

"Von der Behandlung zur Entwicklung" – Chancen des Systemischen Denkens für die Psychotherapie des aktuellen Versorgungssystems ("From Treatment to Development" - Opportunities of Systemic Thinking for Psychotherapy in the Current Care System)

Anne M. Lang – AML Institute Bonn

Zusammenfassung

Der Artikel betrachtet mit systemischem Blick die aktuelle Ausübung von Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz 1999. Systemische Therapie ist seit 2008 wissenschaftlich anerkannt und seit Sommer 2021 Richtlinien therapie. Ihre essentiell eigene Denk- und Vorgehensweise kann aber über die Anwendung in der Therapiesitzung hinaus auch auf die gesamte Ausübung von Psychotherapie im Gesundheitssystem bezogen werden. Dafür zeigt sie Erweiterungen auf und gerade das kann als Gewinn für die Psychotherapie und ihren Kontext betrachtet werden.

Abstract

This article takes a systemic look at the current practice of psychotherapy under the Psychotherapists Act [Psychotherapeutengesetz] 1999. Systemic therapy has been scientifically recognized since 2010 and has been a guideline therapy [Richtlinientherapie] since summer 2021. However, its essential unique way of thinking and proceeding can be applied beyond the application in the therapy session to the entire practice of psychotherapy in the health care system. Systemic therapy in general makes extensions visible and just this can be seen as a gain for psychotherapy and its context.

Von den inhaltlichen Entwicklungen der Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz

In seinem Artikel „Das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: was wir gemeinsam erreichen konnten“ im Psychotherapeutenjournal (Ausgabe 4/21) führt Dieter Best 20 Jahre nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 detailliert und beeindruckend dessen Hintergründe, Konsequenzen und die dadurch gewachsenen organisatorischen und verwaltungsmäßigen Strukturen aus (Best, 2021).

Der folgende Artikel vollzieht nun entsprechend die aus dem Gesetz erwachsene inhaltliche Entwicklung in Psychologie und Psychotherapie der letzten 50 Jahre nach.

Er betrachtet die aktuelle Psychotherapieausübung aus einer übergreifenden systemischen Perspektive. Und damit steht dieser Artikel auch im Zusammenhang mit der Einführung systemischen Denkens als neues Richtlinien-Verfahren „Systemische Therapie“ ins Kassensystem.

Er stellt in keinem Falle die beschriebenen Errungenschaften des Psychotherapeutengesetzes und der psychotherapeutischen Versorgung in Frage. Er enthüllt aber die systemisch durch diese Strukturen und die Integration in das medizinische Rahmensystem entstandenen, spezifischen Nachteile auf die inhaltliche Ausübung der Psychotherapie.

Für wen ist dieser Artikel geschrieben? Antwort: Für die Psychotherapeut*innen als Lesende des Psychotherapeuten-Journals, aber auch für die massgeblichen Verantwortungstragenden, d.h. Lehrende, Krankenkassen, Politiker*innen.

Wozu ist er geschrieben? Antwort: Es geht um die inhaltliche Bilanz der aktuellen Versorgungssituation aus der Praxis von mir, einer Kollegin, VT-, TP-, ST-Fachkundigen, die seit 1977 praktiziert; seit 1980 mit systemischer Psychotherapie und auch darin weiterbildet und supervidiert; die aber eben auch in den Supervisionen und Weiterbildungen auf Kolleg*innen der anderen Fachkunden und ihre Ausübungspraxis trifft.

Aus diesen Einschätzungen ergibt sich ein Bedarf an Erweiterung des Verständnisses von Psychotherapie, damit sie wirken kann. So ist Systemische Psychotherapie mit ihrer systemischen Konzeption nicht in dem aktuellen Richtlinien-Rahmen der Kausalität, Fremddiagnostizierung und Einpersonen-Behandlung realisierbar und wird also auch im aktuellen System nicht realisiert. Mit der Einpassung in ein altes Rahmensystem der Richtlinien wird der eigentliche systemische Input gekappt. Gerade ihr Input wäre aber eine systemeigene Neu-Ausprägung einer Psychotherapie, die sich auf Entwicklung ausrichtet. Das wäre der Gewinn für die Ausübung von Psychotherapie, den systemisches Denken und Vorgehen einbringen kann. Denn mit der bisherigen Psychotherapie haben wir noch zu wenig überzeugende Ergebnisse. Als Psychotherapieforscher kommt Falk Leichsenring auf ernüchternde Ergebnisse und berichtet aus Meta-Analysen, bei denen nur etwa die Hälfte der unter psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung stehenden Personen davon profitieren (Bühning, 2018).

Worum geht es? Antwort: Es geht darum, wie Psychotherapie ausgeübt wird. Anlass ist, dass nun Systemische Therapie als Kassenleistung für Patient*innen abrufbar ist, dass sie dann aber, unter herkömmlicher Anwendung der Pathologieausrichtung, nicht mehr mit ihren eigentlichen Essenzen vereinbar ist.

Gerade neue Modelle, wie die des systemischen Denkens, benötigen auch eine Erweiterung zur Ausübung in der Psychotherapie. Sie haben Konsequenzen darauf, wie Psychotherapie gedacht, belegt, gelehrt und dann durchgeführt wird. Dies zunächst in der Sicht von Psychotherapie durch Fachleuteseite, d.h. Psychologische Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen und später auch, durch ihre eigene erworbene Psychotherapie-Erfahrung, seitens der Patient*innen.

Warum ist die Situation schwierig? Antwort: Die systemischen Inhalte beschäftigen sich mit komplexem Denken und sind nicht evident zum üblichen kausalen Denken. Sie sind nicht

kompatibel zum Symptomdenken an Einzelpatient*innen, nicht mit Einzeldiagnostik oder Einzelbehandlung, nicht mit fester Fremdtherapieplanung und Prognose im üblichen Vorgehen im Gesundheitswesen. Vielmehr wird eine Symptomatik als in den Interaktionen eines Systems mit entstehend und mit aufrechterhaltend gesehen. Deren Auflösung geschieht durch Anregung in erweiternde Entwicklungsprozesse, Betrachtung der äusseren Gesamtlage und der des Kontextes, der Ausnahmen, anderen Perspektiven und mithilfe von Framing. Diese Sichtweisen verhindern eine weitere Verfestigung durch zusätzliche intrapsychische Problem-Pointierung. Sie ermöglichen Wachstum in Ressourcen. Systemische Inhalte benötigen daher ein neues Herangehen in der Psychotherapie:

- „Weg von der Pathologie-Einordnung hin zur Entwicklungs-Ausrichtung.“
- „Weg vom Arbeiten im „Problemfokus“ hin zum Arbeiten im „Bewältigungsfokus.“
- „Weg vom Input-Behandeln hin zum Evozieren von Ressourcen, Veranlassen von Entwicklung.“

Welche Chancen entstehen durch die Auseinandersetzung mit Systemischen Inhalten?

Antwort: Dadurch erweitert sich die Ausübung von Psychotherapie und es kommen neue fachliche Ideen in das Gebiet der Psychotherapie. Systemische Therapie ist mehr als nur eine weitere Richtlinien-Psychotherapie, die die gleichen Rahmenbedingungen wie die anderen Richtlinien-Verfahren teilt. Sie läßt sich nur reduziert unter Richtlinienbedingungen erfassen. Sie hat aber das Potential, Psychotherapie als eigene Disziplin wieder breiter aufzustellen, im Gegensatz zu einer auf einfache Input-Behandlung reduzierte Psychotherapie. Das in einer Psychotherapie nötig zu Entwickelnde ist immer bei dem*der Patient*in selbst anzusiedeln. Die Psychotherapie stellt dafür – lediglich und dennoch essentiell notwendig – professionell und kompetent einen Rahmen, in dem das überhaupt geschehen kann.

Jetzt, nach der Psychotherapeuten-Reform, da es zum Universitätsstudium kommt, ist ihre Philosophie und Konzeption aufzugreifen und hier einzubeziehen.

Geht es um Unterschiedsbildung oder Anschlussfähigkeit zu Kolleg*innen zu dem bisherigen Krankenkassen-Vorgehen? Antwort: Psychotherapie als Thema ist auch in einer Entwicklung und in einem Prozess; Psychologie und Psychotherapie können keine fertigen Wissenschaften sein. Sie entwickelt sich mit menschlichem Denken weiter. Unterschiede werden klarer; eine vorschnelle Integration verwischt eher die Unterschiede im Denken und Vorgehen.

Geht es um Integration? Es wird sicherlich eine Entwicklung über Integration hinsichtlich der Verbreitung geben. In Anlehnung an das im neuen ICD-11 vorgenommene andere Denken über Persönlichkeitsstörungen – eine unbeachtete Revolution – sagen Sabine Herpertz, ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie an der Universität Heidelberg, und Babette Renneberg, Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der FU Berlin, dass eine solche Entwicklung, ein kategoriales Diganosedenken von Persönlichkeitsstörungen aufzuheben und das dimensionale Denken in den Köpfen der Psychiater*innen zu verankern mindestens fünf bis zehn Jahre bräuchte (Hubert, 2022). Hier konnten erstaunlicherweise aktuell und überraschend im ICD-11 die Persönlichkeitsstörungen gestrichen werden. Sie konnten einfach so gestrichen werden, obwohl sich auf sie bestimmte Psychotherapiekonzeptionen und Vorgehen berufen, darauf aufbauen und damit suggestiv unterwegs waren und noch sind.

1. Historie: Das PT-Gesetz und seine Folgen für die Psychotherapie als Behandlung für psychische Störungen

Mit dem PT-Gesetz wurde angestrebt, die Psychologie als (naturwissenschaftliche) Wissenschaft besser im Kreise der Wissenschaften zu etablieren. Das ist gelungen. Dabei ist allerdings die Frage, ob das medizinische Denken bei einer Materie, wie es die Psychotherapie ist, eine passende Vorgehensweise ist bzw. was dabei herauskommt, wenn Psychotherapie evidenzbasiert-naturwissenschaftlich angegangen wird. Psychologische Studien sollten zu Interventionen, Psychoedukation und Ableitungen führen. Man wollte die

psychotherapeutischen Fragen *wie entstehen Störungen und wie sind sie zu beheben* analog in der Medizin und auch hier verständlich aufstellen. Es entstand die Interventionsvorgehensweise mit standartisierten Input-Tools. Das aber wird wiederum dem, worum es bei menschlicher Veränderung, Entwicklung, Gesundung geht, nicht gerecht. Man wollte unter dem Dach einer Psychotherapieart, der „Verhaltenstherapie“, alles sammeln können, was in der Psychologie geforscht, gefunden, erfunden wurde. Für diese Absicht aber musste dementsprechend sogar die Verhaltenstherapie nachträglich in verschiedenen „Wenden“ angepasst werden. Grundsätzlich geändert hat das die Interventionsidee als Behandlung nicht. Vorgehen ganz anderer systemischer Denk-Ausrichtungen und Komplexität wurden zu Tools integriert, zum Teil mit neueren Namen, z.B. Mentalisierung für Reframen, Konnotieren, Arbeit mit Glaubensannahmen als Schematherapie usw. Wie man an diesen Beispielen sehen kann, geht das nicht stimmig vermittelbar ohne ihren eigentlichen konstruktivistisch-systemischen Hintergrund.

Was ich in der Praxis, auf Tagungen, in der Aus- und Weiterbildung und bei Supervisionen beobachte, ist, dass dadurch ein Vorgehen entsteht, was ich als das *Anwenden von Tools zur Problembhebung* bezeichne.

Braucht aber Psychotherapie mehr als das und eher eine pointiertere Arbeit mit dem Ausrichtungspotential des*der Patient*in? „Ausrichten auf Entwicklung“ wäre ein anderes psychotherapeutisches Agens als „Behandeln des Problems.“ Geht es doch in der Psychotherapie um auf weiteres Leben der Patienten einflussnehmende Prozesse und nicht um eine punktuelle Krankenbehandlung. Sobald man anfängt, Psychotherapie-Indikationen eben nicht als Krankenbehandlung zu sehen, sondern als Förderung von Entwicklung von Menschen und ihren Systemen, brauchen wir aber andere Instrumente. Können wir so vermeiden, dass zu viele Patient*innen Mehrfachtherapien zu denselben Krankensymptomen durchlaufen.

Bei einem Systemischen Ansatz geht es zudem um detailliertere, nur durch den*die Klient*in für sich selbst und seine*ihre Bezugssysteme vorgenommene systemische Auftrags- und Zielklärung, um eine selbst vorgenommene systemische Ausnahme-Befragung, um eigenes Skalieren der Entwicklung, um Konkretisierung von Narrationen. Die Therapeut*innen beachten in ihrer Prozessbegleitung der Patient*innen ein systemisches Nachhaken bei zu vagen bleibenden Antworten. Sie fördern in Entwicklung hinein. Sie beachten die Sprachfallen und Implikationen der Kommunikation der Patient*innen und der Psychotherapeut*innen. Sie beachten, initiieren, verstärken vor allem Therapievariablen wie Motivation, Bedeutsamkeit, Prozesswege. Sie wissen es nicht zu schnell im Vorhinein, u.U. getriggert von Hypothesen, was das eigentliche Agens des*der Patient*in für seine*ihre Entwicklung raus aus der psychischen Krankheit sein wird. Denn das würde das Nachhaken und Fordern der Patient*innen zu früh abschneiden. Die Situation, mit der die Patient*innen kommen, kann man natürlich als psychische Krankheitssituation einordnen und beschreiben. Nur, dass eine solche Einordnung keineswegs hilfreich für eine anstehende Entwicklung. Sie ist hilfreich für die Einordnung der Krankenversicherung und erscheint sogar noch für die Behandler*innen leichter, um Anhaltspunkte für das Behandlungs-Vorgehen zu bekommen. Zur Entwicklung verhilft sie nicht, dafür ist ein anderes Vorgehen zu entwerfen.

2. Ergebnisse und Ergebnisforschung zur Psychotherapie

Eine Folge der Integration ins medizinische System wurde und ist bis heute die Pathologiedominanz. Systemisches Vorgehen kann das erweitern und verschieben in eine entwicklungsausrichtende und damit erst symptomauflösende Richtung.

Eine Folge der Integration von Psychotherapie ins medizinisch geprägte Gesundheitswesen/ Kassenwesen ist weiterhin die Diagnosedominanz.

Eine Diagnose wirkt als reduzierende Fokussierung auf Patient*in und auf Behandler*in und hat erst einmal kein Ende. Ihre starke Suggestion ist aber keineswegs gerechtfertigt durch ihren Wahrheitsgehalt – ist sie doch auch nur eine kategorische Einordnung unter bestimmten

Kriterien. Sie lässt gerade das aus, was wir in der Psychotherapie brauchen, wie Erweiterung des Denkens, Öffnung statt Festschreibung, Unterstützung von Selbstbestimmtheit, Hoffnung, Zuversicht, Motivation und die neue Ausrichtung.

Zur Personendiagnose passt dann auch in Folge die Behandlungsidee der ausschließlichen Einzeltherapie. Das führt oft dazu, dass mehrere Familienangehörige bei unterschiedlichen Therapeut*innen ihre Therapien durchlaufen mit nicht einordbarem Ergebnis.

Mit dem Fokus auf „Psychische Erkrankung mit Krankheitsagnosen“, Fremdfeststellung des Behandlungsbedarfs, der Krankheitsdiagnose an sich stellt sich eine Rollenverfestigung ein, aus der man schlecht herauskommt: „Einmal Patient*in – immer Patient*in.“

Es kommt dann zu häufig zu Folge-Therapien, Anschluß-Therapien, Therapiewechsel, Suche nach neuen Methoden und neuen Therapeut*innen. Wir finden mehrere Einzel-Personen eines Familiensystems in Einzeltherapie usw.

So sieht Frank Leichsenring, Psychotherapieforscher und selbst Mitglied im wissenschaftlichen Beirat, schon 2018, dass in aktuellen Meta-Studien Erfolgsraten von Psychotherapie nicht mehr als 50 Prozent sind (Bühning, 2018). Er schließt daraus, es bedürfe längerer Therapie, es bedürfe das Erweitern der Monokultur der Verhaltenstherapie in der Lehre und Ausbildung, vor allem in der Forschung.

Meines Erachtens liegt dieses schlechte Ergebnis vor allem an der Defizit-Fokussierung der Psychotherapie und einem mangelnden Fokus zur Verantwortungsübernahme für Entwicklung und Stärkung der Ausrichtungs-Motivation. Die Verhaltenstherapie war natürlich am kompatibelsten zum medizinischen Modell, zudem am einfachsten in der Umsetzung in der Forschung und Lehre. Psychotherapie wurde eine Maßnahme der Behandlung von psychischen Krankheitsdiagnosen. Andere parallele Entwicklungen wie die aktuelle Fassung des ICD-11 zeigen jetzt neue Wege. Hier wurde einfach die ganze Reihe der Persönlichkeitsstörungen gestrichen. Und das mit der Argumentation, dass die Diagnosekriterien nicht mehr der Komplexität gemäß sind (Hubert, 2022).

Mittels des neuen ICD-11 wolle man den individuellen Fall differenzierter als bisher erfassen, sagen seine Befürworter*innen. Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte, spricht sich dafür aus, auf die Kategorie „Persönlichkeitsstörungen“ ganz zu verzichten und nur bei schweren psychischen Störungen, wie Demenz und Suchterkrankungen, zu verwenden. Darüber hinaus sollte es eine flexiblere und individuellere Behandlung geben. „Wenn es den Kollegen hilft, das dimensional zu erfassen, warum nicht. Ich würde eher darauf verzichten, ich finde, wir Menschen sind zu komplex für drei bis fünf Dimensionen“ (Hubert, 2022).

Ich sehe nicht, wie die anderen ICD F Diagnosen dem Hinterfragen und Beseitigen der Persönlichkeitsstörungen hintenanstehen. Auch hier greift dieselbe Argumentation: Schaut man wieder multiperspektivisch, ist die Reduktion eines Menschen auf eine Diagnose nicht mehr haltbar.

Interessanterweise will man der Lehre wegen bzw. der Interventionen wegen an bestimmten Diagnosen festhalten, z.B. an der „Borderlinestörung“, da es dafür wirksame, evidenzbasierte Tools für die Therapeut*innen gäbe, so Babette Renneberg (Hubert, 2022). Hier wird klar, dass eben Diagnosen vor allem auch den Behandler*innen dienen, die über sie lernen und für das Vorgehen Behandlungsvorgaben erhalten. Sie erhalten aber mit ihnen auch ein einengendes Denken, das den Menschen auf Diagnosen reduziert und damit für alle Beteiligten hoch suggestiv ist. Eine Psychotherapie, die ohne Diagnosen auskommt, ist in jedem Falle eine, die komplexer vorgehen muss, systemisch interagierender und komplexere Perspektiven berücksichtigend. Sie braucht mehr als Behandlung und Interventionskapazität im Stundentakt. Ich bin aber davon überzeugt, dass es sich resilient für Therapeut*in und Patient*in auszahlt, wenn Psychotherapie verstanden wird als Umgehen mit Lebensereignissen, Umgehen mit Schicksal, Umgehen mit systemisch fest „zusammengebackenen“ Situationen. Krankheitssymptome sind für mich die mit- und eingebrachten Reduktionen, aber keine festen Krankheitsentitäten.

Wie aber dann Psychotherapie lehren?

Wie dann Psychotherapie erforschen?

Wie sie wieder verbinden mit den Philosophien über menschliche Erkenntnis wie der Ontologie, der Epistemologie, der Sprachwissenschaft, der Kommunikationswissenschaft mit ihren Ausführungen, wovon Menschen bestimmt werden und was damit auch zu Situationen von psychischen Krankheiten und Störungen führt und wie das zu beheben ist.

Benötigt werden dazu neue zeitgemäße Philosophien, die es ja gibt.

3. Was junge Psychotherapeut*innen an Universitäten und dann als PiAS lernen und dann ausüben

Psychologiestudent*innen lernten in der Vergangenheit an der Universität, also nach 1999 bzw. nach dem Psychotherapeutengesetz, überwiegend den verhaltenstherapeutischen Zugang – wie ich von unseren Praktikant*innen und PiAs weiß. Diesen wählten sie dann verständlicherweise auch als Fachkunde in den Approbationsinstituten.

Die Ausbildung in den Approbationsinstituten ist bislang privatwirtschaftlich organisiert. Das betrifft das Engagieren von Dozierenden. Es betrifft auch die Attraktion für Anwärter*innen in dieser Wettbewerbssituation. Die Anwärter*innen bestimmen also mit ihrer Wahl die Ausbreitung. Deren Bedürfnis folgend, boten viele Institute eine Integration der verschiedenen Therapie-Modelle an, ohne diese im Einzelnen und ihren Unterschieden durch Dozierende genug fachlich fundiert anbieten zu können.

Zudem lehren Dozierende systemische Therapie und brechen sie runter in eine in der Richtlinie durchzuführende Krankenbehandlung.

Wenn es heute durchaus neugierige Anwärter*innen für eine Systemische Fachkunde gibt, wird diese aber mehrheitlich als „VT-plus“ angeboten. Auch in den Ausbildungskliniken der PiAs zum PT1 findet Systemische Psychotherapie schlichtweg noch nicht statt und sie treffen auf Vorgesetzte, die VT- und TP-Psychotherapeut*innen sind. Systemische Essenzen scheitern dann an der Umsetzung in der Vorbereitung der Ausübung. Zudem werden Kurzberichte zur Psychotherapie in der PT3 geschrieben, die weitgehend identisch sind mit dem vorhandenen, problemfokussierenden Vorgehen, wie ich aus der Lehrsupervision weiß. Dabei wäre eine Systemische Vorgehensweise eine Neubestimmung der Fokussierung in Entwicklung und Ressourcenhebung in der Psychotherapie. Und das von Beginn an und nicht erst über den Umweg der zuvor erstellten und ausdifferenzierten Problemdiagnose-Fokussierung. Wie ich aus der Systemischen Selbsterfahrung und Lehrsupervision von Anwärter*innen zur Systemischen Fachkunde weiß, ist dann der Weg dazu, Systemisches Vorgehen praktizieren zu können, äußerst unklar, unabgegrenzt verwaschen, letztlich doch wieder Pathologie-Hypothesen, ausschließlich auf die Einzelperson bezogen und biographisch ableitend.

Kann ein solches komplexeres Vorgehen eben nicht auf die Schnelle erfasst werden, brauchen wir einen Prozess der breiteren Auseinandersetzung mit Psychotherapie. Systemische Tools sind dann eher Meta-Tools, die der*die Psychotherapeut*in anbietet in der individuellen Interaktion und damit den Weg aufmacht, den der*die Patient*in für sich selbst beschreitet. In den Bonner Weiterbildungsinstituten habe ich mit dem *Bonner Ressourcen Modell* (Lang, 2022) ein Rahmungsmodell entwickelt, das eine solche prozess-hypno-systemische Metarahmung anbietet. Sie bewegt und veranlasst den*die Patient*in unter dieser Rahmung, seine*ihre eigene Entwicklung aus der vom Symptom bestimmten Situation heraus zu finden. Die 3 Arbeits-Meta-Dimensionen gehen auf Steve DeShazer, Milton Erickson und eine Systemik 2. Ordnung zurück und verbinden sie zu einer konstruktivistischen Vorgehensweise. Diese Dimensionen gewährleisten die psychotherapeutische Meta-Arbeit mit Meta-Interventionen d.h. solchen, die die Aufgabe haben, einen Prozess nach vorne zu veranlassen, also zu evozieren statt behandeln.

4. Systemische Reflexion des Kontextes - Perspektiven Konsequenz

Systemisches Denken geht über ein Intervenieren hinaus. Es reflektiert mit seinem Denken sogar noch mehr als nur die Interventionen der einzelnen Therapiesitzung. Es reflektiert die Suggestionen des übergeordneten Kontexts – hier die Psychotherapie-Richtlinien – und wie dessen Strukturen die Ausübung von Psychotherapie insgesamt prägen. Braucht das System einer Kassenbeantragung im herkömmlichen Sinne die grobe Einteilung psychisch krank – psychisch gesund, so wird hier mit denselben systemischen Instrumenten reflektiert, dass gerade diese Einteilung, die bei der Diagnosestellung noch weiter ausdifferenziert wird, für eine Psychotherapie nicht mehr die günstige „Wirklichkeit“ ist. Braucht Psychotherapie also mehr von eben den Vorgehensweisen, die immanent Selbstwirksamkeit wieder viel mehr stärken statt sich auf Diagnosen und Behandlungsvorgehen zurückzuziehen?

Eine Psychotherapie, die den Menschen wieder zum Suchenden und Findenden im Umgehen mit seiner Situation und den Gegebenheiten unterstützt, braucht ein Vorgehen, das gerade eine Selbstwirksamkeit hervorruft.

Wenn behauptet wird, dass der Kontext der Versorgungssysteme das Diagnostizieren als seine Entscheidungsgrundlage braucht, gehe ich eher davon aus, dass es im Sinne des Kontextes ist, von uns Fachleuten der Psychotherapie in diesem Punkt zu lernen, wie wir die Versorgungslage verbessern können. Eine neue Therapiekultur unter Berücksichtigung von konstruktivistischen Erkenntnissen (Wirklichkeit gestaltenden und überprüfenden Effekten) ist erwünscht.

5. Die Systemische Therapie auf dem Prüfstand

Wenn es um Reflexion von Handeln/Interagieren/Kommunizieren in Kontexten geht, bietet sich uns gerade Systemisches Denken an. So betreffen seine Hintergrundphilosophien die Ontologie, die Sprachphilosophie, die Kommunikationswissenschaft, Systemtheorie. Die Sprachphilosophie beschäftigt sich so z.B. mit der Anwendung von Sprache und der Wirklichkeitsschaffung über die Anwendung von Sprache. Die Systemtheorie und Kommunikationswissenschaft z.B. weiten den Fokus der Einordnung von Personenverhalten auf Interaktionsmuster. All das betrifft unsere Arbeitsgebiete.

Aus der Hypnokommunikation wissen wir wie Suggestionen in der Kommunikation mit sprachlichen Konstrukten und Zuständen einhergehen. In der Psychotherapie haben wir es mit Sprache, ihren Sprachformen und Konstrukten zu tun. Ihre implizite und explizite Fokussierungs-Auswirkung zu kennen, ist unumgänglich in einer Maßnahme, die primär über Kommunikation läuft. Gibt es nicht den richtigen Fokus zur Ermächtigung eines Menschen wieder für sich auf seinem Lebensweg und in die Gesundeheit weiterzugehen, gibt es doch günstige Foki. Das betrifft die Ausrichtung in Entwicklung, die Arbeit mit den Zeiten der Psychotherapie (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und die Idee der Behandlungsmittel wie z.B. das suggestiv günstige Bearbeiten des Problembereichs, die Ausrichtung in Entwicklung, das Aufgreifen und Unterstützen des noch nicht Erfahrenen, aber Vorhandenen, und das in welcher Form.

In meiner Praxis und in den Weiterbildungen erfahre ich die Möglichkeiten bzw. Schwierigkeiten der Integration und Anschlussfähigkeit von Systemischer Therapie als ein neues Richtlinienverfahren an Fachleute und den gesamten Kontext der Gesundheitsversorgung. Das führt soweit, dass sogar bei der NRW- Landesbeihilfe dieses Richtlinienverfahren nicht übernommen wird, obwohl es wissenschaftlich anerkannt ist und gesetzlich entschieden wurde.

Dieses neue Systemische - wie beschrieben allerdings nur zerstückelt übernommene - Verfahren, das seit 2018 wissenschaftlich anerkannt ist, bringt aber eigene Zugänge mit. Es macht die Bandbreite auf zwischen

- Dem Symptom als Systemelement in den wichtigen Interaktionen – privat bis hin zu den Therapieinteraktionen – statt dem Symptom als eine personale Krankheitseinordnung

- Der Ausrichtung als suggestiv „selbsterfüllender Prophezeiung“ und damit auch entsprechendem Ausbau hirnpfysiologischer Aktivitäten in gestaltbare Vorstellungen statt einer unklaren „Bearbeitung“ und undefinierbaren „Aufarbeitung“ rückwärts orientiertem biographisch fokussiertem
- Dem Fokus auf der günstigen Nutzung von Sprache und Kommunikation in einem das selbstbestimmte Suchen anleitenden Therapiesetting statt der Fokussierung des Kontexts auf Krankeneinordnung und deren „Behandlung“
- Einem Ressourcenfokus auf vorhandene ergänzende Möglichkeits-Wirklichkeit statt einer festen störungsspezifischen Sicht mit Diagnoseeinordnung und Standardhypothesen sowie Standardvorgehen
- Einer Prozessbetrachtung in individuelle Entwicklung von Beginn an statt eines Umweges über statische Fremd-Einordnung mit Fremd-Prognose sowie fachlicher Fremd-Behandlungsplanung zu Therapiebeginn
- Einem inhaltlichen Mehrpersonensystem-Setting der Beteiligten statt einem generellen Einpersonen-Setting oder Bezugspersonen-Einbeziehens.

6. Kooperation mit Kolleg*innen im Rahmen von Zuweisungen

In meiner Psychotherapie-Praxis sehe ich nur noch Patient*innen, die Vorbehandlungen zu demselben Thema gemacht haben. Frage ich sie nach diesen bzw. wieso sie nicht bei der ehemaligen Therapie anknüpfen, erzählen sie was ihnen nicht behagte oder sie sagen, sie wollten „mal“ etwas Neues ausprobieren. Manchmal empfehlen die Therapeut*innen selbst auch eine andere fundierte Methode. Psychotherapie kann aber in erster Linie nicht so sehr an einer Methode liegen, sondern an einer grundsätzlichen Durchführung im Kontext.

Zu uns kommen auch Patient*innen aus laufenden Therapien - durchaus in Absprache mit dem*der Therapeut*in - z.B. mit dem expliziten Wunsch nach Hypnose. Wenn ich Kolleg*innenkontakt aufnehme, treffe ich auf den Wunsch der Kolleg*innen u.U. ihre Therapie mit diesem*dieser Patient*in dann nach der Therapie hier bei mir fortzusetzen. Diese Implikation kann ich weder für die bisherige Therapie noch eine dazwischen geschobene bei mir annehmen. Beinhaltet eine solche Idee doch indirekt, dass wenig grundsätzliche Änderung der Therapien jeweils zu Ergebnisorientierung impliziert ist, da sonst ja keine Anschlusstherapien nötig wären.

Die Implikation als Suggestion ist dann doch: „Es ist eben jeweils noch nicht ausreichend“. Ich habe auch Patient*innen, die vor Beendigung ihrer anderweitigen Einzel-Psychotherapie stehen und mit einem anderen Schwerpunkt kommen z.B. nach einer Behandlung der Mutter, jetzt die Behandlung des Kindes. Es ist nicht selten, dass Familien kommen, bei denen mehrere Mitglieder in Therapie sind oder waren. Die Unterschiede in einer systemischen Vorgehensweise fallen dann auch den Patient*innen auf. Eine Patientin brachte es auf den Punkt, indem sie sagte: „dort arbeite ich mit der Krankheit – hier mit der Situation durch meine Fähigkeiten“.

Ich werde so ausführlich, damit diese Spannbreite deutlich wird, der wir uns psychotherapeutisch verantwortlich zu stellen haben. In meinen Lehrsupervisionen unserer Weiterbildungen sehe ich seit Jahren die grundsätzlichen Vorgehensweisen, die sich nach dem PT-Gesetz deutlich verändert haben in eine Richtung der Pathologieorientierung, der Diagnoseausdifferenzierung, der Tool-Nachfrage.

Wie geht es weiter mit der Psychotherapie? Brauchen wir andere Foki?

7. Kammerakkreditierte Weiterbildungen

In unseren Weiterbildungen und Lehrsupervisionen bekomme ich eine gute Einschätzung der Psychotherapie-Ausbildung und Ausübung. Kolleg*innen wünschen sich konkrete Tools als Arbeitshilfen in ihrer sehr komplexen Anforderungssituation und sie erwarten neue Toolideen zu spezifischen Indikationen, die sie dann, wenn sie nicht weiter kommen, mehr und mehr pathologisch ausdifferenzieren. Grundsätzliche Reflektionen wären aber eher solche, die

Patient*innen zu den Expert*innen für ihre eigene Psychotherapie machen, indem man sie schon so anspricht. Es kann sein, dass eine solche Arbeit anspruchsvoller und anstrengender in dem ericksonischen Sinne ist, „für jede*n *seine*ihre Psychotherapierahmung* zu erfinden“ als standardisierte Behandlungs-Routinen abzarbeiten.

Wir brauchen aber m. E. nicht mehr Therapiestunden, sondern ein Bewusstsein, wie wir Psychotherapiestunden effektiver dem Thema „Menschliche Störungen“ und ihre Erweiterung und dem Ermöglichen von Situationen angemessen komplex verwenden. Das Wissen dazu ist da.

Fazit

Systemisches Vorgehen eröffnet über ein therapeutisches Vorgehen hinaus neue Möglichkeiten, Schwerpunkte in der Psychotherapie anders zu setzen.

- Von der Behandlung zur Entwicklungsausrichtung.
- Von der Fremdbehandlung zur Selbst-Entwicklung des*der Einzelnen, von der*dem Patient*in zum Wieder-Menschsein und mit Lebens- Herausforderungen umzugehen.
- Von der Fremddiagnose zum Erkunden des*der individuellen Klient*in und Heben seiner*ihrer verschollenen Fähigkeiten, damit er*sie wieder sein*ihr Leben weiter symptomfrei und beschwerdefrei führen kann.

Dazu hat sich das Versorgungssystem mit zu verändern für Patient*innen, aber auch für Psychotherapeut*innen. Systemische Therapie gibt Anlass und Hilfen. Jetzt sind wir als Psychotherapeut*innen auch selbst in der Situation, uns bei diesem Thema wieder in eine neue Entwicklung zu begeben – gleich unserer Patient*innen bei ihren Themen.

Literaturverzeichnis

Best, D. (2021). Das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Was wir gemeinsam erreichen konnten. *Psychotherapeutenjournal* (4.2021), 345-351.

Bühring, P. (2018). Interview mit Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring, Professor für Psychotherapieforschung an der Universitätsklinik Gießen: „Wir brauchen eine Vielfalt an evidenzbasierter Psychotherapie“. *Ärztblatt* (Oktober 2018), 449-451.

Hubert, M. (2022). *Psycho-Revolution / Neustart für die Diagnosen der Psychiatrie*. Verfügbar unter: https://www.deutschlandfunk.de/psychiatrie-diagnosen-icd-100.html?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE [21.01.2022].

Lang, A. M. (2022). *Das Bonner Ressourcenmodell: Ausbildungs-Und Praxisbuch Für Hypno-Systemische Veränderungsarbeit*. Elsevier Health Sciences.

Autorinneninformation

Dipl. Psych. Anne M. Lang (*1954) ist Leitung der AML Institute Bonn: dem Institut Systeme (DGSF Mitglied) und dem Milton Erickson Institut (MEG Weiterbildungen). Ihre Tätigkeitsfelder umfassen Psychotherapie, Coaching, Lehrsupervision, Weiterbildungen und Lehre sowie Veröffentlichungen (www.institut-systeme.de, Kontakt: info@institut-systeme.de).