

**Carl-Auer**



Fritz B. Simon

# **Die andere Seite der »Gesundheit«**

Ansätze einer systemischen  
Krankheits- und Therapietheorie

Dritte, überarbeitete und korrigierte Auflage,

2012

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg/ Schwäbisch Hall)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Dr. Kurt Ludwig (Münster)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Burkhard Peter (München)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Umschlagfoto: © musicorso – Fotolia.com

Satz u. Grafik: Drißner-Design u. DTP, Meßstetten

Printed in the Netherlands

Druck und Bindung: Drukkerij Wilco B. V.

Dritte, überarbeitete und korrigierte Auflage, 2012

ISBN 978-3-89670-817-5

© 1995, 2012 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de).

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten aus der Vangerowstraße haben,  
können Sie unter <http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH  
Vangerowstraße 14  
69115 Heidelberg  
Tel. o 62 21-64 38 o  
Fax o 62 21-64 38 22  
[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

# Inhalt

Danksagung .....	8
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Der Beobachter .....</b>	<b>13</b>
Die Operation des Beobachtens .....	13
Beschreiben, Erklären, Bewerten .....	16
<i>Was macht ein Beobachter mit seinen Unterscheidungen     und Bezeichnungen? .....</i>	<i>16</i>
<b>3. Traditionelle Beobachtungsmuster .....</b>	<b>21</b>
Die Grenzen der Selbstbezüglichkeit – Patient und Therapeut als Beobachter .....	21
Symptome als Zeichen – Die zwei Bereiche der Unterscheidung .....	22
Der Blick ins Dunkle – Imaginäre Täter vs. gestörte Harmonie. ....	25
Erklären vs. Verstehen von Krankheit .....	28
Die Ausgrenzung des Nichtverstehbaren. ....	32
Die Erfindung des Unbewussten .....	34
Die Erklärung therapeutischer Effekte. ....	36
<b>4. Autonome Systeme .....</b>	<b>40</b>
Autopoiese .....	40
Phänomenbereiche und Interaktionsbereiche – Zwischen zusammengesetzten und nichtzusammengesetzten Einheiten .....	44
Medien – Lose und fest gekoppelte Elemente .....	48
Härtere und weichere Realitäten .....	51
Soziale, psychische und organische Systeme .....	54
Exkurs: Verortung des Unbewussten .....	62
Wie lassen sich nun solche unbewussten Prozesse aus Sicht der Theorie autopoietischer Systeme erklären? .....	63

<b>5. Krankheit und Dysfunktion</b> .....	<b>69</b>
Die soziale Definition von Krankheit .....	69
Symptome als Elemente operationell geschlossener Systeme .....	72
Die generierenden Mechanismen von Krankheit .....	75
Überfunktion und Unterfunktion – Systemischer Antagonismus und (Un-)Gleichgewicht .....	77
Interaktionslogik – Die Koordination von Erregung und Hemmung .....	79
Pathogene Muster .....	84
Selbstreparierende Mechanismen .....	86
Die Unterscheidung »akut« vs. »chronisch« .....	89
Wechselbeziehungen strukturell gekoppelter Systeme – Was ist Form, was ist Medium? .....	92
 <b>6. Therapeutische Prinzipien</b> .....	 <b>95</b>
Das therapeutische System – Akute und chronische Dreiecksbeziehungen .....	95
Suppression und Substitution .....	99
Paradoxe Interventionen .....	102
Interventionen in operationell geschlossene Systeme .....	106
 <b>7. Soziale Funktionen von Therapie</b> .....	 <b>109</b>
Die Korrektur von Abweichung .....	109
Symptome als »Probleme« .....	112
 <b>8. Psychiatrie und Psychotherapie</b> .....	 <b>115</b>
»Psychische Krankheit« – Probleme als »Symptome« .....	115
Psychodiagnostik .....	118
Plus- und Minussymptomatik .....	121
Funktionen der Psychiatrie – Substitution und Suppression in sozialen Systemen .....	124
Die Unzugänglichkeit der Psyche .....	127
 <b>9. Systemische Therapie</b> .....	 <b>133</b>
Vorannahmen und Prinzipien .....	133
Positive und negative Zieldefinitionen .....	137
Interventionsmöglichkeiten .....	141
Sprache als Medium der Therapie .....	146

Kontexte . . . . .	148
Wirklichkeitskonstruktionen. . . . .	150
Konflikte . . . . .	152
Parteilichkeit und Neutralität . . . . .	156
Die Einführung der Außenperspektive . . . . .	159
»Psychische Krankheit« – Die Negation von Bedeutung . . . . .	163
<b>10. Therapeutische Strategien . . . . .</b>	<b>166</b>
Die Organisation von Konflikten . . . . .	166
Interventionen bei psychosomatischen Mustern. . . . .	171
Interventionen bei manisch-depressiven Mustern . . . . .	176
Interventionen bei schizophrenen Mustern. . . . .	180
Das therapeutische Paradox . . . . .	184
<b>11. Soziopsychosomatische Hypothesen. . . . .</b>	<b>187</b>
Organismus und Psyche . . . . .	187
Organismus und Kommunikation . . . . .	190
<b>12. Gesundheitsutopien . . . . .</b>	<b>192</b>
Das Streben nach dem unmarkierten Raum, Zustand oder Inhalt. . . . .	192
Gesundheit als Ideal. . . . .	194
Die paradoxen Funktionen des Gesundheitssystems . . . . .	196
<b>Literatur . . . . .</b>	<b>199</b>
<b>Sachregister . . . . .</b>	<b>203</b>
<b>Über den Autor. . . . .</b>	<b>207</b>

# 1. Einleitung

Es gibt wohl kaum ein Thema, über das so viel und gerne gesprochen wird, wie über Krankheit und Gesundheit. Jeder scheint zu wissen, was damit gemeint ist, und jeder scheint betroffen und interessiert. Will man einem Mitmenschen etwas Nettes sagen, so wünscht man ihm Gesundheit. Sie ist ein Wert, der, anders als Geld und Erfolg, über jeden Zweifel und jede Relativierung erhaben scheint. Sie wird als ein Gut geschätzt, das, unabhängig von den aktuellen historischen und gesellschaftlichen Bedingungen, erstrebenswert ist und war. Krankheit dagegen wurde und wird so selbstverständlich als zu bekämpfendes Übel betrachtet, dass die Begriffe *krank* und *schlecht* umgangssprachlich fast austauschbar sind (jemandem wird »schlecht«, er leidet unter »Übelkeit«, und Tumoren werden nach ihrer »Bösartigkeit« sortiert, während Organisationen oder Ideen gelegentlich als »krank« bezeichnet werden). Offenbar ist die Unterscheidung von *krank* und *gesund* derart eng mit der *Conditio humana* verbunden, dass es relativ leicht erscheint, einen grundsätzlichen Konsens über ihre Bewertung zu erzielen. Doch er erweist sich als brüchig, wenn die Begriffe *krank* und *gesund* mit konkreten Inhalten gefüllt werden. Sind chronische Müdigkeit und Arbeitsunlust Symptome einer Krankheit? Wie ist es um Homosexualität oder andere sexuelle Vorlieben bestellt, Halluzinationen und Visionen, zu hohe oder zu niedrige Laborwerte, Abweichungen vom physiologisch oder anatomisch Üblichen, Verhaltensauffälligkeiten, Sprachstörungen, Liebeskummer, ungewohnte Blutdruckwerte? Ist schlichtes Unglück eine Krankheit? Hier gehen die Beschreibungen und Bewertungen der Beobachter offenbar weit auseinander, und sie variieren zeit- und kulturabhängig.

Ähnliches gilt für den Gebrauch der Begriffe Heilung und Therapie. Jeder scheint zu wissen, wovon er spricht, ... bis man nachfragt. Was sind die definierenden Merkmale von Therapie? Kann man jemanden aus Versehen therapieren? Oder, sicher noch relevanter, kann man als »Heiler« – welcher Art auch immer – überhaupt heilen? Sind die Modelle und Konzepte, die zur Beschreibung und Erklärung körperlicher Gesundungsprozesse entwickelt worden sind, auf psychische oder gar soziale »Krankheiten« übertragbar? Ist Heilung etwas Geistiges oder etwas Körperliches? Und ist die Suche nach »dem Heil«

gleichzusetzen mit dem Wunsch nach Gesundheit? Was ist der Unterschied zwischen religiösen Heilsversprechen und medizinischen, zwischen der Funktion von Priestern und Therapeuten? Auch hier eröffnet sich ein Raum für kontroverse, im Allgemeinen stark weltanschaulich gefärbte, Diskussionen von philosophischer und politischer Brisanz.

Es gibt, wenn man es nüchtern betrachtet, keine konsensfähige wissenschaftliche Gesundheitstheorie. Auch die »Weltgesundheitsorganisation« liefert nur eine sehr fragwürdige Definition dieses werbewirksamen Begriffs, dem sie ihren programmatischen Namen verdankt, wenn sie »den Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« darunter verstanden wissen will (Brockhaus Enzyklopädie 1969, Bd. 7, S. 249).

Dies ist sicher keine Definition, deren Kriterien einigermaßen operationalisierbar und überprüfbar wären; sie klingt eher wie das Heilsversprechen einer Diesseits-orientierten Sekte oder einer politischen Partei, die früher oder später Schwierigkeiten mit einem radikalen Flügel entwickeln wird.

Folgen wir der Feststellung Wittgensteins (1971, § 33), dass der Gebrauch die Bedeutung der Worte bestimmt, so ist es eines der charakteristischen Merkmale des Diskurses im und über das Gesundheitswesen, dass er über einen höchst windig definierten Gegenstandsbereich erfolgt (was sich beispielsweise an der euphemistischen Sprachverwirrung zeigt, dass vom »Gesundheitswesen« gesprochen wird, wo es eigentlich um die Behandlung von Krankheiten geht). Dies dürfte auch einer der Hintergründe der Kostenexplosion im Gesundheitswesen sein: Gesundheit wird einerseits zum nicht hinterfragbaren Wert, ja, zum Grundrecht erhoben, doch es bleibt völlig unklar, was im Einzelfall als krank oder gesund zu bewerten ist. Wie können die Kosten für das Gesundheitssystem begrenzt werden, wenn jeder das Recht auf die beste Behandlung hat, es aber keine überprüfbaren Kriterien der Unterscheidung von notwendigen und überflüssigen therapeutischen Maßnahmen gibt. Und wie sollte es die geben, wenn die Grenze zwischen krank und gesund verwaschen ist.

Aus dieser Situationsbeschreibung ergeben sich Thema und Programm dieses Buches: Ausgehend von einer Theorie der Beobachtung, soll versucht werden, eine Krankheitstheorie zu entwickeln, aus der sich eine praxisrelevante Therapietheorie ableiten lässt. Ziel ist, die verschiedenen psychischen, organischen und sozialen Aspekte, die mit dem Gebrauch der Begriffe *Krankheit* und *Gesundheit* assoziiert sind,



zu analysieren. Das zugrunde gelegte Paradigma liefert die sogenannte »Kybernetik zweiter Ordnung« (von Foerster 1974), d. h. die Form der Kybernetik und Systemtheorie, welche die Beziehung und Interaktion zwischen dem Beobachter und dem von ihm beobachteten System in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt.

Diese Beobachterzentrierung erscheint dem Thema angemessen, da »Kranke« und »Gesunde«, »Patienten« und »Therapeuten« immer auch Beobachter sind, die sich oder andere, ihre eigenen oder fremde Körper sowie deren Zustände und Verhaltensweisen beschreiben. Bestimmte Phänomene werden von ihnen als krank oder gesund unterschieden und bezeichnet, es werden Erklärungsmodelle für ihre Entstehung konstruiert und, der Logik dieser Erklärungen gemäß, Maßnahmen ergriffen, welche Heilung versprechen. Will man die (Be-)Handlungsweisen von Patienten und Therapeuten verstehen, so muss man ihre Krankheits- und Gesundheitskonzepte kennen.

Doch es erscheint wenig sinnvoll, sich in der Analyse allein auf die Methoden der Beobachtung zu beschränken, da sie – aus der Perspektive des Beobachters des Beobachters gesprochen – nicht in einem geradlinig-kausalen Sinne bestimmen, was beobachtet wird. Die Phänomene, die schließlich »krank« oder »gesund« genannt werden, sind weitgehend durch die Struktur und Dynamik anderer, autonomer Systeme – organischer, psychischer oder sozialer Natur – determiniert. Insofern soll neben einer Theorie der Beobachtung ein zweites theoretisches Modell einbezogen werden: die Theorie autopoietischer Systeme. Sie kann, angesichts ihres hohen Abstraktionsgrades auf unterschiedliche materielle Gegenstandsbereiche angewandt werden.<sup>1</sup>

Der Plan ist also, beim Beobachter zu beginnen und zu analysieren, nach welchen Gesetzmäßigkeiten er welche Phänomene als »krank« oder »gesund« definiert. In einem zweiten Schritt soll dann ein systemtheoretisch fundiertes Modell von Krankheit und Gesundheit entworfen werden. Zweck dieses ganzen Vorspiels ist es, eine allgemeine Therapietheorie zu formulieren, aus der Behandlungsrichtlinien, d. h. Prinzipien für die Intervention in körperliche, psychische oder soziale Systeme, ableitbar sind. In einem dritten Schritt sollen diese allgemeinen Prinzipien dann konkretisiert und auf die systemische (Familien-)Therapie angewandt werden. Es wird eine Logik der Strategien für Interventionen in soziale Systeme, d. h.

<sup>1</sup> Für eine ausführliche Darstellung dieser systemischen Konzepte und ihrer Bedeutung für die Entwicklung einer klinischen Erkenntnistheorie siehe Simon (1990 u. 1993).

in die Interaktions- und Kommunikationsmuster von Familien, entwickelt. Im Mittelpunkt des Interesses stehen dabei speziell Familien mit psychosomatischen, manisch-depressiven und schizophrenen Symptombildungen.

Den Abschluss bilden Überlegungen zur Wirkung von Gesundheitsutopien, die sich aus der Logik der Unterscheidung krank/gesund ergeben.

Anzumerken bleibt noch, dass die Interventionsprinzipien, die hier für die Therapie entwickelt und am Beispiel familiärer Kommunikationsmuster dargestellt werden, auch die Interventionen in größere soziale Systeme leiten können. Organisationskulturen zeigen zum Beispiel analoge Muster der Kommunikation wie die hier exemplarisch skizzierten Familien (vgl. Simon et al. 1992). Auch Kulturen formen sich selbstorganisiert und binden ihre Mitglieder, ohne dass ihnen ein spezieller sachlicher Sinn jenseits der Beziehungs- bzw. Sozialdimension der Kommunikation zugeschrieben werden könnte (vgl. Simon 2007). Wer als Führungsfigur oder Organisationsberater in der Lage ist, die Analogien und Isomorphien zwischen den Unterscheidungen »krank/gesund« und »ist/soll« bzw. »dysfunktionell/funktionell« zu sehen, der sollte in der Lage sein, einige der hier skizzierten Interventionsprinzipien auf seine eigene Tätigkeit zu übertragen.