

Zur professionellen Chronifizierung psychosozialer Probleme

von Klaus Mücke

1. Einführung

In diesem Artikel werde ich mich mit der Frage beschäftigen, welche Sicht- und Verhaltensweisen auf professioneller Seite geeignet sind, um psychosoziale Probleme bzw. psychisches Leiden aufrecht zu erhalten und/oder zu verschlimmern. Dabei werde ich unter systemisch-konstruktivistischen Gesichtspunkten zum einen die Beziehung zwischen Therapeut/inn/en und ihren Klient/inn/en beleuchten und zum anderen einen – wie ich hoffe – ungewohnten Blick auf das psychiatrische Krankheitskonzept der sogenannten endogenen Psychosen werfen.

2. Fragen zur Problemproduktion, -aufrechterhaltung und -verschlimmerung

Systemische Psychotherapeut/inn/en sind bekannt dafür, ungewöhnliche Fragen zu stellen, die zunächst die übliche Erwartung an das therapeutische Geschehen enttäuschen. Es handelt sich dabei um Fragen, die Informationen darüber liefern sollen, was geschehen müsste, um etwas, was man vermeiden möchte, bewusst herbeizuführen bzw. zu verschlimmern. Exemplarisch veranschaulichen folgende Fragen diesen Fragetyp:

- Angenommen, Sie möchten, dass Ihr Mann/Ihre Frau so richtig sauer auf Sie wird, was müssten Sie dafür tun?
- Angenommen, Sie möchten sich das Problem, das Sie zu mir geführt hat, wieder leisten, auf welche Weise müssten Sie sich dann verhalten?
- Wie könnten Sie es schaffen/Wie müssten Sie sich präsentieren, damit Ihr/e Psychiater/in den Eindruck hat, jetzt müsste man Ihre Neuroleptika-Medikation verdoppeln?
- Wie könnten Sie es schaffen, vom psychiatrischen Personal anstatt einer Stunde zwei Stunden fixiert zu werden?
- Was müssten Sie tun, um Ihren Psychiatrieaufenthalt um vier Wochen zu verlängern?
- Wie könnten Sie es schaffen, um wieder zwangseingewiesen zu werden?
- Wie müssten Sie sich verhalten/zeigen, damit die Anderen (Ihr Mann/Ihre Frau/Ihre Eltern/Ihre Kinder/Ihre Freunde/Ihre Chef etc.) denken, jetzt seien Sie wieder depressiv, süchtig, „auf Psychose“ etc.?
- Was wäre hilfreich, damit Sie sich wieder in der von Ihnen beschriebenen Weise verrückt/psychotisch/manisch/depressiv/ängstlich etc. erleben?

Gerade für eine lösungs- und kompetenzorientierte Psychotherapie sind solche Fragen aus folgenden Gründen unverzichtbar:

1. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer bewussten Einflussnahme auf das, was man vermeiden bzw. unterlassen möchte: Was zunächst ein undurchschaubares, unbewusstes Phänomen darstellte, das aus heiterem Himmel über einen hereinfiel, wird nun zu etwas, das der bewussten Kontrolle zugänglich wird.
2. Sie bieten Anregungen darüber, wie man von einem Problemopfer zu einem/einer Problemtäter/in werden kann. Schließlich gilt: Wer sich als Problemtäter/in erlebt, hat den Schlüssel zur Problemlösung in der Hand und wird damit gleichzeitig zum/zur Lösungstäter/in (vgl. RETZER 1997).
3. Sie dienen zur Rückfallprophylaxe: Indem das zu vermeidende Erleben/Verhalten noch einmal durchgesprochen wird, kann es schon im Ansatz erkannt werden und Maßnahmen zur Gegensteuerung können ergriffen werden. Es gilt – natürlich mit Einschränkungen – der Grundsatz: Gefahr erkannt - Gefahr gebannt.
4. Unter der Voraussetzung, dass diese Fragen gut eingeleitet werden, um das Missverständnis zu vermeiden, man wolle unterstellen, dass das unerwünschte Verhalten/Erleben doch absichtlich herbeigeführt wurde, koppeln sie am problemhypnotischen Bewusstseinszustand der Kund/inn/en an, was zu einer optimaleren Kooperationsbeziehung führt als ein rein lösungsfokussierendes Vorgehen.
5. Sie liefern unmittelbar neue Informationen und Sichtweisen über die Problementstehung, -aufrechterhaltung und -verschlimmerung.
6. Sie sorgen für eine „optimale Erwartungsenttäuschung“ (RETZER 1997) hinsichtlich des therapeutischen Geschehens und fördern hierdurch die Aufmerksamkeit der Kund/inn/en und die Bedeutsamkeit der Psychotherapie. Würden *alle* Erwartungen der Kund/inn/en erfüllt, würde die Therapie keinen Unterschied machen und es könnten keine hilfreichen Neuinformationen gewonnen werden.
7. Die Antworten auf solche Fragen sind zudem auf konkrete (Problem-)Erfahrungen der Kund/inn/en bezogen, so dass man sehr detaillierte Informationen erhält.
8. Bezogen auf den/die Berater/in weisen solche Fragen - metakommunikativ gestellt - unmittelbar darauf hin, was im therapeutischen Gespräch besser unterlassen werden sollte. Sie können auch dafür genutzt werden, die Kooperationsbeziehung zwischen Berater/in und Kund/inn/en zu verbessern: Mit ihrer Hilfe können mögliche Missverständnisse in der Kommunikation („Fettnäpfchen“, Umgang mit heiklen Themen etc.) vermieden werden. Zudem wird klar, dass

der/die Therapeut/in sein/ihr eigenes Verhalten reflektiert und in Frage stellt, was zum einen das Vertrauen in seine/ihre Kompetenzen stärkt und er/sie nicht darauf angewiesen ist, eine Aura der Unfehlbarkeit um sich zu verbreiten. Solche Fragen könnten wie folgt formuliert werden:

- Was müsste ich tun bzw. unterlassen, um Sie hier (im psychotherapeutischen Gespräch, der Supervision, der Fortbildung etc.) garantiert zu enttäuschen?
- Angenommen, ich möchte, dass Sie (Ihr Mann bzw. Ihre Frau) auf mich ärgerlich reagieren (reagiert), was müsste ich dann hier sagen, tun oder unterlassen?
- Wie müsste ich mich verhalten, damit Sie sich garantiert nicht von mir verstanden fühlen?
- Was müsste ich tun bzw. unterlassen, damit Sie denken, Sie sollten sofort die Psychotherapie/Supervision/Beratung beenden?
- Was müsste ich tun bzw. unterlassen, damit ich garantiert einen „Flop“ lande bzw. mich ins Fettnäpfchen zu setzen?

3. Für den therapeutischen Prozess selbstreflexive Chronifizierungsfragen

Berater/innen sind gewohnt, sich zu fragen, welches Therapeut/inn/enverhalten, welche therapeutische Interventionen und Methoden hilfreich und sinnvoll sind, um Anregungen für die Lösung von Problemen und Konflikten zu geben, so dass sich die Handlungsalternativen der Kund/inn/en erweitern. Um problematische therapeutische Verhaltensweisen bzw. Bedingungen zu vermeiden, halte ich es für günstig und notwendig, genau umgekehrt vorzugehen und sich folgende Fragen zu stellen:

- **Angenommen, ich wollte als Therapeut, dass sich Probleme meiner Kund/inn/en möglichst lange halten, sich verschlimmern und chronifizieren, welche Anregungen (Interventionen, Methoden, Settingbedingungen, Wirklichkeitskonstruktionen etc.) müsste ich dann anbieten? Oder anders formuliert: Was müsste ein/e Psychotherapeut/in tun, um möglichst lange finanziell von denselben Kund/inn/en zu profitieren?**
- **Welche Einschätzung des Problems/der Kund/inn/en wäre dafür günstig?**
- **Welche Haltung den Kund/inn/en gegenüber würde eher zu einer Schwächung beitragen?**
- **Wie müsste der therapeutische Rahmen gestaltet sein, um Chronifizierungsprozesse zu unterstützen?**

Diese Fragestellungen sind auch deswegen unverzichtbar, weil Psychotherapiekund/inn/en oft sehr schonend mit Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin umgehen; denn wenn das, was der/die Therapeut/in anbietet, einem schadet, will man es zunächst verständlicherweise nicht glauben, sondern hofft, wartet und denkt, dass sich das im Laufe der Psychotherapie wieder geben

wird und quasi als Selbstverständlichkeit zu einem langdauernden Besserungsprozess dazugehört. Eine solche Sichtweise und die damit einhergehende Therapeut/inn/en schonende Haltung wird häufig noch von dem Therapeuten/der Therapeutin unterstützt, indem er/sie – vielleicht aus Selbstschutz – von vornherein darauf hinweist, dass bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten während der Therapie aktualisiert werden und sich zunächst verschlechtern können. In der Systemischen Psychotherapie bewerte ich als Therapeut Verschlechterungen als Informationen darüber, dass im therapeutischen Vorgehen etwas geändert werden sollte, sie also keinesfalls zwingend zum *Therapiegeschäft* dazugehören. Andererseits können natürlich nicht in jedem Falle Verschlechterungen vermieden werden: Neben der Frage, was man anders machen sollte, ist es *dann* legitim mitzuteilen, dass für manche *langfristigen* positiven Veränderungen vorübergehende kurzfristige Verschlechterungen die Folge sein können, weil eine derartige Zusammenhangsannahme von der Erfahrung immer wieder bestätigt wird und sie zu einer Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das gewünschte Zielerleben führt. Wird dagegen auf Verschlechterung von Anfang an hingewiesen, besteht die Gefahr, dass damit eine negative Erwartungshaltung angeregt wird und Verschlechterungen eher verschwiegen werden, weil sie als etwas für Therapie Selbstverständliches betrachtet werden. Hierdurch gehen wichtige Informationen für das weitere therapeutische Vorgehen verloren.

4. Rat-Schläge zur Konstruktion, Verschlimmerung und Chronifizierung von Problemen

Zu Beginn dieses Kapitels möchte ich das mögliche Missverständnis ausräumen, ich würde unterstellen, dass Therapeut/inn/en daran interessiert sein könnten, Probleme zu vergrößern. Natürlich gehe ich davon aus, dass sie alles daran setzen, dass es nicht zu unerwünschten Auswirkungen therapeutischen Handelns kommt. Doch gerade aus diesem Grunde ist die Beantwortung selbstreflexiver Verschlimmerungsfragen hilfreich. Hier einige Antworten auf die im vorherigen Kapitel gestellten Chronifizierungsfragen:



1. Um Anregungen zu geben, ein Problem möglichst lange zu konservieren, ist es vor allem günstig, die Haltung einzunehmen, dass es sich um Probleme handelt, deren grundsätzliche Natur sich der Einflussnahme bzw. Kontrolle des Problemträgers/der Problemträgerin entzieht und sich auch in Zukunft entziehen wird.

2. Depotenzieren Sie Ihre *kundigen* und kompetenten Kund/inn/en, indem Sie Ihnen jedes Mitspracherecht bei der Bewältigung des Problems verweigern. Behandeln Sie sie als Patient/inn/en¹, die sich Ihnen anzuvertrauen und sich nach Ihren Weisungen zu richten haben. Sorgen Sie dafür, dass nur Sie als Experte/Expertin anzuerkennen sind, von dessen Wissen allein das Wohlergehen des/der Betreffenden abhängt.
3. Tun Sie alles dafür, dass sich Ihre nun zu Patien/inn/en mutierten Kund/inn/en defizitär, „gestört – gestörter – frühgestört“ und problematisch erleben. Versuchen Sie dabei möglichst, darauf zu achten, was Ihr/e Patient/in nicht kann, wo er/sie Defizite hat und wo er/sie sich im Gespräch Ihrer Meinung nach gestört zeigt. Sollte Ihr/e Patient/in dennoch den Eindruck einer kooperationswilligen und kompetenten Person machen, gehen Sie davon aus, dass das nur *äußerlich* ist, er/sie innerlich aber viel fragiler und gestörter ist, als es der äußere Schein zeigt. Sie werden sehen, nach einiger Zeit ist es gar nicht mehr so schwer, Ihre Patient/inn/en als so unfähig wahrzunehmen, dass er/sie ohne Ihre Hilfe im Leben nicht mehr zurechtkäme.
4. Denkt Ihr/e Patient/in dennoch, er/sie könne die eigenen Probleme selbständig bewältigen bzw. lösen, sprechen Sie möglichst häufig von den von Ihnen entdeckten schweren Störungen Ihres Patienten/Ihrer Patientin, die frühkindliche Traumatisierungen als Ursachen hätten und deswegen sehr lange Zeit benötigten, um *aufgearbeitet* werden zu können.
5. Gehen Sie davon aus, dass Ihr/e Patient/Patientin Ihnen wichtige Problembereiche und Konflikte verschweigt und konfrontieren Sie ihn/sie damit. Wie mir einer meiner Kunden mitgeteilt hat, wäre die Bemerkung eines Betreuers in einer Tagesklinik ein Musterbeispiel für ein derartiges Vorgehen: „Schon Ihrem Gesichtsausdruck entnehme ich, dass Sie heute wieder schwer depressiv sind.“ (*Vor* dieser Bemerkung ging es meinem Kunden gut.) Streitet er/sie das ab, deuten Sie diese Leugnung als Widerstand gegen mögliche Fortschritte im therapeutischen Prozess, um den „sekundären Krankheitsgewinn“ nicht aufgeben zu müssen.
6. Noch günstiger für eine Chronifizierung wäre es allerdings, davon auszugehen, dass Ihr/e Patient/in eine genetische Disposition für Verletzlichkeit, eine erhöhte Vulnerabilität besitzt, die zusammen mit einer frühen Störung – wie man sehen kann – fatale Folgen hat. Das hat zudem den Vorteil, dass Sie sich keine Vorwürfe machen müssen, wenn die Therapie keine sichtlichen Fortschritte macht. Wie sollte sie auch? Schließlich handelt es sich bei Ihrem Gegenüber ja um

¹ Der Begriff „Kunde“ ist abgeleitet von dem althochdeutschen „kundo“, was Bekannter bzw. Einheimischer, auch pfißiger Kerl (KLUGE 1975; S.412) bedeutet, er weist damit unmittelbar auf die Kompetenzen und Fähigkeiten des Betreffenden hin. Im Gegensatz zu dem Begriff „Patient“, der sich von dem lateinischen „patiens/patientis“ ableitet, was leidend bzw. (er)duldend heißt und eher auf eine Opferrolle hinweist, der man sich passiv ausgeliefert sieht. Wenn im Folgenden der Begriff „Patient“ verwendet wird, dann soll damit auf diese problematische Haltung und seine Förderung durch psychosoziale Helfer/innen hingewiesen werden, was natürlich ebenfalls ein Beitrag zur Chronifizierung sein kann (vgl. hierzu SIMON et al. 1999, S. 190f; LUDEWIG 1993 und MÜCKE 1998, S. 186-189).

jemanden, der/die eine nicht zu verändernde, d.h. genetisch bedingte, psychische Behinderung hat, mit der er/sie leben muss.

7. Chronifizierungsprozesse können auch dadurch angeregt werden, Ihren Patienten/Ihre Patientin darauf hinzuweisen, dass bei ihm/ihr eine schwerwiegende psychische Krankheit vorliege, die psychotherapeutisch nur schwer – wenn überhaupt – beeinflussbar sei und unbedingt einer medikamentösen Behandlung bedürfe, die ein Leben lang fortgesetzt werden müsse. Das hat zudem den Vorteil, dass Sie dadurch das problematische Verhalten bzw. Erleben entkontextualisieren, also von den Situationsbedingungen lösen, wodurch auch nur der Gedanke, man hätte direkten Einfluss auf das eigene Verhalten und Erleben im Keim erstickt wird.
8. Sorgen Sie mit Hilfe von negativen Suggestionen und ungünstigen Prognosen dafür, dass Ihr/e Patient/in diese Krankheitstheorie teilt, weil Sie dadurch eher bewirken können, dass der positive Einfluss Ihres/Ihrer Patienten/Patientin auf seine/ihre Probleme/Symptome noch weiter gegen null geht. Zur Unterstützung dieses Vorgehens können Sie auch auf negative Prophezeiungen zurückgreifen. Solche negativen Prophezeiungen in Form einer Wenn-dann-Verknüpfung verbunden mit einer unendlichen zeitlichen Perspektive erhöhen die Compliance² und die Abhängigkeit Ihrer Patient/inn/en von Ihnen. Einige solcher Chronifizierungsprophezeiungen könnten z.B. sein: „Wenn Sie sich nicht mit Ihren Problemen auseinander setzen und sie aufarbeiten, dann werden Sie nie ein zufriedenes oder erfülltes Leben führen können.“ „Wenn Sie sich nicht mit Ihrer Mutter beschäftigen, wird Ihr Sohn so wie Ihre Mutter in der Gosse enden.“ „Wenn Sie Ihre überhöhten Ziele nicht aufgeben, werden Sie im Leben scheitern.“ Wenn sich Ihr/e Patient/in endlich krankheitseinsichtig zeigt, können Sie zudem im Kreise Ihrer Kollge/inn/en mit Stolz behaupten, sie haben es geschafft, dass Ihr/e schwer gestörte/r Patient/in das Symptom der Krankheitsuneinsichtigkeit (auf medizinisch: Anosognosie) verloren hat.
9. Verringern Sie die Möglichkeiten, Unterschiede wahrnehmen zu können, indem Sie Ihre/n Patienten/Patientin möglichst mehrmals in der Woche zu einem Gespräch einbestellen. Kurze Sitzungsabstände haben zudem den Vorteil, dass sie suggerieren, der/die Patient/in sei auf sehr viele therapeutische Gesprächsangebote angewiesen und käme ohne Sie nicht mehr zurecht.
10. Sprechen Sie möglichst ausschließlich von den Problemen und Schwierigkeiten, die Ihr/e Patient/in hat bzw. die Sie vermuten. Wenn Ihr/e Patient/in nicht selbst darauf kommt, notieren Sie sich vor jedem Gespräch Problembereiche und konfrontieren Sie ihn/sie damit.
11. Versuchen Sie, wenn Ihr/e Patient/in sich nicht mit seinen/ihren Problemen auseinandersetzen will (weil es ihm vielleicht gut geht), seinen/ihren *Widerstand* zu brechen, indem Sie sagen, er

² Compliance: „die Bereitschaft, Mitarbeit bzw. das ‚Sich-Fügen‘ (Zuverlässigkeit) eines Patienten, in das diagnostische und therapeutische Vorgehen“ (PSCHYREMBEL 1986, S. 302)

werde niemals eine stabile Persönlichkeit ausbilden können, wenn er sich weigert, sich mit sich auseinander zu setzen.

12. Überzeugen Sie Ihren Patienten/Ihre Patientin davon, dass es fatale Folgen haben wird, wenn er/sie während der Therapie wichtige Lebensentscheidungen trifft, denn solange sein/ihr Unbewusstes noch nicht *durchtherapiert* ist, könnte es ihm/ihr fatale Streiche spielen. Nehmen Sie aus diesem Grunde Ihrem Patienten/Ihrer Patientin wichtige Lebensentscheidungen ab. Denn: Für eine Chronifizierung von Problemen ist das Anregen einer Opferhaltung höchst effektiv, es fördert die Passivität und das Gefühl, nichts tun zu können; denn jede Entscheidung könnte falsch sein. Auch das Misstrauen sich selbst gegenüber wird dadurch angeregt und verstärkt.
13. Teilen Sie Ihrem Patienten/Ihrer Patientin mit, dass die Ziele, die er/sie sich vorgenommen habe (z.B. den Führerschein oder eine normale Lehre zu machen, eine/n Frau/Mann kennen zu lernen, den Schulabschluss nachzuholen, zu studieren etc.), vollkommen unrealistisch seien, er/sie sich maßlos überschätze und mit der schweren psychischen Behinderung, die er/sie nun mal habe, nur noch die Werkstätte für Behinderte bliebe. Wenn nach einer Weile Ihr/e Patient/in reglos im Stuhl hängt und vor sich hinstiert, können Sie sich in Ihren Ansichten bestätigt fühlen und ihm/ihr sagen: „Sehen Sie – wie ich Ihnen schon gesagt habe –, Sie sind eben zu krank, um ein selbständiges Leben außerhalb einer Sie beschützenden Einrichtung zu führen.“

5. Indizien für einen gelungenen professionellen Chronifizierungsprozess

Angenommen, Sie wollten nachprüfen, ob Ihre Anregungen auch wirklich zu einer Aufrechterhaltung bzw. Verschlimmerung des Problems beigetragen haben, dann bräuchten Sie Kriterien, die darauf eindeutig hinweisen.

Ein mögliches Merkmal besteht darin, dass sich Ihr/e Patient/in nicht mehr als Experte seiner/ihrer Lebensführung betrachtet und noch nicht einmal als jemand, der sein Innenleben versteht bzw. verstehen kann. Drastisch wird das durch folgenden Witz ausgedrückt:

Eine Amerikanerin, die bereits 743 Analysestunden absolviert hat, entschließt sich trotz einer abratenden Deutung ihres Analytikers zu einer Europareise. Sie bleibt jedoch über Fax in ständigem Kontakt zu ihrem Therapeuten. Aus Paris schickt sie eine kurze Nachricht: „Ich amüsiere mich prächtig. Bitte faxen sie umgehend ‘Warum?’ (TRENKLE 1994, S. 195).

Ein weiteres Kriterium für einen gelungenen Chronifizierungsprozess liegt in einer extrem gut ausgebildeten Compliance der Patient/inn/en. Wenn also die Patient/inn/en zu allem Ja und Amen sagen und es nicht wagen, kreativ mit den Rat-Schlägen der Therapeut/inn/en umzugehen, dann weiß man, jetzt hat sich eine für Chronifizierung förderliche Abhängigkeitsbeziehung entwickelt. Man kann sich nun sicher sein, dass bei einer Unterbrechung oder gar Beendigung der Therapie die

Patient/inn/en in extreme Krisen gestürzt werden und eventuell sogar an Selbstmord denken oder mit ihm drohen.

Natürlich bleibt es nicht aus, dass die so be-handelten Patient/inn/en (Merke: Wer nicht handelt, wird bald be-handelt.) zu jeder möglichen und unmöglichen Tageszeit den Therapeuten/die Therapeutin anrufen, um nun den/die eigentlichen Experten/Expertin für sich zu Rate zu ziehen.

Zwar sorgt ein gelungener Chronifizierungsprozess für eine sichere lebenslängliche Finanzierungsbasis, doch bleibt das damit einhergehende Abhängigkeitsverhältnis in der Regel nicht ohne negative Auswirkungen auf die Helfer/innen. Auf deren Seite kann ein Burn-out-Syndrom ein deutliches Zeichen sein, dass sich Probleme der Klient/inn/en chronifiziert haben. Zwar wäre die Schlussfolgerung, immer wenn ein Burn out vorliegt, hätte der/die Helfer/in Chronifizierung angeregt, sicherlich nicht berechtigt, doch lässt sich davon ausgehen, dass Chronifizierungsprozesse, ob sie nun von den Therapeut/inn/en angeregt wurden oder nicht, über kurz oder lang zu Burn-out-Syndromen führen. Deswegen müsste eigentlich im psychosozialen Bereich der Grundsatz gelten: **Je wohler sich die Helfer/innen fühlen, um so besser müsste ihre Bezahlung sein.**³

6. Wie müsste man ein Problem konstruieren, um es möglichst lange zu konservieren?

Bisher habe ich mich im Zusammenhang mit chronifizierenden Auswirkungen mit dem Verhalten der Therapeut/inn/en zu ihren Kund/inn/en und der Beziehungsgestaltung, die davon angeregt wird, beschäftigt, jetzt soll es mir um die Frage gehen, **wie man eine wissenschaftliche Problemtheorie konstruieren müsste, um ein Problem so zu benennen, zu beschreiben, (ursächlich) zu erklären und zu bewerten, dass Chronifizierungsprozesse damit maßgeblich gefördert werden**, um Probleme *haltbarer* machen zu können. Wiederum möchte ich darauf hinweisen, dass ich davon ausgehe, dass jede/r Wissenschaftskonstrukteur/in artifizielle Chronifizierungen vermeiden möchte.

6.1 Die Benennung und Beschreibung psychischen Leidens als Krankheit

Angenommen man wollte aus einem psychosozialen Problem bzw. einer bestimmten leidverursachenden Erlebens- und Verhaltensweise, ein chronisches, das heißt auch über längere Zeiträume nicht veränderbares, Problem konstruieren, dann wären hierfür mehrere Transformationsprozesse not-wendig. Der erste Transformationsprozess bestünde darin, das Phänomen als psychosozial nicht bzw. kaum beeinflussbar darzustellen. Am sinnvollsten für dieses

³ Aufgrund der Isomorphie (die Analytiker würden von Übertragung und Gegenübertragungsprozessen sprechen) zwischen Klient/inn/en und ihren Therapeut/inn/en liegt es nahe, Rückschlüsse zwischen dem Erleben des Therapeuten/der Therapeuten und seiner/ihrer Klient/inn/en in Form von möglichen Hypothesen – nicht von Gewissheiten – zu ziehen.

Vorhaben wäre es deswegen, es nicht als psychosoziales⁴ Phänomen oder Problem, sondern als biologisch-medizinische Krankheit zu definieren. Im psychosoziales Feld wäre eine solche Krankheit immer eine Psych-ose⁵, damit eine Geisteskrankheit bzw. psychische Krankheit. Die Implikationen einer psychischen Krankheit wären u.a. folgende:

1. Mit der Konstruktion „Geisteskrankheit“ wäre man für das eigene Befinden und Erleben, den eigenen Gemütszustand und auch für das eigene Verhalten selbst nicht mehr zuständig und verantwortlich, somit schuldunfähig.
2. Die Be-handlung dieser psychischen Krankheit müsste an Expert/inn/en übertragen werden: Weder der/die Betroffene selbst noch sein/ihr soziales Umfeld (Angehörige, Freunde, Kolleg/inn/en etc.) könnten direkt und unmittelbar auf das als psychisch krank wahrgenommene Erleben bzw. Verhalten reagieren: Normabweichendes Verhalten würde zum einen viel schneller als Ausdruck psychischer Krankheit gewertet; zum anderen bliebe es für alle unklar, welches Verhalten bzw. (erzähltes) Erleben sich im Bereich des Normalen und damit Gesunden und welches Verhalten bzw. (erzähltes) Erleben sich im Bereich des Normabweichenden und damit (psychisch) Kranken bewegt.
3. Zusätzlich führt diese Zuordnung zu einer Konfusion unterschiedlicher Kontexte, nämlich des psychosozialen mit dem medizinischen: So impliziert die Etikettierung mit dem Begriff „psychisch krank“, dass es sich bei einer beobachteten psychischen Problematik in Wirklichkeit eben nicht um eine solche handelt, sondern ihr eine wie auch immer geartete *körperliche Stoffwechselstörung* zugrundeliegt, die *ursächlich* für die psychischen Probleme verantwortlich ist und zudem immer wieder *entgleisen* kann. System- und erkenntnistheoretisch betrachtet, handelt es sich bei der Bezeichnung „psychisch krank“ um einen Begriff, der auf einem epistemologischen Irrtum basiert; denn er koppelt zwei Begriffe, die zu verschiedenen Klassen logischer Typen gehören. Nach WHITEHEAD und RUSSEL gilt: „Was immer *alle* Elemente einer Menge voraussetzt, darf nicht ein Element der Menge sein“ (WHITEHEAD/RUSSEL 1990, S. 56). Demnach gehört Psyche nicht zur Klasse körperlicher Erscheinungen. Und nur ausschließlich Körperliches kann im medizinischen Sinne krank sein (vgl. KURT SCHNEIDER 1973, S. 7f). Psychisches kann außergewöhnlich oder von einer bestimmten sozialen Norm abweichend sein,

⁴ Eigentlich müsste man hier von bio-psycho-sozialen bzw. sozial-psycho-biologischen Phänomenen sprechen, da es eine enge Wechselwirkung dieser drei unterschiedlichen Phänomen- bzw. Wirklichkeitsbereiche gibt. Vorausgesetzt man wollte ein psychisches Ereignis [Analog der RETZERSchen Kategorie „Erlebtes Leben“ (vgl. RETZER 1994; S. 17ff)] wie Gedanken(-bildung), Gefühle wie z.B. Trauer, Freude, Niedergeschlagenheit, Lust und jede Form symptomatischen Erlebens beschreiben, so könnte man dieses Erleben unterschiedlich beschreiben – je nachdem, für welchen Wirklichkeitsbereich man sich zuvor entschieden hätte: wir erhielten damit eine biologische, eine psychologische und eine soziale Beschreibung ein und desselben Phänomens. Der Einfachheit halber werde ich im folgenden anstelle des Ausdrucks „sozial-psycho-biologisch“ den Ausdruck „psychosozial“ verwenden.

⁵ Der Begriff „Psychose“ bedeutet nichts anderes als Krankheit (worauf die Endung „-ose“ hinweist) der Psyche.

es ist komplex und lässt sich nicht in einzelne Bereiche bzw. Organe aufspalten, allenfalls lassen sich bestimmte psychische Funktionen durch Abstraktion voneinander separieren.

4. Durch diese Konfusion zwischen dem somatischen (medizinischen) und dem psychischen (psychologischen) Kontext verändert sich folgerichtig auch die Bedeutung der Begriffe „psychisch“ und „krank“: Da Geist/Seele/Psyche in den meisten großen philosophischen und allen religiösen Weltanschauungen als ewig und unvergänglich angesehen wird, kann eine einmal „krank“ gewordene Psyche *in diesem Leben* nur schwer - wenn überhaupt - wieder „gesund“ werden. Eine einmal – durch was und wie auch immer – beschädigte Seele kann in der Regel erst durch eine im Jenseits stattfindende – je nach Weltanschauung erfolgende – Erlösung genesen. In seiner Konsequenz bedeutet das: „einmal psychisch krank“ – „immer psychisch krank“; damit also „chronisch psychisch krank“ oder „psychisch behindert“. Und „psychisch“ heißt in Verbindung mit „krank“ *ursächlich nicht-psychisch, sondern körperlich bedingt*. Kurz und schlecht: „Psychisch krank“ bedeutet nichts anderes als *„körperlich bedingt lebenslänglich psychisch gestört“*. In dieser Hinsicht ist es nur konsequent, wenn im psychiatrischen Jargon davon gesprochen wird, dass sich eine „Psychose“ *in Remission* befindet, sich also zurückgezogen hat, doch irgendwo noch *latent* und im Verborgenen lauert und darauf wartet, jederzeit mit einer *Exazerbation* (Verschlimmerung, Wiederaufbrechen von lat. *acerbare*: verschlimmern) bzw. *Dekompensation* (versagende Kompensation von lat. *compensare*: ausgleichen) *zu rezidivieren*.⁶
5. Damit aber noch nicht genug: Von „psychisch krank“ zu sprechen, ist in der Psychiatrie nur dann legitim, wenn zuvor organische Ursachen ausgeschlossen werden; denn hätte man organische Ursachen diagnostiziert, handelte es sich eben um eine eindeutig somatische Krankheit und man dürfte nun nicht mehr von einer psychischen Krankheit sprechen. Demnach gilt folgende begriffliche Äquivalenzgleichung: „psychische Krankheit = organisch nicht begründbare organisch begründete lebenslänglich bestehende psychische Störung“. Zur Erinnerung: Das Einzige Kriterium für eine solch verheerende Diagnose besteht in einer durch eine/n Beobachter/in festgestellte normabweichende Verhaltensweise oder eine von der Norm abweichende Erzählung über das eigene Erleben. Dennoch: Um Chronifizierungsprozesse anzuregen und wahrscheinlicher zu machen, ist die Zuschreibung und Benennung eines bestimmten Verhaltens oder (erzählten) Erlebens als „psychische Krankheit“ höchst effektiv.

⁶ Sehr schön bestätigt die „Lebenslänglichkeit“ der Diagnose „Schizophrenie“ das bereits Anfang der 70er Jahre durchgeführte ROSENHAN-Experiment: Unter dem Vorwand, Stimmen zu hören, die zu ihnen so etwas wie "leer", "hohl" und "dumpf" sagten, verschafften sich acht zuvor in keiner Weise psychiatrisch auffällig gewordene Personen Zugang zu zwölf verschiedenen psychiatrischen Anstalten. Alle Versuchspersonen wurden aufgenommen und von den insgesamt zwölf Einweisungen als psychotisch diagnostiziert: elf als schizophren und einer als manisch-depressiv. Außer einem Fall mit der Diagnose "Schizophrenie" wurden alle mit der Diagnose "Schizophrenie in Remission" entlassen (vgl. ROSENHAN 1985, S.111-135).

6. Noch günstiger für die Anregung von Chronifizierungsprozessen, ist der medizinische Fachterminus „latent“ (RETZER 1995), der im medizinischen Kontext durchaus seine Berechtigung hat: Dort bezeichnet er – nachdem zweifelsfrei z.B. eine Infektionskrankheit durch das Vorhandensein von Bakterien oder Viren nachgewiesen wurde – die symptomfreie Zeitspanne vor Ausbruch der Krankheitssymptome (Inkubationszeit); wörtlich übersetzt heißt „latent“: „verborgen, versteckt, gebunden, ohne Symptome verlaufend“ (PSYCHYREMBEL 1986). Übertragen auf den psychosozialen Kontext entbehrt dieser Fachterminus jede Berechtigung; es sei denn, man möchte auf sprachlicher Ebene ein **Höchstmaß an Pathologisierung bei gleichzeitiger Symptomfreiheit** ermöglichen. Es stellt sich nämlich die Frage, woran man ein *latentes* psychisches Symptom bzw. Syndrom wie Depression, Zwang, Angst, Schlaf-, Ess- oder Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, manisch-depressive oder schizoaffektive Psychose bemerken könnte? Und wenn man derartige „latente Symptome“ (also ohne Symptome verlaufende Symptome – sic!) nicht bemerken kann, welche Berechtigung hätte man dann für die Unterstellung einer nicht wahrnehmbaren, aber existierenden Krankheit? Doch allerhöchstens die, dass der vermeintliche Träger dieser Krankheit einmal im Leben als mit derartigen Symptomen behaftet diagnostiziert wurde. In Zeiträumen, in denen sich Menschen, die einmal als psychotisch diagnostiziert wurden, unauffällig – d .h. der Norm eines oder mehrerer Beobachter/innen entsprechend – verhalten, lässt sich demnach immer von einer **latenten Psychose** sprechen, was übersetzt zu folgender begrifflichen und logischen Absurdität führt: **„latente Psychose“ = „ohne Symptome verlaufende psychische Krankheit“ = „ohne Symptome verlaufende organisch nicht begründbare organisch begründete lebenslänglich bestehende psychische Störung“**
- Das heißt: Mit einer **latenten Psychose** könnte es einem/einer ein Leben lang hervorragend gehen, wenn die pathologisierenden Diagnosen, die beständige Neuroleptika-Einnahme, die häufigen Psychiater/innenbesuche, die (gesetzlichen) Betreuer/innen und die besorgten Freunde und Angehörige nicht wären. Auf die Frage „Wann wird es in der psychiatrisch-psychosozialen Praxis einem Menschen erlaubt, bei dem einmal im Leben eine Psychose diagnostiziert wurde, sich nicht mehr über diese Diagnose zu definieren?“ lautet die Antwort „Niemals“ und das obwohl viele Längsschnittuntersuchungen eindeutig nachgewiesen haben, dass sich ein Großteil der psychotisch diagnostizierten Menschen nur ein einziges Mal in ihrem Leben ver-rückt verhalten oder erlebt haben (vgl. SCHARFETTER 1986, S. 205 und BLEULER 1983, S. 448).
7. Der Begriff „psychisch krank“ *deutet* nun nicht nur eine bestimmte Realität, sondern *impliziert* und *konstituiert* damit auch eine solche. Diese künstlich geschaffene Realität findet breite gesellschaftliche Anerkennung und wird wiederum durch psychosoziale, psychiatrische und juristische Institutionen aufrechterhalten. So etabliert sich gleichzeitig der gesellschaftliche

Zwang, das mit diesem Begriff einhergehende Deutungsparadigma zu teilen; ihm unterliegen Angehörige, Betroffene und Professionelle gleichermaßen. Wird dieses Deutungsmuster nicht angenommen, so drohen Verständigungsprobleme und Ausgrenzungsprozesse. Den Betroffenen wird unterstellt, sie seien nicht krankheitseinsichtig, den Angehörigen, sie seien nicht kooperationswillig und den Professionellen, sie seien nicht kompetent; denn andernfalls würden sie ja die wissenschaftlichen Fachbegriffe akzeptieren und entsprechend gebrauchen.

Diese Kritik an dem psychiatrischen Krankheitskonzept darf nun aber nicht so verstanden werden, dass ich behaupten würde, es gäbe keine – im deskriptiven Sinne – „psychotischen“ Erlebens- und Verhaltensweisen bzw. kein damit einhergehendes existentielles Leid. Im Gegenteil: Mir geht es darum, die Gefahren aufzuzeigen, die ein bestimmter professioneller Umgang mit psychotischen Phänomenen birgt, um das Leiden nicht noch zu potenzieren und vorhandene Lebenschancen nicht zu verunmöglichen.

6.2 Ursächliche Erklärungen als Chronifizierungshilfen

Es gibt grundsätzlich zwei unterschiedliche Ätiologiemodelle, um im Bereich der ursächlichen Erklärungen Chronifizierungsprozesse psychosozialer Probleme zu fördern:

1. Der **biologisch-medizinische Kontext**, nach dem eine Endogenese für diese Probleme, die hierdurch sofort wieder zu (psychischen) Krankheiten transformiert werden, verantwortlich ist.
2. Der **psychosoziale Kontext**, nach dem pathologisierende Bezugspersonen in linear-kausaler Weise die Schuld als Verursacher für normabweichendes Verhalten bzw. Erleben zugesprochen bekommen. Hierbei lassen sich grob zwei unterschiedliche Richtungen unterscheiden: einerseits (defizitorientierte) familientherapeutische Konzepte und andererseits defizitorientierte verhaltenstherapeutische bzw. psychoedukative Ansätze.

Die chronifizierendste Form dabei wäre die „multifaktorielle“ Verknüpfung der biologisch-medizinischen mit den schuldzuschreibenden Wirklichkeitskonstruktionen.

6.2.1 Biologisch-medizinische Ätiologiemodelle

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von biologisch-medizinischen Ätiologiemodellen: KRAEPELINS sich auf Benedict MOREL (1809-1873) stützende Entartungs- und Degenerationstheorie (1913, S. 922), BLEULERS ungünstige Anlagen zur persönlichen Entwicklung (1983, S. 456), TÖLLES Theorie der multifaktoriellen Genese (1988, S. 212), ZUBINS Vulnerabilitätskonzept (1986, S. 29-40), CIOMPIs Diathesis-Stress-Modell⁷ (1982 S. 254), die Theorie von REDLICH und FREEDMAN eines

⁷ Das von CIOMPI initiierte Soteria-Projekt in Bern, das es ermöglicht, Psychosen ohne Neuroleptika bzw. nur gering neuroleptika-medikamentiert mit Hilfe therapeutischer Begleitung zu durchleben, möchte ich damit nicht in Frage stellen.

konstitutionellen Defekts (1984, S. 731), GOTTESMANNs multifaktoriell-polygenes Krankheitsmodell (1993, S. 265) etc. Alle diese Konzepte haben folgende Merkmale gemeinsam:

1. Sie gehen davon aus, dass es eine wie auch immer geartete „Veranlagung“ für die Entwicklung einer „endogenen Psychose“ gibt, die schon bei der Geburt mitgebracht wird. Es wird von Entartung, genetischer Disposition, genetischen Faktoren, Erbanlagen, Vererbung, konstitutionellen und genetischen Defekten, angeborener Verletzlichkeit bzw. Überempfindlichkeit usw. gesprochen.
2. Diese Konzepte unterstellen ferner, dass es sich bei den „endogenen Psychosen“ um Krankheiten handelt, denen ursächlich Stoffwechselstörungen zugrunde liegen.
3. Sie teilen das Konzept der „Endogenese“, was so viel bedeutet, wie eine sich „aus dem Inneren heraus“ entstehende Entwicklung. Systemische Kontexte und situative Bedingungen werden – wenn überhaupt – nur als Auslöser für die Erklärung bzw. Entstehung dieser „Endogenese“ zugelassen. Umweltbedingungen können allenfalls Anstöße für die „Entgleisung des Gehirnstoffwechsels“ geben. Allein für sich betrachtet können sie nach diesen Theorien zu keiner „endogenen Psychose“ führen.
4. Sie betonen die Gefahr, dass ein einmal als psychotisch diagnostizierter Mensch jederzeit wieder „an einer Psychose erkranken“ könnte.

Die erwähnten Theoriekonzepte sind äußerst günstig, um Chronifizierungsprozesse anzuregen bzw. kontinuierlich aufrecht zu erhalten, weil sie folgende psychologischen und psychosozialen (bzw. internen bzw. externen systemischen) Auswirkungen fördern:

1. Sie fördern, dass sich die Betroffenen selbst als defizitär, verletzlich und ich-schwach erleben und auch von anderen so wahrgenommen werden.
2. Als Expert/inn/en für sich selbst werden die Betroffenen nicht mehr ernst genommen, sie werden tendenziell entmündigt und infantilisiert.
3. Angehörige (Eltern, Partner/innen, Geschwister etc.) fühlen sich selbst nicht mehr kompetent, um angemessen mit ver-rückten Verhaltens- bzw. Erlebensweisen umzugehen.
4. Das Selbstwertgefühl der Betroffenen wird konstant geschwächt, weil man sich als anders und genetisch defekt erlebt.
5. Durch diese nun „genetisch bedingte Andersartigkeit“ findet ein permanenter Prozess der selbst- und fremdveranlassten Ausgrenzung statt. ARNOLD RETZER spricht in diesem Zusammenhang von *Exkommunikation* (1997). Die *bezogene Individuation* (STIERLIN) wird extrem gestört, weil die Zugehörigkeit zu dem sozialen Bezugssystem der „Gesunden“ und Normalen nicht mehr ungebrochen möglich ist.

6. Die Unterstellung einer aus dem Inneren hervorbrechenden Krankheit, die keiner äußeren Ursachen bedarf, führt zu einer Lähmung, weil man macht- und hilflos einem Naturereignis gegenübersteht, auf das man selbst keinen Einfluss hat.
7. Eine tiefe Verunsicherung über das, was als gesund und krank zu gelten hat, tritt ein, so dass es tatsächlich zu einer erhöhten Verletzlichkeit und verletzten Identität kommen kann. **Erst die Applikation der Vulnerabilitätshypothese macht in diesem Sinne vulnerabel.**
8. Durch die Annahme einer genetisch bedingten Disposition können einerseits Schuldgefühle der Betroffenen hinsichtlich ihres eigenen Verhaltens und Erlebens und besonders auch der Angehörigen hinsichtlich ihres Erziehungs- oder sonstigen Verhaltens reduziert werden, was aber andererseits häufig zu einer Verfestigung – wenn nicht Zementierung – dieser pathologisierenden Sichtweise führt.

6.2.2 Familientherapeutische⁸ und verhaltenstherapeutische Ätiologiemodelle

Bei einer zweiten großen Gruppe von Ätiologiemodellen – den sogenannten familien- bzw. verhaltenstherapeutisch-orientierten Milieutheorien – besteht ebenfalls die große Gefahr, Chronifizierungsprozesse anzuregen. Diese Gefahr ist besonders dann akut, wenn sie defizitorientiert im Sinne einer linealen Kausalität (vgl. SIMON/CLEMENT/STIERLIN et.al. 1999, S. 63) verstanden bzw. missverstanden werden und sie im therapeutischen Kontext mit einer schuldzuschreibenden Haltung verkoppelt sind.

Auf familientherapeutischer Seite seien in diesem Kontext folgende Ätiologiemodelle erwähnt: die Theorie der schizophrogenen Mutter von FROMM-REICHMANN (1940, 1948), das double bind-Konzept von BATESON, JACKSON, HALEY und WEAKLAND (1984, S. 35), die Mystifizierungstheorie LAINGS (1965, S. 110-129), BOSZORMENYI-NAGY's Konzept der Parentifizierung des Kindes (1965a, S. 51ff und 1965b, S. 110), STIERLINS Delegations- und Auftragsdynamik in der Familie (1982), das Konzept der betrügerischen Verwicklung (Imbroglio) von SELVINI-PALAZZOLI (1992, S. 105ff), die von SIMON beschriebenen „psychotischen“ Familienmuster (1993, 360ff), HELLINGERS Konzept einer vorgegebenen Familienordnung (WEBER 1993).

Als eher verhaltenstherapeutisch-pädagogisches Modell wäre BROWNS Konzept der expressed emotion (auch EE-Konzept genannt) zu nennen. Dieser Ansatz führte zu der von FALLOON und LIBERMANN entwickelten psychoedukativen Therapie.

⁸ Ich möchte hier auf die Unterscheidung zwischen Familien- und Systemischer Therapie hinweisen: Zwar hat sich die Systemische Psychotherapie aus der Familientherapie heraus entwickelt, mittlerweile basiert sie jedoch auf einem stringent kompetenz-, ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz, der mit defizit-orientierten Modellen unvereinbar ist. Aus diesen Gründen – wie an anderer Stelle (1998) bereits ausgeführt – muss auch der Begriff „Familientherapie“ bei Gesprächen mit Familien abgelehnt werden, da er unterstellt, dass die Familie gestört sei und psychotherapeutischer Hilfe bedürfe.

Die unter der Kategorie „Familientherapie“ subsumierten Ätiologiemodelle bilden die Fundamente der Systemischen Psychotherapie. Sie haben unverzichtbare Beiträge zu ihrer Entwicklung geliefert. Indem sie unter anderen die Wahrnehmung auf familiäre Prozesse und Dynamiken gerichtet und ein Vokabular ihrer Beschreibung entwickelt haben, haben sie eine über ein rein biologisches und individuelles Verständnis psychotischer Prozesse hinausgehende Perspektive eröffnet. Zudem sind diese familientherapeutischen Ätiologiemodelle Hypothesenlieferanten für die Kommunikationsprozesse in den betreffenden Familien. Wenn diese Hypothesen mit einer wertschätzenden ressourcenorientierten Haltung verbunden sind und im Sinne einer kompetenz- und lösungsorientierten Vorgehensweise genutzt werden, sind sie ein unverzichtbares Mittel für systemische Interventionen, die alle Beteiligten wertschätzen. Für äußerst problematisch und kritisch halte ich es jedoch, Familien unmittelbar im Sinne einer kausalen Schuldzuschreibung mit diesen Spekulationen zu konfrontieren, weil damit eine die Familienmitglieder abwertende Haltung einhergeht und es zu den weiter unten beschriebenen negativen Auswirkungen kommen kann.

Der psychoedukative Ansatz ist zudem problematisch, weil er den Status quo zementiert und ein lebenslangliches Bewältigungs-Management (Umgang mit Angehörigen und mit Neuroleptika) zur Reduktion von Konflikten und emotionalen Stressfaktoren vorsieht. Hier wird auf der einen Seite für eine strikte Distanz von den Angehörigen plädiert, auf der anderen Seite bleibt gerade dadurch eine entwicklungsbehindernde Abhängigkeitsdynamik noch nach Jahren unverändert bestehen, so dass häufig eine negative Gegenseitigkeit – wie STIERLIN das ausgedrückt hat – fortgeschrieben wird. Generell stagniert damit die Entwicklung des Familiensystems. Ohne es zu wollen, bestätigt FALLOON diese Überlegungen, wenn er schreibt:

Wenn sowohl geringe Kontakthäufigkeit und regelmäßige Medikation in Kombination praktiziert wurden, näherte sich die Rückfallrate jener der Familien mit niedrigem EE an. Dies legt einen recht einfachen Behandlungsansatz für die Schizophrenie nahe: Man halte den Patienten soweit als möglich von zu Hause fern und stelle eine fehlerfreie Medikamenteneinnahme sicher, vorzugsweise durch intramuskuläre Injektionen. (1991, S. 20)

Mit anderen Worten: Der/die Patient/in bleibt sein Leben lang psychisch krank, muss immer seine Medikamente (lebenseinschränkende Neuroleptika) einnehmen und Bedarf einer gleichbleibenden Distanz von den Eltern. In dieser Theorie ist es nicht vorgesehen, dass man schizophren Diagnostizierte/r ein normales – medikamentenfreies – Leben führen kann.

Trotz aller Kritik steht außer Frage, dass das EE-Konzept viele für die therapeutische Praxis relevante Erkenntnisse und Zusammenhänge geliefert hat: Zum Beispiel dass die Rehospitalisierungsrate von ehemaligen stationär behandelten Patient/inn/en mit schizophrener Symptomatik geringer wird, wenn sich die Distanz zu den Angehörigen vergrößert und sich erhöht,

wenn das emotionale Engagement der Angehörigen überdurchschnittlich hoch ist. Der antipsychotische Effekt von Neuroleptika kann neben der *unspezifischen* Reduzierung des Dopaminstoffwechsels⁹ auch mit der dadurch einhergehenden Reizabschirmung und größeren emotionalen Distanz zur sozialen Umwelt erklärt werden. Dennoch ist zu bedenken, ob der durch psychoedukative Vorgehensweisen empirisch nachgewiesene Nutzen einer signifikant geringeren Rehospitalisierungsrate mit seinen Kosten einer permanenten Neuroleptika-Medikation mit ihren bekannten negativen Folgewirkungen und einer Begrenzung persönlicher Entwicklungsmöglichkeiten in einem angemessenen Verhältnis steht.

Jetzt möchte ich die negativen aus der Praxis resultierenden Konsequenzen schuldzuschreibender bzw. als schuldzuschreibend misszuverstehenden familientherapeutischen bzw. psychoedukativen Theoreme kurz skizzieren:

1. Die Unterstellung, die Angehörigen, vor allen die Eltern, hätten eine Mitschuld an dem bizarren Verhalten bzw. Erleben des/der psychotisch Diagnostizierten, weil sie unklar kommunizierten, extrem ambivalent seien, ein erhöhtes EE-Niveau hätten, sich nicht von ihren Kindern ablösen, Ablösungsprozesse blockierten, klammerten, die Kinder in die Paarbeziehung der Eltern hineinzögen (Triangulation, Imbroglia), sie parentifizierten etc. lösen notgedrungen und berechtigterweise auf Seiten der Angehörigen, in der Regel der Eltern, eine Gegenbewegung aus. Die Eltern machen sich häufig selbst genug Vorwürfe, als Erziehungsberechtigte und -verantwortliche versagt zu haben, so dass sich ihre Schuldgefühle nach solchen Unterstellungen extrem steigern und sie versuchen sich zu *ent-schulden*.
2. Damit eine Ent-schuldung auf Seiten beispielsweise der Eltern gelingt, gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten: Die erste Möglichkeit besteht in der bereits erwähnten Verfestigung einer biologisch-genetischen Erklärung für das betreffende ver-rückte Verhalten und Erleben. In diesem Falle ist ein adäquates Verhalten auf verrückte Verhaltensweisen nicht mehr ohne weiteres möglich: So kann es vorkommen, dass eine Mutter gewalttätigem Verhalten ihres Sohnes ausgesetzt ist, das unter dem Signum der Psychose ausgeübt wird, und sie nicht auf das Verhalten selbst antwortet, indem sie sich schützt, sich abgrenzt und klare Konsequenzen setzt, sondern auf die vermeintliche Krankheit mit Mitleid, Verständnis und Fürsorge reagiert, was dann das gewalttätige Verhalten noch verstärkt. STIERLIN (1997) berichtete von einer Situation, in der ein namhafter Psychiater von einem Patienten während einer Visite gohrfeigt wurde,

⁹ Dieser Zusammenhang sollte weder zu der kurzschlüssigen Folgerung führen, dass psychotisches Verhalten und Erleben auf einer Dopaminstoffwechselstörung beruhe, noch dass sie hierfür *ursächlich* sei; denn zum einen wurde ein solch veränderter Dopaminstoffwechsel bis heute nicht nachgewiesen und zum anderen sind kognitive und emotionale Prozesse ohne entsprechende zentralnervöse Transmittervorgänge überhaupt nicht vorstellbar: So führen veränderte Gedanken zu veränderten Transmitterstoffwechselprozessen. Abweichende, nichtkonsensuelle Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle lassen zudem nicht unmittelbar den Rückschluss auf biologisch-krankhafte Stoffwechselprozesse zu.

worauf der Psychiater sagte: „Gell, heute geht es Ihnen schlecht.“ Wird nicht auf der Verhaltensebene reagiert, sondern auf der vermuteten internalen Ebene einer Krankheit, hat das in der Regel die Konsequenz, das eigene Engagement an Empathie für den Anderen zu forcieren, was wiederum das verrückte Verhalten unbewusst bekräftigt und somit verstärkt. Diese Reaktion ist aber nicht den Eltern vorzuwerfen, sondern eine natürliche Folge des Krankheitskonzepts. Die zweite Möglichkeit, die vermeintliche Schuld abzutragen, besteht darin, sich gleich und unmittelbar noch mehr für den Sohn, die Tochter einzusetzen und zu engagieren, obwohl die Eltern häufig, *nachdem* das als psychotisch zu beschreibende Verhalten/Erleben eingesetzt hat, natürlicherweise das Äußerste aufgeboten haben, um ihr Kind zu unterstützen und selbst dabei immer wieder an eigene Grenzen gestoßen sind – bis hin zur emotionalen, kräfte- und zeitmäßigen Erschöpfung. Oft werden von den Eltern beide Entschuldigungsstrategien gewählt, die sich gegenseitig bestärken (siehe Abbildung 2).

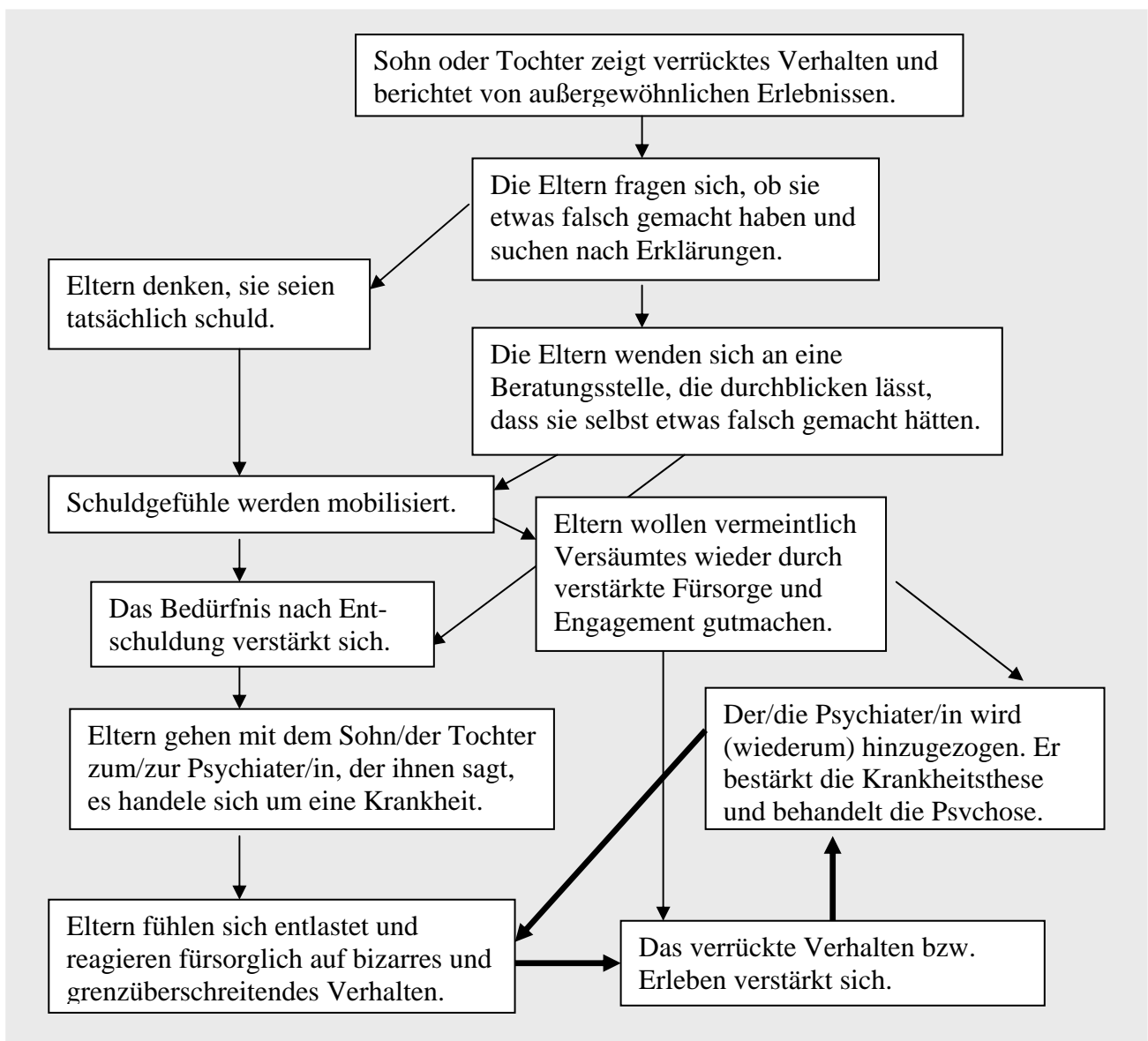


Abb. 2: Die Entstehung eines Teufelskreises zwischen Schuldgefühlen, Entschuldungsstrategien, fürsorglichem Verhalten, psychotischem Verhalten und Krankheitsmodell

7. Ausblick: Thesen und therapeutische Konsequenzen

Die bisher beschriebenen Zusammenhänge sollen aber nicht nur auf der theoretischen Ebene auf chronifizierende Verhaltens- und Sichtweisen hinweisen, sondern auch auf der pragmatischen Ebene Handlungsalternativen an die Hand geben, die therapeutisch nutzbar sind. Als Leitthese für diese pragmatischen Konsequenzen gilt: **Was für eine/n „Psychotiker/in“ nicht gut ist, das ist auch für eine/n Nicht-Psychotiker/in nicht gut.**

Ver-rückte, wahn-sinnige bzw. psychotische Verhaltens- und Erlebensweisen wurden seit Jahrhunderten als unverständlich mystifiziert, sie riefen enorme Ängste und Abwehrreaktionen hervor, was als eine der Ursachen für den gesellschaftlichen Ausschluss, für die *Exkommunikation* (RETZER 1997) der sich auf diese Weise zeigenden Menschen anzusehen ist. Ohne diesen gesellschaftlichen *Exkommunikationsprozess*, ohne die von FOUCAULT (1985) beschriebene gesellschaftliche Wahrnehmung des Wahn-sinns als das *ganz Andere der Vernunft*¹⁰ gäbe es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen psychotischen und neurotischen Symptomen. Das Adjektiv „psychotisch“ wäre dann allerhöchstens eine quantitative Steigerung der Ausprägung des psychischen Leidens. Anders formuliert: Der qualitative Unterschied zwischen Psychosen und Neurosen liegt nicht in deren *Wesen*, sondern einzig und allein in ihrer Wahrnehmung, ihrer *Erscheinung*. Außenstehende Beobachter/innen haben sich seit Jahrhunderten von der bizarren, ja monströsen Erscheinung des Wahnsinns täuschen lassen und aus ihm viel mehr gemacht, als er ist. Psychosen sollten ent-dramatisiert wahrgenommen werden, mit ihnen sollte grundsätzlich nicht anders umgegangen werden wie mit sogenannten neurotischen Symptomen. Negativ formuliert: Würden neurotische Probleme genauso behandelt, erklärt und beschrieben wie das die derzeit vorherrschende psychiatrische Sichtweise bei Psychosen nahe legt, hätten wir dort die gleichen artifiziellen Chronifizierungen zu beklagen.

Mittlerweise weisen eine Reihe von Studien darauf hin (SATORIUS et. al. 1974, Kölner Forschungsstudie 1998), dass die Prognose in Entwicklungsländern bei psychotischen Phänomenen signifikant besser ist als in Industrienationen. Im wesentlichen scheinen mir hier zwei Faktoren relevant: Zum einen wird der Wahn-Sinn und damit der/die Wahnsinnige in Entwicklungsländern eher als Erscheinung gesehen, die zum Leben dazugehören. Die Kluft zwischen Normalität und Abweichung wird als nicht unüberwindlich konstruiert, so dass exkommunikative Prozesse nicht das Ausmaß wie in hochindustrialisierten Ländern annehmen. Zum anderen ist das psychosoziale und psychiatrische Versorgungssystem schlechter und nicht so lückenlos ausgebaut wie in Industrienationen, wodurch sich die Chancen vergrößern, Stigmatisierungsprozessen zu entgehen. Das sollte allerdings nicht zur Forderung führen, das psychosozial-psychiatrische

¹⁰ Etymologisch leitet sich der Begriff „Wahnsinn“ von Wahnwitz ab, was ‘unverständlich, leer an Verstand’ bedeutet (KLUGE 1975, S. 832).

Versorgungssystem abzubauen. Allerdings wäre es so zu verändern, dass die beschriebenen Stigmatisierungs-, Etikettierungs- und Exkommunikationsprozesse auf ein Minimum reduziert werden und psychotische Symptome die gleichen Entwicklungschancen wie neurotische oder psychosomatische erhalten, indem sie als therapierbare und vorübergehende Formen unbewusster Konflikte betrachtet werden.

Gerade die Systemische Psychotherapie hat gezeigt, dass psychotische Probleme durchaus und sehr effektiv gelöst werden können (vgl. BATESON 1984, STIERLIN (1974) 1993, SIMON 1993, RETZER 1994, SELVINI-PALAZZOLI 1992, WATZLAWICK 1986, HALEY 1988). Hier geht man davon aus, dass durch psychotische Verhaltensweisen der Konflikt zwischen der Loyalität zur Herkunftsfamilie und der Loyalität zur davon unabhängigen Lebensgestaltung unbewusst gelöst werden soll. RETZER und SIMON haben das als Nähe-Nähe-Konflikt beschrieben (1999, S. 104). Therapeutisch lassen sich nun durch eine entschiedene Sowohl-als auch-Haltung Anregungen geben, für diese extrem und existentiell widersprüchlichen inneren Kräften andere als psychotische Lösungen zu finden.

Jeder Mensch hat ein Recht darauf, die Verantwortung für das zu tragen, was er getan oder unterlassen hat. Menschen, die infolge psychotischer Verhaltensweisen anderen geschadet haben, sollten deswegen auch als voll schulfähig anerkannt werden. Maßnahmen gegen fremd- und selbstschädigendes Verhalten sollten nicht als medizinische Behandlung, sondern als Mittel sozialer Kontrolle bezeichnet werden. Hierzu gehört auch die Mystifizierung sogenannter antipsychotischer Substanzen als Medikamente (Heilmittel), die nichts anderes als chemische Hilfsmittel zur Unterbindung unerwünschter Verhaltensweisen sind

Es gäbe noch eine Vielzahl weiterer Thesen und therapeutischer Konsequenzen, sie würden allerdings den Rahmen dieses Artikels sprengen, deshalb kann ich nur auf mein Buch „Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz“ verweisen und auf meine in Vorbereitung befindliche mehrbändige Arbeit „Wahn-Sinn und Systemische Psychosentherapie“.

Zusammenfassung:

In diesem Artikel werden professionelle Sicht- und Verhaltensweisen beschrieben, die zu Chronifizierungsprozessen psychosozialer Probleme bzw. psychischen Leidens führen können. Dabei wird unter systemisch-konstruktivistischen Gesichtspunkten die Beziehung zwischen Therapeut/inn/en und ihren Klient/inn/en beleuchtet, das psychiatrische Krankheitskonzept der sogenannten endogenen Psychosen mit seinen Implikationen und möglichen problemaufrechterhaltenden Auswirkungen kritisch reflektiert sowie familientherapeutische und verhaltenstherapeutisch orientierte Ätiologiemodelle in ihren Konsequenzen auf das Verhalten der Angehörigen und der unter Umständen damit einhergehenden chronifizierenden Wirkungen

untersucht. Zum Schluss werden Anregungen gegeben, die helfen sollen, solche professionell verursachten Chronifizierungen zu vermeiden.

Literatur

- Bateson, Gregory et al. *Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1984
- Bleuler, Eugen. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Mit einem Vorwort von Manfred Bleuler. Nachdr. d. Ausg. Leipzig, Wien: Deuticke, 1911. Tübingen: Edition Diskord, 1988
- Bleuler, Eugen. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Aufl. neubearb. von Manfred Bleuler. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1983
- Böker, Wolfgang, und Hans Dieter Brenner (Hrsg.). *Bewältigung der Schizophrenie: Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 1987
- Boszormenyi-Nagy, Ivan, und Geraldine Spark. *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981
- Boszormenyi-Nagy, Ivan, und James Framo (Hrsg.). *Familientherapie. Theorie und Praxis*. 2 Bde. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1975
- Ciampi, Luc. *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1982
- Foucault, Michel. *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. 6. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1985a
- Haley, Jay. *Ablösungsprobleme Jugendlicher. Familientherapie - Beispiele - Lösungen*. Reihe „Leben lernen“ 50. München: Pfeiffer, 1988
- Herzog, Gunter. *Krankheitsurteile. Logik und Geschichte in der Psychiatrie*. 1. Aufl. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag, 1984
- Heinrich Keupp (Hrsg.). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. 1. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1979
- Kluge, Friedrich. *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. 21. Aufl. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1975
- Kraepelin, Emil. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. III. Band: Klinische Psychiatrie. II. Teil. 8. vollst. umgearb. Aufl. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1913
- Ludewig, Kurt. *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. 2. unveränd. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993
- Mücke, Klaus (1998). *Systemische Beratung und Psychotherapie - ein pragmatischer Ansatz*. 1. Aufl. Klaus Mücke ÖkoSysteme Verlag, Berlin
- Mücke, Klaus. „Kritik der psychiatrischen Diagnostik: Implikationen und Konsequenzen des „diagnostischen Blicks“ in der Psychiatrie“. In: *Forum Kritische Psychologie* 29. Hamburg: Argument-Verlag, 1992
- Mücke, Klaus. Mythos „Schizophrenie“ oder Die Genese des „diagnostischen Blicks“. Unveröffentlichte Diplomarbeit, FU Berlin: 1990
- Presseinformation der Universität Köln (Kölner Forschungsstudie) 13/98
- Pschyrembel, Willibald. *Klinisches Wörterbuch*. 255., völlig überarb. u. stark erw. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter, 1986
- Redlich, Fredrick C. & Freedman, Daniel X. (1984). *Theorie und Praxis der Psychiatrie*. Band 1 und 2. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

- Retzer, Arnold (Hrsg.). *Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Psychoedukative versus systemische Ansätze*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag, 1991
- Retzer, Arnold. *Familie und Psychose. Zum Zusammenhang von Familieninteraktion und Psychopathologie bei schizophrenen, schizoaffectiven und manisch-depressiven Psychosen*. 1. Aufl. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer, 1994
- Retzer, Arnold. Fortbildung: *Systemische Paartherapie*. Berlin: 30.-31.3.1995
- Retzer, Arnold. Fortbildung: Aufbaukurs: Systemische Psychotherapie. Heidelberg: 1997
- Retzer, Arnold und Fritz Simon. „Therapeutische Schnittmuster“ – Ein Projekt. *Schizophrenie-Therapie II. Familiendynamik* 24, S. 100-114, 1999
- Rosenhan, David. "Die Kontextabhängigkeit psychiatrischer Diagnosen". In: Heinrich Keupp (Hrsg.). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. 1. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1979
- Rosenhan, David. "Gesund in kranker Umgebung" (Orig.-Tit. "On Being Sane in Insane Place", *Science*, Vol. 179, pp. 250-258, 19. Jan. 1973). In: Paul Watzlawick (Hrsg.). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. 6. Aufl. München: Piper & Co. Verlag, 1990
- Satorius, N., R. Shapiro, A. Jablonsky. The International Pilot Study of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 11: 21-35, 1974
- Scharfetter, Christian. *Schizophrene Menschen. Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie, Ich-Psychologie des schizophrenen Syndroms, Forschungsansätze und Deutungen, Therapiegrundsätze. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Manfred Bleuler*. 2. überarb. u. erw. Aufl. München-Weinheim: Urban und Schwarzenberg, 1986
- Scharfetter, Christian. *Schizophrene Menschen. Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie, Ich-Psychologie des schizophrenen Syndroms, Forschungsansätze und Deutungen, Therapiegrundsätze. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Manfred Bleuler*. 2. überarb. u. erw. Aufl. München-Weinheim: Urban und Schwarzenberg, 1986
- Schneider, Kurt. *Klinische Psychopathologie*. 10. unveränd. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1973
- Selvini Palazzoli, Mara [u.a.]. *Die psychotischen Spiele in der Familie*. Übs. Ruth Ensslin-Frey. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992
- Simon, Fritz B. *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Mit einem Geleitwort von Helm Stierlin. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1993
- Simon, Fritz B., Ulrich Clement und Helm Stierlin. *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden*. 5. völlig überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- Stierlin, Helm und Arnold Retzer. Fortbildung: *Psychosetherapie: Stand der Kunst*. Heidelberg 11.-12.7.1996
- Stierlin, Helm. *Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, (1974) 1993
- Stierlin, Helm. *Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1982
- Tölle, Rainer. *Psychiatrie*. 8. neubearb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag, 1988
- Watzlawick, Paul. *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. München: Piper, 1990
- Watzlawick, Paul. *Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation*. 3. Aufl. Bern; Stuttgart; Wien: Hans Huber, 1986

- Weber, Gunthard (Hrsg.). *Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers*. 2. überarb. und erg. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 1993
- Whitehead, Alfred North und Bertrand Russel. *Principia Mathematica*. Vorwort und Einleitungen. Mit einem Beitrag von Kurt Gödel. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1990
- Zubin, J. "Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie". In: Böker/Brenner (Hrsg.). *Bewältigung der Schizophrenie*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 1987

Klaus Mücke, Dipl.-Psych., Psychotherapeut/Supervisor BDP, arbeitet in freier Praxis als Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Fortbildner. Autor des Buches „Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz“, Berlin 1998

Klaus Mücke, Nürnberger Str. 4, 91301 Forchheim, ab Winter 2000 in Potsdam