

Hans Lieb

Störungsspezifische
Systemtherapie
Konzepte und Behandlung

Störungen

systemisch

behandeln

ZUSATZMATERIAL

CARL-AUER



Störungen systemisch behandeln

3. Psychosen

Zusatzmaterial zum Buch

Hans Lieb

Störungsspezifische Systemtherapie

Konzepte und Behandlung

Störungen systemisch behandeln, Band 1

ISBN 978-3-8497-0033-1

© Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2014

Von der ersten Lese zur Auslese

In der Reihe »Störungen systemisch behandeln« – herausgegeben von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus – werden in den nächsten Jahren im Carl-Auer Verlag Bände zu allen relevanten Störungsbildern im Bereich der Erwachsenentherapie und der Therapie bei Kindern und Jugendlichen erscheinen.

Bei der Vorbereitung der Reihe wurde von Hans Lieb, dem Herausgeber der Bücher für den Erwachsenenbereich, gesichtet und zusammengetragen, was es innerhalb der Systemtherapie schon an störungsspezifischen Materialien gibt. Das ergab bereits ein breites Spektrum an Konzepten und Methoden für viele Störungsbilder.

Verlag und Herausgeber haben entschieden, diese »erste Lese« störungsspezifischer Perspektiven als kostenlosen Download zur Verfügung zu stellen. Sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit und beruht auf subjektiven Auswahlkriterien des Herausgebers Hans Lieb. Sie kann einen Vorgeschmack geben auf die spätere »Auslese« der folgenden Bände, die konzeptuell fundiert und praxisnah die systemische Therapie der einzelnen Störungen darstellen.

Die systemische Behandlung eines Störungsbildes auf der einen Seite und die systemtheoretische Beschreibung und Erklärung dieser Störung auf der anderen Seite gehen auseinander hervor. Die systemische Therapie hat stets die Veränderung jener Aspekte im Auge, unter denen Klienten und deren Angehörige leiden. Die intendierten Veränderungen können die Symptomatiken selbst betreffen oder deren relevante Kontextfaktoren.

Die Darstellungen systemischer Ansätze bei einzelnen Störungsbildern in diesem Download-Bereich folgen – mit Ausnahme des Kapitels über Psychosomatik – stets der gleichen Gliederung.

Die systemische Behandlung eines Störungsbildes auf der einen Seite und die systemtheoretische Beschreibung und Erklärung dieser Störung auf der anderen Seite gehen auseinander hervor. Die systemische Therapie hat stets die Veränderung jener Aspekte im Auge, unter denen Klienten und deren Angehörige leiden. Die intendierten Veränderungen können die Symptomatiken selbst betreffen oder deren relevante Kontextfaktoren.

Alle Kapitel zu den jeweiligen Störungen haben die folgende Gliederung:

1. Systemtheoretische Erklärungen
- 2.1 Störungsspezifische Regeln und Denkweisen in Systemen, in denen das Symptom entsteht oder auftritt
- 2.2 Störungsspezifische Ambivalenzen innerhalb des Patienten oder im System
- 2.3 Störungsspezifische Interaktionsmuster rund um das Symptom
- 2.4 Private Systeme – Öffentliche Systeme: Störungstypische Beziehungen zwischen privaten und an Symptomentstehung und Symptomlösung beteiligten öffentlichen Instanzen
3. Störungsspezifische Systemtherapie:
 - Allgemeine Prinzipien bei der Therapie dieser Störung
 - Umdeutung und Sinnzuschreibung: Wie Therapeuten dem Symptom einen Sinn oder eine positive Funktion zuschreiben können
 - Musterunterbrechung: Wie Therapeuten mit ihren Interventionen typische Interaktionsmuster rund um das Symptom unterbrechen können in der Annahme, dass das aufgrund zirkulärer Kausalitäten Erwünschte positive Auswirkungen auf Symptome hat
 - Adressaten systemischer Interventionen: Wie Therapeuten entscheiden, in welches System sie intervenieren: Körper – Psyche des Patienten –

Kommunikations- und Interaktionssystem (Partnerschaft, Familie, größere Systeme)

- Gestaltung der therapeutischen Beziehung: Was bei den jeweiligen Störungsbildern besonders zu beachten ist

Psychosen

Hans Lieb

(Grau unterlegt: siehe Glossar Begriffsbestimmung)

Inhalt

Von der ersten Lese zur Auslese	2
Psychosen	4
Systemische Erklärungen	5
Diagnosen sind Produkte des Systems Kommunikation	7
Psychotische Symptome als Lösung für eine Bedrohung der Autopoiese der Psyche	7
Systemregeln und Ambivalenzen	10
Interaktionsmuster	10
Private Systeme – Öffentliche Systeme	11
Systemische Therapie bei Psychosen	12
Nutzen des funktionalen Ansatzes	12
Therapeutisches Splitting	13
Multifamilientherapien bei Psychosen	14
Die therapeutische Beziehung	14
Literatur.....	16

Systemische Erklärungen

Hier ist zuerst eine Vorbemerkung angebracht: Psychosen gehören zu den Störungen, für die von vielen Seiten eine Somatogenese (körperliche Verursachung) durch kortikale Stoffwechselprozesse angenommen wird („biologische Psychiatrie“). Eine monokausale „Verursachung“ durch Ereignisse in der Psyche (Psychogenese) oder allein durch solche im sozialen System (Soziogenese) wird, soweit dem Autor bekannt, kaum vertreten (siehe **Kausalität**). Üblich ist heute ein sogenanntes *multifaktorielles* oder *Diathese-Stressmodell*, das zu dem im Grunde banalen Ergebnis kommt, dass nur das Zusammenwirken verschiedener Faktoren die als Psychose bezeichneten Phänomene hervorbringt. Aus systemischer Sicht ist es unentscheidbar, in welchem autopoietischen System eine „Ursache“ und in welchem eine diesbezügliche „Folge“ verortet werden kann. Systemische Erklärungen von Psychosen sind daher auch keine monokausalen Ursachenerklärungen. Sie beschreiben vielmehr Prozesse, die bei Entwicklung und Veränderung von Psychosen relevant sind im Sinne eines multikausal-zirkulären Modells. Wenn dabei in manchen Ansätzen das familiäre Geschehen und deren Konfliktorganisation in den Mittelpunkt rückt, heißt das nicht, dass dort „Ursachen“ lokalisiert würden, sondern relevante sich wiederholende „iterative“ Prozesse zur *Aufrechterhaltung* der Problematik. Erklärung heißt im systemischen Ansatz auch nicht, Ursachen zu finden, sondern jene Prozesse zu beschreiben, die ein Phänomen durch entsprechende Prozesse (wieder-)herstellen.

Einige frühere systemische Erklärungskonzepte haben sich als nicht tragbar erwiesen – entweder im Sinne einer empirischen Widerlegung oder aufgrund ihrer Verankerung in einer heute als veraltet geltenden Erkenntnistheorie - in der der Kybernetik I. Ordnung (siehe **Kybernetik**). Dazu gehört z. B. die „Doppelbindungstheorie“ von Bateson und anderen (Bateson et al. 1956), die sich widersprechende Beziehungsangebote an eine Person als Kontext ansah, der psychotische Symptome hervorbringt. Etwas anderes ist das heute noch nützliche Konzept, Kommunikationsmuster zu beschreiben, die man in Systemen beobachten kann, in denen psychotische Phänomene vorkommen (nicht: verursachen) und deren Veränderung dann ggf. mit einer Veränderung der Symptomatik einhergeht. Von historischer Bedeutung sind hier die Konzepte der Mailänder Schule (Selvini Palazzoli et al. 1977) und der *Heidelberger Arbeitsgruppe*, in deren Zentrum über Jahre Helm Stierlin stand (Stierlin 1984; Stierlin et al. 1986; Simon et al. 1989; Retzer 1994; 2002; 2004a). Die Heidelberger Gruppe hat hier wie bei psychosomatischen Mustern im Verlauf ihrer diesbezüglichen katamnesticen Forschungen der 1980er-Jahre bei über 100 ambulant behandelten Familien die familiäre Konfliktorganisation bei Familien mit einem psychotischen Mitglied in den Mittelpunkt gestellt und für schizophrene, schizoaffektive und manisch-depressive Familien verschiedene Muster herausgefunden. Beobachtet wurden die jeweiligen Arten der Wirklichkeitskonstruktion (hart oder weich), die Logiken der Konfliktbewältigung (nach dem Tetralemma-Modell als Positionierung auf den Positionen Entweder-oder, Sowohl-als-auch oder Weder-noch – siehe **Tetralemma**). Besondere Beachtung fand dabei, wie Widersprüche oder konträre Positionen jeweils zeitlich organisiert werden (gleichzeitig oder nacheinander) und welche Koalitionen von Parteien im System vorliegen.

Die Kommunikation bei Familien mit schizophren diagnostizierten Patienten erwies sich darin als geprägt von einer weichen, unklaren, konfusen Wirklichkeitskonstruktion mit dennoch häufigen gegensätzlichen Positionierungen bei Konflikten. Personen präsentieren widersprüchliche Sichtweisen in enger zeitlicher Abfolge mit erheblichen Auswirkungen auf das System. Bei Familien mit

einem als manisch-depressiv diagnostizierten Mitglied ließ sich ein ganz anderes Muster beschreiben: klare widerspruchsfreie Positionierungen in der Kommunikation, deutlich positive oder negative Bewertungen von Positionen. Z. B. wird das „manische Verhalten“ im Vergleich zum „Normalen“ eindeutig negativ gewertet. Familien mit einem als schizoauffektiv diagnostizierten Mitglied nehmen hinsichtlich ihrer Kommunikationsmuster aus Sicht dieser Gruppe eine Zwischenform ein.

Tabelle 1 fasst diese Typisierungen zusammen:

Familientyp	schizophren	schizoauffektiv	manisch-depressiv
Muster			
1. Wirklichkeitskonstruktionen: »hart oder weich«	extrem weich; starke Kommunikationsabweichungen; konfusionierend	hart und weich nebeneinander; Kommunikationsabweichungen neben klarer Kommunikation	hart; sehr klare und unveränderliche Werte; Kommunikation um Eindeutigkeit bemüht
2. Logische Muster: »Entweder-oder« vs. »Sowohl-als-auch«	Jeder Einzelne folgt dem Entweder-oder-Muster; kein Konsens – verdeckte Konflikte über die Wirklichkeit	Jeder Einzelne folgt dem Entweder-oder-Muster; es gibt Bereiche des Konsens und des offenen und verdeckten Konflikts über die Wirklichkeit	Jeder Einzelne folgt dem Entweder-oder-Muster; es gibt keinen offenen Konflikt über Wirklichkeit
3. Zeitliche Muster: »synchron« vs. »diachron«	kontradiktorische Sichtweisen synchron nebeneinander (synchrone Dissoziation)	kontradiktorische Sichtweisen synchron neben- und diachron nacheinander (synchrone und diachrone Dissoziation)	kontradiktorische Sichtweisen diachron nacheinander (diachrone Dissoziation)
4. Beziehungsmuster und Koalitionen: »klar vs. unklar«	keine klaren Beziehungsdefinitionen; unklare, ständig wechselnde Koalitionen	klare und unklare Beziehungsdefinitionen und Koalitionen nebeneinander, teilweise schnell wechselnd	klare und feste Beziehungsdefinitionen; wechselnde Koalitionsmuster nur über längere Zeitläufe

Tab. 1. Idealtypische Beschreibung der Familie mit einem als schizophran, schizoauffektiv oder manisch-depressiv diagnostizierten Mitglied (aus Schweitzer und Schlippe 2006, S. 53)

Inhaltlich steht meistens die Dimension „Zugehörigkeit/ Abhängigkeit/ Wir“ versus „Autonomie/ Distanz/ Ich“ im Vordergrund, mit dem „schizophrenen Dilemma“, mit einer Ich-Abgrenzung das Wir-Gefüge zu gefährden. Man kann das Verhalten des als schizophren diagnostizierten Familienmitgliedes dann mit Retzer (2004) als Zusatzmaterial zum Buch von Hans Lieb: Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Reihe: Störungen systemisch behandeln, Band 1. ISBN 978-3-8497-0033-1. © 2014 Carl-Auer Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Programm darstellen, die explizite Markierung von Gegensätzen als Gegensätze ebenso zu vermeiden wie die explizite Markierung von Übereinstimmung als Übereinstimmung mit einer inhaltlich schnellen und wiederum nicht markierten Oszillation zwischen diesen Positionen. Nach Retzer wird der in diesem Sinne „schizophren“ Kommunizierende schließlich „exkommuniziert“: Seinen Botschaften und Interaktionen kann kein Sinn zugesprochen werden, er wird daher für „krank“ erklärt. Wer krank ist kommuniziert mit seinem symptomverhalten ja nicht – das ist dann „Zeichen“ einer erklärbaren Krankheit. Diese familiären Muster und Stile wären Kontextbedingungen sogenannter akuter Phasen von Psychosen oder schizoaffektiven Episoden. Wenn es zu *Chronifizierungsprozessen* kommt, müssen gesundheitspolitisch weitere Faktoren eine Rolle in der Umwelt der Familien: Experten, sozialrechtliche Vorgaben, Behandlungsgeschichten (vgl. die Darstellung solcher Chronifizierungsprozesse bei Schlippe u. Schweitzer 2012).

Diagnosen sind Produkte des Systems Kommunikation

Diagnosen wie „Wahn“, „Halluzination“ oder generell „Psychose“ sind Landkarten zur Bezeichnung von Phänomenen und sind als solche soziale Produkte in der Kommunikation. Kommunikation setzt Verstehen voraus. Wenn das nicht gelingt, muss sich auf sozialer Ebene die Beziehung ohne Kommunikation definieren. Dazu verhilft das Konstrukt der Krankheit. Der Kranke ist krank – seine als Krankheit bezeichneten und damit erklärten Symptome sind nicht Teil einer auf Verstehen gründenden Kommunikation. Nun gibt es Regeln, wie Gesunde mit Kranken umgehen und umgekehrt und welche Aufgaben von beiden Experten zugeschrieben werden.

Psychotische Symptome als Lösung für eine Bedrohung der Autopoiese der Psyche

Eine andere systemische Ebene der Erklärung beschreitet Schleiffer in seiner „Systemtheoretischen Neubegründung der Psychopathologie“ (Schleiffer 2012, S. 125 f.). Sein Fokus ist die Autopoiese der Psyche und die Beantwortung der Frage, welchen Sinn es für diese hat, das zu erzeugen, was aus anderer (sozialer) Perspektive als „verrückt“ bezeichnet wird. Symptome sind aus dieser Sicht Problemlösungen der psychischen Autopoiese. Bedrohlich für die Autopoiese der Psyche sind Schwierigkeiten, sich selbst zu beobachten und zwischen sich und anderen zu unterscheiden („denke ich oder werden mir Gedanken eingegeben?“). Das „psychotisch gestörte psychische System kann nicht mehr unterscheiden, ob seinen Wahrnehmungen interne oder externe Reize zugrunde liegen... Es gelingt ihm nicht mehr, ... sich seiner Identität sicher zu sein. Diese basale Selbststörung lässt sich als das zentrale Problem der schizophrenen Prodromalphase bestimmen“ (ebd. S. 143). Wenn ein System seine Grenzen nicht bestimmen kann, ist es doppelt beeinträchtigt – denn ohne Grenze lässt sich nicht beobachten (was sollte denn dann wer beobachten?) – und ohne Beobachtungen lassen sich keine Grenzen definieren (weil Grenzen wiederum das Produkt von Beobachtungen sind). Psychotische Symptome können dann als Möglichkeit der Grenzziehung und damit als hoch relevant für das Überleben der Autopoiese der Psyche angesehen werden. Eine interessante Bestätigung dieser Hypothese über Probleme der Psyche mit der Grenzbildung zwischen sich und Umwelt können Erfahrungen von Weber und Drexler (2002) über Systemaufstellungen bei Patienten mit der Diagnose einer Psychose entnommen werden. In den Aufstellungen geben demnach Stellvertreter von Klienten mit Psychosen öfter an, sie „fühlen sich siamesisch verbunden und verstrickt, haben keinen spürbar eigenen Raum – oder sie sind ganz im Gegenteil außen vor oder gar aus dem System gestellt. Sie äußern sich hoch ambivalent zwischen verschmolzen (gebunden) bzw. verpflichtet sein ... In den Aufstellungen

erscheint das psychotische Verhalten dann wie ein aktiver Bewältigungsversuch, unvereinbare inter- und intrapsychische Spannungen und Gesetzmäßigkeiten auszuhalten“ (S. 245). Was das soziale System betrifft, berichten die Autoren von folgenden Erfahrungen: Patienten mit Psychosen sind häufig mit Systemmitgliedern aus einer früheren Generation identifiziert – oft gegengeschlechtlich oder „doppelidentifiziert“, d. h. gleichzeitig verbunden mit zwei anderen Personen. In Familien gehe es häufig um ein Familiengeheimnis im Zusammenhang mit „Gewalttaten, Verbrechen oder Unrecht“ bzw. um Geheimnisse über die Systemgeschichte (unklare Vaterschaften, geheim gehaltene Adoptionen etc.). Im Lichte der Theorie Schleiffers könnte das als Problem in der Grenzziehung der Psyche rekonstruiert werden.

Eine weitere selbstreferenzielle Systemgefährdung liegt nach Schleiffer darin, dass es nicht gelingt, die Komplexität der Außenwelt sinnhaft zu reduzieren. Dazu passen die diversen empirischen Befunde, dass zu viele Reize, v. a. emotionale, für Personen mit psychotischen Symptomen bedrohlich sind (Konzept der „high expressed emotion“, Cheng 2002). Angesichts der Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit auf ein Thema oder einen Gegenstand zu zentrieren, entsteht eine zu hohe und nicht mehr zu verarbeitende Informativität und damit ein Sinnverlust. Wahnsymptome oder die Fantasie, eigene Gedanken würden von anderen „gemacht“, sind dann Strategien der Komplexitätsreduktion und der Sinnstiftung. Sie sind zwar im sozialen Raum kommunikativ nicht anschlussfähig, können aber der Autopoiese der Psyche Sinn und Struktur verleihen. Das gibt zahlreiche problematische Ankoppelungsprobleme auf dem Gebiet der Kommunikation und der sozialen Interaktion. Das psychotisch organisierte psychische System ist nur noch geringgradig Adresse für verständliche Kommunikation. Die Einheit von Information, Mitteilung und Verstehen gelingt nicht. Die Einführung der Unterscheidung krank – gesund oder pathologisch – normal ist daher im Bereich der sozialen Kommunikation ebenfalls eine Lösung: Nichtverständliches wird als Ausdruck einer Krankheit erklärbar und ist damit sinnlogisch wieder verwertbar. Die Unterscheidung krank – gesund gilt aber nicht für die Operationen der Autopoiese der Psyche. Denn diese generiert die in der sozialen Welt als krank-schizophren markierten Phänomene nach den gleichen psychischen Operationen wie sie auch bei Gesunden stattfinden – sie gestaltet wie alle anderen Systeme auch auf ihre Weise die Grenze zwischen innen und außen. Eine erhebliche Bedrohung der Autopoiese der Psyche besteht schließlich darin, dass sie „nicht mehr reentryfähig“ ist (Schleiffer 2012, S. 170). Re-Entry bedeutet in der Systemtheorie, dass ein System eine Unterscheidung, die es bei der Beobachtung seiner Umwelt verwendet, bei der Beobachtung von sich selbst einführt (siehe **Re-Entry**). Am wichtigsten ist dabei die grundlegende Unterscheidung zwischen sich als System und der Umwelt. Als Folge dessen hat man dann ein Bild von sich selbst im Verhältnis zu seiner Umwelt. Wenn das nicht gelingt oder nicht möglich ist, gibt es „keinen Unterschied mehr zwischen Selbstreferenz und Beobachtung. Denn derjenige, der etwas beobachtet, muss sich von dem, was er beobachtet, unterscheiden. Er muss zu sich selbst schon ein Verhältnis haben, um sich unterscheiden zu können.“ (Luhmann 2002, S. 73, hier zitiert nach Schleiffer, S. 170). Wenn die Grenze zwischen System und Umwelt fließend ist, kann man sich selbst nicht mehr beobachten – weder seine Gedanken noch seine Handlungen. Man kann dann nicht an eigene Gedanken oder Handlungen anschließen und die Reaktionen anderer nur schwer mit eigenen Handlungen in Verbindung bringen. Die verschiedenen psychotischen Symptome wie Wahn, Halluzination und Stimmenhören können dann funktional als Operationen rekonstruiert werden, die die Unterscheidung zwischen sich und Umwelt wieder ins System einführt.

Zur Funktion des Wahns

Vor diesem systemtheoretischen Hintergrund nimmt Schleiffer eine Bestimmung der „Funktion des Wahns“ vor (2012, S. 154 f.). In deren Zentrum stehen folgende Überlegungen: In einem Wahn-Konzept wird die Komplexität der Welt außerordentlich reduziert – z. B. in Verfolger und Verfolgte. Damit liegt eine, wenn auch mit Leid verbundene, klare Selbstbeschreibung vor, die auch Handlungsmöglichkeiten impliziert: den Verfolgern zu entkommen. Alle kommunikativen Angebote anderer lassen sich mit diesem Schema klar zuordnen – wer z. B. das Wahnsystem bestreitet, gehört zu den Verfolgern. „Der Wahn stabilisiert das psychische System und reduziert die Angst. Zumindest erhält die Angst eine andere Qualität ... Sie wird konkretisiert, der Selbstbeobachtung wieder verfügbar und dadurch verstehbar“ (ebd., S. 157). Im Wahn schließen psychische Operationen fast ausschließlich an Fremdreferenz an: An die Beschreibung der Umwelt und nicht an die Beschreibung des eigenen Systems. Die Selbstbeschreibung „Ich habe einen Wahn“ würde die Grenzen wieder aufweichen. Nun ist sogar ein Re-Entry wieder möglich: Eine Selbstbeschreibung von sich und der Umwelt als Verfolgter und Verfolger. Teil dieses Selbsterhalts sind rigide Kommunikationsmuster mit anderen – auch werden andere ebenso rigide im Versuch, dem Kranken den Wahn auszureden. Kommunikation kommt dann irgendwann zum Stillstand „aufgrund der nicht mehr gegebenen doppelten Kontingenz“ (ebd., S. 149): Was beide Seiten sagen, ist fest vorgegeben, recht sicher vorhersagbar und ohne Überraschungsmomente und Perspektivenwechsel (siehe **doppelte Kontingenz**).

Zur Funktion von Halluzinationen

Zu ähnlichen Schlüssen kommt Schleiffer auch bei der funktionalen Betrachtung von Halluzinationen – aus der Außenperspektive eine Wahrnehmung, die andere nicht teilen und nicht bestätigen können (siehe **funktionale Erklärung**). Um hier funktionale Thesen zu entwickeln, muss man Bezug nehmen auf die systemtheoretische These, dass „das psychische System immer etwas zu beobachten haben muss, will es weitermachen. Wenn keine sensorischen Reize anstehen, dann hat es sich mit sich selbst zu beschäftigen. Es muss sich selbst im Modus der Fremdreferenz beobachten“ (Schleiffer 2012, S. 162). Wenn (warum auch immer – hier wäre ein weiterer Theoriebaustein nötig) ein System einer solchen Sensorik der Umweltwahrnehmung verlustig geht, kann es im Sinne der Halluzination selbst welche generieren. Wahn und Halluzination werden von Schleiffer als funktional äquivalente Mechanismen verstanden, die das psychische System im Gefährdungsfall generiert zum Zwecke des Selbsterhalts. Das sind aus wissenschaftstheoretischer Sicht funktionale Erklärungen und nicht kausale oder gar nomothetisch-kausale. Kausale Erklärungen sind solche, die ein bestimmtes Einzelereignis mit der Gültigkeit eines allgemeinen Naturgesetzes erklären (siehe **Kausalität**). Funktionale Erklärungen sind solche, die etwas über den Sinn/ die Funktion eines Phänomens aussagen und es damit erklären. Bei Schleiffer gilt die funktionale Erklärung von Wahn und Halluzination allein für die Autopoiese (siehe Autopoiese und operationale Geschlossenheit) und nicht für das soziale bzw. kommunikative System. Wenn man die Bedrohtheit der Autopoiese der Psyche selbst wiederum erklären will, braucht man weitere Theoriebausteine. Das kann sich dann durchaus auf Faktoren beziehen, die im Umfeld der Psyche liegen und deren Operationsraum von dort begrenzen – z. B. in Form biochemischer kortikaler Prozesse im Körper als „neurophysiologische Dysfunktionen“ – Schleiffer 2012, S. 168). (siehe **Kausalität** und **funktionale Erklärung**)

Es wird wohl Aufgabe der weiteren systemtheoretischen Entwicklung auf diesem Gebiet sein, Hypothesen wie die der Heidelberger Schule um Helm Stierlin, die dem

autopoietischen System der Kommunikation/ der sozialen Interaktion gelten, mit Thesen über die Autopoiese der Psyche, wie sie Schleiffer vertritt, zu verbinden.

Systemregeln und Ambivalenzen

Die Beschreibung familiärer Kommunikationen im Kontext psychotischer Symptome oben enthielt bereits Hinweise auf die Bedeutung von Ambivalenzen und Ambiguitäten bei der Systemischen Erklärung als psychotisch bezeichneter Phänomene. Nach Retzer lautet der zentrale Konflikt in Systemen mit einem schizophrenen Mitglied „Schuld oder Unschuld“ bzw. „Verantwortung oder Nichtverantwortung für Handlungen“. Dieser Konflikt wird „dadurch aufgelöst, dass in der Kommunikation die Unterscheidung selbst aufgelöst wird und damit die zweiwertige Logik als Spielregel der Kommunikation“ (Retzer 2004a, S. 87). Im Dilemma zwischen beiden Polen der Ambivalenz werden in der Kommunikation entweder beide Seiten gleichzeitig besetzt (Sowohl-als-auch) oder keine von beiden (Weder – Noch). Abbildung 1 fasst das für den Bereich der Schizophrenie zusammen:

<p>Pro (Patient) mächtig</p>	<p>Sowohl Pro als auch Contra Konflikt bleibt unentschieden</p>
<p>Weder Pro noch Contra Konflikt wird nicht gelöst</p>	<p>Contra (Angehörige) mächtig</p>

Abb. 1: Tetralemma bei Schizophrenie (aus Ruf 2012, S. 164)

Solche Dilemmata werden besonders virulent in Schwellensituationen des Lebens, z. B. bei der Ablösung Jugendlicher vom Elternhaus (siehe **Schwellensituationen in Systemen**). Psychotische Symptome können dann als Ausstieg aus konfliktträchtigen Positionierungen in der familiären Kommunikation rekonstruiert werden. Es ist sicher eine Frage jeweiliger therapeutischer Vorlieben, welche Inhalte den jeweils dominanten Ambivalenzen zugesprochen werden (z. B. eher Abgrenzung – Bindung oder eher Schuld – Unschuld oder andere primäre Ambivalenzen).

Interaktionsmuster

Jede Ambivalenz – Organisation hat einen intrapsychischen und einen sozial-interaktiven Teil. Der interaktive Teil bei psychotischen Mustern kann mit Ruf (2012, S. 165) als Kreislauf schizophrener Kommunikationen rekonstruiert werden:

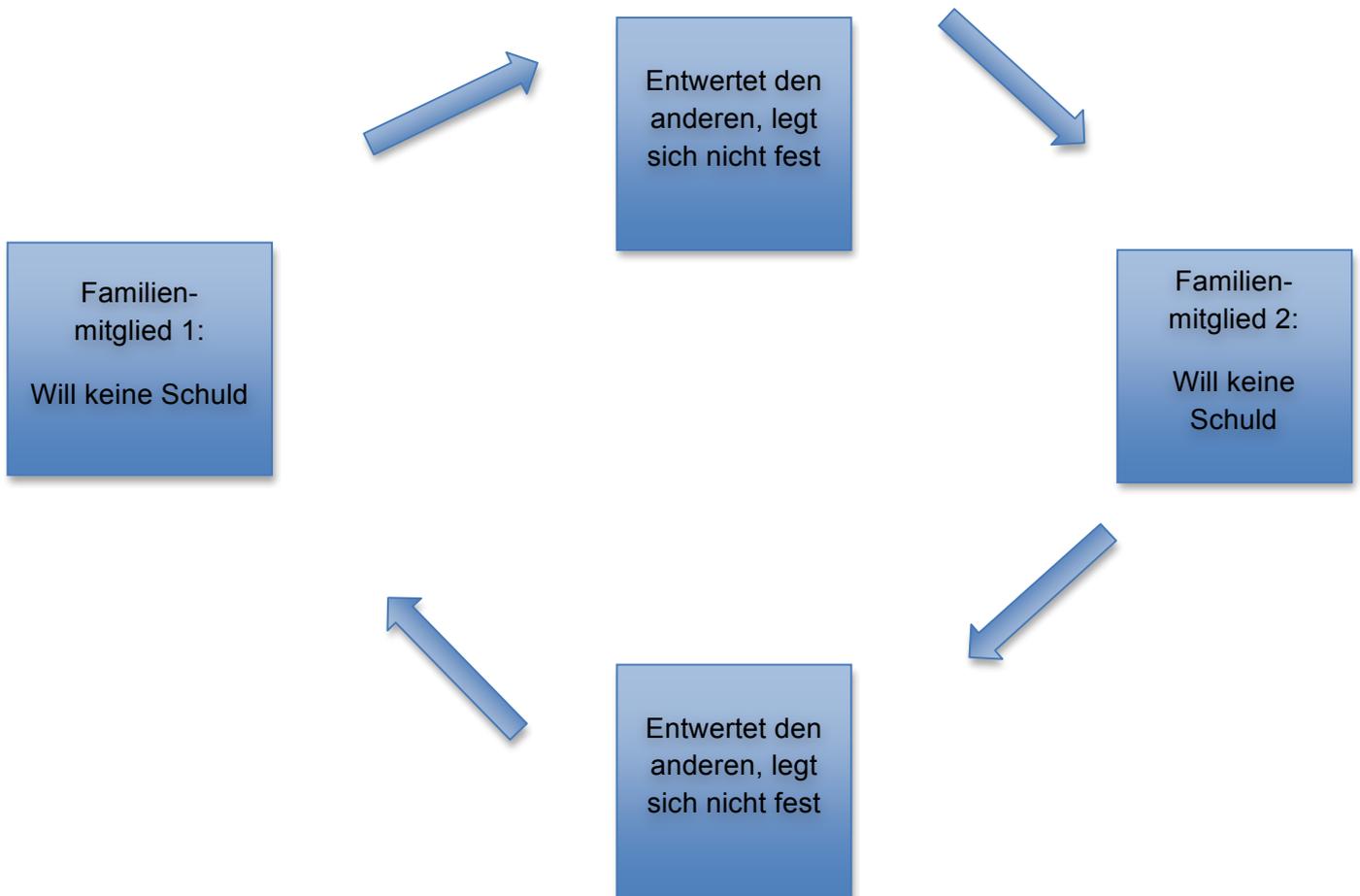


Abb. 2 : Kreislauf in der schizophrenen Kommunikation (aus Ruf 2012, S. 165)

Familienmitglied 1 will keine Schuld – es legt sich daher nicht fest – Familienmitglied 2 will keine Schuld – es legt sich daher nicht fest. Der dadurch erzeugte Stress (weil man ja irgendwann für anstehende Entscheidungen Festlegungen benötigt) wird von Familienmitglied 1 dadurch bewältigt, dass es sich nicht festlegt und seine Nichtfestlegung nicht als Nichtfestlegung markiert, was ja eine Festlegung wäre. Man hätte dann ein interaktives Muster von Nichtfestlegung gefolgt von Nichtfestlegung usw. Natürlich sind andere Muster identifizierbar. Solche Hypothesen über störungsspezifische Muster können helfen, diese im Einzelfall zu identifizieren. Man läuft mit ihnen im Kopf natürlich auch Gefahr, ein System so zu interviewen, dass sich immer genau das ergibt, was man a priori hinein hypothetisiert hat.

Private Systeme – Öffentliche Systeme

Für Chronifizierungsprozesse hoch relevant ist die Frage, wie einzelne Klienten oder deren Familien wegen der Symptomatik eines Familienmitgliedes mit Vertretern des Gesundheitswesens oder anderen außerfamiliären öffentlichen Instanzen in Kontakt treten, welche Klärungs- und Deutungsmuster von dieser Seite angeboten oder im Sinne einer harten Wirklichkeitskonstruktion eingeführt werden und wie das von der Familie rezipiert und zur Selbstbeschreibung verwendet wird. Bei Chronifizierungsprozessen wird ein Mitglied der Familie zudem Dauermitglied

Zusatzmaterial zum Buch von Hans Lieb: Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Reihe: Störungen systemisch behandeln, Band 1. ISBN 978-3-8497-0033-1. © 2014 Carl-Auer Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

eines anderen Systems (Heim, Klinik) mit wiederum jeweils spezifischen Ambivalenzen, Konflikten und Interaktionsmustern im Dreieck „Klient – Familie – Heim/Psychiatrie“. Nähere Ausführungen zu diesen Prozessen führen hier zu weit. Verwiesen sei z. B. auf „die unendliche und die endliche Psychiatrie“ von Schweitzer u. Schumacher (1995).

Systemische Therapie bei Psychosen

Nutzen des funktionalen Ansatzes

Das bereits erwähnte Konzept der Heidelberger Schule bei Psychosen hat sich in katamnestic Studien als erfolgreich erwiesen (Retzer et al. 1989; Simon 1995; Weber u. Retzer 1991). In dieser Gruppe um Helm Stierlin ging es therapeutisch um die Einheit von zwei Perspektiven: Zum einen sollte der Therapeut vermeiden, familiäre Muster zu wiederholen. In der Regel gelingt ihm das, wenn er sich zum Anwalt der Ambivalenz macht und aufzeigt, dass viele Positionen im Tetralema (s.o.) möglich wären, darunter auch die vom Familiensystem vermiedenen eines klaren Pro oder Contra (natürlich ohne dass der Therapeut diese selbst vertritt). Er zeigt der Familie damit neue Optionen auf. Dabei interpretiert er die bisherigen familiären Kommunikationen inklusive des Symptomverhaltens als akzeptable Formen der Konfliktlösung – bei schizophrener Kommunikation z. B. als eine Form, Positionierungen durch Nichtkommunikation zu entgehen.

Der Logik der funktionalen Analyse zu folgen bedeutet in der Therapie den „Raum zu eröffnen für die Suche nach funktionalen Äquivalenten“ (Schleiffer 2012, S. 176). Leider enthält die lesenswerte Abhandlung Schleiffers über die systemtheoretische Fundierung der Psychopathologie noch keine konkreten Hinweise, wie das im Einzelfall in der Therapie praktisch umgesetzt werden könnte. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass häufig dann, wenn ein Symptomverhalten als funktional für ein bestimmtes System beschrieben wird, die gemeinsame Kreativität von Therapeuten und Patienten manchmal wie von selbst funktionsäquivalente neue Problemlösungen generiert. Wird in einer „Systemischen Therapie bei Schizophrenien“ der Idee gefolgt, dass Symptome oft im Kontext von Schwellensituationen sozialer Systeme entstehen, und dass diese mit jeweils *spezifischen* Ängsten, Ambivalenzen und Interaktionsmustern einhergehen, lassen sich daraus spezifische Therapiebausteine ableiten. Ruf (2012, S. 174) führt das für den Bereich der Schizophrenie tabellarisch so aus:

Angst	vor Schuld
Schwelle	meist Ablösung von den Eltern
Ambivalenz	zwischen Übernahme oder Zurückweisen von Verantwortung und Schuld
Muster	Schuld und Verantwortung werden vermieden, indem aus der Kommunikation durch psychotisches Verhalten ausgestiegen wird.
Therapie	Auflösung des Krankheitskonzepts, Ertragenlernen von Konflikten und Schuld, Wiedereinführung in die Kommunikation

Tab. 2: Systemische Therapie bei Schizophrenien (aus Ruf 2012, S. 174)

Eine *störungsspezifische Systemtherapie der Psychose* könnte sich demzufolge an folgenden *Zielen* orientieren: Patienten können lernen, Verantwortung und Schuld zu

ertragen. Therapeuten verzichten darauf, das stellvertretend für Klienten zu tun. Im Sinne der Re-Kommunikation „verrückten Verhaltens“ können therapeutische Interviews die Kontextabhängigkeiten von „psychotischem“ Verhalten aufzeigen – z. B. in Form von Fragen: Wann „zeigt“ eine Person das psychotische Verhalten und wann nicht? Was muss jemand tun, um in der Familie als psychotisch eingeschätzt zu werden? Was tun andere, wenn ein Mitglied solches Verhalten zeigt etc. Therapeuten können mit der Dekonstruktion von Krankheitskonzepten experimentieren: „Was würden Sie tun, wenn Ihr Sohn sich genauso (psychotisch) verhalten würde, das aber nicht Ausdruck einer Krankheit wäre sondern eine bewusste Entscheidung Ihres Sohnes, sich nicht an eine familiäre Regel zu halten?“ Dem „Symptomträger“ können im Sinne des Reframings positive Aspekte in dieser Rolle zugeschrieben und die Idee mitgeteilt werden, dass er mit dieser Rolle und der Symptomentwicklung seiner Familie einen guten Dienst erweist. Das kann mit einer Symptomverschreibung verbunden werden: „Wenn sich ein Konflikt ankündigt, sagen Sie, Sie würden Stimmen hören!“ Solche Interventionen operieren mit Sinnzuschreibungen in einer Situation, in der das Verhalten einer Person von den Angehörigen als nicht verstehbar erlebt wird. Mit dem Konzept der Externalisierung kann die Psychose selbst als Instanz oder gar als Familienmitglied eingeführt werden (siehe **Externalisierung**): „Herr Psychose“ oder „Frau Psychose“ sind Mitglied der Familie geworden – wie kann die Familie zusammenarbeiten, um diesen ungebetenen Gast wieder loszuwerden?

Therapeuten können anregen, die *Zeitorganisation von Konflikten* zu verändern. Synchronen Organisationen (jemand teilt gleichzeitig eigentlich Widersprüchliches mit) kann diachronisch gestaltet werden durch Einführung einer Reihenfolge: an einem Tag diese Mitteilung oder Position, am andern Tag jene. Nach Retzers Konzept der Exkommunikation – ‚mit einem Verrückten kann man nicht reden‘ – kann einer Nicht-Kommunikation durch Wiedereinführung der Kommunikationsperspektive begegnet werden. Hierzu ein Fallbeispiel aus Ruf zur Entkoppelung von Intentionalität und Verständlichkeit: „Sie haben sicherlich gute Gründe, sich mir jetzt unverständlich zu zeigen, auch wenn ich die Gründe noch nicht verstanden habe. Ich werde ihnen jetzt eine Frage stellen, und sie entscheiden dann darüber, ob es für sie sinnvoller ist, zu antworten oder nicht zu antworten und ob es für sie sinnvoller ist, sich mir verständlich oder unverständlich zu machen“ (Ruf 2012, S. 173).

Therapeutisches Splitting

Eine in der Systemtherapie beheimatete Methode, aus einer nur zweiwertigen Logik mit Wahlmöglichkeit nur zwischen der „einen“ oder der „anderen“ Seite (Pro – Contra) zusätzlich zur Option eines Sowohl-als-auch zu kommen, ist das therapeutische Splitting: Hier vertritt ein Therapeut die eine und ein anderer Therapeut eine andere Position oder ein Therapeut teilt mit, dass in ihm die eine Seite die eine und die andere Seite die andere Position vertritt. Im Bereich der Schizophrenie meint z. B. die eine Seite, Schizophrenie sei eine organische Erkrankung und müsse rein medikamentös behandelt werden und die andere, die Symptomatik des Schizophrenen sei eine kluge Form, mit einem familiären Konflikt umzugehen.

Die Auflösung von Krankheitskonzepten, die Handlungsoptionen einschränken, gehört zu den Standardperspektiven aller systemischen Therapien – auch bei Psychosen. Retzer (1994, 2004a) hat einige Strategien hierzu für den Bereich der Psychosen formuliert (zusammenfassend: Schweitzer u. Schlippe 2006, S. 57):

- Transformationen von zugeschriebenen Eigenschaften und den damit verbundenen Bewertungen in Verhalten

- Zeitliche, räumliche und interaktionelle Kontextualisierung symptomatischen Verhaltens
- Verknüpfung des symptomatisch-schizophrenen Verhaltens mit den Verhaltensweisen anderer zu Feedbackschleifen
- Exploration der Reaktionen des sozialen Kontextes auf symptomatisch-schizophrenes Verhalten
- Exploration der Erzeugung problematischen und symptomatisch-schizophrenen Verhaltens

Zur therapeutischen Pragmatik der „Wiedereinführung des Exkommunizierten“ führen Schweitzer und Schlippe ebenfalls *mit* Bezug auf Retzer (2004a) zwei Perspektiven an:

- Sprechen mit dem schizophrenen Patienten – oft zur Überraschung von Angehörigen
- Die Entkoppelung von (Un-)Verständlichkeit des Gesagten von der *Absicht*, verstanden und wertgeschätzt zu werden, auch wenn der Inhalt nicht verstehbar scheint (S. 56).

Multifamilientherapien bei Psychosen

Dem systemischen Ansatz zuzuordnen ist die Multifamilien-Gruppentherapie (MFGT – zusammenfassend bei Schweitzer u. Schlippe 2006, S. 63 f.). Hier arbeiten mehrere Familien mit mindestens zwei Therapeuten zusammen. Das aufwendige Konzept wird in verschiedene Phasen eingeteilt. Die Therapeuten lernen jede Familie genauer kennen – deren Krankheitskonzepte, Ressourcen und Probleme. Dann werden diese Familien zu einer gemeinsamen Gruppe zusammengefügt, wobei die Therapeuten die Kommunikation zwischen den Familien fördern und diese sich schließlich gegenseitig bei der Lösung familiärer und sonstiger Probleme unterstützen. Den Abschluss bildet der Versuch, jede Familie in ein Netzwerk sozialer Unterstützungen zu integrieren – Familien also aus der oft vorhandenen Isolation herauszuführen. In Finnland haben systemische Gedanken wesentlich zur Entwicklung des „Need-Adapted-Treatment“ und der „dialogischen systemischen Therapie“ nach einem Ansatz von Seikkula et al. beigetragen. Es ist ähnlich wie das MFGT so aufgebaut, dass Versammlungen abgehalten werden mit Klienten, Angehörigen und Therapeuten. Über längere Zeit wird ein sogenanntes *Psychoseteam* gebildet, das den Betroffenen und ihren Familien lange Zeit helfend zur Seite steht (vgl. zu diesem ebenso systemisch wie gemeindepsychiatrisch konzipierten Ansatz die Originalliteratur bei Seikkula et al. 2003, zusammenfassend referiert bei Schweitzer u. Schlippe 2006, S. 66 f.).

Die therapeutische Beziehung

Was diese betrifft, zeigen die Kontroversen um die sogenannte psychoedukative Familienbehandlung deutliche Unterschiede zwischen den systemischen und anderen Therapieansätzen. Traditionell wird darunter verstanden, dass Klienten und ihre Angehörigen von einem *wissenden Experten* informiert werden, dass Schizophrenie eine Krankheit ist, worum es sich dabei handelt und wie diese lege artis zu behandeln ist. Demgegenüber verzichten systemische Therapeuten eher auf eine solche erklärende oder lehrende Expertenpositionierung und präsentieren sich selbst zwar als wissend, was klassische Sichtweisen über Schizophrenien betrifft (sonst wären sie für Klienten und deren Familien kaum anschlussfähig), nehmen selbst aber selten eine bestimmte Position ein - zumindest dann nicht, wenn sie dadurch alte familiäre Konfliktmuster wie Wahr-falsch-Kontrastierungen unterstützen würden (vgl. zur Auseinandersetzung um die psychoedukative Familienbehandlung Simon und Weber 1988, Hahlweg et al. 1989, Bäuml und Pitschel-Waltz 2003). Aus systemischer Sicht können Familien oder Klienten nicht

nicht „Einladungen“ an Therapeuten aussprechen, so an ihren familiären Kommunikationen teilzunehmen, dass sie Teil der vorhandenen Konfliktmuster werden. Wenn Familien „Chaos“ präsentieren, können Therapeuten z. B. versucht sein, für Ordnung zu sorgen. Wenn Realitätskonstruktionen sehr weich und diffus präsentiert werden, können Therapeuten verführt sein, klare Begrifflichkeiten oder nachvollziehbare Berichte erwirken zu wollen im Sinne von „Anwälten harter Realitäten“. Wenn es um Ambivalenzen geht, können Therapeuten verführt sein, die im System verworfene Seite zu vertreten. Das ist z. B. dann der Fall, wenn ein System niemanden für schuldig erklären will und der Therapeut das durch das Krankheitskonzept (unbewusst) unterstützt und dem betroffenen Patienten direkt oder indirekt jede Schuldfähigkeit abspricht. Simon betont, dass Therapeuten, die solchen Einladungen folgen, potenziell selbst ungewollt zu Chronifizierungsfaktoren werden (Simon 1990). Systemiker dieser Schule präsentieren sich in der Regel eher „eindeutig uneindeutig“ (Simon 2012a, S. 182). „Der Therapeut signalisiert, dass es Eindeutigkeit (in der Schuldfrage und auch sonst) nicht geben kann.“ (ebd., S. 182). Oder „er weist implizit jedem die Verantwortung (und damit Schuld) für das Verhalten aller anderen zu“ (ebd., S. 182). Er wird aber prüfen, ob diese Position ein vorhandenes Muster fördert und, wenn das der Fall ist, nach alternativen Optionen suchen. Aus der Systemtheorie lässt sich keine spezifische Positionierung bei Konflikten, auch nicht für Therapeuten gegenüber Klienten ableiten. Formal sollten Therapeuten immer beide Seiten vertreten können: Schuld und Unschuld, aktiv und passiv, Krankheit und Gesundheit usw.

Literatur

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. (1956): Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1, 215-246.
- Bäumel, J., G. Pitschel-Waltz (Hrsg.) (2003): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart (Schattauer).
- Cheng, A. T. A. (2002): *Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? The British Journal of Psychiatry* 181, 2002, S. 466-467.
- Hahlweg, K., M. Dose, E. Feinstein, U. Müller, D. Bremer (1989): Rückfallprophylaxe für schizophrene Patienten durch psychoedukative Familienbetreuung. *System Familie* 2 (2): 145-156.
- Luhmann, N. (2002). Einführung in die Systemtheorie. Heidelberg (Carl-Auer).
- Retzer, A. (1994): Psychose und Familie. Stuttgart/Jena (Fischer).
- Retzer, A. (2002): Passagen – Systemische Erkundungen. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Retzer, A. (2004a): Systemische Familientherapie der Psychosen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle (Hogrefe).
- Retzer, A., F. B. Simon, G. Weber, H. Stierlin, G. Schmidt (1989): Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik* 14 (3): 214-235.
- Ruf, G. D. (2012): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcen-orientiertes Lehrbuch. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Schleiffer, R. (2012): Das System der Abweichungen. Eine systemtheoretische Neubegründung der Psychopathologie. Heidelberg (Carl-Auer).
- Schweitzer, J., A. von Schlippe (2006): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schlippe, A. von, J. Schweitzer (2012): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht), 1. überarb. u. erw. Neuaufl.
- Schweitzer, J., B. Schumacher (1995): Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur (De-)Konstruktion der Chronizität. Heidelberg (Carl-Auer).
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2003): Offener Dialog in der Psychosebehandlung – Prinzipien und Forschungsebene des West-Laplandprojektes. In: Aderhold, V., Alanen, Y. O., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen (Psychosozial), S. 89-102.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Simon, F. B. (1990): Meine Psychose, mein Fahrrad und Ich. Heidelberg (Carl-Auer).
- Simon, F. B. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Heidelberg. (Carl-Auer)
- Simon, F. B., G. Weber (1988): Das Invalidenmodell der Sozialpsychiatrie. In: T. Keller (Hrsg.) (1988): Sozialpsychiatrie und systemisches Denken. Bonn (Psychiatrie), S. 58-72.

- Simon, F. B., G. Weber, H. Stierlin, A. Retzer, G. Schmidt (1989): Schizoaffektive Muster: eine systemische Beschreibung. *Familiendynamik* 14 (3): 190-213.
- Stierlin, H. (1984): Psychosomatische und schizoprärente Familien: Wechselfälle der bezogenen Individuation. *Familiendynamik* 9 (3): 278-294.
- Stierlin, H., G. Weber, G. Schmidt, F. B. Simon (1986): Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. *Familiendynamik* 11 (4): 267-282.
- Weber, G., D. Drexler (2002): Familienstellen bei Psychosen. *Psychotherapie im Dialog* 2002 (3): 243.
- Weber, G., A. Retzer (1991): Praxis der systemischen Therapie psychotischen Verhaltens. In: A. Retzer (Hrsg.) (1991): Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Heidelberg (Carl-Auer), S. 214-257.