

Hans Lieb

**Störungsspezifische
Systemtherapie**
Konzepte und Behandlung

Störungen

systemisch

behandeln

ZUSATZMATERIAL

CARL-AUER



Störungen systemisch behandeln

Im Frühjahr 2014 startete im Carl-Auer Verlag die Reihe »Störungen systemisch behandeln«. Herausgeber sind Hans Lieb (für den Bereich Therapie mit Erwachsenen) und Wilhelm Rotthaus (für den Bereich Therapie mit Kindern/Jugendlichen). Die Reihe soll systemischen wie nichtsystemischen Lesern praxisnah zeigen, wie eine Störung systemtheoretisch erklärt, systemtherapeutisch behandelt und Verfahren aus anderen Therapieschulen integriert werden können

Von der ersten Lese zur Auslese

Bei der Vorbereitung der Reihe »Störungen systemisch behandeln« wurde vom Herausgeber Hans Lieb gesichtet und zusammengetragen, was es *innerhalb* der Systemtherapie schon an störungsspezifischen Materialien gibt. Das ergab bereits ein breites Spektrum an Konzepten und Methoden zur Behandlung einzelner Störungsbilder. Diese im Metabuch *Störungsspezifische Systemtherapie* aufzunehmen, hätte jedoch dessen Rahmen gesprengt.

Damit sie nicht verlorengehen, haben Verlag und Herausgeber entschieden, diese »erste Lese« zur störungsspezifischen systemischen Perspektive als Download zur Verfügung zu stellen. Sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit und beruht auf subjektiven Auswahlkriterien des Herausgebers Hans Lieb. Gleichzeitig bietet sie einen Vorgeschmack auf die spätere »Auslese«: die jeweiligen Bände, die konzeptuell strukturiert, präzise und praxisnah die systemische Therapie einzelner 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.

Psychosomatik

Hans Lieb

Inhalt

Ausgangspunkt der Diagnose Psychosomatik: »Fehlende Erklärung«	3
Systemtheorie: Die Psyche als Beobachter des Körpers.....	4
Psychosomatische Systemtherapie I: Psyche und Körper.....	5
Von der Psychosomatik zur Sozio-Psycho-Somatik	8
Traditionelle systemische Hypothesen zu Genese und Veränderung psychosomatischer Störungen	9
Psychosomatische Systemtheorie II: Koppelung von Körper, Psyche und Kommunikation	11
»Psychosomatische Familienmuster«: Produkt therapeutischer Beobachtungen	12
Sprechende Körper und dolmetschende Therapeuten.....	12
Systemische Leitlinien für die therapeutische Praxis mit psychosomatischer Klientel.....	13
Literaturverzeichnis.....	15

Der traditionsreiche Begriff »Psychosomatik« verweist auf das Zusammenspiel von Psyche und Soma. Einem traditionellen und heute eigentlich veralteten Verständnis zufolge wird dieser Begriff auch verwendet, um auf eine »psychische Verursachung« körperlicher Symptomatiken hinzuweisen. Dieses Konzept wird in etlichen Therapieschulen, vor allem in der Verhaltenstherapie und in der Systemtherapie, nicht mehr verwendet. Heute wird diagnostisch eher von somatoformen Störungen gesprochen. Bezeichnet werden damit körperliche Symptomatiken, für die es keine hinreichende medizinisch-somatische Erklärung gibt. Damit tut sich für die Systemtheorie ein hoch interessantes Feld auf, geht es doch um die Koppelung von Psyche und Soma, um die Rolle von (hier: nicht gefundenen) Erklärungen und um die Frage, wie oder in welches System ein Therapeut hier sinnvoll intervenieren kann.

Aus dem Konzept der operationalen Geschlossenheit und der Autopoiese von Psyche, Körper und Kommunikation ergeben sich für die Systemtherapie der psychosomatischen oder somatoformen Störungen spezifische Möglichkeiten an Beschreibungen und Interventionen. Das systemische Verständnis dieser Störungen weicht an wichtigen Stellen von anderen Konzepten ab – mit deutlichen therapeutischen Konsequenzen.

Ausgangspunkt der Diagnose Psychosomatik: »Fehlende Erklärung«

Wie bei keinem anderen Krankheitsbild ist der Ausgangspunkt für die Vergabe der Diagnose einer psychosomatischen oder somatoformen Störung, dass man für ein körperliches Phänomen (Symptom) auf somatischer Ebene durch die traditionelle somatische Medizin keine Erklärung hat. Man sucht sie also in einem anderen System, traditionell in der Psyche. Das wird sogar Definitionsmerkmal nach ICD und DSM (F 45-Bereich): Man muss eine bestimmte Zeit lang »unterschiedliche körperliche Symptome« haben, für die keine oder keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde (Definition somatoforme Störung nach ICD im Bereich F 45). Das Fehlen einer bestimmten Art von Erklärung wird hier also zum Bestandteil der Diagnose. Die beliebteste Erklärungsfigur, die eine organische Erklärung ersetzt, ist die: Psychische Konflikte oder Probleme verursachen körperliche Symptome. Je nach Therapieschule kann das dann theoretisch verschieden konzipiert werden. Im Modell der Psychoanalyse führen unbewusste Konflikte zu somatischen Phänomenen, die als Zeichen oder Symbole für diese Konflikte verstanden werden (Vgl. eingehender Lieb 2014, Kapitel 7.3). Dafür bedarf es bestimmter Merkmale der Psyche, die die Konflikte ja sonst klarer ohne Verschlüsselung im Körper zum Ausdruck bringen könnte. Z. B. bedarf es der Unbewusstheit des Konfliktes, einer fehlenden Verbalisierungs- oder anderer Symbolisierungsmöglichkeiten, einer fehlenden Affektdifferenzierung und einer Affektabwehr hinsichtlich emotionaler Zustände. Die Verhaltenstherapie hat sich von diesem klassischen Konversionsmodell (lateinisch: *Conversio* – Umwendung, Umkehr; hier im Sinne einer Umwendung von Affekten auf Organe) verabschiedet und verzichtet auf ursächliche

Instanzen in der Psyche. An deren Stelle tritt – mit dem systemtheoretischen Konzept der operationalen Geschlossenheit von Psyche und Soma kompatibel – ein »somatosensorischer Verstärkungsprozess« zwischen Psyche und Körper: In der Koppelung beider Systeme führen Aktivitäten der einen Seite zu verstärkter Aktivität auf der anderen Seite im Sinne einer Eskalation (im Körper das Körpersymptom, in der Psyche diesbezügliche ängstliche, ärgerliche oder ansonsten aversiv getönte Emotionen und Aufmerksamkeiten (vgl. Rief u. Hiller 2012)). Diese VT-Perspektive entkommt den zahlreichen Paradoxien, Aporien und Probleme, die mit dem psychoanalytischen Konzept (Psyche verursacht Körpersymptome) notgedrungen einhergehen: Da der Patient die Sprache seines eigenen Körpers ja nicht versteht, bedarf er eines (therapeutischen) Dolmetschers, der diese Sprache des Körpers dechiffriert. Das impliziert ein Gefälle zwischen Therapeut und Patient, weil ersterer in letzterem etwas sieht, was dieser selbst dort nicht sieht. Ein damit korrelierender Effekt, der sogar als Kriterium für somatoforme Störungen im ICD niedergeschrieben ist, ist folgender: Wenn ein Patient der Erklärung »psychisch verursacht« vehement widerspricht und auf einer somatischen Ab- und Erklärung besteht, wird genau das zu einem offiziellen Diagnosekriterium: Nach ICD, F 45, ist eines der Kriterien für die Diagnose, dass »keine oder nur eine unzureichende Akzeptanz der ärztlichen Feststellung vorliegt, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome besteht«. Es gibt wohl sonst keine Diagnose, bei der die Ablehnung einer bestimmten Erklärung durch einen Experten zum Teil der Diagnose selbst wird. Ein paradoxer Effekt dieser Diagnose ist, dass immer dann, wenn durch neue Erkenntnisse der somatischen Medizin bisher somatisch Unerklärtes somatisch erklärbar wird, Symptome dieses Bereiches dann nicht mehr dem Bereich der Psychosomatik zugeordnet werden können.

Systemtheorie: Die Psyche als Beobachter des Körpers

Im systemtheoretischen Ansatz ist die Psyche Beobachterin des Körpers. Das hat die für das Alltagsverständnis kontraintuitive Konsequenz, dass der Körper für die Psyche ein Produkt ihrer eigenen beobachtenden und konstruierenden Operationen ist (Fuchs 2005; 2010). Alles, was sie im und am Körper wahrnimmt, muss sie in Operation ihres eigenen Systems verwandeln. Erst dann »hat« sie einen Körper. Jede sensomotorische Empfindung wird durch eine Beobachtungsoperation der Psyche generiert und in deren Konzept von »mein Körper« transformiert. Insofern wohnt nach diesem Ansatz der Körper in der Psyche und nicht wie traditionellen Vorstellungen entsprechend die Psyche im Körper. Teile des Körpers sind der Psyche durch Wahrnehmung zugänglich, von anderen weiß sie nur aus Erzählungen, dass es sie gibt. Nach Fuchs (2010) formuliert Valery das so: »Ich habe Zugang zu meinem Gehirn nur über das Hörensagen«. Man kann sich kaum eine schönere Formulierung vorstellen, die zeigt, wie soziales System (Hörensagen), Körper (Gehirn) und Psyche (Ich) in einem Satz gekoppelt sind bei strikter Beachtung der operationalen

Geschlossenheit der drei Systeme. Der Körper könnte permanent bewusst beobachtet werden, darf das aber nicht, weil sonst andere Operationen der Psyche blockiert wären. Die Psyche beobachtet den Körper vor allem dann, wenn sich dort für die Psyche ungewohntes oder schmerzhaftes ereignet im Sinne einer «Störung» (Zur systemischen Verwendung dieses Begriffes s. Lieb 2014, Kapitel 7). Wenn ungewohnte Körperphänomene nicht kurzfristige Ereignisse sind, die von selbst wieder verschwinden, bedarf die Psyche einer Erklärung, wie alle mit Sinn operierenden Systeme Erklärungen brauchen, wenn sich wiederholt Ungewöhnliches oder Bedrohliches in ihrer Umwelt abspielt.

Körperwahrnehmung

Wir nehmen nicht »etwas« wahr, sondern etwas als »dies« oder »das«. Auch Körperwahrnehmungen werden Wahrnehmungen von »diesem« oder »jenem« und als solche dann bezeichnet und bewertet – z. B. »störend« oder »beunruhigend«. Wahrnehmungen werden markiert und von anderem unterschieden. Der Körper kann die Psyche nur als von der Psyche Beobachteter und Bezeichneter stören oder irritieren, also nur in der nicht-körperlichen Operativität des Bewusstseins/der Psyche. Also bestimmen die Operationen der Psyche, ob und wann der Körper sie stört. Und es ist nur die Psyche, die den Körper »sprechen lässt« – v. a. wenn sie bei entsprechend deutenden Experten war. Für die Psyche ist der Körper nicht negationsfähig und insofern ständig präsent, raumbezogen immer nur an einer Stelle (mein Körper kann nicht gleichzeitig hier und dort sein) und hinsichtlich wahrnehmbarer Phänomene »permanent rauschend«. Wenn Patienten den psychosomatischen Deutungen ihrer Ärzte nicht zustimmen, ist das aus systemtheoretischer Sicht ein Hinweis auf die »Polyvalenz« des Körpers (Fuchs 2005): Man kann ihn immer verschieden auslegen.

Psychosomatische Systemtherapie I: Psyche und Körper

Die zunächst vorrangig beobachtete Einheit auf dem Gebiet psychosomatischer Störungen ist die Koppelung von Psyche und Körper. Generieren Therapiekonzepte, die somatische Phänomene (Symptome) auf Prozesse in der Psyche zurückführen, die der jeweiligen Person nicht bekannt oder bewusst ist, per Definitionen Machtpositionen der Deutung, der Interpretation, des Dolmetschertums zwischen Psyche und Körper, gibt es aus systemtheoretischer Sicht keine solche externe wissende Instanz. Es gibt nicht »richtige« Deutungen oder »psychogene« Erklärungen somatischer Phänomene. Es gibt aus systemtheoretischer Sicht nicht einmal die Möglichkeit, über Kausalitätsrichtungen zu entscheiden: Ob ein Phänomen somatisch oder psychisch »verursacht« ist, ist aus systemtheoretischer Sicht unentscheidbar. Körpersymptome als symbolischen Ausdruck von irgendetwas in der Psyche zu deuten, ist weder wahr noch falsch – es ist einfach eine theoriegebundene Beschreibungsmöglichkeit. Eine systemtherapeutische psychosomatische Theorie muss sich demnach zu allererst damit beschäftigen, wie die Psyche sich (!) ihren Körper konstruiert, bewertet und hinsichtlich überraschender oder schmerzhafter

Ereignisse erklärt. Sie muss beleuchten, wie sich diese Erklärungsmuster durch Koppelung an Kommunikation mit anderen – z. B. Familienmitgliedern und später dann Ärzten und Psychotherapeuten – entwickeln, modifizieren und stabilisieren. Und sie muss beobachten, welche Auswirkungen die Art und Weise, wie der Körper hier beschrieben, bewertet und erklärt wird, wiederum auf die Psyche und auf den Körper haben. »Psychosomatische Krankheiten« sind in diesem Modell dann spezifische Beziehungsformen zwischen Psyche und Soma mit für eine oder beide Seiten dauerhaft unangenehmen Folgen – im Grunde also »Beziehungsstörungen«. Man kann dabei den »Tanz der Psyche mit ihrem Körper« ebenso analysieren wie den »Tanz der Psyche mit anderen in Bezug auf ihren Körper« oder den Tanz anderer mit der Psyche, die Probleme mit ihrem Körper hat. Was die Beziehung zwischen Psyche und Körper betrifft, nimmt diese bei Patienten mit so genannten somatoformen Störungen in der Regel eine feindliche oder eine ängstlich-besorgte Struktur an. Behandler (Ärzte, Psychotherapeuten) werden dann vom Klienten oder seinen Angehörige damit beauftragt, entweder direkt den Körper zu ändern oder die Psyche so zu »therapieren«, dass die dortige Ursache für körperliche Symptome behoben wird. Die Abbildungen 1 bis 4 zeigen, welche Perspektiven Therapeuten bei psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen einnehmen können.

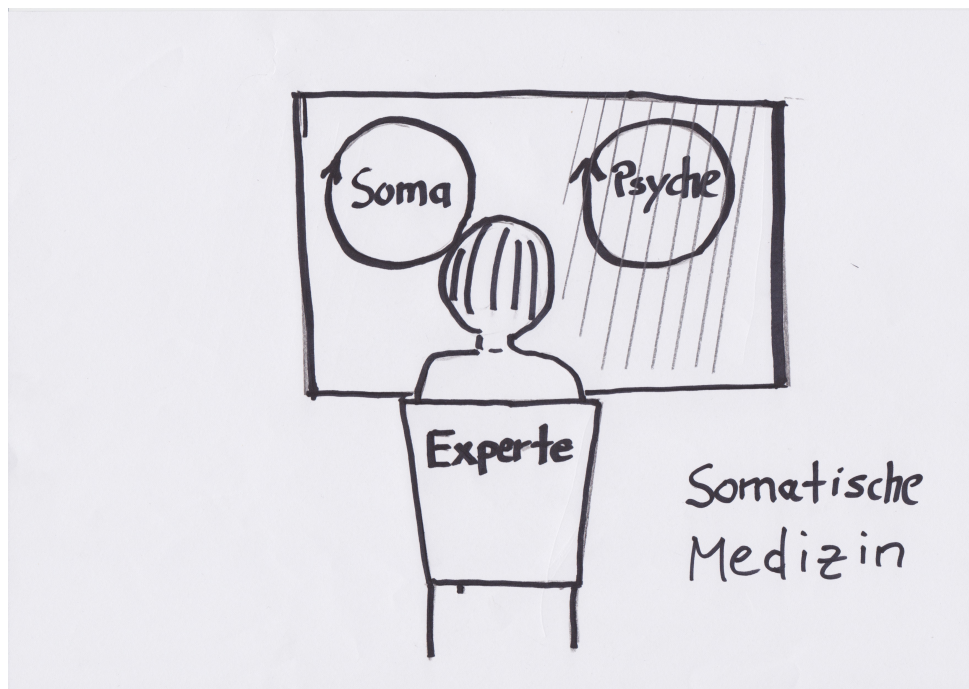


Abb. 1: Die somatische Perspektive: Der Arzt beobachtet den Körper.

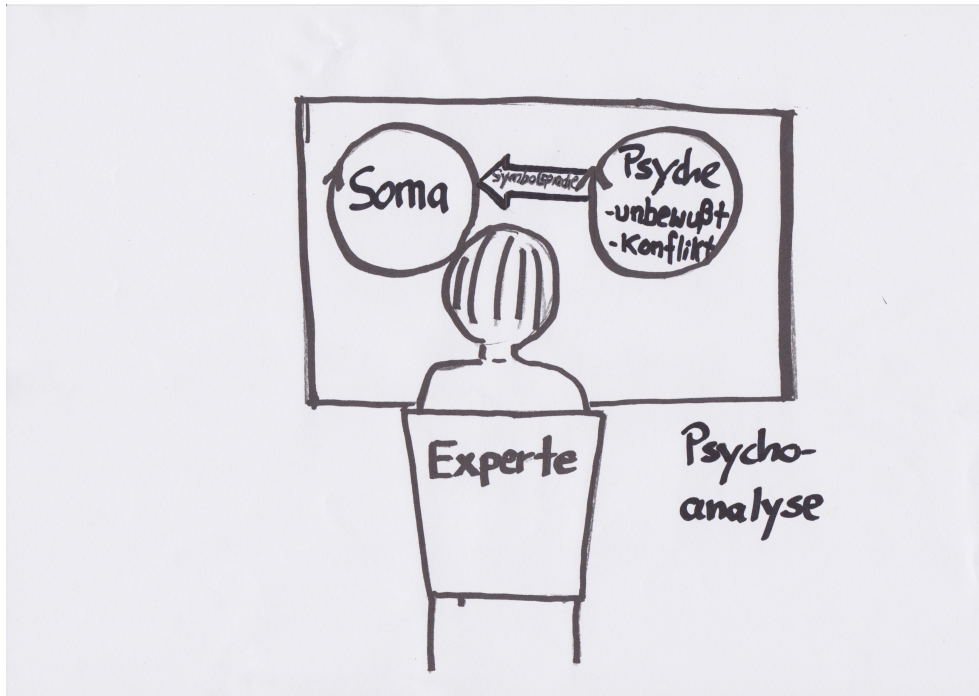


Abb. 2: Die psychoanalytische Perspektive: Der Psychotherapeut beobachtet die Psyche und deren Abteilung »Unbewusstes«.

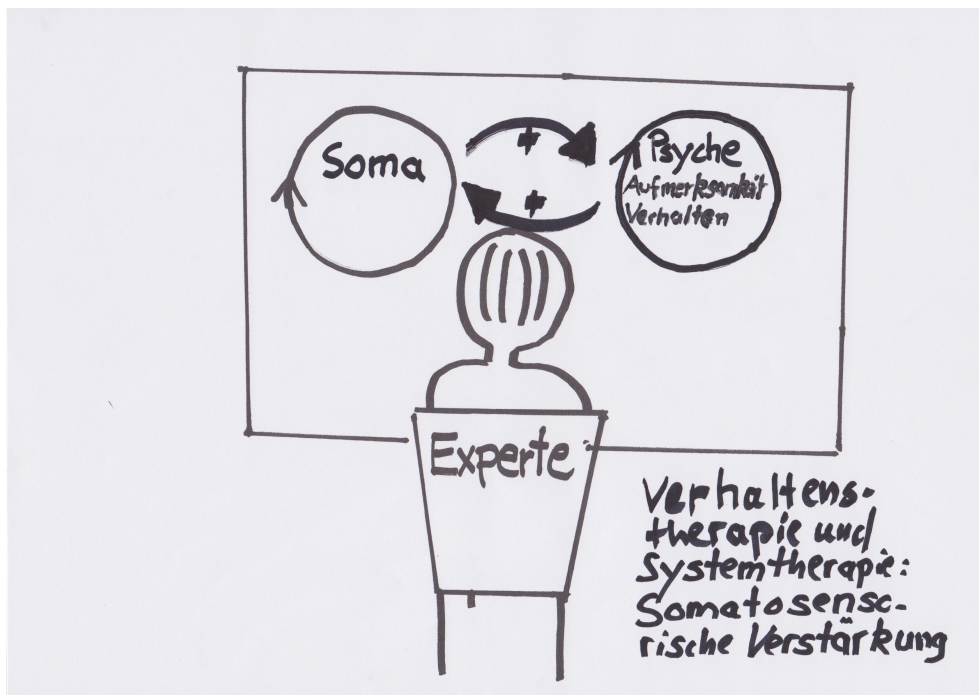


Abb. 3: Verhaltenstherapeuten und Systemtherapeuten beobachten die Interaktion zwischen Soma und Psyche – z. B. gegenseitige eskalierende Verstärkungsprozesse (in Anlehnung an Rief und Hiller 2012).

Der konstruktivistisch-systemische Therapeut ist sich bewusst, dass er, wenn er nicht wie der somatische Arzt direkt vom Körper Blutwerte, Röntgenbilder etc. erhebt, nur im System Kommunikation mit dem Patienten in Kontakt ist und nur auf dieser Ebene an die Autopoiese der Psyche des Patienten als Beobachterin des Körpers ankoppelt. Der Körper des Patienten ist hier nicht mehr und nicht

weniger als das, worüber die Psyche des Patienten berichtet. Wenn in der unten dargestellten »Systemtherapie der Psychosomatik II« nicht mehr nur die Dyade Psyche – Körper, sondern deren Interaktionen mit sozialen Systemen beobachtet werden, ergibt sich eine noch komplexere Beobachterposition:

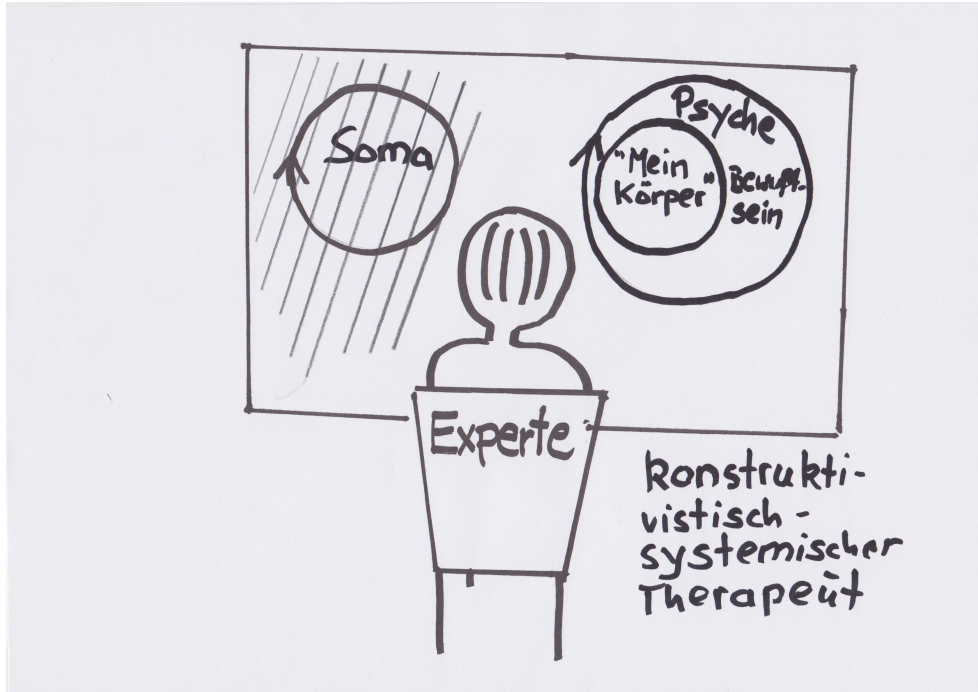


Abb. 4: Der konstruktivistisch-systemische Therapeut beobachtet die Konstruktionen der Psyche von »ihrem« Körper.

Aus dieser Rekonstruktion psychosomatischer bzw. somatoformer Störungen als Probleme in der Koppelung von Psyche, Körper und sozialer Welt lässt sich nicht ableiten, in welches System primär zu intervenieren sei. Man kann prinzipiell in jedes System intervenieren: Wie konstruiert sich die Psyche ihren Körper? Wie reagiert sie auf Körpervorgänge? Welche Rolle spielt dabei die Art und Weise, wie die Psyche sich an Sozialsysteme und dort vor allem an symptombezogene Kommunikationen ankoppelt (z. B. an dort gültige Gebote und Verbote) mit jeweiligen Konsequenzen für ihre Koppelung an ihren Körper. Semantisch wird in der systemischen Welt gelegentlich statt von Psychosomatik von einer »Familien-Somatik« oder von einer »Sozio-Somatik« (Stierlin 2000) gesprochen. Zur primären Tradition systemischer Ansätze bei diesen Störungen gehören erwartungsgemäß Interventionen im System Kommunikation (z. B. Familien). Man kann auch direkt in den Körper intervenieren – z. B. durch Medikamente oder Körperübungen.

Von der Psychosomatik zur Sozio-Psycho-Somatik

Bei psychosomatischen Störungen in das System der Psyche zu intervenieren ist auf diesem Gebiet Standard der meisten Therapieschulen. In soziale Systeme zu intervenieren, ist seltener; das theoretisch zu begründen schwieriger. Der undifferenzierte Verweis auf ein »bio-sozio-psychosomatisches« Modell in der

Annahme, diese Bereiche stünden in einer geschlossenen Welt in einem Verhältnis von »Teile zum Ganzen«, ist üblich, lässt sich aber im systemtheoretischen Konzept der operationalen Schließung dieser Systeme nicht mehr aufrechterhalten. An dessen Stelle tritt die Frage, welches dieser Systeme in ihren Interaktionen miteinander jeweils Medium und welche Form ist. Form ist jenes System, dessen Elemente fester gekoppelt sind als das andere – es ist das »härtere« System. Das ist die Stelle, bei der Hypothesen über das soziale Gefüge z. B. einer Familie hoch relevant werden für Genese und Veränderung von psycho-somatischen Symptomen. Das härtere System engt jeweils den Möglichkeitsraum der Operationen des anderen Systems ein. Der Körper ist eng an die Psyche gekoppelt. In bestimmten Situationen ist der Körper das Medium und die Psyche die Form: Bei psychischem Stress passt sich die Herzrate dem psychischen Stresslevel an, nicht der Stresslevel der Psyche einer niedrigen Herzrate. Wenn soziale Regeln, Tabus, Ge- und Verbote »hart« sind (Form), passt sich die Psyche dem an (Medium). Bei Konflikten (»das psychische Bedürfnis will das eine – die sozialen Regeln verbieten dies und wollen das andere«) kann die Psyche auf zweierlei Weisen ankoppeln: Entweder es zeigt nur solche Operationen, die dem folgen, was das soziale System vorgibt, oder es nimmt eine indifferente »Weder – Noch-Position« ein und findet Wege, sich einer konflikträchtigen Positionierung im sozialen System zu entziehen. Das ist das Feld, auf dem Systemtherapeuten Hypothesen über die Koppelung Psyche – Familie (oder ggf. auch andere Systeme) bilden und Symptomen dafür eine Funktion zuschreiben.

Traditionelle systemische Hypothesen zu Genese und Veränderung psychosomatischer Störungen

In der »Kybernetik I. Ordnung« genannten früheren Phase der Systemtherapie wurden Modelle der so genannten »psychosomatischen Familie« erstellt. Von der Heidelberger systemischen Schule wird hierfür das Tetralemma-Konfliktmodell benutzt (zusammenfassend bei Simon 2012a, 171 f). Angenommen wird darin, dass Familien, die Konflikte primär mit einer zweiwertigen Logik zu lösen versuchen (Es gibt nur »Wahr oder Falsch« – »Alles oder Nichts« – »Entweder – Oder«), Probleme mit der Aufrechterhaltung ihrer Identität oder mit einzelnen Mitgliedern haben, wenn in bestimmten Phasen der Systementwicklung ein Mitglied auf eine Seite dieser Zweiwertigkeit geht oder zu gehen droht, die von der Familie abgelehnt wird. In dieser Phase können somatoforme Symptome auftreten, denen mit diesem Konzept dann eine hypothetische Funktion bei der Bewältigung des Konfliktes zugesprochen wird. Systemtheoretisch ist es allerdings nicht möglich, solche familiäre Logiken oder Konstellationen monokausal für die Ursache von somatischen Symptomen zu halten. Noch weniger lässt sich behaupten, solche Muster seien typisch für Familien, in denen ein Mitglied somatische Symptome entwickelt. Angenommen wird allerdings, dass bestimmte Kommunikations- und Konfliktbewältigungsmuster mit korrekter anzunehmen, dass im Sinne der Koevolution das familiäre System und das somatische

Symptom zueinander *passen*. Es empfiehlt sich also, auf jegliche Kausalitätsannahmen zu verzichten. Das wäre für die Therapie auch mehr schädlich als nützlich. Nützlich kann es aber sein, die Symptombildung und die Art der Konfliktlösung in einen *hypothetischen Zusammenhang* zu bringen. Von der Heidelberger Schule wird als zentraler Konflikt hier der zwischen Autonomie und Abhängigkeit, Abgrenzung und Bindung, Individuation und Bezogenheit angenommen. Das ist eine Dimension, die sowohl das Sozialsystem betrifft wie intrapsychisch das einzelne Individuum. Nach (2012a, S. 172) stellt sich dann die Frage, was hier aus therapeutischer Perspektive als primäre Überlebenseinheit definiert werden soll: Individuum (zusammengesetzt aus Psyche und Körper) oder das soziale System mit Kommunikation und Interaktion. Kulturen, die der Familienidentität Vorrang vor dem Individuum geben, geben hier ebenso Entscheidungsprämissen vor wie solche, die der individuellen Autonomie Vorrang geben. Für alle Kulturen dürfte gelten, dass es keinen Konflikt zwischen Autonomie und Bindung gibt und dass hier kulturelle Deutungs- und Lösungsprämissen vorgegeben werden.

Die so genannten *psychosomatischen Muster der Konfliktlösung* zeichnen sich nach den Thesen der Heidelberger Schule »dadurch aus, dass im Zweifel *alle* Konflikte vermieden werden. Handlungen und Kommunikationen, die den Zusammenhang des sozialen Systems gefährden oder so gesehen werden, als könnten sie ihn gefährden, sind offiziell oder inoffiziell verboten bzw. verleugnet.« (Simon 2012a, S. 172). Als Folge darf im Konflikt nur die Seite offen vertreten werden, die vom System positiv bewertet wird. Das bedeutet für das Individuum: »Entweder es bezieht parteilich Stellung für die Seite der Unterscheidung, die kommunikativ als ›richtig‹ validiert ist oder aber es negiert sie lediglich passiv, d. h. es macht aus seinem Herzen eine Mördergrube und meidet jede Stellungnahme für oder gegen ...« (ebd., 173). Das gibt wenig Raum für offen das offene Austragen von Dissens. In diesem Sinne ist das soziale System »härter« oder »rigider«. Das Überleben des familiären Systems wird hier als wichtiger eingeschätzt als die autonomen Interessen der Individuen.

Körperliche Symptombildungen werden dann gemäß hierzu gültigen Regeln des Systems beschrieben und bewertet. Werden sie als Krankheit eingestuft, gelten automatisch alle Regeln für die Kranken und die Gesunden. Eine der zentralen systemischen Hypothesen lautet dann, dass das Symptom hilft, **im** Symptom bzw. **in** der »Krankheit« Positionen zu besetzen, die sonst sozial sanktioniert würden. Wer (psycho-) somatisch krank ist, erhält Fürsorge, darf sich zurückziehen, darf Positionen einnehmen, die im Status der Gesundheit nicht erlaubt sind (ausführlicher bei Simon 1993, S. 375f). Angenommen wird in dieser systemischen Konzeption, dass der Konflikt dann besonders virulent wird, wenn sich die Dimension »Autonomie – Abhängigkeit« zuspitzt zu »Trennen – Zusammenbleiben«. Die Symptombildung kann diesen Konflikt »lösen«. Therapeuten sind dann ggf. verführt, den Konflikt *für* den Patienten oder die Familie zu entscheiden und z. B. die Seite

»Autonomie – Unabhängigkeit« mit allen dazugehörigen psychischen Operationen zu forcieren – oder einem System helfen zu wollen, durch gute Kommunikation doch zusammenbleiben zu können. Empfohlen wird von systemischer Seite hier eher, dass *Therapeuten eine Sowohl als Auch-Position einnehmen*, Vieldeutigkeit fördern und sich zum *Anwalt der Ambivalenz* machen. Nicht nur der Klient, sondern die ganze Familie werden dafür anerkannt, widersprüchliche Gefühle zu haben, sich nicht zu entscheiden, im Symptom die eine Seite zu leben (z. B. Abgrenzung) und in der verbalen Beschreibung die andere (z. B. Wunsch nach Zugehörigkeit). In dieser Weise findet der traditionelle funktionale Ansatz praktische Anwendung: Ein Symptom hat die Funktion, zu einer Variante der Konfliktlösung beizutragen, die weder die Systemidentität und die Zugehörigkeit eines Mitgliedes gefährdet noch die Spielräume der Autonomie zu sehr einengt

Psychosomatische Systemtheorie II: Koppelung von Körper, Psyche und Kommunikation

Insofern es bei psychosomatischen Störungen um körperliche und psychische und soziale Komponenten geht, müssen die spezifischen Koppelungen dieser drei Systeme beleuchtet werden – Körper mit Psyche, Körper mit Kommunikation sowie der Einzelpatient (zusammengesetzt aus Psyche und Körper) mit Kommunikation. Unter Zuhilfenahme von Stresstheorien lassen sich hierzu systemtheoretische Hypothesen aufstellen. Auf psychischen oder sozialen Stress reagiert der Körper mit spezifischen biologischen Reaktionstypen: Mit der so genannten Cannon-Reaktionen in Form einer Kampf- und Fluchtbereitschaft oder mit der so genannten Selye-Reaktionen in Form von Hemmung und Energiereduktion. Wenn ein »hartes« Kommunikationssystem den Spielraum der Psyche einengt (und diese deshalb z. B. eigene Wünsche in Richtung Autonomie zurückstellt) und wenn das in der Psyche intern zu stressrelevanten Konflikten führt, koppelt der Körper mit seiner Autopoiese an diesen Stress in der Psyche an (z. B. in Form einer permanent hohen Herzfrequenz oder stressbedingter Veränderungen im Hormonhaushalt). Das kann quantitativ in gesteigerter (Cannon) oder gehemmter (Selye) Weise geschehen. Hier kann das Sozialsystem als Form für das Medium Psyche und die Psyche als Form für das Medium Körper angesehen werden. In diesem Fall wären Interventionen im Bereich des sozialen Systems mit Veränderungen seiner Kommunikation mit seiner Spielregeln (z. B. Interventionen in das System Familie), Interventionen *in die Umwelt der Psyche*. Die Reaktionen der Psyche darauf sind wiederum Veränderungen in der Umwelt des Körpers, worauf dieser ebenfalls aufgrund der Koppelung von Psyche und Soma mit einer Veränderung (z. B. mit einer niedrigeren Pulsfrequenz) reagieren dürfte. Das begründet aus systemtheoretischer Sicht, warum »Familientherapien« Bedeutung für die Veränderung von Körpersymptomen haben kann: Weil sich dadurch relevante Umwelten ändern. So gehen sind das Kontextinterventionen, deren Effekte immer erst abzuwarten sind. Es ist keine Therapie im Sinne der Veränderung monokausal definierter »Ursachen« einer Störung.

Solche »Kausaltherapien« sind aus Sicht der modernen Systemtheorie nicht möglich.

»Psychosomatische Familienmuster«: Produkt therapeutischer Beobachtungen

Auch wenn die Beschreibung familiärer Muster rund um ein körperliches Symptom evident und nützlich erscheint und sich so als geeignet für die Erzeugung intendierter Unterschiede – d. h. von gewollten Veränderungen – erweist: Es sind Beschreibungen von Beobachtern und nicht Merkmale der damit beschriebenen Familien selbst. Das ist zum einen eine theoretische Aussage. Man kann zu dieser Aussage auch auf empirischem Wege gelangen, wenn man zur Kenntnis nimmt, wie divergierend und unterschiedlich Familien sind, denen gemeinsam ist, dass sie ein Mitglied mit einer somatoformen Symptomatik haben. So haben z. B. Scheib und Speck (2002, Band 2) dargestellt, wie verschieden sich so genannte psychosomatische Familien in der empirischen Forschung erweisen. Bei Minuchin et al. (1981) werden sie als übermäßig involviert in gegenseitiger Fürsorge beschrieben. Andere Befunde wiederum schätzen die familiäre Kohäsion bei »psychosomatischen Familien« als niedrig ein bis zur emotionalen Vernachlässigung und fehlender Geborgenheit (vgl. zusammenfassend Schweitzer u. Schlippe 2006, S. 157). Manchmal werden diese Familien als unflexibel gegenüber Veränderungen dargestellt, manchmal als körperlichen Vorgängen besonders Aufmerksamkeit schenkend. Manche Studien finden einen Zusammenhang zwischen Misshandlung und sexuellem Missbrauch in einer Familie und einer späteren somatoformen Schmerzstörung eines Kindes. Auch hier gilt vermutlich, was für alle Schulen gilt: Wer ein bestimmtes Konzept hat, kann sein Klientel so interviewen und beobachten, dass es am Ende dazu passt. Ochs und Schweitzer (2006) identifizieren acht mögliche familiäre Muster, die mit Kopfschmerzen bei Kindern korrelieren.

Sprechende Körper und dolmetschende Therapeuten

Eine beliebte Denkfigur in der psychosomatischen Theoriebildung ist die, dass der Körper vermittels seiner Symptome etwas zum Ausdruck bringe und in diesem Sinne verschlüsselt kommuniziere. Auf welchen konzeptuellen Prämissen das aufbaut und warum das mit der Systemtheorie inkompatibel ist, geht aus der Eigenlogik der Koppelung von Körper und Psyche hervor, die näher in Lieb 2014 dargestellt ist (Kap. 5.2.2). Diese Denkfigur oder diese Narration über Psyche und Soma ist so verbreitet und so dominant, dass sie auch in der systemischen Welt immer wieder Verwendung findet. Z. B. nutzt sie Eder (2004; 2006) in seiner »Systemischen Psychosomatik«, wenn er methodisch kreativ von der Idee ausgeht, Psyche und Soma hätten eine narrative Beziehung zueinander und »erzählen« sich gegenseitig etwas. Man kann das im Duktus eines dolmetschenden Therapeuten aufgreifen (»Ich weiß, was Ihr Körper Ihnen sagen will«) oder im Duktus eines Gesprächsmoderators (»Finden wir heraus, was Ihr Körper Ihnen sagen will«). Der Duktus ändert nichts daran, dass die Idee sprechender Körper eine von

bestimmten Therapieschulen eingeführte dominante Erzählung geworden ist.

Systemische Leitlinien für die therapeutische Praxis mit psychosomatischer Klientel

Man könnte nun folgende Leitlinien einer *Systemischen Psychosomatik* formulieren:

- * Lokalisier das Problem zuerst in dem Bereich, in dem es als vom Patienten beschrieben oder beklagtes Phänomen auftritt und folge hierbei dem, was der Patient berichtet und in welchem System er das Problem lokalisiert. Suche nicht statt dessen nach Problemen in einem anderen System. Wenn der Patient Körperliches berichtet, suche nicht nach Problemen in der Psyche oder in der sozialen Welt, sondern beleuchte, wie der Patient seinen Körper beschreibt, bewertet und sich die Vorgänge darin ggf. erklärt oder nach welcher Art von Erklärung er sucht. Stelle das nicht in Frage.
- * Akzeptiere diese Modelle des Patienten und würdige jede Art seiner Psyche, ihren Körper zu beschreiben, zu bewerten und zu erklären.
- * Frage danach, wie andere für den Patienten wichtige Personen die Symptome des Patienten in seinen Körper benennen, beschreiben, bewerten und erklären. Interessiere Dich vor allem für Unterschiede in solchen im System repräsentierten Erklärungsansätzen.
- * Fördere Neugier: Überlege mit Patienten Möglichkeiten, wie man sein Körpergeschehen anders beschreiben, bewerten und erklären könnte. Nutze hierzu ggf. bekanntes empirisches Wissen über Korrelationen zwischen somatischen und psychischen Vorgängen. Biete Patienten alternative Erklärungen von Körpersymptomen an (z. B. dass Herzrasen bei Angst nicht als Zeichen einer koronaren Herzerkrankung verstanden werden muss, sondern als Energiebereitstellung des Körpers in Stresssituationen).
- * Wenn es passt, kannst Du auch traditionellen Narrationen über »sprechende« Körper verwenden oder die Narration aufgreifen, der Körper »zeige« etwas oder er »drücke etwas aus«, was sich in der Psyche abspiele. Prüfe aber jeweils sorgfältig, wie der Patient an solche Sinnangebote ankoppelt und ob das zur Generierung neuer hilfreicher Optionen führt oder ob das dem Patienten Probleme beschert, die er vorher nicht hatte. Dann hätte er am Ende das Problem der somatoformen Störung immer noch und jetzt obendrein noch ein weiteres.
- * Beleuchte die verschiedenen Beziehungsmuster, die sich rund um die somatoforme Symptomatik entwickelt haben: Das zwischen Psyche und Körper; die Rolle des Kranken und die der Gesunden und deren »Tanz« rund um das Symptom; das Beziehungsmuster zwischen dem Klient und seinen bisherigen Behandlern und last but not least das Beziehungsmuster, das sich jetzt gerade zwischen dem Klienten und dem jetzigen Therapeuten entwickelt, wenn über somatoforme Symptome gesprochen wird.

- * Verzichte auf Missionieren: Bring Patienten keine Modelle bei. Therapien sind keine ideologischen Schulen.
- * Was immer du tust: Prüfe, ob deine Interventionen zu Musterunterbrechungen in Denken oder Handeln des Patienten führt: In der Beziehung der Psyche zu ihrem Körper oder der Person (Körper + Psyche) zu ihrer Umwelt und vice versa.¹

¹ Dieses systemtheoretische und mit verhaltenstherapeutischen Elementen ergänzte Konzept hat der Autor zusammen mit Andreas v. Pein zu einem bibliotherapeutischen Buch für Patienten verarbeitet (Lieb u. von Pein 2009). Ergänzendes Online-Material zum Buch von Hans Lieb: Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Reihe: Störungen systemisch behandeln, Band 1. © 2014 Carl-Auer Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg. ISBN 978-3-8497-0033-1

Literaturverzeichnis

- Eder, L. (2004): Vom Organdialekt zur Symptomerzählung. Systemische Psychosomatik als narrative Disziplin. *System 18* (2): 95–113.
- Eder, L. (2006): *Psyche, Soma und Familie. Theorie und Praxis einer systemischen Psychosomatik*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Fuchs, P. (2005): Die Form des Körpers. In: M. Schroer (Hrsg.) (2005): *Soziologie des Körpers*. Frankfurt a. M. (Manuskript auf www.fen.ch), S. 48–72.
- Fuchs, P. (2010): Das System selbst. Eine Studie zur Frage: Wer liebt wen, wenn jemand sagt: »Ich liebe Dich!«? Weilerswist (Velbrück Wissenschaft).
- Lieb, H., A. von Pein (2009): *Der kranke Gesunde*. Stuttgart (Trias).
- Lieb, H. (2014): *Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung*. Heidelberg (Carl Auer).
- Minuchin, S., L. Rosman, L. Baker (1981): *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart (Clett-Cotta).
- Ochs, M., J. Schweitzer (2006): Kindliche Kopfschmerzen im familiären Kontext. *Familiendynamik 31* (1): 3–25.
- Rief, W., W. Hiller (2012): *Somatisierungsstörung*. Göttingen (Hogrefe).
- Scheib, P., V. Speck (2002): Somatoforme Störungen: Körperbeschwerden ohne hinreichenden Befund. In: M. Wirsching, P. Scheib (Hrsg.) (2002): *Paar- und Familientherapie*. Berlin u. Heidelberg (Springer), S. 353–374.
- Schweitzer, J., A. von Schlippe (2006): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Simon, F. (1993): *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Simon, F. (2012a): *Die andere Seite der »Gesundheit«*. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg (Auer-Verlag).
- Simon, F. (2012b): Krankheit. In: J. V. Wirth, H. Kleve (Hrsg.) (2012): *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*. Heidelberg (Auer-Verlag), S. 231–233.