

**Beim Kirschenklauen erwischt, oder: Wer nicht krank ist, braucht auch keine Therapie.
Ein (weiterer) Beitrag zur "Lehrbuchdebatte"**

Lothar Eder, Mannheim

Angestoßen durch den Beitrag von Jürgen Hargens im systemmagazin (v. 29.1.2008) als Reaktion auf Jochen Schweitzers und Arist von Schlippe "Erwiderung an ihre Kritiker" ebenfalls vom Januar 2008, möchte ich im Rahmen der sogenannten "Lehrbuchdebatte" erneut versuchen, einige Überlegungen beizusteuern.

Dabei erscheinen mir sowohl die Position von Schweitzer / v. Schlippe als auch die vielleicht prototypisch für "die Kritiker" stehenden Anmerkungen von Hargens diskussionswürdig. Die beiden Autoren des Lehrbuchs I und II scheinen sich, so lassen sich einige Passagen ihrer Erwiderung deuten, ihrer Sache mit dem Krankheitsbegriff nicht so ganz sicher zu sein. Möglicherweise ist die Reaktion auch vor dem Hintergrund eines nicht erwarteten und doch recht scharfen Gegenwindes eines größeren Teils der systemischen Szene zu verstehen. Jedenfalls stellen Arist v. Schlippe und Jochen Schweitzer in ihrem Beitrag heraus, sie hielten ja selbst auch nichts vom üblichen Krankheitskonzept, aber man müsse eben in den sauren Apfel beißen, wenn man mit von der Partie sei wolle. Das klingt ein wenig nach einem Geständnis, wenn man beim vermeintlichen Kirschenklauen erwischt worden ist, sein Handeln aber damit verteidigt, man habe es nur im Dienst der Gemeinschaft getan. Man ist dann gewissermaßen ein guter Kirschendieb (d.h. ein "guter, weil systemisch reflektierender Verwender des Krankheitsbegriffs") im Gegensatz zu denen, die das ohne Gewissensbisse tun (also "die" "Vertreter" des "traditionellen" Gesundheitssystems).

Es scheint durchaus gerechtfertigt, einige der Aussagen und darin sich andeutenden Konzepte genauer zu beleuchten.

Gegenstand dieses Beitrag sollen demnach folgende Punkte sein:

1. Wo wir (die Systemiker) sind, ist vorne? Fragen zum Selbstverständnis der systemischen Therapie (ST) als Avantgarde
2. Patienten (Klienten, Kunden) und Krankenkassen brauchen keine Erkenntnistheorie
3. Ist "Krankheit" wirklich ein "unsystemisches" Konzept? – nur wer krank ist, braucht auch Therapie!
4. Von der Nützlichkeit der Kategorien der ICD und der Nützlichkeit der ST für die ICD

1. **Wo wir (Systemiker) sind, ist automatisch vorne?**

Ohne den Anspruch einer exakten und detaillierten Textanalyse soll im folgenden auf einige Konstrukte eingegangen werden, die sich aus zahlreichen Textpassagen herauslesen lassen:

a) "Wo wir sind ist vorne" – zur Idee der Avantgarde als Selbstverständnis der ST.

Diese Idee klingt mehrfach an, in der Erwiderung von Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe an ihre Kritiker taucht der Begriff "Avantgarde" wörtlich auf. Avantgarde sind in der Regel diejenigen, die mutig vorangehen, unkonventionell sind, weiter denken als die anderen, oder bereits "weiter" sind, während die anderen "noch" in "alten" Konzepten denken und handeln (dazu paßt die Unterschiedsbildung zur Welt der "Traditionalisten", wer immer das genau ist). Interessant an diesem Sprachgebrauch ist, daß er, systemisch untypisch, den Gedanken einer Linie zugrundelegt. Wenn etwas vorne (avant) ist, kann es sich nicht um eine Bewegung in mehr als zwei Richtungen handeln, an dem mehrere Partizipanten beteiligt sind, es gibt dann eben vorne und hinten (und etwas dazwischen), folglich eine Linie. Und implizit meint dies: vorne ist besser als hinten.

Woher aber kommt diese Idee, wir, die ST, seien vorne, voraus, vornedran? Und sehen das andere auch so? Möglicherweise war die ST – wie viele andere Bewegungen innerhalb der Psychotherapie – einmal Avantgarde und hat noch nicht verstanden, daß die Musik, auch die innovative, nicht nur in den eigenen Räumlichkeiten, sondern auch woanders spielt? Verhaltenstherapie etwa ist ein sehr geschicktes System, neuere Entwicklungen, z.B. Ergebnisse der Hirnforschung, sehr zügig zu inkorporieren und in das verhaltenstherapeutische Paradigma einzubinden; möglicherweise ist die ST in Gefahr, ihr Selbstverständnis als Avantgarde zur selbstverliebten (psychoanalytisch: narzißtischen) Tradition werden zu lassen und sich dadurch in der eigenen Entwicklung zu behindern.

b) Die Leitunterscheidung ST vs. "Traditionalisten"

Dies ist, könnte man sagen, eine Variante des klassischen "Them or us" – Spiels. Es wird angenommen, es gebe eine irgendwie konsistente ST und auf der anderen Seite, irgendwo, "im Gesundheitssystem", das "traditionell" ist, einen Ort, an dem sich traditionell denkende und handelnde Partizipanten des therapeutischen Geschäfts befinden oder versammeln und untereinander abgesprochen handeln. Auch hier darf man fragen: Stimmt das? Wer sind "die"? Und ist es wirklich so, daß das Gesundheitssystem ein schwerfälliges, in Traditionen verhaftetes System ist, in das beizeiten die Avantgarde einziehen sollte? Möglicherweise

lassen wir dabei außer acht, daß sich aktuell "das" "Gesundheitssystem" außerordentlichen Wandlungen ausgesetzt sieht, welche ihrerseits unter gehörigem politischen und ökonomischen Druck zustande kommen. Dies geht bis hin zu Überlegungen, ob Psychotherapie überhaupt Kassenleistung bleiben soll (s. die sog. GEK-Studie). Zudem legen derzeit schon einige Krankenkassen standardisierte Programme außerhalb des KV-Systems für bestimmte Störungsbilder auf (z.B. die TK bei Depressionen); sollten sich die KV'en langfristig auflösen, könnte eben dies, das Auflegen von standardisierten Programmen, eine – nicht sehr begrüßenswerte – Perspektive der Psychotherapie in Deutschland sein. Will sagen: wenn Psychotherapie insgesamt bedroht ist, rücken die Leistungserbringer wahrscheinlich enger zusammen, und dies ist dann, so kann man vermuten, nicht unbedingt die Zeit für eine "Avantgarde", die den Krankheitsbegriff ablehnt. Wenn ST sich kontextsensibel verhalten will, könnte die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge nützlich sein.

c) Nicht-Wissen ist besser als Wissen?

Natürlich, so wird es explizit nicht gesagt bzw. geschrieben. Doch andererseits: wenn jemand vorgibt, zu wissen (oder, so wie Schweitzer und v. Schlippe es tun, Wissen zu systematisieren), und sei es nur über mehr und weniger gute Wege, ans Ziel zu kommen, dann ist das unter einer bestimmten systemischen Perspektive suspekt. Denn, so der Generaleinwand, niemand kann wissen, wie dieses oder jenes Phänomen für den anderen ist, was er oder sie braucht. Alles kann irgendwie so aber auch ganz anders sein. Und gibt es nicht vielleicht noch weitere Möglichkeiten, die nicht berücksichtigt, kommuniziert usw. worden sind? Stellt nicht die Tatsache, daß man ein Buch, das beansprucht, gewissermaßen den "State of the art" zu repräsentieren, einen unangemessenen Ausschluß noch nicht bekannter, gedachter, erprobter Möglichkeiten dar? Nun, unter dieser Maxime wäre dies ein Buch, das niemals fertig wird, weil eben ein Buch endlich und begrenzt und ein Dokument des derzeitigen und den Autoren bekannten Standes ist.

Nicht-Wissen ist im Sinne der Wertschätzung von Patienten (Klienten, Kunden) einerseits eine gute Haltung. Sie ist auch nicht innerhalb der ST entwickelt, sondern allenfalls wieder aufgenommen worden; Nicht-Wissen stellt wohl mit die älteste Form des Fragens bzw. der personenbezogenen Entwicklungsarbeit in unserer Kultur dar; gemeint ist die Maieutik, also die "Hebammenkunst" von Sokrates, der mit Hilfe von Fragen sein Gegenüber dazu bringen wollte, selbst herauszufinden, wer er ist, was seine Ziele und Bedürfnisse sind usf. Nicht-Wissen heißt aber nicht: nichts wissen. Und vielen Möglichkeiten Raum zu geben, heißt nicht, daß alle gleich gut oder geeignet (*viabel* i.S. v. Glasersfelds) sind. Alle Wege führen nach

Rom, aber eben nicht gleich effektiv. Und es kann ein durchaus legitimer Anspruch an einen Therapeuten sein, daß er über ein Wissen von mehr und weniger effektiven Wegen nach Rom verfügt, er also seine Auswahl und Vorgehensweise danach ausrichtet.

Wenn ein Klient mit einer eng definierten Spinnenphobie und dem Auftrag, diese "weg" haben zu wollen zur Therapie kommt, ist die Frage, was seine Großmutter dazu sagen würde, angenommen, die Phobie wäre weg, systemisch durchaus denkbar, aber sie gehört vielleicht nicht unbedingt in die erste Reihe von Interventionen bei einer Phobie. In der Regel genügt hier eine Desensibilisierung (sei sie verhaltenstherapeutisch, sei sie systemisch, sei sie energetisch nach Gallo) und was die Großmutter dazu denkt ist meist sekundär. Eben dies, auf vorhandenes Erfahrungswissen zurückgreifen zu können, ist mit "Wissen" gemeint, und es stellt keinen Widerspruch zu einer Haltung des Nicht-Wissens dar.

2. Patienten (Klienten, Kunden) und Krankenkassen brauchen keine Erkenntnistheorie

Vielleicht ist dies, so behaupten böse Zungen, der entscheidende Vorteil der Verhaltenstherapie: sie versuche erst gar nicht, eine konsistente Theorie oder gar Metatheorie zu entwickeln. Jedenfalls stellt dies (im Gegensatz zur ST) nicht eine ihrer Hauptbeschäftigungen dar. Somit kann sie sich vornehmlich dem widmen, was ein therapeutisches System hauptsächlich tun sollte: geeignete, also hilfreiche (Be-)Handlungsmöglichkeiten entwickeln. In diesem Sinne plädierte auch Fritz Simon einmal indirekt für die Theoriefreiheit von Therapie, indem er die Frage stellte: "in der Praxis funktioniert es, aber funktioniert es auch in der Theorie?" (Simon 1988). Auf diese Weise, so scheint es, ist es der VT möglich, eben alles, und sehr zeitnah auch neueste Entwicklungen dessen, was sich als therapeutisch erfolgreich erweist, zu inkorporieren.

Die ST, so schreibt Hargens mit Verweis auf Ludewig, verzichte schon aus erkenntnistheoretischen Gründen auf einen Krankheitsbegriff. Dies ist ein Satz, den man sich genauer anschauen sollte. Denn welche Erkenntnistheorie, so kann man gegenfragen, macht es unmöglich, von Krankheit zu sprechen? Hargens betont (und auch an dieser Stelle sei er als prototypisch für eine Position innerhalb des systemischen Feldes genommen), daß er ein Verständnis von "Krankheit als eigenständiger Wirklichkeitskategorie ablehne" (nebenbei sind das zwei sehr verschiedene Begründungen, die eine ist persönlich, und damit einem wissenschaftlichen Diskurs nicht zugänglich, die andere ist epistemologisch, und muß sich demnach einem wissenschaftlichen Diskurs stellen).

Es gab im niederbayrischen Kfz-Handwerk den Brauch, den Lehrling zu Beginn seiner Lehre ins Lager zu schicken mit dem Auftrag "drei Liter Kompression" zu besorgen. Der Lagerist war Beteiligter im Spiel und übergab dem Lehrling einen randvoll mit irgendeiner Flüssigkeit gefüllten Eimer mit dem Auftrag, bloß nichts zu verschütten, das Zeug sei sauteuer. Der Lehrling wollte seine Sache möglichst gut machen und schaffte im Schweiß seines Angesichtes den Eimer zurück in die Werkstatt, wo er natürlich ordentlich "dableckt", also unter allgemeinem Gelächter verspottet wurde. Den Witz an der Sache, haben Sie, liebe Leserin, lieber Leser, natürlich längst verstanden. "Kompression" ist kein Ding, genauer gesagt ist, von Kompression (soweit ich es verstanden habe, die "Fähigkeit" von Zylindern in einem Automotor, das Benzingemisch zu verdichten) zu sprechen, eine Verdinglichung (Reifikation) von etwas, was kein Ding ist, sondern eine phänomenale bzw. zugeschriebene Eigenschaft.

Aber wie verhält es sich mit dem Wind? Und dem elektrischen Strom? Wenn Ihnen jemand eine Dose Küstenwind verkaufen will, halten Sie ihn ruhig für einen Scharlatan. Aber Sie können ja mal versuchen, Ihre Stromrechnung aus erkenntnistheoretischen Gründen nicht zu bezahlen, weil Strom eben kein "Ding an sich" ist, vielmehr ein sehr kontextabhängiges und bedingtes Phänomen, das sich aus dem Spannungsverhältnis unterschiedlicher Polaritäten ergibt (und ärgerlicherweise immer teurer wird). Wenn ich aber in 220 V Spannung greife, spüre ich was, auch wenn das was ich spüre, kein Ding ist (mit dem Wind ist es ähnlich). Um Steve de Shazer zu zitieren: Aus der Sprache gibt es kein Entrinnen. Wir sprechen von nichtdinglichen Phänomenen aus Konvention wie von Dingen. Und wir tun dies, weil wir kaum anders können. Sprache ist eben, folgt man neueren Strömungen der kognitiven Linguistik (Lakoff 1987, Lakoff und Johnson 1980), gebunden an die physikalische und körperliche Verfaßtheit unserer Wirklichkeit. Wir sprechen gewissermaßen fortwährend in einem "Als ob"-Modus. Wenn die Stunden verrinnen, hört man es in der Regel weder plätschern noch tropfen. Der Ausdruck "die Stunden sind verronnen" tut so, als sei Zeit, als seien Stunden eine Flüssigkeit, die auslaufen, verrinnen etc. kann. Zeit ist kein Ding, Flüssigkeit nach unserem Verständnis schon. Und wer den Akku seines Handys oder seines Laptops "lädt", hat keine Schaufel in der Hand (die Ladung eines Akkus ist keine Materie, die von einem Behälter in einen andere geschaufelt wird). Niemand käme jedoch auf die Idee, dieses "Als ob" in seinem Sprechen fortwährend anzuzeigen, indem er sagte "es war so, als ob die Zeit verrönne", "es war so, als ob das Wort gebrochen wurde" (obwohl niemand ein wirkliches Krachen gehört hat oder die Bruchteile des Wortes zusammengekehrt, gekittet, fortgeschmissen etc. werden mußten), "ich tat bildlich gesprochen so, als ob ich meinen Akku

lüde". Auch mit dem Wind und dem Strom machen wir das nicht. Wir sagen nicht: "das was man spürt, was einem so als Blasen und Wehen erscheint, das, was die Windmühlen antreibt, wenn zwei unterschiedliche Luftdruckgebiete in Berührung kommen". Sondern wir sagen: "der Wind" (der Strom, die Ladung usw.).

Die Sprache kann sich, so Buchholz (2003) mit Verweis auf die kognitive Linguistik Lakoffs und Johnsons, nicht von der Anschauung emanzipieren.

Und Anschauung stellt Kontinuitäten her. Man könnte sicherlich das Phänomen "Wind" in einzelne Wahrnehmungsepisoden aufteilen (aus denen es sich ja auch zusammensetzt; frei nach Luhmann: was der Wind für sich selbst ist, wissen wir nicht): wie in der buddhistischen Meditation ist jeder meiner Atemzüge einmalig, er kommt niemals wieder, ebensowenig wie ich meinen Fuß zweimal in den gleichen Fluß tauchen kann. Wenn wir aber, obwohl wir gerne einen Spaziergang machen würden, in der Stube sitzen bleiben, weil "der Wind" draußen zu stark ist, dann müssen wir eben aus einem gleichen Grund jetzt in diesem Moment in der Stube sitzen bleiben wie vor drei Minuten und vor einer halben Stunde (sofern "der" "Wind" solange anhält). Und falls wir doch nach draußen gehen, wird die windgerechte Kleidung die uns in einem Moment vor "dem Wind" schützt, dies auch in drei Minuten tun, obwohl "der Wind" längst ein anderer ist. "Der Wind" also wird zu einer Art Gegenüber, einem Gegen-Stand; ein Phänomen, das uns entgegentritt, oder besser: entgegenbläst und in der Sprache zum Ding wird.

In unserer gewöhnlichen Anschauung haben flüchtige oder nichtmaterielle Erscheinungen (der Wind, der Strom, mein Ich usw.) etwas Substantielles, sie werden sprachlich zum *Substantiv*. Ebenso mag es sich mit "der Krankheit" verhalten. Sie ist, um auf Hargens' Einwand zurückzukommen, bei genauer Betrachtung keine "eigenständige" Wirklichkeitskategorie. Sie kann nicht "eigen (also un-bedingt) stehen". Gleiches gilt für Wind und Strom und viele andere Substantivierungen (natürlich muß hier auf Simons Buch "Meine Psychose, mein Fahrrad und ich" verwiesen werden, das eben diese Zusammenhänge aufgreift).

Auch der Einwand, eine körperliche Krankheit sei eine andere Kategorie als eine psychische, gilt unter diesem Blickwinkel nur bedingt. Auch die Halsentzündung ist keine eigenständige Kategorie, Halsentzündungen gibt es nur dort, wo es Hälse gibt. Und wenn sie "abgeklungen" ist (metaphorisch gesprochen: die Entzündung ist ein Ton, eine Musik, ein Katzenjammer ...), gibt es sie einfach nicht mehr, sie ist verschwunden (wohin?).

Es gibt also, so wurde versucht zu zeigen, epistemologische Einwände dagegen, von "Krankheit" zu sprechen. Diese Einwände beziehen sich aber im Allgemeinen auf unsere

substantivistischen Kategorisierungen von Wirklichkeit und unsere Sprachgebräuche. Und, so wurde angedeutet, wir können als Alltagswirklichkeitskonstrukteure und –sprachbenutzer kaum anders, als eben so.

Eine Krankenkasse braucht all diese Überlegungen nicht, sie braucht Erkenntnistheorie ebenso wenig wie Stromkonzerne und Psychotherapiepatienten. Alle drei verhalten sich in der Regel nach dem biblischen Motto "an ihren Früchten sollt ihr sie erkennen".

Jedoch, um die Argumentation fortzuführen, man könnte im Sinne v. Glasersfelds (1992) untersuchen, ob "Krankheit" eine *viable*, also nützliche, brauchbare, "gangbare" Kategorie ist. Dies soll im nächsten Abschnitt geschehen.

3. Ist "Krankheit" wirklich ein "unsystemisches" Konzept? – nur wer krank ist, braucht auch Therapie!

An dieser Stelle soll noch einmal auf die kognitive Linguistik von Lakoff und Johnson (u.a. 1980) Bezug genommen werden. Sie räumt, so Buchholz (2003, S. 42ff), der die Konzepte von Lakoff und Johnson im deutschsprachigen Raum v.a. für die Psychoanalyse rezipiert hat, dem Körper als Bedeutungsspender eine zentrale Position ein. Eine der Grundannahmen ist die des *Embodiments*: alle Anschauungen beginnen mit dem (eigenen) Körper, der konkreten Sinneserfahrung. In Umkehrung von Descartes' Dictum müßte es demnach nicht "Ich denke also bin ich", sondern "Ich bin also denke ich" heißen. Denken und Sprache wären folglich keine vom Körper (oder besser: Leib) unabhängigen Phänomene, sondern vielmehr durch Körperlichkeit vorstrukturiert. *Ich bin heute sehr bei mir, Claudia muß erst zu sich selbst kommen, Kurt hat sich von Stefanie abgewandt*, all dies sind metaphorische Beschreibungen, die Körperlichkeit und Räumlichkeit als Bezug haben (s. auch Eder 2007, hier insbesondere die These des "psychosomatischen Konstruktionismus", S. 59).

Auch andere Beschreibungen und Konzepte nehmen Bezug auf die Körperlichkeit als Bedeutungsmatrix. Eine der englischsprachigen Wörter für *Krankheit* lautet *Disease*. Schauen wir uns das Wort genauer an, dann entdecken wir, daß *Dis-Ease* eine Negation von *Ease*, *easy* ist. Eine *Dis-Ease* ist demnach so etwas wie eine Un-Leichtigkeit. Das ist sehr stimmig und erfahrungsnah. Die ICD, die *International Classification of Diseases* ist also genau genommen ein systematischer Katalog von Un-Leichtigkeiten. Wer krank ist, fühlt sich *beschwert*, er äußert folglich *Be-Schwerden*, fühlt sich *be-drückt* (auch eine körperliche

Metapher) und wenn alles *raus ist*, man es jemandem (z.B. einem Therapeuten) erzählt hat, ist es einem schon ein wenig *leichter*. *Leicht* und *schwer* sind Beschreibungskategorien für innere Zustände, die in der Regel nichts mit Gewichten zu tun haben, vielmehr sind sie metaphorisch und, so kann man annehmen, sehr allgemein gebräuchlich. Etwas geht einem schwer oder leicht von der Hand, nach einer bestandenen Prüfung fällt einem ein Stein vom Herz (von sogenannten Herzsteinen ist in der Körpermedizin nichts bekannt); Jungsein und Gesundheit werden ebenso mit Gewichtsmetaphern beschrieben – *Unbeschwertheit, sich leicht fühlen usf.*

Sprache "schafft" also Wirklichkeit nicht einfach so, sie schafft sie, folgt man der Kernthese des Embodiments, immer auch mit Bezug auf eine durch den Körper vorgegebene Bedeutungsmatrix. Damit wäre Sprache nicht, wie es manchmal im systemischen Diskurs anmutet, eine Art letzte Instanz im "Schaffen von Wirklichkeit" (so Hargens), sie hat vielmehr eine stete körperliche Referenz, die fortlaufend in ihr anklingt.

Wer eine Lösung sucht, und deshalb zur Therapie kommt, hat ein Problem. Es gibt dafür vielerlei alternative Umschreibungen, die letztlich aber Euphemismen darstellen. In Spanien heißen Arztpraxen, welche gesetzlich Versicherte als erste Station anlaufen müssen "Centro de Salud". In solch ein "Gesundheitszentrum" gehen aber keine Menschen, die sich gesund (be-schwerde-frei) fühlen (allenfalls als Begleitperson), sondern eben solche, die sich krank fühlen (böse Zungen in Spanien allerdings behaupten, manche kämen dort kränker wieder heraus als sie hineingegangen sind).

Wie aber soll man Probleme, die sich im Bereich des Psychischen abspielen und die im Rahmen von Psychotherapie verhandelt werden, nennen? Der Vorschlag von Hargens, beim Begriff "Krankheit" fortwährend Anführungszeichen mitzudenken, scheint folgerichtig, allerdings, so wurde versucht zu zeigen, müßte dies konsequenterweise auch für den Wind, den Strom, die Akkuladung usw. gelten. Wer aber möchte fortwährend in Anführungszeichen denken und sprechen?

Das Problem, so wurde vielleicht deutlich, liegt womöglich weniger im Wort "krank" als in der Endsilbe "-heit". Die "-heit" substantiviert. Jedoch: wir haben, vielleicht sogar besonders in der deutschen Sprache mit ihrer Vorliebe für Substantive (andere Sprachen, etwa das Englische, weisen anteilmäßig mehr Bezeichnungen in der Verlaufsform auf), keine andere Möglichkeit als einen verdinglichenden Gebrauch von Sprache.

Zudem: Psychotherapie hat sich in ihrer Entwicklung an der Medizin orientiert, um die Anerkennung der Gesellschaft und der Krankenkassen zu bekommen. Dies bedeutet auch, den Krankheitsbegriff und die entsprechenden "Sprachspiele" der Medizin und der Kassen zu übernehmen (oder zu "spielen"). Die moderne Medizin behandelt Krankheiten. Damit steht sie in gewisser Weise in Widerspruch zu einem Grundsatz der antiken Heilkunde, daß nämlich Menschen und nicht Krankheiten behandelt werden. Systemische Therapie, so eine mögliche Betrachtungsweise, greift diesen Grundsatz auf und präsentiert ihn in einem neuen philosophischen und sprachlichen Gewand; damit betont sie (wie die antike Heilkunde) die Individualität und Einzigartigkeit des Patienten und seiner Problematik. Es ergeben sich hier Parallelen etwa auch zur Homöopathie, die nicht jeden Schnupfen in der selben Weise behandelt, sondern die Behandlung auf den jeweiligen Patienten in seiner Eigenheit abstimmt, und zudem, wie die ST, einem Konzept der "Verstörung" folgt. Krankheiten werden nicht "weg" gemacht, vielmehr werden die Selbstregulationskompetenzen (Selbsteilungskräfte) des Patienten durch entsprechende Medikamente angeregt. Hier, in der Homöopathie, liegt möglicherweise ein bereits gelungenes Modell vor, wie man von Krankheiten sprechen und dennoch die Individualität des Menschen und seines Problems berücksichtigen kann.

Ein weiterer Aspekt kommt hinzu. *Krank* scheint eine sehr erfahrungsbezogene und erfahrungsnahe Kategorie zu sein. Sie kommt dem Sprecher, der von seinen Beschwerden, Bedrückungen usf. spricht, unüberlegt über die Lippen, dies zeigen, so meine ich, Spontanäußerungen von Menschen und im besonderen auch Patienten.

Krank zu sein, sich krank zu fühlen, ist in unserer Sprachkultur eine gängige Form des Sprechens auch im Bereich des Psychischen, wenn man Zustände, die vom Sich-gesund-fühlen abweichen, bezeichnen will. Allein der Umstand, daß sich schwerlich ein Synonym, das den Großteil der Bedeutungsgehalts von "krank" abbildet, findet, mag für die Verwurzelung dieses Wortes in unserer Bedeutungstradition sprechen.

Das mittelhochdeutsche Wort *kranc* bedeutete soviel wie "schwach, schmal, schlank, schlecht, gering, nichtig, leidend, nicht gesund"; es geht auf die Wortgruppe *Kringel* zurück, deren indogermanische Wurzel "drehen, biegen, krümmen, winden, flechten" meint. *Krank* meint also in seiner Ursprungsbedeutung so etwas wie "gebeugt, krumm, hinfällig" und löste das vormalig gebräuchliche *siech* ab. Es ist ein Wort, dessen erfahrungsbezogene Referenz vor dem etymologischen Hintergrund offensichtlich wird. Es mag auffallen, daß die

Ursprünge jeweils Adjektive bzw. Verben sind und keine Substantive. *Kranc* ist demnach ein Zustand und vorerst keine "-heit".

In diesem Sinne kann man "krank" und "Krankheit" als viable Kategorien der Beschreibung von Wirklichkeit ansehen, wenn man Zustände beschreiben will, die vom Gesund-sein abweichen. Es macht Sinn, sie zu gebrauchen, weil sie spontan eine Verständigungsmöglichkeit zwischen Kommunikanten herstellen, welche auf einen allgemein gebräuchlichen und tief wurzelnden Bedeutungsgehalt zugreift.

Das Argument, das damit die Gefahr einer Verdinglichung einherginge, sticht nur bedingt. Denn, wie gezeigt wurde, der Verdinglichung, zumindest der Form nach, entkommt man ohnehin nicht.

Aus der Krank-heit wieder ein Sich-krank-fühlen, Immer-so-bedrückt-sein, Immer-so-unruhig-sein usf. zu machen, also eine Art Ding, das man besitzt (eine Angst, Depression usf.) wieder zu einem zeitlich begrenzten Zustand, einem Als-ob, einem metaphorischen Gegenüber, eine Externalisierung (wie Retzer es herausgearbeitet hat) zu machen, es zu verflüssigen, und dann, über die Formulierung von Zielen und Visualisierungen, über das Sprechen über Ausnahmen, den Möglichkeitsraum zu erweitern, ist der zweite (dritte...) Schritt, nämlich jener der (systemisch) therapeutischen Vorgehensweise und Intervention. Beides, der Begriff von Krankheit und eine entdinglichende (verflüssigende) Auffassung, so sei behauptet, könn(t)en nebeneinander bestehen.

Aber gibt es außer dem Umstand, daß "Krankheit" und ihre Paraphrasierungen eine gewachsene, spontan sich formulierende, sehr nah am Erleben von Menschen sich orientierenden Kategorie ist, noch weitere Gründe für das Beibehalten der Kategorie "krank"? Dieser Frage soll im folgenden und letzten Abschnitt nachgegangen werden.

4. Von der Nützlichkeit der Kategorien der ICD und der Nützlichkeit der ST für die ICD

Hargens entwirft in seiner Gegenrede (29.1.2008 in systemmagazin.de) einen – unter vielen anderen – interessanten Gedankengang. Er unterscheidet zwischen "Krankheitskonzept als konzeptuelle Abstraktion eines Fachbereiches" einerseits und "Krankheit als subjektiv erlebte Erfahrung" andererseits, und er schreibt weiter: "...ob und inwieweit diese beiden Beschreibungen (Konzeptualisierungen) sich überschneiden, wäre eine weitere Frage" (Hargens 2008, ebda.).

Es sei nun behauptet, und nachfolgend exemplarisch am Beispiel der "sogenannten" "Angststörungen" begründet, daß es starke Überschneidungen, wenn nicht gar Deckungsgleichheit zwischen den beiden genannten Bereichen gibt (zumindest insofern, als die ICD Kategorie etwas zusammenfaßt, was dem Erleben einer großen Zahl von Menschen entspricht).

Es ist bemerkenswert, daß "die" ST, ansonsten sehr geübt in der Nutzung von Ressourcen, die ICD ablehnt, anstatt auf die Aspekte ihrer Nützlichkeit zu schauen. Eine Frage könnte ja auch sein: trifft die ICD Leitunterscheidungen, die für die Einordnung von Beschwerden oder Symptomen und daraus abgeleitete (Be-)Handlungsstrategien Sinn machen?

In seinem Kapitel F40 erwähnt die ICD die sogenannten "Angststörungen" (man beachte: es ist nicht von "Krankheit" sondern von "Störung" die Rede; dies stammt ab vom mittelhochdeutschen *stoeren*, das "verwirren, zerstreuen, vernichten" bedeutet) *Angst* ist wie *Krankheit* eine sehr erlebnisnahe Kategorie, jede(r) hat in irgendeiner Weise Kenntnis und Erfahrung über/mit diesem Phänomen und weiß spontan mit dem Begriff etwas anzufangen bzw. zu assoziieren. *Angst* als Beschreibung eines Erlebens ist eine sprachliche Kategorie, die geradezu idealtypisch dem *Embodiment* (s.o.) entspricht. Sie ist sehr deutlich "Körper in der Sprache" ("body in the mind"), und entspringt unmittelbar der Sinneserfahrung oder Anschauung. "Angst" kommt von "angustiae", was seinerseits "Enge" bedeutet. Genau dies erlebt derjenige, der Angst erlebt: ein Engegefühl im Brustbereich, ein Zusammenschnüren, und eine Verengung der Wahrnehmung und Handlungsmöglichkeiten. Es gibt für "Angst" kein besseres Wort als *Angst*.

Zudem ist Angst, und das was man "Angststörung" nennt, ein von vielen Menschen geteiltes Erleben: Statistiken sprechen davon, daß ca. 15% der Gesamtbevölkerung irgendwann in ihrem Leben über eine Angststörung berichten (Schweitzer und v. Schlippe 2006, S. 89). Hier könnte man einwenden, daß es sich um Beobachterkonstruktionen (v. Ärzten, Therapeuten usf.) handelt, die eben aufgrund der vorliegenden Kategorisierungen scheinbar konsistente Beschreibungen (er)finden.

Jedoch: auch die spontanen Klientenerzählungen weisen eine hohe Konsistenz auf. Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung berichten, teilweise wörtlich, über sehr ähnliche Phänomene, die sie erleben und unter denen sie leiden. Zumindest schließe ich das aus den Berichten und Schriften von Kolleginnen und Kollegen, aus dem Studium detaillierter

Therapietranskripte von Kollegen auch aus anderen Therapierichtungen und nicht zuletzt aus der eigenen langjährigen Erfahrung in der Kassenpsychotherapie.

Und mehr noch: die Unterscheidungen, welche der ICD in Bezug auf unterschiedliche "Angstsorten" trifft, lassen sich tatsächlich bei Patienten wiederfinden. Der Bericht eines Patienten mit einer "sogenannten" "Panikstörung" unterscheidet sich tatsächlich systematisch vom dem eines Patienten mit einer "generalisierten Angststörung", von einer "Soziophobie" oder einer "Agoraphobie". Um es zumindest annähernd zu exemplifizieren: das zentrale Erlebensmuster bei der "Panikstörung" ist – (zunächst) mehr oder weniger kontextunabhängig – Herzrasen, Atemnot, Angst vor Erstickten oder zu sterben, all dies für den Patienten ohne erkennbaren Anlaß. Bei der "Soziophobie" hingegen steht die Befürchtung, vor anderen nicht bestehen zu können, im Vordergrund; man befürchtet, sich in sozialen Zusammenhängen zu blamieren, zu erröten, zu zittern etc.

Aber wozu sind diese Unterscheidungen gut? Erzeugen sie Unterschiede, welche (systemisch) nützliche Unterschiede für die Vorgehensweise darstellen? Es sei behauptet: ja. Eine isolierte Tierphobie, es wurde bereits eingangs erwähnt, braucht in meiner Beobachtung wenig systemische oder familienbezogene Einbettung (die Haltung der Großmutter zur Spinnenphobie des Enkels ist meist von geringer Bedeutung); meist ist sie auch nicht ambivalent organisiert, sie hat in der Regel keine "Vorteile", sondern ist sehr eindeutig lästig, man will sie "weg haben". Soziophobien" haben, um ein weiteres Beispiel zu nehmen, nach meiner Beobachtung einen sehr starken inner-systemischen Bezug. Im Interview mit "Soziophobikern" zeigt sich oft, daß die kritisch beobachtenden Instanzen nicht außen, sondern innen sitzen. Es sind im Kern meist die eigenen Maßstäbe, die "den" "Soziophobiker" unter Druck setzen, nicht die antizipierten, angenommenen Urteile der anderen – nicht die anderen haben etwas dagegen, daß er im Cafe zittert, er selbst fände dies schlimm und konstruiert seine Wirklichkeit so, daß er die Blicke der anderen auf seinen Händen spürt. Somit wäre in diesem Fall die Arbeit mit dem "inneren Parlament" (als eine mögliche Metapher) eine Option (vgl. hierzu Eder 2003)

Ein letzter Punkt der Argumentation sei angeführt: die ICD, so wurde am Beispiel der "Angst" exemplarisch zu zeigen versucht, weist Kategorien aus, welche sinnvolle Unterschiedsbildungen erlauben. Jedoch: der systemische Beitrag zur ICD ist bislang im Chor der Psychotherapien wenig berücksichtigt. Die ST hat entlang der Kategorien der ICD einiges

an "Wissen" über therapeutisches Handeln zu bieten, so sei hier thesenhaft formuliert. Dies betrifft einerseits das Verständnis von "Störungen"; bei der Angst ist es beispielsweise die Beobachtung, daß die Klientenerzählung fast einheitlich nach dem "Prinzip Zukunft" organisiert ist – "was kommt auf mich zu, was wird Schlimmes geschehen etc."; ein "Unterbrecher" kann demnach sein, mit dem Patienten über Gegenwart oder Vergangenheit zu sprechen (Eder 2003, Fischer 2008, Schumacher 2008). Letzteres wäre die Seite der Intervention, hier kann die ST sicherlich wertvolle Beiträge liefern.

Aber genau diese Überlegungen waren wohl die Initialzündung und der Ausgangspunkt für das "Lehrbuch II" von Jochen Schweitzer und Arist v. Schlippe – das "störungsspezifische Wissen" der ST zu sammeln und zu systematisieren. Dies ist, wie ich einmal mehr finde, ein lohnenswertes, ein notwendiges und ein zukunftsreiches Projekt.

Anm.: Sicherlich ist in meinem Beitrag die eine oder andere philosophische Position enthalten, ohne daß sie angemessen zitiert wäre. Wenn dadurch der Eindruck entstehen sollte, ich würde bereits bekannte Positionen als meine eigenen ausgeben, so ist dies v.a. meinem Status als Nichtphilosoph geschuldet. Dasselbe gilt für die möglicherweise eher laienhaften Darstellungen einiger epistemologischer Positionen.

Literatur

- Buchholz, M.B. (2003). Metaphern der "Kur". Eine qualitative Studie zum psychotherapeutischen Prozeß. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Drosdowski, G. (1989). Duden Etymologie. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Mannheim: Dudenverlag.
- Eder, L. (2003). Der systemische Ansatz in der Therapie sozialer Ängste, in: Psychotherapie im Dialog 4, S. 17–24.
- " - (2007). Psyche, Soma und Familie. Theorie und Praxis einer systemischen Psychosomatik. Stuttgart: Kohlhammer
- Fischer, H.R. (2008). Kreativität: Lohn der Angst? Von der Zauberkraft des Verweilens; in: Familiendynamik 33 (1), S: 34-68)
- Glaserfeld, E.v. (1992). Das Ende einer großen Illusion; in: Fischer, H.R., Retzer, A. & Schweitzer, J. (Hg.), Das Ende der großen Entwürfe. Frankfurt: Suhrkamp, S. 85–98.
- Hargens, J. (2008). Im Gespräch bleiben oder: Entscheidungen/Konstruktionen können auch unbeabsichtigte Konsequenzen haben. Internetpublikation: www.systemmagazin.de 29.Januar 2008

- Lakoff, G. (1987). *Women, Fire and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schumacher, B. (2008). Systemische Angsttherapie – in einer Sitzung, Teil 1 und 2; in: *Familiendynamik* 33 (1 und 2), S. 16-33 und 177-193)
- Schweitzer, J. und Schlippe, A.v. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Simon, F.B. (1988). Zum Schluß. Einige ungeordnete Gedanken zum Verhältnis von Theorie und Praxis in Therapie; in: Simon, F.B: (Hg.) *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Simon, F.B. (1991). *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag