

Erwiderung auf die Kritiken zum Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen.

Jochen Schweitzer, Arist von Schlippe, Januar 2008

Unser „Lehrbuch II“ hat eine intensive, sowohl positive wie kritische Rezeption erfahren, auch von prominenten Vertretern der systemischen Therapie¹. Auf diese Stellungnahmen wollen wir an dieser Stelle zusammenfassend antworten.

Wie wir die Kritiken verstehen

Die positive Resonanz bezieht sich – kurz zusammengefasst - auf die hoch verdichtete und sehr gut brauchbare Information, die in dem Buch zusammengetragen wurde. Die Möglichkeiten, die es dem systemischen Praktiker bietet, in einem nicht-systemischen Umfeld zu „überleben“, werden betont, ebenso die Möglichkeiten, sprachlich an unser Gesundheitssystem anzukoppeln, ohne seiner Logik zu erliegen. So wird es als ein Werk gesehen, das die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen befördert und – ganz im Sinne unseres ursprünglichen Anliegens – den Dialog über Schulengrenzen hinweg anregt und unterstützt.

Ein Konsens scheint auch zu bestehen in der Anerkennung der handwerklichen und stilistischen Qualität sowie im Gebrauchswert des Lehrbuchs. Diese Aspekte werden auch von KritikerInnen hervorgehoben. Tom Levold etwa schreibt: „in der... souveränen, ebenso fundierten wie geschmeidigen Art beschrieben... jederzeit auf dem derzeitigen Stand des Wissens... ausgezeichnete Primärquelle ... befriedigt einen konkreten Orientierungs- und Informationsbedarf.“ Die bislang sehr starke Auflage des Buches (ca. 4000 Exemplare pro Jahr) unterstützt diese Einschätzung.

In dieser Erwiderung wollen wir uns mit den kritischen Stellungnahmen auseinandersetzen – insbesondere von Tom Levold, Wolfgang Loth, Jürgen Hargens und Michael Schlicksbier-Hepp. Diese erleben wir als besorgte solidarisch-kritische Anfragen von Kollegen, denen wir uns (mehrheitlich) in teilweise langjähriger Zusammenarbeit verbunden fühlen, die wir sehr schätzen, deren Kritik wir sehr nicht zuletzt deshalb ernst nehmen und denen wir für ihre intensive Auseinandersetzung mit unserem Buch danken.

Wir vermuten, unsere Formulierungen und auch unsere unterlassenen Formulierungen könnten einige Missverständnisse über unsere Ansichten und Absichten gefördert haben. Wir vermuten auch, dass in den Kritiken einige fundamental unterschiedliche Sichtweisen auf Konstruktivismus und narratives Denken deutlich werden könnten, auf die Pro's und Contra's des Umgangs mit dem Begriff „Krankheit“ und auch in Bezug auf den Umgang der systemischen Therapeuten mit berufspolitischen Fragen. Diese Diskussion zu führen, kann – so hoffen wir – klärend sein in dem Sinn, dass Standpunkte deutlich und verhandelbar werden. Dies ist nicht nur gerade angesichts der gegenwärtigen Auseinandersetzung mit dem Wissenschaftlichen Beirat über die

¹ Uns bekannt sind Zeitschriften-Rezensionen (incl. systemmagazin) von Susanne Altmeyer, Gerhard Ruf, Jürgen Hargens, Tom Levold, Wolfgang Loth, Michael Schlicksbier-Hepp. Rezensionen bei Amazon kamen von Detlef Ruesch, Marion L. und Volker Tepp, sowie einige sehr knappe, dafür aber besonders bissige Aussagen von H.-J. Görges in Systeme 21(2). Reaktionen auf einige dieser Rezensionen stammen von Fritz Simon, Lothar Eder und Matthias Ochs im Carl Auer Blog, sowie im systemmagazin.

Anerkennung der Systemischen Therapie als wissenschaftliches Verfahren von großer Bedeutsamkeit, sondern auch darüber hinaus.

Als zentrale Bedenken gegen das Buch werden von Rezensenten vorgetragen:

1. Die Gliederung des Buches entlang von Störungs-Bildern des ICD-10 rehabilitiere einen Krankheitsbegriff und reintegriere diesen in die systemische Therapie, dessen Überwindung eine zentrale Leistung des systemtherapeutischen Denkens seit ca. 1980 gewesen sei.
2. Das geschehe in einseitig-defensiver Anpassung an die herrschende Richtung im Medizinsystem, um die (beispielsweise von Wolfgang Loth problematisierte und von Jürgen Hargens politisch klar abgelehnte) „Anerkennung“ als psychotherapeutische Kassenleistung zu befördern.
3. Für die systemische Therapie stelle dies zumindest eine „Verwerfungslinie“, eventuell „Zerreißprobe“ dar (Wolfgang Loth), vielleicht gar einen „Teufelspakt“, der die systemische Therapie zu einer nicht überlebensfähigen „Chimärengeburt“ machen könnte (Michael Schlicksbier-Hepp). Ein „Brückenschlag“ sei jedenfalls in dem Buch nicht erkennbar, vielmehr würden in einer Art „Weichspülertechnik“ damit „beiläufig grundlegende Differenzen aufgelöst, die zum Kernbestand systemischer Identität gehören“ (Tom Levold).

Daneben wird der Buchtitel unter verschiedenen Aspekten kritisiert.

1. Ist der Anspruch eines „Lehrbuches“ gerechtfertigt, wenn es bislang keine störungsorientierten Lehrpläne (Curricula) in der systemischen Therapie gibt, und wenn manches Wünschenswertes darin fehle, etwa eine intensivere Auseinandersetzung mit Grundfragen der Diagnostik in der systemischen Therapie? (Tom Levold, Wolfgang Loth).
2. Wenn es aber doch zu Recht ein Lehrbuch wäre: wäre ein solches nicht gar gefährlich, weil es systemische Therapie eher als eine „dozierbare und in Büchern niederzulegende Methodik“ erscheinen ließe, statt als eine „lebendige Haltung“ bzw. als „das in Erfahrung begründete Wissen, dass es kein Wissen ohne Kontext gibt“? (Michael Schlicksbier-Hepp)
3. Wird nicht mit dem Untertitel „das ...Wissen“ ein universeller Gültigkeitsanspruch gestellt, der dem konstruktivistischen Denken entgegensteht? Und zudem mit dem Wort „störungsspezifisch“ die Bedeutung von Kontexten, Personen, Konstruktionen und Möglichkeiten in der systemischen Therapie negiert? (Jürgen Hargens)

Ab jetzt nur noch störungsspezifisch?

Wir gehen davon aus, dass es sinnvoll ist, an therapiepraktischen Wissensbeständen in der systemischen Theorie drei Formen von Wissen zu unterscheiden:

- Ein generisches Wissen: hierunter verstehen wir all das, was sich zur Gestaltung des Rahmens und zur Prozesssteuerung therapeutisch (fast) immer zu tun empfiehlt (z.B. Aufträge klären, praktizierte Zirkularität, Nutzen reflektierender Positionen usw.)
- Ein kontextspezifisches Wissen: dies beschreibt das Wissen, das in der systemischen Therapie für bestimmte kritische Lebenssituationen (z.B. bei Trennung/

Scheidung, häuslicher Gewalt, Migration, Tod, Dauerstreit...) und für bestimmte institutionelle Kontexte (Krankenhaus, Schule, Beratungsstelle...) zusammengetragen wurde.

- Ein störungsspezifisches Wissen: all das, was sich bei bestimmten Klagen, Leidenszuständen (Störungen) von Menschen gehäuft zu tun empfiehlt. Damit ist ein Wissen gemeint, das sich vorwiegend aus kommunizierten Therapieerfahrungen, zum Teil aber auch aus empirischer Forschung herleitet. Es sind gewonnene und reflektierte Erfahrungen dazu, wie das allgemeine systemtherapeutische Vorgehen bei unterschiedlichen Formen von Klagen und Störungen bestmöglich nutzbar gemacht werden kann.

Hätten wir mehr Zeit und Raum gehabt, hätte das Buch neben dem „störungsspezifischen Wissen“ einen ähnlich großen Teil zum „kontextspezifischen Wissen“ der systemischen Therapie bekommen. Dies hätte aber neben unserem Zeitbudget, auch die größtmögliche Seitenzahl des Buches weit überschritten.

Um es deutlich zu sagen: Wir denken nicht, dass systemische Therapie künftig primär störungsspezifisch arbeiten soll und wird. Der größere Teil aller Entscheidungen, die Therapeuten zu treffen haben, hängt mehr von den aktuellen Lebensumständen und Beziehungsmustern, sowohl des Klientensystems, als auch des zwischen diesem und den TherapeutInnen gebildeten Therapiesystems zusammen.

Aber: die systemische Therapie hat auch zahlreiche störungsspezifische Kompetenzen, Wir haben uns in unserem Buch daher für den Fokus auf das störungsspezifische Wissen entschieden, weil uns hiermit ein bedeutsamerer Unterschied zu bisherigen Publikationstraditionen möglich scheint.

Wir denken

- dass systemische Therapie auch (immer schon) neben den generischen Haltungen und Praktiken störungsspezifische Elemente integriert hat, dass die Arbeit mit beispielsweise depressiven oder ängstlichen Störungsbildern andere Beziehungsgestaltungen sinnvoll macht, als die Arbeit im Umfeld von Delinquenz oder Hyperaktivität oder/und körperlichen Erkrankungen,
- dass diese überwiegend aus der Praxis systemischer Therapien gesammelten störungsspezifischen Wissensbestände in der systemischen Therapie bislang sehr verstreut und (nach dem Übergang von der Kybernetik 1. zur Kybernetik 2. Ordnung um 1980) auch „underpublished“ waren. Wir wollten sie in der vorhandenen Breite unseren Kolleginnen und Kollegen leichter und umfassender verfügbar machen,
- dass die systemische Therapie sich in ihrer Fähigkeit, für sehr spezifische Probleme klar beschreibbare Lösungswege anzubieten, nicht hinter anderen Psychotherapieverfahren, z.B. der Verhaltenstherapie verstecken muss. Auch alle anderen breiteren Psychotherapie“verfahren“ arbeiten mit einem störungsbilderübergreifenden Instrumentarium, das sie dann störungsbezogen adaptieren.

An unseren beiden Weiterbildungsinstituten² werden überwiegend Denkinstrumente, Haltungen und Praktiken gelehrt, die im Sinne der obigen Unterscheidung als generisch und kontextspezifisch gelten. Wir lehren aber sehr wohl auch in einzelnen Kursen Spezifisches zum Umgang mit Störungen, für die Bezeichnungen gebräuchlich

² Helm-Stierlin-Institut Heidelberg (www.hsi-heidelberg.com) und Institut für Familientherapie Weinheim (www.if-weinheim.de)

sind wie z.B. depressive, ängstliche, psychotische, hyperaktive, sexuelle Störungen u.a. Wenn systemische TherapeutInnen diese Bezeichnungen nutzen, um sich mit KollegInnen und Betroffenen darüber zu verständigen und an deren Sprachspiele anzukoppeln, dann heißt das aus unserer Sicht nicht, dass sie zwangsläufig die in diesen Beschreibungen in anderen Schulen enthaltenen Implikationen über Ätiologie, Behandlung und Prognose mit übernehmen. Das scheint ein zentraler Unterschied zu einer Reihe unserer Kritiker sein, die gerade dies befürchten.

Wir meinen, die systemische Therapie sollte genauso wie ihr generisches und ihr kontextspezifisches auch ihr störungsspezifisches Wissen für sich reklamieren, sich seiner immer wieder kritisch vergewissern und es nutzen. Zeigt unser Buch hier nicht einfach, „wie viel Gutes da ist“, wie viel breit gefächerte systemische Erfahrung in den verschiedensten Feldern vorliegt?

Krankheitskonzepte und deren Verflüssigung

Sind Krankheitskonzepte immer „des Teufels“, so dass das Sprechen und Schreiben über „Krankheit“ (wohlgemerkt in immer mitgedachten Anführungszeichen) zwangsläufig zum „Teufelspakt“ werden muss? Wir sehen selbst das Krankheitskonzept mit großer Ambivalenz – es dürfte vermutlich zumindest genauso viele Nachteile wie Vorteile aufweisen. Nur, solange seine Leistungen nicht mit alternativen Begriffen erreicht werden können, halten wir es geradezu für gefährlich, sich aus der Verwendung dieses Begriffs völlig herauszuhalten. Gerade für uns Systemiker könnte es u.E. eine interessante Herausforderung sein, sich in Bezug auf das Krankheitskonzept zum „Anwalt der Ambivalenz“ zu machen:

Wir sind uns mit den Kritikern (wahrscheinlich) darin einig, dass „Krankheit“ - zumindest sog. „psychische Krankheit“ - als soziales Konstrukt zu betrachten ist, nicht als erkenntnisunabhängige ontische Realität. Wir haben auch versucht, in unserem Text deutlich zu machen, dass wir uns explizit in der Tradition eines sozialwissenschaftlichen Verständnisses sehen: „Indem wir Krankheit als Ergebnis sozialen Aushandelns bezeichnen, schließen wir uns einer ... Denkrichtung an, die die Erzeugung vermeintlicher Wirklichkeiten durch sprachliche Prozesse in sozialen Zusammenhängen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt“ (S. 19). Störungen, die ohne die Art und Weise, wie in psychischen und sozialen Systemen Sinn prozessiert wird, nicht denkbar sind, mit einer Metaphorik zu beschreiben, die dem physischen Systemkontext entlehnt ist, halten wir durchaus für bedenklich und immer wieder zu hinterfragen.

Und wiederum werden wir uns vermutlich über die negativen Konsequenzen von Krankheitskonzepten für die Lebenspraxis von Menschen oder Familien schnell einig werden. Sie können

- stigmatisieren (Beispiele: Schizophrenie; AIDS; besonders drastisch Homosexualität, die noch in den 50er Jahren als „Krankheit“ angesehen und behandelt wurde),
- durch Verdinglichung den Zugang zu Selbstwirksamkeitserleben verstellen (Beispiel: „Ich habe eine Depression“),
- eine Person zum Sündenbock machen (Beispiel ADHS),
- als Denunziation des Kerns einer Persönlichkeit erlebt werden (Beispiel Persönlichkeitsstörungen).

Doch können wir auch fragen, ob der Krankheitsbegriff immer ein Problem-Erzeuger ist. Unter welchen Bedingungen könnte er als Konstruktion im Kontext sozialer Systeme auch als „Lösungs-Mittel“ gesehen werden? Krankheitskonzepte können durchaus viabel sein und eine Reihe gut bekannter Vorteile für die Lebenspraxis bieten:

- Wer als krank anerkannt ist, dem wird mehr Schutz gegen Überforderung zugestanden (Beispiel: Krankschreibung, Frühberentung, Entlastung von familiären Verpflichtungen),
- wer als krank anerkannt ist, dem können Sozialleistungen zuerkannt werden, ohne die sie/er die eigene Lebenspraxis nur weit mühsamer bewältigen könnte (Beispiele: Haushaltshilfe; Betreutes Wohnen, Rehabilitation),
- die Entscheidung, dass ein bestimmtes Verhalten sich nicht der Böswilligkeit, oder dem schwachen Willen eines Patienten oder gar den pathogenen Bindungstendenzen („schizophrenogene Mutter“) eines Angehörigen verdankt, sondern einer dem Einfluss der Beteiligten mehr oder minder entzogenen „Krankheit“, kann zumindest zeitweise konfliktentlastend wirken.
- Eine Zuschreibung als „krank“ kann in Kontexten starker Devianz auch insofern hilfreich sein, als die Gesellschaft so Institutionen (=Kliniken) bereitstellen kann, innerhalb derer es für die Betroffenen eine sozial akzeptable Alternative gibt, ihr Leben kurz- bis mittelfristig unter Betreuung zu führen. Die Auflösung der Kliniken im Zuge der Antipsychiatriebewegung führte jedenfalls in Italien zu teils dramatischen Umständen – und vermutlich würde keiner es gern sehen, dass Menschen, die unter verschiedensten Störungen leiden, nicht mehr in Kliniken untergebracht werden können (von Suizidalität, sexueller Aberration bis zu gewalttätigem Ausagieren).

Wer mit Menschen mit chronifizierten Behandlungskarrieren im somatischen oder psychiatrischen Bereich gearbeitet hat, weiß, wie ängstlich besorgt oder verärgert diese auf die Wunderfrage nach einer Zukunft ohne Krankheit reagieren können. Oft ist es hilfreich, Krankheitskonzepte zu verflüssigen und in Kommunikationsprozesse zu übersetzen. Manchmal kann aber auch das Gegenteil der Fall sein.

Betrachten wir die Pro's und Contra's des Krankheitsbegriffes auf einer gesundheits- und sozialpolitischen Ebene. Wie sähe eine Gesellschaft aus, die auf „Krankheit“ als Erklärungskonzept verzichten würde? Vieles spricht dafür, dass alternative Konzepte für die Betroffenen zu unangenehmeren Konsequenzen auf einem zivilisatorisch früheren Niveau führen dürften, dass also „Krankheitsbehandlung“ eine zivilisatorisch relativ hochentwickelte und humane Lösungsstrategie darstellt, wenn man die Alternativen bedenkt.

Insbesondere besteht in unserer Gesellschaft - bislang noch - Einverständnis darüber, dass die Behandlung von „Krankheiten“ eine gesellschaftliche, sozialversicherungsfinanzierte Aufgabe sein soll, deren Finanzierungsrisiko aufgrund ihres Charakters als „Krankheit“ nicht allein dem Einzelnen überlassen bleiben soll. Dafür werden ca. 10 % des Bruttosozialproduktes ausgegeben. Damit dieses Geld überhaupt eingesetzt werden kann, ist es unvermeidbar, an das Vorhandensein einer „Krankheit“ bestimmte Maßstäbe (ICD 10) anzulegen (- natürlich ist im Sinne einer Fundamentalkritik denkbar, dass man gänzlich andere Modelle fordert. Dies sahen wir nicht als die zentrale Aufgabe unseres Buchs).

Gesundheits- und sozialpolitisch kann man dem Krankheitskonzept auf zweierlei Weise entkommen. Entweder man privatisiert vollständig die Verantwortung für die Lösung von heute noch als „Krankheit“ bezeichneten Problemen, jeder bezahlt alle gewünschte Hilfe selbst. Das war ja die Überzeugung von Thomas Szasz, einem überzeugten wirtschaftsliberalen Anti-Psychiater. Oder man installiert ein öffentlich bzw. gemeinnützig finanziertes allgemeines Beratungswesen, das man ohne Eingrenzung auf eng definierte Bedürftigkeitsvoraussetzungen nutzen kann, wie es etwa Allgemeine Lebens- und Sozialberatungsstellen der sozialen Träger oder noch basaler die Pfarrämter der Kirchengemeinden darstellen. Diese können aber nur auf einem begrenzten Spezialisierungsniveau arbeiten. Sobald Spezialisten-Know-How gefragt ist (Stichwort: „Störung von Krankheitswert“...), muss weiterverwiesen werden, und dies geschieht nach diagnostischen Überlegungen, die ähnliche Risiken wie das Krankheitskonzept aufweisen.

Als „Anwälte der Ambivalenz“ denken wir also, dass Alternativen zum Krankheitskonzept als Anspruchsgrundlage für Gesundheitsdienstleistungen zwar denkbar sind, aber ebenfalls voller riskanter Nebenwirkungen, an denen gemessen das jetzige System möglicherweise nicht unbedingt das schlechteste ist.

Teufelszeug? Zur Einschätzung der International Classification of Diseases, 10. Version (ICD-10) als sozialer Konstruktion

Wir betrachten das ICD 10 als eine soziale Konstruktion, die sich selbst auch als eine soziale Konstruktion versteht. Im Vergleich zu früheren Vorgängern zeichnet sie sich durch größere Vorsicht in den Formulierungen aus, beschränkt sich auf die Zusammenfassung einzelner leidvoller Verhaltens- und Erlebensaspekte zu größeren, empirisch (korrelativ) oft miteinander einhergehenden Störungsbildern, und verzichtet auf ätiologische Annahmen - was übrigens viele ältere Psychiater bedauern. Das macht sie aus unserer Sicht für die (vorsichtige) Nutzung durch systemische TherapeutInnen „viabel“. Um Kurt Ludewig³ zu zitieren: „Die Autoren der ICD 10 verabschieden sich von solch altehrwürdigen Entitäten wie Neurose und Psychose und ersetzen sie durch deskriptive, an Beobauungskriterien orientierte Bezeichnungen“ (2002, S. 68). Auch hartgesottene Psychopathologen (wenn es solche gibt) verzichten zumindest theoretisch darauf, diesen Kategorien einen ontologischen Status zuzuschreiben.

Freilich geben wir unseren Kritikern in ihren Warnungen vor der hypnotischen Transparenzkapazität dieser Diagnosen durchaus recht: die beschriebene erkenntnistheoretische Sophistizierung „rutscht in der Praxis oft wieder weg“ und die Suggestionen, es gäbe „den Borderliner“ oder „die Depression“, bleiben präsent. Aber das passiert auch den Patienten, den Angehörigen, dem Umfeld, unabhängig davon ob die Systemiker das ICD 10 zur Kenntnis nehmen oder nicht.

Systemische Therapie und „die Anderen“: ein „Entweder-Oder“ oder ein „Sowohl-Als-Auch“ zwischen verschiedenen Sprachspielen?

Tom Levold kritisiert explizit unsere relativ neutrale Bewertung des ICD 10 und speziell unseren Vorschlag an im Gesundheitswesen tätige Systemiker, ein solches medi-

³ Ludewig, K. (2002). Leitmotive systemischer Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

zinisch-psychopathologische Kategorienschema wie das ICD-10 unter zweierlei Perspektiven ergänzend zu betrachten:

- ob die Diagnosezuordnungen nach den immanenten Spielregeln als „richtig“ oder „falsch“ getroffen worden sind⁴
- ob die Diagnosezuordnungen je nach Lebenssituation und Interessenlage der Beteiligten eher nützliche oder eher schädliche Nebenwirkungen nach sich ziehen können (z.B. Stigmatisierung als schädliche, Zuwendung und Schonung als angenehme Nebenwirkungen)⁵.

Tom Levold kritisiert, wir erschöpften uns in einer „additiven Haltung des Sowohl-als-Auch“ – wie der Brückenschlag zwischen diesen erfolgen sollte, sei nicht erkennbar. Ernst v. Glasersfeld habe das Viabilitätskriterium nicht als Ergänzung, sondern als Alternative zum Wahrheitsprinzip eingeführt.

Nun scheint uns die Fähigkeit zu einer derartigen „additiven Haltung des Sowohl-als-Auch“ tatsächlich bereits ein Gewinn zu sein. Über einen Sachverhalt sich mit einem Franzosen auf französisch unterhalten zu können, dann über denselben Sachverhalt mit einem Engländer auf englisch, und abschließend dem Franzosen auf Französisch erklären zu können, was der Engländer gemeint hat, wäre doch auch ohne ein sophisticatedes Brückenschlagmodell zwischen englischer und französischer Grammatik schon hilfreich.

Wir denken, dass Systemiker, die im Gesundheitswesen arbeiten, tatsächlich „Mehrsprachler“ mit Dolmetscherkompetenz sein müssen, die in mehreren Sprachspielen mit ganz unterschiedlichen Grammatiken und Wortschätzen zuhause sein können und sollten:

- in der Sprache der alltäglichen Lebenskontexte, die sie mit ihren Klienten brauchen, ebenso wie im psychopathologischen Sprachspiel, das sie für die Kommunikation mit Krankenkassen, insbesondere für Kassenanträge und manchen anderen, besonders ärztlichen Behandlern brauchen,
- in der Sprache des alltäglichen naiven Realismus („Vielleicht hat der Stress Sie ‚wirklich‘ krank gemacht“) ebenso wie in einer konstruktivistisch-konstruktionistischen Sprache („Kann es sein, dass Sie sich ein Bild von ihrer Arbeitssituation machen, das Sie denken lässt, Sie müssten notfalls bis zur Erschöpfung arbeiten?“),
- in der Sprache des konkreten Einzelfalles („Bei Herrn Maier war es nützlich, die Ehefrau in die zweite Sitzung mit einzuladen“) wie in der nomothetischen Sprache der evidenzbasierten Psychotherapie („Bei Angststörungen und Depressionen verheirateter Erwachsener wird bei Einbezug des Partners ein durchschnittlich besseres Behandlungsergebnis erzielt“),
- im Jargon der systemischen Therapie, den sie mit ihren systemisch orientierten FachkollegInnen brauchen, ebenso wie in einem Grundwortschatz klie-

⁴ Z.B. ist nach ICD-10 eine falsch-positive Diagnose einer hyperkinetischen Störung gestellt worden, wenn die Symptome nur in einem Lebenskontext, z.B. der Schule auftreten, oder wenn sie schon vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben.

⁵ In der SYMPA- Weiterbildung haben wir (Jochen Schweitzer und Liz Nicolai) eine didaktische Übung entwickelt („Rücke um eins vor, wenn Du die richtige Diagnose hast“), mit der wir spielerisch mit Psychiatrieteams die Wirkung von Diagnosen als Ermöglicher oder Behinderer von Lebenschancen erkunden.

tenzentrierter, tiefenpsychologischer, kognitiv-behavioraler, transaktionsanalytischer... „Dialekte“, wenn sie mit solchen KollegInnen zu tun bekommen.

Theoretisch gesprochen: Wir Systemiker sollten über das Verhältnis zwischen uns und unseren fachlichen Umwelten sowohl selbstreferentiell (in unserer eigenen Sprache) wie fremdreferentiell (in der Sprache der anderen) sprechen.

Wir stimmen Tom Levold darin zu, dass wir keine allgemeine Logik für solche sprachlich-konzeptionellen Brückenschläge anbieten. Das ist auch nicht unser Anspruch. Es geht uns im „Lehrbuch II“ darum, konkret in jedem Kapitel von der Störung über die Beziehungsmuster zu den Ent-Störungen zu zeigen, wie solche Brückenschläge aussehen könnten.

„Teufelspakt“?

Brauchen Systemiker ein Feindbild von „Krankheit“, vom Medizinsystem, den Krankenkassenrichtlinien, den Psychiatern, den anderen Psychotherapierichtungen, um sich als Systemiker ihrer Identität gewiss zu sein und zu bleiben?

Milde Anklänge daran meinen wir vernehmen zu können, wenn Tom Levold evidenzbasierte Medizin und selbstreflexive Sozialwissenschaft gegenüberstellt, Michael Schlicksbier-Hepp krankbehandelnde Homöopathen gegen krankheitsbehandelnde Allopathen kontrastiert, Wolfgang Loth die „ideografische Power des systemischen Ansatzes“ gegen die „entfremdenden Zuschreibungen nomothetischer Verkastelung“ setzt.

Sicher, die Zustände im Versorgungssystem machen es nicht leicht, keine Feindbilder zu entwickeln – und oft wird ja auch von „der anderen Seite“ mit mehr als unfairen Mitteln „gekämpft“. Zugleich sind wir beide vielleicht durch lange Jahre der Zusammenarbeit in der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ mit unorthodoxen Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten uns unserer Bilder über die Kohärenz dieser „anderen Seite“ zunehmend unsicher geworden. Wir kennen zu viele Psychoanalytiker, die sich mit Luhmann und Maturana auseinandersetzen, zu viele Verhaltenstherapeuten, die selbstverständlich mit Zirkularität umgehen, zu viele Psychiater, die alles andere vertreten als harte Krankheitskonzepte. Vielleicht – so ein Kompromissangebot an unsere Kritiker – sollten wir gemeinsam nach Unterscheidungen suchen, die nicht die Kollegenschaft innerhalb der Systemiker in „Lager“ teilt. „Draw a distinction“ – diese Linie könnte statt zwischen „Krankheitskonzept – Nicht-Krankheitskonzept“ auch gezogen werden zwischen „Hartes Krankheitskonzept – Weiches Krankheitskonzept“.

Die Berufspolitik der systemischen Therapie: gibt es einen dritten Weg zwischen Anbieterung und Selbstausschluss?

Wie will sich die systemische Therapie künftig im Gesundheitswesen positionieren?

Die gesamtgesellschaftliche Entwicklung hin zu einer leitlinienorientierten, entlang Störungsbildern sortierten, evidenzbasierten Medizin – man mag sie begrüßen oder beklagen - bringt das Risiko der Bedeutungslosigkeit für diejenigen Behandlungsansätze mit sich, die in den Leitlinien nicht (mehr) vorkommen. In narrativer Sprache kann sich die systemische Therapie fragen: „Möchte ich in der Geschichte, die das Gesundheitswesen in den nächsten 10-20 Jahren über sich erzählt, überhaupt vorkommen?“

Das ist nicht zwangsläufig, es gibt Alternativen. Man kann auf das Modell des freien (Gesundheits)marktes setzen. Heilpraktiker etwa können als Vorbild dienen, wie man auch am Rande des Gesundheitswesens heilend und wirtschaftlich erfolgreich tätig sein kann. Systemiker können vermutlich nachhaltig auch als Paar-, Lebensberater und Gesundheitscoaches auf dem Markt frei bezahlter Gesundheitsdienstleistungen erfolgreich tätig sein. Wer das schon tut oder künftig vorhat, für den ist die Auseinandersetzung mit der evidenzbasierten Medizin derzeit weitgehend unnötig.

Wir beide haben uns entschieden, für eine Integration der systemischen Therapie als Kassenleistung im Gesundheitswesen zu arbeiten, spätestens seit 2004⁶. Ob die Entscheidung „richtig“ war, die Anerkennung beim Wissenschaftlichen Beirat zu beantragen – und ob das Projekt gelingen wird, steht in den Sternen. In jedem Fall müsste sich aber die systemische Therapie verändern - ebenso wie das jetzige System der Kassenpsychotherapie.

Wenn es gelingt, müsste das Kassensystem Paar-, Familien- und Netzwerktherapie mit ihrem höheren Aufwand gegenüber Einzeltherapien angemessen honorieren. Es müsste Single-Session-Therapies, Kurzzeittherapien, lange Kurzzeittherapien und „Therapy on Demand“ finanziell fördern, Wartelisten entmutigen, Sonderziffern für Reflecting Teams und Behandlerkonferenzen einführen. Das Kassensystem könnte auch durch weniger Einzelleistungsabrechnung und mehr Globalbudgets dem Trend „je härter die Diagnosen, desto sicherer und länger die Finanzierung der Behandlung“ entgegenwirken.

Die systemische Therapie müsste sich überlegen, wie sie sich in einem künftigen, kassenfinanzierten, bedarfsgerechteren Psychotherapiesystem sowie in einer staatlich geregelten Psychotherapieausbildung platzieren möchte. In Institutsambulanzen und Polikliniken, in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen? In einem Verbund zusammen mit z.B. Hausärzten, Kinderärzten, Psychiatern, oder weit weg von ihnen? In Weiterbildungsinstituten, in denen „nur systemisch“ oder auch andere Ansätze gelehrt werden?

Konstruktivismus und Berufspolitik: Zur Konstruktion herrschender, unterdrückter und selbstbewusster Diskurse

Besonders Jürgen Hargens und Wolfgang Loth bedauern, dass wir zuweilen nicht tastend, vorsichtig, konjunktivisch, sondern eher bekräftigend formulieren – z.B. mit dem Buchuntertitel „das störungsspezifische Wissen“, vielleicht auch mit dem Begriff „Lehrbuch“.

Wir haben das absichtsvoll so formuliert. Unsere Absicht ist, nach innen und nach außen zu zeigen, dass es umfangreiche Wissensbestände gibt⁷, dass es zu all den

⁶ Am 18.12.2004 wurde von den Vertretern der beiden systemischen Fachverbände und einer Reihe prominenter Persönlichkeiten aus der systemischen Therapie in Köln eine politische Entscheidung gefällt, nämlich dass ein neuer Vorstoß beim Wiss. Beirat eingeleitet werden solle. Dieser wird zum Zeitpunkt des Schreibens unserer Antwort gerade dort intensiv diskutiert – Ausgang derzeit noch offen. Die Entscheidung vom Dezember 2004 kann man bedauern oder befürworten – nur „unentscheidbare Fragen können entschieden werden“, wie Heinz v.Förster sagt. Unser Buch steht im Kontext dieser Entscheidung.

⁷ Die meisten stammen aus publizierten und eigenen Therapieerfahrungen, der kleinere Teil aus empirischer Forschung

23 Diagnosegruppen solche Wissensbestände gibt⁸ und dass dies mehr ist als eine „heuristische Materialsammlung spezifischer Verstörtheiten“⁹. Wir denken, dass ein tastend-vorsichtig-konjunktivischer Sprachstil oft, aber nicht immer viabel ist für die Weiterentwicklung der systemischen Therapie. Im politischen Diskurs ist die Reduktion auf klare, prägnante Schlagworte, die nicht immer ihren ganzen Kontext mitbeschreiben, unerlässlich, will man der systemischen Therapie außerhalb der engen Insiderszene Gehör verschaffen. 1980 war dies: „Systemische Therapie – eine kopernikanische Wende“, 2007/2008 könnte dies sein: „Systemische Therapie wirkt! – und ist bei mindestens 23 Störungsbildern nachweislich nutzbar“!

Ähnliches gilt für das Wort „Lehrbuch“. Systemische Therapie sollte u.E. ebenso eine lebendige Haltung, wie auch eine „dozierbare und in Büchern niederzulegende Methodik“ sein¹⁰. Wenn wir nicht in der Lage wären, aus der Lebendigkeit der vielen konkreten Lebens- und Therapieerfahrungen u.a. auch lehrbare Abstraktionen herauszuziehen, dann würden wir doch nicht lernen! Sollte Lernen tatsächlich ausschließlich jenseits jedweder Standardisierung stattfinden? Übrigens wurde die Tatsache, dass es ein (unser) Lehrbuch der systemischen Therapie gebe, in einem Gerichtsurteil in NRW ausdrücklich als einer unter mehreren Indikatoren dafür aufgeführt, dass systemische Therapie unabhängig von der Zahl ihrer Outcomestudien eine anerkannte Therapieform sei.

Perspektiven für die systemische Therapie im Gesundheitswesen.

Die Auseinandersetzung mit den kritischen Rezensionen ermöglicht uns am Ende, einige unserer aktuellen Perspektivideen klarer „auf den Punkt zu bringen“. Wir wünschen uns folgendes:

1. Die systemische Therapie möge sich nicht mit ihrem einmal erreichten (erkenntnis-)theoretischen und (therapie-)methodischen State of the Art zufrieden geben, sondern sich reiben an noch nicht gelösten Problemen, an mit ihr konkurrierenden Theorie- und Interventionsansätzen und an sich weiterentwickelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.
2. Die systemische Therapie möge sich selbstbewusst als Avantgarde und als grundlegendes Grundlagungsverfahren einer noch diffusen, aber am Horizont aufscheinenden „schulenübergreifenden Psychotherapie“ verstehen, zu der sie Einzigartiges beizutragen hat: ihre Kontext-, Nutzer/Kunden-, Lösungs/Ressourcenorientierung, ihr de-konstruktionistisches Denken und ihren Respekt (Neugier, Neutralität, Allparteilichkeit) gegenüber dem Eigensinn von Systemen.
3. Die systemische Therapie möge integrierter Teil eines künftigen, gesamtgesellschaftlich mitfinanzierten psychotherapeutischen Versorgungssystems werden, welches gegenüber dem heutigen besser arbeitet: niedrigschwelliger und zugangsgerechter, krisenorientiert ohne lange Wartezeiten, mit untereinander gut vernetzten Behandlern, sehr

⁸ Bei einigen Störungsbildern wie Schizophrenie, Depression, Sucht mehr, bei anderen wie Angst/Zwang oder PTSD bislang weniger.

⁹ Ein Untertitelvorschlag von Wolfgang Loth in seiner Rezension.

¹⁰ Wovor es vor allem Michael Schlicksbier-Hepp und Hans-Joachim Görges zu grausen scheint.

kunden/nutzerorientiert, respektvoll gegenüber dem Selbstverständnis der Klienten, familienorientierter, stärker lösungs- und weniger problemorientiert. Falls uns dies nicht gelingt, sollten wir über die Entwicklung eines „Nicht-Richtlinien-Therapie“-Systems außerhalb des kassenfinanzierten Systems nachdenken, das nicht allein für die Mittel- und Oberschicht zugänglich ist. Reizvoll wäre dies auch, leicht wird es nicht werden.

4. Die systemische Therapie möge selbstkritisch, aber auch offensiv prüfen, an welchen Punkten sie von anderen Therapieansätzen dazulernen kann.
5. Bei all diesem möge sie ihr erkenntnistheoretisches Fundament und ihre Haltung („respektvoll gegenüber Menschen, respektlos gegenüber Ideen“) bewahren. Dazu gehört die Erkenntnis, dass alles, was gesagt wird, auch anders gesagt werden kann. Dies gilt auch und besonders für jedwede Konzeption dessen, was wir – bewusst mit vielerlei Anführungs- und Fragezeichen – als „psychische Krankheit“ bezeichnen!