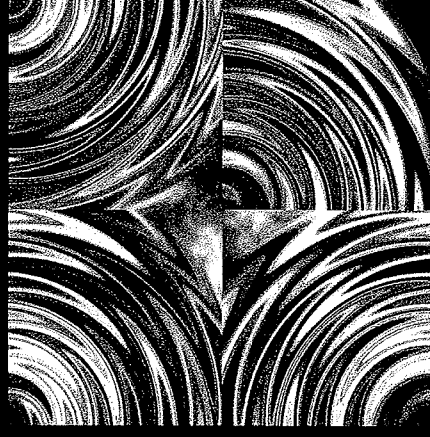


Über die Familientherapie hinaus hat sich systemisches Denken weite Arbeitsfelder erschlossen, von der Einzel- und Paartherapie über die Supervision bis zur Organisationsentwicklung, in der Medizin und Sozialarbeit wie im Management und der Politikberatung.

Das Buch entwickelt, jederzeit praxisbezogen, die theoretischen Konzepte, die hinter systemischem Denken stehen, macht eingehend vertraut mit den Techniken und Anwendungsmöglichkeiten und veranschaulicht sie an zahlreichen Fallbeispielen. Aktuelle Kontroversen werden aufgegriffen, in der Kritik der systemischen Therapie werden auch künftige Entwicklungslinien und innovative Anwendungsfelder deutlich.

Arist von Schlippe
Jochen Schweitzer

Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung



ISBN 3 525 15650 X

Vandenhoeck & Ruprecht

4. Ein systemisches Verständnis von »Problemen«

4.1. Problemdeterminierte Systeme

Der von GOOLISHIAN und Mitarbeitern (z. B. 1988) eingeführte Begriff »Problem determiniertes System« verdeutlicht die Grundidee der Problemstellung. Nicht ein System (z. B. eine Familie, eine Klinik, eine Firma) »hat« das Problem als sozusagen zu ihm gehörendes Strukturmerkmal (»Herr Doktor, ich habe eine Depression« – »Haben Sie sie mitgebracht?«). Vielmehr kann man die Dinge auch andersherum betrachten: Um ein wie auch immer, möglicherweise sogar zufällig entstandenes Verhalten oder Thema herum entwickelt sich ein durch die Kommunikationen über das Problem charakterisiertes Sozialsystem. Ein Problem erschafft ein System. Ein solches Verständnis hat viele weitreichende Implikationen. Die erste: Probleme werden nicht als Ausdruck einer inhärenten »Dysfunktionalität« (einer Pathologie) eines sozialen Systems gesehen, sondern als Folge einer Verkettung von Umständen. Einstmals prominente, jedoch implizit schuldzuweisende Konzepte wie »elterliche Kommunikationsabweichungen« (WYNNE u. SINGER 1965), elterlicher Zwist (»Embroglio«, SELVINI PALAZZOLI et al. 1991) oder »schizophrene Mütter« gehören in dieser Sichtweise zur Theoriegeschichte. Problemsysteme können sich aus ganz verschiedenen Handlungen ganz verschiedener Akteure auf ganz verschiedenen Systemebenen zusammensetzen:

Zum Problemsystem »Psychose« etwa kann gehören, was ein Patient tut, sein Nachbar, ein Polizist, ein Krankenwagenfahrer, verschiedene Mitarbeiter der Nervenklinik, verbunden mit einer (psychiatrischen) Krankheitslehre und den Handlungen um eine zu erwartende Frührente; zum Problemsystem »mangelnde Leistung einer Abteilung« die Interaktionen der fünf Mitarbeiter, des Abteilungsleiters, seines Vorgesetzten und des Betriebsprüfers vor dem Hintergrund einer Konjunkturlaute.

Entsprechend sind lösungsorientierte Interventionen auf ganz verschiedenen Ebenen möglich. Und häufig ist eine »Generalisierung« desjenigen sozialen Systems, in dem das Problem als erstes bemerkt und beklagt wird, gar nicht erforderlich, denn nicht das System muß sich verändern, sondern nur die Kommunikationen rund ums Problem. Ein Problem gilt als gelöst, wenn alle oder zumindest die »wichtigen« Leute meinen, daß das Problem gelöst sei. Diese Idee legt weitreichenden Missionierungsideen unter Beratern und Therapeuten gewisse Zügel an.

4.2. Was ist ein Problem?

Ein Problem ist etwas, das von jemandem einerseits als unerwünschter und veränderungsbedürftiger Zustand angesehen wird, andererseits aber auch als prinzipiell veränderbar. Ähnlich definiert LUDEWIG als Problem »jedes Thema einer Kommunikation, die etwas als unerwünscht und veränderbar wertet« (1992, S. 116). Die Elemente dieser Definition implizieren bereits mögliche Lösungswege:

- 1) »*Ein Zustand*«: Wenn ein Problem von einer Reihe von Personen als Zustand angesehen wird, ist dies bereits eine gewaltige Selektionsleistung. Aus vielen gleichzeitigen Prozessen wird einer oder werden einige in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt, es wird ihm ein Name gegeben, andere Prozesse treten in den Hintergrund. Und dies geschieht nicht nur einmal! Eine Fülle von Handlungen und Kommunikationen, die von verschiedenen Personen als »immer das gleiche« oder »es ändert sich nichts« beschrieben werden, sind nötig, um das aufrechtzuerhalten, was dann schließlich »Zustand« oder »Problem« genannt wird.
- 2) »*Von jemandem*«: Es braucht immer einen oder mehrere Beobachter, die einen Zustand entdecken und beschreiben. Diese können sich einig sein oder sich auch heftig darüber streiten, ob etwas ein Problem ist und wo das Problem »wirklich« liegt.
- 3) »*Unerwünschter/veränderungsbedürftig*«: Der Zustand wird von zumindest einem der Beschreiber als unerwünscht beziehungsweise veränderungsbedürftig beschrieben. Er gilt als »nicht in Ordnung«, und darin liegt das Motiv, ihn zu ändern oder darauf zu dringen, daß ihn jemand ändert. An dieser Stelle ist es hilfreich, zwischen »Problem« und »Leiden« zu unterscheiden. Ein Leiden wird erst dann zum Problem, wenn ein Leidender, der subjektiv Leid empfindet, dies einem anderen mitteilt – oder dieser das bei ihm vermutet –, und wenn sich daran weitere Kommunikationen anschließen. Wenn zum Beispiel jemand von sich sagt, er leide und ein anderer reagiert darauf mit: »Das bildest du dir nur ein!« und sich abwendet, entwickelt sich daraus weder ein Problemsystem, noch ein Hilfesystem, es sei denn, es gibt jemanden, der auf diesen Vorgang sprachlich reagiert und ihn problematisiert: »Da leidet jemand, und man hilft ihm nicht!« (LOTH 1994, s. a. ANDERSON u. GOOLISHIAN 1990).
- 4) »*Veränderbar*«: Der Zustand gilt als prinzipiell veränderbar, das heißt er wird zumindest von einigen am Problemprozeß beteiligten Personen (»Mitgliedern«) als veränderbar beschrieben. Probleme unterscheiden sich vom »Schicksal«, von »Pech«, von »Tragödien« dadurch, daß zumindest irgend jemand glaubt, irgendein Beteiligter des Problemsystems (meist ein anderer ...) könne den unerwünschten Zustand wieder beenden. Meist ist der Dissens der verschiedenen Beschreibungen bereits ein Teil des »Problems«: »Du könntest es verändern, wenn du nur wolltest!« – »Nein, es kommt einfach so über mich!«

Das Zusammenwirken dieser vier Faktoren konstituiert das, was schließlich als »Problem« beschrieben wird. Es ist ein wesentlicher Teil des Beratungsprozesses, die an dem Zustandekommen des »Problemmzustands« beteiligten Personen und Kommunikationen zu identifizie-

ren und in den Lösungsprozeß – leibhaftig oder zumindest in Gedanken – mit einzubeziehen. Zunehmend wird daher nicht mehr von »Familientherapie« gesprochen, weil das unterstellt, es gebe so etwas wie »geborene Mitglieder« – als seien an jedem Problem zwangsläufig alle Familienmitglieder beteiligt (und auch noch gleichermaßen betroffen).

Vielmehr wird mit dem Begriff »Problemsystem« versucht, das Ineinandergreifen der verschiedenen Beschreibungen zu beschreiben, die das hervorbringen, was wir gewohnt sind, »Problem« zu nennen. In jedem Fall läßt sich dann neu die Frage stellen, wer als *Mitglied* (zur genaueren Bestimmung des Mitgliedschaftsbegriffs s. LUDEWIG 1992, S. 110ff) eines solchen Problemsystems angesehen werden kann. Es kann nach Ideen gesucht werden, welche Mitgliedschaften außerdem noch möglich sind. So kann jemand, dessen Umgang mit Alkohol als problematisch beschrieben wird, in anderen Systemen durchaus ein anderes, konstruktives Verhalten zeigen, kann beispielsweise Abrechnungen korrekt ausführen oder gut Klavier spielen (LOTH 1994).

Systemische Beratung beschäftigt sich mit sehr unterschiedlichen Problemen: mit akuten oder chronischen Symptomen im Gesundheitswesen, mit Armut und damit korrelierten Verhaltensproblemen in der sozialen Arbeit, mit Ehekrieg und Generationenzwist in der Familienberatung, mit Ineffizienz und Arbeitsunzufriedenheit in der Organisationsberatung. Generell aber kann man systemische Beratung als den Versuch ansehen, von einem Problem-Zustand zu einem Nicht-Problem-Zustand, also zu einer Lösung zu kommen. Dies kann auf ganz verschiedenen Wegen erreicht werden: indem man ganz neue Prozesse initiiert (»neue Zustände«), aber auch indem man die bisherigen Prozesse anders bewertet (»positive Umdeutung«) oder indem man deren Unveränderbarkeit akzeptiert und bearbeitet, wie man am besten zurechtkommt mit dem, was man nicht verändern kann (»Akzeptieren des Unveränderbaren«). Die Nähe zum verhaltensorientierten Problemlöseansatz ist hier offenkundig (vgl. LAZARUS u. LAUNIER 1981), doch wird die *intropsychische* Komponente gegenüber der *intrapyschischen* stärker gewichtet. Es kann auch nicht regelmäßig erwartet werden, daß die Problem-Lösung im Konsens aller Problem-Beteiligten erfolgt: Manchmal halten hinterher einige das Problem für gelöst, andere für verschlimmert, Dritte sehen keine Veränderung.

4.3. Wie werden Probleme erzeugt?

Vereinfacht läßt sich die beginnende Erzeugung eines Problems so skizzieren (s. GOOLISHIAN u. ANDERSON 1988, LUDEWIG 1992, WEBER u. RETZER 1991):

1) *Problementdeckung – Problemerkfindung*

Jemand (z. B. ein oder mehrere Familienmitglieder, Lehrer, Vorgesetzte, Polizeibeamte, Berater) kommt beim Beobachten des Verhaltens eines oder mehrerer anderer Menschen (Ehepartner, Familienmitglieder, Schüler, Betriebsabteilung, Tatverdächtige) oder bei der Beobachtung seiner Selbst zu der Idee, hier sei »etwas nicht in Ordnung«.

2) *Entstehung eines Problemeterminierten Kommunikationssystems*

Diese Idee verbreitet sich in der Kommunikation mit anderen in der Weise, daß das Problem zum hauptsächlichsten Inhalt und Mittelpunkt der kommunikativen Beziehungen der beteiligten Menschen wird: immer mehr Menschen werden einbezogen, und zugleich verengt sich deren kollektive Aufmerksamkeit immer mehr auf das, was »nicht in Ordnung ist«.

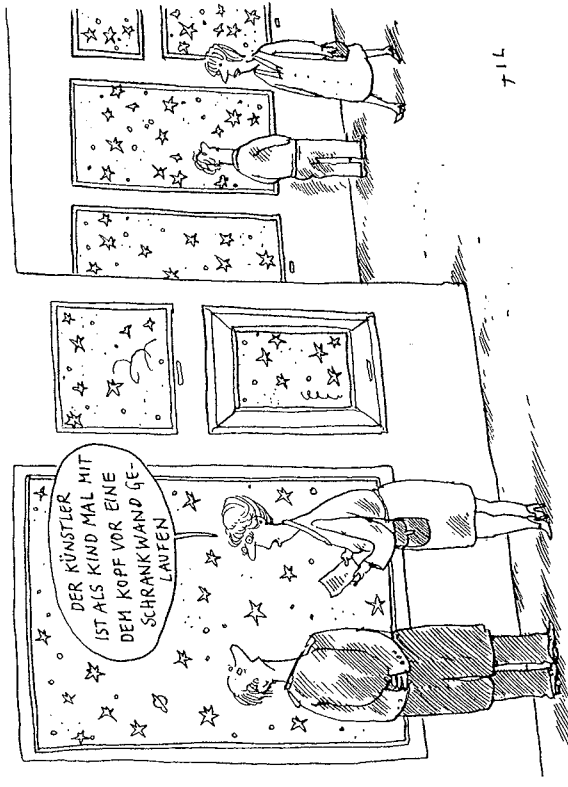


Abbildung 3: »Vergangenheit als Schicksal«-Erklärung (s. S. 106)

3) Problemerkklärung

Es wird eine Erklärung für das Problem gesucht, gefunden und ausgeteilt, die einerseits so plausibel ist, daß sie überlebt, die aber andererseits keinen gangbaren Ausweg aus dem Problem, keine Lösungswege anbietet. Einige Arten von Erklärungen mit Ausweglosigkeitscharakter eignen sich dafür besonders.

- »Vergangenheit als Schicksal« – Erklärungen, welche irreversiblen Ereignissen in der Vergangenheit (Fehlern, Schuld, frühkindlicher Traumatisierung, genetischen Defekten, Unfall- oder Vergiftungsfolgen) einen determinierenden, nicht mehr korrigierbaren Einfluß auf das aktuelle Problem zuschreiben, etwa »er ist an dieser Beziehung zerbrochen«, »sie ist seelisch vernichtet«.
- Erklärungen, die komplexe zwischenmenschliche Probleme zur »Schuld« der individuellen Eigenschaften eines einzelnen Beteiligten versprachlichen, dem gleichzeitig die Fähigkeit oder der Wille zur Lösung der Probleme abgesprochen wird (ein böses Kind – »im Kern schlecht«, ein unfähiger Kollege, eine marode Organisation).
- »Wir sind alle zu klein und schwach«: Erklärungen, die alle Problemeteiligten für hilflos erklären und die Lösungsmacht einer außenstehenden dritten Partei zuschreiben, auf die man aber keinen Einfluß zu haben glaubt – »Die da oben«, »Die Gesellschaft«, »Gott«, »Der KGB/die CIA«, »der Markt« – »seine Eltern haben ihn so im Griff, daß er einfach unfähig ist, sich aus der Umklammerung zu lösen.«

4) Problemstabilisierendes Handeln

Alle Beteiligten verhalten sich dauerhaft so, als ob es keinen Weg aus dem Problem gebe oder als sei die Lösung ausschließlich in der Hand irgendeiner anderen Person. Hier zeigt sich besonders deutlich die *Kraft der Beschreibungen*. Denn da, wo die Sprache dazu verleitet,

Symmetrische Beziehungen folgen der Devise: »Auge um Auge, Zahn um Zahn« – so rüsten und schaukeln sich Ehemann und Ehefrau, Polizei und Verbrecher, zwei Kriegsparteien gegenseitig auf – in der Gewißheit, daß die andere Seite einen nur unterkriegen will und daß Angriff die beste Verteidigung ist.

Komplementäre Beziehungen: Der Kranke vernahmt sich krank, der Sünder sündig, der Hilflose hilflos – komplementär dazu ist der Heiler im Dienst am Kranken, verkündet der Priester eine besonders heilige Moral, will der Helfer unablässig helfen (wenn eine Paarbeziehung ausschließlich auf einer solchen Art von Komplementarität beruht, spricht man auch von »Kollusion«, genauer dazu: WILLI 1976).

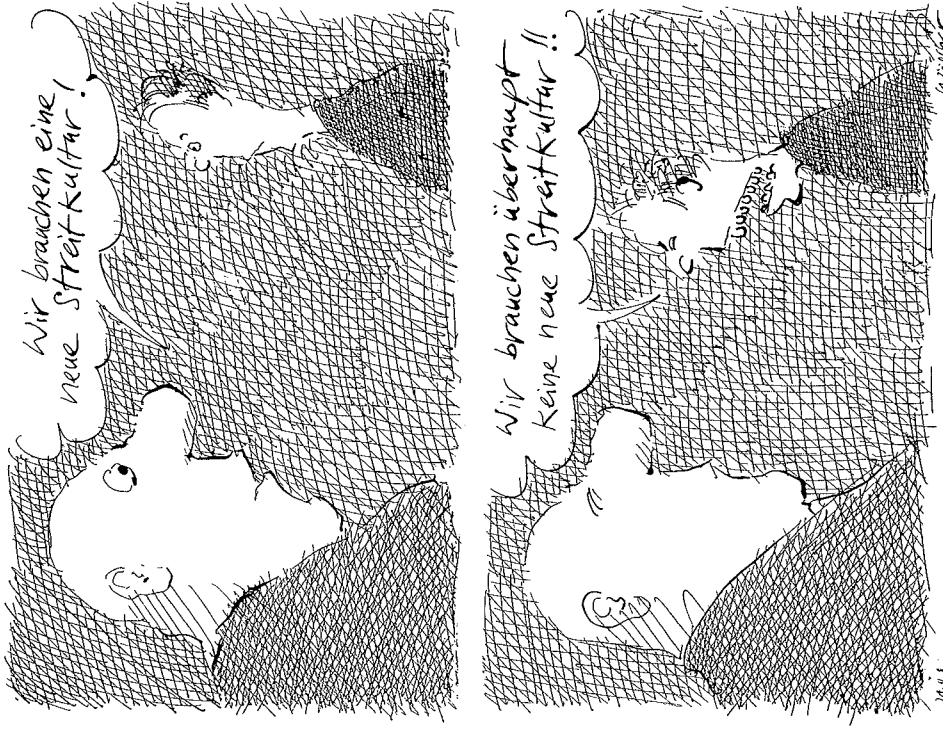


Abbildung 4: *Symmetrische Beziehung und symmetrische Eskalation*

keine Lösungen – oder nur eine einzige – zu sehen, lassen sich auch keine neuen kreativen Wege finden. In problemstabilisierenden Dauerbeziehungen werden darüber hinaus oft besonders stark symmetrische und komplementäre Beziehungsformen eingenommen, die sich wechselseitig verstärken und stabilisieren.

4.4. Können Probleme nützlich sein?

In der älteren Systemtheorie-Rezeption wird eine Erklärung angeboten, warum Probleme in Systemen erzeugt und aufrechterhalten werden: weil sie nützlich seien für die Erhaltung des aktuellen Gleichgewichts (Homöostase) angesichts von bedrohlich erlebten Veränderungen seiner inneren oder äußeren Umwelt. Im Lebenszyklus eines Systems kommt es aufgrund der biologischen Entwicklung der Mitglieder (Reifung) und aufgrund der Weiterentwicklung der sozialen Umwelt nach längerer Stabilitätsphasen immer wieder zu »kritischen Übergängen«: Geburt eines Kindes, Tod eines Ehepartners oder Scheidung, Pensionierung, Arbeitslosigkeit. Diese werden bedrohlich erlebt, weil sie die Identität des Systems in Frage stellen. Es setzt dann ein Versuch ein, das alte Gleichgewicht wiederherzustellen. JACKSON (1957) formulierte erstmals die Idee, daß Symptome eines Familienmitgliedes dafür nützlich (»funktional«) seien und daß deshalb manche Symptome nach ihrem Auftreten nicht im Zuge von Fluktuationen wieder verschwinden, sondern sich stabilisieren. Seither hypothetisieren Familientherapeuten über »die Funktion des Symptoms«. Einige Funktionstheseen sind besonders populär geworden: Familien mit einem schizophrenen Mitglied wollen nicht aus ihrem »psychotischen Spiel« aussteigen (SELVINI PALAZZOLI et al. 1975; dt. 1977); ein Mensch in einer Paarbeziehung, der sich vom anderen Liebe wünscht, aber nicht glaubt, daß er sie je bekommen wird, wird Liebesangebote des anderen nicht zur Kenntnis nehmen, weil sie seine Idee durcheinanderbringen würde, man müsse sich damit abfinden, daß man diese ohne ihn nicht bekommt (ELKAIM 1992); Jugendliche lassen ihr Leben scheitern, weil sie aufgrund einer entsprechenden elterlichen Delegation (STIERLIN 1980) diesen nicht zumuten wollen, ihr Kind erfolgreicher oder glücklicher als sie selbst werden zu sehen, oder weil sie ihnen die fürs Erwachsenenwerden notwendige Trennung nicht zumuten wollen. Allerdings ist ein Symptom in dieser Sicht nicht ein plattes Beharren auf dem alten Status quo. Es demonstriert zugleich, daß es »so wie bisher nicht mehr geht«, daß aber Neues auch noch nicht möglich ist.

Wird ein Teenager-Mädchen anorektisch, wird die sorgenvolle Zuwendung der Eltern zugleich aktiviert (»Laßt mich nicht sterben!«) und frustriert (»Ich esse nicht, was Ihr mir vorsetzt!«). Der dreißigjährige Psychoterapeut, der noch bei den Eltern lebt, mit diesen aber kaum spricht – und wenn, dann für diese unverständlich wirres Zeug –, bleibt den Eltern treu und grenzt sich zugleich von diesen ab. Liebespartner mit massiven sexuellen Funktionsstörungen (Impotenz, Vaginismus) kommen nicht (mehr) körperlich zusammen, bewahren aber im übrigen große Teile ihrer Beziehung.

Symptomatisches Verhalten hat oft einen Doppelcharakter: es ist zum Problem geworden und zugleich zu einer Lösung. Es verursacht Leiden und verhindert zugleich anderes (von den Beteiligten als noch schlimmer phantasiertes) Leid.

Ein Mann klatscht dauernd laut in die Hände. Ein anderer fragt ihn: »Warum tun Sie das?« Er: »Um die Elefanten zu vertreiben!« Der andere: »Aber hier sind doch gar keine Elefanten!« Der erste: »Eben, da sehen Sie, wie gut das wirkt!«

Die Vorstellung, Symptome verfügten über eine Funktion im System, würden also gewissermaßen gebraucht, erscheint heute als nicht ganz unbedenklich. Zu leicht ist die Kurzschlussidee impliziert, daß die Verhaltensstörungen des Kindes schon verschwinden würden, wenn sich die Eltern nur einig wären – oder daß schizophrene Symptome verflögen, wenn nur die Familie den Indexpatienten losließe. Die im Abschnitt »Kausalität: Was verursacht was?« entwickelten Gedanken gelten auch hier: wenn die »Funktion« als etwas gesehen wird, das sich im System befindet, dann kann dies irreführend sein. Sieht man im Sinne einer Kybernetik 2. Ordnung jedoch den Beobachter als Teil des Kontextes, dann wird deutlich, daß die Funktionalität besser in *dessen Kopf* gesucht wird. In diesem Moment ist dann das Konzept eines, das pragmatisch nützlich sein *kann*! Es ermöglicht nämlich in vielen Fällen dem Berater oder der Beraterin einen Ausweg aus der schwierigen Situation, das Symptom beseitigen zu sollen. Er oder sie kann nun der Familie den für sie verblüffend neuen Rahmen anbieten, daß er/sie noch gar nicht so sicher sei, ob das Symptom überhaupt verschwinden dürfe. Vielmehr sei eher davor zu warnen, weil das Familiengleichgewicht zu sehr aus den Fugen gerate. Eine solche Intervention kann die Beweglichkeit sowohl des Beraters als auch der Familie steigern. Denn wenn die Familie eine neue Sicht des Problems hinzugewinnt, wird die Zahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erhöht.

BOECKHORST (1988, S. 24ff) unterscheidet vier verschiedene Ansatzpunkte, die Bedeutung von Symptomen zu beschreiben. Sie alle können je nach Situation einen hilfreichen Rahmen für den Beratungskontext darstellen:

- ein Symptom weist auf eine *ineffektive Lösung* eines Problems hin.
- ein Symptom hat eine *Schutzfunktion* und stabilisiert die Familienbeziehungen, indem es zum Beispiel ermöglicht, einen Beziehungskonflikt zu stoppen, die Aufmerksamkeit von anderen konfliktträchtigen Beziehungen in der Familie abzuziehen. Der Symptomträger hilft auf diese Weise einem anderen Familienmitglied, das zunächst im Hintergrund bleibt.

- ein Symptom verschafft *Macht*, der Indexpatient kann die Interaktionen in der Familie zwingend organisieren, ohne dafür zur Verantwortung gezogen werden zu können.
- ein Symptom kann symbolisch und metaphorisch hinweisen auf *andere Probleme* in der Familie.

4.5. Wie chronifiziert man ein Problem? – Eine Anleitung

Lebende Systeme befinden sich ständig im Übergang. Ein lebendes System (ob Körperzelle, Hautier, Psychologe oder Psychiatrie-Patient) kann sich *nicht nicht* verändern. Und doch orientierte sich Therapie lange an der Frage: »Wie schaffen wir es, uns zu verändern?« Viel interessanter ist aus systemischer Sicht die Frage: »Wie schaffen es manche Menschen, sich *nicht* zu verändern oder zumindest den Eindruck zu erwecken, sie veränderten sich nicht?« Und vor allem: wie sorgt ein Mensch in Kommunikation mit anderen dafür, daß ein Problem sich nicht nach einiger Zeit wieder auflöst, sondern dauerhaft wird? Es gehört eine gewisse Fähigkeit dazu, als »Probleminhaber« sich rund um das eigene Problem ein chronisches Zeiterleben zu konstruieren – mit unendlicher Vergangenheit, mit einer Gegenwart im Schnecken tempo und einer nicht mehr vorhandenen Zukunft. Jeder von uns kann in sich einen chronifizierten Erlebenszustand erzeugen. Anregungen dazu haben wir in einem »Problembaukasten« dargestellt (S. 112f); wer mehr über diesen Prozeß lernen möchte, sei unter anderem auf CIOMPI 1980, WEBER 1988, HILDENBRAND 1993, SIMON 1993, SCHWEITZER u. SCHUMACHER 1995 verwiesen.

Die Chronifizierung von Problemen läßt sich nur schwer im Alleingang bewerkstelligen. Am Beispiel psychiatrischer Krankenkarrerien läßt sich zeigen, wie dabei die kommunikativen Handlungen vieler Beteiligten ineinandergreifen und Chronizität erzeugen: die der Angehörigen, des psychiatrischen Fachpersonals, der verschiedenen Versorgungssysteme, der Medien, der Wissenschaft, vieler sozialrechtlicher Bestimmungen und so weiter.

Anfangs entlastet in der Familie die Definition eines Mitglieds als »psychisch krank« dieses zunächst von belastender Verantwortung dafür, sein Verhalten erwartungskonform zu verändern. Nicht er oder sie selbst als Inhaber eines freien Willens ist schuld, sondern die Krankheit. Dies erleichtert es den Angehörigen, sich nicht gegen den Patienten, sondern gegen seine Krankheit zusammenzuschließen. Zugleich werden auch Schuldgefühle bei den Angehörigen gelindert. All dies

macht das Konzept »Psychiatrische Krankheit« in Familien so attraktiv. Allerdings entspricht der »Schuldlosigkeit« aller Beteiligten auch eine weitgehende Einflußlosigkeit. Was kann man bei genetisch oder frühkindlich erworbenen Krankheiten schon tun, außer Pflege, Fürsorge und Absicherung des Kranken von Eigenverantwortung? Die Handlungsfolgen dieses Krankheitskonzepts ähneln denen des Behinderngskonzepts: Behinderten kann man allenfalls beibringen, »kleine Schritte zu machen, anstatt aufrecht zu gehen« (SIMON u. WEBER 1988).

Die unterschiedlichen Vorstellungen von dem Wesen psychischer, insbesondere psychiatrischer Krankheiten haben zu unterschiedlichen Arbeitsformen geführt. Die Angehörigenarbeit (auch: psychoedukative Therapie) geht von der Vorstellung aus, die Verletzlichkeit für psychiatrische Krankheiten sei biologisch oder durch Kindheit determiniert und müsse fortlaufend bewältigt werden, etwa indem der Kranke und seine Angehörigen lernen, auf Auslöser zu achten und mit Schüben konstruktiv umzugehen (z. B. HAHLWEG et al. 1989). Aus systemischer Sicht wird befürchtet, daß gerade dieses Vorgehen die Krankenrollen eher verfestigt und eine Veränderung verhindert. Zu dieser Kontroverse ausführlich: REITZER 1991.

Psychiatrische Versorgungssysteme sind oft als »therapeutische Ketten« organisiert, in denen der Ausgang des Patienten aus einer Behandlungseinrichtung oft zugleich der Eingang in eine weitere ist: etwa aus der Klinik in ein Wohnheim, aus dem Wohnheim in die Obhut des Sozialpsychiatrischen Dienstes, aus der Arbeitstherapie einer Klinik in die gemeindenahen Werkstätten für Behinderte. Dies fördert die Bildung von Patientensubkulturen mit gemeinsamem Krankenschicksal. Schließlich sorgen sozialrechtliche Bestimmungen dafür, daß es gerade für wirtschaftlich gefährdete Personen ein Überlebensmuster werden kann, einmal vorhandene Probleme zu konservieren oder gar zu eskalieren (vgl. SCHWEITZER u. SCHUMACHER 1995). Das gegenwärtige Wohlfahrtsystem ist auf dem Prinzip der Bedürftigkeit aufgebaut: Wer nichts hat, bekommt wenigstens ein Existenzminimum an Leistungen (Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlußheilbehandlungen, Frühberentung), wenn er ein hinreichend schweres und hinreichend chronifiziertes Problem vorweisen kann. Dies macht den Rückanstieg aus einer langweiligen, aber strebsamen Patientenkariere in eine perspektivenarme Konkurrenzgesellschaft nach einer längeren Unterbrechung riskant. Der Begriff des »Problemsystems« ermöglicht demgegenüber, die gesamte Organisation um ein Problem herum, die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens (KEUPP u. ZAUMSEIL 1978) als einen Teil des Problemzusammenhangs wahrzunehmen und zu hinterfragen.

Do it Yourself: Tips zur Chronifizierung eines Problems

Grundkurs

- 1) Vermeiden Sie es, Unterschiede im Zeitverlauf wahrzunehmen. Richten Sie daher Ihre Aufmerksamkeit auf das, was gleich geblieben ist, beachten Sie nicht, was sich verändert hat.
- 2) Vermeiden Sie es, Veränderungen in Ihrem Leben, wenn sie sich schon nicht umgehen lassen, durch Übergangsrituale deutlich zu markieren. Fernern Sie weder Geburtstage noch bestandene Prüfungen, weder Ihre Hochzeit noch ihre Pensionierung, gehen Sie weder zu Jubiläen noch zu Begräbnissen.
- 3) Betrachten Sie sich grundsätzlich als Opfer, nie als Täter/Akteur vergangener Geschehnisse. Analysieren Sie möglichst ausführlich, wie und warum Ihre lieblosen oder überfürsorglichen Eltern, Ihre unterdrückerten Lehrer, Mitschüler, Chefs und Kollegen, Ihre Krankheit oder die gesellschaftlichen Verhältnisse Ihnen noch nie eine Wahlmöglichkeit gegeben haben.
- 4) Wenn Sie sich so eine stabile Problem-Vergangenheit geschaffen haben: lassen Sie sich nicht von der Idee irritieren, Sie könnten es sich heute vielleicht bessergehen lassen als damals. Gehen Sie von der Devise aus: »Meine Vergangenheit ist mein Schicksal«.
- 5) Beschreiben Sie sich Ihr gegenwärtiges Verhalten möglichst als Ausdruck von Defiziten, nie etwa als sinnvolle oder gar kreative Reaktion auf gegebene Umstände. Betrachten Sie Ihr Verhalten und das anderer Menschen nie in seinem Kontext, sondern als Ausdruck ewig gleichbleibender Eigenschaften oder Defekte.
- 6) Vermeiden Sie es, sich die Zukunft detailliert auszumalen, allenfalls global als ein finsternes oder leeres Loch. Falls es Ihnen derzeit schlechtgeht: vermeiden Sie vor allem, sich genau zu vergegenwärtigen, was sie anders als heute tun würden, wenn es Ihnen wieder besserginge.

Wenn dies mental geschafft ist, müssen Sie sich nur noch entsprechend verhalten, und Sie haben ein stabil chronifiziertes inneres problemdeterminierendes Erlebensmuster. Hilfreich ist nun, wenn wichtige Menschen um Sie herum diese Ansichten teilen, Sie darin bestärken und Sie entsprechend als einen »helflosen armen Wurm« behandeln.

Tips zur Chronifizierung speziell psychiatrischer Probleme

Aufbaukurs

Um eine psychiatrische Chronifizierung zu erreichen, bedarf es noch einiger Handlungen mehr – und auch noch »freundlicher Hilfestellung« durch die Umgebung:

- 7) Vermeiden Sie es, Ihr Verhalten so darzustellen, daß die Umgebung es als verständlich und einfühlbar wahrnehmen könnte (sonst erreichen Sie »nur« eine neurotische Chronifizierung).
- 8) Verhindern Sie aber auch, daß Ihre Umgebung den Eindruck bekommt, das Ganze würde Ihnen Spaß machen oder wäre von Ihnen gewünscht (sonst besteht die Chance, daß das Ganze unter der Rubrik »Persönlichkeitsstörung« oder »Delinquenz« verläuft, das bringt viel Streit und offenen Konflikt mit der Umgebung mit sich).
- 9) Ermöglichen Sie es unbedingt, daß man Sie in einer psychiatrischen Einrichtung vorstellt, denn ohne Diagnose werden Sie nicht als krank anerkannt. Ohne offiziellen »Krankensatus« wird aber Ihre Umgebung immer wieder im Zweifel sein, ob Ihr Verhalten ausschließlich Ausdruck Ihrer »Geisteskrankheit« oder nicht doch auch Ihrer Lust und Unlust, Ihrer Vorlieben und Entscheidungen ist. Sie brauchen die Bestätigung Ihrer Weltsicht durch Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Psychologen.
- 10) Bauen Sie nun Ihre »Minussymptomatik« oder Ihre »produktiven Symptome« weiter aus. Dann können Sie mit etwas Hilfe die Voraussetzungen erreichen, um sozialrechtlich als erwerbsgemindert, als dauerhaft psychisch behindert oder Frührentner anerkannt zu werden.
- 11) Verändern Sie systematisch Ihren Bekanntenkreis. Halten Sie sich in Kliniken, Tagesstätten, Patientenclubs, beschützenden Einrichtungen auf, bis Ihr Freundeskreis vorwiegend aus Menschen besteht, die die Welt ähnlich sehen wie Sie.
- 12) Spätestens jetzt haben Sie es geschafft. Es existiert eine Krankenakte, die unabhängig von Ihnen selbst ein Eigenleben führt und laufend vervollständigt wird.

Achtung: Risiken und Nebenwirkungen dieses »Baukastens«: Ab Punkt 9 ist der Prozeß nicht mehr aus eigener Kraft umkehrbar. Sie laufen Gefahr, daß jeder Versuch, sich wieder »normal« zu verhalten (z. B. durch offensive Veränderung Ihrer gegenwärtigen Lage) als Beweis Ihrer Verrücktheit gegen Sie gekehrt wird (z. B. als »begleitender Schub«)!

4.6. Formen von Klinischen Systemen

LUDEWIG (1992) unterscheidet vier Arten von Hilfesystemen mit jeweils unterschiedlichen Auftragskonstellationen. Dieses Schema kann helfen, zu überprüfen, ob man als Berater oder Therapeut »auftragsgerecht« arbeitet. Auf der Basis unterschiedlicher Auftragskonstellationen sind die Kontrakte mit den Klienten oder Kunden in einer Weise auszuhandeln, daß diese die Möglichkeit einer »informierten Zustimmung« (REITER-THEIL et al. 1991) haben, wenn sie über die Art des jeweiligen Hilfsangebotes Bescheid wissen (LOTH 1994, 1996).

Klinische Hilfesysteme (aus LUDEWIG 1992, S. 123)
(1. Grund des Leidens, 2. Hilfestellung, 3. Dauer)

Anleitung

Typ: »Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu erweitern!«

- 1) Fehlen oder Mangel an Fertigkeiten
- 2) Zurverfügungstellen von Wissen
- 3) Offen

Beratung

Typ: »Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu nutzen!«

- 1) Interne Blockierung des Systems
- 2) Förderung vorhandener Strukturen
- 3) Begrenzt, je nach Umfang des Auftrags

Begleitung

Typ: »Hilf uns, unsere Lage zu ertragen!«

- 1) Unabänderliche Problemlage
- 2) Stabilisierung des Systems durch fremde Struktur
- 3) Offen

Therapie

Typ: »Hilf uns, unser Leiden zu beenden!«

- 1) Veränderliche Problemlage
- 2) Beitrag zur (Auf-)Lösung des Problemsystems
- 3) Als Vorgabe begrenzt

Wir halten es für sinnvoll, diese Auftragskategorien noch durch eine weitere zu ergänzen, die in unserer Gegenwart gar nicht so selten anzutreffen ist:

Selbstentdeckung

Typ: »Hilf mir, mich besser kennenzulernen!«

- 1) Kein akuter Problemdruck
- 2) Bereitstellung therapeutischer Kompetenz
- 3) Offen, frei vereinbart

Vielfach suchen Menschen eine Therapeutin, einen Therapeuten auf, um über sich selbst zu reflektieren, und zwar nicht nur wenn sie dies beispielsweise für eine Weiterbildung benötigen. Ein solcher »Selbstentdeckungskontakt« setzt nicht unbedingt ein Problem voraus, das zu lösen wäre. Vielmehr geht er vielleicht einher mit einem diffusen Unbehagen oder auch mit dem Bedürfnis, zu sich selbst in eine andere Form von Beziehung zu treten als bisher gewohnt. Dieses Vorhaben setzt einen ganz anderen »Problembegriff« als den hier diskutierten voraus, der von daher durchaus auch kritisch zu hinterfragen ist (vgl. PORTELE 1992, S. 170ff). Es geht dabei weniger um die Perspektiven *anderer* auf ein Problem, als vielmehr um die Art und Weise des Umgangs einer Person mit sich selbst und mit den Personen ihres Umfelds. Problemlösung kann hier ein Nebeneffekt sein. Auch im Rahmen eines solchen Kontrakts sind die im weiteren Verlauf des Buches vorgeschlagenen Methoden sinnvoll einsetzbar (speziell in der systemischen Einzeltherapie, S. 216–219).