

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

## Die subjektive Seite der Rehabilitation – die Such nach Sinn und Zukunft

Hermeneutische und ressourcenorientierte Ansätze zur  
therapeutischen Arbeit in psychiatrischen Kontexten

*Dr. Thomas Keller*

### Ein Beitrag aus der Tagung:

Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Ergebnisse der Forschung – Perspektiven aus der Praxis

Bad Boll, 7. – 8. März 2006, Tagungsnummer: 411006

Tagungsleitung: Dr. Günter Renz, Gerlinde Barwig, Dr. Jürgen Armbruster, Georg Schulte-Kemna,  
Manfred Schöninger

---

### Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2006 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll  
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll  
E-Mail: [info@ev-akademie-boll.de](mailto:info@ev-akademie-boll.de)  
Internet: [www.ev-akademie-boll.de](http://www.ev-akademie-boll.de)

# Die subjektive Seite der Rehabilitation

## – die Suche nach Sinn und Zukunft

Hermeneutische und ressourcenorientierte Ansätze zur therapeutischen Arbeit in psychiatrischen Kontexten <sup>1</sup>

*Thomas Keller – Köln/Langenfeld*

*ThoKeller@t-online.de*

### 1. Kapitel: Über Verstehen, Sinn und Bedeutung

#### 1.1 Prolog über Sinn und Verstehen

‚Verstehen‘ – so lese ich in meinem „Handbuch philosophischer Grundbegriffe“ (Krings u.a., 1974) – heiße ‚Sinn erfassen‘; es sei eine Erkenntnisbemhung eigener Art. Dazu bedürfe es der ‚Auslegung‘, die, wenn sie methodisch kunstgerecht ausgeführt werde, ‚Interpretation‘ genannt werden dürfe. Ferner: Die Lehre der Auslegungskunst und Theorie des durch Interpretation zustande gebrachten Verstehens heiße ‚Hermeneutik‘.

‚Verstehen‘, ‚nachvollziehen‘, ‚Sinn erfassen‘ - oder gar ‚Sinn konstruieren‘ -, ‚kunstgerecht auslegen‘, ‚interpretieren‘. Man könnte von ‚höherem oder sinnstiftendem Verstehen‘ sprechen im Gegensatz zum ‚einfachen Verstehen‘ im Sinne von „Verstehe ich Sie richtig, dass Sie das so und so meinen?“, dem auch schon therapeutischer Wert zugeschrieben werden kann, wenn ein ernsthaftes Interesse dahinter steht.

Meine Behauptung, diese Begriffe und Ideen könnten in der Psychiatrie von beträchtlichem Nutzen sein, steht im Gegensatz zu einer seit nunmehr eineinhalb Jahrhunderten bestehenden mächtigen Tradition unseres Fachgebietes, „Geisteskrankheiten“ vor allem als Ausdruck von somatischen (= primär organischen) Erkrankungen des Hirns zu betrachten; hier sei letzten Endes die weitere Suche nach Sinn sinnlos. Zugegeben, es gibt auch eine hermeneutische Tradition, oder besser mehrere - die Psychoanalyse wäre zu nennen, die ‚Tübinger Psychiater-Schule‘, die Daseinsanalyse, wohl auch die Verhaltenstherapie, schließlich die von mir heute bevorzugte systemische Perspektive - aber sie schienen lange Zeit in stndiger Gefahr gewesen zu sein, so genannten jeweils „neuesten Methoden und Ergebnissen der Hirnforschung“ zum Opfer zu fallen.

Ich stimme dem frühen Kurt Schneider zu, der, beeinflusst durch Gaupp und Kretschmer, 1919 schrieb<sup>2</sup>: „...darf uns nicht hindern, mit verstehender Psychologie zu erhellen, was wir erhellen können, auch wenn überlieferte Systematik dabei zu Schaden kommen könnte.“ Und: „Zerfließen ... vor dem Reich-

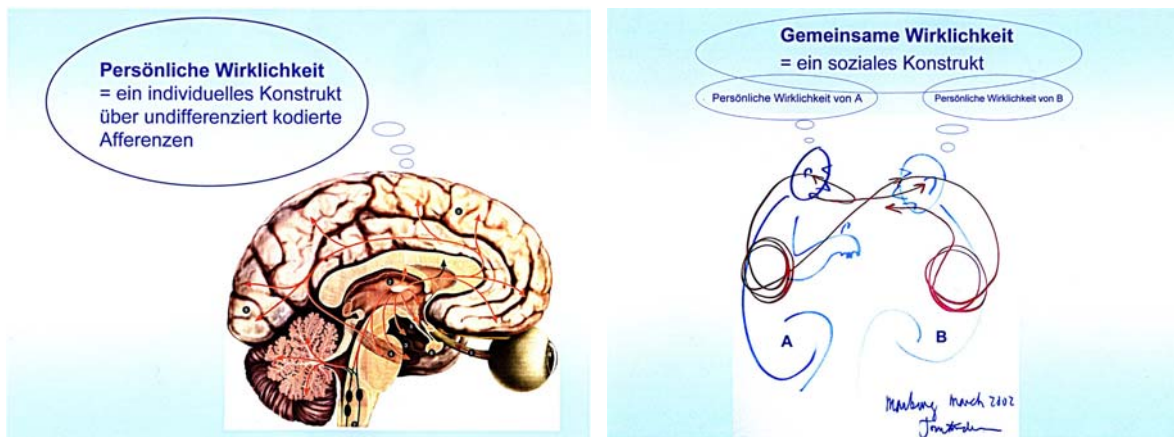
---

<sup>1</sup> Nach einem Vortrag, der am 7./8. März auf der Tagung „Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen“ in der Evangelischen Akademie Bad Boll gehalten wurde.

<sup>2</sup> Zitiert nach Schimmelpenning (1999); Hervorhebungen durch T. K.

tum individuellen Lebens nicht wieder alle (nosologischen bzw. diagnostischen, T. K.) Trennungen und Begriffe...?“ Das hört sich heute noch mutig an. Nach dem 2. Weltkrieg hatte sich derselbe Schneider aber unter dem Somatosepostulat<sup>3</sup> zu einer (m.E. leider) sehr einflussreichen Gegenposition gewandelt, die eine letztendliche Sinnlosigkeit in dekontextualisierenden Beschreibungs- und Erklärungsprinzipien für psychotische Störungen zum Wissenschaftsdogma erhoben hatte. Hat die Zeit des Nationalsozialismus mit ihren entsetzlichen Auswirkungen auf die deutsche Psychiatrie hier ihre Spuren hinterlassen?

Wir benötigen zu unserer Orientierung bei der Gestaltung unseres Lebens ein Sinn-Kontinuum, in dem unsere persönliche Wirklichkeit mit der durch Geburt in unseren Kulturkreis vorgefundenen und im Dialog mit den für uns relevanten Anderen erzeugten sozialen Wirklichkeit - v.a. im Hinblick auf die Welt der Bedeutungen - eng verknüpft ist. Psychiatrie und Psychotherapie sind immer dann gefragt, wenn dieses Sinn-Kontinuum aufbricht: wenn ein bestimmtes Erleben oder Verhalten einer Person in ihrer eigenen Wirklichkeit keinen Sinn mehr macht, oder wenn sich ihre persönliche Wirklichkeit von der in ihrem Kontext relevanten sozialen Wirklichkeit ablöst (Im ersten Falle sprechen wir eher von neurotischen, im zweiten eher von psychotischen Störungen). Die so entstehende ‚Sinn-Lücke‘ können wir entweder mit dem (Gehirn-) Krankheits-Postulat überbrücken, oder indem wir uns für die Entstehung von neuem Sinn engagieren und so für die Betroffenen neue Handlungsmöglichkeiten und die erneute Teilhabe an der sozialen Wirklichkeit eröffnen; in letzterem Falle können wir von Psychotherapie sprechen. Das bedeutet aber andererseits: das Somatose-Postulat und die zu ihm gehörige Fachsprache erschweren sowohl die Selbstverfügung unserer Patienten als auch ihre Integration in die gemeinsame Wirklichkeit.



(Video-Fallbeispiel 1: Die Angst eines Mannes wird verstanden)

## 1.2 Der hermeneutische Zirkel und die Gesprächsnotwendigkeit: Zwei Geschichten

<sup>3</sup> Am prägnantesten schon Mitte des 19. Jahrhunderts von Wilhelm Griesinger formuliert: „Geisteskrankheiten“ seien Symptome von Krankheiten des Gehirns.

Erste Geschichte:

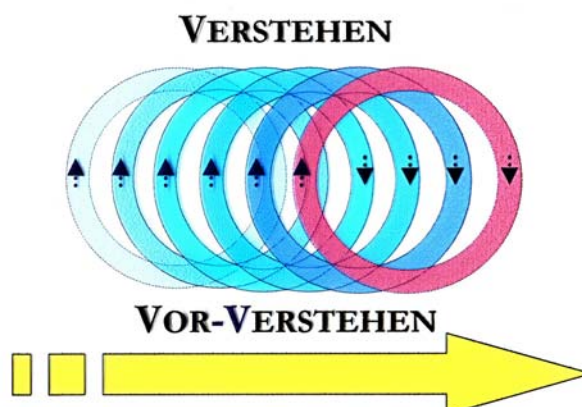
*Im Jahre 1972 betrat ich nach mehrjähriger Teilnahme an der Studentenrevolte als ‚frischgebackener‘ Arzt die klinische Psychiatrie. Einer meiner ersten Patienten war ein amerikanischer Tourist, der in seinem Hotel versucht hatte, seinem Leben durch einen tiefen Rasiermesser-Schnitt in den Hals ein Ende zu setzen. Er habe nicht mehr ertragen können, dass „sie“ hinter ihm her gewesen seien.*

*Unser ausführliches, vertrauensvolles und nachdenkliches Gespräch ergab, dass er als Sohn einer jüdischen Familie in Deutschland geboren war. 1938 war dem 12jährigen Jungen mit seiner Mutter die Flucht ins Ausland gelungen. Der Vater hoffte nachzukommen, war aber offenbar, wie der Rest der Familie, in den Gaskammern ermordet worden. Er selbst war in den Vereinigten Staaten als Geschäftsmann erfolgreich gewesen, und sein Sohn, dessen Foto er bei sich trug und mit Stolz zeigte, war dabei, in seine Fußstapfen zu treten. In den letzten Jahren war ihm der Wunsch immer stärker geworden, die alte Heimat zu besuchen, und da in seiner Familie niemand mitkommen wollte, trat er die Reise schließlich allein an. Unmittelbar nach dem Betreten deutschen Bodens war er noch im Flughafen von dem Erleben überwältigt worden, man sei hinter ihm her und trachte ihm nach dem Leben.*

Ich wusste damals noch nichts von der besonderen Problematik von Holocaust-Überlebenden, trotzdem empfand ich ein spontanes Gefühl des Verstehens. Ich hatte mit 15 Jahren in der Schule einen amerikanischen Dokumentarfilm über die Befreiung der Konzentrationslager gesehen: Sichtlich verhungerte Leichname in einem Massengrab; Verbrennungsöfen; abgeschnittenes Haupthaar; ein Berg von Brillen. Mit der Studentenbewegung hatte sich in der Bundesrepublik erstmals eine persönlich unbelastete Generation der Auseinandersetzung mit diesen entsetzlichen Verbrechen gestellt.

Ich bin überzeugt: Hätte ich davon nichts gewusst, ich hätte meinen deutsch-jüdisch-amerikanischen Patienten in seiner Krise nicht verstehen können. Jedes Verstehen hat ein Vor-Verstehen zur Voraussetzung und entwickelt dieses weiter. In der philosophischen Tradition wird dies mit dem „hermeneutischen Zirkel“ umschrieben. Mein spontanes Verstehen war sicherlich zunächst nur oberflächlich, hätte aber zum Ausgangspunkt eingehenderer Dialoge mit fortschreitendem beiderseitigem Verstehen werden können.

## DER HERMENEUTISCHE ZIRKEL



Vielleicht könnte man besser von ‚hermeneutischer Spirale‘ sprechen, um den mehrdimensionalen Prozesscharakter solchen Verstehens (im Sinne von Gadamer, 1990) zu beschreiben. Solch ein Fortschreiten im sich ständig verändernden, entwickelnden Verstehen brauchen wir in der Therapie<sup>4</sup> in jedem konkreten Einzelfalle ebenso wie in der Entfaltung unserer persönlichen therapeutischen Kompetenz und der Kompetenz unserer fachlichen Diskursgemeinschaften insgesamt.

Unser Nicht-Verstehen sagt mehr über unser unzulängliches Vor-Verstehen als über die Natur der Störung unserer Patienten aus. Denken wir nur daran, wie hilf- und verständnislos wir lange Zeit der großen Zahl von durch sexuelle Übergriffe in ihrer Kindheit traumatisierten psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber standen und wie viel wir hier noch zu lernen haben<sup>5</sup>.

Zweite Geschichte:

*Ich selbst wurde im Jahre 1987 plötzlich und völlig unerwartet von einem heftigen Verkrampfungsgefühl in der Herzgegend überfallen. Niemals hatte ich etwas Ähnliches erlebt. Als Psychotherapeut versuchte ich, dieses Symptom - funktionelle Herzbeschwerden - als Ausdruck einer Lebensschwierigkeit zu interpretieren, was für mich hieß, im Kontext meiner Lebenssituation nach Sinn zu suchen. Ich machte mir klar, in welcher konkreten Situation die Beschwerden aufgetreten waren und woran ich in diesem Augenblick gerade gedacht hatte. Ich brauchte mehrere Tage, bis mir die Antwort allmählich dämmerte: Es war der Moment, in dem mir unabweisbar klar geworden war, dass meine Eltern ein Alter erreicht hatten, in dem sie nicht mehr alleine für sich sorgen konnten und auf meine Unterstützung sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in zunehmendem Maße durch alle möglichen anderen Arten von Fürsorge und Aufmerksamkeit angewiesen sein würden. Bisher hatte ich es (gemeinsam mit dem Rest der Familie) vermieden, diese Möglichkeit ernsthaft ins Auge zu fassen und rechtzeitig das vorbereitende Gespräch darüber zu suchen. Nun hatte ich plötzlich das Gefühl, dass meine zeitlichen, psychischen und auch ökonomischen Ressourcen ohne schwerwiegende Einschnitte bei meinen eigenen Lebenszielen im Hinblick auf die Weiterentwicklung meiner eigenen Familie und den von mir angestrebten beruflich-fachlichen Erfolg dafür nicht ausreichen könnten. Nachdem ich angefangen hatte, in einer neuen Weise den Dialog mit meiner Frau, meinem Bruder, dessen Frau und schließlich auch unseren Eltern zu führen, besserten sich meine Beschwerden, es dauerte jedoch noch mehrere Jahre, bis schließlich tragfähige Lösungen gefunden wurden und meine Beschwerden sich ganz auflösten<sup>6</sup>.*

Diese Erfahrung, an der kein Therapeut beteiligt war - sieht man einmal von mir selbst als Betroffenen ab - macht mir ein dialogisches Modell für solche klinischen Probleme, mit denen Psychiater und Psychotherapeuten arbeiten, plausibel: Man kann sich Symptome als aus bestimmten Schwierigkeiten in sozialen Mikrosys-

---

<sup>4</sup> Die Methodik des Hypothesisierens in der klassischen Vorgehensweise des Mailänder Teams wurde ganz entsprechend beschrieben (Selvini-Palazzoli u.a., 1981).

<sup>5</sup> Wir haben Gründe für die Annahme, dass mindestens jede fünfte psychiatrische Patientin mit Folgen sexueller Traumatisierung belastet ist. Über entsprechend betroffene Männer wissen wir noch weniger.

<sup>6</sup> Ich kann sie allerdings heute noch als physisches Erlebnis wachrufen, wenn ich mich intensiv in die damalige Situation hineinfühle, obwohl meine Eltern seit über 10 Jahren tot sind.

temen entstanden denken, in denen der notwendige Dialog nicht gefunden wird; das bringt eine beteiligte Person in eine existenzielle Krise; wird das geeignete Gespräch schließlich möglich, so lösen sich Problem und Symptom auf. In dieser Sichtweise verweist das Symptom auf eine Gesprächsnotwendigkeit (statt auf eine physische Krankheit).

### **1.3 Voraussetzungen und Regeln für das Verstehen in psychiatrischen Kontexten**

Der spätantike Philosoph und frühchristliche Kirchenvater Augustinus formulierte<sup>7</sup> neben der Voraussetzung einer inneren Haltung der Liebe und des Glaubens folgende Regeln für das Verstehen schwieriger Bibeltex-te:

- Vergleich der unklaren Stellen mit ähnlichen besser verstandenen Passagen;
- Berücksichtigung des historischen Kontextes; und
- Unterscheidung von wörtlichem und übertragenem (metaphorischem) Sinn.

Das ist auch für das Anliegen dieses Artikels ein guter Ausgangspunkt.

Wer als Therapeut verstehen will, benötigt eine Haltung grundlegender Wertschätzung gegenüber den an einer konkreten Problematik beteiligten Personen, ferner eine ebenso geduldige wie unerschütterliche Zuversicht in die Möglichkeit nicht nur hilfreichen Verstehens, sondern auch der Auflösung von Symptomen und den zugehörigen Situationen existenzieller Betroffenheit. Zum Respekt gehört ein interessiertes und ernst nehmendes Zuhören, das unseren Gesprächspartnern möglichst wenig von unserem Vorverständnis überstülpt. Dazu gehört auch eine entpathologisierende Sprache, die an die Alltagssprache unserer Gesprächspartner unmittelbar anschlussfähig ist und ihre Selbstbeschreibungen aufgreift. Respekt bedeutet auch, das Expertentum unserer Patienten für sich und ihr Leben ernst zu nehmen: Die letzte Entscheidung darüber, was für sie Sinn macht, liegt immer bei ihnen.

Analog zu Augustinus möchte ich hier einige Regeln vorschlagen, die sich mir in meiner Praxis bewährt haben.

#### ***Erste Regel: Den lebensgeschichtlichen Kontext in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft berücksichtigen<sup>8</sup>.***

a) Die Kenntnis früherer, oft auf Kindheit und Jugend zurückgehender, teils einmaliger, teils lang anhaltender traumatisierender Erlebnisse und Erfahrungen macht vieles im Denken und Handeln Erwachsener verständlich. Hier sind z.B. stark verwirrende Kommunikation, Verlust zentraler Bezugspersonen, Unerwünschtsein, vorenthaltene grundlegende Anerkennung, tiefe Unsicherheit über die eigene Identität, sexuelle Übergriffe und andere Misshandlungen zu nennen. Hier kann man verstehen, indem man die betreffenden Schwierigkeiten der erwachsenen Person als Ausdruck

- beibehaltener kindlicher Verstehensbereitschaften und Überlebensstrategien (sie erscheinen im Erwachsenenalter bei oberflächlicher Betrachtung sinnlos, da sie ihre Funktionalität eingebüßt haben)

---

<sup>7</sup> In ‚De doctrina christiana‘

<sup>8</sup> Dazu wird es für uns als Therapeuten auch nützlich sein unser jeweils eigenes aus unserer einzigartigen Biographie stammendes Repertoire an Vorverstehen/Voreingenommenheiten zu reflektieren, relativieren und weiterzuentwickeln.

– oder noch nicht oder nur teilweise vollzogener Entwicklungsschritte<sup>9</sup> interpretiert.

*Eine Frau Anfang 40 kommt wegen unspezifischer gynäkologischer Beschwerden, Ängsten und einer unglücklichen Ehe in Therapie. Sie könne sich nicht als vollwertige Frau erleben ("Ich funktioniere nicht als Frau."). Die wunderbare Frage der Therapeutin<sup>10</sup>, ob sie glaube, eine Art von Defekt zu haben, oder ob sie sich noch nicht ganz habe entwickeln können, führt unmittelbar zum Erlebnis einer Vergewaltigung mit 16 Jahren, bei der sie in ihrer Familie keinen Rückhalt gefunden habe.*

b) Häufig sind der aktuellen Krise schwerwiegende Einzelereignisse vorausgegangen.

*Eine Frau von Anfang vierzig versank im einsamen Alkoholkonsum, nachdem ihr Vater gestorben war, den sie als einzige warmherzige Bezugsperson in einer ansonsten von Ablehnung geprägten Kindheit erlebt hatte; gleichzeitig war sie aber auch seinen sexuellen Übergriffen ausgesetzt gewesen. Sie hatte in ihrem Erwachsenenleben kaum Freundschaften und keine Liebesbeziehung kennen gelernt.*

Es zeigt sich dabei: Das einzelne Ereignis (hier: der Tod des Vaters) gewinnt seine Bedeutung nicht aus sich selbst, sondern aus dem größeren individuellen lebensgeschichtlichen Kontext, insbesondere aus dem Kontext der früher und/oder heute relevanten Beziehungen.

c) Alle alterstypischen biografischen Entwicklungsaufgaben können Ausgangspunkt von Krisen sein. Alle Psychiater wissen, dass man vor allem in der Adoleszenz, aber auch im mittleren Lebensalter leicht aus dem Gleichgewicht kommen kann. Die hier angelegten einschneidenden Transformationen im Lebenszyklus der einzelnen Person und gleichzeitig im Beziehungsgefüge ihrer Familie können unvollziehbar erscheinen.

Zu den typischerweise zu bewältigenden krisenträchtigen Entwicklungsaufgaben im gesamten Lebens- und Familienzyklus können gerechnet werden: Schulbesuch, Pubertät, erste Liebe, Adoleszenz, Eintritt ins Berufsleben, Ehe und Lebenspartnerschaft, Schwangerschaft und Geburt von Kindern, Trennung und Scheidung, Tod der Eltern oder des Lebenspartners, Verlust des Arbeitsplatzes und Ausstieg aus dem Berufsleben, nachlassende erotische Attraktivität und Potenz, schwere körperliche bzw. tödliche Krankheiten. Wer von solchen Ereignissen am stärksten betroffen ist, ist bei oberflächlicher Betrachtung nicht a priori zu erkennen, solange keine Symptome entstehen: Eine Scheidung etwa kann nicht nur einen Ehepartner, sondern auch einen Elternteil oder ein Kind aus dem Gleichgewicht bringen.

Zwei Beispiele aus der Adoleszenz:

*Ein junger Mann erstarrte mit dem Abschluss seiner Schule in klassischer Katatonie. Seine Mutter war an Muskeldystrophie erkrankt, die soweit fortgeschritten war, dass sie von ihren Armen keinen Gebrauch mehr machen konnte, und er versuchte mit geringem Erfolg, die Mutter und die jüngere Schwester vor Vaters Gewalttätigkeit zu schützen. Mit der von ihm empfundenen Verantwortung für die Familie fühlte er sich bereits aussichtslos überfordert, aber seine eigene Erwachsenenheit in Angriff zu nehmen erschien ihm in dieser Situation völlig unmöglich.*

---

<sup>9</sup> Diese Sichtweise eröffnet eine Vielfalt therapeutischer Optionen.

<sup>10</sup> Harlene Anderson (Houston/USA) im Rahmen einer Konsultation an den Rheinischen Kliniken Langenfeld.

*Eine junge Frau war bei dem Versuch aus dem Elternhaus zu gehen in tiefe psychotische Verwirrung geraten. In Familiengesprächen ergab sich, dass sie nicht - wie offiziell immer behauptet worden war - vom gleichen biologischen Vater und Ehemann der Mutter abstammte wie ihre jüngeren Geschwister; sie hatte immer mit dem ebenso starken wie unbestimmten Gefühl gelebt, sie gehöre nicht richtig dazu und mit ihr sei etwas nicht in Ordnung; gleichzeitig erschien es unmöglich, darüber zu sprechen.*

Beispiele für Krisen aus dem mittleren Lebensalter:

*Zwei meiner Patientinnen entwickelten hochakute Symptome, als sie erfuhren, dass ihre Mütter an Krebs erkrankt waren und bald sterben würden.*

*Die eine erlebte Panikattacken; sie erzählte in der Psychotherapie: „Ich hatte mir größte Mühe gegeben, immer lieb und nett zu sein, um als Kind von der Mutter nicht weggeschickt zu werden, und ich hatte mich mein ganzes Leben lang um extreme Unabhängigkeit bemüht. Ich glaube, meine Angst entstand aus dem Gefühl, entweder mich selbst in Abhängigkeiten zu verlieren oder endgültig verloren zu gehen. Später konnte ich mit den Ängsten meinen Mann an mich binden und in gewisser Weise kontrollieren.“*

*Die andere Frau - sie hatte bis dahin einen sehr engen, täglichen Kontakt mit ihrer Mutter unterhalten und war selbst Mutter von zwei fast erwachsenen Kindern - zeigte von diesem Moment an heftige psychotische Wut, verbunden mit dem wahnhaften Erlebnis umfassenden Manipuliertwerdens ihrer gesamten Lebenswirklichkeit durch ihren Vater<sup>11</sup>. In dieser Verfassung verleugnete sie über Monate Siechtum und Tod ihrer Mutter vollständig, zwei Wochen nach der Beerdigung verhielt sie sich so dramatisch, dass sie zwangsweise in die Psychiatrie gebracht wurde. Ein halbes Jahr nach Beginn einer Ehepaartherapie sagte sie: „Ich glaube, ich weiß jetzt, warum mir der Gedanke an den baldigen Tod meiner Mutter so unerträglich war: Ich glaube, dass ich von ihr immer noch den letzten Liebesbeweis bekommen wollte.“*

*Eine 56-jährige Frau, die 3 Jahre zuvor ihren Mann wegen seines langjährigen Alkoholkonsums verlassen hatte, entwickelte nach einer Operation eine schwere depressive Verstimmung. Während sie im Krankenhaus gewesen war, hatte ihr Mann sich erhängt. Ein Familiengespräch in der psychiatrischen Klinik zeigte, dass die Patientin gern bei einer ihrer Töchter aufgenommen worden wäre, so wie sie selbst sich sehr intensiv um ihre Eltern gekümmert hatte. Die Töchter waren damit nicht einverstanden, weil sie davon eine unerträgliche Belastung ihrer Ehen befürchteten; ferner waren sie überwiegend der Auffassung, ihre Mutter habe den Vater nicht nur in den Alkohol, sondern auch in den Tod getrieben. Ohne unsere Hilfe hatten sie sich außerstande gesehen, über diese schwierigen Themen ins Gespräch zu kommen.*

Diese Geschichten zeigen, dass auch im mittleren Lebensalter ganz unterschiedliche Einzelereignisse klinisch relevant werden und diese wiederum in ihrer Bedeutung nur ganz individuell im sonstigen biographischen Zusammenhang zu verstehen sind. Als häufige Themen kann man nennen: Erwachsene Kinder gehen aus dem Haus, Ehebruch, Ehescheidung, Tod der Eltern oder des Lebenspartners, Abschied von unerreichten Lebenszielen, Vorbereitung des Lebensabends.

---

<sup>11</sup> Sie hatte sich in ihrer Jugend ständigen Manipulationsversuchen Ihres Vaters (und später ihres Ehemannes) ausgesetzt erlebt, u.a. hatte dieser sexuelle Wünsche an sie herangetragen.



Nicht nur Vergangenheit und Gegenwart sind lebensgeschichtlich relevant: Der letztgenannten Patientin ging es vor allem um die Gestaltung ihrer Zukunft. Die beiden vorher erwähnten Patientinnen hatten offenbar die Antizipation des Todes ihrer Mütter nicht verkraftet. Auch der Druck, der meine Herzbeschwerden ausgelöst hatte, kam aus der für mich bedrohlich wirkenden Zukunftsperspektive.

Die Bedeutung der Zukunft als zentrale therapeutische Ressource wird in Teil 2 erörtert.

***Zweite Regel: Die Inhalte und Verhaltensweisen lassen sich oft metaphorisch interpretieren.***

Psychotische Wahnwirklichkeiten sehe ich in einer gewissen Analogie mit Träumen, auch mit Tagträumen; der Abstammungswahn der folgenden Patientin deckt sich z.B. inhaltlich weitgehend mit einer Phantasie, die Sigmund Freud (1941) als „Familiengenroman der Neurotiker“ beschrieben hat. Mehrfach erlebte ich in Therapien, dass Wahnthemen aus akuten Krisen später als Motive in nächtlichen Träumen vorkamen, oder dass sich neue Krisen in Träumen ankündigten<sup>12</sup>.

In Ermangelung weiterer Theorie beschränke ich mich auf einige Fallgeschichten.

*Eine völlig vereinsamt lebende ehemalige Lehrerin erlebte sich Tag für Tag im Zentrum eines globalen Ausbeutungssystems, in welchem auf ihre Kosten Werte von weltgeschichtlicher Bedeutung erzeugt wurden, so wie sich Rennpferde abrackern müssen, damit andere Leute Wetten gewinnen können. Im Laufe der psychotherapeutischen Gespräche entwarf sie immer deutlicher ein Bild ihrer früheren Rolle in ihrer Familie: Als der Vater (ein Pfarrer) aus dem Kriege heimgekehrt war, hatte er neben drei eigenen ein weiteres Kind vorgefunden, das nicht von ihm stammen konnte. Es war aus einer großen Liebe der Mutter entsprungen, die in der Ehe nie besonders glücklich gewesen war. Über diese Dinge war niemals offen gesprochen worden, und die Ehe der Eltern vegetierte fortan auf eisigem emotionalem Niveau dahin. Die Patientin hatte, ohne zu wissen, worum es ging, das Unglück der Eltern empfunden und sich immer bemüht, insbesondere der Mutter emotional den Sonnenschein zu ersetzen. Die Mutter war aber mit sich so beschäftigt gewesen, dass sie dem Kind nicht die ersehnte Wärme zurückgeben konnte. Das Mädchen hatte das (möglicherweise berechnete, jedenfalls verständliche) starke Gefühl, es müsse diese Rolle immer weiter einnehmen, um eine drohende Katastrophe von der Mutter und der gesamten Familie abzuwenden.*

*Zu ihrer späteren psychotischen Wirklichkeit gehörte auch die Überzeugung, sie sei als Säugling vertauscht worden und habe mit der Familie, in der sie aufgewachsen war, weiter nichts zu tun. Ihre wirkliche Mutter - aus dem Hause Hohenzollern stammend - lebe noch; diese werde zwar derzeit durch Gefangenschaft davon abgehalten, sich um sie kümmern, sie werde sie jedoch so bald wie möglich eines Tages zu sich nehmen. In den ruhigeren Abendstunden hörte sie häufig die Stimme dieser ‚eigentlichen Mutter‘, wie sie z.B. sagte: „My dear child.“ Mit 15 Jahren war meine Patientin einmal im Schüleraustausch in einer englischen Familie gewesen. Hier hatte sie erstmalig in ihrem Leben eine warmherzige Familienatmosphäre kennen gelernt.*

---

<sup>12</sup> In diesem Zusammenhang ist interessant, dass Menschen in psychotischer Verfassung gelegentlich schlecht zwischen konkreten und übertragenen Bedeutungen unterscheiden können.

Die psychotischen Erlebnisse lassen sich also hier metaphorisch einerseits als Ausdruck des schmerzlich Erlebten, andererseits als Ausdruck des schmerzlich Vermiss-ten interpretieren<sup>13</sup>.

*Eine Verkäuferin von Ende 20 hatte seit ihrem ersten Versuch, zu ihrer Herkunftsfamilie etwas Abstand herzustellen, mehrere dramatische schizoaffektive Krisen erfahren. In einer dieser Krisen stand sie am Wasser, in der Ambivalenz evtl. hinein zu springen. Sie hörte dabei eine Stimme: „Sie ist das Wasser, er ist der Fisch.“ Gleichzeitig empfand sie starken inneren Protest gegen diese Aussage. In der Klinik erzählte sie, dass ihr damaliger Freund ihr zwei Tage vorher erklärt hatte, er sei nur in sexueller Hinsicht an ihr interessiert, wolle aber keine tiefer gehende Bindung. Wie sich später in der Therapie zeigte, fühlte sie sich gegenüber ihrer Familie in einer Weise gebunden, bei der ihre Autonomiebestrebungen regelmäßig mit Ausstoßungsdrohungen und Entwertung beantwortet wurden. Die erste Krise hatte begonnen, nachdem sie einen anderen Beruf erlernen wollte, als ihre Eltern für sie ausgesucht hatten. Der Bruder hatte ihr daraufhin mit einer Ohrfeige das Trommelfell verletzt. Die maniformen Krisen ließen sich gut als (untaugliche) Ausbruchsversuche verstehen, die jedes Mal von mit der Rückkehr einher gehenden schweren und lebensgefährlichen depressiven Verstimmungen gefolgt waren.*

Metaphorisch lässt sich verstehen: „Ich will nicht, dass die anderen (in diesem Falle der Freund) mich wie Fische das Wasser benutzen.“ Die Manie lässt sich hier ebenso als Versuch des Ausbrechens aus alten Mustern verstehen wie als Entschädigung (die Patientin sprach von ‚Frühlingsgefühlen‘) für entgangene Liebe.

*Ein Jurist von Mitte 30 hatte mehrere manische Krisen durchlebt, die erste drei Monate, nachdem er in einem vom Elternhaus weit entfernten Ort sein Studium aufgenommen hatte. Im Ergebnis kehrte er in den Haushalt der Eltern zurück und fand eine Möglichkeit, in einer nahe gelegenen Universität sein Studium fortzusetzen. Da er dabei aber nicht vorankam, wurde er zu uns zunächst zur Familientherapie überwiesen. Nach einigen Familiensitzungen<sup>14</sup> wurde eine Einzeltherapie daraus. Erst in Abwesenheit seiner Eltern konnte er darüber sprechen, dass er schon als Junge in der familiären Atmosphäre existenzielle Langeweile empfunden hatte. In seinen Tagträumen hatte er sich mit einem berühmten Eroberer, einem Namensvetter, identifiziert. Er hatte das Gefühl, er könne es nicht über sich bringen, die Eltern in dieser Trübsal alleine zu lassen. Die manischen Krisen traten später meist auf Urlaubsreisen auf, und mit einigem Humor konnten wir uns schnell darauf verständigen, dass sich hier seine alte Sehnsucht nach „über die Stränge schlagen“, nach Abenteuer und Grandiosität ausdrückte, und dass er sich dabei auch „inneren Urlaub“ gönnte. Anschließend kehrte er (mit Hilfe der Psychiatrie) jedes Mal widerspruchlos in die alte Situation zurück. In seinem Beruf war er gewissenhaft, und er achtete sorgfältig darauf, nicht während der Arbeit auszurasen.*

### **Dritte Regel: Auf Beziehungen und Kommunikation achten.**

---

<sup>13</sup> Die Psychose dieser Frau hatte sich übrigens kurz nach dem Tod ihrer Mutter während einer psychoanalytischen Therapie erstmals ganz akut entwickelt, als sich in der Beziehung zur mütterlich erlebten Analytikerin in einem Traum heftigste aggressive Impulse ankündigten, welche die Patientin veranlasst hatten die Analyse definitiv abzubrechen.

<sup>14</sup> in denen ich mit dem Schlaf kämpfte - rückblickend ein interessanter Beziehungs-Befund, siehe Regel drei.

Offenkundig sind alle (nicht primär oder allein hirnganisch bedingten) psychischen Störungen mit Beziehungs- und Kommunikationsstörungen verknüpft.

Im Klientensystem finden wir regelmäßig (zirkuläre) Muster des Feststeckens, (die z.T. als Schutz vor wechselseitiger Entwertung verstanden werden können). Einige Beispiele:

- Kritik und Rechtfertigung;
- Ablehnung bis zum Ignorieren einer Person und Kampf um Anerkennung;
- Schweigen und symmetrische Eskalation;
- Vermeidung (z.B von Beziehungsdefinitionen oder beunruhigenden Themen), Drumherum- bzw. Danebenreden.

In den therapeutischen Beziehungen kann sich ebenfalls etwas manifestieren, das auf bisherige Beziehungserfahrungen oder aktuelle Konstellationen verweist.

Dies ist in der Einzeltherapie offenbar am deutlichsten.

*Eine Frau Mitte 50, die nach dem Tode ihrer Mutter (diese hatte sich in der Wohnung der Patientin das Leben genommen) mehrere psychotische Episoden und danach eine ganze Reihe symptomfreier Jahre erlebt hatte, entwickelte häufige kurze katonische Krisen. Sie liebte ihren ältesten Sohn, der in meinem Alter war, über alles und hatte Angst, er könnte sie verlassen. Er spürte seinerseits, wie wichtig er für das psychische Gleichgewicht seiner Mutter war, und wagte 6 Jahre lang nicht zu heiraten. In einer mehrjährigen niederfrequenten Einzeltherapie schloss die Patientin mich in ihr Herz<sup>15</sup>, der Sohn heiratete inzwischen und konnte ihr mit einem Enkelkind eine neue Rolle als Oma eröffnen.*

Man könnte in diesem Falle von einer ‚Substitutionstherapie‘ sprechen.

Die Psychoanalyse spricht im Hinblick auf relevante Beziehungsphänomene in der Einzeltherapie von „Übertragung und Gegenübertragung“. ‚Übertragung‘ wird in der Therapie interpretiert, ‚Gegenübertragung‘ in der Supervision in Abwesenheit des Patienten. In der systemischen Literatur hingegen wird das Augenmerk eher auf die - in längeren Prozessen oft unvermeidlichen - in der Therapie entstehenden Voreingenommenheiten der Therapeuten (Cecchin, 1996) gelegt; wenn es gelingt, diese in angemessener Weise zu thematisieren, kann das die Therapie sehr gut voran bringen.

*Ein junger Mann machte unter einer mehr lösungsorientierten therapeutischen Arbeit zunächst gute Fortschritte, der Prozess kam aber nach einer Weile ins Stocken. Eines Tages sagte ich zu ihm: „Ich habe mit meiner Frau<sup>16</sup> über unsere Zusammenarbeit gesprochen. Dabei kam uns der Gedanke, dass ich Sie mit meiner Erwartung Ihrer Fortschritte vielleicht mehr lähme als fördere. So haben Sie vielleicht auch die Erwartungen Ihrer Eltern bestreikt.“ Er antwortete: „Ich möchte endlich erleben, dass ich auch dann akzeptiert werde, wenn ich die Erwartungen nicht erfülle.“ Ich war einverstanden. Nach kurzer Zeit löste sich dieser Knoten.*

*Jene oben bereits erwähnte Frau im mittleren Lebensalter, die nach der Selbsttötung ihres verlassenen Ehemannes vergeblich bei ihren Töchtern aufgenommen werden wollte, verhakte sich mit dem psychiatrischen Stationspersonal in einer ganz ähnlichen Weise wie mit den Töchtern. Krankenschwestern und Töchter fühlten sich mit*

---

<sup>15</sup> Ferner nahm sie nach über einem halben Jahrhundert erstmals Kontakt mit ihrem biologischen Vater auf, den ihr die Mutter verschwiegen hatte.

<sup>16</sup> Sie ist Psychoanalytikerin und systemische Therapeutin.

*angedeuteten Selbsttötungsdrohungen erpresst; die Töchter reagierten mit Rückzug, das Team mit einer Zwangseinweisung auf die geschlossene Station. Erst als die Klinikleute, die Angehörigen und die Patientin miteinander ins Gespräch gebracht wurden, begann ein allgemeines wechselseitiges Verstehen, und die Dinge entwickelten sich erstmals ins Positive.*

Man könnte sagen, dass sich um die Patientin herum in Familie und Klinik isomorphe Muster des Feststeckens entwickelt hatten, die erst im dreiseitigen Dialog zwischen Patientin, Fachleuten und Angehörigen in Fluss kamen. So etwas geschieht nach meiner Erfahrung leicht, und allerspätestens dann - am besten aber so oft wie möglich schon früher - ist man gut beraten, Angehörige in die Therapie einzubeziehen (Keller, 2002).

#### **Vierte Regel: Periodische Krisen verweisen auf redundante Muster.**

Wenn eine Gruppe von Menschen, z.B. eine Familie, über längere Zeit in ihrer Entwicklung in bestimmter Weise miteinander feststecken, können sich periodische Krisen ergeben. Das Verstehen dessen, was früher erstmals in die kritische Situation geführt hat, und dessen, womit sie jetzt feststecken, kann ganz verschieden sein.

*Ein 32-jähriger Mann hatte vor 10 Jahren sein Studium abgebrochen und war in psychotischer Verfassung zu den Eltern zurückgekehrt, nachdem sein Bruder an Krebs gestorben war. All die Jahre blieb er relativ untätig bei den Eltern, wobei sich mit der Zeit eine interessante Periodizität entwickelt hatte: Etwa alle drei Wochen geriet er in deprimierte Erregung, sprach davon, beobachtet zu werden, zog sich in sein Zimmer zurück, schloss die Vorhänge, machte seine Musik laut und nahm nicht mehr am Familienleben teil. Diese Zustände - er nannte das „Abtauchen“ - dauerten etwa 5 Tage an, dann tauchte er wieder auf, und das Familienleben nahm seinen gewohnten Lauf, bis zum nächsten Abtauchen. Da nicht nur seine Eltern, sondern auch er selbst nach anfänglichem Misstrauen mir gegenüber einen deutlichen Veränderungswunsch zu erkennen gaben, haben wir mit einer gewissen beiderseitigen Lust mit Gedankenexperimenten begonnen: was man anders machen könnte, was die Eltern tun könnten, dass das Abtauchen sicherlich auch sein Gutes hat, was denn schließlich an seine Stelle treten könnte usw. Die Eltern hörten wie gebannt zu. Zur nächsten Sitzung nach fast 5 Wochen kamen sie gutgelaunt, überrascht und auch etwas stolz: Seit Jahren habe es nicht mehr so eine lange Zeit ohne Abtauchen gegeben. Der Sohn berichtete, vor 2 Wochen habe es eine Situation gegeben, die leicht ins Abtauchen hätte führen können: Die Mutter hatte verlangt, nachdem es ihm nun schon so lange gut gehe, solle er sich gefälligst im Haushalt nützlich machen und sein Zimmer aufräumen. Statt abzutauchen hatte er den Müll rausgebracht, danach erklärt, er räume sein Zimmer auf, wann und wie es ihm gemäß sei, und war mit dem Hund spazieren gegangen. Sein Zimmer hatte er am Tag vor unserem Termin aufgeräumt. Darüber hinaus hatte er erreicht, dass die Eltern ein festes Taschengeld auf sein Konto überweisen, so dass er sie nicht immer um Geld fragen musste.*

Hier gab es gute Chancen, redundante Muster aufzulösen und die Dinge wieder in Fluss zu bringen. Das Erlebnis, dass man etwas tun kann, dass die betreffende Person nicht einer geheimnisvollen inneren Dynamik hilflos ausgeliefert ist, hat einen starken Eindruck auf alle Beteiligten hinterlassen.

*Der oben erwähnte Jurist mit den ‚Urlaubsmanien‘ hatte unter der Therapie sein Studium abgeschlossen, den Einstieg in den Beruf geschafft und war bei den Eltern ausgezogen. Er wohnte in ihrer Nähe, besuchte sie regelmäßig zu den Mahlzeiten und brachte der Mutter seine Wäsche mit. Er besuchte mich etwa 4- bis 6-mal im Jahr, man kann von einer niederfrequenten Langzeittherapie sprechen. Einmal er-*

*klärte er, er halte die Zeit für gekommen, einen Schritt weiter zu gehen: Er plane wieder eine Urlaubsreise ins Ausland - diesmal zum Grab jenes Eroberers, um Abschied zu nehmen - und wolle erstmals ernsthaft versuchen, dabei sein Gleichgewicht zu bewahren. Wenn dies gelinge, könne er als nächstes versuchen, sich unter den gleichaltrigen Frauen ernsthafter umzusehen. Wir sprachen über viele Reisedetails, und auf meine besorgte Frage, ob er den Eltern wirklich so viele Veränderungen zumuten wolle, antwortete er: „Daran müssen sie sich gewöhnen.“ Die Reise verlief erfolgreich.*

Zum Abschluss des ersten Kapitels kann ich sagen, dass Verstehen und therapeutischer Fortschritt nicht nacheinander erfolgen, sondern Hand in Hand gehen und sich gegenseitig befruchten. Voraussetzung ist das Verstehenwollen, die therapeutische Neugier, das aufrichtige Interesse des Therapeuten. Seine Frage- und Interpretationskunst sind wichtige Elemente des hermeneutischen Prozesses. Indem der Therapeut angemessene Wege respektvollen Verstehens verfolgt, eröffnet er neue Verständnismöglichkeiten für alle am Gespräch Beteiligten. Diese aber eröffnen ihnen neue Handlungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Zukunft.

## **2. Über Zukunft in der Therapie**

Erneut finde ich anregende Gedanken bei Augustinus, diesmal über das Wesen der Zeit. Sinngemäß sagt er: Wir leben in ewiger Gegenwart. Vergangenheit ist nichts als gegenwärtige Erinnerung, und Zukunft ist nichts als gegenwärtige Erwartung.

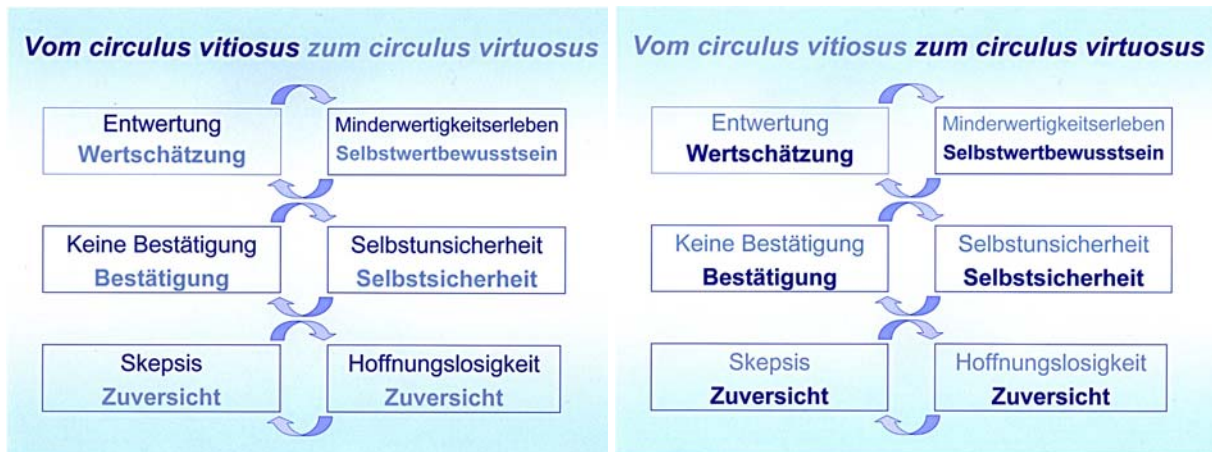
Wir gestalten unsere Zukunft, indem wir geeignete Erwartungen konstruieren und unser Handeln danach ausrichten. Unsere geteilten Erwartungen sind Teil unserer persönlichen und sozialen Wirklichkeiten.

Die therapeutischen Potenziale von Erwartungen können wir schon daran ermessen, dass mindestens ein Drittel der Wirkung von Psychopharmaka als Placeboeffekt verstanden werden kann, bei Antidepressiva scheint dieser Aspekt noch wesentlich bedeutsamer zu sein.

Unsere psychiatrischen Traditionen enthalten verheerende Erwartungen, denken wir nur an den Begriff „Dementia praecox“ von Kraepelin, der bis heute irgendwie im Schizophrenie-Begriff steckt. Ich stimme dem folgenden Zitat meines schwedischen Kollegen Johan Cullberg (2003) zu: „Obwohl die Neo-Kraepelinschen Untergruppen ... schon so lange Gültigkeit haben, konnten sie zu einer differenzierten Patientenversorgung wenig beitragen. Man kann darüber hinaus sogar behaupten, dass sie überwiegend negativ wirkten, da die Diagnose Schizophrenie eine sehr pessimistische Erwartung bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten fördert, was sich dann als ‚sich-selbst-erfüllende Prophezeiung‘ auswirken kann.“

Unter therapeutischer Perspektive erscheint es unverzichtbar, die negativen 'Prophezeiungen' zu dekonstruieren und die positiven zu entfalten.

Ressourcenorientierung in Therapie und Beratung stellt uns vor die umfassende Herausforderung, die negativen Circuli vitiosi, in denen unsere Patienten so oft feststecken, nicht nur nicht zu teilen, sondern uns für deren Auflösung einzusetzen.



Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass ernstere psychische Störungen regelmäßig mit Kommunikationsstörungen einhergehen, die auch die sozialen Netzwerke der Betroffenen in Mitleidenschaft ziehen oder solche gar nicht erst entstehen lassen, wodurch Chronizität ebenfalls gefördert wird.

Aus diesen Überlegungen folgt: Wir tragen zur Konstruktion einer guten Zukunft für unsere Patienten bei, indem wir sie zu gesünderer Kommunikation und Beziehungsgestaltung einerseits und zur Konstruktion eines positiveren Selbstbildes und einer positiven Erwartung andererseits anregen und ermutigen. Hierzu gibt es eine unerschöpfliche Anzahl von Möglichkeiten.

Zum Thema „**Wertschätzung und Selbstwert**“ können wir bei Hegel wertvolle Gedanken finden:

Der deutsche Philosoph Georg Wilhelm Friedrich Hegel beschäftigte sich in den ersten Jahren des 19. Jahrhunderts am Beginn seiner Laufbahn in Jena (eher nebenbei) mit dem Begriff der 'Anerkennung' in einem vertieften Sinne als einer wichtigen Kategorie in den Beziehungen der Menschen untereinander. Er entwarf in groben Strichen einige wenig ausgearbeitete Skizzen (die auch noch auf unterschiedliche Texte verteilt sind) eines Modells, das etwa folgendermaßen formuliert werden kann:

Wenn wir einander als Personen gegenüberstehen, bedürfen wir der wechselseitigen Anerkennung, da wir - gesellschaftlich gesehen - voneinander abhängen und miteinander auskommen müssen. Dieser Prozess der Anerkennung vollzieht sich, indem wir den Anderen als einen in seiner "Totalität" uns selbst Vergleichbaren in unser Bewusstsein aufnehmen und darin "aufheben". Dies ist ein von beiden Seiten aktiver Vorgang: "Jeder setzt sich im Bewusstsein des anderen, hebt die Einzelheit des anderen auf, oder jeder setzt in seinem Bewusstsein den anderen als eine absolute Einzelheit des Bewusstseins. Dies ist das gegenseitige Anerkennen überhaupt..." (1986, S. 217). Das kann unter Umständen ein mühevoller Prozess sein, dem Menschen sich (wie etwa ein Blick auf die nicht endenden mörderischen nationalen und internationalen Konflikte lehrt) nicht ohne weiteres aussetzen.

Hegel unterscheidet drei Bereiche von Anerkennung:

- Die Liebe in Freundschaft, Partnerschaft und Familie, "das unmittelbare Anerkanntsein" (1969, S. 213).

- Ehre, Respekt, Wertschätzung unter den Mitgliedern einer Gesellschaft: "Jeder will dem Anderen gelten; es ist Jedem Zweck, im Anderen sich anzuschauen" (1969, S. 210). Und
- das Recht, "dies allgemeine abstrakte Anerkanntsein" im Hinblick auf uns als Staatsbürger (1969, S. 213).

Er entfaltet in diesem Zusammenhang etwas, das man heute als Ansätze einer sozialpsychologischen Theorie bezeichnen kann. Uns ist ein starkes Streben - gewissermaßen ein Hunger - nach "Anerkanntsein" zu eigen. Dies bezieht sich nicht nur auf den Erhalt unseres Lebens, auf unsere Fähigkeiten, Arbeit und Besitz, sondern auf alles, was unsere Person für uns ausmacht. Verweigert oder kündigt ein für uns relevanter Anderer auch nur einen Teil dessen, was uns bedeutsam ist, sind wir empört, fühlen uns verletzt, gekränkt, außer uns, erregt, beleidigt, gereizt usw. und versuchen, die volle Anerkennung wiederherzustellen oder sonst einen Ausgleich zu erlangen. Wenn dies misslingt, können dauerhafte Ressentiments entstehen und unser weiteres Leben überschatten.

Warum ist uns dieses Anerkanntsein so wichtig, warum empfindet jemand solche "Begierde"? Um, so Hegel, "... sein Selbstgefühl sich zu geben ..." (1969, S. 209). Offenbar ist es nicht nur eine Voraussetzung dafür, dass wir mit den anderen in Frieden leben können, sondern auch dafür ein gutes Verhältnis zu uns selbst herzustellen und zu unterhalten, also zufrieden zu leben. "Ich bin mir Inhalt und Zweck, d.h. ich bin mir positiv. Mein Ich soll ebenso positiv sein." (1969, S. 210).

Zum Thema „**Bestätigung**“ sagte eine Patientin<sup>17</sup>:

*In der Therapie war es anfangs wichtig, dass Sie mir Mut machten, bei meinen Entscheidungen auf mein Gefühl zu vertrauen. Dass Sie aber nicht besser wussten, was für mich richtig war. Wenn ich mir meiner Entscheidungen nicht mehr sicher war, meinen Gefühlen nicht mehr traute und dachte, ich würde alles falsch machen, erhielt ich die Botschaft, dass das, was ich am ehesten tun wollte, in Ordnung wäre. Es kamen keine Antworten, wie ich's machen soll, sondern es wäre richtig, wie ich von mir aus entscheiden würde. Mehr Vertrauen zu den eigenen Gefühlen zu entwickeln. Und dass ich gelernt habe, auf meine eigenen Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen und den anderen auch mal ‚Nein‘ zu sagen.*

Zum Thema „**Zuversicht**“ sagte die gleiche Frau:

*Dass Sie das Vertrauen rüberbrachten, dass man da rauskommen kann, auch wenn es einem gerade schlecht geht. Zu erfahren, dass es gut enden kann. Gute Therapeuten haben ja diese Erfahrung.*

*Und es war wichtig, dass Sie manches anders sahen als mein Nervenarzt, z. B. dass die Bedeutung der Umstände wichtiger war als die der Medikamente. Dass mein Wunsch nach Veränderung akzeptiert und ich darin bestätigt wurde, nicht hilflos einer Krankheit ausgeliefert zu sein, sondern aktiv etwas tun konnte. In der psychiatrischen Klinik war mir damals nur gesagt worden: ‚Das ist eben so eine Krankheit, da kann man nicht viel tun, außer die Medikamente zu nehmen.‘ Ich dachte aber immer: ‚Es muss doch was zu verändern geben.‘*

---

<sup>17</sup> Jene Frau aus der zweiten Fallgeschichte unter „Regel zwei“ im Rahmen einer niederfrequenten Langzeittherapie (70 Sitzungen in 12 Jahren).

*Es ist mein Wunsch, dass möglichst viele Therapeuten sehen können, dass es möglich ist, dass die Dinge sich so gut entwickeln, damit sie Vertrauen in ihre Patienten bekommen.*

Je nach individueller Situation können wenige Gespräche nachhaltige Wirkung zeigen, oder es kann auch ein geduldig begleiteter mehrjähriger Prozess auf mehreren Ebenen erforderlich sein.

Von ganz besonderer Bedeutung scheint mir die Qualität der Beziehungen zu nahe stehenden Personen zu sein, sowohl Angehörigen wie Liebespartnern und Freunden, aber auch im weiteren sozialen Netzwerk.

Befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen können das heilsamste aller „Medikamente“ sein. Nichts kann der Gesundheit so förderlich sein wie Liebe und Zuneigung.

Cloé Madanes

*(Video-Beispiel 2: Gemeinsames Glück in letzter Sitzung einer Familientherapie nach mehrjähriger tiefgreifender Beziehungsstörung und massiver Symptomatik eines Sohnes.)*

## Literatur

**Cecchin, Gianfranco** (1996): Wie sich die Voreingenommenheiten von Therapeuten nutzen lassen. In: Keller, Thomas und Nils Greve (Hrsg.) (1996): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn (2. veränderte Ausgabe 2002, Heidelberg: Carl Auer)

**Cullberg, Johan** (2003): Das dreidimensionale Entstehungsmodell der psychotischen Vulnerabilität – Konsequenzen für die Behandlung. In: Aderold, Volkmar, Yrjö O. Alanen, Gernot Hess, Petra Hohn (Hrsg): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial-Verlag

**Freud, Sigmund** (1941): Der Familienroman der Neurotiker. In: Freud, Sigmund: Gesammelte Werke VII. Werke aus den Jahren 1906-1909. (Raubdruck)

**Gadamer, Hans-Georg** (1990): Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Band 1. Tübingen: J.C.B. Mohr

**Haley, Jay** (1978): Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München: Verlag J. Pfeiffer

**Hegel, Georg F. W.** (1967): System der Sittlichkeit, Hamburg: Felix Meiner

- (1969): "Jenenser Philosophie des Geistes", S. 201-221, in: Jenaer Realphilosophie, Hamburg: Felix Meiner.

- (1986): "Fragment 22", S. 217-228, in: Jenaer Systementwürfe I. Das System der Spekulativen Philosophie, Hamburg: Felix Meiner.



**Keller, Thomas** (2000): Gesprächsethische Erörterungen zur psychosozialen Praxis - oder: Was hat unser Sprachgebrauch mit Oz, Hegel und Habermas zu tun? In: Klaus G. Deissler und Sheila McNamee (Hg.): Phil und Sophie auf der Couch. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche, Heidelberg: Carl Auer.

- (2001): Verstehende Psychiatrie. Z.system.Ther. 19(2), 73-81

- (2002): Kooperationsgespräche „im Chaos der psychotischen Kommunikation“. Psychotherapie im Dialog 3(3), 277-283

**Krings, Herrmann, Hans Michael Baumgartner und Christof Wild** (1974): Handbuch philosophischer Grundbegriffe. Band 6. München: Kösel-Verlag

**Schimmelpenning, G. W.** (1999): Klinische Psychopathologie und mehrdimensionale Diagnostik (Zu einem Brief Kurt Schneiders). Spektrum 28/4: 98-102

**Selvini-Palazzoli, Mara, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin und Giuliana Prata** (1981): Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik 6/2, 123-139

### **Anschrift des Verfassers**

Thomas Keller  
Rheinische Kliniken Langenfeld  
Kölner Str. 82  
D - 40764 Langenfeld  
e-mail: ThoKeller@t-online.de

### **Zur Person**

Psychotherapeut und Psychiater; Berater. Seit 1972 klinische Tätigkeit vorwiegend in psychiatrischen Großkrankenhäusern; zahlreiche Veröffentlichungen zum Hauptanliegen: der Förderung einer psychotherapeutisch-systemisch orientierten sozialen Psychiatrie. Beratungstätigkeit in Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung.

Lehrtherapeut und lehrender Supervisor SG beim Marburger Institut (Verband internationaler Institute für systemische Arbeitsformen, ViISA). Gründungsvorsitz des Langenfelder Instituts für systemische Praxis und Forschung. Gründungsmitglied von Kölner Gruppe & Partner. Netzwerkpartner von Königswieser&Network, Wien.