

**Gerhard Dieter Ruf**

# **Einführung in die systemische Psychiatrie**

**2013**

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

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

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel  
Satz: Verlagsservice Hegele, Heiligkreuzsteinach  
Printed in the Czech Republic  
Druck und Bindung: FINIDR, s. r. o.

Erste Auflage, 2013  
ISBN 978-3-89670-852-6  
© 2013 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. 0 62 21-64 38 0  
Fax 0 62 21-64 38 22  
[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

## 1 Die Entwicklung der systemischen Psychiatrie

Als ich vor vielen Jahren als Assistenzarzt in einer psychiatrischen Klinik tätig war, reichte das Geld im Gesundheitswesen aus, um für Langzeitpatienten Stationsurlaube in einem Ferienheim im Grünen zu finanzieren. In diesen Freizeiten geschahen manchmal Wunder: Chronifizierte Patienten zeigten Fähigkeiten, die ihnen niemand zugetraut hätte; sie waren plötzlich selbstständig, aktiv und hatten Antrieb. Wie war das zu erklären? Was passierte mit den Genen und dem Dopaminstoffwechsel der Patienten? Oder stand ihre Antriebsarmut in Zusammenhang mit den Lebensbedingungen, vielleicht als Folge fehlender Optionen und Sinnangebote in ihrem Leben?

Die Suche nach Antworten auf diese Fragen führte mich zur systemischen Therapie. Hier wurden über narrative Methoden neue, ressourcenorientierte Sichtweisen eingeführt und der Einfluss des Willens auf psychiatrische Symptome vergrößert. Wenn Betroffene an einer Erweiterung ihrer Denk- und Handlungsspielräume interessiert waren, ergaben sich oft verblüffend rasch Verbesserungen der psychischen Symptomatik. Zu meiner Überraschung machte ich aber auch immer wieder die Erfahrung, dass meine Ideen auf Desinteresse und Unverständnis stießen. Ressourcenorientierte Ideen waren nicht immer gewünscht, und die defizitorientierte Diagnose einer psychischen Erkrankung gab Patienten und Angehörigen eine Erklärung, mit der sie gut leben und Hilfen des Sozial- und Gesundheitswesens in Anspruch nehmen konnten, ohne sich für die vorliegenden Probleme schuldig fühlen zu müssen. Bei meinen Vorträgen und Seminaren erlebte ich eine ähnliche Polarisierung. Während viele Fachleute von der Leichtigkeit systemischen Denkens und Handelns fasziniert waren, fühlten sich andere

in ihrer Helferrolle nicht genügend gewürdigt, wenn das Denken in Krankheitskategorien hinterfragt wurde.

Die Einordnung nicht verstehbaren Verhaltens als Krankheit stellte in der historischen Entwicklung einen großen Fortschritt dar, nachdem man in früheren Jahrhunderten Betroffene als Hexen verbrannt, in Ketten gelegt und mit der Unterstellung von Böswilligkeit gezüchtigt hatte. Schließlich nahm sich die Medizin dieser Menschen an, billigte ihnen eine Krankenrolle zu und entlastete sie von Verantwortung für ihr Handeln (Kraepelin 1917/2006). Die psychiatrische Forschung fokussierte seitdem auf die Untersuchung von organischen oder psychischen Defiziten und entwickelte Krankheitstheorien, bei denen Funktionsdefizite als Erklärung der psychischen Störungen im Mittelpunkt standen.

In den 70er- und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts entstanden neue Erklärungsmodelle. Man erforschte die Kommunikation in Familien mit einem psychisch kranken Mitglied und fand, dass psychiatrische Symptome in ihrem sozialen Kontext einen Sinn ergeben und sich als Ressource erweisen können. Aus der Familientherapie heraus wurden seitdem systemische Konzepte und Therapieverfahren bei verschiedenen psychischen Störungen entwickelt. Die Systemtheorie Luhmanns (1984) und der radikale Konstruktivismus (von Glasersfeld 1997) lieferten dafür die theoretischen Grundlagen.

In den folgenden Jahren wurden systemische Ansätze bei psychiatrischen Störungen vor allem durch die Mailänder Gruppe um Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al. 1975, 1999) und die Heidelberger Gruppe um Stierlin (Stierlin 1981; Simon 1988, 1990; Retzer 1994; Schweitzer u. Schumacher 1995) weiterentwickelt und gewannen an Bedeutung. Im Jahr 2005 entstand mein Lehrbuch der systemischen Psychiatrie (Ruf 2005). Mit dem SYMPA-Projekt führte die Arbeitsgruppe um Jochen Schweitzer systemisches Arbeiten in die Akutpsychiatrie ein (Schweitzer u. Nicolai 2010). Eine am skandinavischen Modell (Seikkula et al. 2003; Seikkula u. Olson 2006)

orientierte und dem systemischen Ansatz nahestehende integrierte Versorgung wurde von Thomas Bock vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf initiiert (vgl. Lambert, Bock et al. 2010). Systemische Therapie wurde im Jahr 2009 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie wissenschaftlich anerkannt (Wissenschaftlicher Beirat 2009) und ist damit auch als Therapieverfahren bei der Facharztausbildung Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie in Baden-Württemberg zugelassen.

So stehen nun defizitorientierte Krankheitsmodelle der klassischen Psychiatrie und ressourcenorientierte Sichtweisen als unterschiedliche Konstrukte nebeneinander. Ich möchte eine systemische Metaposition einnehmen und das defizitorientierte wie auch das ressourcenorientierte Modell psychischer Störungen als Wirklichkeitskonstruktionen sehen, die an ihrer jeweiligen Nützlichkeit gemessen werden. Die Entscheidung über die Nützlichkeit trifft letztendlich der Patient.

Wenn ein depressiver Mensch sich aus dem sozialen Umfeld zurückzieht, könnten eine genetische Neigung zu depressiven Reaktionen und geringe soziale Kompetenzen als Defizit eingeordnet werden, während seine Fähigkeit, durch den Rückzug Stress zu reduzieren und Hilfen durch die Familie zu aktivieren, eine Ressource darstellt; wenn er Unterstützung durch das Gesundheitswesen erwartet, braucht er eine defizitorientierte Diagnose; falls er aber aktiv an einer Verbesserung seiner Problemlösekompetenzen mitarbeiten möchte, sollte er eine ressourcenorientierte Therapie machen.

Die *systemische Psychiatrie* ist in ihrer *Metaposition* neutral bezüglich verschiedener Konstrukte über psychische Störungen. Sie distanziert sich aber von dem Absolutheitsanspruch mancher Vertreter einer biologischen Psychiatrie. Dass das vorliegende Buch fast ausschließlich die ressourcenorientierte

Position beschreibt und konventionelle Theorien und Behandlungen kaum erwähnt, soll diese Konstruktneutralität (Retzer 2004, vgl. S. 37) nicht infrage stellen. Weil es schon unzählige Bücher über die klassische Psychiatrie gibt, sollen hier die neuen, ressourcenorientierten Sichtweisen und Vorgehensweisen beschrieben werden.

Man kann bei psychischen Störungen eine *multifaktorielle Genese* im biologischen, psychischen und sozialen System mit komplex verwobenen Ursache-Wirkungs-Beziehungen annehmen. Anlagebedingte Faktoren, Denkprozesse und soziale Belastung oder Unterstützung wirken zusammen. Beispielsweise werden psychische Probleme und Störungen durch die Wirklichkeitskonstruktionen (vgl. S. 19) der Betroffenen über die jeweilige Störung und über entsprechende Hilfsmöglichkeiten beeinflusst; sozialer Stress bedingt eine Ausschüttung von Stresshormonen und damit Schlafstörungen bis hin zu depressiven Störungen mit der Folge von vermehrtem Stress; die psychische Störung eines Mitglieds belastet die Familie, und die Reaktionen der Familie wirken auf die psychische Störung. Im vorliegenden Buch werden die biologischen Prozesse weitgehend ausgeklammert und zirkuläre Prozesse im psychischen und sozialen System als störungsspezifische Muster beschrieben, die in charakteristischer Weise zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Das systemische Vorgehen fokussiert auf die *Wirklichkeitskonstruktionen* der Betroffenen, spiegelt ihnen metaphorisch solche zirkulären Prozesse und bietet alternative Wirklichkeitskonstruktionen an. Diese neuen Sichtweisen können Veränderungen beim Betroffenen und bei der Familie anstoßen und sollen ihnen zu besseren Lösungen für ihre Lebensprobleme verhelfen.

Dieses Buch stellt eine Einführung in die systemische Psychiatrie dar, soll einen Überblick geben und dem Leser Lust machen, sich vertiefend mit dem Thema zu beschäftigen, an dem kaum ein Berater oder Therapeut vorbeikommt. Wer eine detailliertere Information zu den verschiedenen Störungsbil-

dern und zu systemischen Interventionsmöglichkeiten sucht, dem empfehle ich eine Vertiefung des Stoffes in meinem Lehrbuch (Ruf 2005).

Noch eine Anmerkung zum Schreibstil: In medizinischen Kontexten sind die Begriffe Patient oder Patientin, in sozialpsychiatrischen Kontexten Klient oder Klientin geläufiger. Ich verwende der Einfachheit halber diese Begriffe weitgehend synonym. Bei der Verwendung der männlichen Form ist immer die weibliche Form mitgemeint, bei der Verwendung der weiblichen Form auch die männliche, sofern dies nicht durch den Kontext ausgeschlossen ist.

immer wieder überprüft werden: »Wie könnte ich es erreichen, dass Ihr Mann glaubt, ich stehe eher auf Ihrer Seite? Was müsste ich tun, damit Ihre Frau denkt, ich würde für Sie Partei ergreifen? Wer von Ihnen wird es mir als Erster bekannt geben, wenn er mich als parteilich erlebt?« Der Therapeut kann sich das Versprechen geben lassen, dass die Beteiligten es äußern, wenn sie ihn nicht mehr als neutral erleben. Durch Stellen zirkulärer Fragen und durch Vermeiden von Antworten stört der Therapeut die Wirklichkeitskonstruktion der Familie, es gäbe objektiv richtige Sichtweisen und Positionen. Ähnliches wird durch gesplittete Botschaften (Teamsplitting) erreicht: »Wir haben gerade im Team über Ihr Problem diskutiert und konnten uns nicht einigen; ein Teil der Kollegen meinte, Sie sollten ...; andere Kollegen hielten das aber für falsch und empfahlen stattdessen ...« Eskalierenden Konflikten mit den damit einhergehenden massiven Affekten kann man durch Herstellen einer Außenperspektive begegnen: »Angenommen, ich würde den besten Freund Ihrer Familie fragen, wie er Ihre Beziehung sieht, was würde er mir sagen? Angenommen, ein Kameramann hätte bei Ihnen einen Film gedreht, was wäre jetzt auf dem Film zu sehen?« Wenn der Therapeut bei Konflikten Extrempositionen besetzt, kann der Patient oder seine Familie leichter mittlere Positionen einnehmen: »Was halten Sie für wahrscheinlicher: dass Ihre Frau Sie umbringt oder dass Sie Ihre Frau umbringen?«

### 3.8 Depression

Bei der *Depression* mit gedrückter Stimmung, Antriebsmangel und Lustlosigkeit ist die Annahme einer Angst vor Schwäche und depressiven Verstimmungen ein hilfreiches und im Gespräch anschlussfähiges Konstrukt.

Bei Patienten mit der Diagnose einer Depression führen Folgen einer erlernten Hilflosigkeit (Seligman 1992) und extrem hohe Erwartungen (»depressogene Grundannahmen«, Beck



1986) an sich selbst zwangsläufig zu Frustration und Versagensgefühlen. Sie überlasten sich bis zur Erschöpfung und werden schließlich durch die Depression quasi zur Ruhe gezwungen, die sie sich dann wegen des Krankheitsetiketts ohne Gesichtsverlust gönnen können. Ein *Depressionskreislauf* (Ruf 2005) kann bei leichten Verstimmungen in die Depression führen: Wenn man sich einmal schlechter fühlt und nun die Idee hat, das sei der Beginn einer Depression, fühlt man sich natürlich noch schlechter; das bestätigt die Idee, dass eine Depression beginnt, sodass man sich noch mehr deprimiert fühlt usw.

*Therapeutisch* hilft es, den Blick auf das familiäre System zu erweitern und nach dem Sinn der Depression zu fragen, also den Nutzen eines positiv konnotierten depressiven Rückzugs zu besprechen: »Was hat sich alles dadurch gebessert? Welche Auswirkung hat die Depression auf den familiären Streit?« Man kann das Symptom verschreiben: sich in bestimmten Situationen depressiv zu zeigen, auch wenn man gar nicht depressiv ist. Um eine aktive Einstellung der meist passiven Patienten hervorzurufen, sollte der Therapeut eher die passive Seite besetzen: »Ist die Zeit für eine mit Anstrengung verbundene Veränderung schon gekommen? Wäre es eher angebracht, in einer Klinik versorgt zu werden, um dort Kraft schöpfen zu können?«

Herr M., ein 48-jähriger Betriebswirt, der erfolgreich in einem Konzern arbeitete, hatte vor Jahren schon zwei depressive Phasen und kam dann bei der dritten Phase in noch depressivem Zustand nach der Klinik zu mir. Sein Wunsch war eine Psychotherapie zur Verbesserung seiner beruflichen Leistungsfähigkeit und zur Wiedereingliederung. Er arbeitete überaus gewissenhaft und perfektionistisch bis zur Erschöpfung. Durch die Erschöpfung kam er in die Depression, war dann weniger belastbar, konnte weniger arbeiten und versuchte, das durch noch mehr Engagement

auszugleichen, was wiederum die Erschöpfung verstärkte. Problematisch und potenziell problemverstärkend erschien sein geäußertes Therapieziel: Ich solle durch Psychotherapie seine Leistungsfähigkeit verbessern. Mit meinem Therapieangebot führte ich deshalb einen relevanten Unterschied ein: »Ich bin nicht überzeugt, dass das Ziel, das Sie vorgeben, gut für Sie ist. Es könnte auch sein, dass es nicht gut für Sie ist, an diesem Arbeitsplatz wieder volle Leistung zu erbringen, weil das Erschöpfungsrisiko dort sehr groß ist. Möglicherweise war die Depression hilfreich, indem sie Sie vor Schlimmerem, wie zum Beispiel einem Herzinfarkt, geschützt hat. Deshalb kann ich Ihren Auftrag einer Psychotherapie zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und zur beruflichen Wiedereingliederung nicht annehmen. Ich würde Ihnen aber eine Therapie anbieten mit dem Ziel, eine bessere Lösung für Ihr Leben zu finden, egal, wie sie aussehen mag, mit oder ohne Arbeit.« Indem ich vorschlug, er könne sich im Notfall wieder in die Depression zurückziehen, gab ich implizit zu verstehen, dass ein Einfluss auf die Depression möglich sei. Wegen seines Perfektionismus empfahl ich ihm, bewusst kleine Fehler in anonymer Umgebung zu üben, z. B. sich an einer Warteschlange vorbeizudrängen. Ich sprach mit ihm durch, ob es besser sei zu sagen »Ich brauche Ruhe!« oder zu sagen »Ich will arbeiten, aber die Depression bremst mich!« Die zweite Aussage könnte bei der Familie oder beim Arbeitgeber vielleicht besser ankommen als die erste. Folgende spielerische Übung sollte er vorher mit seiner Frau absprechen: Er solle sich ab und zu depressiv zeigen, auch wenn er nicht depressiv sei; seine Frau solle danach raten, ob dies echt oder gespielt sei. Er führte die Aufgabe nicht durch, wurde trotzdem stabiler und konnte einen anderen Arbeitsplatz mit weniger Stress und geringerem Verdienst erhalten.

Eine Anerkennung des Opfers, das der Betroffene durch sein Engagement für die Familie erbringt, ist wichtig und kann in einem Opferritual verdeutlicht werden.

Eine 30-jährige Patientin mit mehreren depressiven Episoden in der Vorgeschichte wurde von ihren Schwiegereltern nicht respektiert, mehrfach verbal attackiert und in ihrer Kompetenz als Mutter massiv abgewertet. Trotzdem hielt sie ihrem Mann und dem siebenjährigen Sohn zuliebe den Kontakt zu ihnen aufrecht. Ihren Ärger über die Schwiegereltern bekam der Sohn zu spüren, indem sie ihn »ungerecht« behandelte. Ich gab ihr die Aufgabe, zu Hause eine Kommode zu einem Altar umzugestalten, die Bilder ihres Mannes und des Sohnes daraufzustellen und täglich davor zu sich zu sagen: »Ich stelle meine Bedürfnisse nach einem Bruch mit den Schwiegereltern zurück, mache gute Miene und opfere mich, um die Harmonie mit euch zu erhalten.« In der folgenden Sitzung berichtete sie von einer Besserung ihres Umgangs mit dem Sohn, weil sie sich jetzt klargemacht habe, dass sie sich für das Zurückstellen ihrer Bedürfnisse bewusst entschieden habe; sie sei nun weniger ungerecht und halte sich immer wieder vor: »Ich will das.«

### **3.9 Bipolare affektive Störungen**

Patienten mit der Diagnose einer bipolaren affektiven Störung und phasenweise depressivem Rückzug oder aufgedrehtem manischem Verhalten sind der therapeutischen Deutung einer besonderen Angst vor Verlust oder Trennung von der Familie meistens gut zugänglich.

Wegen der Idee, Konflikte würden Beziehungen zerstören und man sei ohne Familie nicht lebensfähig, vermeidet man Konflikte und geht bei Meinungsverschiedenheiten oft einen Pseudokonsens ein. Dadurch lernt man natürlich auch nicht,