrachten. Die Wirklichkeit wird auf verschiedenen Ebenen, wie durch unterschiedliche Optiken, evoziert. Dies darf jedoch nicht als ein fragmentierter Wahrnehmungs- und Verstehensprozess aufgefasst werden, denn der jeweilige Fokus hat die übrige Wirklichkeit als Horizont. Im Rahmen der Abstimmung und Angleichung der einzelnen Ansätze tauchen Brüche und Divergenzen auf, bei denen nicht die Vollständigkeit im Detail entscheidend ist; ein solcher Anspruch wäre hypertroph. Dieser theoriegeleitete Prozess benötigt auch eine Mehrdimensionalität in der theoretischen Betrachtungsweise<sup>3</sup>.

Eine einzelne Theorie oder Wissenschaft kann einem umfassenden Gültigkeitsanspruch einer Beschreibung von Gesundheit und Krankheit nicht genügen. Theorien, als „Welterzeugungsinstrumente“ (FUCHS 1999), sind immer sowohl ein- wie ausschließend. Die in der Literatur vorgestellten Modelle der Beschreibung von Krankheit und Gesundheit betonen jeweils bestimmte Aspekte und Lebensbereiche und sind unterschiedlich integrativ in der Einbeziehung der einflussnehmenden Ebenen und Faktoren. Psychologische, soziologische und medizinische Erklärungsmodelle<sup>4</sup> von Krankheiten mögen in sich stimmig sein, sie erfassen jedoch nur jeweils begrenzte Ausschnitte der Wirklichkeit und sind an Ebenen der Abstraktion gebunden.

---

1 Den Begriff der Multiperspektivität im Rahmen einer integrativen Sichtweise führte PETZOLD bereits in den 80er Jahren ein.

2 „Polykontextualität“ (EUGSTER 2000) meint nicht nur die quantitative Vervielfachung von Beobachterperspektiven, sondern auch den Umstand, dass jede Beobachtung ihrerseits beobachtbar ist.

3 H. PETZOLD bezeichnet dies als "polytheoretischen Diskurs" (1993, S. 2, 477).

4 Im Rahmen eines multiperspektivischen Ansatzes dienen ihre Klassifikationsschemata lediglich zur Einordnung in bestehende Wissenschaftsstrukturen und zur interdisziplinären Verständigung.

Der Konstruktivismus und die Systemtheorien bilden die erkenntnistheoretischen Grundlagen<sup>5</sup> des hier diskutierten multiperspektivischen Ansatzes. Bei einem systemtheoretischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind die Erkenntnisse neuerer Systemtheorien aufzunehmen, da diese auf die Subjekteigenschaft des Beobachters Bezug nehmen, während in „klassischen“ systemischen Ansätzen LUHMANNscher Prägung die Person in der Theorie eliminiert wird. Systemtheoretiker, wie z.B. KRIZ (1999) und SCHIEPEK (1999) fordern die Wiedereinführung der Person in die Theorie, um die Subjekthaftigkeit zu betonen und lassen neben der Rekursivität Linearität und Kausalität bei der Betrachtung des Ineinandergreifens von Systemen zu. Die Aufnahme dieser Theorien ist notwendig, um den Spalt zwischen den Systemtheorien LUHMANNscher Prägung und einer subjektorientierten Forschung zu überbrücken. In diesem Prozess ist Erkenntnis und Erkenntnisgewinn nicht wertfrei, sondern von „Erkenntnisinteressen“ (J. HABERMAS 1981) bestimmt. Dieser Sichtweise folgend, ist auch eine Definition von Gesundheit und Krankheit in erheblichem Maße von soziokulturellen Interessen und Kontexten<sup>6</sup> bestimmt. Gesellschaftliche Interessengruppen definieren und bewerten, was krank und gesund ist, Gesundheit und Krankheit sind sozial konstruiert.

Bei der Beschreibung von Gesundheit und Krankheit handelt es sich immer um Unterscheidungen von Beobachtern, also um soziale Konstruktionen. Aus systemtheoretischer Perspektive sind Symptome beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände, die als Zeichen für andere, nicht beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände in einem anderen, nicht-transparenten Phänomenbereich einer tatsächlichen oder vermuteten „Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit“ gedeutet werden (SIMON 1995a). Als Beispiele führt SIMON (1995) Flecken im Gesicht, ein Humpeln im Gang oder Schmerzensschreie an, die, wenn sie wahrgenommen werden, als abweichend zum erwarteten, „normalen“, Zustand unterschieden werden. Solch eine Interpretation, bzw. Unterscheidung muss jedoch nicht getroffen werden, sie erfolgt nur bei Phänomenen, bei denen der Beobachter das Bedürfnis hat, nach einer Erklärung zu fragen. Symptome sind demnach das Produkt von Unterscheidungen, bzw. Interpretationen, die durch die Zuweisung zu einem System (dem Organismus, dem psychischen oder sozialen System) durch Kommunikation sozial festgelegt werden. In Bezugnahme auf die Semiotik führt SIMON aus: „Da ihnen kein unmittelbarer Mitteilungscharakter innerhalb zwischenmenschlicher Kommunikation zugeschrieben werden kann, werden sie als Zeichen gedeutet, die auf eine andere, „ursächliche“, Abweichung (Unterscheidung) außerhalb des Kontextes der direkten Interaktion und Kommunikation, d.h. außerhalb der Grenzen des sozialen Systems, verweisen.“ (1995b, S. 23) Zu einem Symptom wird ein Phänomen erst im Rahmen einer sozialen Konvention. Es bedarf der kommunikativen Validie-

---

5 Wirklichkeitserfahrungen bilden sich demnach in komplexen, interaktionalen Konstitutionsprozessen zwischen Erkennenden und Erkannten als Wechselwirkungen von Systemen.

6 KEUPP verwies bereits 1991 auf eine Fülle von Befunden aus dem Bereich der kulturvergleichenden Psychiatrie, die zu einer konsequenteren sozial-konstruktivistischen Wende im psychopathologischen Diskurs veranlassen sollten.

rung, um zum Symptom zu werden und damit als Merkmal der Unterscheidung für eine Krankheit anerkannt zu werden.

Um die Entstehung von Symptomen zu erklären, sind charakteristische Beziehungen zwischen den verschiedenen Modi, wie und nach welchen Prämissen, Glaubenssätzen und Modellen Menschen ihre Wirklichkeit konstruieren, zu untersuchen. Hierzu muss analysiert werden, wie ein Mensch sich und seine Umwelt sieht, welchen Konstruktionen er folgt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, ein bestimmtes Symptom zu entwickeln oder aufrechtzuerhalten, denn es bedarf der Symptome, um zum Patienten zu werden, um das Etikett „krank“ zugeschrieben zu bekommen.

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe sehr hoher logischer Ordnung. Sie beinhalten Prozesse auf zahlreichen Ebenen, die rekursiv im System Mensch und Umwelt wirken. Dabei gelten solche Abweichungen vom „Normalen“ als krank, wenn über dessen Schwellenwert in einer gegebenen Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt „Konsens“ herrscht<sup>7</sup>. Mit dieser Konstruktion, in der eine Person als „krank“ bezeichnet wird, oder sich selber als „krank“ definiert, erhält das Individuum zugleich eine neue Rolle, nämlich die des „Kranken“, zugeteilt. Verbunden mit dieser Rollenattribution eines „Kranken“ sind verschiedenste Erwartungen<sup>8</sup>.

Die Bestimmung von Gesundheit und Krankheit erfolgt in der Kommunikation zwischen dem Individuum und den bewertenden sozialen Umwelten. Dabei ist ein lediglich subjektives Empfinden des einzelnen ein ebenso unzureichendes Kriterium, wie die alleinige Beurteilung von „Fachleuten“. Um zu einer Übereinstimmung in der Bewertung zu kommen, muss das Symptom von den Teilnehmern dieses Bewertungsprozesses der gleichen Systemebene, z.B. dem Körperlichen zugewiesen werden. Wird das Symptom verschiedenen Ebenen zugewiesen, z.B. vom Patienten dem Körper und vom Arzt der Psyche, ist der Kommunikationsprozess gestört. Zu beachten ist zudem, dass auch Fachleute, z.B. mehrere konsultierte Ärzte, mit ihrer Indikationsmacht ein Symptom oftmals unterschiedlich interpretieren. Auch können sie als Beobachter unterschiedliche Perspektiven einnehmen und zu unterschiedlichen Bewertungen kommen.

Ein Symptom kann für ein System „Sinn machen“. Mit dieser Aussage soll jedoch nicht suggeriert werden, dass Symptome einzig durch (er)finden entsprechender Szenen oder Atmosphären in der Biografie zu „erklären“ seien, bzw. dass dies ihr einzig möglicher „Sinn“ wäre. „Sinn“<sup>9</sup> entsteht vor allen Dingen dadurch, dass der Mensch Orientierungen und Einordnungsmöglichkeiten seiner Symptome erhält und sich selbst Sinn konstruiert. Das

---

7 Wenn sich beispielsweise jemand „süchtig“ trinkt, gilt er in unserem Gesundheitswesen als krank, stürzt er sich „süchtig“ in immer neue Arbeiten, gilt er nicht als „krank“ (manchmal wird er allerdings als „Workaholic“ bezeichnet).

8 Zum Beispiel muss der Kranke für die Umwelt erkennbar leiden und den Willen zur Besserung haben, damit er Unterstützung erhält.

9 Als problematisch kann es sich erweisen, wenn diese Sinnsuche über eine Schuldzuweisung erfolgt oder wenn sie als eine schicksalhafte Wendung erlebt wird.

Geflecht der vielfältigen, oft sehr komplexen, Krankheitshintergründe werden wir nie in allen Einzelheiten analysieren können. Bei der Konstituierung von Symptomen macht es jedoch Sinn zu fragen, welche Wirklichkeitskonstruktion oder auch Wirklichkeitsillusion macht für den Einzelnen Sinn bzw. „mehr Sinn“. Dieser Prozess ist immer auch affektgesteuert; affektive und kognitive Komponenten wirken hier untrennbar zusammen.

Bei der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit verwenden Wissenschaftler und Nicht-Wissenschaftler immer wieder Ausdrücke, wie in „Wirklichkeit“ oder in „Wahrheit“<sup>10</sup> und führen so Aussagen an, von denen sie unterstellen, dass sie mit der Wirklichkeit übereinstimmen oder einen allgemeinen Wahrheitscharakter haben. Dabei können nur Antworten gegeben werden, die in Übereinstimmung heute für „wahr“ gehalten werden, mit neuem Wissen werden „neue wahre“ Antworten gegeben (MITTERER 1999) und zugleich neue Wirklichkeiten konstruiert<sup>11</sup>.

Nicht zu übersehen ist: Symptome haben wichtige soziale und psychische Funktionen, sie sind niemals eindimensional-ursächlich zu begreifen. Immer sind leibliche, psychische, geistige und soziale Gesamtheiten beteiligt, die in ihrer inneren Interdependenz und ihrer Historie gesehen werden müssen. Hierbei ist zu beachten, dass Symptome Hinweise auf Erkrankungen sind und nicht die Erkrankung selber. Zudem kommt hinzu, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind und immer wieder neu gezogen werden müssen. Die Betroffenen entscheiden immer wieder neu, ob sie ein Phänomen wahrnehmen, „verdrängen“ oder etwas dagegen tun. Auch die gesellschaftliche Einbindung, die Teilhabe, bestimmt mit, wie krank sich eine Person fühlt. Solch ein komplexes Gesundheits- und Krankheitsverständnis integriert Erkenntnisse verschiedener Wissenschaften und beinhaltet die Beteiligung aller Ebenen des Systems „Mensch“ in seiner Umwelt.

Ein umfassendes Modell der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit<sup>12</sup> muss, um einen Beitrag zu einem komplexen ätiologischen Modell zu leisten, die isolierte Fixierung auf körperliche, psychische oder soziale Merkmale überwinden. Begrifflich ist dieser Sachverhalt mit dem gebräuchlichen Terminus "Psychosomatik" nicht erfasst. Lediglich historische Gründe rechtfertigen m.E. heute noch, von psychosomatischen Krankheiten zu sprechen, da mit diesem Begriff nur

---

10 Damit die Unterscheidungen zwischen wahr und nicht wahr nicht beliebig sind, müssen sie sich an einem "Schiedsrichter" orientieren, mit dem es übereinzustimmen gilt (MITTERER 1999). Die „Richter“ oder seine Stellvertreter, so MITTERER, über das was wirklich/real ist, sind Wissenschaftler, Lehrer, Erzieher, Autoritäten oder autoritative Aussagen.

11 „Dieser Tendenz entspricht auch, dass der Irrtum immer der Wahrheit vorausgeht – es ist immer die zuletzt vertretene Auffassung jene, die ich als wahr vertrete und vertreten muss, zumindest bis ich sie ablöse zugunsten einer neuen Auffassung, die dann die Rolle der neuen Auffassung übernimmt.“ (MITTERER 1999, S. 494)

12 Ein Gesellschaftssystem vermag sich eher darüber zu einigen, was krank ist; eine Definition und Verständigung über gesundes Verhalten ist noch schwieriger, da hier noch mehr normative Maßstäbe einfließen (siehe hierzu SIMON 2000).

Teilaspekte des unauflösbaren Ganzen hervorhoben werden<sup>13</sup>. Der Begriff „Soziopsychosomatik“ beschreibt diesen Sachverhalt angemessener.

Für den Konstruktionsprozess von Gesundheit und Krankheit ist ein weiterer Aspekt maßgebend. Für die interagierenden Systeme ist es bedeutsam, ob es gelingt, eine von den Klientinnen, ihren Angehörigen und den Expertensystemen akzeptierte gemeinsame oder eine divergierende Sicht von Wirklichkeit zu erzeugen. Diese jeweils subjektiven Sichtweisen der handelnden Systeme, die weder wertfrei noch rational sind, sind abhängig von Prozessen des „Ineinandergreifens“ privater und theoretischer Konstrukte der Betroffenen und der Experten und Expertinnen (WELTER-ENDERLIN 1999).

GERHARDT wies bereits 1991 darauf hin, dass sich Medizin, Psychologie und die Sozialwissenschaften vorrangig mit der Beschreibung von Krankheit und zu wenig mit der von Gesundheit beschäftigen. Dies hat sich heute zumindest in der Theorie verändert<sup>14</sup>. Im Kontext der Salutogenese entwickelten sich Ansätze, die die Gesundheit in den Mittelpunkt stellen (siehe beispielsweise BECKER 2006, HURRELMANN 2009, FRANKE 2008). Auch nach der Implementierung des ICF wird das „soziale Risiko Gesundheit“ (KEIL 1988) noch von der Medizin und der Gesundheitspolitik wesentlich auf das Risiko zu erkranken reduziert. Der an „Funktionalität“, „Arbeitsfähigkeit“ und damit an „Normalität“ geknüpfte Gesundheitsbegriff verleiht mit dieser seiner Logik der Medizin die Macht der unmittelbaren sozialen Kontrolle (KEIL 1988). Hierbei gerät die gesellschaftliche Produktion von Gesundheitsgefährdungen, Krankheiten, Umweltbelastungen, Armut, Arbeitslosigkeit, Über- und Unterforderungen im Arbeitsbereich, Stress und weiterer Lebensrisiken zu sehr aus dem Blick. Aus sozialen Problemen werden immer noch medizinische. Dabei verweist gerade die Zunahme der sogenannten „Zivilisationskrankheiten“, zu denen Süchte, Essstörungen u.a. zu rechnen sind, auf den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Lebensweisen und familiären Dysfunktionen und die Produktion von Krankheiten. Bei der Betrachtung dieser Zusammenhänge ist der Sichtweise der kritischen Theorie (siehe J. HABERMAS<sup>15</sup> 1981, GERHARDT 1989) zu folgen, nach der die Pathologie des einzelnen der des sozialen Systems, in dem sich die Persönlichkeitsstruktur bildet, entspricht.

Problematische Phänomene, die als Symptome bezeichnet werden, schaffen in der betroffenen Persönlichkeit die Illusion, sich der Gesellschaft anpassen zu können und die Hoffnung, die Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu ertragen und Verhaltenserwartungen erfüllen

---

13 Bereits 1984 zitierte STIERLIN in seiner Habilitationsschrift (zweite Auflage 1994) Aussagen von WOLFF (1962) und LIPOWSKI (1972), die den Begriff Psychosomatik für überholt und hinderlich halten, da sich die psychosomatische Medizin auf die Untersuchung psychischer Faktoren bei allen Krankheiten ausgeweitet habe. Mit dem Begriff der „Familiensomatik“ („family-somatics“), der von WEAKLAND (1977) in die psychosomatische Medizin eingeführt wurde, sind diese Probleme ebenfalls nur unzureichend erfasst (siehe SIMON u. STIERLIN 1984).

14 Auch HURRELMANN (1994) und WIRSCHING, HUBER, VON UEXKÜLL (2000) riefen dazu auf, sich mehr der Gesundheit zuzuwenden.

15 J. HABERMAS (1981) verbindet in seiner Analyse der Gesellschaft Rollenpathologien und Neopsychoanalyse mit seinem Systembegriff.

zu können. Sie sind misslungene „Passungen“ individueller Schemata in Bezug zur Umwelt (SCHIEPEK 1991) und zugleich (extreme) Einengungen von Freiheitsgraden der Verhaltensoptionen (VON FOERSTER 1997). Für die betroffene Person heißt Gesundheit „Autonomie“<sup>16</sup> trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handikaps.

Um die Phänomene Gesundheit und Krankheit analysieren zu können, benötigen wir ordnende Klassifikationssysteme und Modelle. Als ein Ordnungssystem sollen Kategorien nach RITSCHER (1996, S. 336ff) vorgestellt werden, mit denen auftretende Symptome drei Dimensionen zugeordnet werden können:

- Philosophisch-erkenntnistheoretisch versteht RITSCHER Symptome als einen sinnvollen Ausdruck (Repräsentant) für etwas anderes, ein „Signifikantes“, ein „Bezeichnendes“. Auf der Ebene des Bezeichneten ist der Sinn des Signifikanten, bzw. des Symptoms zu suchen. Zu berücksichtigen ist, dass keine eindeutige Zuordnung des Symptoms zu allen Signifikanten möglich ist, da soziale Systeme nicht-trivial sind. So ist jeder Signifikant im Grunde ein neuer „Signifikant“, der erneut auf seinen Sinn befragt werden muss. So fügen, d.h. konstruieren, wir eine Kette von Signifikanten zu einem vorläufigen und un abgeschlossenen Bild.
- In einer pragmatischen Dimension versteht RITSCHER Symptome als Probleme, die so bedrückend geworden sind, dass professionelle Hilfe außerhalb des betroffenen Systems gesucht wird. Der Blick richtet sich im Rahmen dieser Perspektive auf die Funktion eines Symptoms. Diese Funktion kann in der Stabilisierung eines eingeschliffenen Systemzustandes liegen oder ein Symptom bietet möglicherweise ein Schutz vor nicht bewältigbar erscheinenden Veränderungen. Erst wenn sich ein System neue Ressourcen erschließt, verliert das Symptom seine bisherige Funktion und es kann aufgegeben werden.
- In der linguistischen Dimension untersucht RITSCHER die Funktionsbestimmung von Symptomen mit Hilfe unterschiedlicher Sprachmuster. Symptome können erstens als „Folge von ...“, beschrieben werden. Das problematische Verhalten eines Symptomträgers wird als Ausdruck und Folge problem-erzeugender familiärer Interaktionen und Beziehungsmuster verstanden. Ein Symptom kann beispielsweise als eine (nicht die) Folge einer traumatisierenden sozialen Erfahrung im Kontext der politisch-ökonomisch kulturellen Krise unserer Gesellschaft beschrieben werden. Zweitens kann ein Symptom als „Ausgangspunkt für ...“ in Symptome erster und zweiter Ordnung unterschieden werden. Hierbei führen Symptome erster Ordnung zu Bewältigungsversuchen innerhalb der bestehenden Muster. Sind diese nicht erfolgreich, reagiert das System häufig mit der Strategie des „immer mehr vom Gleichen“. Mit diesem Verhalten chronifiziert sich ein System und verstärkt so ein nicht erfolgreiches Problemmuster und erzeugt zudem neue Probleme. Diese „Symptome zweiter Ordnung“ sind komplexer, ziehen mehr Aufmerk-

---

16 Autonomie ist für WIRSCHING, HUBER und VON UEXKÜLL (2000) das „Produktionsziel“ einer sozial verantwortlichen Heilkunst.

samkeit auf sich, als die der „ersten Ordnung“ und tragen zu einer Stabilisierung des Systems bei (RITSCHER 1996, siehe auch SIMON 1995a, 1995b). Drittens können Symptome als „Mittel, um ... zu ...“ dienen. Mit ihnen kann versucht werden, etwas zu erreichen, was auf andere Weise nicht mehr zu bekommen ist. So erhalten Symptome (auch) eine „positive Funktion“, z.B. Aufmerksamkeit erlangen. Diese Verhaltensweisen tragen häufig zu einer Ausweitung des Ausgangssymptoms bei.

Auf ein weiteres frühes integratives Modell von BRONFENBRENNER (siehe hierzu von SCHLIPPE<sup>17</sup> 1987, PETZOLD 1993) soll als nächstes verwiesen werden. Dieses Ordnungsmodell mit den vier Systemebenen Mikrosystem, Mesosystem, Exosystem und Makrosystem bringt die "horizontalen" Sozialisationsbedingungen mit „vertikalen“ Einflüssen gesellschaftlicher Bedingungen in Verbindung. Es bildet einen grundlegenden Baustein für eine multiperspektivische Betrachtung, jedoch werden die Beziehungen zwischen den Elementen und Ebenen in diesem Modell noch nicht genügend rekursiv betrachtet.

Das Modell der „produktiven Realitätsverarbeitung“ von HURRELMANN (1989, 1994) ist ein weiteres integratives Modell. Der Autor versteht die Persönlichkeitsentwicklung als einen weitgehend selbstgesteuerten Prozess, der in einer komplexen Beziehung zu einerseits organismusinternen und andererseits organismusexternen Lebensbedingungen steht. Umwelтанforderungen, eigene Bedürfnisse, Interessen, Fähigkeiten, einschließlich der motorischen und körperlichen, werden aufeinander abgestimmt. Die Vorstellung von einer Umwelt, die sich in ständiger Umformung und Veränderung befindet und durch die Aktivität von Personen permanent beeinflusst wird, ist Bestandteil des Modells. HURRELMANN legt einen Schwerpunkt auf das Copingverhalten (die Erhaltung und Nutzbarmachung von Ressourcen) und das Selbstkonzept.

Ein weiteres Modell soll kurz vorgestellt werden: HUBER (2000) versucht in seinem Ansatz die vielfältigen Wechselbeziehungen von der molekularen Ebene bis hin zur gesellschaftlichen Kultur bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit zu erfassen. Dieses Modell soll beispielhaft für umfassende multifaktorielle Modelle vorgestellt werden:

---

17 von SCHLIPPE und MATTHAEI (1987) ergänzten dieses Modell. Sie stellen in Anlehnung an BRONFENBRENNER Dimensionen sozio-psycho-physischer Gesundheit vor. Diese Dimensionen reichen vom Zellsystem bis zum Makrosystem und beziehen die Zeitebene ein (vgl. VON SCHLIPPE und LOB-CORZILIUS 1993, VON SCHLIPPE 1987).

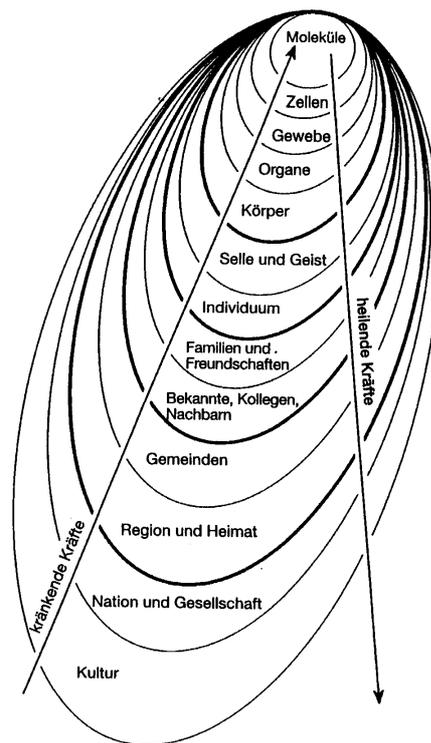


Abb. Nr. 1: Der große Gesundheitsglobus (in WIRSCHING, HUBER, VON UEXKÜLL 2000, S. 317)

Das Modell von HUBER hat zudem den Vorteil, neben den „kränkenden Kräften“ auch „heilende“ zu berücksichtigen. Jedoch bedarf auch dieses Modell im Rahmen einer multiperspektivischen Sichtweise weiterer Ergänzungen<sup>18</sup>.

In den letzten Jahren tragen neben den Sozialwissenschaften, der Psychologie und der Medizin weitere Wissenschaften wichtige Erkenntnisse zu einem besseren Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei. Eine dieser Wissenschaften ist die Neurobiologie, die, wie die Systemtheorie, die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen sich beeinflussenden Systemen betont<sup>19</sup>. Beim Koppelungsprozess der leiblichen, sozialen und psychischen Systeme kommt dem Gehirn eine besondere Bedeutung zu (KRIZ 1999). Das Gehirn prägt sich Erfahrungen ein, indem es neue Informationen mit schon bekannten verknüpft. Stimulierte Neuronen (elektromagnetische Kontakte) stel-

18 Auf einige weitere Modelle soll verwiesen werden: MINUCHIN (1983) legt in seinem systemischen Modell ("Das offen-systemische Modell der psychosomatischen Krankheit") den Schwerpunkt auf einzelne außerfamiliäre Faktoren, die er außerfamiliäre Belastungen nennt. PETZOLD (1993) verweist auf ein Modell von LEHR (1979), die in ihrem Modell auch Faktoren wie Hygiene, Klima und Ernährung aufführt, die sonst nicht genannt werden. KEUPP (1991) legt in seinem Modell einen Schwerpunkt auf gesellschaftliche Zusammenhänge und die Bewältigung von psychosozialen Belastungen. Neuere Modelle stellen PETZOLD (2008), FRANKE (2008), BECKER 2006, HURRELMANN 2009) vor.

19 Beispielsweise sieht FELTEN (1994) zwischen den zentralen Nervensystemen und zahlreichen Körperprozessen sowohl afferente, als auch efferente Verbindungen und Rückkoppelungsschleifen. Gedanken, Wahrnehmungen, Emotionen, Bewertungen und die Erfassung von kommunikativen Eindrücken versteht er als Bestandteile von Prozessen des zentralen Nervensystems.

len die Verknüpfung zwischen den gespeicherten Informationen her, d.h. sogenannte dentritische Spines wachsen zusammen (siehe KRIZ 1999, ROTH 2001). Aufgrund der Forschungen der Psychobiologie und der Psychoneuroimmunologie, kann „*der relevante Einfluß von Gedanken und Wahrnehmungen, sowie deren Beeinflussung wiederum durch soziale Interaktionen auch von den konservativsten „Somatikern“ nicht mehr in Frage gestellt werden.*“ (KRIZ 1999, S. 184). Somit sind frühere Vorstellungen von isolierten autonomen Systemen im Körper auch aus Sicht der Gehirnforschung nicht zutreffend.

Aus neurobiologischer Perspektive ist ein System erkrankt, wenn das dynamische Gleichgewicht gestört ist, also entweder eine erstarrte Ordnung oder ein ungesteuertes Chaos<sup>20</sup> herrscht. Prozessanalysen zeigen, dass die Dynamik gesunder psychischer, interaktioneller, biochemischer und physiologischer Systeme Merkmale eines „deterministischen Chaos“ (SCHIEPEK 1999) aufweisen, also globale Ordnung bei lokaler Irregularität. Gesundheit und Krankheit erhalten daher sowohl Elemente der Ordnung als solche des Chaos. Zu beachten ist allerdings, dass Chaos Angst erzeugen kann (J. KRIZ 2000), die auf dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen zu einer erstarrten Ordnung führen kann. In der Folge kann dies die notwendigen Anpassungsprozesse von Individuen und Familien an neue Lebensereignisse und kritische Situationen behindern.

Es kann zusammengefasst werden: Eine multiperspektivische Analyse von Gesundheit und Krankheit benötigt die im Folgenden summarisch aufgelisteten Faktoren und ihre Auswirkungen (siehe auch PETZOLD 1993):

- kritische Lebensereignisse,
- Einflüsse der sozialen und ökologischen Lebenslage
- die Funktionstüchtigkeit der Familie,
- soziopsychophysischer Stress,
- kumulative Misserfolge, die zu einer Negativkarriere führen,
- das jeweilige Copingverhalten des Individuums und der beteiligten sozialen Systeme,
- das Ausmaß der vorhandenen Ressourcen und das Vorhandensein von substitutiver Entlastung,
- der Bezug zum eigenen Leib, dem Selbstwert und der eigenen Identität,
- die internalisierten Werte und Normen,
- die jeweilige Kohärenz und Sinnggebung,
- negative Ereignisketten,
- permanente negative Milieus, Atmosphären und Beziehungen,
- genetische Faktoren,

---

20 Hirnforscher (siehe HUBER 1993) beschreiben ein Gehirn als ein chaotisches System. Erst aufgrund dieses Chaos im Gehirn können wir kreativ sein. Ähnlich ist es im Herzen, durch das in einem chaotischen Rhythmus Blut durch die Venen und Arterien gepumpt wird, während es sich im Zustand des Gleichgewichts dem gefürchteten Herzinfarkt oder dem Herzflimmern nähert.

- internale Negativkonzepte,
- auslösende Aktualfaktoren und
- sogenannte „Widerfahrnisse“<sup>21</sup>.

Die Berücksichtigung der Vielzahl der einwirkenden Faktoren bei der Analyse von Gesundheit und Krankheit benötigt die Einbeziehung von Kontext und Kontinuum des gesamten Lebens über mehrere Generationen. In solch einer mehrgenerationalen Betrachtung kommt den familiären Faktoren eine besondere Bedeutung zu. Die Familie ist der wichtigste soziale Ort zur Förderung der Gesundheit (WHO 1991), da fast jedes wichtige Gesundheitsverhalten durch die familiären Muster und Strukturen geprägt wird (siehe CAMPBELL 2000).

Ein kritisches Lebensereignis alleine, z.B. ein traumatisierendes Erlebnis in der Kindheit, führt in der Regel nicht zu einer Erkrankung. In der Regel führen negative Ereignisketten, zusammen mit einem negativen Milieu, in sozialen Systemen zu einem Phänomen, welches Krankheit genannt wird. Erst eine Kumulierung von „kränkenden Kräften“ (HUBER 2000) führt zu „Schädigungen“<sup>22</sup> (PETZOLD 1993). Schädigungen in der Genese können in jedem Lebensalter (vorgeburtliche Schädigungen bis zu späten Schädigungen im Alter) wirksam werden. Fortdauernde Schädigungen in der Kindheit und Jugend wirken sich in der Regel nachhaltiger aus, da in diesem Alter weniger Abwehr- und Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung<sup>23</sup> stehen; jedoch können maligne Sozialisationserfahrungen durch benigne korrigiert werden. Die meisten ernsthaften chronischen Erkrankungen sind das Resultat einer allmählichen Entwicklung und von fortgesetzten Belastungen, die mit bestimmten Lebensweisen verbunden sind, die als besonders risikoträchtig gelten, wie z.B. ungesunde Ernährung, belastende Arbeits- und Familienverhältnisse und beengende Wohnverhältnisse.

Das vorgestellte multiperspektivische Konzept fragt nach den Stärken und Widerstandsressourcen eines Individuums und seinen Umwelten, bezieht die Sinndimension ein und setzt bei der Selbstbestimmung des Menschen an. Die leiblichen, psychischen, geistigen und sozialen Elemente werden in ihrer Interdependenz gesehen. Ein multiperspektivisches Konzept stellt nicht nur die Pathogenese, sondern auch die Salutogenese in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Gesundheitsfördernd ist es, wenn in Systemen beim Diskurs über Krankheit und Gesundheit unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen möglich sind und ein hohes Maß an Ambiguität toleriert

---

21 Hierunter versteht PETZOLD (1993) Ereignisse, auf die ein Mensch keinen, bzw. wenig Einfluss hat, wie eine nachlässige Hebamme, ein sadistischer Klassenlehrer, ein Geisterfahrer auf der Autobahn, chronische Armut, Hunger und Krieg, eine überforderte Mutter, der Bildungsstand der Eltern u. a..

22 PETZOLD (1993) ersetzt den Begriff Störung durch den Begriff der Schädigung, da Störungen in seiner Pathogenesetheorie etwas spezifisches sind. „Schädigungen“ differenziert er in: Traumata (Überstimulierungen), Defizite (Unterstimulierungen), Störungen (inkonstante Stimulierungen) und Konflikte (gegenläufige Stimulierungen). In der Praxis wirken diese mit unterschiedlicher Gewichtung zusammen (siehe hierzu auch RAHM u.a. 1993, OSTEN 1995).

23 Schädigungen in sozialen Systemen können in jedem Lebensalter wirksam werden. Aufgrund der Bedeutung der primären Sozialisation und der prägenden Einflüsse der Familie wirken sich Schädigungen in einem frühen Alter nachhaltiger aus, da davon auszugehen ist, dass einem jüngeren Menschen weniger Abwehr- und Konversationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen als einem älteren.

wird. Diese Toleranz kann dazu beitragen, ein System gesund zu erhalten, bzw. weniger krank zu machen. VON FOERSTER (1996) spricht in diesem Zusammenhang vom „ethischen Imperativ“, der Wahlmöglichkeiten schafft, da eine Verringerung von Freiheitsgraden den Menschen „krank“ machen kann.

Bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheiten kommen, wie durch ein Teleskop, unterschiedliche Teile des Gesamtsystems ins Blickfeld, während andere in den Hintergrund treten. Das bedeutet nicht, dass die anderen weniger wichtig sind, entscheidend sind die Wechselwirkungen der soziokulturellen, interpersonellen, intrapsychischen und biologischen Dimensionen. Dabei spiegelt Gesundheit die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse. (HURRELMANN 1994). Krankheit und Gesundheit sind nicht nur Probleme des einzelnen Individuums oder seiner Familie, sondern haben immer einen Umweltbezug zur Gesamtgesellschaft. Gesundheit ist somit ein individuelles als auch als ein öffentliches Gut. Sie zu erhalten ist deshalb im Interesse des Einzelnen und der Gesellschaft.

### **Literatur:**

BECKER, PETER: Gesundheit als Bedürfnisbefriedigung. Göttingen, Berlin, Bern 2006.

CAMPBELL THOMAS L.: Familie und Gesundheit. Zum Stand der Forschung. In: KRÖGER, FRIEDEBERT / HENDRISCHKE, ASKAN / McDANIEL, SUSAN (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg 2000, 225-241.

EUGSTER, RETO: Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern, Stuttgart, Wien 2000.

FELTEN, DAVID: Wie Gedanken und Gefühle das Immunsystem beeinflussen. Interview in Psychologie Heute. Mai 1994, 32 - 40.

FOERSTER, HEINZ VON: Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. 3. Aufl., Frankfurt, 1996.

FOERSTER, HEINZ VON: Der Anfang von Himmel und Erde hat keinen Namen: Eine Selbsterschaffung in 7 Tagen. Hrsg.: MÜLLER, ALBRECHT u. MÜLLER, KARL. H., Wien 1997.

FUCHS, PETER: Intervention und Erfahrung. Frankfurt a. M. 1999.

FRANKE, ALEXA: Modelle von Gesundheit und Krankheit. Huber Bern 2008

GERHARDT, UTA: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizin-soziologie. Frankfurt a. M. 1991.

- HABERMAS, JÜRGEN: Theorie des kommunikativen Handelns. B.1 u.2, Frankfurt a. M. 1981.
- HUBER, ANDREAS: Chaos: Die Welt als Vielfalt in der Unordnung. Psychologie Heute, August 1993, 58 - 66.
- HURRELMANN, KLAUS: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. 3. Auflage. Weinheim, München 1994.
- HURRELMANN, KLAUS u. LAASER, ULRICH (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim und München , 3. Aufl. 2003
- HURRELMANN, KLAUS, KLOTZ, THEODOR, HAISCH, JOCHEN: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, 2. überarb. Aufl. 2009.
- KEIL, ANNELIE: Gesundheit ist mehr.... In: Impulse 5/April 1988.
- KEUP, HEINER: Sozialisation durch psychosoziale Praxis. In: Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. HURRELMANN u. D. ULICH (Hrsg.), 4. völlig neu bearbeitete Auflage, Weinheim, Basel, 1991.
- KRIZ, JÜRGEN: Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien 1999.
- KRIZ, JÜRGEN: Chaos, Angst und Welterzeugung. In: FISCHER, H.R. u. SCHMIDT S.J. (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 216 - 223.
- MITTERER, JOSEF: Realismus oder Konstruktivismus? Wahrheit oder Beliebigkeit? In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 2. Jahrg., Heft 4/1999, 485 - 498.
- PETZOLD, HILARION: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bände. Paderborn 1993.
- PETZOLD, HILARION: Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapeutenkollegInnen. Ausgabe 03/2009 [www.polyloge.de](http://www.polyloge.de).
- RITSCHER, WOLF: Systemisch-psychodramatische Supervision in der psycho-sozialen Arbeit. Eschborn 1996.
- ROTH, GERHARD: „Wir selbst sind Konstrukte...“ In: PÖRKSEN, BERNHARD: Abschied vom Absoluten. Gespräche zum Konstruktivismus. Heidelberg 2001, 139 - 165.
- SCHIEPEK, GÜNTER: Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen 1999.
- SCHLIPPE VON, ARIST: Familientherapie im Überblick. Paderborn 1987 (und weitere Ausgaben).

SCHLIPPE VON, ARIST u. LOB-CORZILIUS, T.: Chronische Krankheit im Kontext der Familie. In: Familiendynamik, H. 1 (Januar) 1993, 35 - 55.

SIMON, FRITZ B. und STIERLIN, HELM: Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Stuttgart 1984.

SIMON, FRITZ B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik, Frankfurt a. M., 2. Auflage 1995 (a).

SIMON, FRITZ B.: Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg 1995 (b).

SIMON, FRITZ B.: Imaginäre Räume. Ansätze einer systemischen Psychopathologie. In: FISCHER, H. R. u. S. J. SCHMIDT (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Bonn 2000, 224 - 239.

STIERLIN, HELM: "Das ist soziales Dynamit". Interview. In: Der Spiegel H. 8, 1992, 83 - 88.

WELTER-ENDERLIN, ROSEMARIE: Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht. Freiburg 1999.

WIRSCHING, MICHAEL / HUBER, ELLIS / VON UEXKÜLL, THURE: Die Zukunft gestalten. Strukturen eines sozialen Gesundheitssystems. In: KRÖGER, FRIEDEBERT / HENDRISCHKE, ASKAN / McDANIEL, SUSAN (Hrsg.): Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg 2000, 297 - 330.